



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

L'assurance maladie aux Pays Bas La concurrence régulée

David Bernstein

Direction de la Sécurité Sociale

david.bernstein@sante.gouv.fr

6 novembre 2019

Les réformes néerlandaises

La situation avant la réforme de 2006

- ✓ Un système historiquement bismarckien : plusieurs sortes de caisses selon le statut d'emploi
 - Pluralité de la couverture sociale
- ✓ Un système dual : le tiers supérieur de la population en terme de revenus ne peut s'assurer que dans le secteur privé tandis que les autres sont couverts par le secteur public
 - Rôle historique important des assureurs privés, en concurrence directe, avec primes individualisées
- ✓ Concurrence entre caisses publiques avec caisse de péréquation à partir de 1992
 - Culture de la concurrence dans le secteur public

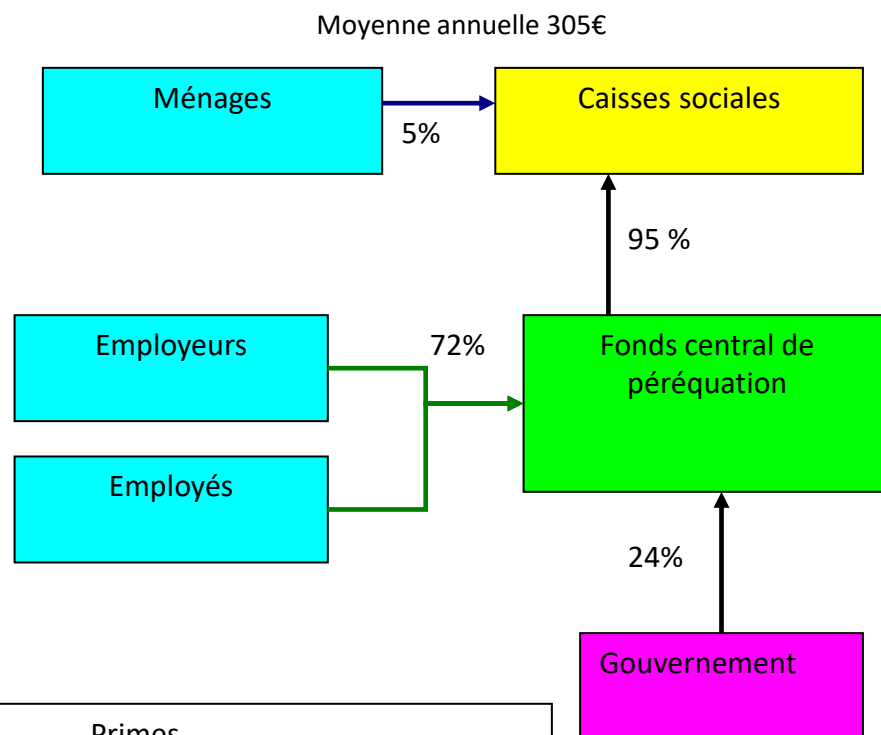
Les réformes néerlandaises

La situation avant 2006

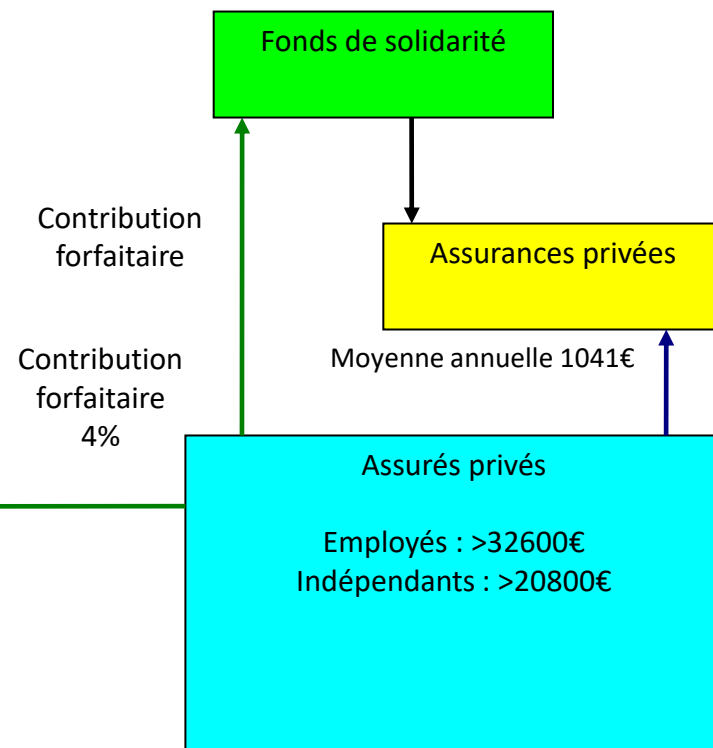
- ✓ Le système dual public/privé crée de sérieux déséquilibres économiques et sociaux
- ✓ Mécanismes de compensation *ad hoc* pour corriger :
 - Entre les assurances privées : les riches malades ne trouvent pas à s'assurer → transfert des « riches bien portants » vers les « riches malades »
 - Entre le secteur privé et public : le profil de risque de la clientèle du secteur public est plus mauvais que dans le secteur privé → participations forfaitaires des assurés privés
 - Entre les caisses sociales publiques → concurrence avec primes fixes nécessite une caisse de péréquation

