

**LE SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE
MALADIE AUX PAYS-BAS**

**Actions concernant la qualité des soins et la
régulation des dépenses en ambulatoire**

Rapport présenté par :

Mme Carine CHEVRIER-FATOME

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2002 070

Mai 2002

SOMMAIRE

| | |
|---|---------------|
| CHAPITRE I - DONNEES GENERALES SUR LE SYSTEME DE SANTE NEERLANDAIS ET ORGANISATION DE LA COUVERTURE MALADIE | 6 |
| 1.1 L'EVOLUTION GENERALE DES DEPENSES DE SANTE | 6 |
| 1.1.1 <i>Analyse comparative</i> | 6 |
| 1.1.2 <i>La structure des dépenses de santé</i> | 7 |
| 1.2 LA COUVERTURE DU RISQUE SANTE..... | 7 |
| 1.2.1 <i>L'architecture d'ensemble</i> | 7 |
| 1.2.1.1 Un système assurantiel à trois étages..... | 7 |
| 1.2.1.2 Pour les soins chers, non assurables et de longue durée, la couverture est assurée par la loi A.W.B.Z. | 8 |
| 1.2.1.3 Pour les soins ordinaires, la couverture est assurée par un système dual public (Z.F.W.) /privé | 9 |
| 1.2.2 <i>La composition des trois étages de soins fait l'objet d'un débat permanent</i> | 11 |
| 1.2.2.1 La définition des trois étages de soins | 11 |
| 1.2.2.2 La perspective de la mise en place d'une couverture assurantielle obligatoire unique est évoquée..... | 12 |
| 1.2.3 <i>Les acteurs : un paysage assurantiel en pleine mutation</i> | 13 |
| 1.2.3.1 Une réelle mise en concurrence des caisses publiques..... | 14 |
| 1.2.3.2 L'absence de mise en concurrence entre l'assurance publique et privée | 14 |
| 1.2.3.3 Des relations renouvelées entre assureurs et prestataires de soins | 14 |
| CHAPITRE II - L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE | 16 |
| 2.1 L'OFFRE DE SOINS | 16 |
| 2.1.1 <i>La démographie médicale</i> | 16 |
| 2.1.2 <i>Les établissements de soins</i> | 17 |
| 2.2 LE MEDECIN GENERALISTE, AU CŒUR DU SYSTEME DE SANTE NEERLANDAIS | 18 |
| 2.2.1 <i>L'exercice de la médecine générale</i> | 18 |
| 2.2.1.1 Les conditions d'exercice de la médecine générale | 18 |
| 2.2.1.2 Le gate-keeping | 19 |
| 2.2.2 <i>La rémunération des médecins</i> | 20 |
| 2.2.3 <i>L'organisation de la profession</i> | 20 |
| 2.2.3.1 Un positionnement universitaire fort des médecins généralistes..... | 20 |
| 2.2.3.2 Un exercice collectif de la profession | 21 |
| 2.2.3.3 Les relations avec les autres professionnels de santé | 22 |
| CHAPITRE III – LA REGULATION DES DEPENSES ET LA QUALITE DES SOINS DANS LA MEDECINE AMBULATOIRE | 24 |
| 3.1 LES OUTILS DE LA MAITRISE DES DEPENSES EN AMBULATOIRE | 24 |
| 3.1.1 <i>La décentralisation des négociations entre des acteurs mis en concurrence</i> | 24 |
| 3.1.1.1 Le contenu de la convention | 25 |
| 3.1.1.2 La portée du contrat | 26 |
| 3.1.1.3 Le contrôle exercé par les assureurs sur les médecins généralistes..... | 27 |
| 3.1.2 <i>Le cadrage financier central reste fort</i> | 27 |
| 3.1.2.1 Une enveloppe budgétaire globale déterminée au niveau central | 27 |
| 3.1.2.2 L'encadrement du panier et des tarifs de soins médicaux | 28 |
| 3.1.2.3 La politique du médicament | 28 |
| 3.2 LES OUTILS DE LA QUALITE DES SOINS..... | 29 |
| 3.2.1 <i>Des normes légales encadrent la pratique médicale des professionnels dans l'exercice de leur art</i> | 29 |
| 3.2.1.1 Un cadre libéral | 29 |
| 3.2.1.2 Une procédure disciplinaire unique | 30 |
| 3.2.1.3 Le rôle de l'inspection générale de la santé | 31 |
| 3.2.2 <i>L'exercice médical est subordonné à la re-certification des médecins</i> | 31 |
| 3.2.3 <i>Le développement des bonnes pratiques et de l'évaluation professionnelle est organisé par les médecins eux-mêmes</i> | 32 |
| 3.2.3.1 Une appropriation progressive par les médecins de l'impératif de qualité des soins | 32 |
| 3.2.3.2 Les guides de bonnes pratiques..... | 32 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.2.3.3 | L'évaluation professionnelle..... | 34 |
| 3.2.4 | <i>L'impératif de qualité est plus ancien dans le domaine hospitalier.....</i> | 35 |
| 3.2.5 | <i>Le rôle des patients dans la qualité des soins</i> | 35 |

