

N° 471

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 juillet 2008

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur le système de santé aux Pays-Bas,

Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU,

Sénateurs.

(1) Cette mission est composée de : M. Alain Vasselle, *président* ; M. Bernard Cazeau, *vice-président* ; MM. Guy Fischer, Bernard Seillier, *secrétaires* ; MM. Nicolas About, Gérard Dériot, Claude Domeizel, Jean-Pierre Godefroy, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jean-Marie Vanlerenberghe.

(2) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, MM. Bernard Seillier, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE NÉERLANDAIS	7
A. LE SYSTÈME DE RETRAITE	7
1. <i>Un système de retraite construit sur deux piliers</i>	7
a) Une retraite de base par répartition	8
b) Un second pilier fondé sur l'activité professionnelle	8
2. <i>Les interrogations sur la pérennité des financements</i>	9
a) La dégradation des comptes du régime de base et les risques croissants auxquels sont soumis les fonds de pension	10
b) La question de l'emploi des seniors	11
B. LES DISPOSITIFS LIÉS À L'EMPLOI	12
1. <i>L'indemnisation des demandeurs d'emploi</i>	12
2. <i>L'accompagnement des demandeurs d'emploi</i>	14
C. LES MÉCANISMES ORIGINAUX DE COUVERTURE CONTRE LE RISQUE SANTÉ	14
1. <i>Un système dual de prise en charge du risque santé</i>	14
2. <i>Une assurance spécifique pour les accidents du travail</i>	15
D. UNE SITUATION FINANCIÈRE D'ENSEMBLE FRAGILE	16
II. LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE	17
A. LES RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DU RISQUE MALADIE	18
1. <i>Le maintien de mécanismes de solidarité</i>	18
a) En contrepartie de l'obligation de souscrire un contrat privé : l'interdiction du recours à la sélection des assurés... ..	18
b) ... et l'institution d'une aide à l'acquisition d'une police d'assurance	19
2. <i>Un financement mixte</i>	20
a) Trois sources de financement.....	20
b) Le dispositif de péréquation, élément central de la politique de gestion du risque	22
B. L'ENCADREMENT DE L'INTERVENTION DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE	23
1. <i>Les obligations pesant sur les assureurs</i>	23
2. <i>Un cahier des charges précis pour les contrats de santé</i>	24
C. LA RECHERCHE D'UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	26
1. <i>L'impact de la réforme sur l'organisation du système de soins</i>	27
a) Sur les soins ambulatoires et du point de vue du patient	27
b) Sur les soins hospitaliers	29
2. <i>Un bilan qui suscite des interrogations</i>	31
a) Des résultats financiers médiocres	31
b) Des ajustements indispensables	33

III. AUX CONFINS DU SANITAIRE ET DU MEDICOSOCIAL : UNE ASSURANCE SPÉCIFIQUE POUR LES SOINS LES PLUS LOURDS.....	35
A. UN PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION TRÈS LARGE.....	35
1. <i>Une prise en charge globale des assurés.....</i>	35
2. <i>Une recherche permanente d'optimisation de la dépense.....</i>	36
a) L'individualisation des prestations.....	36
b) Le transfert d'une partie des charges vers les collectivités territoriales.....	37
B. UNE SITUATION FINANCIÈRE DIFFICILE.....	38
1. <i>Les modalités de gestion.....</i>	38
a) Le financement.....	38
b) Les opérateurs.....	39
2. <i>Vers des réformes de fond ?.....</i>	40
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES PAR LA DÉLÉGATION DE LA MECSS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX PAYS-BAS 25 - 27 MARS 2008.....	43
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	45

Mesdames, Messieurs,

Après l'Allemagne en 2006 et la Suède en 2007, une délégation de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales, conduite par son président Alain Vasselle, et composée de Bernard Cazeau, vice-président, Guy Fischer et André Lardeux, s'est rendue aux **Pays-Bas**, du 25 au 27 mars dernier, afin d'étudier les évolutions de **la protection sociale néerlandaise** et, plus particulièrement, **la réforme du système de santé** dans ce pays.

Les Pays-Bas étaient confrontés, voici quelques années, à un phénomène de **listes d'attente** de plus en plus longues, dans un contexte de hausse non maîtrisée des dépenses, de surcroît. Le nouveau régime, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006, accorde une **place prépondérante aux sociétés d'assurance** dans la gestion du risque santé, alors que le système était jusque là à dominante publique.

La couverture maladie a ainsi été confiée à des entreprises privées qui achètent les soins proposés à leurs assurés auprès des professionnels et des établissements de santé. La concurrence supposée s'établir entre ces entreprises et entre les différents prestataires de soins est censée permettre, à terme, des gains d'efficacité ainsi qu'une meilleure maîtrise des coûts.

Pour autant, l'obligation faite à tous les Néerlandais de souscrire une assurance privée ne saurait être interprétée comme une privatisation pure et simple. La loi a prévu en réalité **une véritable délégation de service publique**, qui impose des contraintes fortes aux assureurs. Il leur est, en particulier, formellement interdit de pratiquer une sélection de leurs assurés : chacun doit pouvoir acquitter une prime de montant identique pour l'acquisition d'un contrat comportant les mêmes garanties.

Les Pays-Bas ont finalement fait **un pari**, celui de mettre en place des mécanismes plus efficaces de régulation des dépenses de soins en recourant aux méthodes du privé, tout en essayant de conserver au système la dimension solidaire qui est la marque des régimes publics de couverture contre le risque maladie.

La réforme a été tout particulièrement défendue par les associations de patients, lassés de l'inefficacité des mécanismes mis en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle a donc bénéficié d'emblée d'un soutien assez fort.

Est-il possible d'en dresser **un bilan**, deux ans seulement après son entrée en vigueur ? La Mecss s'y est essayée, avec la volonté de comprendre et dans un esprit de parfaite impartialité, ce dont témoigne la désignation, habituelle dans son mode de fonctionnement, de deux rapporteurs, l'un issu de la majorité, l'autre de l'opposition.

Quel avis a-t-elle recueilli auprès des usagers néerlandais ? Qu'ils avaient obtenu satisfaction sur deux points, fondamentaux à leurs yeux : la fin des files d'attente et le libre-choix de leur assureur.

Pour le reste, les nouveaux mécanismes ont surtout permis d'**injecter un important surcroît de ressources dans un système qui apparaissait manifestement sous-financé**, ce qui relativise les possibilités de comparaison avec la situation française.

Ceci étant, **de nombreuses interrogations** continuent de peser sur l'efficacité future du dispositif. Elles ont trait à la possibilité de mener de front recherche de l'efficacité et politique de promotion de la qualité des soins, au maintien de la dimension solidaire de la prise en charge et à la capacité de sauvegarder une véritable concurrence entre des assureurs tentés par des ententes monopolistiques. Les questions portent également sur l'existence d'une fraction non négligeable de la population néerlandaise qui échappe, volontairement ou non, à l'obligation de s'assurer.

Au moment où le Sénat engage la réflexion sur le cinquième risque¹, la Mecss a également souhaité porter ses regards vers les modalités de compensation de la perte d'autonomie, notamment celle des personnes âgées, aux Pays-Bas. Là aussi, le débat est aujourd'hui ouvert pour déterminer si l'on peut envisager de confier à des structures assurantielles la gestion des mécanismes de prise en charge du handicap ou de la dépendance.

Le présent rapport, qui n'a pas vocation à trancher ces questions, ambitionne plus modestement de fournir au lecteur certaines des clés de compréhension qui aideront, plus tard, à la prise de décision.

¹ « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport Sénat n° 447 (2007-2008) fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque – Philippe Marini (président), Alain Vasselle (rapporteur).

I. LES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE NÉERLANDAIS

Comme dans plusieurs pays européens (France, Grande-Bretagne) l'architecture du système de protection sociale néerlandais a été conçue au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

Ce système est fondé sur des assurances sociales financées par des cotisations, mais il comporte également des éléments importants de solidarité.

On distingue trois grandes catégories de régimes :

- les **assurances sociales générales** (prestations contributives ouvertes à l'ensemble de la population). Cet ensemble recouvre les prestations retraites, la prise en charge des soins de longue durée et des soins de santé ;

- les **assurances sociales professionnelles** (prestations contributives ouvertes aux salariés). Elles organisent l'indemnisation des demandeurs d'emploi et celle des accidents du travail ;

- les **dispositifs dits de solidarité** (prestations non contributives) constituent le volet aide sociale du système néerlandais. Ils comprennent notamment les aides aux personnes versées par les collectivités territoriales.

Les risques couverts ne sont pas regroupés au sein d'une structure unique de type sécurité sociale. Chaque risque est géré de manière autonome, est encadré par des dispositions qui lui sont propres et porte le nom de la loi qui l'a créé et organisé.

A. LE SYSTÈME DE RETRAITE

La question des retraites fait l'objet de débats aux Pays-Bas comme dans de nombreux autres pays de l'Union européenne. Les termes du problème sont assez classiques : vieillissement de la population (même si le ratio entre personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et personnes dont l'âge se situe entre quinze et soixante-quatre ans est l'un des plus faibles de la zone européenne¹) et interrogations sur la pérennité financière du système.

1. Un système de retraite construit sur deux piliers

Les principes du système de retraite ont été déterminés par la loi sur l'assurance vieillesse (*Algemene Ouderdomswet - AOW*) de 1957. Ce système comporte deux piliers : d'une part, un régime public qui verse une pension forfaitaire de base aux résidents à partir des cotisations

¹ Rapport de un à cinq environ (une personne de soixante-cinq ans et plus pour cinq personnes d'âge actif), alors que le rapport est de un à quatre en moyenne au sein de l'Union européenne (Union à vingt-sept).

acquittées par les actifs ; d'autre part, un régime complémentaire, organisé sur une base professionnelle. Le système allie donc un mécanisme fondé sur la répartition (premier pilier) et un autre sur la capitalisation (deuxième pilier).

Ces mécanismes peuvent être complétés par une épargne retraite individuelle, qui constitue un troisième pilier facultatif.

a) Une retraite de base par répartition

Le premier pilier, régi par les principes de la répartition, offre **une retraite de base à toute personne d'au moins soixante-cinq ans qui a résidé aux Pays-Bas pendant cinquante années depuis son quinzième anniversaire.** Chaque année manquante entraîne une décote de 2 %. En 2007, le montant de la pension à taux plein s'élevait à 754,62 euros par mois pour une personne seule et à 1 038,66 euros par mois pour un couple.

Ce système compte aujourd'hui 2 650 000 bénéficiaires sur une population d'un peu plus de 16 millions d'habitants.

La gestion de ce pilier du système de retraite est confiée à un service du ministère des affaires sociales et de l'emploi, la Banque des assurances sociales (*Sociale Verzekeringsbank - SVB*).

La *SVB* est financée par un prélèvement intégré dans l'impôt sur le revenu. Le taux de la cotisation est de 17,9 %. La fraction du revenu sur laquelle est calculée la cotisation annuelle est plafonnée à 31 122 euros par an. La cotisation annuelle maximale s'élevait donc à 5 570 euros en 2007. Les personnes retraitées sont elles-mêmes exonérées de cotisation.

b) Un second pilier fondé sur l'activité professionnelle

Le second pilier est constitué par **une retraite complémentaire financée par capitalisation.** Les entreprises ne sont théoriquement pas obligées de procurer des retraites complémentaires à leurs salariés, mais elles doivent participer au fonds de pension de la branche à laquelle elles appartiennent, quand il en existe un et qu'il a été généralisé par l'Etat.

Dans la très grande majorité des cas, les structures qui gèrent les retraites du second pilier sont des fonds sectoriels (70 % du total) ou des fonds d'entreprises (13,5 % du total), administrés paritairement par des représentants des salariés et des employeurs. Plus de 90 % des salariés bénéficient de cette couverture complémentaire.

Les dispositifs financés par l'employeur étaient traditionnellement des régimes à prestations définies calculées sur le dernier salaire. Ce mode de calcul était une spécificité du système néerlandais. Toutefois, une mutation s'est progressivement opérée, au cours des dernières années, substituant à ce mécanisme très favorable un mode de calcul prenant en compte l'ensemble de la carrière.

En l'état, les retraites complémentaires visent à assurer, conjointement avec la pension publique, un taux de remplacement brut de 70 % et net de 95 %¹, pour une retraite à soixante-cinq ans après quarante ans d'activité.

Le contrôle de gestion des fonds, et notamment de leur politique financière, est assuré par l'autorité de surveillance des pensions et assurances (*Pensione en Verzekeringskamer - PVK*), rattachée à la Banque centrale des Pays-Bas depuis 2004.

La loi du 20 décembre 2005 a modifié la réglementation relative à ces fonds. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, elle a pour objet de renforcer la confiance des assurés. A cet effet, la nouvelle législation a accru les obligations relatives à la constitution de réserves financières, ainsi que celles concernant la transparence de l'information délivrée aux assurés.

Ce durcissement des règles est intervenu après une période de déficits dus à l'insuffisance de financement des fonds de pension en période de fortes fluctuations boursières.

La prise en charge du risque vieillesse est complétée par une prestation survie (*Algemene Nabestaandenwet - ANW*) versée aux veufs et veuves sous certaines conditions d'âge et de situation de famille. Il s'agit d'une allocation différentielle qui permet de porter le revenu de son bénéficiaire à 70 % du salaire minimum.

