

Chapitre 3

Réforme des soins de santé et soins de longue durée aux Pays-Bas

Les Pays-Bas, comme les autres pays de l'OCDE, sont confrontés à la difficulté de fournir, au meilleur coût, des services de santé et des soins de longue durée de haute qualité à une population vieillissante. Dans le secteur de la santé, des réformes ont déjà été mises en œuvre en vue d'intensifier la concurrence. Malgré des changements majeurs et certains effets positifs, les réformes risquent de s'enliser, prises en étau entre un système centralisé d'offre et de prix contrôlés par l'État et un système décentralisé fondé sur une concurrence réglementée, n'incitant pas suffisamment à fournir des services de qualité et à maîtriser les dépenses. Les principales difficultés consistent à mener à bien la transition vers un régime de concurrence réglementée dans la prestation de soins de santé, à renforcer le rôle des assureurs en tant qu'agents acheteurs et à assurer la maîtrise des coûts dans un secteur de la santé qui obéit de plus en plus à la demande. En 2012, les réformes ont accru le rôle du marché dans le secteur hospitalier et renforcé les contrôles budgétaires. Ces deux mesures ne sont pas compatibles et risquent de compromettre la réalisation des deux objectifs. Des marchés plus concurrentiels requièrent, au minimum, une information de bonne qualité, un financement approprié et des incitations plus fortes à l'efficacité. Compte tenu du vieillissement de la population, les politiques actuelles feront plus que doubler le coût des soins de longue durée au cours des décennies à venir. Il faudrait inciter davantage à l'achat de soins de longue durée efficaces par rapport à leur coût. Cependant, le plan du gouvernement consistant à transférer l'achat de soins de longue durée aux assureurs est voué à l'échec en l'absence de mesures supplémentaires faisant supporter à ces derniers les risques financiers correspondants. Il faudrait en outre encourager les soins à domicile aux dépens des soins en établissement, tout en améliorant le filtrage et la fixation d'objectifs.

Performance du système de santé

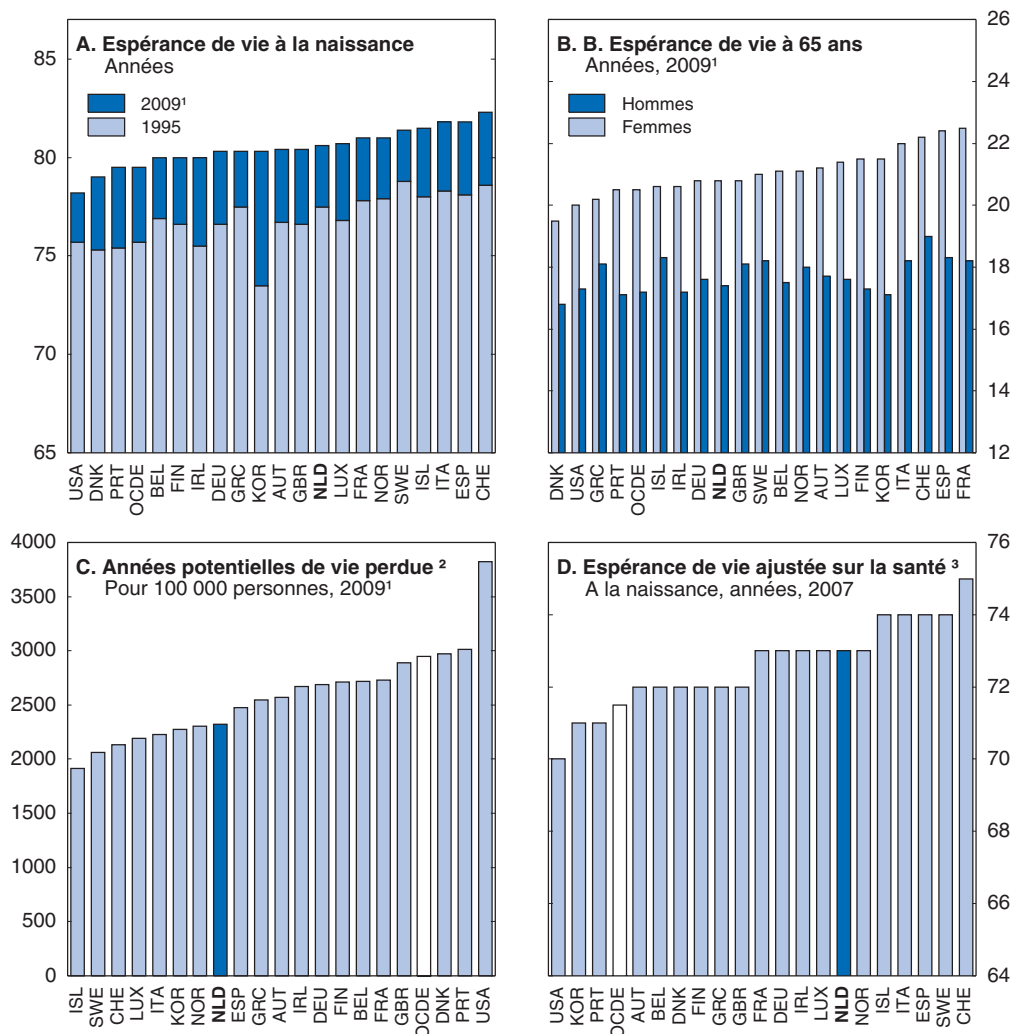
Le système de santé est efficace, comme en témoigne l'assez faible taux de mortalité évitable, mais onéreux¹. Les coûts sont comparables à ceux des autres pays qui ont des systèmes de santé analogues (mécanismes du marché régissant à la fois la couverture d'assurance maladie et la prestation de soins) comme l'Allemagne et la Suisse, mais relativement élevés en comparaison de la plupart des autres pays de l'OCDE ayant des systèmes différents (Joumard *et al.*, 2010). Plus précisément, l'efficacité des soins hospitaliers est variable, tandis que la qualité des soins préventifs et des soins ambulatoires est élevée, (résultats observés avant les effets des récentes réformes). D'autres études ont souligné le degré élevé d'équité et d'accès aux soins dans le système de santé néerlandais (Davis *et al.*, 2010). Le présent chapitre commence par une évaluation des résultats et de l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé. Il sera ensuite proposé une analyse des effets des réformes du milieu des années 2000 et un examen de la prochaine série de réformes prévues. Suivra une évaluation des réformes du système (distinct) de soins de longue durée.

Les résultats dans le domaine de la santé sont relativement bons

Les indicateurs de performance du système de santé néerlandais font état de résultats moyens à relativement bons. L'espérance de vie à la naissance est comparable à ce qu'elle est dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale mais, à l'âge de la retraite, elle ne dépasse que légèrement la moyenne de l'OCDE (graphique 3.1). L'espérance de vie a progressé plus lentement que dans la plupart des autres pays de l'OCDE sur la période 1995-2005 (Joumard *et al.*, 2010) avant de s'élever très rapidement au cours de la seconde moitié des années 2000, principalement grâce à un recul de la mortalité parmi les personnes âgées (Mackenbach *et al.*, 2011). De plus, le nombre estimé d'années de vie en bonne santé est assez élevé et les décès par accident sont rares, ce qui signifie qu'il y a assez peu d'années de vie potentielles perdues. Ces résultats moyens à bons se retrouvent dans la mortalité infantile, largement inférieure à moyenne de l'OCDE, mais toujours deux fois plus élevée que le taux le plus bas dans la zone OCDE. De même, la mortalité due aux principales maladies non transmissibles est généralement assez faible, excepté dans le cas du cancer (tableau 3.1). Enfin, les inégalités dans les résultats en matière de santé sont peu marquées et les modes de vie sont relativement sains, en dépit d'un fort tabagisme (graphique 3.2) (Joumard *et al.*, 2010).

Depuis 2006, le système de santé fait l'objet d'un suivi systématique, à l'aide de 125 indicateurs de la qualité, de l'accessibilité et des coûts (Westert *et al.*, 2010). Les indicateurs de qualité font apparaître un recours relativement élevé au dépistage préventif et de faibles taux d'hospitalisation inutile, ce qui laisse penser que les soins primaires et les soins ambulatoires sont efficaces. Le secteur hospitalier paraît moins efficace, le taux de décès dans les 30 jours suivant l'hospitalisation pour une affection aiguë (crise cardiaque, hémorragie cérébrale, AVC) étant à peu près le double des taux les plus bas en Europe

Graphique 3.1. Indicateurs de l'espérance de vie



1. Ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles (2005-09) ; voir la base de données source pour le détail de la couverture géographique.
2. Séries corrigées, calculées sans tenir compte des décès dus à des accidents de transport terrestre, des chutes accidentelles, des suicides et des agressions. Tranche d'âge 0-69 ans.
3. Nombre estimé d'années à vivre dans des conditions équivalentes à la « pleine santé ».

Source : OCDE (2011), « État de santé », *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), décembre, et OMS (2011), Observatoire de la santé mondiale (base de données), Organisation mondiale de la santé, mai.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932614871>

(Westert et al., 2010). L'accès aux soins est facilité par le caractère complet du régime d'assurance maladie obligatoire de base et par le fait que le ticket modérateur est le plus faible d'Europe (tableau 3.2), de sorte que rares sont les personnes qui se passent de visites chez le médecin pour raisons financières (Westert et al., 2010). De plus, il existe des services de soins essentiels accessibles à proximité pour la quasi-totalité de la population, tandis que les délais d'attente pour presque tous les traitements sont inférieurs aux normes acceptables convenues (appelées « normes Treek ») (NZA, 2012). De même, les inégalités en matière de santé, mesurées par la dispersion de l'âge au décès, sont parmi les plus faibles de la zone OCDE (Joumard et al., 2010). Comme dans beaucoup d'autres pays, on observe

Tableau 3.1. **Taux de mortalité infantile et mortalité par cause principale**
2009 ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles¹

	Mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)	Principales causes de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants)				
		Cardiopathie ischémique	Maladie cardiovasculaire (AVC)	Cancer du poumon	Autres types de cancer	Maladies du foie et cirrhose
Australie	4.3	74	35	29	116	5
Autriche	3.8	92	32	29	121	14
Belgique	3.4	64	41	42	123	9
Canada	5.1	–	–	–	–	–
République tchèque	2.9	161	75	37	150	15
Danemark	3.1	68	50	50	149	13
Finlande	2.6	115	43	24	105	17
France	3.9	32	26	33	125	9
Allemagne	3.5	93	40	32	125	13
Irlande	3.2	98	39	38	138	7
Italie	3.7	58	44	33	124	9
Japon	2.4	26	40	26	108	6
Corée	3.5	28	57	32	111	11
Mexique	14.7	85	43	10	81	35
Pays-Bas	3.8	42	33	44	134	4
Nouvelle-Zélande	4.7	98	43	31	136	3
Norvège	3.1	62	36	32	118	3
Pologne	5.6	97	73	47	146	15
Portugal	3.6	40	71	22	125	12
Slovénie	2.4	61	63	35	154	22
Espagne	3.3	45	36	32	115	9
Suède	2.5	85	40	25	116	5
Suisse	4.3	62	27	28	111	..
Royaume-Uni	4.6	77	41	38	127	11
États-Unis	6.5	95	31	45	108	10
Moyenne OCDE ²	4.4	85	48	33	126	12

1. L'année la plus récente est comprise entre 2007 et 2009 pour la mortalité infantile et entre 2005 et 2009 pour les causes de mortalité.

2. Moyenne non pondérée de la dernière année pour laquelle des données sont disponibles. Voir la base de données sources pour le détail des pays considérés.

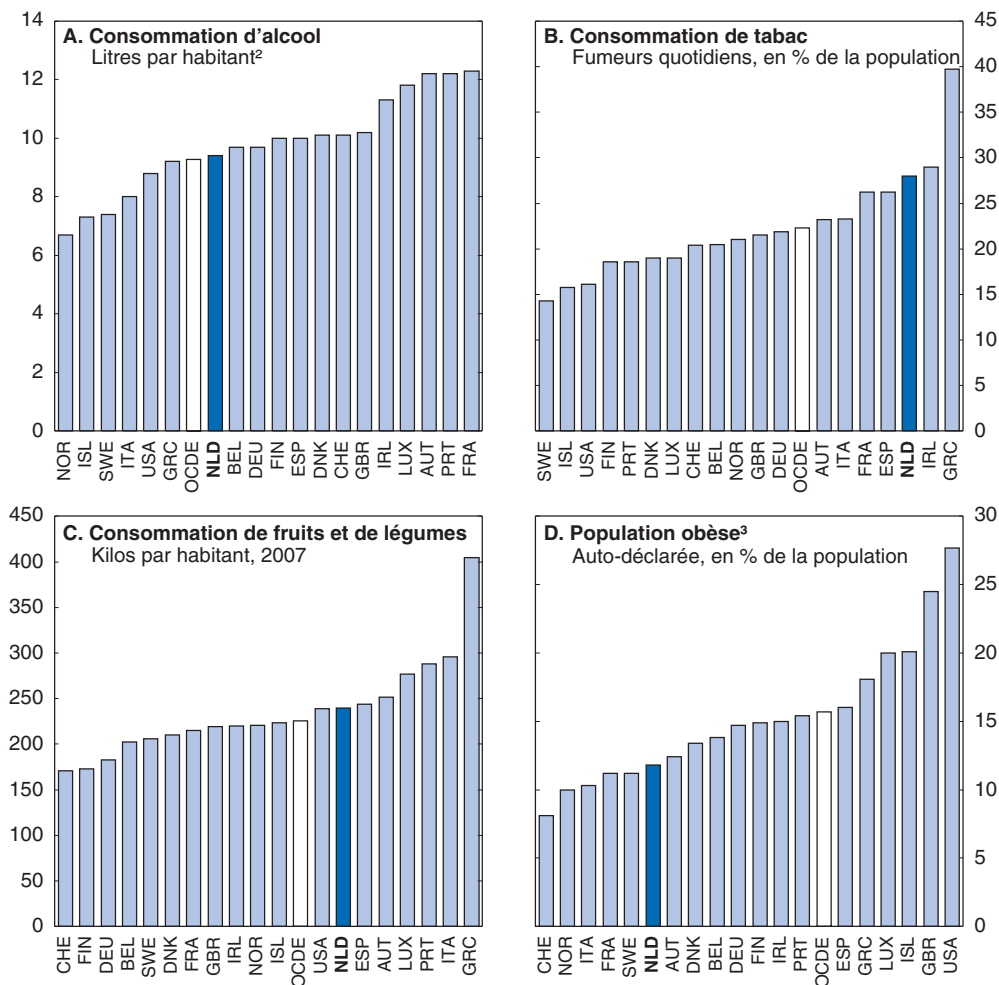
Source : OCDE (2011), « État de santé », *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), juillet.

une variation importante des pratiques (ou « small-area variation ») qui ne peut pas s'expliquer par des facteurs socio-économiques (Van Beek et al., 2009), ce qui semble indiquer qu'il est possible d'améliorer l'efficacité. C'est le cas, en particulier, pour les opérations chirurgicales courantes, les habitudes de prescription et le nombre de maladies, comme l'otite moyenne (inflammation de l'oreille moyenne), la pneumonie et la hernie (Vektis et Plexus, 2011).