Le financement du système de santé néerlandais en 2004

Secteur public



Secteur privé



- Primes
- Contributions obligatoires
- Fonds socialisés

Les pourcentages représentent les structures de financement. Par exemple, 24% du budget du fonds de péréquation provient du gouvernement.

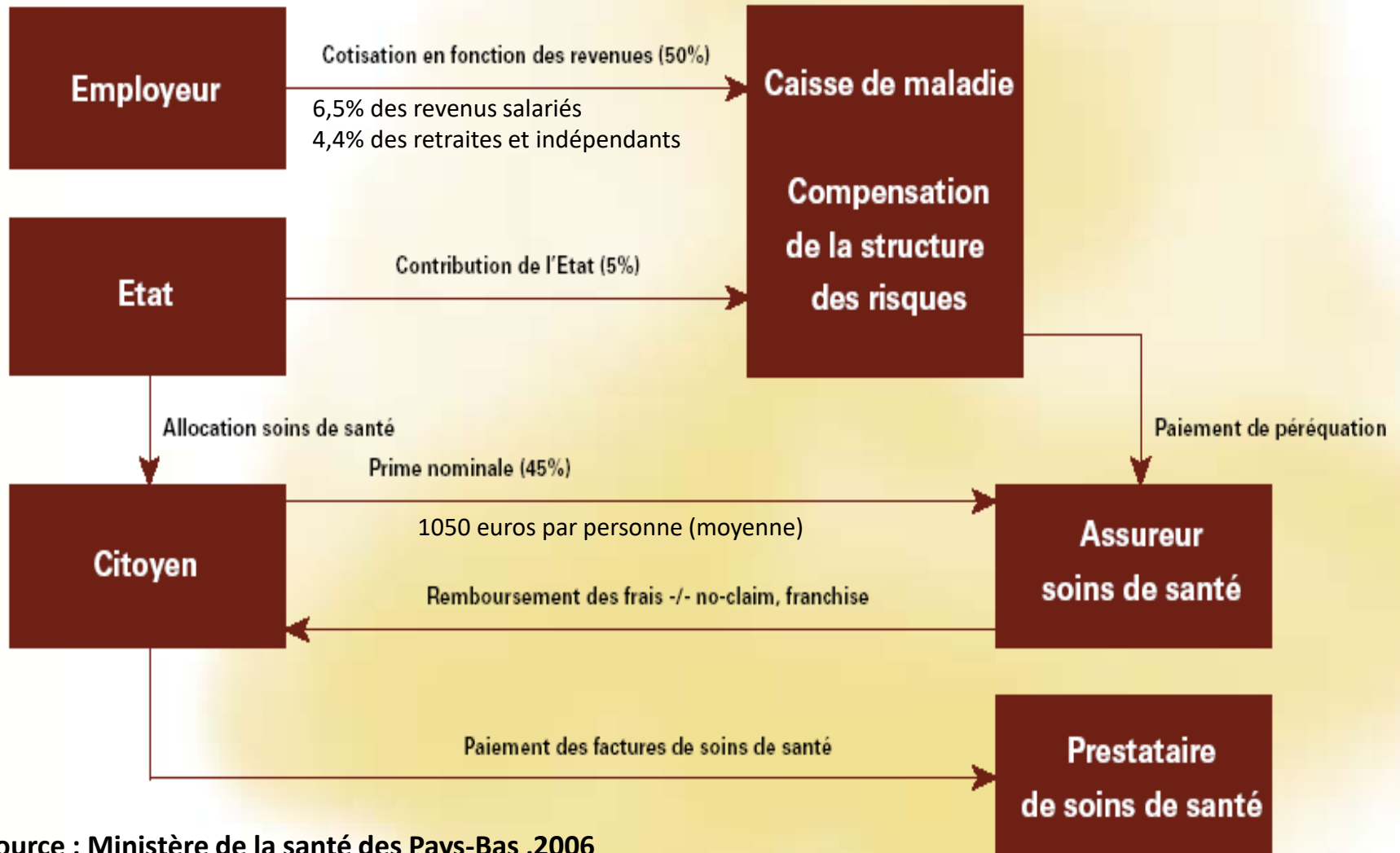
Source : Ministère de la Santé. Health Insurance in the Netherlands. International Publication Series Health Welfare and Sport, no. 1E, 2004.