| | |
|------------------------|-----------|
| CONCLUSION..... | 37 |
|------------------------|-----------|

Résumé

Annexes

INTRODUCTION

1. Le contexte

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son programme de travail pour 2001. Le thème retenu porte sur les dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Les actes et prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire font en effet l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples, afin notamment d'assurer leur pertinence médicale et leur qualité et de contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. En France, ces missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAM et des différents régimes d'assurance maladie, mais également par d'autres institutions, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références médicales et des bonnes pratiques.

Dans ce contexte, l'objet de la mission de l'Inspection générale est d'étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, cette double fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et de maîtrise de leur coût. Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, la mission a d'abord identifié les différents acteurs impliqués dans chacun des pays retenus (les "payeurs" quels qu'ils soient, les "contrôleurs", les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation...). Elle a ensuite analysé les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle et d'encadrement existant dans chaque pays, leurs moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information...) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne. Tirant les enseignements des expériences conduites dans ces quatre pays, la mission a ensuite tenté de formuler des propositions visant à enrichir la pratique française.

Le présent rapport constitue la synthèse des observations effectuées par la mission aux Pays-Bas. A cet égard, les Pays-Bas offrent un cadre intéressant d'analyse comparée pour trois raisons au moins.

L'organisation du système de santé y présente des similitudes institutionnelles notables avec la France : existence d'une médecine libérale d'une part, couverture assurantielle financée sur une base professionnelle et gérée par des caisses pour 65 de la population d'autre part.

Par ailleurs, le système néerlandais de santé a fait l'objet de réformes dans les années 1990 dont les principaux leviers sont l'introduction d'une concurrence régulée entre caisses publiques notamment, le transfert partiel des risques vers les assureurs et le début d'une mise en concurrence entre fournisseurs de soins.

Enfin, les Pays-Bas figurent parmi les rares pays de l'OCDE à avoir réussi à stabiliser la part des dépenses de santé dans son PIB au cours de la dernière décennie tout en conservant des taux de remboursement corrects. Les dépenses de santé représentent 8,9 du PIB, soit une augmentation de 0,1 point depuis 1990.

2. Méthodologie

Concernant les Pays-Bas, la mission a cherché :

- d'une part à décrire le système de santé et l'organisation de l'assurance maladie,
- d'autre part à analyser les mécanismes de régulation de la dépense et d'encadrement de la qualité des soins mis en œuvre en ambulatoire.

Elle s'est appuyée sur :

- des sources documentaires : articles, rapports, synthèse consacrées à l'organisation du système de santé dans le pays (cf. annexe 5) ;
- des entretiens téléphoniques ou sur place afin d'évaluer la mise en place des outils dans la pratique (cf. annexe 4) ;

- la consultation de différents sites INTERNET.

Néanmoins, faute de savoir traduire le néerlandais, la mission a été limitée dans son étude aux seuls documents rédigés en langue anglaise ou française, ce qui a dans certains cas réduit le champ de l'information fournie ou la précision d'analyse de certains outils.