Des ressources considérables sont consacrées au système de santé

En 2009, dans la zone OCDE, les Pays-Bas se classaient au deuxième rang, derrière les États-Unis pour les dépenses de santé (graphique 3.3). D'autres pays dotés de régimes complets d'assurance maladie sociale, comme la Belgique, le Canada, la France, l'Allemagne et la Suisse, ont des niveaux de dépenses presque comparables, mais ils dépensent davantage en soins curatifs et moins en soins de longue durée. Au cours de la décennie terminée en 2008, la croissance moyenne des dépenses réelles de santé par habitant a été inférieure d'environ ½ point à celle observée dans l'UE, mais l'augmentation

Graphique 3.2. **Facteurs de risque pour la santé**
2009 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles¹



1. La dernière année pour laquelle des données sont disponibles est comprise entre 2005 et 2010 ; voir base de données source pour le détail des pays considérés. L'agrégat OCDE est une moyenne non pondérée des données disponibles.
2. Population de 15 ans et plus.
3. Les chiffres pour le Luxembourg, la République slovaque et le Royaume-Uni s'appuient sur des enquêtes réalisées à partir d'examen de santé, plutôt que sur des enquêtes par entretien.

Source : OCDE (2011), « Déterminants non médicaux de la santé », *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), décembre, et OCDE (2010), *Health at a Glance: Europe 2010* (résumé en français).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932614890>

a été relativement plus rapide depuis, en raison d'un accroissement assez rapide du volume des soins, les admissions en soins hospitaliers et en soins ambulatoires progressant, respectivement, de 3 % et de 10 % par an. En revanche, les dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance hors établissement – parmi les plus faibles dans la zone OCDE – ont diminué ces dernières années par suite d'une baisse des prix des médicaments génériques, imposée par les pouvoirs publics et qui a largement compensé la hausse de la consommation (NZa, 2010b).

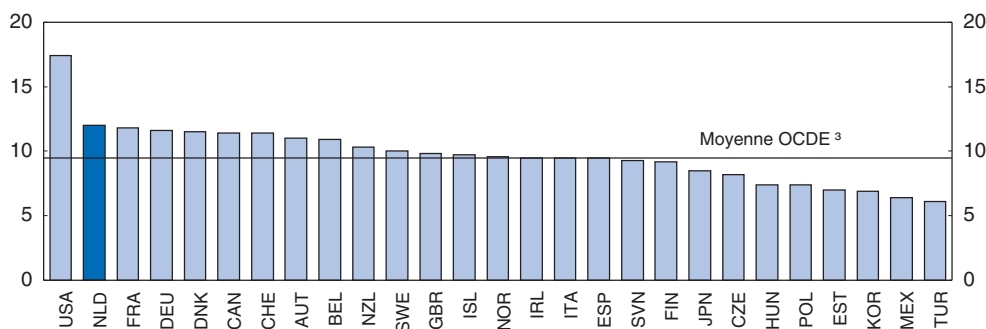
Tableau 3.2. **Dépenses privées en proportion des dépenses totales de santé**
2008

	Ticket modérateur (participation financière)	Assurance maladie privée volontaire	Autres dépenses privées	Dépenses privées totales
Autriche ¹ (2008)	15.5	4.7	1.1	21.4
Belgique ¹	20.0	4.8	0.2	24.9
République tchèque	14.4	0.2	1.4	16.0
Danemark ¹	13.7	1.8	0.1	15.5
Estonie	20.3	0.2	0.3	20.8
Finlande	19.0	2.1	4.1	25.3
France	7.3	13.3	1.5	22.1
Allemagne	13.1	9.3	0.7	23.1
Hongrie	23.7	2.7	3.9	30.3
Islande	16.6	...	1.4	18.0
Irlande	12.3	11.0	1.7	25.0
Italie	19.7	1.0	1.5	22.1
Luxembourg	11.6	3.1	1.2	16.0
Pays-Bas¹	6.2	5.5	3.7	15.3
Norvège	15.1	...	0.8	15.9
Pologne	22.2	0.6	4.8	27.6
Portugal (2008)	27.2	4.9	2.9	34.9
Rép. slovaque	25.6	0.0	8.8	34.3
Slovénie	12.9	12.5	1.2	26.6
Espagne	20.1	5.4	0.9	26.4
Suède	16.7	0.2	1.6	18.5
Suisse	30.5	8.8	1.0	40.3
Turquie ¹ (2008)	19.2	...	8.1	27.3
Royaume-Uni	10.5	1.1	4.3	15.9

1. Dépenses actuelles.

Source : OCDE (2011), *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), mars.

Graphique 3.3. **Les dépenses de santé aux Pays-Bas sont élevées¹**
En pourcentage du PIB, 2009²



1. Pour la Belgique, il n'est pas tenu compte des investissements. Pour la Finlande, le Japon et la Suède, les dépenses en soins de longue durée qui sont du ressort de la santé sont définies de façon plus étroite pour ces pays et, par conséquent, les dépenses totales de santé sont sans doute sous-estimées.

2. 2008 pour le Japon et la Turquie.

3. Moyenne de la zone OCDE, calculée à partir des données les plus récentes disponibles pour tous les pays.

Source : OCDE (2011), *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), mars.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932614909>

En 2010, les dépenses publiques en soins de santé et soins de longue durée ont représenté environ 10 % du PIB (tableau 3.3). Cette part ne fera qu'augmenter puisque l'Accord de coalition de 2010 autorise une hausse des dépenses publiques de 3¼ pour cent par an en termes réels sur la période 2011-15, soit plus du double de la croissance attendue du PIB. Néanmoins, des dépassements de dépenses se sont produits en 2011 puisque le budget public prévu pour les soins de santé (BKZ) a été dépassé de quelque 1.4 milliard EUR (2¼ pour cent) (ministère de la Santé, 2011b), suivant un schéma annuel de dépassement de 1 % à 4 % qui se répète depuis 2002 (Algemene Rekenkamer – Cour des comptes – 2011). Les dépassements de dépenses ont été particulièrement marqués dans les domaines de soins de longue durée et des soins de santé mentale. Compte non tenu des soins de longue durée, près de la moitié des dépenses publiques de santé vont aux hôpitaux (tableau 3.4).

Tableau 3.3. **Dépenses publiques en soins de santé et soins de longue durée**

En pourcentage du PIB

	2000	2005	2006 ¹	2010 ²	2011 ²	2012 ²
Dépenses publiques de santé (en % du PIB)	6.0	7.1	8.5	9.9	9.9	10.1
Soins de santé (ZFW-ZVW) ¹	2.9	3.3	4.7	5.7	5.7	5.8
Soins de longue durée (AWBZ)	3.1	3.8	3.8	3.7	3.7	3.8
Autres	0	0	0	0.5	0.5	0.5

1. En 2006 l'ancienne caisse de maladie (ZFW) (couvrant deux tiers de la population) et l'assurance maladie privée (couvrant l'autre tiers) ont été regroupées dans un régime public unique d'assurance maladie universelle (ZVW), qui est géré par des assureurs privés. Du fait de l'extension du système public d'assurance maladie à l'ensemble de la population, la part des dépenses publiques de santé dans le PIB a augmenté notablement.

2. Chiffres provisoires pour 2010 ; prévisions pour 2011 et 2012.

Source : CPB (2011), Centraal Economisch Plan 2011, Centraal Planbureau.

Tableau 3.4. **Dépenses publiques de santé (ZVW) par catégorie**

2011

	Milliards EUR	% du total
Soins hospitaliers ¹	16.5	45.6
Médecins spécialistes (libéraux)	2.1	5.8
Médecins généralistes	2.3	6.4
Soins de santé mentale	4.1	11.3
Médicaments délivrés sur ordonnance	5.5	15.2
Autres (appareils médicaux, soins dentaires, soins de maternité, etc.)	5.7	15.7
Total des dépenses publiques de santé	36.2	100

1. Y compris les cliniques autonomes : ZBCs.

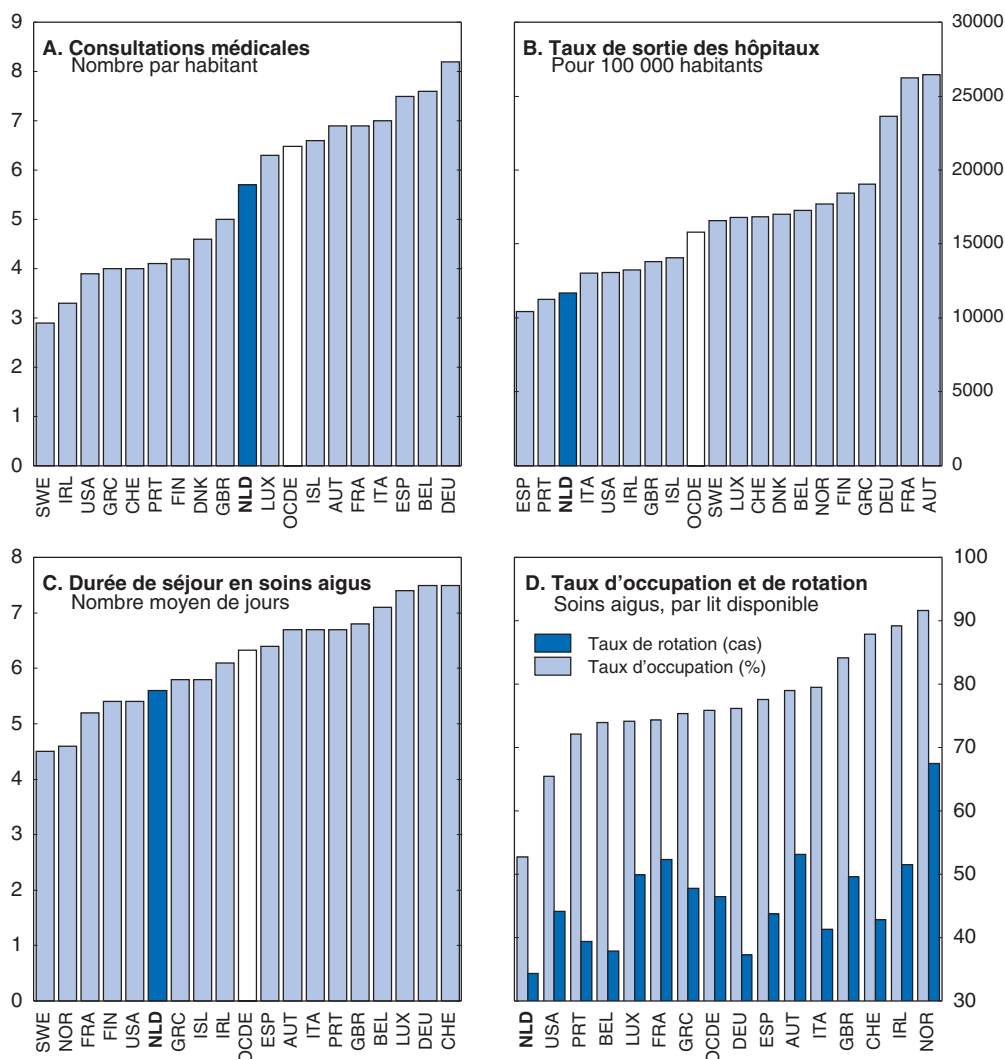
Source : Ministère de la Santé (2011), « Rijksbegroting 2012. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-12 ».

Malgré des dépenses de santé élevées, le volume de services est faible en comparaison des autres pays, tant du point de vue du nombre de consultations de médecin que du point de vue des hospitalisations (OCDE, 2010a) (graphique 3.4). En ce qui concerne les hôpitaux, le nombre de séjours (mesuré par le taux de sorties de malades hospitalisés) et la durée moyenne des séjours en services de soins aigus sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE, mais les taux d'occupation des lits sont néanmoins très bas. L'utilisation de l'angioplastie coronarienne, qui ne peut être pratiquée que par un nombre limité d'hôpitaux, est la plus

faible de l'UE. Par contre, la pose de prothèses de la hanche et du genou est assez fréquente en comparaison des autres pays de l'OCDE. Malgré des dépenses globales élevées, l'offre est plus réduite que dans beaucoup d'autres pays qui disposent d'un nombre moins élevé de lits d'hôpital, de médecins et d'équipements modernes par habitant (graphique 3.5).


Graphique 3.4. **Consultations de soins de santé et utilisation des ressources dans les hôpitaux**

2009 ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles¹

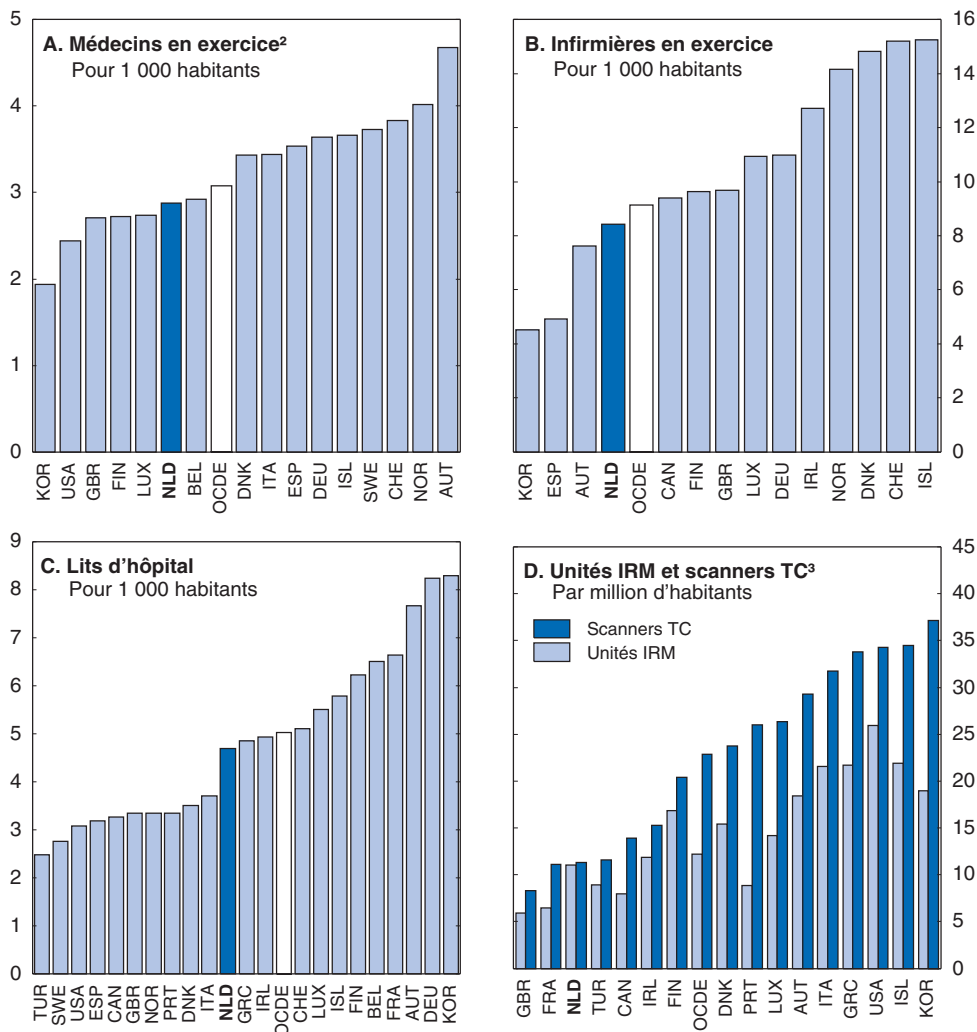


1. L'année la plus récente est comprise entre 2005 et 2009 ; voir base de données source pour le détail des pays considérés. L'agrégat OCDE est une moyenne non pondérée des données disponibles.