Réformes de 2006

- ✓ Simplification et unification du système autour d'une caisse centrale de péréquation unique
- Abolition du système dual et universalisation

- ✓ Tous les principes de *managed competition* (*concurrence régulée*) sont mis en œuvre:
 - Panier de soins standard défini par l'État
 - Concurrence entre assureurs mais pas de tarification individuelle ni de sélection des risques autorisées
 - Caisse de péréquation compense les assureurs
 - Principe de la double obligation : assurés doivent être couverts, assureurs doivent couvrir chacun
 - Contractualisation sélective des assureurs avec les professionnels de santé

Le financement du système de santé à partir de 2006



Source : Ministère de la santé des Pays-Bas ,2006

Principes

- Chaque année, le gouvernement fait un bouclage macroéconomique à l'automne et annonce la prime nominale moyenne (fin octobre)
- Les assureurs publient leurs tarifs ensuite (mi-novembre)
- Les assurés ont une fenêtre de 6 semaines pour changer d'assureurs (mi-novembre-début janvier)
- En théorie, la prime tarifée par les assureurs reflète leur efficacité interne (coûts de gestion) et leur capacité à faire de la contractualisation sélective (notamment sur le segment B hospitalier et les forfaits malades chroniques)
- Contractualisation sélective assureurs/offre de soins : la majorité des tarifs reste négociée centralement (par exemple MG), mais une part croissante des tarifs hospitaliers est négociable bilatéralement (« segment B ») et forfaits pathologie chroniques aussi
- Les patients paient la prime (1453 euros) et la franchise (385 euros en 2020)

Comment fonctionne la caisse de péréquation ?