2. Les interrogations sur la pérennité des financements

Comme tous les autres pays occidentaux, les Pays-Bas sont confrontés au vieillissement de la population qui pèse sur les comptes sociaux. Toutefois, jusqu'au début des années 2000, les pouvoirs publics demeuraient relativement confiants dans la capacité de leur système de retraite à faire face au choc démographique des prochaines décennies.

Aucune réforme majeure n'avait de ce fait été entreprise. Comme le soulignait alors le Conseil (français) d'orientation des retraites², le Cor, « *les Néerlandais [estimaient], en effet que les besoins de financement du régime de base [pourraient] être couverts en complétant les recettes provenant des cotisations par des paiements du budget de l'Etat, et que les revenus des fonds de pension qui [avaient] beaucoup placé à l'étranger, [suffiraient] à financer les prestations des régimes professionnels sans augmenter les cotisations outre mesure* ». L'aggravation très rapide du déficit du régime de base depuis 2003, ainsi que les performances récentes médiocres des marchés financiers, qui affectent les régimes complémentaires, ont remis en cause ces certitudes.

¹ Cette différence s'explique par un taux de cotisation global de 36,35 % pour les actifs et de 13,2 % pour les retraités qui ne paient ni cotisation chômage, ni cotisation retraite.

² Deuxième rapport du Conseil d'orientation des retraites - juin 2004 - p. 227 à 235.

a) *La dégradation des comptes du régime de base et les risques croissants auxquels sont soumis les fonds de pension*

L'augmentation du nombre de personnes âgées a pour effet de réduire l'assiette des cotisations et d'alourdir les charges pesant sur cette branche du système de protection sociale. Depuis 2004, le montant des recettes liées aux cotisations a baissé, ce qui a contraint l'Etat à multiplier par plus de deux et demi les contributions versées par le budget.

Tableau d'équilibre des dépenses du régime de retraite de base

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008
Cotisations	21 498	20 186	19 896	20 729	20 445
Contribution de l'Etat	2 194	2 694	4 433	5 457	5 857
Autres recettes	- 2	36	82	56	73
Total des produits	23 690	22 916	24 411	26 242	26 375
Prestations	22 890	23 369	24 169	25 207	26 422
Frais de gestion	99	113	111	129	124
Autres	3	- 2	- 1	1	- 1
Total des charges	22 992	23 480	24 279	25 337	26 545
Solde	698	- 564	132	905	- 170
Solde hors contribution de l'État	- 1 496	- 3 258	- 4 301	- 4 552	- 6 027

Source : Ambassade de France aux Pays-Bas – Mission économique de La Haye

En prévision d'une probable dégradation du ratio entre population active et retraités, un fonds de réserve a été créé, en 1998, afin de faire face aux échéances futures. Fin 2007, ses réserves s'élevaient à 31,1 milliards d'euros.

Des pistes de réformes ont été récemment explorées.

Le déplafonnement des cotisations retraites est prévu à partir de 2011. Par ailleurs, les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus devraient être soumises à cotisation sur les revenus dits de la deuxième tranche fiscale (comprise entre 17 320 euros et 31 122 euros en 2007). Cette mesure entrera en œuvre progressivement : le taux de cotisation devrait augmenter annuellement de 0,6 point et atteindre son niveau maximum, soit 17,9 %, en 2040.

En revanche, **l'hypothèse d'une réduction des prestations servies a été écartée.** Proposée par le parti chrétien-démocrate dans les années quatre-vingt-dix, cette mesure avait entraîné sa défaite électorale et le retrait de la proposition.

La question du relèvement de l'âge de la retraite, qui est déjà fixée à soixante-cinq ans, n'a pas été pour l'instant évoquée.

La situation financière difficile des fonds de pension

En 2008, il manquerait 150 milliards d'euros aux 800 fonds de pension néerlandais pour compenser totalement les effets de l'inflation sur le niveau des retraites. Ce manque à gagner provient notamment de l'évolution des cours boursiers puisque la valeur des portefeuilles d'actions des fonds de pension aurait diminué de 50 milliards d'euros au cours du premier semestre.

Dès le mois de mars, plusieurs de ces institutions ont averti les autorités de tutelle, en l'occurrence la banque centrale des Pays-Bas, de la dégradation de leur situation financière et particulièrement de leur manque de réserves.

Pour rétablir leurs comptes, les fonds de pension peuvent actionner trois dispositifs :

- augmenter leurs recettes en relevant les taux des cotisations demandées aux salariés et à leurs employeurs ;
- diminuer le montant des prestations servies ;
- renoncer à indexer les retraites sur l'inflation en 2008.

Dans la plupart des cas, les institutions de retraite néerlandaises vont opter pour cette troisième solution (le taux d'inflation est de 2,6 %). Un tiers d'entre elles a déjà renoncé à indexer les retraites ; les autres vont procéder à des ajustements partiels.

2,5 millions de retraités pourraient ainsi voir leurs revenus amputés de quelque 500 millions d'euros l'année prochaine. Quant aux salariés qui cotisent, le montant de leur retraite future risque d'être minoré. Selon les projections réalisées, l'absence totale d'indexation des prestations de retraite sur l'inflation durant la totalité des années de cotisation d'un salarié pourrait aboutir à lui verser une somme inférieure de 60 % par rapport à une pension tenant compte de l'augmentation du coût de la vie.

Source : Journal Les Echos, mercredi 16 juillet 2008

b) La question de l'emploi des seniors

Alors que l'âge requis pour bénéficier d'une retraite est fixé à soixante-cinq ans, l'âge moyen effectif de fin d'activité était, au début des années 2000, proche de soixante et un ans. Les autorités considèrent que cette situation est due à la conjonction de plusieurs facteurs, dont deux principaux :

- les règles d'indemnisation des chômeurs de 57,5 ans et plus : ceux-ci peuvent percevoir une indemnité égale à 70 % du dernier salaire (80 % dès l'âge de soixante ans) et sont dispensés de recherche d'emploi. Ils sont toutefois tenus par la loi d'accepter tout emploi satisfaisant qui leur serait proposé ;

- les dispositifs de préretraites : dans de nombreux accords professionnels, notamment ceux régissant les fonds de pension, des dispositifs particulièrement avantageux de préretraites entre soixante et soixante-cinq ans sont prévus. Dans certains cas, le travailleur partant dans cette tranche d'âge n'est pas pénalisé par rapport à celui qui reste en activité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite.

Les autorités néerlandaises ont donc souhaité agir pour développer le travail des seniors.

Des mesures énergiques ont été mises en oeuvre. C'est ainsi que depuis le 1^{er} janvier 2006, les dispositifs fiscaux favorisant la préretraite et les départs anticipés (*Vervroegde Uittreding - VUT*) ont été supprimés.

Avec un taux d'emploi des personnes âgées de cinquante-cinq ans et plus qui a atteint 39,7 % en 2005, soit une progression de plus de deux points depuis 2002, cette politique volontariste de relèvement du taux d'emploi des seniors porte ses premiers fruits.

Le taux d'emploi des seniors en comparaison de celui des classes d'âge les plus jeunes

(en % de la classe d'âge considérée)

	15-54 ans	55-64 ans
2002	70,0 %	37,4 %
2003	69,5 %	38,0 %
2004	68,4 %	39,2 %
2005	68,3 %	39,7 %

Pour mémoire, en mars 2001, le sommet européen de Stockholm avait toutefois fixé un objectif de 50 % au taux d'emploi moyen des hommes et des femmes âgés de cinquante-cinq à soixante-quatre ans à l'horizon 2010. En France, « mauvais élève » de l'Union, le taux d'emploi des personnes âgées de cinquante-cinq à soixante-quatre ans est passé de 29,3 % en 2000 à 37,9 % en 2005, ce qui est à peine moins bien que le résultat constaté aux Pays-Bas.

Par ailleurs, une nouvelle réglementation, appelée « *Levensloopregeling* » (cycle de vie), conçue pour permettre aux salariés de mettre de côté une partie de leurs revenus en prévision d'un congé sabbatique a également été appliquée à partir de 2006. *De facto*, ce mécanisme est utilisé pour contourner la disparition des anciens dispositifs de préretraite. Sous la pression des organisations syndicales, le Gouvernement a, pour l'instant, renoncé à le supprimer.

B. LES DISPOSITIFS LIÉS À L'EMPLOI

1. L'indemnisation des demandeurs d'emploi

Le premier dispositif d'indemnisation des demandeurs d'emploi a été mis en œuvre en 1949. Ce système contributif est financé par une cotisation sur les salaires. Le taux de cotisation s'étale de 4,4 % à 4,68 % pour l'employeur et il est de 3,85 % pour le salarié ; il s'applique sur la part de revenu journalier comprise entre 60 et 172,48 euros.

L'indemnisation perçue par le demandeur d'emploi est égale à 70 % du dernier salaire perçu, mais ne peut être supérieure à 180 euros par jour.

La durée d'activité minimale pour ouvrir des droits est de six mois. Depuis octobre 2006, les conditions d'accès à l'assurance chômage ont été durcies, dans le prolongement des réformes précédentes menées dans les années quatre-vingt-dix. La durée d'indemnisation, en particulier, a été réduite, passant de cinq ans à trois ans et deux mois.

Par ailleurs, la situation sur le marché de l'emploi s'est améliorée depuis le milieu des années quatre-vingt, malgré une légère dégradation entre 2003 et 2005. Le nombre d'assurés indemnisés a donc été ramené sous la barre des 250 000 en 2006, puis sous celle des 200 000 en 2007.

Ces évolutions se traduisent par un solde positif de l'assurance chômage et l'existence de fonds propres importants. **Cette branche de la protection sociale se caractérise en effet par sa bonne santé financière.**

Tableau d'équilibre des dépenses d'assurance chômage

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Total des produits	8 355	7 802	8 039
Total des charges	7 952	7 165	6 557
Solde	403	637	1 462
Fonds propres (fin de l'année)	6 550	7 187	8 649

Source : Ambassade de France aux Pays-Bas - Mission économique de La Haye

Au vu de la situation excédentaire de ce régime, le Gouvernement prévoit d'ailleurs de supprimer, à compter de 2009, la cotisation versée par les salariés et de réduire la cotisation employeurs.

Cette situation favorable n'a pas empêché, on l'a vu, des réformes récentes visant à l'activation des dépenses d'indemnisation et à la réduction de la durée maximale d'allocation.

Le Gouvernement néerlandais projette même, à brève échéance, d'obliger les chômeurs à ne refuser aucun emploi. Cette situation est dictée par la pénurie de main-d'œuvre que connaît le pays.

Cette mesure s'appliquerait à toutes les personnes au chômage depuis au moins un an. Passé ce délai, elles seraient contraintes d'accepter toute offre d'emploi qui leur sera soumise. En contrepartie d'une éventuelle déqualification, elles bénéficieraient d'un complément salarial, payé par les pouvoirs publics, afin que leur revenu soit toujours supérieur à leur indemnité de chômage.

2. L'accompagnement des demandeurs d'emploi

Le régime d'accompagnement des demandeurs d'emploi (*Wet Werk en Bijstand - WWB*) est fondé sur les dispositions législatives adoptées en 2004 relatives à l'emploi et à l'aide sociale. Il est financé par le ministère chargé des affaires sociales et géré localement par les communes auxquelles est versée la ressource correspondante. Il assure ceux qui sont activement à la recherche d'un emploi d'un revenu minimum et s'apparente, dans sa philosophie, au RMI français.

En pratique, **les personnes qui ont épuisé leurs droits à indemnisation du chômage, ou qui ne réunissent pas les conditions pour la percevoir, peuvent bénéficier d'une allocation de solidarité** dont le montant est égal à 50 % du salaire minimum¹ pour les personnes seules entre vingt et un et soixante-cinq ans, à 70 % pour les parents isolés avec enfants et à l'intégralité du salaire minimum pour les couples avec enfants.

Le nombre de bénéficiaires évolue au même rythme que le marché de l'emploi. Légèrement inférieur à 500 000 au milieu des années quatre-vingt-dix, il s'est régulièrement réduit au cours de la décennie qui vient de s'écouler, passant sous la barre des 400 000 en 1998, puis sous celle des 300 000 en 2006 (275 000 bénéficiaires en 2007).

Cette réduction du nombre de bénéficiaires s'est accompagnée d'une réforme du système engagée en 2003. Celle-ci a notamment prévu un renforcement du dispositif d'intégration et de recherche d'emploi ainsi qu'un meilleur suivi des demandeurs. Concrètement, le versement de l'aide sociale a été subordonné à l'obligation pour le demandeur d'entrer dans une démarche active de recherche d'emploi, démarche elle-même « accompagnée » par les services sociaux. Cette évolution n'est pas uniquement motivée par un souci de réduction de coût du régime d'indemnisation mais bien par les tensions qui apparaissent sur le marché du travail en raison du manque de main-d'œuvre.

C. LES MÉCANISMES ORIGINAUX DE COUVERTURE CONTRE LE RISQUE SANTÉ

Les mécanismes de protection contre le risque santé mis en œuvre aux Pays-Bas présentent plusieurs originalités par rapport au système d'assurance maladie français.