Source : OCDE (2011), « État de santé », *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), décembre.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932614928>

Graphique 3.5. **Ressources consacrées aux soins de santé**
2009 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles¹



1. L'année la plus récente est comprise entre 2006 et 2010. L'agrégat OCDE est une moyenne non pondérée des données disponibles.
2. Praticiens en activité parmi les pays de l'OCDE.
3. Unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et scanners de tomographie calculée (TC).

Source : OCDE (2011), « État de santé », Base de données sur les ressources de santé.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932614947>

Le secteur de la santé a subi d'importantes réformes au cours de la seconde moitié des années 2000

À cause des défauts du marché inhérents à la production de soins, il est particulièrement difficile de contenir la pression du vieillissement sur les coûts. Ces défauts, qui trouvent leur origine dans l'asymétrie de l'information entre les assureurs et les prestataires de soins, d'une part, et entre les prestataires de soins et les patients, d'autre part, favorisent une demande induite par l'offre et le surcodage des actes médicaux (classement des patients selon des codes de diagnostic à tarif plus élevé). Les études empiriques montrent qu'aucun système de santé n'est systématiquement supérieur aux autres lorsqu'il s'agit de corriger ces problèmes et d'offrir des services efficaces en termes

de coût (Joumard *et al.*, 2010). Les Pays-Bas ont opté pour un système de concurrence réglementée et d'assurance privée dans lequel ils s'efforcent de renforcer le rôle des mécanismes du marché par de vastes réformes depuis le milieu des années 2000. Toutefois, du fait des imperfections du marché, la concurrence ne peut à elle seule assurer la maîtrise des coûts, d'où la nécessité de prendre des mesures pour améliorer le fonctionnement du marché à la fois du côté de l'offre et du côté de la demande.

En 2006, la concurrence entre assureurs de soins médicaux a été renforcée par la Loi sur l'assurance maladie (*Zorgverzekeringswet, Zvw*), qui a rendu obligatoire pour tous l'assurance maladie privée. Ce régime a remplacé un système dual dans lequel l'assurance publique était obligatoire pour environ deux tiers de la population tandis que l'autre tiers recourait à une assurance privée volontaire. Dans le nouveau système, chacun paie une prime à taux uniforme (fixé librement par l'assureur) à l'assureur de son choix et verse une cotisation calculée en fonction des ressources à un fond de péréquation des risques, qui couvre 50 % des dépenses de santé totales. Afin de permettre à tous de s'offrir des soins de santé, l'État verse à deux tiers des ménages néerlandais une allocation mensuelle calculée en fonction des ressources, qui représente environ 6 % des dépenses en soins de santé (ministère de la Santé, 2011b). L'idée fondamentale sous-tendant la réforme était d'offrir aux assureurs des incitations appropriées pour qu'ils se comportent en acheteurs prudents de services de santé pour le compte de leurs clients. À cette fin, la Loi sur l'assurance maladie autorise les assureurs à passer des contrats sélectifs avec les prestataires de soins de santé.

La réforme a eu pour principal résultat l'instauration d'une vive concurrence sur les prix entre les assureurs, en particulier au cours des premières phases, lorsqu'ils se battaient pour obtenir des parts de marché. De ce fait, les assureurs ont subi des pertes importantes sur la couverture d'assurance maladie de base pendant les trois premières années de la réforme (voir tableau 3.5). Les pertes en 2007-08 ont été notamment compensées par des bénéfices régulièrement élevés sur les contrats d'assurance complémentaire, un marché où les pressions concurrentielles sont plus faibles car les produits sont beaucoup plus différenciés. La concurrence pour les parts de marché a aussi déclenché une rapide consolidation du marché de l'assurance maladie, contrôlé à 90 % par les quatre plus grands assureurs (tableau 3.6). Cela a permis d'importantes économies d'échelle dans l'administration (Vektis, 2009 et 2011) et accru le pouvoir d'achat (régional)

Tableau 3.5. **Rentabilité de l'assurance maladie**¹

	2006	2007	2008	2009	2010
Résultat financier pour l'assurance de base					
En millions EUR	-422	-125	-262	794	277
En % des recettes totales de l'assurance de base	-1.5	-0.5	-0.9	2.6	0.8
Résultat financier pour l'assurance complémentaire					
En millions EUR	40	149	264	372	376
En % des recettes totales de l'assurance complémentaire	1.2	4.0	6.7	8.9	8.8
Résultat financier total pour l'assurance maladie					
En millions EUR	-382	24	2	1166	653
En % des recettes totales de l'assurance maladie	-1.2	0.1	0.0	3.3	1.7

1. Les résultats financiers englobent à la fois les résultats techniques (activités d'assurance) et les résultats en matière d'investissement.

Source : Vektis 2009, 2010, 2011.

Tableau 3.6. **Concentration du marché de l'assurance maladie**
2011

Rang	Nom de l'assureur ¹	Part de marché (%)
1	Achmea	32
2	UVIT	26
3	CZ	20
4	Menzis	13
5	DSW	3
6	ONVZ	2
7	Z&Z	2
8	ASR	1
9	Eno	1
Total		100

1. Les quatre plus grandes compagnies d'assurance de soins médicaux offrent une assurance maladie sous différents labels (entités juridiques assurant la prise en charge des risques), parmi lesquels se trouvaient 27 assureurs opérant sur le marché en 2011.

Source : NZa (2011a).

par rapport aux prestataires de soins de santé, ces derniers ne pouvant maintenant négocier de contrats qu'avec cinq acheteurs différents du fait que les cinq plus petits assureurs sont regroupés en coopérative d'achat.

La consolidation du marché de l'assurance maladie peut réduire la concurrence entre assureurs, créant des risques de comportement oligopolistique. Depuis le début de la réforme, les petits assureurs aident grandement à discipliner le comportement des quatre plus grands en matière de tarification. Ainsi, chaque année, un des petits assureurs (DSW) est le premier à fixer un prix concurrentiel pour l'assurance de base, qui sert de référence pour les autres assureurs. En 2011, toutefois, les plus importants des petits assureurs (DFZ) ayant une forte présence régionale dans la province de Friesland ont fusionné avec la plus grande compagnie (Achmea) après enquête et accord de l'Autorité de la concurrence (NMa). Bien que l'Autorité de la santé ait approuvé la décision cette fusion pourrait affaiblir notablement la position d'acheteur des petits assureurs restants, ce qui signifie que d'autres rachats de petits assureurs pourraient suivre, ce qui limiterait la concurrence sur le marché de l'assurance maladie (Loozen *et al.*, 2011). Les politiques s'en sont inquiétés et le Ministre de la santé étudie actuellement la possibilité de donner à l'Autorité de la concurrence des directives précises concernant l'évaluation des fusions entre assureurs de soins médicaux (ministère de la Santé, 2011d). Cette interférence dans les travaux de l'Autorité de la concurrence est regrettable car elle risque de faire que les décisions relatives aux fusions se prennent sur la base de considérations politiques et non de considérations relatives à la concurrence (décisions qui devraient, naturellement, prendre aussi en compte des aspects du bien-être des consommateurs tels que l'accessibilité et la qualité des services). De plus, l'incertitude politique qui entoure les décisions relatives aux fusions réduirait les incitations à l'entrée pour de nouveaux opérateurs (étrangers), atténuant ainsi les pressions concurrentielles. Il faudrait donc assurer une prise de décisions claire et transparente, fondée sur la concurrence, dans le domaine des fusions entre assureurs, en s'appuyant sur une méthodologie d'évaluation des fusions qui soit portée à la connaissance du public.

Les réformes ont eu des effets divers sur l'efficacité économique dans le secteur hospitalier

Les réformes du secteur de la santé ont eu, jusqu'à présent, des effets divers sur l'offre. La concurrence accrue entre assureurs s'est traduite par une baisse des prix des services hospitaliers et des médicaments délivrés sur ordonnance pour les patients traités en soins ambulatoires. Par ailleurs, la concurrence entre hôpitaux s'est intensifiée en raison de l'entrée d'un nombre important de cliniques indépendantes (ZBCs). Il n'empêche que les dépenses en soins de santé ont augmenté du fait d'un accroissement marqué du volume de soins, y compris dans le domaine de la santé mentale (encadré 3.1). Cela tient peut-être notamment aux efforts déployés par les prestataires pour maintenir leurs revenus en dépit de prix plus bas, par exemple en créant une demande induite par l'offre et en procédant à des codages opportunistes (consistant à classer les patients selon des codes de diagnostic à tarif plus élevé) (Hasaart, 2011 ; Douven *et al.*, 2012). Il est difficile d'établir si les résultats en matière de santé se sont améliorés sous l'effet des réformes, mais le public porte une attention beaucoup plus grande à la qualité des soins. En revanche, les coûts administratifs des prestataires ont augmenté, avec la multiplication de dispositifs contractuels, la mise en place d'un système fort complexe de classification des produits (système DBC) et la masse croissante d'informations exigées des organismes de surveillance et des assureurs.

Encadré 3.1. Réforme des soins de santé mentale – va-t-elle trop loin ?

Jusqu'en 2008, les soins de santé mentale étaient en grande partie couverts par l'assurance des soins de longue durée (AWBZ). Afin de faciliter la coordination avec les soins somatiques (c'est-à-dire non mentaux), les soins de santé mentale ont été transférés au régime d'assurance maladie de base (ZVW), tant pour les soins primaires (dispensés principalement par les psychologues) que pour les soins secondaires (fournis par les établissements de santé mentale, les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres et psychologues libéraux). La réforme a déclenché de fortes hausses des dépenses en services de santé mentale (tableau 3.7) même si rien n'indique que la proportion de la population souffrant de problèmes mentaux ait augmenté au cours de la décennie passée (De Graaf *et al.*, 2010). L'augmentation des dépenses tient peut-être notamment au fait que les assureurs ne supportent que des risques financiers limités sur les soins de santé mentale car la compensation des coûts correspondants intervient, pour une grande part, *ex post*. Cela s'explique par le fait que la péréquation des risques pour les soins de santé mentale est encore très imparfaite faute de mécanismes adéquats d'ajustement en fonction du risque et de données suffisantes

Tableau 3.7. Dépenses de soins de santé mentale curatifs couvertes par la ZVW

	2008	2009	2010	2011 ¹
Dépenses totales (millions d'euros)	3 313	3 575	3 897	4 095
Pourcentage de variation des dépenses		7.9	9.0	5.1

1. Chiffre provisoire.

Source : Ministère de la Santé 2009, 2010, 2011b.

Encadré 3.1. Réforme des soins de santé mentale – va-t-elle trop loin ? (suite)

Le gouvernement a l'intention de remplacer le système de fixation d'un budget des établissements de santé mentale par un système de paiement en fonction de la production en 2013 (ministère de la Santé, 2011b). Au lieu d'un budget négocié collectivement avec tous les assureurs, les établissements de soins de santé mentale paieraient un prix négocié individuellement par service. La mise en place d'un système de paiement en fonction de la production risquant d'inciter fortement à produire davantage, ce qui créerait une demande induite par l'offre, le gouvernement a fixé un certain nombre de conditions préalables qui doivent être remplies : i) l'existence d'une garantie de maîtrise des coûts totaux ; ii) une prise en charge suffisante des risques par les assureurs ; iii) une information suffisante sur les différences dans la qualité et la gamme de pathologies ; iv) l'existence d'instruments suffisants pour permettre aux assureurs de diriger les patients vers les prestataires efficaces ; v) un système satisfaisant et stable de classification des produits ; vi) des tarifs par service adéquats ; vii) des méthodes de diagnostic non ambiguës. En 2015, il est prévu que les assureurs seront pleinement exposés au risque pour le coût des soins de santé mentale. Cependant, aucune de ces conditions préalables n'est remplie actuellement.

L'adoption d'un système de financement fondé sur la production est risquée dans le secteur des soins de santé mentale, car ce domaine est plus exposé à des défaillances du marché telles que la sélection des risques, l'aléa moral et la demande induite par l'offre, que les autres services de santé (Frank et McGuire, 2000). De surcroît, réunir les conditions requises est une tâche difficile, surtout dans un délai si court. De manière plus fondamentale, il est difficile de prévoir l'utilisation (et les coûts) des soins de santé mentale et d'importants facteurs explicatifs ne peuvent pas être traduits en facteurs mesurables d'ajustement en fonction du risque, ce qui fait que l'exposition complète des assureurs aux risques financiers peut entraîner une sélection des risques et un sous-investissement en capacité (Frank et McGuire, 2000 et WOR, 2011).