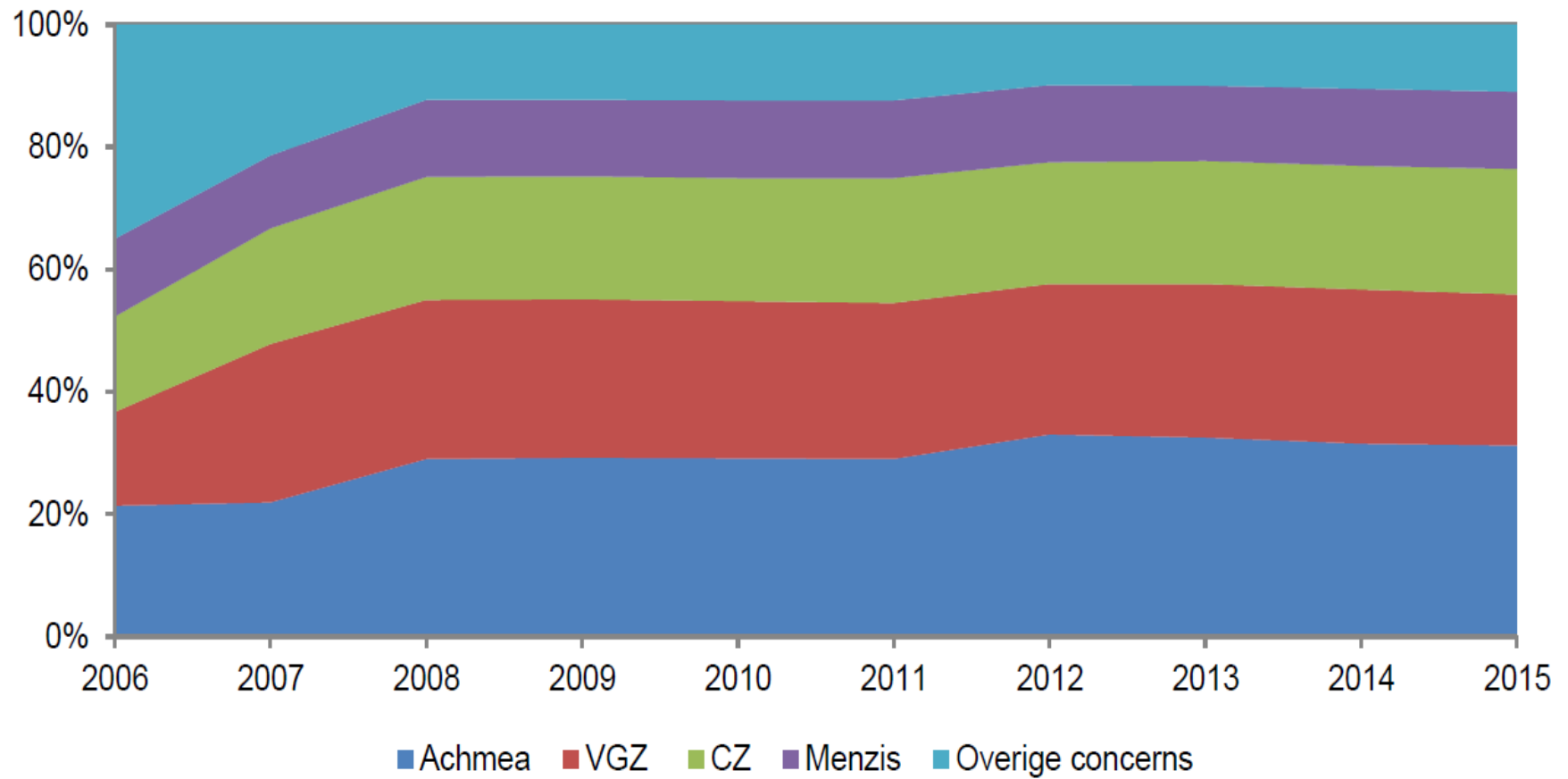
- Une fois le *mercato* des assurés fait (novembre-janvier), la caisse de péréquation verse les allocations d'assurance maladie aux divers assureurs au premier trimestre (*ex ante*)
- Subventions reflètent le profil de risque de chacun des assurés de chaque assurance
- Variables prises en compte :
 - Âge
 - Sexe
 - Localisation géographique
 - Statut socio-économique (bénéficiaire d'aides sociales)
 - Statut d'emploi (salarié, profession libérale, inactif, chômeur)
 - Groupes de consommation pharmaceutique (33 classes)
 - Groupes de diagnostics (ville et hôpital) 15 classes
 - Groupes de "hauts coûts", 7 classes selon le niveau de dépenses de soins curatifs des 3 dernières années
 - Groupes d'utilisation des équipements médicaux durables (10 classes)
 - Dépenses de kinésithérapie (oui/non)
 - Dépenses de réadaptation gériatrique (oui/non)
 - Dépenses de soins à domicile (7 classes)
- Ajustements *ex-post* (*catastrophic risk*)