1. Un système dual de prise en charge du risque santé

Le système néerlandais de protection sociale se caractérise par l'existence d'un mode dual de prise en charge des dépenses de santé. Celles-ci sont réparties entre deux dispositifs distincts : l'*AWBZ (Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten)* pour les soins de longue durée et la *ZVW*

¹ Soit un montant de 612,53 euros net par mois en 2007.

(*Zorgverzekeringswet*) pour les soins courants. Cette distinction va en pratique au-delà de la simple séparation entre « petit risque » et « gros risque », utilisée en France lorsqu'est évoquée la possibilité de transférer une partie des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires. Il s'agit en réalité d'une séparation entre ce que les Anglo-saxons appellent le « *care* », c'est-à-dire la prise en charge de la personne y compris dans sa dimension sociale et médicosociale, et le « *cure* » qui vise les soins de santé les plus courants.

Le recours à des sociétés d'assurance privées et la suppression des caisses d'assurance maladie publiques pour la gestion des soins courants (ZVW) constitue l'autre originalité du dispositif. Ce schéma d'organisation, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006, conduit parfois les observateurs extérieurs à conclure un peu hâtivement à la privatisation de cette branche de la protection sociale. En réalité, l'architecture institutionnelle est plus complexe qu'il n'y paraît : les autorités sanitaires ont certes délégué des compétences en matière de prise en charge des prestations et d'achat des soins aux sociétés d'assurance, mais des mécanismes forts de solidarité ont été maintenus.

Cette réforme a été menée dans le souci d'améliorer l'efficacité d'un système de santé affecté d'un phénomène de files d'attente préoccupant, dans un contexte marqué de surcroît par une hausse non maîtrisée des dépenses.

L'analyse des deux compartiments du système de protection du risque santé fait l'objet des parties II et III du présent rapport.

2. Une assurance spécifique pour les accidents du travail

La prise en charge du risque santé est complétée par les dispositions législatives relatives à l'indemnisation des accidents du travail (*WAO/WIA*).

Ce régime, mis en place en 1967, a vocation à assurer tous les salariés contre les risques d'accidents du travail et les invalidités qui pourraient en découler. Financé par une cotisation salariale à la charge de l'employeur (un taux de 6,25 % applicable aux premiers 172,48 euros du salaire journalier), le dispositif garantit un revenu de remplacement égal à 75 % du dernier salaire perçu à ses 630 000 bénéficiaires.

Un usage détourné de l'assurance invalidité avait été constaté au tournant des années 2000, aux Pays-Bas comme d'ailleurs dans d'autres pays européens : les employeurs avaient alors tendance à l'utiliser comme instrument de licenciement déguisé, et coûteux pour la société. Le nombre des bénéficiaires du régime d'invalidité dépassait le million.

En 2005, une réforme destinée à réduire les coûts de ce dispositif a restreint les conditions d'entrée, renforcé la responsabilité des employeurs en matière d'accidents du travail (avec l'institution d'un délai de carence de deux ans pendant lesquels l'employeur doit continuer de payer son salarié placé en arrêt maladie) et contraint à retrouver une activité les personnes déclarées invalides en capacité de conserver un travail.

D. UNE SITUATION FINANCIÈRE D'ENSEMBLE FRAGILE

Les Pays-Bas disposent d'un système de protection sociale complet qui permet de protéger la population contre les principaux risques qu'elle encourt. Or, on constate que la plupart des dispositifs présentent une situation financière fragile.

En effet, trois des quatre principales branches (retraites, assurance maladie, soins de longue durée) affichent un résultat déficitaire en 2007 et, pour deux d'entre elles (retraites et assurance maladie), depuis plusieurs années. Dans ce panorama, les excédents du système d'indemnisation du chômage (*WW*) constituent la seule exception.

Soldes des différentes branches de la protection sociale néerlandaise

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Retraites (avant contribution de l'Etat)	n.d.	- 1 496	- 3 258	- 4 301	- 4 552	- 6 027
Chômage	n.d.	n.d.	n.d.	403	637	1 462
Assurance soins de santé (soins courants)	13	- 660	- 3 173	- 1 931	- 765	n.d.
Soins de longue durée	1 124	1 812	1 626	164	- 416	n.d.

Source : Ambassade de France aux Pays-Bas - Mission économique de La Haye

Soucieuses à la fois de préserver un système de protection performant et de ne pas entraver la compétitivité de leur économie, les autorités néerlandaises ont engagé un important train de réformes sur les branches dont la situation financière est la plus dégradée.

Les mutations imposées dans le secteur de la couverture des soins courants sont à ce jour les plus abouties avec un solde toujours déficitaire mais en nette amélioration. Elles donnent un exemple des voies et moyens qui peuvent être employés pour optimiser les coûts et les services de ce volet de la protection sociale. La question est d'ailleurs aujourd'hui posée aux Pays-Bas de savoir s'il ne serait pas opportun d'unifier dans un même ensemble la gestion des soins courants et celle des soins de longue durée, au moment où cette dernière s'enfonce à son tour dans les déficits. L'absence de recul sur l'expérience menée invite cependant tous les acteurs à une très grande prudence sur ce sujet.

II. LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

La prise en charge du risque maladie est organisée par la loi du 16 juin 2005 sur l'assurance soins de santé (*Zorgverzekeringswet - ZVW*) et par la loi sur l'organisation du marché des soins de santé (*Wet marktordening gezondheidszorg-WMG*). Les dispositions contenues dans ces deux textes organisent, d'une part, la prise en charge des dépenses d'assurance maladie liées aux frais de santé, c'est-à-dire les soins les plus courants, à l'exception des pathologies de longue durée qui font l'objet d'un dispositif spécifique (*l'AWBZ* décrit dans la troisième partie). Elles définissent, d'autre part, la régulation de l'offre de soins. Les règles de paiement des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail sont fixées par des normes juridiques spécifiques et se trouvent donc placées en dehors du champ de l'assurance soins de santé, tout comme l'indemnisation des accidents du travail.

Les nouvelles dispositions législatives, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2006, modifient les mécanismes de prise en charge des dépenses de santé et accordent une place prépondérante aux sociétés privées d'assurance dans la gestion du dispositif. Cette mutation s'inscrit dans le prolongement des réformes précédentes, menées depuis le milieu des années quatre-vingt (Plan Dekker de 1987), qui autorisaient déjà l'intervention des assureurs dans un cadre défini par le Gouvernement.

Ces opérateurs privés exercent leur activité sous le contrôle des pouvoirs publics qui ont développé des règles strictes destinées à préserver la dimension solidaire de cette branche de la protection sociale.

L'objectif affiché par les pouvoirs publics est double. D'une part, améliorer l'accès aux soins, notamment **en faisant disparaître les files d'attente** existant pour certaines pathologies ; d'autre part, rendre la dépense de santé plus efficiente en contraignant les acteurs du système à développer des innovations dans les modes de prise en charge des patients et à réduire leurs coûts grâce à la concurrence nouvellement instituée.

Au-delà du panier de biens et services remboursés dans le cadre de la *ZVW*, les assurés peuvent souscrire une assurance volontaire destinée à couvrir leurs frais supplémentaires (*particuliere verzekeringen*).

A. LES RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DU RISQUE MALADIE

Les Néerlandais qui pouvaient être conduits, en fonction de leurs revenus¹, à s'assurer soit auprès d'une caisse publique, soit auprès d'un opérateur privé, doivent maintenant, dans tous les cas, souscrire un contrat auprès d'une société d'assurance.

Ces dispositions sont entrées en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2006 et ont entraîné la suppression des mécanismes prévus par la législation antérieure, et notamment la disparition des caisses publiques d'assurance maladie².

1. Le maintien de mécanismes de solidarité

L'obligation faite à l'ensemble des assurés de souscrire une assurance privée ne doit cependant pas être interprétée comme une privatisation pure et simple du régime de soins de santé. Des mécanismes de solidarité ont été maintenus afin de permettre l'affiliation de l'ensemble de la population et de garantir l'accès aux soins. Ces outils reposent sur une répartition des tâches claire entre l'État, chargé de réguler cette branche de la protection sociale et de s'assurer de l'expression de la solidarité, et les assureurs dont l'activité est concentrée sur la problématique de l'accès aux soins, d'achat de prestations médicales ou hospitalières et de conventionnement des professionnels de santé.

a) En contrepartie de l'obligation de souscrire un contrat privé : l'interdiction du recours à la sélection des assurés...

Le fondement du nouveau système d'assurance de soins de santé (ZVW) est l'obligation faite à toute personne résidant aux Pays-Bas, ou assujettie à l'impôt sur le revenu néerlandais du fait de ses activités aux Pays-Bas, de souscrire une assurance santé auprès d'un opérateur privé dans un délai de quatre mois suivant l'entrée en vigueur de cette obligation.

Contrairement à la pratique constatée dans les pays disposant d'un système d'assurance sociale fondée sur l'activité professionnelle, cette affiliation ne se fait pas d'office : les personnes doivent rechercher

¹ La limite était fixée à 32 600 euros de revenus annuels. En dessous (environ deux tiers des Néerlandais), le système était de fait public (en réalité animé par des mutuelles solvabilisées par l'Etat). Au-dessus, les personnes relevaient obligatoirement du système assurantiel. Il existait un effet de seuil assez difficile à gérer pour les personnes disposant de revenus autour de la limite de 32 600 euros, qui pouvaient être condamnées à des aller et retour entre le régime public et le régime privé.

² Le fonctionnement de ces caisses était régi par plusieurs textes : loi sur les caisses d'assurance maladie (Ziekenfondswet - ZFW), loi sur l'accès à l'assurance maladie (Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen), loi sur le cofinancement des plus anciens bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden - MOOZ).

elles-mêmes un assureur. L'assuré peut changer de type de contrat et d'assureur tous les ans. Le contrat d'assurance est conclu pour l'année civile.

Le non-respect de l'obligation d'assurance est sanctionné par une amende infligée par le collège pour les assurances soins de santé (*College voor zorgverzekeringen - CVZ*). Cette amende est signifiée au moment où l'assuré souscrit son contrat. L'assuré est alors redevable, outre la prime nominale, d'une amende s'élevant à 130 % du montant des primes non acquittées. Cette amende est calculée en fonction du nombre de mois durant lesquels l'obligation d'assurance n'a pas été respectée, la durée maximum prise en compte étant fixée à cinq ans.

En l'absence de contrat, l'intéressé ne bénéficie d'aucun droit à l'indemnisation des frais médicaux engagés. L'assuré est toujours soumis à l'obligation de contracter une assurance et est toujours redevable de la cotisation liée au revenu.

Cette obligation d'assurance s'accompagne d'une contrepartie imposée aux sociétés d'assurance afin de maintenir les exigences de solidarité dans cette branche de la protection sociale. Cette contrainte prend la forme d'un mécanisme simple : l'interdiction de recourir à la sélection des assurés sous quelque forme que ce soit.

En conséquence, **l'assureur ne peut établir aucune distinction fondée sur le sexe, l'âge ou l'état de santé de la personne**. Les sociétés d'assurance ne peuvent donc pas subordonner l'adhésion de l'assuré à la rédaction préalable d'un questionnaire médical, ni faire varier le montant de la prime nominale en fonction des caractéristiques de la personne.

De jure, **chaque assuré doit payer une prime identique pour l'acquisition d'un contrat d'assurance soins de santé comportant la même gamme de garanties**. Cette obligation ne vaut que pour les contrats relatifs au dispositif *ZVW* et ne s'applique pas à l'acquisition d'une couverture complémentaire supplémentaire, laquelle n'est encadrée par aucune obligation de solidarité.

b) ... et l'institution d'une aide à l'acquisition d'une police d'assurance

L'existence d'un mécanisme de solidarité fondé sur la non-sélection des assurés ne saurait suffire à garantir l'accès de l'ensemble de la population à un contrat d'assurance santé. Le coût d'acquisition d'une telle assurance, et notamment le montant de la prime nominale versée à l'assureur, peut constituer un obstacle insurmontable pour les ménages les plus modestes et les conduire à ne pas être mesure de respecter l'obligation légale de souscrire une assurance.

La loi sur l'allocation soins de santé (Wet op de zorgtoeslag) du 16 juin 2005 a donc prévu la création d'un dispositif d'aide à l'acquisition de la couverture de soins santé. En application de cette législation, une aide peut être versée, sous forme de crédit d'impôt, aux personnes pour lesquelles

le montant de la prime nominale constitue une dépense trop élevée par rapport à leurs revenus. Concrètement, **cette aide est destinée aux assurés pour lesquels l'acquisition d'un contrat d'assurance représente une dépense supérieure à 5 % de leur revenu pour un couple ou 3,5 % pour une personne seule.** Ce dispositif est réservé aux ménages déclarant des revenus annuels inférieurs à 40 000 euros pour un couple et 25 000 euros pour une personne seule. Le montant maximal de l'allocation s'élève à 420 euros pour les personnes seules et à 1 200 euros pour les ménages. Il s'agit d'une prestation différentielle : son montant doit permettre, en effet, d'empêcher que le coût net de la prime ne dépasse le seuil de 3,5 % ou de 5 % du revenu ; il ne s'agit pas d'une prise en charge pure et simple de la prime. **Six millions de foyers bénéficient aujourd'hui de ce régime¹.**

Les services fiscaux sont chargés de la mise en œuvre de ces dispositions. L'aide fait l'objet de paiements mensuels, des ajustements étant apportés en cas de modification de la situation du bénéficiaire en cours d'année.