Différentes approches ont été considérées a priori dans l'analyse des outils :

- selon que l'amélioration recherchée vise l'organisation du système, la pratique professionnelle, la mise en œuvre d'une procédure ou les résultats obtenus,
- que le public visé par la mesure d'encadrement (suivi, contrôle, sanction...) soit le professionnel à titre individuel ou une catégorie restreinte (certains spécialistes) ou les professionnels (médecins de ville) à titre collectif (ou l'assuré),
- que soit concerné un acte médical donné : honoraires, visites, consultations, actes ou prescriptions (en général ou certains en particulier, s'adressant notamment à une pathologie particulière,
- selon le moment de l'intervention : a priori ou a posteriori,
- qu'il s'agisse d'un contrôle permanent, périodique ou ponctuel,
- selon l'opérateur : autocontrôle, contrôle par la profession ou contrôle par des instances extérieures à la profession (payeur, acheteur, gestionnaire, consommateur),
- selon la nature de l'intervention : volontaire ou contractuelle ou réglementaire (juridique, déontologie),
- selon la nature des sanctions :
 - négatives (contraintes, pénalités) ou positives (incitation, intéressement) ;
 - financière (contractuelle ou juridique) ;
 - ou fondée sur la persuasion et la recherche de l'adhésion à un ensemble de valeurs.

L'analyse systématique des outils identifiés a cherché à préciser :

- l'organisation et l'organisme contrôleur,
- les moyens dont il dispose : humains, techniques, système d'information, moyens juridiques ou contractuels, sanctions possibles, les modalités pratiques du contrôle, une éventuelle réforme récente du contrôle ;
- les résultats obtenus, appréciation sur les résultats, les facteurs de succès et d'échec et les résultats en termes de sanctions,
- les interactions entre l'outil et les autres caractéristiques du système,
- les perspectives pressenties en matière de contrôle et de régulation.

L'hôpital et le médicament n'ont pas fait l'objet d'une analyse systématique, néanmoins la mission a essayé d'en synthétiser les principales caractéristiques pour ce qui concerne la qualité des soins et le contrôle de leurs coûts.

Sauf indication contraire, les chiffres indiqués sont ceux de l'année 2001.

Ce rapport s'articulera donc en trois temps :

1. Données générales sur le système de santé néerlandais et organisation de la couverture maladie.
2. L'organisation de l'offre médicale ambulatoire.
3. La régulation du coût et la qualité des soins en ambulatoire aux Pays-Bas.

CHAPITRE I - DONNEES GENERALES SUR LE SYSTEME DE SANTE NEERLANDAIS ET ORGANISATION DE LA COUVERTURE MALADIE

1.1 L'évolution générale des dépenses de santé

1.1.1 Analyse comparative

Aux Pays-Bas, les dépenses de santé représentent en 2001 36,92 milliards € (81,935 milliards de florins), soit 8,9 % du PIB. Rapportées au nombre d'habitants, les dépenses de santé s'élèvent à 2270 € par an.

Au-delà de ces chiffres bruts, l'étude de l'évolution des dépenses sur les dernières décennies reflète une relative maîtrise du coût de la santé, ce qui place les Pays-Bas dans une situation assez exceptionnelle parmi les pays de l'OCDE.

Tableau 1 : Taux de croissance des dépenses de santé déflatées par le prix du PIB

| | Allema gne | Etats-Unis | France | Pays-Bas | Royaume-Uni |
|-----------|---------------|------------|--------|----------|-------------|
| 1970-1980 | 6,5 | 5,4 | 6,7 | 4,4 | 4,2 |
| 1980-1990 | 2,0 | 6,7 | 4,2 | 2,4 | 3,0 |
| 1990-1999 | 5,4 | 4,2 | 3,0 | 3,1 | 4,1 |

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

Tableau 2 : Part des dépenses de santé dans le PIB

| | Allema gne | Etats-Unis | France | Pays-Bas | Royaume-Uni |
|------|---------------|------------|--------|----------|-------------|
| 1970 | 6,3 | 7,1 | 5,8 | 7,5 | 4,5 |
| 1980 | 8,8 | 8,9 | 7,4 | 8,3 | 5,7 |
| 1990 | 8,7 | 12,4 | 8,8 | 8,8 | 6,0 |
| 1999 | 10,5 | 13,7 | 9,5 | 8,6 | 7,0 |

Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES

La maîtrise des dépenses a été obtenue au prix d'une politique très stricte d'encadrement des coûts de la santé : introduction d'un budget global hospitalier, enveloppes délimitées en matière de soins de ville, prix de référence pour les médicaments. Cette politique des coûts (*cost containment*) s'est accompagnée d'un début de mise en concurrence des offreurs de soins ainsi que des caisses d'assurance (plus une concentration du secteur) directement inspirée du plan DEKKER même si cette mise en concurrence n'est qu'à mi chemin de ses ambitions initiales (Cf. annexe 1 sur les réformes engagées aux Pays-Bas dans les années 80 et 90).