Concurrence entre assureurs

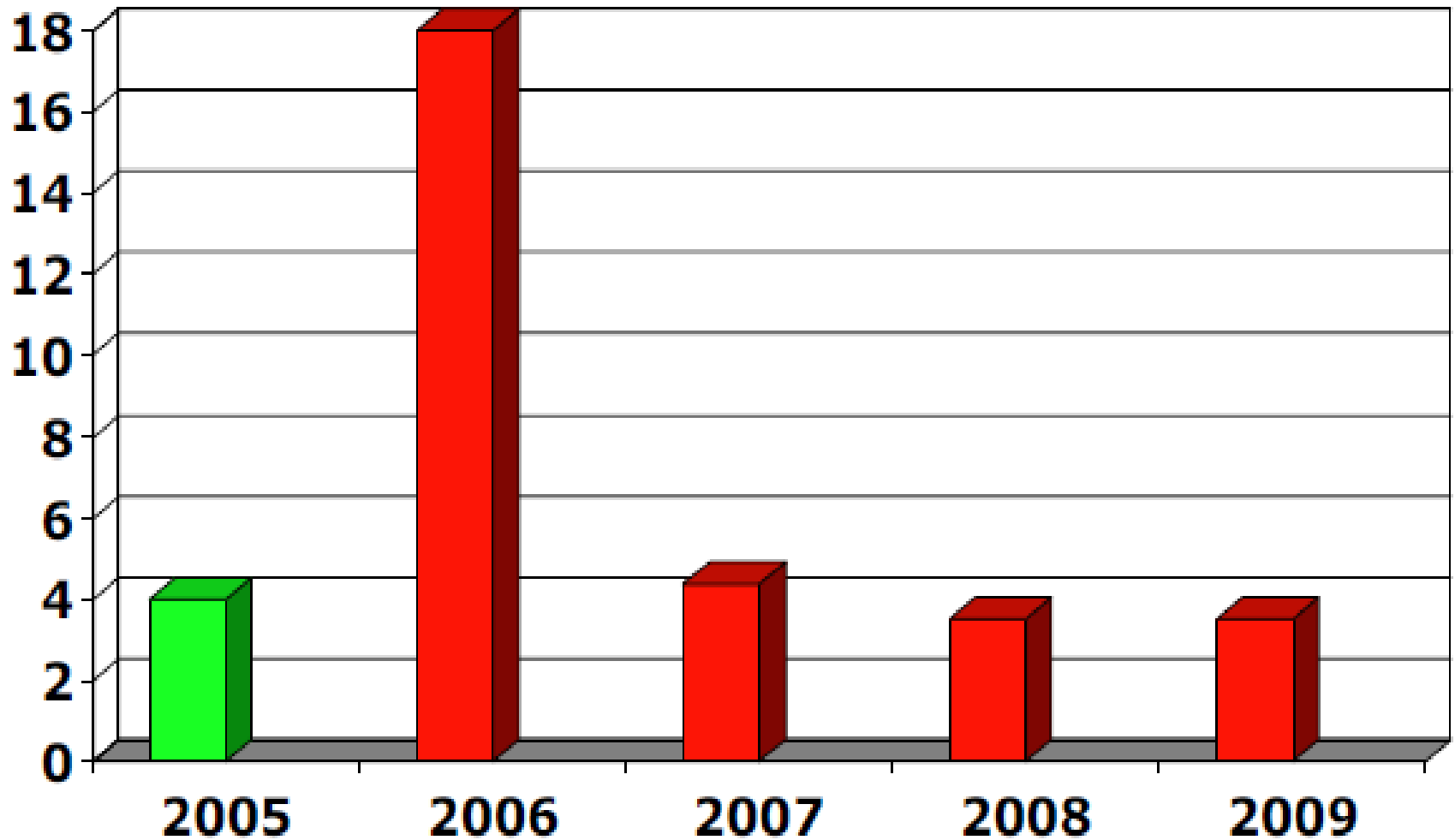
- ✓ 2006 : bataille commerciale acharnée
 - Primes sous évaluées, *dumping* : gagner des parts de marché à perte
- ✓ Le secteur des assurances se recompose : fusions, acquisitions, restructurations
 - 57 assurances en 2005, aujourd'hui 4 grosses qui ont 90% du marché
- ✓ Les assureurs agissent sur leurs coûts de gestion interne
 - Fin des années 1990 : coûts de gestion étaient 12,7% des primes dans le système privé contre 4,4 % des dépenses publiques en santé

Concurrence entre assureurs

Figure 4: market shares of the four major health insurance groups (2006 – 2015)