2. Un financement mixte

La reconnaissance d'un rôle prépondérant dévolu aux sociétés d'assurance ne signifie pas la suppression de tout mécanisme de financement public de la couverture santé. Un lien est maintenu entre celle-ci et l'activité professionnelle par le biais d'une cotisation prélevée à la source sur les salaires, en sus de la prime nominale que chaque assuré doit régler auprès de la société d'assurance avec laquelle il a contracté.

Des mécanismes de solidarité sont également prévus dans le financement de la ZVV, à travers deux mesures particulières importantes : la prise en charge par la solidarité nationale de la totalité des primes d'assurance dues pour les assurés de moins de dix-huit ans et la mise en œuvre d'un mécanisme de péréquation destiné à limiter les risques encourus par les assureurs comprenant dans leur clientèle des personnes dont la santé est fragile ou présentant un profil atypique.

a) Trois sources de financement

Le financement de l'assurance soins santé est assurée par : les primes nominales versées par les assurés, la cotisation liée au revenu et la contribution versée par l'État.

• **Le montant de la prime nominale est déterminé par les assureurs.** En 2007, le montant moyen annuel de cette prime s'élevait à 1 050 euros (1 100 euros en 2008²). Le prix payé par l'assuré est donc déconnecté de son revenu et peut varier en fonction des garanties offertes dans

¹ Par ailleurs, les primes effectivement acquittées (c'est-à-dire nettes de l'allocation soins de santé) sont déductibles de l'impôt sur le revenu.

² Les montants des primes s'échelonnent, en 2008, de 975 euros à 1 161 euros.

le contrat souscrit. Le prix peut également varier en fonction du caractère individuel ou collectif de la police d'assurance. Dans ce dernier cas, l'assureur peut consentir une réduction de 10 % par rapport à la prime nominale individuelle. Ce recours à une police collective peut être organisé soit dans un cadre professionnel, soit dans un cadre associatif ; il concerne aujourd'hui près de 60 % de la population.

- **La cotisation liée aux revenus constitue la deuxième source de financement de la ZVW.** Cette cotisation obligatoire est perçue à la source par l'administration fiscale en fonction du revenu de chaque assuré (le taux de cotisation est fixé à 6,5 % des revenus plafonnés à 30 623 euros pour les salariés et à 4,4 % sous les mêmes conditions de plafond pour les non-salariés). Pour les revenus salariés, l'employeur est tenu de reverser à son employé une indemnité égale au montant perçu par l'administration fiscale. Cette cotisation peut donc être assimilée *de facto* à une cotisation patronale.

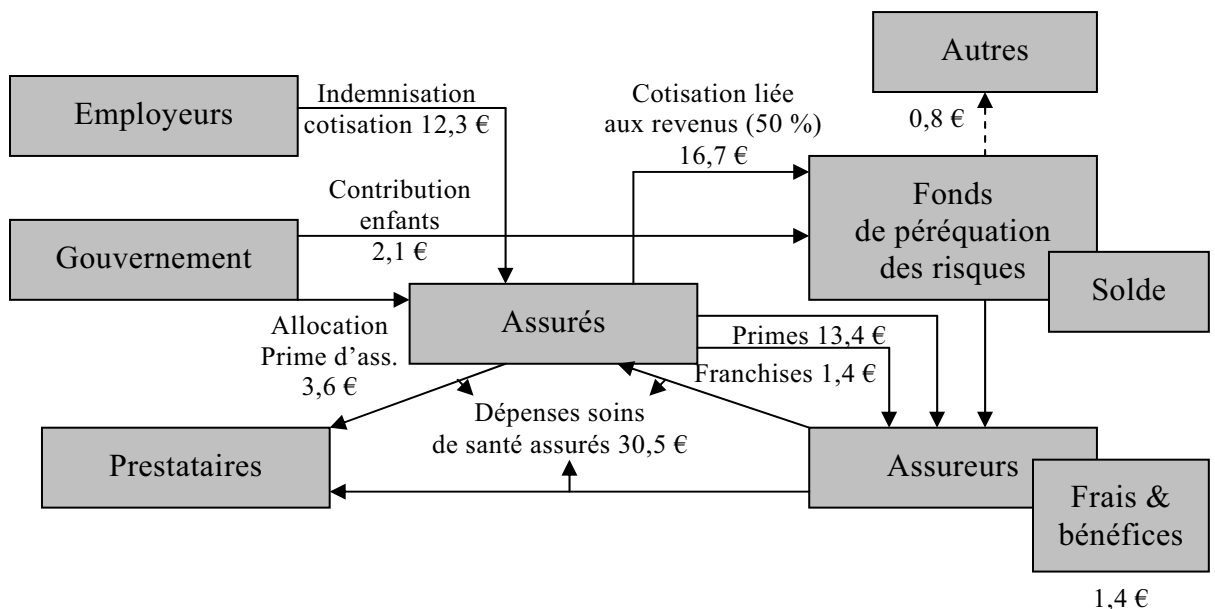
Elle est spécifiquement dédiée au financement du fonds de péréquation (cf. infra) et son montant global doit représenter la moitié des ressources apportées au système (total primes + cotisations + contribution de l'Etat).

La contribution annuelle versée au titre de chaque assuré par l'assurance maladie est donc l'addition de la prime nominale et de la cotisation. Ce total peut atteindre au maximum 3 040 euros par an (chiffre 2007).

- Dans une optique de solidarité, **l'Etat verse une contribution destinée à la prise en charge des assurés âgés de moins de dix-huit ans.** En 2007, le montant de ce versement s'est élevé à 1 858 millions d'euros.

Les cotisations liées aux revenus et les contributions de l'État sont versées au collège pour les assurances soins de santé (*College voor zorgverzekeringen - CVZ*).

Schéma de financement des soins courants dans le cadre de la loi ZVW
(prévisions 2008 en milliards d'euros)



b) Le dispositif de péréquation, élément central de la politique de gestion du risque

Les pouvoirs publics ont imposé des règles strictes aux assureurs privés, notamment, on l'a vu, l'interdiction de toute sélection des assurés. Les opérateurs sont donc tenus d'assurer toutes les personnes qui en font la demande. Cette exigence d'égalité entre les assurés se traduit également au niveau du montant des primes, puisque pour un même contrat, tous les assurés doivent payer une prime nominale identique.

Afin d'éviter que les assureurs tentent de contourner l'interdiction de sélection des patients en moins bonne santé, **les pouvoirs publics ont mis en œuvre un dispositif de péréquation qui constitue un élément central du système de protection sociale néerlandais.**

Cette péréquation a pour objet de couvrir les pertes financières encourues par les sociétés d'assurance prenant en charge les dépenses de santé des assurés présentant des risques élevés.

A ce titre, le ministère chargé de la santé verse annuellement à chaque assureur remplissant les conditions pour opérer sur le marché de l'assurance santé (*ZVW*), une compensation destinée à couvrir les surcroûts de dépenses imputables aux patients à risque. Deux catégories de prestations sont particulièrement prises en compte : les soins spécialisés et les soins hospitaliers, notamment les coûts fixes induits par les séjours en établissements de santé.

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. (sexe, âge, état de santé, traitements médicaux en cours).

La détermination des sommes dues au titre de la compensation intervient en deux temps.

Un premier calcul est opéré *ex ante*. La compensation versée à l'assureur doit être égale à la différence entre les ressources tirées de la prime nominale et le coût estimé des prestations versées aux assurés.

Une deuxième opération est réalisée *ex post* afin de s'assurer de la corrélation entre le nombre d'assurés qui a servi de base à l'estimation et l'effectif réel de personnes ayant contracté auprès de chaque opérateur. Il s'agit de garantir qu'un assureur qui aurait beaucoup recruté lors de l'année en cours ne soit pas pénalisé par les modalités de péréquation.

D'après les informations fournies oralement à la mission par le ministère de la santé, celui-ci envisagerait cependant de plafonner le montant de la péréquation par cas individuel, afin de responsabiliser les assureurs et de les contraindre à négocier les coûts correspondant aux patients à risques avec les prestataires de soins.

Enfin, la loi sur l'assurance soins de santé prévoit qu'en cas de catastrophe sanitaire grave, les assureurs continueraient à prendre en charge l'accès aux soins et le paiement de prestations, mais avec la garantie que ces dépenses exceptionnelles seraient intégralement compensées par l'intermédiaire du mécanisme de péréquation. L'État a également l'obligation de se substituer à l'assureur défaillant.

Le fonds de péréquation est alimenté par les cotisations versées par les assurés (cf. *supra*).

Il reçoit également la dotation de l'Etat au titre de la prise en charge des enfants de moins de dix-huit ans (cf. *supra*)¹.

Cet ensemble de dispositions permet l'affirmation du rôle régalién de l'État en matière sanitaire et le maintien, nonobstant le recours à des opérateurs privés, d'un certain nombre de mécanismes de solidarité.

B. L'ENCADREMENT DE L'INTERVENTION DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE

Bien que les assureurs privés se voient reconnaître un rôle prépondérant dans la gestion du risque maladie, leur intervention est strictement encadrée par les pouvoirs publics.

Le dispositif réglementaire porte sur tous les aspects de l'activité des assureurs susceptibles d'avoir une influence sur l'accès aux soins et la couverture du risque maladie, qu'il s'agisse des obligations préalables que l'opérateur doit remplir pour être autorisé à intervenir dans ce secteur ou de la définition des contrats commercialisés.

1. Les obligations pesant sur les assureurs

Les assureurs ayant une activité commerciale aux Pays-Bas ne sont pas tenus de participer à la couverture du risque santé. Seules les sociétés d'assurance souhaitant opérer dans ce secteur peuvent se déclarer auprès des autorités de tutelle, qui vérifient le respect des conditions préalables exigées par les pouvoirs publics.

Premièrement, les sociétés d'assurance doivent disposer d'une licence spécifique pour le secteur (assurance non-vie), délivrée par la banque centrale des Pays-Bas (*Nederlandsche Bank*).

¹ Au total, les Néerlandais « gagnants » dans le nouveau système sont les personnes âgées et les patients atteints de maladie chronique pour ceux d'entre eux qui relevaient auparavant des assurances privées (en-dehors de tout système de péréquation) ainsi que les familles avec enfants. Les « perdants » sont les célibataires jeunes en bonne santé, qui doivent acquitter une somme (prime + cotisation) plus élevée qu'auparavant, ainsi que les fonctionnaires qui bénéficiaient d'un régime spécial.

Deuxièmement, seules les sociétés d'assurance exerçant leurs activités sur l'ensemble du territoire peuvent bénéficier d'une telle licence. Une dérogation est toutefois accordée aux assureurs intervenant sur une partie seulement du territoire, sous réserve qu'ils soient présents au niveau d'une ou plusieurs régions administratives (province) et qu'ils comptent au moins 850 000 affiliés.

Troisièmement, les assureurs sont également tenus de s'enregistrer auprès du collège de contrôle des assurances soins de santé (*College van toezicht op de zorgverzekeringen - CTZ*). Cette inscription est indispensable pour bénéficier des mécanismes de péréquation mis en place par les pouvoirs publics afin d'apporter une aide aux assureurs ayant, dans leur clientèle, des patients à risque.

Le collège de contrôle des assurances soins de santé (*CTZ*) est chargé du contrôle du respect de la réglementation de droit commun s'appliquant aux sociétés d'assurance et de la réglementation spécifique relative à la couverture du risque maladie. Ces contrôles ont notamment pour objet de garantir que la position financière des assureurs est suffisante pour couvrir les obligations contractées.

Les deux premières années de fonctionnement permettent d'établir un premier bilan de l'action des sociétés d'assurance.

Trois sociétés se partagent 75 % du marché, et les quatre premières en occupent 88 %¹.

Ce constat appelle deux observations. Tout d'abord le marché est préempté par les assureurs intervenant sur l'ensemble du territoire. Conséquence de cette première observation, un mouvement de regroupement est d'ores et déjà constaté chez les autres opérateurs, notamment en raison des difficultés rencontrées par les opérateurs régionaux. Cette concentration freine inévitablement la concurrence.

2. Un cahier des charges précis pour les contrats de santé

Les pouvoirs publics ont imposé un cahier des charges très précis pour la détermination des contrats. Il définit les prestations prises en charge, c'est-à-dire « *les soins nécessaires pour lesquels les effets démontrables, le rapport qualité-prix et la nécessité d'un financement collectif ont été contrôlés* »².

¹ Les trois premiers groupes sont Achmea-Agis (29 % de parts de marché), UVIT (26 %) et CZ-Delta Lloyd (20 %). Le quatrième est Menzis (12 %).