Toutefois, la politique des coûts traverse aujourd'hui une crise du fait des effets pervers provoqués par ces réformes dont les plus notables sont l'apparition de listes d'attente dans les hôpitaux mais également chez les médecins généralistes et une certaine démotivation des médecins notamment hospitaliers.

La tendance à la stabilité des coûts est en outre remise en cause, le coût global de la santé étant en augmentation de 7,7 % en 2000 et 6,1% en 2001.

1.1.2 La structure des dépenses de santé

Tableau 3 : Evolution de la répartition des dépenses de santé (en milliards d'€)

| | 1999 | 2000 | 2001* |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| Stimulation / protection de la santé | 0,75 | 0,84 | 0,84 |
| Soins hospitaliers | 13,17 | 13,92 | 14,08 |
| Médicaments | 3,85 | 4,17 | 4,26 |
| Soins mentaux | 2,68 | 2,89 | 2,99 |
| Soins pour handicapés | 2,99 | 3,17 | 3,31 |
| Soins généraux de ville | 7,41 | 8,08 | 8,17 |
| Gestion des assurances maladie | 1,63 | 1,39 | 1,41 |
| TOTAL | 32,31 | 34,80 | 36,92 |

Source : Ministère de la Santé aux Pays-Bas, Zorgnota 2001

* Prévisions

La structure des dépenses de santé laisse apparaître une disproportion importante entre les soins dits intra muraux –ie délivrés par les hôpitaux, les établissements spécialisés ou les maisons de soins (structures hospitalières de jour)...- et qui représentent près des 2/3 des dépenses et les soins dits extra muraux délivrés par les médecins généralistes et les paramédicaux (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) qui couvrent 1/3 des dépenses.

Cette répartition des coûts est un élément contextuel important dans la mesure où elle explique la priorité accordée par les pouvoirs publics néerlandais à la régulation de la dépense hospitalière plutôt qu'à la régulation des soins pratiqués en ambulatoire.

1.2 La couverture du risque santé

1.2.1 L'architecture d'ensemble

1.2.1.1 Un système assurantiel à trois étages

Le système d'assurance maladie aux Pays-Bas est traditionnellement comparé à une fusée à trois étages, chaque étage couvrant une catégories de soins.

En premier lieu, toute la population est couverte par la loi A.W.B.Z. qui assure la couverture des soins les plus onéreux et de longue durée. C'est une assurance de plein droit –ie toute personne répondant aux critères spécifiés par la loi est assurée- et ouverte aux résidents des PB et aux non résidents assujettis à l'impôt néerlandais.

Le second étage est constitué des soins courants. Ces derniers sont couverts par les caisses publiques pour 65 % de la population ou des assurances privées pour 35 % d'entre eux. Ce second niveau présente, pour l'observateur français, l'originalité d'autoriser la couverture assurantielle au premier franc par l'assurance privée.

En troisième lieu, l'assurance volontaire couvre l'ensemble des soins pour lesquels l'Etat considère que la prise en charge relève de l'initiative individuelle. Ce segment de soins est couvert tant par les caisses publiques d'assurance que par les assureurs privés. 90 % des assurés ont opté pour une couverture complémentaire.

Le corollaire de cette organisation est donc le financement mixte public/privé du système de santé néerlandais. A l'exception des Etats-Unis, la quote part des assurances maladie privées est la plus élevée des pays de l'OCDE. En outre, les Pays-Bas sont l'un des rares pays où les assurances privées ne sont pas seulement complémentaires aux assureurs publics mais assureurs au premier franc pour certaines catégories de personnel. La ventilation des dépenses entre les trois différents étages est retracée dans le tableau ci-joint :

Tableau 4. Financement de la santé aux Pays-Bas en millions de florins (pourcentage du total) / millions d'euros

| | 1999 | 2000 | 2001* |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------------|
| A.W.B.Z. | 26 199,9 (36,5%) | 28 555,1 (37,0%) | 31 425,7 / 14 161 |
| Z.F.W. | 25 809,4 (36,0%) | 28 742,0 (37,1%) | 29 485,8 / 13 287 |
| Assurances privées | 10 377,6 (14,5%) | 10 822,1 (14,0%) | 11 877,1 / 5 352 |
| Subventions de l'Etat | 3 767,9 (5,3%) | 3 957,2 (5,1%) | 3 959,7 / 1 784 (4,8%) |
| Contributions des | 5 541,6 (7,7%) | 5 136,1 (6,7%) | 5 186,8 / 2 337 (6,3%) |
| TOTAL | 71 696,4 (100%) | 77 212,5 (100%) | 81 935,1 / 36 924 |

Source : Ministère de la Santé aux Pays-Bas, Zorgnota 2001

* Prévisions

NB1 : les contributions des assurés recouvrent les frais de séjour en institutions ou frais de soins à domicile restant à la charge des assurés, le sponsoring, la collecte de fonds...