Par suite des réformes, il existe maintenant deux tarifs pour les services hospitaliers : le segment à prix réglementés et le segment à prix librement négociés. Le « segment A » correspond aux services hospitaliers pour lesquels les prix réglementés sont fixés à partir d'un budget global pour les hôpitaux. Le « segment B » est celui des services hospitaliers dont les prix sont librement négociés avec les assureurs ; il s'agit généralement de services moins complexes (tels que la pose de prothèses de genou et de hanche, par exemple). La part du segment B est passée de moins de 10 % en 2005 à plus de 30 % en 2011 et elle atteindra 70 % après la réforme de 2012 (qui sera décrite plus loin). Dans le même temps, les prix réels dans le segment B ont diminué en raison du pouvoir de négociation accru des assureurs (tableau 3.8). Il subsiste néanmoins des variations de prix considérables selon les prestataires du segment B, les prix dans les hôpitaux universitaires étant supérieurs de 7.5 % à la moyenne et ceux pratiqués dans les cliniques indépendantes (ZBCs) étant inférieurs de 14 % à la moyenne. Faute d'informations suffisantes, il est impossible de déterminer dans quelle mesure cela peut être imputé à des différences dans l'efficacité, dans la gamme de pathologies ou dans le pouvoir de marché.

Malgré la baisse des prix réels dans le segment B, les dépenses hospitalières réelles totales ont progressé de 4 % par an. Cette hausse pourrait s'expliquer notamment par un accroissement du volume de soins induit par l'offre dans ce segment – comme le laissent penser les différences entre les traitements proposés par les spécialistes salariés et les libéraux – à cause du surcodage (classement des patients selon des codes de diagnostic à

Tableau 3.8. **Évolution des prix moyens négociés dans le segment hospitalier B**
Pourcentage

	2006	2007	2008	2009	2010
Variation des prix nominaux ¹	0.0	2.1	1.1	1.5	-1.8
Variation des prix réels ²	-1.2	0.5	-1.3	0.2	-3.3

1. Les variations de prix sont pondérées par la part dans les recettes des groupes de services hospitaliers qui ont été ajoutés successivement au segment libre.

2. Le déflateur utilisé est l'indice des prix à la consommation.

Source : NZa (2011b), « Marktscan Medisch specialistische zorg. Weergave van de markt 2006-2010 ».

tarif plus élevé) (Hasaart, 2011 ; Douven et al., 2012)². Depuis 2003, la productivité dans les hôpitaux s'est accrue de 15 %, en partie grâce à une amélioration de 35 % de la productivité du travail des personnels infirmiers (Blank et al., 2011). Il existe encore une marge d'amélioration de l'efficacité du fait que les hôpitaux généraux fonctionnent souvent à une échelle trop grande pour assurer l'efficacité, en raison d'un manque de spécialisation et d'un réseau dense de grands établissements permettant à la plupart des gens d'accéder à un service d'urgences en moins de 15 minutes (Blank et al., 2011). De fait, le secteur hospitalier suit un processus de consolidation malgré une faible pression financière dans ce sens car la rentabilité est restée à peu près inchangée et les hôpitaux sont obligatoirement des établissements à but non lucratif (c'est-à-dire qu'ils ne sont pas autorisés à verser des dividendes) (NZa, 2011b).

Jusqu'à présent, toutes les fusions d'hôpitaux ont été approuvées par l'Autorité de la concurrence. Dans un cas particulier, un monopole régional a été autorisé uniquement pour des raisons d'efficacité, liées à la qualité et l'accessibilité des soins. Cette tolérance s'explique par l'absence d'une méthodologie précise d'évaluation, la capacité limitée de l'institution, une aversion pour les procédures juridiques parfois interminables et l'interférence politique dans les affaires très médiatisées) (Varkevisser et Schut, 2008, 2010). Les préoccupations des politiques au sujet des fusions ont conduit le Parlement à proposer un moratoire sur les fusions, même si les instruments juridiques correspondants n'existent pas (ministère de la Santé, 2011d). Le ministère de la Santé veut plutôt que l'Autorité de la santé (NZa) procède à des évaluations supplémentaires des fusions du point de vue de la qualité et de l'accès (ministère de la Santé, 2011c, d). Cependant, l'intervention de plusieurs institutions dans les évaluations de fusions accroît inutilement l'incertitude réglementaire sans améliorer la prévention des fusions anticoncurrentielles. Afin d'assurer une évaluation efficace des fusions d'hôpitaux, l'Autorité de la concurrence devrait établir une méthodologie claire prenant en compte tous les aspects pertinents du problème (y compris des aspects du bien-être des consommateurs tels que l'accessibilité des soins). Cela renforcerait la capacité de l'institution, améliorerait la transparence dans la prise de décisions et éviterait l'interférence politique. De plus, compte tenu de la vieille tradition de négociations collectives sur le marché hospitalier néerlandais, des pratiques de concertation et des obstacles importants qui existent à l'entrée, l'Autorité de la concurrence devrait plutôt prendre le risque d'être trop stricte que trop permissive dans l'évaluation des fusions d'hôpitaux (Varkevisser et Schut, 2012).

La rémunération des médecins s'est améliorée

Les réformes du secteur de la santé ont encore accru les revenus déjà substantiels des médecins. À peu près à l'époque de la réforme, la rémunération annuelle des spécialistes et des généralistes était élevée, en raison notamment d'une offre limitée (tableaux 3.9 et 3.10). À la suite des réformes, les revenus des médecins ont marqué une forte hausse, avant un ralentissement de la progression. Les revenus totaux des spécialistes ont augmenté, en moyenne, de plus de 20 % par an sur la période 2007-08 avant de revenir à une croissance de 6½ pour cent en 2009 (NZa, 2011b), tandis que leur effectif n'a augmenté que de 4-5 % par an cours de cette période (Capaciteitsorgaan, 2010). Les revenus totaux des généralistes ont progressé de plus de 20 % en 2006, mais moins rapidement par la suite (NZa, 2009, GUSDORF *et al.*, 2009).

Tableau 3.9. **Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen dans chaque pays**

2009, ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles

	Généralistes		Spécialistes	
	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux
Australie (2008)		1.7		4.3
Autriche (2007)		2.7		4.4
Canada (2008)		3.1		4.7
République tchèque (2008)			1.8	3.3
Danemark ¹		2.8		4.0
Estonie	1.7		2.1	
Finlande	1.8		2.6	
France (2008) ²		2.1		3.2
Allemagne (2007)		3.7		5.0
Grèce			2.8	
Hongrie ³	1.4		1.6	
Islande ⁴	3.0		2.8	
Irlande ⁵		3.5	4.5	
Italie			2.6	
Mexique	3.5		4.6	
Pays-Bas (2007)	1.7	3.5	2.9	5.5
Nouvelle-Zélande				
Norvège			1.8	
République slovaque	1.9			
Slovénie	2.5		2.8	
Espagne	1.9			
Turquie	2.0		3.8	
Royaume-Uni (2008/2009) ⁶	1.9	3.6	2.6	

1. Les données relatives aux spécialistes libéraux se rapportent à 2008.

2. La rémunération correspond au revenu net et non au revenu brut, d'où une sous-estimation.

3. Les données relatives aux médecins salariés concernent uniquement les salariés du secteur public qui sont généralement moins bien rémunérés que ceux du secteur privé.

4. De nombreux spécialistes exerçant dans les hôpitaux tirent aussi des revenus d'activités privées qui ne sont pas pris en compte ici.

5. Les données relatives aux généralistes libéraux comprennent des dépenses professionnelles, d'où une surestimation.

6. Les données relatives aux généralistes se rapportent à 2008.

Source : OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011*.

Tableau 3.10. **Nombre de généralistes et de spécialistes pour 1 000 habitants**
2010, ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles

	Généralistes	Spécialistes	Ensemble des médecins
Australie	1.49	1.5	2.99
Autriche	1.57	3.23	4.80
Belgique	1.14	1.79	2.93
Canada	1.12	1.23	2.35
République tchèque	0.70	2.86	3.56
Danemark	0.67	2.75	3.42
Finlande	1.02	2.07	3.09
France	1.60	1.67	3.27
Allemagne	0.65	2.98	3.63
Grèce	0.28	5.84	6.12
Hongrie	0.35	2.68	3.03
Islande	0.57	3.02	3.59
Irlande	0.57	3.65	4.22
Italie	0.78	2.67	3.45
Corée	0.81	1.12	1.93
Luxembourg	0.80	1.93	2.73
Mexique	0.75
Pays-Bas	0.72	2.17	2.89
Nouvelle-Zélande	0.75	1.86	2.61
Norvège	0.81	3.21	4.02
Pologne	0.21	1.96	2.17
Portugal	1.98	2.28	4.26
République slovaque	0.41	2.59	3.00
Espagne	0.74
Suède	0.62	3.10	3.72
Suisse	0.60	3.23	3.83
Turquie	0.48	0.95	1.43
Royaume-Uni	0.79	1.94	2.73
États-Unis	0.30	2.14	2.44

Source : OCDE (2011), *Statistiques de l'OCDE sur la santé* (base de données), mars.

Des facteurs similaires expliquent l'évolution des rémunérations des spécialistes et des généralistes. Près de la moitié des spécialistes exerce dans les hôpitaux comme médecins libéraux (pour la plupart en tant que membre d'un partenariat – « maatschap »)³. En 2008, leur mode de rémunération est passé d'un système de rémunération forfaitaire par groupe de traitement de diagnostic (DBC), consistant essentiellement à calculer la rémunération en fonction de la production, ce qui les incite bien plus à offrir davantage de services (plus onéreux). Un facteur additionnel de l'augmentation des rémunérations a été une erreur importante de tarification de certains services de spécialistes auxiliaires, comme les anesthésistes et les radiologues, due à des surestimations de la charge de travail associée à ces services.

Le système de rémunération des généralistes a été réformé en 2006. Auparavant, la rémunération s'effectuait par capitation pour deux tiers de la population et à l'acte pour le tiers restant. Le nouveau système est hybride pour tous les patients, avec un élément de capitation – un « droit d'enregistrement » annuel par patient – et un élément de rémunération à l'acte. Les montants du droit d'enregistrement et de la rémunération à l'acte sont plafonnés, à 9 EUR pour une consultation type de 10 minutes, par exemple, et, dans la pratique, les tarifs sont fixes. Ce facteur, conjugué à un changement dans le comportement des généralistes et à un accroissement de la demande induite par l'offre (comme en

témoigne la multiplication par plus de deux du nombre de consultations longues et de visites à domicile), explique la rapide hausse de la rémunération des généralistes observée en 2006 (NZa, 2009, CBS, 2011). Depuis 2010, les groupes de soins primaires et les assureurs sont autorisés à négocier des paiements groupés afin d'offrir des soins coordonnés aux patients souffrant de certaines maladies chroniques (diabète, risque vasculaire, broncho-pneumopathie chronique obstructive – BPCO). Cette réforme de la rémunération des généralistes a favorisé des changements dans leur organisation, dont les effets sur l'efficacité économique sont en cours d'évaluation (encadré 3.2).

Encadré 3.2. L'organisation des généralistes en groupes de soins primaires améliorera-t-elle l'efficacité économique ?

Ces dernières années, la proportion de généralistes participant à des groupes de soins primaires offrant des soins intégrés aux patients atteints de maladies chroniques a augmenté rapidement pour s'établir autour de 80% en 2010. Depuis 2010, les groupes de soins primaires et les assureurs sont autorisés, à titre expérimental sur la période 2010-13, à négocier des paiements intégrés (ou groupés) pour la prestation de soins coordonnés aux patients souffrant de certaines affections chroniques (diabète, risque vasculaire, broncho-pneumopathie chronique obstructive – BPCO).

Il est encore trop tôt pour établir si les groupes de soins primaires sont efficaces par rapport à leur coût (EIB, 2011). D'un côté, ces groupes peuvent améliorer la coordination des soins pour les maladies chroniques et réduire les hospitalisations inutiles. Les paiements groupés pourraient aussi constituer une première étape utile vers un système de paiements par capitation intégrés (ajustés en fonction des risques) pour les groupes de prestataires pluridisciplinaires offrant des soins primaires et des soins spécialisés pour un groupe défini de patients (De Bakker et al. 2012). De l'autre côté, l'on s'inquiète d'effets négatifs potentiels, tels que des doubles paiements pour le même service (par exemple, dans les cas de comorbidités – patients souffrant de pathologies multiples – qui donneraient lieu à la fois à des paiements groupés et à des paiements ordinaires), la sélection des risques (l'offre de soins intégrés serait réservée principalement aux groupes de risques favorables), l'abus de pouvoir sur le marché (plusieurs groupes de prestataires régionaux ayant une position de quasi-monopole) et des coûts de transaction élevés.

Des mesures ont été prises pour limiter les dépassements budgétaires résultant de cette hausse des rémunérations. Le dépassement de 30 % dans le budget de 2008 alloué aux traitements spécialisés a conduit l'Autorité de la santé (NZa), en septembre 2010, à réduire notablement les prix réglementés. Néanmoins, le budget de 2010 a été dépassé d'environ 10 % du fait que les effets des réductions de prix sur la rémunération ont été largement compensés par une production additionnelle de services médicaux, liée à la mise en place du système de rémunération en fonction de la production. Cela s'explique par l'absence de contre-pouvoir des assureurs pour limiter le volume des services, d'où l'intérêt d'autoriser une intégration verticale (limitée) entre les assureurs et les hôpitaux afin d'atténuer l'asymétrie de l'information et, ainsi, de renforcer la position des assureurs pour contrer la demande induite par l'offre.

Le nombre de médecins est toujours peu élevé en comparaison des autres pays de l'OCDE, malgré une augmentation de 30 % de l'effectif des spécialistes au cours de la décennie passée (tableau 3.9) (Capaciteitsorgaan, 2010). Pour l'avenir, l'Autorité de la santé

(NZa) s'attend à voir apparaître des pénuries du fait de l'évolution démographique et de la proportion croissante de généralistes travaillant à temps partiel (NZa, 2009). Dans ce contexte, le gouvernement entend, à juste titre, accroître la capacité des écoles de médecine et offrir davantage de places de formation dans les hôpitaux, deux causes identifiées de la restriction de l'offre (Capaciteitsorgaan, 2011). Les médecins étrangers représentent une autre source potentielle de praticiens. Dans ce domaine, les candidats européens (venant de l'Espace économique européen) bénéficient d'un accès relativement aisé puisque leurs diplômes sont reconnus, tandis que les candidats non européens sont soumis à une évaluation standardisée de leurs compétences médicales et à un test de compétences linguistiques. Afin de faciliter l'entrée de candidats de ce groupe, l'on pourrait envisager d'exempter les titulaires de diplômes des plus grandes universités de l'évaluation de leurs compétences médicales.