² Assurance maladie aux Pays-Bas, le nouveau système de soins de santé 2006, ministère de la santé, du bien-être et des sports, octobre 2006.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance soins de santé, le 1^{er} janvier 2006, le panier de biens et services prend en charge :

- les soins médicaux et paramédicaux ainsi que les analyses biologiques ;

- les soins pharmaceutiques, qui englobent les médicaments et les aliments à indication médicale. Pour les médicaments, un plafond d'indemnisation est prévu pour chaque produit à effet thérapeutique identique. Un plafond de prise en charge est établi pour chaque catégorie sur la base du prix moyen des médicaments concernés. Si l'assuré choisit un médicament dont le prix est plus élevé que ce montant moyen, il doit acquitter la différence sur ses propres ressources ;

- les dispositifs médicaux ;

- les soins en établissement dans le cadre des soins thérapeutiques. Ils sont limités à 365 jours consécutifs. Au-delà, les frais de séjour sont à la charge de l'AWBZ ;

- quatre heures de consultation annuelle pour des conseils nutritionnels et diététiques.

- les soins psychiatriques qui, depuis le 1^{er} janvier 2007, ne sont plus pris en charge dans le cadre de l'AWBZ.

On doit relever que les soins d'optique et dentaires (dans ce dernier cas, pour les assurés âgés de plus de vingt et un ans) ne relèvent pas du dispositif ZVW mais d'un régime d'assurance complémentaire facultative qu'il appartient à l'assuré de souscrire.

Le contrat de soins doit aussi définir les conditions de procédure, comme les critères d'autorisation d'accès aux soins, d'orientation vers un spécialiste et de prescription. Ces points sont réglés en fonction de la nature du contrat, l'assuré ayant le choix entre deux formules : la première fondée sur la fourniture de prestations en nature dans laquelle l'assuré suit le parcours de soins défini par l'assureur ; la seconde, dite « formule de restitution », qui prévoit l'indemnisation *a posteriori* des frais engagés par l'assuré dans le cadre des soins qu'il a choisi de recevoir¹.

Les assureurs ont l'obligation de veiller à ce que les assurés reçoivent effectivement les soins pour lesquels ils sont couverts.

Enfin, les règles d'ordre public prévoient un système obligatoire de franchise.

Celui-ci s'applique selon les règles classiques du droit de l'assurance. La loi autorise, en effet, les assureurs à prévoir cinq niveaux de franchise de 150 à 500 euros. L'assureur doit indiquer, dans son offre

¹ Selon la fédération des assureurs, la répartition s'effectue à hauteur d'environ 70 % pour les contrats de prestations en nature et de 30 % pour les formules de restitution. Il existe cependant des polices d'assurance mixtes.

commerciale, la réduction de prime correspondant à chacun de ces niveaux afin de faciliter les comparaisons entre les différents degrés de couverture du risque.

En 2006, lorsque la loi a été mise en œuvre, les assurés avaient, de leur côté, le choix entre opter pour un contrat avec franchise ou pour un contrat sans franchise. Ce droit d'option a disparu depuis le 1^{er} janvier 2008 : la franchise au premier euro est devenue obligatoire et elle ne peut pas être prise en charge au titre de l'assurance complémentaire éventuellement souscrite par l'assuré.

A l'origine, un second mécanisme de franchise, dit « *No claim* » ou franchise cautionnée, avait également été autorisé. Ce dispositif prévoyait que l'assureur pouvait rembourser une partie de la prime nominale (à concurrence de 255 euros) aux personnes qui n'avaient pas eu recours aux soins durant l'année. L'instauration de cette mesure a fait l'objet de vives critiques, notamment de la part du corps médical. Elle a été jugée potentiellement contraire aux objectifs de santé publique car elle constituait une incitation à ne pas accéder ou à retarder son accès aux soins afin de pouvoir bénéficier du versement de cette franchise cautionnée. Les pouvoirs ont réagi rapidement en supprimant cette disposition à compter du 1^{er} janvier 2008.

C. LA RECHERCHE D'UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La question de l'efficacité du système d'assurance maladie a fait l'objet de débat dès les années quatre-vingt, essentiellement sous un angle financier. Les pouvoirs publics ont « *estimé que les limites financières de l'Etat providence étaient atteintes, voire dépassées* ». Les dépenses sociales ont alors été perçues comme une menace pour l'équilibre des finances publiques et pour la compétitivité de l'économie néerlandaise.¹

Entre 1994 et 2000, la politique de régulation développée par le gouvernement s'est traduite par la suppression de places dans les établissements de santé et la réduction du nombre de médecins en activité. Le sentiment d'un rationnement des soins et l'accroissement de la durée d'attente pour accéder aux soins ont provoqué en réaction le mécontentement de la population.

De nouvelles mesures ont été rendues nécessaires pour enrayer la dégradation des comptes constatées au début des années 2000. C'est ainsi qu'une série de mesures « classiques » a été prise en 2004 : déremboursement de certaines prestations, réduction forfaitaire de 8 % des budgets hospitaliers, développement d'une politique en faveur du générique.

¹ *Les réformes de l'assurance santé aux Pays-Bas : tentative de bilan, Francis Kessler, revue de droit sanitaire et social, mai-juin 2006.*

A la même période, les pouvoirs publics ont choisi de mettre en chantier une réforme structurelle susceptible de renforcer l'efficacité des dépenses de santé et de résorber les difficultés rencontrées par la population. Le recours aux sociétés d'assurance constitue le premier volet de cette réforme. La modification des règles d'organisation de l'offre de soins le second.

1. L'impact de la réforme sur l'organisation du système de soins

En confiant un rôle majeur aux sociétés d'assurance, les pouvoirs publics ont souhaité que ces dernières s'impliquent dans l'organisation de l'offre de soins. A cet effet, elles se sont vu confier un rôle d'acheteur de soins dont les prérogatives essentielles sont leur capacité à sélectionner les prestataires auprès desquels leurs assurés peuvent se faire soigner et à négocier le tarif de ces prestations.

L'exercice de cette compétence doit permettre de renforcer l'efficacité du système de santé et de réduire ses coûts de fonctionnement.

a) Sur les soins ambulatoires et du point de vue du patient

- Dans le système préexistant à la réforme entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, les assurés rattachés au régime de couverture publique devaient s'inscrire auprès du médecin généraliste de leur quartier. Le recours au tiers-payant était généralisé et les patients n'avaient pas à faire d'avance de frais lorsqu'ils recevaient des soins.

Ce médecin généraliste, appelé médecin de famille, constituait la porte d'entrée pour accéder aux autres acteurs du système de santé (spécialistes, soins délivrés en établissements hospitaliers).

Les personnes assurées auprès des opérateurs privés (environ 35 % de la population) faisaient quant à elles l'avance de frais avant d'être remboursées par leurs assureurs.

Le basculement complet vers les assureurs n'a pas fondamentalement modifié cette logique puisque les assurés peuvent choisir, on l'a vu, de souscrire un contrat en nature, ce qui revient peu ou prou à maintenir la logique précédente d'accès aux soins telle qu'elle existait dans le secteur public.

Si les règles d'accès aux soins n'ont été que peu modifiées en pratique, de l'avis des acteurs du système de santé, cette mutation s'est traduite par une amélioration globale de la situation des médecins et des assurés.

- Les médecins avaient été les plus réticents à entrer dans la nouvelle organisation et ils avaient exprimé une vive défiance - en recourant à la grève - à l'égard des assureurs et des assurés, craignant que les uns et les autres ne leur dictent un exercice de leur art conforme aux intérêts financiers

des acheteurs de soins, mais pas nécessairement aux exigences de santé publique. En pratique, ces craintes se sont révélées infondées.

Les conditions de rémunération des médecins généralistes ont en outre été aménagées dans le sens d'une incontestable revalorisation. Au pire, ils estiment eux-mêmes ne pas avoir été perdants à la réforme.

Avant 2006, chaque médecin concluait, en effet, un contrat de base avec les caisses publiques. Ce conventionnement était obligatoire. Un contrat distinct pouvait être conclu avec les assureurs privés.

Ils perçoivent dorénavant une indemnité annuelle par patient inscrit de 52 euros, un forfait de 9 euros pour chaque consultation¹ et de 13,50 euros pour une visite à domicile, alors qu'auparavant ils percevaient 75 euros par an pour les assurés des caisses publiques inscrits auprès d'eux et 24 euros par consultation pour les assurés du privé. Cette nouvelle capitation a été négociée entre les représentants des assureurs et ceux des médecins sur le plan national et s'applique à l'ensemble de la profession.

Par ailleurs, les médecins généralistes sont incités financièrement à prendre en charge et à assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques grâce au versement de forfaits annuels majorés. Le but est d'empêcher une accélération de la dégradation de l'état du patient et des hospitalisations qui peuvent être prévenues par un accompagnement en amont.

Enfin, les médecins généralistes néerlandais pratiquent, plus que leurs collègues français, de petits actes opératoires en cabinet (pour lesquels ils sont bien sûr rémunérés). Les accouchements à domicile sont fréquents aux Pays-Bas (un sur deux, pratiqués par 10 % des médecins généralistes). Tous ces éléments, dont certains préexistaient à la réforme de 2006, concourent à garantir une certaine aisance financière aux professionnels de santé.

• **Les associations de patients, qui ont sans doute été les plus ferventes dans le soutien apporté à la mise en œuvre de la réforme, considèrent pour leur part que la liberté des patients dans le système de santé s'est accrue, permettant ainsi une meilleure prise en compte des demandes exprimées par les assurés.** C'est la possibilité de choisir son mode de couverture santé, et les garanties afférentes, qui a pour effet d'accroître l'autonomie de l'assuré².

La réduction des files d'attente constatée dans l'accès aux soins constitue un deuxième motif de satisfaction pour les représentants des usagers.

¹ Ce forfait peut être doublé à partir de vingt minutes de consultation.

² La liberté offerte aux Néerlandais de choisir leur prestataire s'est traduite de manière spectaculaire, en 2006, 20 % des assurés ayant pris la décision de changer de compagnie d'assurance. On assiste cependant, depuis, à une certaine stabilisation : les taux de mutation (proportion d'assurés optant pour une autre assurance au titre de leur couverture soins courants) sont retombés à 5 % en 2007 et 4 % en 2008 (données fournies oralement par le ministère néerlandais de la santé).

Les associations de patients souhaitent toutefois que des aménagements soient apportés à la réforme et notamment l'introduction du *PGB*¹ ou budget à la personne, sur le modèle de ce qui existe dans la branche consacrée à la prise en charge des soins les plus lourds, afin d'augmenter encore la liberté de choix dont dispose chaque assuré. Elles revendiquent l'accès à une information plus transparente sur le coût et la qualité des soins achetés par les assureurs aux prestataires.

Le point de friction le plus important du système reste, selon les associations, la difficulté des patients à s'informer et à évaluer les garanties offertes par les assureurs du fait de l'existence de plusieurs centaines de combinaisons possibles, en raison des différents niveaux de franchise, et de la multiplicité des offres commerciales développées par les assureurs qui couplent les contrats de base et les assurances complémentaires.

b) Sur les soins hospitaliers

Le système hospitalier néerlandais est organisé autour d'une centaine d'établissements hospitaliers généraux et de huit centres hospitaliers universitaires. Ces établissements sont des structures privés non lucratives créées à l'origine pour mener les actions caritatives des associations confessionnelles.

Ils doivent recevoir l'approbation du collège pour les assurances soins de santé (*CVZ*) pour être autorisés à fonctionner et à fournir des prestations pour le compte des deux régimes d'assurance santé existant aux Pays-Bas, l'*AWBZ* pour les soins les plus lourds et la *ZVW* pour les autres soins. Les hôpitaux doivent également être conventionnés auprès des assureurs privés afin de pouvoir accueillir leur clientèle.

L'activité de ces établissements s'inscrit dans un schéma régional d'organisation des soins dont les établissements doivent respecter les orientations.

Le secteur hospitalier a fait l'objet de plusieurs réformes au cours des dernières années portant à la fois sur la restructuration du réseau et sur les modalités de financement des établissements.

Les actions de restructuration menées au milieu des années quatre-vingt ont conduit à une réduction drastique du nombre d'établissements, leur nombre ayant été ramené de 200 à 94.

Les modalités de financement ont, elles aussi, connu une double évolution. La première réforme a porté sur les principes de calcul des ressources. Alors que depuis 1983, les établissements étaient financés sur la base d'un budget global prospectif négocié avec les représentants des caisses d'assurance maladie publique et des opérateurs privés, **de nouvelles modalités de rémunération ont été mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2003. Appelé *Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*, ce système repose sur le principe d'une tarification à l'activité des actes réalisés au sein des établissements.**

¹ *Se reporter à la troisième partie du présent rapport.*

Une deuxième réforme a adapté ces modalités de tarification aux nouvelles règles de fonctionnement du système de soins. Désormais, **une partie des tarifs, aussi appelée segment B, peut être négociée librement entre les assureurs privés et les établissements**. Initialement fixée à 10 % du nombre des tarifs DBC, cette proportion a été portée à 20 % depuis le 1^{er} janvier 2005. La fixation des tarifs relève donc d'une logique mixte : une partie d'entre eux est établie unilatéralement par les autorités sanitaires, l'autre fait l'objet d'une négociation. Dans les faits, cette négociation se déroule entre l'association néerlandaise des hôpitaux, qui regroupe l'ensemble des établissements, et les trois principaux assureurs opérant sur le marché de la couverture santé.

Un budget supplémentaire est versé aux CHU afin de financer les activités de recherche et d'enseignement.