NB 2 : A ces sommes peuvent être ajoutés environ 0,90 milliards d'€correspondant à l'assurance volontaire (3^{ème} étage).

1.2.1.2 Pour les soins chers, non assurables et de longue durée, la couverture est assurée par la loi A.W.B.Z.

La loi A.W.B.Z. organise la couverture des soins les plus onéreux et de longue durée pour l'ensemble de la population néerlandaise. L'immatriculation auprès de l'un des "organes exécutifs de la loi" est la condition de l'affiliation à l'A.W.B.Z.. Ces organes exécutifs sont les organismes d'affiliation pour les soins ordinaires : assureurs privés qui doivent être agréés depuis 1999, caisses d'assurance maladie ou caisses de fonctionnaires. A ce titre, un mécanisme prévoit que l'affiliation à une caisse pour les risques ordinaires entraîne automatiquement immatriculation à l'A.W.B.Z. Cette organisation résulte d'une concession du gouvernement, qui en contrepartie de l'extension du champ de l'A.W.B.Z. (réforme DEKKER-SIMONS) a abandonné la gestion de cette dernière pour la confier aux assureurs publics et privés.

Contrairement à l'assurance des soins ordinaires, l'assurance A.W.B.Z. n'induit aucun transfert du risque sur les assureurs, le risque étant entièrement compensé par l'Etat (cf. infra).

L'assuré, s'il veut faire valoir ses droits au titre de l'A.W.B.Z., doit s'adresser à un établissement avec lequel son assureur a conclu une convention, la réforme Dekker et Simons ayant ouvert la possibilité d'un conventionnement sélectif des professionnels libéraux de santé. En revanche, les assureurs sont toujours tenus de conclure des conventions avec les établissements de soins agréés qui accordent des soins auxquels les assurés ont droit au titre de l'A.W.B.Z. Ce conventionnement donne lieu à des négociations annuelles entre les assureurs et les prestataires de soins. Depuis 1995, les négociations ont été largement déléguées par les assureurs aux 30 bureaux régionaux de soins de santé, créés dans chaque région pour représenter les assureurs dans la négociation. Les résultats de ces négociations sont approuvés par le collège des assureurs de soins de santé (CVZ). Les tarifs sont soumis à l'approbation du collège des tarifs de santé (CTG). En outre, pour fournir des prestations A.W.B.Z., les établissements de soins nécessitent l'approbation du collège des assureurs de soins de santé (CVZ).

Les prestataires conventionnés s'engagent alors, pour le compte de l'assureur, à fournir aux assurés les prestations nécessaires à des conditions et des tarifs donnés.

Le financement de l'A.W.B.Z. repose sur des cotisations proportionnelles au revenu et prélevées à la source pour les salariés. Pour les non salariés, il s'agit d'un prélèvement sur l'impôt sur le revenu. Le taux maximum de cotisations est fixé chaque année par le gouvernement.

L'A.W.B.Z. ouvre le droit à des prestations en nature. La loi prévoit que les assurés contribuent dans certains cas aux frais par le biais d'un ticket modérateur dont le montant peut être fonction de son revenu. Des tickets modérateurs existent pour les traitements psychiatriques, le séjour dans des établissements médico-sociaux et les soins à domicile.

1.2.1.3 Pour les soins ordinaires, la couverture est assurée par un système dual public (Z.F.W.) /privé

Les soins ordinaires relèvent en effet des caisses publiques d'assurance maladie, des assurances privées ou des régimes d'assurance obligatoire pour les fonctionnaires. La ventilation entre ces trois groupes est la suivante :

Tableau 5 : Soins ordinaires : nombre d'assurés en millions

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2000/1999 |
|----------------|--------|--------|--------|-----------|
| Population | 15,654 | 15,803 | 15,919 | + 0,7 % |
| Z.F.W. | 9,977 | 9,944 | 10,311 | + 3,7 % |
| Assurés privés | 4,728 | 4,783 | 4,491 | - 6,1 % |
| Fonctionnaires | 0,789 | 0,786 | 0,782 | - 0,5 % |
| Solde* | 0,160 | 0,290 | 0,335 | |

* Ce solde comprend les militaires, les prisonniers et les non-assurés

L'affiliation à l'une ou l'autre de ces entités dépend en effet du double critère statut/ revenu des personnes concernées.