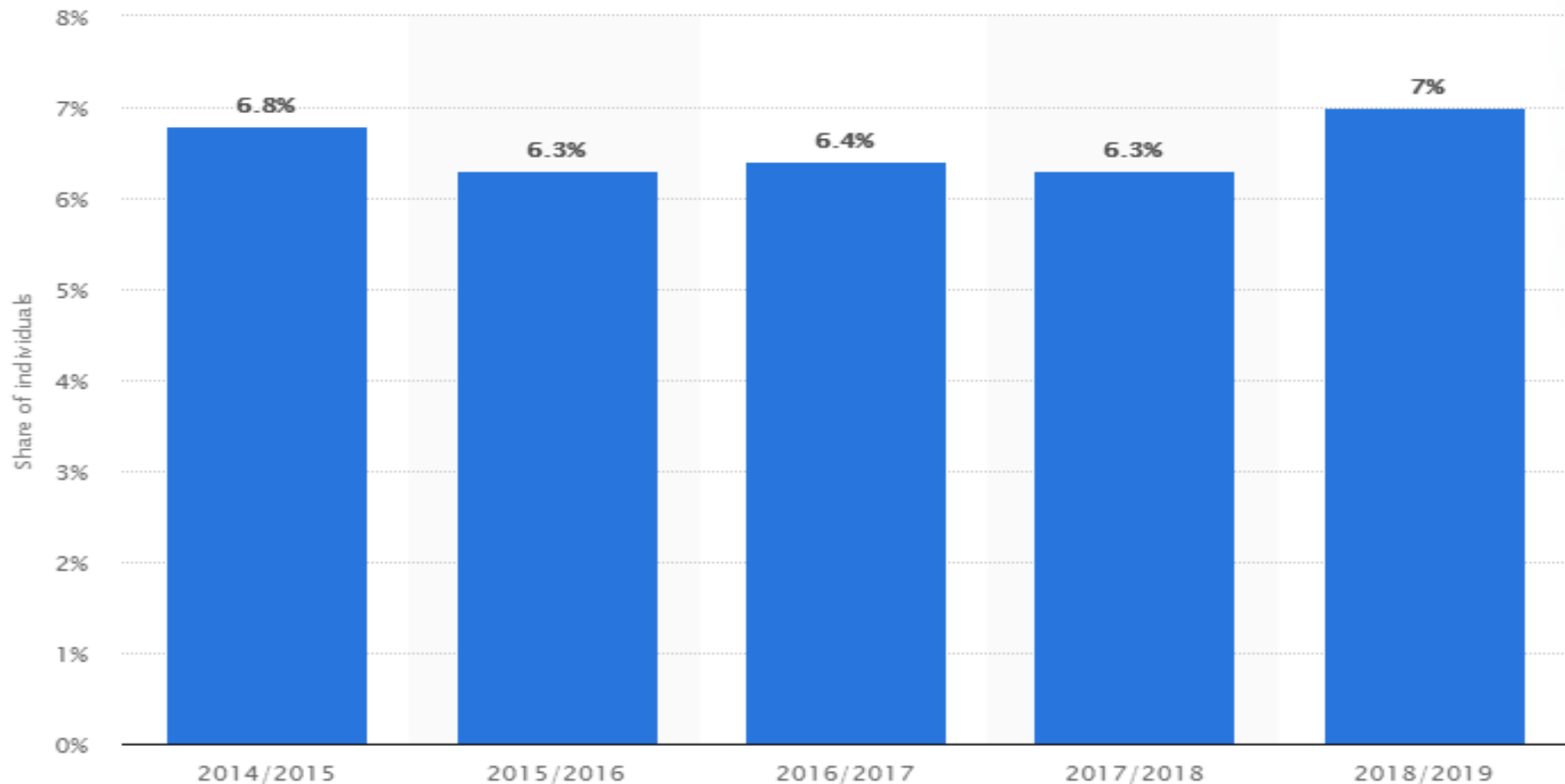


Taux d'attrition (% personnes changeant d'assureur santé)