L'existence du segment B stimule l'adaptation de l'offre hospitalière, et notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, avec comme conséquence positive la résorption des files d'attente constatée pour certaines interventions (cataracte, prothèses). Dans le même temps, les établissements doivent déployer une action importante de maîtrise des coûts qui peut les conduire à se spécialiser sur les activités les plus lucratives. Toutes les parties prenantes (hôpitaux, assureurs) souhaitent que la part du segment B soit progressivement portée à 70 %.

Une interrogation subsiste chez les hôpitaux sur les politiques d'investissement qui seront développées dans les années à venir puisque désormais ce poste budgétaire ne fait plus l'objet d'une dotation spécifique versée par l'Etat, mais doit être provisionné en fonction des recettes assises sur les tarifs.

Les représentants de la communauté hospitalière considèrent cependant que ce régime de financement est porteur d'une amélioration de la situation budgétaire des établissements, les négociations avec les assureurs s'étant traduites par l'apport de recettes supplémentaires.

Les assureurs et les associations de patients souhaitent maintenant développer des stratégies de sélection des établissements en fonction de la qualité des soins. Des mécanismes visant à contrôler les actes inutiles et le respect des protocoles de soins par les professionnels de santé devraient être progressivement déployés.

2. Un bilan qui suscite des interrogations

La délégation de la Mecss, qui a rencontré l'ensemble des partis politiques¹, les représentants des assureurs, les associations de patients et celles des médecins², a pu constater qu'une très large majorité des parties prenantes exprime un satisfecit global sur les conditions de transition entre l'ancien et le nouveau système et sur le fonctionnement des mécanismes mis en place. Toutefois, un consensus se dégage sur le fait que le dispositif actuel n'a pas encore produit tous ses effets en matière de régulation de l'offre de soins et qu'il reste potentiellement porteur de dérives au détriment de l'objectif de plus grande efficacité des dépenses de santé.

a) Des résultats financiers médiocres

L'entrée en vigueur de la nouvelle législation a permis, ainsi que l'espéraient les promoteurs de la réforme, d'augmenter très sensiblement les sommes consacrées aux dépenses d'assurance maladie. Entre 2005 et 2006, ce sont ainsi près de 11 milliards d'euros supplémentaires qui ont été consacrés à la couverture du risque maladie, 90 % de ces crédits supplémentaires environ provenant de la prime nominale versée pour l'acquisition d'un contrat auprès d'une société d'assurance.

L'injection massive de nouvelles ressources dans un système qui était jusque-là manifestement sous-financé n'a pourtant pas suffi pour résorber le déficit apparu depuis 2004, même si son montant s'est considérablement réduit.

¹ Seul le petit parti socialiste, qui se classe à l'extrême-gauche de l'échiquier politique, a manifesté, devant la délégation, une franche hostilité à l'égard du nouveau système. Le parti travailliste (PvdA) avait voté contre la réforme, en 2005, à un moment où il était dans l'opposition. Le motif de ce refus tenait au souhait des travaillistes que la contribution apportée par les assurés soit proportionnelle à leur revenu, ce qui n'est pas le cas des primes versées aux assureurs. En revanche, le PvdA n'avait pas exprimé d'opposition de principe à l'égard du mode de gestion assurantiel. Aujourd'hui membre de la coalition au pouvoir, le parti travailliste maintient sa préférence pour un financement par les assurés proportionnel aux revenus, mais ne remet pas en cause la loi ZVW.

² Se reporter au programme du déplacement, en annexe au présent rapport.

Tableau d'équilibre des dépenses d'assurance maladie (ZVW)

(en million d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007
Cotisations	10 703	10 059	10 339	14 108	15 077
Primes nominales	2 907	2 517	1 813	9 045	10 136
No-claim	-	-	1 327	2 060	2 019
Contribution de l'Etat	2 653	3 013	2 933	1 864	1 858
Autres recettes	524	559	48	107	109
Total des produits	16 787	16 148	16 460	27 184	29 199
Déclarations	15 799	15 803	18 525	28 683	29 560
Frais de gestion	464	460	473	178	178
Autres	511	545	635	254	226
Total des charges	16 774	16 808	19 633	29 115	29 964
Solde	13	- 660	- 3 173	- 1 931	- 765

Source : Ambassade de France aux Pays-Bas – Mission économique de La Haye

Le bilan des deux premières années d'application de la réforme fait également apparaître des pertes cumulées de près de 900 millions d'euros dans les comptes des opérateurs privés. Deux motifs sont avancés pour justifier de cette situation. Tout d'abord la concurrence très dure que se sont livrés les assureurs pour conquérir des parts de marché et, en conséquence, l'instauration de primes nominales dont le montant est inférieur aux coûts réels engendrés par l'activité¹. Les pertes se constatent également sur le compartiment des assurances complémentaires².

Ensuite, le fait que, dans un premier temps, **les assureurs n'ont procédé à aucune action de régulation de l'offre de soins**, notamment en ayant recours au conventionnement sélectif des offreurs de soins, puisque les deux premières années les opérateurs ont fait le choix de conventionner avec l'ensemble des professionnels et des établissements de santé.

Passée cette phase de démarrage, les autorités sanitaires s'attendent donc à des évolutions importantes dans le domaine de la couverture santé.

Cette situation financière se traduit en effet d'ores et déjà par des mouvements de restructuration du secteur de l'assurance santé avec **une réduction du nombre d'intervenants** sous l'effet des fusions ou des retraits du marché (cf. *supra*).

¹ Selon les assureurs, cette concurrence très forte aurait, en contrepartie, permis aux assurés de réaliser une économie d'environ 1 milliard d'euros par rapport au prix des polices d'assurance pratiquées avant l'entrée en vigueur de la réforme.

² La situation globale des assureurs, si elle s'est dégradée, n'apparaît pas cependant trop tendue, dans la mesure où ils peuvent recourir aux réserves constituées les années précédentes.

Par ailleurs, les sociétés d'assurance vont devoir engager une action en direction de l'offre de soins afin de réduire le coût des prestations réalisées par les professions et les établissements de santé. Elles souhaitent également intervenir sur la formation des prix des produits de santé qu'elles considèrent comme très élevé. Le coût du médicament, en particulier, reste excessif en raison notamment des marges dont bénéficient les pharmaciens.

b) Des ajustements indispensables

• **Les autorités sanitaires et les assureurs considèrent que la qualité des soins est un dossier qui doit faire l'objet d'ajustements rapides.** Dans un rapport publié en mars 2008, le conseil de la santé publique, structure chargée de conseiller le ministre chargé de la santé et d'évaluer les politiques sanitaires, a souligné que les assureurs n'ont pas les moyens de vérifier la qualité des soins qu'ils achètent, ce qui nuit à l'efficacité du système. Afin de progresser dans cette direction, le conseil recommande le renforcement du recours à des protocoles de soins thérapeutiques opposables, afin de mieux encadrer la pratique des professionnels de santé. Une meilleure information sur ce thème est indispensable à la fois pour la prise en charge des patients et le traitement des pathologies, mais également dans le cadre des négociations régulières organisées entre les assureurs et les professionnels de santé en matière de conventionnement et de détermination des tarifs.

• **Les assureurs devraient, en effet, également développer une politique plus sélective en matière de conventionnement avec les offreurs de soins. Une première action a été menée en ce sens début 2008 :** une compagnie a ainsi mis au point un contrat d'assurance dont le coût d'acquisition est réduit, mais qui prive ses bénéficiaires de toute liberté de choix pour accéder aux soins au-delà de la dizaine d'établissements de santé désignés contractuellement. Les représentants des assureurs font toutefois preuve d'une certaine réserve sur l'autonomie réelle dont disposent leurs sociétés en ce domaine et sur la possibilité de réguler les dépenses par les seuls mécanismes du marché, car les négociations avec les médecins et les établissements de santé sont déséquilibrées. La relative pénurie de médecins, et notamment de spécialistes, accorde à ces derniers une position de force dans les négociations en cours. Par ailleurs, les assureurs ne possèdent pas encore nécessairement toute l'expertise technique leur permettant de parler d'égal à égal avec les professionnels et les établissements de santé (cette remarque est d'ailleurs également valable en ce qui concerne les questions de qualité des soins).

• **Les associations de patients s'inquiètent de leur côté de l'éventuelle mise en œuvre d'une procédure de sélection déguisée** par les assureurs, malgré les interdictions posées par la loi. Cette situation serait rendue possible par la commercialisation de produits réunissant le contrat standard et le contrat complémentaire d'assurance santé. Or, l'acquisition d'un contrat complémentaire est toujours précédée de la remise d'un questionnaire sur la base duquel les assureurs modulent leurs tarifs et leurs garanties, et sélectionnent leurs clients. **Le regroupement, dans une même offre, des**

contrats de base et complémentaire pourrait donc favoriser une sélection insidieuse.

Dans le même ordre d'idée, les associations de patients disent craindre un déplacement des périmètres des paniers de soins et services couverts respectivement par l'assurance de base et par le régime complémentaire, au détriment de la première et au bénéfice du second. Elles réclament d'ores et déjà le retour dans le système de base d'actes relevant aujourd'hui des complémentaires (optique, soins dentaires, kinésithérapie...).

- Les autorités de tutelle doivent, on l'a vu, rester attentives aux mouvements de restructuration engagés par les sociétés d'assurance afin d'éviter que les opérations de concentrations ne conduisent à la création d'un cartel et à **l'absence de véritable concurrence** entre les opérateurs privés intervenant encore dans le domaine de la santé.

On s'attend généralement à ce que la situation se stabilise autour d'une demi-douzaine de grands groupes, ce qui est déjà peu et ne permet pas d'écarter *a priori* le risque d'entente oligopolistique pour l'avenir.

- Enfin, les pouvoirs publics doivent résoudre le problème réel posé par les **250 000 personnes, soit 1,5 % de la population néerlandaise, qui, malgré l'obligation imposée par la loi**, n'ont pas souscrit d'assurance soins santé. Ce pourcentage n'est pas négligeable et pose une vraie difficulté en termes de santé publique.

Une autre difficulté, du même ordre, tient au nombre croissant des « mauvais payeurs », qui ont été assurés à un moment donné, mais qui n'acquittent plus leurs primes.

III. AUX CONFINS DU SANITAIRE ET DU MEDICOSOCIAL : UNE ASSURANCE SPÉCIFIQUE POUR LES SOINS LES PLUS LOURDS

Au cours des vingt dernières années, la question de la réforme de la prise en charge des soins de santé a fait l'objet de multiples rapports et de nombreux débats aux Pays-Bas. Le principe du maintien d'une distinction entre, d'un côté, les soins les plus lourds, réputés ne pas pouvoir être assurés par un opérateur privé, et, de l'autre, les soins de santé les plus courants a fait l'objet d'un consensus permanent. **Les réformes conduites à partir de 2004, et entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2006, n'ont pas supprimé cette distinction.**

A. UN PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION TRÈS LARGE

La loi *AWBZ* sur l'assurance des soins de longue durée a été promulguée le 14 décembre 1967. Son entrée en vigueur s'est déroulée progressivement à compter du 1^{er} janvier 1968. Son objectif est d'offrir à toutes les personnes résidant aux Pays-Bas une couverture contre les risques liés aux affections de longue durée et à la perte d'autonomie, que cette dernière soit provoquée par le handicap ou le vieillissement.

1. Une prise en charge globale des assurés

La présentation traditionnellement faite de la loi *AWBZ* comme étant l'instrument de prise en charge des soins les plus lourds est porteuse d'ambiguïté. Cette législation ne se borne pas en effet à organiser le suivi des seules pathologies impliquant des traitements au long cours : elle ne constitue donc pas uniquement le pendant néerlandais des dispositions prévues en France pour la couverture des patients souffrant d'affection de longue durée (ALD).

En réalité, le système *AWBZ* a un champ plus large puisque, outre les maladies chroniques et les longs séjours hospitaliers, ce dispositif assure également la prise en charge de la perte d'autonomie, c'est-à-dire des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, tant dans leur besoin d'hébergement de longue durée que pour la fourniture d'une assistance quotidienne. Certaines dépenses de prévention, l'assistance aux familles et l'accès aux structures d'hébergement, sont également couvertes dans ce cadre par des financements publics. Enfin, les dépenses liées aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les établissements de santé, dont le remboursement n'est pas assuré par les contrats d'assurance soins de santé (*ZVW*), sont également financées par l'*AWBZ*.

En revanche, la psychiatrie a été retirée du champ de l'*AWBZ* pour être transférée dans celui de la loi *ZVW* le 1^{er} janvier 2007.

Il s'agit donc d'un dispositif qui va au-delà de la simple prise en charge sanitaire des assurés et comprend une dimension sociale et médico-sociale très importante. Ce système illustre, en outre, la priorité définie par les autorités sanitaires et sociales du pays en faveur du maintien à domicile le plus longtemps possible des malades et des personnes âgées dépendantes.

2. Une recherche permanente d'optimisation de la dépense

a) L'individualisation des prestations

Le régime *AWBZ* compte 1,2 million de bénéficiaires.