L'accroissement de l'offre de spécialistes est préoccupant car il peut conduire à une augmentation de la demande induite par l'offre – une considération qui a traditionnellement justifié la limitation du nombre de ces médecins. Cependant, la limitation du nombre de spécialistes n'est plus une solution dans un système obéissant davantage aux lois du marché, car cela renforcerait leur pouvoir de négociation et, partant, leur capacité de faire monter les prix. Il faudrait donc encourager un accroissement progressif de l'offre (ce qui, compte tenu de la longueur des études de médecine, pourrait demander beaucoup de temps), mais il faudrait, avant cela, prendre des mesures pour empêcher l'apparition d'une demande induite par l'offre, par exemple en modifiant le système de rémunération (avec la mise en place d'un système de rémunération en fonction de la performance, voir plus loin) et en renforçant le pouvoir de négociation des assureurs. Des mesures importantes dans cette direction sont prévues dans le cadre de la prochaine série de réformes (voir plus loin). Par ailleurs, on pourrait réduire encore la proportion de spécialistes libéraux en offrant les postes vacants à des médecins salariés lorsque c'est possible⁴.

Les réformes ont fait baisser les prix des médicaments

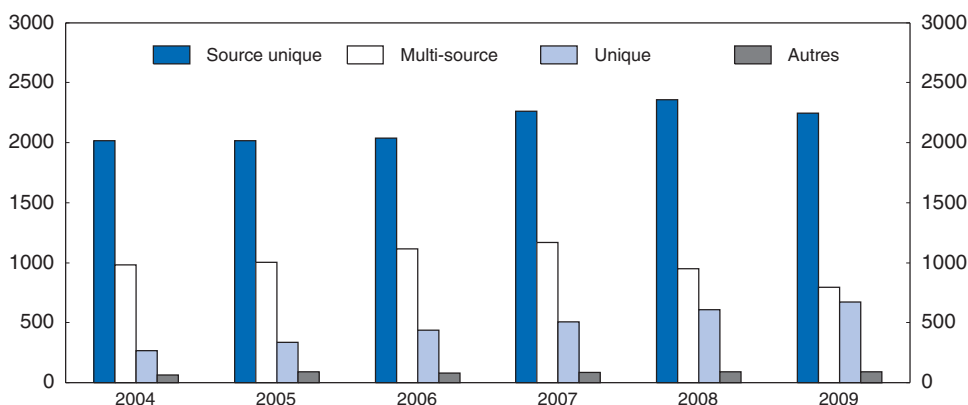
L'effet peut-être le plus marqué des réformes du secteur de la santé a été la baisse des prix des médicaments génériques (Boonen *et al.*, 2010). Avant 2008, une réglementation inefficace maintenait les prix des médicaments génériques élevés du fait que les pharmacies étaient autorisées à faire payer aux assureurs le prix officiel des fournisseurs. En même temps, les fournisseurs de médicaments tombés dans le domaine public se disputaient les parts de marché en offrant des rabais aux pharmaciens, qui n'étaient pas incités à répercuter ces réductions sur les assureurs. Jusqu'en 2003, les assureurs de services de santé devaient rembourser le coût intégral de tous les médicaments couverts par l'assurance sociale, dans une limite de remboursement légale. De ce fait, les prix des médicaments génériques étaient tous proches du plafond de remboursement, ce qui permettait aux pharmacies de réaliser de gros bénéfices. Les tentatives faites par l'État pour reprendre une partie des rabais offerts aux pharmaciens n'ont donné que peu de résultats (Boonen *et al.*, 2010).

Encouragés par une plus vive concurrence-prix depuis la réforme de 2006, quatre des cinq plus grands assureurs ont commencé en 2008 à expérimenter des formules de « médicament préféré », à savoir que les patients qui choisissent un médicament ne figurant pas sur la liste des médicaments préférés ne sont remboursés qu'à hauteur du prix du médicament préféré (généralement les médicaments génériques les moins chers de la


même classe thérapeutique). Parallèlement, les assureurs ont commencé de lancer des appels d'offres pour la fourniture de plusieurs médicaments génériques en volume important. Cela a fait baisser les prix des dix génériques les plus vendus dans une proportion comprise entre 76 % et 93 %, pour une économie estimée à 348 millions EUR (69 %) par an (Boonen *et al.*, 2010). En 2009, les formules de médicament préféré ont été étendues à un plus grand nombre de génériques et adoptées par davantage d'assureurs. Cette mesure, conjuguée à une réduction de la couverture des prestations de base, a permis, pour la toute première fois, une diminution (de 5 %) des dépenses totales au titre des médicaments délivrés sur ordonnance hors secteur hospitalier qui sont remboursés par l'assurance maladie de base (NZa, 2010b). Sur la période 2007-09, les dépenses en médicaments multisources (vendus sous plusieurs marques) ont baissé de plus de 30 % malgré une hausse d'environ 12 % de leur utilisation (graphique 3.6).

Graphique 3.6. **Dépenses de médicaments délivrés sur ordonnance hors secteur hospitalier**

Millions d'euros



Source : NZa (2010b), Monitor Extramurale farmacie 2010, Nederlandse Zorgautoriteit.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932614966>

La prochaine vague de réformes

Les réformes de la seconde moitié des années 2000 n'ont pas (encore) donné les résultats espérés. En 2010, une commission gouvernementale a conclu que le système de santé était à mi-chemin entre un système à planification centrale et un système régi par le marché, ce qui empêchait les pouvoirs publics de maîtriser les coûts et les assureurs d'acheter des soins au meilleur coût (Werkgroep Curatieve zorg, 2010). Les incitations offertes aux assureurs étaient insuffisantes à cause des importantes compensations *ex post* toujours en vigueur et de l'absence d'instruments adéquats due au maintien de la réglementation par l'État des prix, de l'offre et de l'entrée dans divers secteurs. Ces problèmes étaient encore aggravés par l'absence d'un système adapté de classification des produits (système DBC) et un manque d'informations de qualité fiables et accessibles au public (indicateurs de performance) en raison de l'insuffisance des données collectées au niveau des patients et d'une infrastructure d'information inadaptée (OCDE 2010b, Klazinga *et al.*, 2012).

Afin de résoudre ces problèmes, le gouvernement lance une vaste série de réformes destinées à renforcer le rôle des forces du marché dans la prestation de services de santé

et à assurer la maîtrise des coûts (en particulier pour les hôpitaux et les médecins spécialistes libéraux). La maîtrise des coûts consiste littéralement à maintenir les dépenses publiques de santé dans les limites d'un taux de croissance annuelle de 3¼ pour cent. Les principales mesures concernant le secteur hospitalier sont une extension considérable du segment B « régi par le marché » (où les prix sont négociés) et la mise en place d'un nouvel instrument juridique puissant de contrôle du respect des plafonds de dépenses globaux (encadré 3.3). Le gouvernement a aussi l'intention d'établir un nouvel institut pour la qualité des soins de santé afin de stimuler l'établissement et la diffusion d'indicateurs de performance adéquats et de lignes directrices fondées sur des données concrètes. Compte tenu de la prévalence de problèmes d'asymétrie de l'information, priorité devrait être accordée à l'établissement de ces indicateurs (de performance).

Encadré 3.3. Principales mesures de réforme dans le secteur hospitalier 2012-15

L'ensemble de mesures de réforme du système de financement des hôpitaux est centré sur le renforcement des incitations à l'efficacité et sur la maîtrise des coûts (ministère de la Santé, 2011a):

- Expansion du segment hospitalier « régi par les lois du marché » (segment B), qui passera ainsi de 35 % à quelque 70 % des recettes des hôpitaux.
- Remplacement du système de budgétisation dans le secteur hospitalier réglementé (segment A) par un système de paiement en fonction de la production, avec des prix réglementés sous forme de prix maximum ou de prix de fixes. Les prix maximum seront fixés pour les services hospitaliers pour lesquels une concurrence efficace n'est pas possible, comme les traitements complexes concentrés dans un petit nombre d'hôpitaux (c'est-à-dire les domaines où les obstacles à l'entrée sont élevés). Les prix fixes s'appliqueront aux services pour lesquels il faut maintenir en permanence une capacité de réserve suffisante mais pour lesquels la demande est irrégulière et imprévisible (comme les salles d'urgences, les centres de traumatologie, les centres de brûlés, par exemple). Pendant les deux premières années, les hôpitaux seront en partie indemnisés des effets du redéploiement des ressources dus au nouveau système de paiement (en 2012 pour 95 % et en 2013 pour 70 %).
- La compensation *ex post* pour les assureurs sera totalement supprimée, par étapes, d'ici à 2015.
- En 2012, un nouveau système de classification des produits (DOT) a été mis en place, ramenant le nombre de produits hospitaliers (DBC) d'environ 30 000 à environ 4 400, ce qui devrait être plus transparent et plus facile à gérer.
- À partir de 2012, un nouvel « instrument macrobudgétaire » devrait garantir que les dépenses annuelles totales des hôpitaux ne dépassent pas une limite fixée par l'État. Si les recettes globales de l'ensemble des hôpitaux dépassent ce macrobudget, tous les hôpitaux devront rembourser l'excédent au prorata de leur part de marché. Dans le nouveau système de macrobudget, le budget (ou les recettes) de chaque hôpital dépend non seulement de ses propres résultats mais aussi de ceux des autres établissements.

Encadré 3.3. Principales mesures de réforme dans le secteur hospitalier 2012-15 (suite)

À partir de 2012, le système de rémunération des spécialistes libéraux sera réformé, sur la base d'un nouvel accord passé entre le gouvernement et les associations de médecins spéciales (OMS) et les hôpitaux (NVZ) (Tweede Kamer, 2011) :

- À partir de 2015, les prix intégrés des soins médicaux et hospitaliers spécialisés seront négociés entre les assureurs et les hôpitaux (dans le segment B) ou fixés par le gouvernement (dans le segment A).
- Durant une période de transition (2012-2014), un macrobudget pour les services médicaux spécialisés (fixé initialement à quelque 2 milliards EUR et augmentant de 2½ pour cent par an par la suite) est établi à partir du macrobudget général pour les dépenses de santé couvertes par l'assurance publique (BKZ). Suivant un modèle normatif d'affectation des ressources, l'Autorité de la santé calcule un budget pour les soins spécialisés pour chaque hôpital.
- Au niveau de chaque hôpital, il sera établi des modèles d'affectation des ressources pour la rémunération des spécialistes. La majeure partie du budget (75 % à 85 %) devra être affectée à la rémunération des activités régulières des spécialistes, et une plus petite part, variable (15 % à 25 %) servira à financer les frais généraux, les activités supplémentaires, et permettra aux directeurs des hôpitaux de récompenser les bons résultats.
- Si les médecins spécialistes produisent davantage de services que le budget ne le permet, ils devront rembourser les paiement additionnels à la Caisse d'assurance maladie.

Malgré l'objectif déclaré, certaines de ces mesures pourraient empêcher l'émergence d'une concurrence plus forte dans le secteur de la santé. Le gouvernement a l'intention, par exemple, d'interdire l'intégration verticale des assureurs et des prestataires de soins, avec des exceptions temporaires pour le lancement d'un nouveau prestataire innovant ou la fourniture de services essentiels (ministère de la Santé, 2011c). L'idée est d'empêcher les assureurs de verrouiller la clientèle en l'aiguillant vers les prestataires avec lesquels ils sont associés. Cependant, une intégration verticale (limitée) entre assureurs et prestataires pourrait atténuer l'asymétrie d'information entre eux et, ainsi, accroître l'efficacité, tandis que l'Autorité de la concurrence pourrait s'opposer aux fusions qui auraient pour effet de créer un pouvoir de marché excessif. Le gouvernement a aussi conclu des accords avec les associations d'hôpitaux, de médecins spécialistes et d'assureurs afin de limiter les augmentations de dépenses en soins médicaux et hospitaliers spécialisés à 2.5 % par an en termes réels sur la période 2012-15, mais à condition que les hôpitaux et les assureurs concentrent leurs activités et se spécialisent sur les soins hospitaliers complexes. Cette approche va à l'encontre de l'objectif de la réforme, qui est d'améliorer les incitations à l'efficacité en intensifiant la concurrence et elle semble contraire au droit de la concurrence, qui interdit les accords de partage du marché. Enfin, la suppression progressive de la compensation *ex post* des assureurs sur la période 2012-15 pourrait non seulement inciter davantage les assureurs à l'efficacité mais aussi à la sélection des risques et au sous-investissement dans l'organisation et le traitement des maladies chroniques qui donnent lieu, parfois, à une compensation insuffisante par le système de péréquation *ex ante* (Van de Ven et al., 2009). Il est donc nécessaire d'améliorer encore le dispositif de péréquation des risques afin d'assurer un plein accès à des services de santé de haute qualité.

En même temps, les mesures visant à limiter l'augmentation des dépenses ne sont peut-être pas suffisantes. La menace d'une « taxe générale sur les recettes » appliquée *ex post* si les coûts totaux des hôpitaux dépassent le macrobudget fixé incite fortement chaque établissement à dépasser le plafond de dépenses par anticipation d'un comportement stratégique analogue des autres hôpitaux. Plus la concurrence entre les hôpitaux est faible, plus ils ont la possibilité d'augmenter les prix (et les marges bénéficiaires) afin de réduire l'impact d'une future « taxe sur les recettes ». Cela fait que, paradoxalement, les hôpitaux qui se trouvent sur les marchés régionaux les plus concurrentiels pourraient être les plus touchés, ce qui, à la limite, conduirait à un plus haut degré de concentration du marché si les hôpitaux qui ne s'en sortent pas financièrement sont rachetés. De plus, l'incertitude entourant la « taxe sur les recettes » décourage les nouvelles entrées et l'investissement dans l'innovation, ce qui consolide la position des opérateurs en place.

D'aucuns diront que les assureurs devraient lutter contre les pressions à la hausse sur les prix résultant du comportement stratégique des hôpitaux. Cependant, ils en ont été empêchés par la mise en place d'un nouveau système de classification des produits, qui les désavantage du point de vue de l'information par rapport aux hôpitaux. À cet égard, le nouveau système de rémunération des spécialistes serait peut-être utile, du moins pour la période 2012-14, car les budgets normatifs par hôpital pour les soins spécialisés peuvent limiter les incitations à la surproduction. Par ailleurs, plusieurs assureurs ont négocié des budgets fixes avec les hôpitaux en 2012, ce qui peut aussi atténuer les incitations à induire une demande. Cependant, si ces budgets ne sont pas suffisamment ajustés en fonction des risques, ils pourraient conduire les hôpitaux à sélectionner les risques favorables et à diriger les patients qui coûtent cher vers d'autres établissements.