Le régime **Z.F.W.** (*Ziekensfondswet*), géré par les caisses publiques, concerne les salariés dont les revenus sont inférieurs à un plafond d'affiliation (fixé à 29 800 € en janvier 2002), les personnes de plus de 65 ans dont le revenu est inférieur à 19 000 €, les bénéficiaires d'allocations sociales et les entrepreneurs indépendants avec un revenu maximal de 19 000 €. En outre, selon le principe de continuité, les personnes de plus de 65 ans déjà affiliées au Z.F.W. au titre de leur activité salariée restent affiliées. Ce système couvre environ 65 % de la population.

Le bénéfice du régime Z.F.W. pour les personnes concernées, passe par l'immatriculation auprès d'une caisse publique d'assurance maladie, caisse de son choix depuis la réforme DEKKER-SIMONS. L'ensemble des 30 caisses publiques (chiffre de 2000) a aujourd'hui un ressort national. En outre, toutes les caisses publiques offrent également des couvertures complémentaires. L'organisation de la couverture Z.F.W. par les caisses publiques est de loin le domaine où les réformes récentes ont le plus abouti, conduisant à une véritable mise en concurrence entre assureurs publics.

Les prestations au titre de la loi Z.F.W. sont financées par :

- des contributions annuelles de l'Etat ;
- les contributions en vertu de la loi sur la sur-représentation des personnes âgées dans les caisses. Cette loi part du constat qu'il y a une sur-représentation des plus de 65 ans dans les caisses publiques par rapport aux assurances privées. Pour compenser cette situation, les assurances privées sont donc appelées à contribuer pour la part publique ;
- les cotisations proportionnelles aux revenus des assurés. Néanmoins, depuis 1989, une cotisation nominale est versée par l'assuré en sus de ses cotisations proportionnelles. Le montant de la cotisation nominale est librement fixé par les caisses, qui peuvent ainsi faire jouer la concurrence entre elles.

Le régime **spécial des fonctionnaires** (dit régime soumis au règlement de droit public) couvre l'ensemble des personnel soumis à des réglementations spéciales, soit 5 % de la population. Ce régime est géré par trois caisses spécifiques : l'IZA (institut des assurances maladie pour les fonctionnaires communaux) ; l'IZR (fonctionnaires des services provinciaux) et la DGPV (caisse d'assurance de la police). Le remboursement des prestations correspond à celui des prestations du régime Z.F.W. mais est plus généreux dans certains cas.

Enfin, les **assurances privées** couvrent la population non prise en charge par les deux régimes précédents, soit environ 30 % de la population¹. L'affiliation aux assurances privées est peu encadrée. Néanmoins depuis 1986 et la loi sur l'accès aux assurances privées de santé (WTZ), les assureurs privés ont l'obligation d'offrir une couverture standard à leurs assurés à un coût fixé par la loi –actuellement prime maximale de 250 florins par mois-. Cette prime couvre en moyenne 50 % des dépenses, la perte étant compensée afin que les assureurs ne supportent pas de risques financiers sur la population assurée par ce régime. La compensation prend la forme d'une surtaxe obligatoire sur les primes payées par les autres assurés privés (400 florins par an en 1998).

L'assurance des personnes de plus de 65 ans

Le gouvernement a supprimé en 1986 le régime d'assurance des personnes âgées, ce qui a eu pour conséquence l'obligation pour ces personnes dans certains cas à s'assurer auprès de compagnies privées. Du fait de cette nouveauté, les assurances ont l'obligation d'offrir une assurance standard à ces assurés définie par la loi sur l'accès aux assurances soins de santé (WTZ).

Restent néanmoins affiliés auprès des caisses d'assurance publique les personnes de plus de 65 ans dont les revenus sont inférieurs à un plafond) ou déjà affiliées au Z.F.W. au titre de leur activité salariée (principe de continuité).

Cette situation a conduit à une sur-représentation des plus de 65 ans dans les caisses publiques et a conduit à la mise en place de mécanismes de compensation publique/privée à travers la loi MOOZ en 1998 (cf infra).