La délivrance des prestations aux assurés est soumise à plusieurs conditions, notamment une procédure de contrôle médicalisé. Celle-ci relève de la compétence du centre d'indication thérapeutique (*Centrum indicatiestelling zorg - CIZ*) qui est chargé d'évaluer les besoins de chaque demandeur (prestations de soins ou aide au maintien à domicile) et d'établir un protocole de prise en charge. Toute chose égale par ailleurs, elle est comparable à celle suivie, en France, pour la prise en charge des patients souffrant d'une affection de longue durée ou pour la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

Les prestations offertes dans le cadre de l'*AWBZ* sont déterminées de façon thématique et non pas de manière détaillée. Cette approche a été privilégiée afin d'adapter les prestations de ce régime aux demandes individuelles exprimées par les assurés.

Sept thématiques ont été retenues : l'aide ménagère, les soins personnels (toilette, repas), les soins infirmiers, le développement de l'autonomie (assistance d'appui, ergothérapie), les actions sur le comportement (en matière de troubles psychiatriques, par exemple), la prise en charge d'une pathologie (traitements, rééducation) et les séjours en établissement.

Le système a été profondément modifié en 1995. Alors que jusqu'à cette date toutes les prestations étaient fournies en nature, les assurés peuvent désormais opter pour une allocation financière. C'est ce que l'on appelle le budget lié à la personne (*persoonsgebonden budget - PGB*). Le versement d'une prestation en espèces n'est toutefois possible que pour certains types de prise en charge, comme les soins infirmiers ou l'aide à domicile par exemple. Une telle modalité n'est en revanche pas prévue pour la rééducation ou les séjours en établissement qui sont toujours délivrés sous forme de prestations en nature.

Le recours au *PGB* est accessible à toute personne qui a besoin de soins au titre de l'*AWBZ* pendant une durée de plus de trois mois. **Il permet à l'assuré de disposer d'une plus grande liberté de choix et d'organisation.** Ce dernier peut notamment désigner lui-même les prestataires auxquels il

souhaite recourir. En contrepartie, les dépenses engagées doivent être régulièrement justifiées auprès des organismes gestionnaires de l'aide.

Le montant du PGB dépend de l'état de santé du patient. En 2008, il peut ainsi varier de 1 221 euros (soins infirmiers limités à une heure par semaine) à 43 716 euros par an (soins infirmiers entre seize et vingt heures par semaine).

La création de ce dispositif s'inscrit dans une double logique d'amélioration du service délivré à l'assuré et de recherche d'une meilleure efficacité de la dépense, l'individualisation de la prise en charge étant réputée contribuer à ce dernier objectif.

b) Le transfert d'une partie des charges vers les collectivités territoriales

Au cours des dix dernières années, le volet assistance sociale et ménagère a représenté le poste de dépenses le plus important au sein du dispositif AWBZ, avec des hausses annuelles comprises entre 8 % et 12 %. Cette situation est le reflet d'une politique volontariste, soutenue par la société néerlandaise, en matière de maintien à domicile des personnes âgées. Elle est également la conséquence très directe d'une jurisprudence, datant de 2001, qui confère aux prestations de l'AWBZ le statut de mesures de compensation exigibles de plein droit par tous les citoyens confrontés à une situation de perte d'autonomie sur longue durée.

Confrontés à cette évolution dynamique des dépenses de cette branche de la protection sociale, les pouvoirs publics ont estimé nécessaire de réagir rapidement en développant une politique de prévention et de prise en charge plus active des prestations.

Un premier pas en ce sens a été fait dans les années quatre-vingt-dix avec la loi sur le bien-être (*Welzijnswet*) et la loi d'aide aux handicapés (*WVG*). La loi sur le soutien local (*Wet maatschappelijke ondersteuning - WMO*), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, poursuit et approfondit cette démarche.

L'objet de la loi *WMO* est de **parvenir à une meilleure maîtrise des coûts et d'optimiser les interventions en faveur du maintien à domicile**, en transférant aux **communes** les crédits et la responsabilité de toutes les prestations d'assistance sociale, de caractère non médical.

En pratique, l'Etat verse aux communes une dotation prélevée sur des ressources fiscales affectées. La commune peut compléter cette dotation avec ses propres ressources, mais elle en conserve quoiqu'il arrive le bénéfice, même si elle ne l'utilise pas en totalité pour financer l'aide sociale aux ressortissants de l'AWBZ.

Ce transfert de charges a eu pour première conséquence une « démedicalisation » des interventions à domicile. Afin de contenir les coûts, les communes ont eu, en effet, tendance à recourir à des aides ménagères ou à des aides soignants pour prendre en charge les actes de « nursing » auparavant assurés bien souvent par des infirmières.

Une autre conséquence a été le recentrage des moyens dégagés dans le cadre de l'*AWBZ* sur la prise en charge sanitaire des personnes souffrant des pathologies les plus lourdes. Le schéma de partage qui en résulte évoque celui que l'on connaît en France pour les personnes âgées dépendantes, selon lequel est confiée à l'assurance maladie la responsabilité des soins et aux départements le financement de l'aide ménagère.

Par ailleurs, dans un second temps, les pouvoirs publics néerlandais n'ont pas hésité à réduire le montant des prestations versées aux personnes âgées. Une réforme sévère, menée parallèlement à l'adoption de la loi *WMO*, a rendu les conditions d'accès au système plus restrictives.

D'autres réformes sont en cours de préparation pour améliorer l'efficacité des dépenses et la capacité d'innovation dans ce secteur, afin d'assurer ainsi la pérennité du dispositif. Les mesures arrêtées dans ce cadre n'affecteraient pas directement les assurés. L'objectif prioritaire des pouvoirs publics est en effet de réformer l'offre de soins en agissant sur le fonctionnement des établissements d'hébergement et les modes d'intervention des professionnels de santé.

B. UNE SITUATION FINANCIÈRE DIFFICILE

Malgré les transferts opérés vers les collectivités locales et les restrictions d'accès aux prestations, la situation financière de l'*AWBZ* continue de se dégrader.

1. Les modalités de gestion

a) Le financement

Cette branche de la protection sociale est financée par trois produits : les cotisations, la contribution de l'État et le ticket modérateur payé par les assurés.

- **Les cotisations, qui représentent l'essentiel des ressources de l'*AWBZ*, sont assises sur les revenus** (12 % sur un revenu plafonné à 31 122 euros, soit une contribution annuelle maximale de 3 735 euros) et perçues par l'administration fiscale comme pour les autres branches de la protection sociale. Les cotisations sont versées au fonds général des frais exceptionnels de maladie (*Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten - AFBZ*), un organisme géré par le collège pour les assurances soins de santé (*CVZ*).

• **La dotation versée par l'Etat (*bijdrage in de kosten van de kortingen - BIKK*) est destinée à compenser à l'euro près le manque à gagner occasionné par les exonérations fiscales accordées depuis 2001.**

Le versement de cette compensation, dont le montant s'est élevé à 4,6 milliards d'euros en 2007 (après 5,3 milliards en 2005 et 4,7 milliards d'euros en 2006), soit 20 % des recettes du fonds *AFBZ*, permet de faire face à l'augmentation régulière des dépenses mais accroît également la dépendance de la branche à l'égard des finances publiques.

• **Enfin, dans le but de responsabiliser les assurés, un ticket modérateur est perçu sur la plupart des prestations délivrées au titre de l'*AWBZ*.**

Ce ticket modérateur s'applique à tous les bénéficiaires âgés de plus de dix-huit ans. Son montant est calculé selon des modalités assez complexes. Plutôt qu'une participation déterminée au prorata de la dépense engagée, comme cela se pratique en France, les autorités néerlandaises ont mis en œuvre un mécanisme qui prend en compte le revenu imposable du bénéficiaire des prestations, ses conditions d'hébergement (à domicile ou en établissement), mais également son âge (plus ou moins soixante-cinq ans) et sa situation familiale.

La nature des contrats d'assurance souscrits fait également varier les modalités de perception de ce ticket modérateur. Si le contrat est dit « en restitution », c'est-à-dire que l'assuré fait l'avance de frais avant de percevoir un remboursement de son assureur, le ticket modérateur est perçu au moment de la délivrance de la prestation. Si le contrat prévoit des prestations en nature délivrées par des prestataires désignés par l'assurance et directement rémunérés par l'assureur, ce dernier établira une facture du montant du ticket modérateur qui sera transmise à l'assuré¹.

Le montant des participations demandées aux assurés a connu également une augmentation substantielle (+ 13 %) entre 2003 et 2007.

b) Les opérateurs

Les prestations servies au titre de l'*AWBZ* sont diffusées auprès des bénéficiaires par différents types de canaux : les opérateurs publics, mais aussi les sociétés d'assurance auprès desquelles les assurés ont souscrit leurs contrats de couverture des soins courants. En effet, pour bénéficier de l'*AWBZ*, les Néerlandais doivent avoir préalablement contracté une assurance soins de santé prévue par la loi *ZVW*².

¹ Il existe également un ticket modérateur sur les prestations transférées à la charge des communes (*aide ménagère à domicile*).

² Se reporter à la deuxième partie du présent rapport.

- **La gestion publique des prestations est assurée par l'intermédiaire de bureaux régionaux. Ces derniers sont chargés de percevoir le ticket modérateur et de conclure des contrats avec les prestataires de soins.** A cette fin, ces bureaux se voient attribuer une subvention versée par le collège pour les assurances soins de santé (*CVZ*) qui gère les cotisations perçues au titre de l'*AWBZ* dans le cadre du fonds général des frais exceptionnels de maladie (*AFBZ*), dont on a vu qu'il centralise les recettes du régime.

- **Les sociétés d'assurance doivent favoriser l'accès de leurs assurés aux prestations.** Leur activité est centrée sur la prise en charge des dépenses engagées au titre des séjours en établissements.

L'intégralité des dépenses engagées par les assureurs dans le cadre de l'*AWBZ* fait l'objet d'un remboursement à l'euro près par les autorités publiques gestionnaires de cette branche.

- En ce qui concerne le volet « aide au maintien à domicile » aujourd'hui géré par les communes (hors financement *AWBZ* donc), celles-ci peuvent, à l'instar des bureaux régionaux, conclure des contrats, sur appels d'offre, avec les prestataires de services. Elles peuvent également déléguer au bénéficiaire une enveloppe *PGB* (cf. *supra*) en gestion directe.

2. Vers des réformes de fond ?

L'augmentation des dépenses du régime *AWBZ* a été très vive au cours des années 2003 à 2005, ce qui a conduit les autorités de tutelle à intervenir pour infléchir cette progression. La réduction des charges constatée à partir de 2006 illustre l'effet de la législation relative au périmètre des dépenses assurées par cette branche. Le transfert aux communes, à compter du 1^{er} juillet 2006, des compétences relatives aux prestations d'aide ménagère, explique la décreue constatée par rapport aux années précédentes.

Tableau d'équilibre du financement des soins de longue durée (AWBZ)

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007
Cotisations	19 784	21 295	21 933	18 792	17 886
Participation des assurés	1 577	1 741	1 788	1 794	1 807
Autres recettes	48	48	60	41	24
Total des produits	21 409	23 084	23 781	20 627	19 717
Frais de prise en charge	18 825	19 636	20 414	18 751	18 223
Frais de gestion	320	316	319	209	208
Autres	1 140	1 320	1 422	1 503	1 702
Total des charges	20 285	21 272	22 155	20 463	20 133
Soldes	1 124	1 812	1 626	164	- 416

Source : Ambassade de France aux Pays-Bas - Mission économique de La Haye

Les pouvoirs publics ont également procédé à une restructuration du réseau public gestionnaire de l'*AWBZ*. Le nombre de bureaux a ainsi été réduit, passant de soixante-dix à seize. Cette remise en ordre constituait pour une large part une réponse aux critiques émises par les associations de patients notamment, selon lesquelles les prestations versées au titre de l'*AWBZ* seraient exagérément amputées par les frais de gestion résultant de la multiplicité des intermédiaires. Sur ce terrain, la restructuration du réseau semble avoir produit des premiers résultats encourageants.

Ces réformes n'ont pourtant pas été suffisantes pour rétablir l'équilibre financier de la branche qui a connu **une situation de déficit en 2007**, après avoir bénéficié d'excédents confortables au cours de la période récente. **La dynamique d'évolution des charges demeure supérieure à celles des recettes, ce qui constitue un risque pour la pérennité du dispositif.**

La dégradation de la situation financière impose aux autorités une nouvelle réflexion sur le périmètre de l'*AWBZ*. La prise en charge des soins psychiatriques a ainsi été transférée vers le régime de soins courants (*ZVW*), à compter du 1^{er} juillet 2007.

Consultée par le Gouvernement, l'autorité néerlandaise de soins de santé (*Nederlandse Zorgautoriteit - NZa*) - qui est un peu l'équivalent de notre Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (*Hcaam*) - a proposé d'aller encore plus loin et de **fondre en totalité les prestations délivrées au titre de l'*AWBZ*, soit dans les dispositifs d'aide sociale gérés par les communes, soit dans le système d'assurance maladie géré par les assureurs privés.** Cette seconde solution ne constituerait que le prolongement de la politique engagée voici maintenant un peu plus de deux ans. La coalition de centre droit - centre gauche aujourd'hui au pouvoir semble cependant réticente à avancer dans cette direction.