Le système de macrobudget pourrait aussi avoir pour effet d'évincer les soins hospitaliers complexes à prix réglementé (segment A). Si les prix dans le segment régi par les lois du marché (segment B) augmentent plus vite que les prix réglementés (segment B) par anticipation de futures « taxes sur les recettes », il deviendra de moins en moins intéressant d'investir dans des services plus complexes (à prix réglementé) où les marges bénéficiaires sont moins importantes. Cela conduirait les hôpitaux spécialisés à offrir des services plus généraux, ce qui allongerait les listes d'attente et réduirait le bien-être des consommateurs. Par ailleurs, l'allongement des listes d'attentes pourrait amener les patients à faire usage de leur droit d'aller à l'étranger pour se faire traiter, ce qui nuirait encore à l'efficacité de ce système du point de vue de la maîtrise des coûts.

Afin de mieux contrôler le système de macrobudget, priorité devrait être donnée à un éventail de mesures propres à rehausser l'efficacité, consistant notamment à améliorer l'information pour permettre la passation de contrats sur la base des performances, à offrir la possibilité aux prestataires de soins et aux assureurs d'établir d'autres méthodes de paiement fondées sur les résultats et le partage des risques financiers (paiement par capitation ajusté en fonction du risque, par exemple) et à autoriser une intégration verticale (limitée) entre les assureurs et les prestataires de soins de santé. De plus, l'accès des hôpitaux aux marchés de capitaux pourrait être élargi en révoquant leur statut obligatoire d'établissements à but lucratif, tout en prenant des mesures pour assurer la sortie ordonnée des hôpitaux en faillite, notamment du point de vue de la prestation de services essentiels, et assurer un contrôle efficace et plus transparent des fusions.

Le ticket modérateur, qui est l'un des plus bas dans la zone OCDE, pourrait être un outil supplémentaire de maîtrise des dépenses publiques dans un système reposant davantage sur la demande. Il pourrait aussi encourager les patients à faire leurs choix en fonction du prix et de la qualité. Même si le montant peu élevé du ticket modérateur semble avoir contribué à maintenir à un niveau relativement bas les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé, il n'est guère justifié de le maintenir à ce niveau pour les groupes plus aisés, d'autant plus que les personnes à haut revenu sont nettement moins sensibles aux prix que les moins aisés et doivent donc payer une participation au coût plus élevée pour réduire de la même façon l'aléa moral (Newhouse *et al.*, 1993). Par conséquent, la franchise (c'est-à-dire le montant fixe de frais médicaux qui reste à la charge des patients), qui dans l'assurance maladie de base est fixée à 220 EUR par an, pourrait être majoré pour les groupes à revenu intermédiaire ou élevé. Par ailleurs, l'exemption actuelle de franchise pour les consultations de médecins généralistes pourrait être supprimée afin d'encourager les consommateurs à choisir leurs soins au meilleur coût. Le prix des consultations de médecins généralistes étant faible (9 EUR), l'abandon de cette exemption n'entraverait pas l'accès aux soins.

La conception du système de ticket modérateur pourrait aussi être améliorée pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, qui actuellement savent à l'avance qu'elles paieront inévitablement le montant intégral de la franchise. Dans ces cas, des structures différentes de participation des patients au coût pourraient inciter davantage à faire des choix en fonction de l'efficacité et du coût et seraient peut-être plus équitables (Van Kleef *et al.*, 2009). Le point de départ pour la franchise fixe payable par les patients souffrant de maladies chroniques pourrait être porté de zéro frais médicaux (c'est-à-dire couvrant les dépenses de 0 EUR à 220 EUR) à un niveau plus élevé (couvrant par exemple les dépenses de 1 000 EUR à 1 220 EUR, selon une dépense moyenne « standard » pour chaque maladie chronique). Pour ces personnes, il serait alors plus intéressant de faire des choix efficaces par rapport au coût dans la limite de 1 220 EUR. Cela entraînerait aussi une répartition plus égale des frais à la charge du patient entre les bien-portants et les malades chroniques en donnant à ces derniers une chance de payer moins que la franchise intégrale.

Le vieillissement de la population mettra sous pression le coûteux système de soins de longue durée

Les dépenses de soins de longue durée, à 3.8 % du PIB en 2009, sont deux fois plus élevées qu'en moyenne dans la zone OCDE, en raison du caractère global et de la générosité du système ainsi que du recours traditionnellement important aux soins en établissement (encadré 3.4). Cependant, ces dépenses élevées ne s'accompagnent pas de résultats visiblement meilleurs et résultent en partie du caractère global du système, qui couvre même de petites activités auxiliaires – des services qui, dans beaucoup d'autres pays, ne sont pas fournis (Eurobaromètre 2007). Au cours de la décennie passée, les dépenses ont été gonflées par l'élévation de normes de qualité, une utilisation accrue des soins favorisée par l'accessibilité du système de prestations en espèces et, peut-être, par un accès plus strict aux autres filets de sécurité sociale (Mot, 2010).

Le vieillissement de la population multipliera le nombre de personnes âgées dépendantes par un facteur de 2½ pour le porter à près de 1 million d'ici 2060, ce qui signifie que, sur la base des politiques actuelles, les dépenses de soins de longue durée atteindraient 8.1 % du PIB en 2060 – plus de trois fois la moyenne de l'UE (Commission européenne, 2009). Il est indispensable d'assurer un rapport coût-efficacité dans la

Encadré 3.4. Un système public complet de soins de longue durée

Le système public d'assurance des soins de longue durée a été créé en 1968 – le premier dans la zone de l'OCDE – et offre une couverture universelle sur un large éventail de prestations. Le système sert principalement les personnes âgées (trois quarts des patients ont plus de 65 ans) et les handicapés physiques ou mentaux. La couverture est large, englobant notamment les frais d'hébergement dans les établissements d'accueil médicalisés et l'aide à domicile pour les tâches ménagères. Le ticket modérateur calculé en fonction des ressources des patients est relativement faible par rapport aux autres pays de l'OCDE, représentant environ 10 % des coûts (Colombo *et al.*, 2011). Il est plafonné à 12.60 EUR par heure à domicile (à peu près un tiers du coût moyen) et à 1 800 EUR par mois en établissement, et ne tient pas compte du patrimoine des patients mais seulement de leurs revenus. La part restante du financement du système est couverte par les cotisations de sécurité sociale (environ 60 % des coûts) et les impôts (environ 30 %).

Les soins en établissement ont une part plus importante que dans la plupart des autres pays de l'OCDE malgré l'effort fait ces dernières décennies pour encourager les soins à domicile. Les patients hébergés en établissement d'accueil représentent 40 % des 600 000 personnes bénéficiant de soins de longue durée (ministère de la Santé, 2011e). En 2009, 6,6 % des personnes âgées (plus de 65 ans) résidaient en établissement de soins, un des taux les plus élevés dans la zone OCDE, même si la moitié d'entre elles n'avaient besoin que de soins légers ou modérés (Pommer, 2012).

Les soins de longue durée relèvent pour l'essentiel de la responsabilité de l'administration centrale, dans le cadre de la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ), qui couvre à la fois les soins à domicile et les soins en établissement. Seule la prestation d'aide à domicile pour les tâches ménagères a été déléguée aux communes en 2007 dans le cadre d'un schéma de décentralisation plus général. Pour les soins en établissement et à domicile (à l'exception de l'aide à domicile), 32 organismes régionaux d'achat (*zorgkantoren*) sont responsables de l'achat de soins financés sur fonds publics. Ces organismes sont généralement des filiales de l'assureur dominant dans chaque région. Ils n'ont pas de budget propre (sauf pour les frais d'administration), les prestataires de soins étant payés directement par une caisse publique générale (AFBZ) sur la base de contrats conclus avec les organismes d'achat. Ces organismes ne supportent donc aucun risque financier sur l'achat de soins. Les tarifs des soins en établissement sont réglementés, tandis que les prix des soins à domicile résultent de négociations entre les organismes d'achat et les prestataires. Les prestataires de soins en établissement sont obligatoirement des organisations sans but lucratif, tandis que le marché des soins à domicile est ouvert aux entreprises à but lucratif.

L'admissibilité des patients aux soins est évaluée par un Centre indépendant d'évaluation des soins (CIZ), sauf pour l'aide à domicile, pour laquelle l'évaluation est du ressort des communes. Le centre décide si les patients sont admissibles pour des soins en établissement ou à domicile et fixe le volume de soins auxquels ils ont droit. Une fois l'évaluation faite, les patients peuvent choisir de recevoir des soins en nature ou une prestation en espèces (« budget personnel ») qui équivaut à 75 % du coût des soins en nature. Les prestations en espèces représentent 11 % des dépenses totales, après avoir marqué une croissance annuelle de 20 % depuis 2002.

prestation de soins de longue durée afin d'atténuer les pressions sur les dépenses tout en maintenant des services de haute qualité – une tâche difficile au sujet de laquelle l'expérience des autres pays est encore limitée (Colombo *et al.*, 2011 ; Schut et Van den Berg, 2010). Dans ce

contexte, les principales difficultés consistent à réorganiser le système afin d'améliorer les incitations à l'efficacité, à réduire encore le recours aux soins en établissement et à mieux cibler les patients du fait que le rapide succès du système de prestations en espèces pose des problèmes de sélection des patients.

Le principal problème que pose l'organisation actuelle du système de soins de longue durée, qui est assez différent du système de soins de santé, est l'absence d'incitations financières pour les organismes régionaux d'achat (*zorgkantoren*). Du fait qu'ils n'ont pas de risque financier sur l'achat de soins (encadré 3.4), ces organismes ne sont pas enclins à négocier avec les prestataires sur les prix et la qualité. Dans le secteur des soins à domicile, les prix sont donc restés très proches du tarif maximum réglementé. Cela a aussi sapé la concurrence sur le marché des soins à domicile, qui se caractérise par un haut degré de concentration et où les grands prestataires réussissent à pratiquer des prix plus élevés (Mosca *et al.*, 2007). Le coût global de ces inefficiences est difficile à évaluer, mais il est peut-être important, comme semblent l'indiquer les améliorations appréciables du rapport coût-efficacité observées par suite de la décentralisation de l'aide à domicile vers les communes (encadré 3.5).

Encadré 3.5. **La décentralisation de l'aide à domicile a amélioré l'efficacité économique**

L'aide à domicile pour les tâches ménagères (ménage, cuisine etc.) a été décentralisée et confiée aux communes en 2007 par la nouvelle Loi sur l'aide sociale (WMO), qui prévoit des services d'aide aux personnes dépendantes. Les communes disposent pour cela d'un budget sans préaffectation et ont une grande latitude en matière d'organisation de l'aide. Elles évaluent les besoins des patients et achètent les soins nécessaires.

Les budgets n'étant pas préaffectés, les communes supportent des risques financiers sur l'aide à domicile, ce qui les incite à négocier âprement avec les prestataires. Cela stimule la concurrence, ce qui a aidé à réduire le prix moyen d'une heure d'aide de plus de 20 % entre 2005 et 2008. Les prix sont remontés par la suite, mais ils restent inférieurs à leur niveau d'avant la décentralisation (van der Torre *et al.*, 2011).

Globalement, les municipalités ont réussi à économiser 150 millions EUR en 2007 sur un budget de 1.2 milliard EUR (réparti sur la base des dépenses passées) et ont collecté 200 millions EUR au titre du ticket modérateur, disposant ainsi de 350 millions EUR pour d'autres dépenses. Les conséquences sur la qualité de l'aide à domicile ont fait l'objet de débats, 40 % des clients faisant état d'une dégradation par suite de la décentralisation. Cependant, un degré de qualité élevé semble avoir été maintenu puisque les patients accordent toujours une note moyenne de 8 sur 10 (de Klerk *et al.*, 2010).

Une décentralisation plus poussée des soins à domicile pourrait rehausser l'efficacité

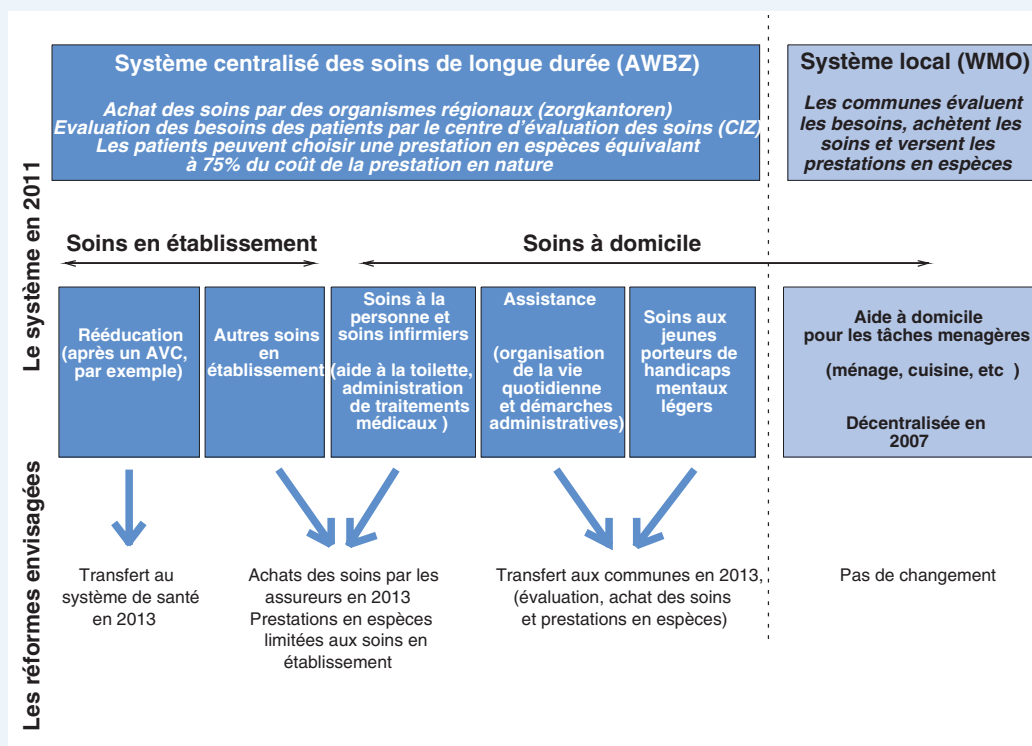
Le gouvernement prévoit de supprimer les organismes régionaux d'achat en 2013 et de transférer la majeure partie de leurs responsabilités en matière d'achat aux assureurs de soins de santé et d'accroître les responsabilités des communes dans le domaine des soins à domicile. Les communes s'occuperont de l'aide à domicile (pour les tâches administratives, par exemple) et des soins à domicile pour les jeunes souffrant de handicaps mentaux légers (encadré 3.6). Elles recevront des budgets sans préaffectation, ce qui les incitera fortement à limiter les coûts. Une meilleure sélection des bénéficiaires et l'exploitation des synergies avec les autres dispositifs décentralisés d'assistance sociale,

Encadré 3.6. Le programme de réformes du gouvernement concernant les soins de longue durée

Poursuite de la décentralisation vers les communes et renforcement du rôle des assureurs de soins de santé

- Dans le prolongement de la décentralisation de l'aide à domicile opérée vers les communes en 2007, décentralisation progressive des autres composantes des soins à domicile en 2013 : assistance (budget d'environ 2 milliards EUR) et soins pour les jeunes souffrants de handicaps mentaux légers (environ 3 milliards EUR).
- Transfert en 2013 de la responsabilité d'achat de certains soins à domicile (soins infirmiers et soins à la personne) et soins en établissement non décentralisés des organismes régionaux (*zorgkantoren*) aux assureurs (graphique 3.7), en remplacement du système actuel dans lequel les organismes régionaux achètent des soins pour l'ensemble des résidents d'une région, quelle que soit la compagnie d'assurance.