Comme pour l'A.W.B.Z., l'assuré, s'il veut faire valoir ses droits, doit s'adresser à un établissement avec lequel son assureur (public ou privé) a conclu une **convention**. En outre, les établissements de soins nécessitent l'autorisation du collège des assureurs de soins de santé (CVZ) pour le service des prestations ordinaires de la Z.F.W.

Si peu de différences de prise en charge apparaissent entre assurés publics et privés (les prestations offertes et les fournisseurs de soins sont identiques, à l'exception de certaines cliniques privées qui ne sont pas couvertes par la Z.F.W.), la philosophie même de la couverture assurantielle diffère sur trois points :

- le régime Z.F.W. est financé par une prime établie proportionnellement aux revenus des assurés alors que les assureurs privés appliquent une logique assurantielle dans laquelle la prime est corrélée aux risques ;
- la couverture publique par le Z.F.W. permet en outre l'accès aux soins sans avance de frais pour l'assuré, les frais étant remboursés par les caisses publiques directement aux offreurs de soins ; à l'inverse, les assureurs privés ne pratiquent pas l'avance de frais et procèdent rétroactivement aux remboursements ;

Cette situation tend à montrer que si le régime Z.F.W. organise un droit d'accès aux soins, le régime privé lui n'offre qu'un droit au remboursement des soins.

- Enfin, troisième différence de taille : les assureurs privés ont instauré un système de franchise à la charge des assurés alors que la prise en charge publique par le Z.F.W. se fait sans participation des assurés.

Au total, les cotisations moyennes pour l'assuré hollandais par mois sont récapitulées dans le tableau suivant :

¹ L'adhésion à une assurance privée n'étant cependant pas obligatoire pour les catégories de personnes concernées, on estime à 200 000 personnes le nombre de personnes non assurées (1,2 % de la population).

Tableau 6 : Cotisation moyenne par personne assurée par mois en €

| | 2000 | 2001 |
|--|---------|---------|
| A.W.B.Z. | | |
| - Cotisation | 10,25 % | 10,25 % |
| Z.F.W. | | |
| - Cotisation | 8,1 % | 7,95 % |
| - Prime nominale moyenne (en €) | 15,77 | 12,17 |
| Assurance privée (en €) | | |
| - Cotisation MOOZ (obligatoire pour les 20-64 ans) | 8,34 | 8,34 |
| - WTZ (20-64 ans) | 14,87 | 17,49 |
| - Polices standard SP (jusqu'à 64 ans) | 90,5 | 99,6 |
| - Polices de paquet standard SPP (jusqu'à 64 ans) | 113,11 | 124 |
| - Polices SP et SPP (plus de 65 ans) | 113,11 | 124 |
| - Polices étudiant (jusqu'à 19 ans) | 20,55 | 19,8 |
| - Polices étudiant (à partir de 20 ans) | 9 | 7,08 |

Source : Zorgverzekeraars Nederland (ZN) - 2001

1.2.2 La composition des trois étages de soins fait l'objet d'un débat permanent

1.2.2.1 La définition des trois étages de soins

Le système néerlandais est construit autour de la définition de trois groupes de soins : soins exceptionnels, soins ordinaires et soins "de luxe".

Les soins couverts par l'A.W.B.Z. sont limitativement énumérés par décret et visent principalement :

- L'admission et le séjour à l'hôpital lorsque le traitement est supérieur à un an (couverture frais de traitement, médicaments, examens...). L'hospitalisation est subordonnée à l'autorisation de l'assureur ;
- l'ensemble des traitements psychiatriques (dès le 1er jour en cas d'hospitalisation, traitements également en RIAGG –centres régionaux pour la psychiatrie ambulatoire-);
- Les soins aux handicapés ;
- Les soins à domicile en direction de certains publics ;
- Les consultations diététiques;
- La prise en charge de la femme enceinte et du jeune enfant (programme de vaccination).