Les interrogations restent fortes, en particulier, en ce qui concerne le caractère assurable du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le Gouvernement a renvoyé le sujet pour examen devant le Conseil économique et social. Au-delà de ces hésitations et à l'appui des propositions de la *NZa*, les associations de patients font valoir que la réunification du système permettrait de retrouver une gestion coordonnée de tous les intervenants auprès du malade ou de la personne en perte d'autonomie, alors que cette coordination a été perdue avec la loi *WMO*.

**LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES
PAR LA DÉLÉGATION DE LA MECSS
SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX PAYS-BAS
25 - 27 MARS 2008**

- **Mission économique française de La Haye** (*Mardi 25 mars - 14 heures*)
Présentation générale de la sécurité sociale aux Pays-Bas (exposé de M. Lucien Verhoeven)
- **Ministère de la santé** (*Mardi 25 mars - 15 heures 30*)
Présentation du régime d'assurance maladie et des mécanismes de prise en charge des personnes dépendantes aux Pays-Bas (exposé de M. Van Maanen, secrétaire général du ministère de la santé)
- **Ambassade de France** (*Mardi 25 mars - 20 heures*)
Dîner de travail à la résidence de l'Ambassadeur de France, en présence de différentes personnalités, à l'invitation de Mme Françoise Maylié, chargée d'affaires a.i.
- **Siège de l'association des assureurs néerlandais** (*Zeist - Mercredi 26 mars - matin*)
M. Paul Habets, médecin de famille et vice-président de l'association nationale des médecins de famille - LHV (*Mercredi 26 mars - 8 heures 30*)
Fédération néerlandaise des patients - NPCF (*Mercredi 26 mars - 9 heures 30*)
M. Paul Van Rooij, responsable de l'association néerlandaise des compagnies d'assurance maladie - ZN (*Mercredi 26 mars - 10 heures 30*)
- **Deuxième chambre du Parlement** (*Mercredi 26 mars - 13 heures*)
Déjeuner de travail avec des membres de la commission santé, bien-être et sport
- **Association des communes néerlandaises (VNG)** (*Delft - Mercredi 26 mars - 15 heures 30*)
Exposé de M. Dick Rensen, adjoint au maire de Delft, responsable de l'application de la *WMO* (loi relative au soutien social [prise en charge du handicap et de la dépendance des personnes âgées])
- **Hôpital Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp** (*Jeudi 27 mars - 9 heures 30*)
Mme Gita Gallé, directrice de l'Association néerlandaise des hôpitaux

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mercredi 15 juillet 2008** sous la présidence de **M. Nicolas About, président**, la commission a entendu la **présentation du rapport d'information de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau**, établi au nom de la Mecss, sur le **système de santé aux Pays-Bas**.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a indiqué qu'une délégation de la Mecss s'est rendue aux Pays-Bas, du 25 au 27 mars dernier, afin d'y étudier la réforme de l'assurance maladie adoptée voici deux ans. Le système néerlandais se caractérise par l'existence d'un mode dual de prise en charge des dépenses de santé réparties entre les soins courants, d'une part, les soins de longue durée et la prise en charge de la perte d'autonomie, regroupés dans un même régime, d'autre part.

Confrontés, depuis plusieurs années, à un phénomène de listes d'attente de plus en plus longues, tant à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire, les pouvoirs publics néerlandais ont modifié les règles de prise en charge des soins de santé courants. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la nouvelle législation a accordé une place prépondérante aux sociétés d'assurance dans la gestion du risque de santé, alors que le système était, jusque-là, à dominante publique.

La couverture maladie a ainsi été confiée à des entreprises privées, qui achètent les soins proposés à leurs assurés auprès des professionnels et des établissements de santé. La concurrence, qui est supposée s'établir entre ces entreprises et entre les différents prestataires de soins, doit permettre, à terme, des gains d'efficacité, ainsi qu'une meilleure maîtrise des coûts.

Ceci étant, l'activité des assureurs est encadrée par des garanties publiques fortes. La sélection des assurés, sous quelque forme que ce soit, est interdite par la loi : aucune distinction fondée sur le sexe, l'âge ou l'état de santé de la personne n'est possible. Chaque assuré doit payer une prime identique pour l'acquisition d'un contrat d'assurance « soins de santé » comportant les mêmes garanties.

Les pouvoirs publics ont également imposé un cahier des charges très précis pour la détermination du contenu des contrats, et notamment des prestations remboursables. Cette liste de prestations est classique, mais les soins optiques et dentaires relèvent d'un régime d'assurance complémentaire facultatif. Par ailleurs, tous les contrats doivent prévoir une franchise annuelle, qui peut aller de 150 à 500 euros suivant les formules, afin de responsabiliser les patients.

Le système est financé par les primes versées aux assureurs et trois mécanismes de solidarité viennent l'encadrer : tout d'abord, un système de péréquation pour couvrir les risques financiers encourus par les sociétés d'assurance prenant en charge les assurés ayant une santé fragile, afin d'éviter que les assureurs ne tentent de contourner l'interdiction d'écarter les patients en moins bonne santé ; ensuite, la prise en charge par l'Etat, sous forme de dotations versées aux assureurs, des primes pour les enfants de moins de dix-huit ans ; enfin, la création d'un dispositif d'aide à l'acquisition de la couverture de soins de santé réservé aux ménages déclarant des revenus annuels inférieurs à 30 000 euros, soit six millions de foyers néerlandais actuellement.

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a présenté le bilan qui peut être tiré de cette réforme, qui avait reçu le soutien de la quasi-totalité des partis politiques.*

Les associations de patients, favorables dès l'origine, considèrent que la liberté des malades dans le système de santé s'est accrue, permettant ainsi une meilleure prise en compte des demandes des assurés, et notamment la réduction des files d'attente constatées dans l'accès aux soins. Le point le plus sensible reste la difficulté à s'informer et à évaluer les garanties offertes par les assureurs. Les associations de patients s'inquiètent également de la mise en œuvre par les assureurs de procédures de sélection déguisée, à travers le couplage de contrats de base avec des couvertures complémentaires, pour lesquelles des questionnaires médicaux peuvent être imposés en toute légalité aux assurés.

Du point de vue des assureurs, le bilan des deux premières années d'application de la réforme est plus mitigé car il fait apparaître un déficit de près de 900 millions d'euros dans leurs comptes. Deux motifs sont avancés pour expliquer cette situation : tout d'abord, la concurrence très dure que se sont livrée les assureurs pour conquérir des parts de marché et, en conséquence, l'instauration de primes nominales dont le montant est inférieur aux coûts réels ; ensuite, le fait que, dans un premier temps, les opérateurs n'ont procédé à aucune action de régulation de l'offre de soins et ont contracté avec l'ensemble des professionnels et des établissements de santé, sans exception. De ce fait, les assureurs devraient relever leurs primes et souhaiteraient pouvoir développer une politique plus sélective en matière de conventionnement avec les offreurs de soins dans les années à venir.

Les médecins, quant à eux, sont plutôt satisfaits par ce nouveau système, qui leur a procuré un revenu supérieur à celui dont ils bénéficiaient auparavant.

L'application de la réforme continue de faire l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics qui s'attachent à la qualité des soins depuis que le conseil néerlandais de la santé publique, chargé d'évaluer les politiques sanitaires, a considéré que les assureurs ne vérifient pas suffisamment la qualité des soins qu'ils achètent. Pour développer cette

qualité, le conseil a recommandé un recours accru à des protocoles thérapeutiques opposables pour encadrer la pratique des professionnels de santé. De même, les pouvoirs publics surveillent attentivement les restructurations engagées par les sociétés d'assurance, pour ne pas réduire la concurrence entre les opérateurs. Enfin, ils doivent aussi résoudre le problème posé par les 250 000 personnes, soit 1,5 % de la population néerlandaise, qui, malgré l'obligation imposée par la loi, n'ont pas souscrit d'assurance « soins de santé ».

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a indiqué qu'à côté de ce régime d'assurance maladie, en grande partie libéralisé, un deuxième compartiment de dépenses médicales dites « extraordinaires » fonctionne selon ses propres règles. Créé en 1967, ce système assure la prise en charge des pathologies chroniques, ainsi que celle du handicap et de la dépendance des personnes âgées, dans leur globalité. Ce dispositif va au-delà de l'approche sanitaire et comprend une dimension sociale et médicosociale, puisqu'il recouvre également l'aide à domicile et l'assistance aux familles.

Cette branche de la protection sociale est financée par trois types de ressources : les cotisations, qui en constituent l'essentiel, des dotations de l'Etat, destinées à compenser le manque à gagner correspondant aux exonérations de cotisations, et un ticket modérateur versé par les assurés lors de l'exécution de la plupart des prestations. L'analyse des dépenses financées par cette branche de la protection sociale montre qu'au cours des dix dernières années, le volet assistance sociale et ménagère a représenté le poste le plus dynamique, avec des hausses annuelles comprises entre 8 % et 12 %. Cette évolution reflète la priorité accordée par les autorités sanitaires et sociales du pays au maintien à domicile le plus longtemps possible des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie.

Afin de parvenir à une meilleure maîtrise des coûts, les pouvoirs publics ont adopté, en 2006, une nouvelle législation relative au soutien social consistant à transférer aux communes les crédits et la responsabilité de toutes les prestations d'assistance sociale à caractère non médical. Ce transfert de charges a eu pour première conséquence une « démedicalisation » des interventions à domicile : pour contenir les coûts, les communes ont eu, en effet, tendance à recourir à des aides ménagères ou à des aides soignantes pour prendre en charge les actes de « nursing » auparavant assurés par des infirmières.

Ces réformes n'ont pourtant pas été suffisantes pour maintenir l'équilibre financier de la branche qui a connu un déficit en 2007. Pour répondre à cette dégradation des comptes, l'autorité néerlandaise des soins de santé a proposé de fonder, en totalité, les prestations délivrées au titre des soins « extraordinaires » soit dans les dispositifs d'aide sociale administrés par les communes, soit dans le système d'assurance maladie géré par les assureurs privés. Cette seconde solution constituerait le prolongement de la politique de libéralisation encadrée mise en œuvre depuis deux ans pour les soins courants.

M. Nicolas About, président, a indiqué que lors de la réunion interparlementaire des Présidents de commissions des affaires sociales de l'Union européenne du 10 juillet dernier, son homologue néerlandais a exposé les mécanismes de prise en charge de soins les plus lourds mis en œuvre dans son pays, d'où il ressortait que la dépendance y est traitée de manière organisée depuis plusieurs années. Cet exemple est intéressant au moment où la France se préoccupe d'instituer un cinquième risque de protection sociale, mais il montre aussi le coût de ce dispositif.

M. Paul Blanc a voulu connaître plus précisément les mécanismes de financement du dispositif de prise en charge des soins « extraordinaires », notamment les modalités de calcul et de prélèvement des cotisations sociales.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a précisé que les cotisations sont calculées en fonction des revenus de chaque assuré et prélevées par l'administration fiscale.

Mme Catherine Procaccia s'est interrogée sur le statut juridique des sociétés d'assurance intervenant sur le marché néerlandais de la santé et sur l'existence éventuelle de sociétés mutuelles.

M. Jean-Claude Etienne a fait observer qu'aux Pays-Bas, le dispositif de prise en charge des soins les plus lourds est déficitaire. Il a souhaité savoir si la situation est identique dans le secteur hospitalier et dans celui des soins de ville car il semblerait que le système néerlandais ait développé, depuis longtemps, l'hospitalisation à domicile, ce qui permet de réduire le coût des soins. Il a voulu savoir s'il existe, en définitive, un système européen de protection sociale qui ne connaisse pas de déséquilibre financier.

M. Nicolas About, président, a répondu que, d'après les débats tenus avec ses collègues parlementaires de l'Union européenne, le système maltais serait un des rares systèmes de protection sociale en situation d'équilibre, notamment grâce à un niveau élevé d'offre de soins.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé que les pouvoirs publics néerlandais ont mis en œuvre ces réformes avec l'objectif d'optimiser les dépenses de santé et les ont fait précéder d'une importante restructuration de l'offre de soins, notamment dans le domaine hospitalier, puisque le nombre d'établissements a été réduit de moitié.

M. Nicolas About, président, a souligné que les négociations sur le conventionnement des professionnels de santé sont plus complexes lorsque l'offre de soins est réduite. Ce n'est qu'avec une démographie médicale d'un niveau plus élevé que les assureurs pourront réellement choisir les professionnels de santé auxquels seront adressés leurs assurés. L'exemple néerlandais démontre, par ailleurs, que les assureurs sont capables de négocier les coûts des soins en matière optique et dentaire.

M. Jean-Claude Etienne a résumé le système néerlandais à travers ses deux caractéristiques, assez rares en Europe : l'intervention de sociétés privées d'assurance pour la prise en charge des dépenses de santé dès le

premier euro, d'une part, et un recours très développé à l'hospitalisation à domicile permettant le maintien des personnes âgées dans leur logement, d'autre part.

***M. Nicolas About, président,** a confirmé que les Pays-Bas ont effectivement un dispositif d'hospitalisation à domicile très développé, ainsi qu'un système de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ne repose pas sur l'internement. L'expérience montre toutefois les limites de ces pratiques, pour des raisons de santé publique mais aussi de sécurité publique.*

*La commission a alors **adopté le rapport d'information.***