Graphique 3.7. Principales caractéristiques de la réorganisation envisagée du système de soins de longue durée



Source : Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Limitation du groupe cible, notamment pour les prestations en espèces

- Limitation de l'accès aux prestations en espèces aux patients bénéficiaires de soins en établissement (10 % des 130 000 bénéficiaires de prestations en espèces).
- Réduction de l'accès aux soins en établissement pour les patients ayant besoin de soins plus légers. Abaissement des critères de QI pour l'évaluation des soins pour les handicapés mentaux (la norme sera ramenée de 85 à 70 en 2013).

Encadré 3.6. Le programme de réformes du gouvernement concernant les soins de longue durée (suite)

Amélioration de la qualité des soins et autres mesures

- Mesures visant à renforcer les droits des clients vis-à-vis des prestataires de soins. Création d'un Institut de la qualité pour diffuser les bonnes pratiques. Simplification des procédures d'évaluation.
- Mise à disposition d'un budget supplémentaire de 0.9 billion EUR à partir de 2012 afin de relever de 5 % les tarifs des soins pour les médecins libéraux et d'encourager l'embauche et la formation de personnel de la santé.
- Séparation des coûts des soins en établissement et des frais d'hébergement à partir de 2012. Depuis 2009, les dépenses de soins sont remboursées en fonction des besoins de soins des patients (*formules ZZP*) et les établissements de soins sont libres d'agrandir leur capacité mais en supportant le risque financier, avec une période de transition allant jusqu'en 2017.

Source : Ministère de la Santé (2011e, f).

comme l'activation des bénéficiaires de prestations de sécurité sociale, pourraient aussi contribuer à améliorer l'efficacité économique. Un problème qui pourrait se poser est que les communes seront incitées à rediriger les patients vers des soins en établissement plus coûteux, financés par l'administration centrale, afin de réduire leurs coûts, ce qui conduirait à une augmentation des dépenses globales. Afin d'encourager les communes à maintenir les patients à domicile, il faudrait les récompenser financièrement lorsqu'elles réduisent les taux de placement des malades en établissement. Pour favoriser encore le développement des soins à domicile, cette mesure pourrait être complétée par une contribution financière plus importante des patients à leurs frais d'hébergement en établissement d'accueil.

Il ne devrait pas être donné un plus grand rôle aux assureurs sans incitations financières suffisantes

Dans la partie non décentralisée du système (c'est-à-dire les soins en établissement et les soins à domicile), le gouvernement a l'intention de donner aux assureurs la responsabilité d'acheter des soins pour leurs propres patients, de la même manière que dans le système de soins de santé. Cela réduirait probablement les coûts de coordination entre les soins de santé et les soins de longue durée. Cependant, il n'est pas prévu de faire supporter aux assureurs les risques financiers correspondants tant qu'il n'existe pas de système de péréquation des risques pour les soins de longue durée, afin d'éviter des problèmes de sélection des risques. Cependant, la conception de ce type de dispositif est compliquée et n'est peut-être même pas faisable, en raison notamment de l'absence de données facilement disponibles sur les variables prédictives des dépenses futures des individus en soins de longue durée (Schut et Van de Ven, 2010)⁵.

Tant que les assureurs ne supporteront pas de risques financiers sur l'achat de soins, ils ne seront pas incités à prendre en considération l'efficacité, d'où une prestation plus onéreuse. De plus, ils seront incités à transférer les patients des soins de santé payés par les assureurs aux soins de longue durée financés sur fonds publics, d'où une augmentation des dépenses publiques (Besseling *et al.*, 2011)⁶. Transférer l'achat de soins aux assureurs ne serait donc envisageable que s'ils supportent les risques financiers correspondants, c'est-à-dire dans le cadre d'un dispositif adapté de péréquation des risques. S'il est possible

de mettre en place un système de ce type, les soins aux personnes âgées (tant à domicile qu'en établissement) pourraient être inclus dans l'assurance maladie de base. Il faudrait aussi, pour cela, améliorer le système actuel de péréquation des risques dans le domaine des soins de santé afin de réduire les pertes que les assureurs réalisent actuellement sur les dépenses médicales des patients bénéficiant de soins de longue durée (c'est-à-dire les dépenses qui ne sont pas liées aux soins de longue durée), ce qui les rendrait réticents à se livrer concurrence pour attirer les patients dépendants (Schut et Van de Ven, 2010)⁷.

Autrement, il existe plusieurs autres solutions possibles pour améliorer l'organisation du système, qui ont toutes en commun le fait qu'il faudrait les associer à un meilleur ciblage (voir plus loin). Une première option consiste à offrir aux organismes d'achat régionaux davantage d'incitations à l'efficacité économique à l'intérieur du cadre existant, par exemple en accordant des primes à ceux qui atteignent certains objectifs de performance du point de vue de la qualité et de l'efficacité des soins achetés. Il faudrait pour cela mesurer la qualité des soins de manière suffisamment fiable et générale, ce qui peut être difficile (en recueillant des informations auprès de patients dépendants dont l'état se dégrade, par exemple), comme le montrent les résultats inégaux obtenus de la première expérimentation internationale de ces systèmes de rémunération selon la performance (Colombo *et al.*, 2011). Toutefois, la nature à long terme de la relation patient-prestataire de soins pourrait contribuer à résoudre ces problèmes de mesure. Pour que les organismes d'achat agissent dans un souci d'efficacité-coût, il importe aussi de faire en sorte qu'ils ne puissent pas transférer les patients vers les dispositifs financés sur d'autres lignes budgétaires. Cela est arrivé avec les prestations en espèces jusqu'en 2012, permettant aux organismes acheteurs de respecter les budgets des prestataires régionaux, mais au prix de dépassements budgétaires persistants sur les prestations en espèces.

Une deuxième option est de poursuivre la décentralisation progressive des soins à domicile vers les communes, en profitant de leurs incitations à limiter les coûts avec un budget sans préaffectation. Déléguer aux communes la totalité de la prestation de soins à domicile (c'est-à-dire à la fois les soins à la personne et l'aide pour les tâches ménagères) présenterait aussi l'avantage de réduire les coûts de coordination. Une exception pourrait être faite pour les soins spécialisés, pour lesquels les communes n'auraient peut-être pas de possibilités de réaliser des économies d'échelle et de gamme – un problème qui pourrait être réglé par le biais de la coopération entre communes ou par le biais du soutien technique fourni à l'échelon central. Comme indiqué plus haut, la décentralisation devrait s'accompagner de récompenses financières pour les communes afin d'encourager les soins à domicile et d'éviter ainsi que les patients ne soient redirigés vers les soins en établissement, financés par l'administration centrale.

Une troisième option pourrait consister à donner aux patients un plus grand rôle dans le choix de leur prestataire de soins en établissement, une mesure qui pourrait être associée à une contribution financière plus importante aux frais d'hébergement dans les établissements d'accueil. Cela inciterait davantage les établissements à se livrer concurrence pour attirer les patients. Les réformes passées et celles qui sont en cours ouvrent la voie à un système de ce type, les frais d'hébergement étant progressivement séparés des coûts des soins (encadré 3.6). Dans ce système, les soins seraient toujours financés principalement sur fonds publics et les établissements seraient payés en fonction des besoins des patients, comme c'est le cas depuis 2009 avec les « mesures de rigueur dans le domaine des soins » (ZZPs). Les établissements auraient la possibilité d'accroître leur capacité afin de répondre à une demande nouvelle, mais grâce aux nouvelles règles de

compensation pour les dépenses en capital, ils auraient un risque financier à supporter en cas de lits vides. Il leur faudrait donc se livrer à la concurrence sur les frais d'hébergement et sur la qualité afin d'attirer les patients, ce qui améliorerait l'efficacité économique globale.

L'explosion des prestations en espèces à mis au jour des problèmes de ciblage

Le second défi à relever concernant le système néerlandais de soins de longue durée est d'améliorer le ciblage, comme en témoignent la récente explosion des prestations en espèces et le fait que près de la moitié des patients âgés bénéficiant de soins en nature ne sont pas considérés comme dépendants (SCP, 2011). En ce qui concerne aussi bien les soins en nature que les prestations en espèces, la réponse du gouvernement a été de restreindre l'accès (encadré 3.6). Cette mesure devrait s'accompagner d'une meilleure évaluation des besoins des patients afin d'améliorer le ciblage. Les procédures d'évaluation, par exemple, pourraient être renforcées en donnant aux organismes régionaux d'achat de soins la possibilité de s'opposer à des évaluations qui ne correspondent pas à la réalité. Cela pourrait être particulièrement efficace si, en même temps, ces organismes étaient incités plus fortement à l'efficacité économique, comme on l'a vu plus haut. De plus, les disparités régionales dans les évaluations, qui ont déjà été atténuées au cours de la décennie passée, pourraient être encore réduites. (Peeters et Francke, 2007). Par ailleurs, il serait utile aussi de faire en sorte que le ticket modérateur pour les soins à domicile en nature, relativement bas, soit suffisamment élevé pour encourager les patients à faire leur choix compte tenu du prix et de la qualité des soins.

L'option prestations en espèces a attiré un groupe de patients nouveau et nombreux, d'où une explosion des dépenses (Sadiraj *et al.*, 2011). Le recours accru à cette formule ne pose pas forcément problème puisque cela a permis à des patients d'éviter les listes d'attente. Cependant, il apparaît clairement que ces prestations n'ont pas toujours servi à l'usage auquel elles étaient destinées (on peut citer le cas de petits-enfants emmenant leur grand-mère à un festival de jazz, ou de prestataires d'aide à domicile qui n'avaient pas emporté le marché dans leur commune et qui demandaient à être payés sur les prestations en espèces de leurs patients) ou qu'il y a même eu des cas de fraude (Mot, 2010, ministère de la Santé, 2011e). Cela a conduit les autorités à restreindre de façon draconienne l'accès aux prestations en espèces à partir de 2012 pour le réserver aux seules personnes ayant droit à des soins en établissement – environ 10 % des 130 000 bénéficiaires actuels de prestations en espèces – ce qui devrait permettre d'économiser 0.6-0.7 milliard EUR d'ici à 2015 (CPB, 2011b, ministère de la Santé, 2011f). Cela met fin, toutefois, à la situation gagnant-gagnant dans laquelle les patients choisissent des prestations en espèces relativement moins onéreuses (l'équivalent de 75 % du coût des soins en nature), ce qui améliore leur propre bien-être grâce à un plus grand choix de prestataires et encourage aussi la concurrence entre prestataires de soins à domicile.

Le problème ne réside pas dans les prestations en espèces elles-mêmes, mais plutôt dans l'insuffisance du filtrage et du suivi. Il serait donc préférable de maintenir un système de prestations en espèces pour les soins à domicile mais d'améliorer le filtrage et le suivi afin d'éviter des utilisations abusives. Un moyen de réduire la nécessité d'un suivi serait peut-être d'offrir des prestations en espèces sous forme de bons payables directement aux professionnels, comme dans les pays nordiques (Colombo *et al.*, 2011). Pour être efficaces, ces bons devraient être conçus de façon à ne pas couvrir la totalité des coûts des soins, le ticket modérateur sur chaque service acheté incitant les patients à utiliser les bons de manière efficace par rapport à leur coût.

Conclusion

Les recommandations faites dans ce chapitre sont centrées sur le renforcement de l'efficacité économique. Cela risque peut-être de nuire aux excellents résultats obtenus par les Pays-Bas du point de vue de l'équité et de l'accès aux établissements de soins. Cependant, le rôle grandissant de la concurrence n'a pas eu, jusqu'à présent, d'effet négatif sur l'équité. Les délais d'attente, déjà courts en comparaison des autres pays en 2000 ont été encore réduits depuis 2006 (Siciliani et Hurst, 2003 ; Van de Vijzel, 2011 ; NZa, 2012). De plus, l'accès est assuré par un ticket modérateur qui figure parmi les plus bas dans la zone de l'OCDE et le droit à une couverture maladie de base moyennant une cotisation abordable pour tous. Dans l'avenir, l'équité pourrait être compromise si les gens ne sont pas disposés à payer pour la consommation croissante de soins de santé due à des modes de vie malsains et si le secteur public ne peut pas continuer de financer une rapide hausse des dépenses de santé – en particulier si cette consommation est considérée comme un luxe (Van der Star *et al.*, 2011; Hall et Jones, 2007). En tout cas, assurer une plus grande efficacité par rapport au coût sera un facteur décisif pour offrir des soins de santé de haute qualité dans l'avenir. On trouvera dans l'encadré 3.7 un résumé des recommandations allant dans ce sens.

Encadré 3.7. **Recommandations visant à améliorer l'efficacité et la compétitivité du secteur de la santé**

Établir des indicateurs de performance et mettre en place des systèmes de paiement en fonction de la performance

- Il faudrait établir des indicateurs de performance adéquats pour permettre la passation de marchés en fonction de la performance entre assureurs et prestataires de soins de santé. Dans ce domaine, priorité devrait être donnée à l'amélioration de la collecte de données au niveau de chaque patient afin de développer une meilleure infrastructure d'information.
- Les assureurs devraient être autorisés à utiliser d'autres systèmes de paiement fondés sur le partage des risques financiers (comme le paiement par capitation ajusté en fonction du risque, par exemple) et la performance ainsi qu'à recourir à l'intégration verticale, à échelle réduite, avec les prestataires afin d'atténuer les asymétries d'information.
- Il faudrait améliorer encore le dispositif de péréquation des risques afin de réduire l'incitation à la sélection des risques par les assureurs, compte tenu, en particulier, de l'intention du gouvernement de mettre fin aux compensations *ex post* avant 2015.