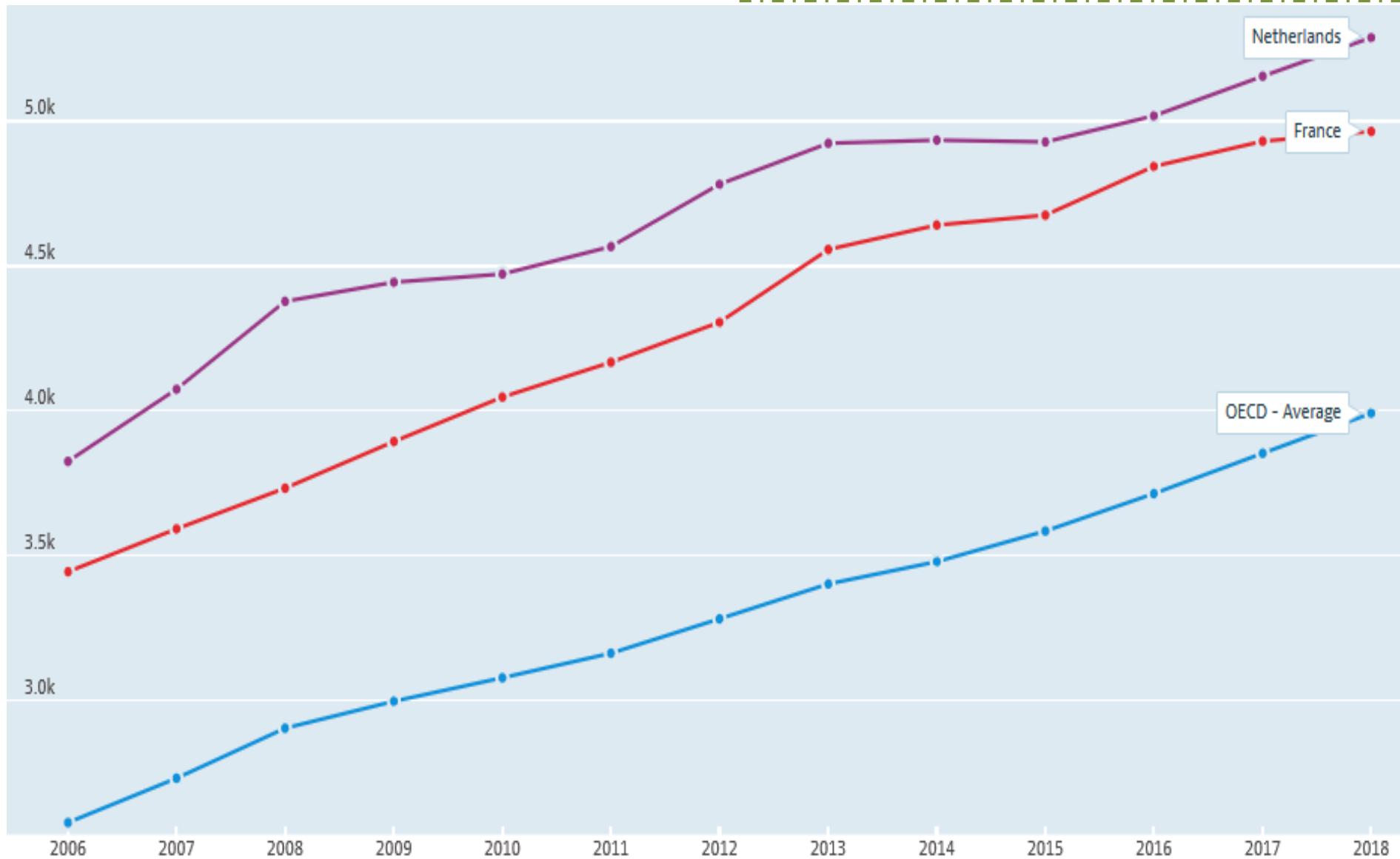


Taux d'attrition (% personnes changeant d'assureur santé)

Share of individuals who switched health insurance companies in the Netherlands from 2015 to 2018



Dépenses de santé (\$/capita)