Faciliter l'entrée afin d'assurer la concurrence sur les marchés des prestataires

- Afin d'atténuer les restrictions à l'entrée dans la profession médicale, les contraintes de capacité existantes (*numerus fixus*) pour les écoles de médecine devraient être levées. De plus, la reconnaissance des diplômes étrangers délivrés hors d'Europe devrait être facilitée.
- Les établissements à but lucratif devraient être autorisés à entrer sur le marché hospitalier. Il faudrait par ailleurs assurer la sortie ordonnée des hôpitaux en faillite par des mesures garantissant l'accès aux équipements essentiels.
- L'Autorité de la concurrence devrait publier une méthodologie claire pour l'évaluation des fusions horizontales et verticales entre hôpitaux et assureurs, afin de s'assurer que seules soient prises en compte des considérations liées à la concurrence et au bien-être des consommateurs.

Encadré 3.7. **Recommandations visant à améliorer l'efficacité et la compétitivité du secteur de la santé** (suite)

Renforcer les incitations à faire des choix en fonction du coût et de l'efficacité du côté de la demande

- Le ticket modérateur pour les groupes à revenu plus élevé pourrait être majoré afin d'encourager les choix tenant compte du coût et de l'efficacité, d'atténuer les asymétries de l'information et de mieux maîtriser le budget. Le ticket modérateur pour les malades chroniques devrait être mieux conçu afin d'inciter davantage les patients à tenir compte du rapport coût-efficacité.

Secteur des soins de longue durée

- Il ne faudrait pas donner de responsabilités supplémentaires aux assureurs tant qu'ils n'ont pas d'incitations suffisantes à veiller à l'efficacité économique. Dans le moyen terme, la décentralisation des soins à domicile vers les communes pourrait être achevée, et les malades admis dans des établissements de soins devraient choisir directement leur prestataire afin de pousser les établissements à se faire concurrence pour attirer les patients.
- Les soins à domicile devraient être encouragés en récompensant financièrement les communes qui réduisent les taux d'hospitalisation, en sélectionnant mieux les patients et en augmentant le ticket modérateur lié aux frais d'hébergement.
- Le système de prestations en espèces devrait être maintenu pour les soins à domicile mais associé à un meilleur filtrage et un suivi plus étroit afin d'éviter les abus. À cette fin, il faudrait envisager un système de bons payables directement aux professionnels et complétés par le ticket modérateur.

Notes

1. F.T. (Erik) Schut, Professeur d'Économie de la Santé à l'Université Érasme de Rotterdam est le principal auteur de ce chapitre.
2. Jusqu'en 2010, le régulateur ne pouvait pas ventiler administrativement la croissance des recettes des hôpitaux en un effet de prix et un effet de volume à cause de l'expansion du segment B et du recalcul des budgets dans le segment A réglementé (NZa, 2010a). En 2010, toutefois, le régulateur a constaté que la production de services dans le segment B a augmenté de 8.6 %, un taux beaucoup plus élevé que dans le segment A (NZa 2011b). Une étude économétrique réalisée à partir de plus de 2 millions de diagnostics au congé de l'hôpital a aussi mis en évidence une croissance plus marquée des dépenses dans le segment B, où les prix sont libres, que dans le segment A (Hasaart, 2011).
3. La part des spécialistes libéraux a diminué au cours de la décennie passée, revenant de 56 % en 1999 à 44 % en 2007 (Capaciteitsorgaan, 2010). Cette évolution a eu pour contrepartie l'accroissement de la part des spécialistes salariés, encore que la pratique varie largement selon les spécialités médicales, la proportion allant d'un tiers parmi les cardiologues, radiologues, urologues, chirurgiens orthopédiques et chirurgiens esthétiques à plus de 90 % parmi les pédiatres et les gériatres cliniciens.
4. Les spécialistes libéraux travaillent souvent en partenariat, ce qui signifie que, si un spécialiste salarié remplace un spécialiste libéral (lors de son départ à la retraite), cela crée une situation classique participants internes – participants externes, où les premiers ne sont guère incités à coopérer avec les seconds car ils veulent préserver les bonnes relations au sein du partenariat.
5. Disposer de bonnes variables prédictives pour évaluer les risques individuels est particulièrement important dans le domaine des soins de longue durée car les dépenses à ce titre sont concentrées sur une petite partie de la population et sont généralement très élevées. Cependant, il n'existe jusqu'à présent guère d'études sur ces variables, et il n'y a pas de données facilement disponibles sur les variables prédictives qui pourraient être bonnes, comme les limitations des individus dans leurs activités de la vie quotidienne ou sur la disponibilité de réseaux de soutien social (une variable prédictive importante de l'offre de soins informels).

6. Une autre complication dans l'hypothèse où les assureurs deviendraient financièrement responsables de la couverture des soins de longue durée est qu'ils auront constitué des réserves financières pour satisfaire aux normes de solvabilité.
7. Inclure les soins à domicile dans l'assurance maladie de base rendrait toutefois plus difficile la coordination avec l'aide à domicile et l'aide sociale.

Bibliographie

- Algemene Rekenkamer (2011), « Uitgavenbeheersing in de zorg », Tweede Kamer, *vergaderjaar 2011-2012*, n° 33060 (1-2), La Haye.
- Besseling, P., W. Elsenburg et C. van Ewijk (2011), « Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten », *Me Judice*, www.mejudice.nl/artikel/618/risicodragende-uitvoering-awbz-door-zorgverzekeraars-verhoogt-de-kosten.
- Blank, J., A. Dumaij et B. van Hulst (2011), « Ziekenhuismiddelen in verband. Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid » in *de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009*, Études IPSE, Université technique, Delft.
- Boonen, L.H.H.M., S.A. van der Geest, F.T. Schut et M. Varkevisser (2010), « Pharmaceutical policy in the Netherlands: from price regulation towards managed competition », in: A. Dor (éd.) *Pharmaceutical Markets and Insurance Worldwide*, Advances in Health Economics and Health Services Research, vol. 22, Bingley: Emerald, pp. 53-76.
- Capaciteitsorgaan (2010), « Medisch en klinisch technologische specialisten », *Deelrapport 1*, Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2011), « Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheekundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen », *revisie 1.1*, Utrecht.
- CBS (2011), « Nieuwe Nederlandse cijfers voor OESO over beloning artsen », *Centraal Bureau voor de Statistiek*, publié le 29 juin sur www.cbs.nl/.
- CPB (2011a), « Centraal Economisch Plan 2011 », *Centraal Planbureau*, La Haye.
- CPB (2011b), « Effecten van het kabinetsvoorstel voor het pgb », *CPB Notitie*, La Haye.
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier et F. Tjadens (2011), « Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance », *Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, Éditions OCDE.
- Davis, K., C. Schoen et K. Stremikis (2010), « Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally », *2010 update*, New York: The Common Wealth Fund.
- De Bakker, D.H., J.N. Struijs, C.B. Baan, J. Raams, J.-E. de Wildt, H.J.M. Vrijhoef, F.T. Schut (2012), « Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination », *Health Affairs*, n° 31 (2), pp. 426-433.
- De Graaf, R., M. Ten Have et S. van Dorsselaer (2010), « De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesys-2: Opzet en eerste resultaten », *Trimbos-Instituut*, Utrecht.
- De Klerk, M., R. Gilsing et J. Timmermans (2010), « Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009 », *SCP*, La Haye.
- Douven, R. et R. Mocking (2012), « The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments », *CPB Discussion Paper*, n° 208, CPB, La Haye.
- EIB (2011), *Monitoring integrale bekostiging zorg voor chronisch zieken. Eerste rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*, La Haye.
- Eurobaromètre (2007), « Santé et soins de longue durée dans l'Union européenne », *Eurobaromètre spécial*, n° 283.
- Commission européenne et Comité de politique économique (2009), « Rapport sur le vieillissement : Prévisions économiques et budgétaires pour les 27 États membres de l'UE (2008-2060) », *European Economy*, n° 2/2009.
- Frank, R.G. et T.G. McGuire (2000), « Economics and mental health, in: A.J. Culyer, J.P. Newhouse » (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam, pp. 893-954.
- Gusdorf, L.M.A., M. Smit et B. Voorbraak (2009), *Huisartsenzorg: een eerste onderzoek, Zorgthermometer*, Vektis, Zeist.

- Hall, R.E. et C.I. Jones (2007), « The value of life and the rise in health spending », *Quarterly Journal of Economics*, n° 122(1), pp. 39-72.
- Hasaart, F. (2011), « Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands », Thèse de PhD, Université de Maastricht, Maastricht.
- Joumard, I., C. André et C. Nicq (2010), « Health care systems: Efficiency and institutions », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 769, Éditions OCDE.
- Klazinga, N., H. Anema et G. ten Asbroek (2012), « De nieuwe kleren van de keizer », *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, n° 90(2), pp. 76-77.
- Loozen, E.M.H., F.T. Schut, M. Varkevisser (2011), « Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht? », *Markt en Mededinging*, n° 14 (5).
- Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J. Polder and J. Garssen (2011), « Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? », *European Journal of Epidemiology*, doi : <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-011-9633-y>.
- Ministère de la Santé (2009), « Rijksbegroting 2010. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport », Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, n° 32123 XVI (1-2), La Haye.
- Ministère de la Santé (2010), « Rijksbegroting 2011. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport », Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, n° 32500 XVI (1-2), La Haye.
- Ministère de la Santé (2011a), « Zorg die loont », Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32620 (6), mars, La Haye.
- Ministère de la Santé (2011b), « Rijksbegroting 2012. XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer », vergaderjaar 2011-2012, n° 33000 XVI (1-2), La Haye.
- Ministère de la Santé (2011c), « Fusies in de zorgsector en opsplitsingsbevoegdheid IGZ », MC-U-3066411, juin, La Haye.
- Ministère de la Santé (2011d), « Uitvoering van drie aangenomen moties over fusies in de zorgsector, Tweede Kamer », vergaderjaar 2011-2012, 32620 (31), novembre, La Haye.
- Ministère de la Santé (2011e), « Programmabrief langdurige zorg », DLZ/KZ-U-3067294, juin, La Haye.
- Ministère de la Santé (2011f), « Voortgangsrapportage Hervorming langdurige zorg », Z/M-3089172, octobre, La Haye.
- Mosca, I., M. Pomp et V. Shestalova (2007), « Market share and price in Dutch home care: market power or quality? », *CPB Discussion Paper*, n° 95, La Haye.
- Mot, E. (2010), « The Dutch system of long-term care », *CPB Document*, n° 204, La Haye.
- Newhouse, J.P. et l'Insurance Experiment Group (1993), « Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment », *Harvard University Press*, Cambridge, Massachusetts.
- NZa (2009), « Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa (2010a), « Marktperfectionen in de medisch specialistische zorg », *Visiedocument*, *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa (2010b), « Monitor Extramurale farmacie 2010 », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa (2011a), « Marktscan Zorgverzekeringmarkt. Weergave van de markt 2007-2011 », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa (2011b), « Marktscan Medisch specialistische zorg. Weergave van de markt 2006-2010 », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa (2011c), « Monitor curatieve GGZ 2010. Een sector in ontwikkeling », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- NZa, 2012, « Marktscan Medisch specialistische zorg. Weergave van de markt 2006-2011 », *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.
- OCDE (2009), « Panorama de la santé 2009 », Éditions OCDE.
- OCDE (2010a), « Health at a Glance: Europe 2010 » (résumé en français), Éditions OCDE.
- OCDE (2010b), « Améliorer la performance des soins de santé : Comment mesurer leur qualité », *Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, Éditions OCDE.

- Peeters, J. et A. Francke (2007), « Indiciestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg », NIVEL.
- Pommer, E. (2012), « Verzorging en verpleging », SCP, La Haye.
- Sadiraj, K., D. Oudijk, H. van Kempen et J. Stevens (2011), « De opmars van het pgb », SCP-publication 2011-17, La Haye.
- Schut, F.T. et B. Van den Berg (2010), « Sustainability of Long-Term Care Financing in The Netherlands », *Social Policy & Administration*, n° 44 (4), pp. 411-435.
- Schut, F.T. et W.P.M.M. van de Ven (2010), « Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig », *Economisch Statistische Berichten*, n° 95 (4591), pp. 486-489.
- SCP (2011), « Frail older persons in the Netherlands », The Netherlands Institute for Social Research (*Sociaal en Cultureel Planbureau*, SCP), La Haye.
- Tweede Kamer (2011), « Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) », vergaderjaar 2010-2011, n° 29248 (170).
- Van Beek, E., L. Boon et E.-J. Vlieger (2009), « Voorstudie naar praktijkvariatie in Nederland », Plexus, Breukelen.
- Van der Star S.M. et B. Van den Berg (2011), « Individual responsibility and health-risk behaviour: A contingent valuation study from the ex ante societal perspective », *Health Policy*, n° 101.
- Van der Torre, A., S. Jansen et E. Pommer (2011), « Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012 », CP, La Haye.
- Van de Vijssel, A.R., P.M. Engelfriet et G.P. Westert (2011), « Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work? », *Health Policy*, n° 100.
- Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen et R.D. Friele (2009), « Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag », *Programma evaluatie wetgeving: deel 27*, ZonMw, La Haye.
- Varkevisser, M., et F.T. Schut (2008), « NMa moet strenger zijn bij toetsing ziekenhuisfusies », *Economisch Statistische Berichten*, n° 93 (4532).
- Varkevisser, M., et F.T. Schut (2010), « Fusietoetsing in de zorg », *Economisch Statistische Berichten*, n° 95 (4576).
- Varkevisser, M. et F.T. Schut (2012), « The impact of geographic market definition on the stringency of hospital merger control in Germany and the Netherlands », *Health Economics, Policy and Law*, doi:10.1017/S1744133112000011.
- Vektis (2009), *Zorgverzekeraars en zorgfinanciering. Jaarcijfers 2009*, Vektis, Zeist.
- Vektis (2010), *Zorgverzekeraars en zorgfinanciering. Jaarcijfers 2010*, Vektis, Zeist.
- Vektis (2011), *Zorgverzekeraars en zorgfinanciering. Jaarcijfers 2011*, Vektis, Zeist.
- Vektis et Plexus (2011), *Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie)*, Zeist/Breukelen.
- Werkgroep Curatieve zorg (2010), *Curatieve zorg. Rapport brede heroverwegingen 11*, ministère des Finances, La Haye.
- Westert, G.P., M.J. Van den Berg, S.L.N. Zwakhals, J.D. de Jong et H. Verkleij (2010), « Dutch Health Care Performance Report 2010 », Bilthoven: RIVM.
- WOR (2011), « Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening 2012 », *Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening*, WOR 580, septembre, La Haye.



Extrait de :
OECD Economic Surveys: Netherlands 2012

Accéder à cette publication :

https://doi.org/10.1787/eco_surveys-nld-2012-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2013), « Réforme des soins de santé et soins de longue durée aux Pays-Bas », dans *OECD Economic Surveys: Netherlands 2012*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-nld-2012-6-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.