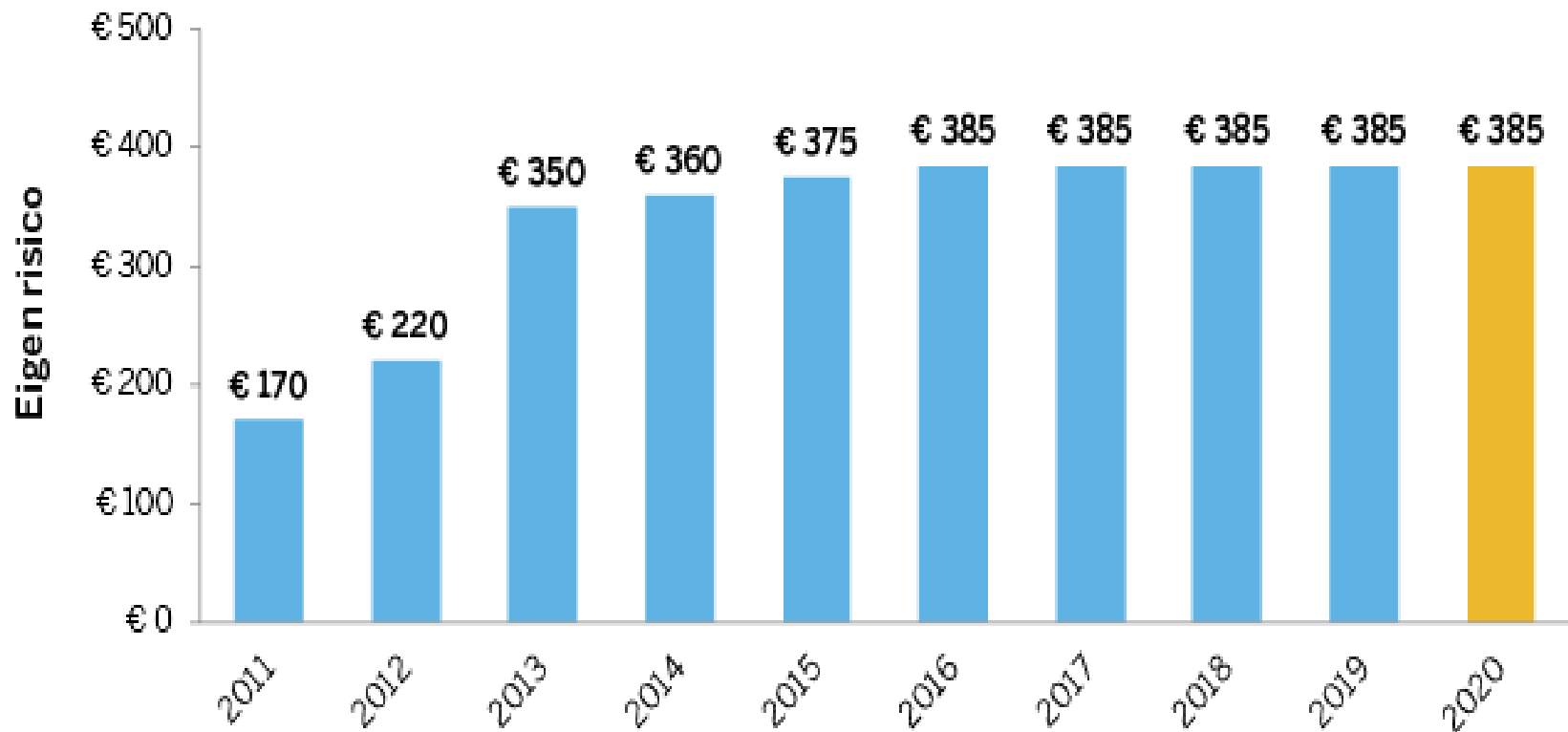


Prime moyenne



Franchise

- Introduite en 2008, remplace un système de restitution en cas de *no claim*
- Ne concerne pas les consultations de médecins généralistes, ni les femmes enceintes, ni enfants, ni les malades chroniques
- Au moment de souscrire, les assurés peuvent choisir un niveau de franchise encore plus élevé contre une prime plus basse (jusqu'à 900 euros de franchise choisie)



Développement du marketing affinitaire

- ✓ On a observé sur le marché l'émergence de polices ciblant des catégories particulières (jeunes avec souscription sur Internet, végétariens, non fumeurs...)
- ✓ Moyen de s'attirer les bas risques ?

VEGAPOLIS

ROOKVRIJPOLIS

De Rookvrijpolis ✓



Health insurers fund trips to Lourdes

Uncategorized



June 6, 2007

Two health insurance companies – CZ and VGZ – have vowed to continue to help patients pay for pilgrimages to Lourdes, the Nederlands Dagblad reports on Wednesday.

Constitution de réseaux

- Après quelques années d'inertie, des accords assureurs/hôpitaux ont vu le jour
- Les différences de niveaux de prime reflètent le degré de liberté des patients

We have 3 basic insurances

Basis Budget

Receive 100% reimbursement at
a limited number of selected
hospitals and at any
care provider with a contract

Receive 75% reimbursement of the
average contracted rate
at care providers without a contract



€ 114,95
p/m

Basis Zeker

Receive 100% reimbursement
at all contracted hospitals and
all care providers with a contract

Receive 75% reimbursement of the
average contracted rate
at care providers without a contract



€ 126,95
p/m

Basis Exclusief

Receive 100% reimbursement at
any hospital
and all care providers

Receive 100% reimbursement of the
prevailing market rate or statutory rate
at care providers without at contract



€ 133,75
p/m

Les contrats collectifs n'ont plus le vent en poupe

- Depuis 2006, les assureurs santé peuvent proposer des contrats collectifs, en offrant une ristourne de 10% sur le contrat d'assurance maladie obligatoire, et toutes sortes d'options sur les assurances complémentaires
 - Un « collectif » peut être l'employeur mais pas seulement : toutes sortes d'associations (sport, politique, associations de patients, retraités...)
 - 2/3 des Néerlandais ont leur assurance santé via un tel contrat collectif
 - Récemment, ces contrats ont mauvaise presse: un site de comparaison et un sondage organisé par un programme populaire de TV ont révélé que les ristournes étaient artificielles
- Décision prise par le Gouvernement de baisser les ristournes de 10% à 5% en 2020

Un marché de l'assurance santé supplémentaire fragile

- Aux Pays-Bas, la majorité des personnes ont acheté une assurance santé supplémentaire, souvent vendue par les assureurs en même temps que l'AMO
 - Les assurances santé supplémentaires couvrent la dentisterie pour les adultes (pas dans l'AMO du tout), la kinésithérapie en l'absence de maladie chronique, l'orthodontie, les podologues, les médecines alternatives
 - Un rapport récent publié par le Banque Centrale Néerlandaise a pointé la fragilité financière de ce marché (profit de 0,6% sur ces contrats)
- Phénomènes de « sélection adverse » (les assurés achètent les produits d'assurances qu'ils prévoient de dépenser), tarifs trop bas (dumping)
- Le taux d'équipement est passé de 93% en 2006 à 84% aujourd'hui
- Le rapport préconise d'établir des contrats plus longs (pluriannuels) et des programmes de gestion du risque (disease management).

Enseignements

« Une logique de compétition qui fonctionne ne peut être produite du jour au lendemain. Il faut des investissements dans le développement de mécanismes d'ajustement des risques, un management de la qualité, un système complet d'information aux consommateurs et bien sûr une régulation volontariste de la concurrence. »

Van de Ven W *et al.* (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs* **23**, n°3, pp. 45-55.