Les soins ordinaires dont le remboursement est prévu par le Z.F.W. sont limitativement énumérés par les textes et concernent :

- les soins médicaux et chirurgicaux,
- les soins obstétricaux,
- les soins dentaires (les prestations couvertes se limitent aux soins préventifs pour les adultes –une visite par an -)
- les prescriptions pharmaceutiques (avec un système de prix de référence au delà duquel l'assuré doit payer la différence) ;
- les soins pharmaceutiques ;
- les soins médicaux spécialisés avec ou sans hospitalisations mais de moins d'un an ;
- les appareil et prothèses ;
- les frais de transport ;
- les soins post natal ;
- les traitements en centres d'audiologie ;
- les recherches sur l'hérédité ;
- l'hémodialyse non clinique,

- le traitement des troubles respiratoires chroniques ;
- la rééducation fonctionnelle,
- le traitement des thromboses.

Les prestations couvertes par l'assurance standard offerte par les assureurs privés (WTZ) sont identiques à celles prises en charge au sein du Z.F.W..

Enfin, l'ensemble des soins non énumérés par les textes relève des mécanismes de l'assurance volontaire. Cette assurance couvre ainsi les prestations supplémentaires telles que les services hôteliers de luxe au sein de l'hôpital, les soins dentaires pour adultes ou les thérapies de confort. Cette couverture supplémentaire peut être souscrite auprès tant des caisses publiques d'assurance que des compagnies privées.

Cette répartition des soins entre trois étages relève de la compétence du Ministre de la santé. La composition des paniers s'établit néanmoins en concertation avec les assureurs et notamment leurs instances coordinatrices. L'admission ou la radiation du panier obéissent aux 4 critères suivants :

1. Le critère de la nécessité des soins constitue le premier filtre. Ce dernier renvoie aux valeurs et normes sociales du pays.
2. Le critère de l'efficacité est le second filtre : la prestation médicale est mise en rapport avec le but poursuivi (guérison, suspension de la douleur, retard dans l'évolution d'une pathologie).
3. L'efficacité correspond au troisième critère : il s'agit de mettre en regard l'efficacité et/ou la nécessité des prestations médicales avec son coût.
4. Enfin, la classification hollandaise prend en compte le critère de la responsabilité individuelle des patients, certaines prestations néanmoins efficaces et efficientes étant renvoyées à l'initiative des patients (cas de la prévention dentaire).

Une telle grille d'analyse présente le mérite de rationaliser la composition du panier, l'objectif sous-jacent étant de limiter le droit aux prestations. Néanmoins, elle suppose l'existence de protocoles scientifiquement établis mesurant tant l'efficacité que l'efficacité d'une prestation médicale.

1.2.2.2 La perspective de la mise en place d'une couverture assurantielle obligatoire unique est évoquée

Dès 1988, la commission DEKKER avait proposé comme premier axe de réforme une assurance sociale universelle harmonisée en fusionnant la couverture A.W.B.Z. (soins exceptionnels) et Z.F.W. (soins ordinaires). L'objectif était ainsi d'offrir une couverture de base couvrant environ 85 % des soins, couverture qui pouvait le cas échéant être complétée par des mécanismes d'assurance complémentaire.

Cette proposition avait néanmoins été peu à peu reléguée au second plan, les gouvernements successifs ayant ouvertement pris position pour le maintien d'un système obligatoire à deux niveaux.

Pour autant, nombre de critiques ont continué à se faire entendre quant à l'existence de deux compartiments obligatoires. Quatre arguments étaient ainsi principalement avancés :

- la frontière entre les soins exceptionnels et complémentaires suscite des interrogations ;
- le système encourage de la part des assureurs des effets de substitution entre les soins exceptionnels sur lesquels ils ne sont pas responsables financièrement et les soins ordinaires, moins coûteux, sur lesquels ils sont responsables ;
- Des soins en partie corrélés peuvent dans certains cas relever de l'un et l'autre compartiment ;
- Le système à deux compartiments est en soi complexe (induit deux modes de régulation).

Partant de ce constat, le plan Ers Borst, du nom du Ministre de la Santé, intitulé " *Vraag en aan Bod* " (la demande et l'offre) a proposé, en juillet 2001, la constitution d'une assurance obligatoire unique réunissant les deux compartiments antérieurs (Z.F.W. et A.W.B.Z.). Cette assurance, qui pourrait couvrir 85 % des soins, prendrait en charge un paquet de soins de base qui correspondrait aux prestations médicales suivantes : médecins généralistes, spécialistes, hôpital et médicaments. La prise en charge s'effectuerait moyennant une franchise généralisée (actuellement, la prise en charge est totale pour les assurés publics).

1.2.3 Les acteurs : un paysage assurantiel en pleine mutation

Dans le rapport de la commission DEKKER remis en décembre 1987, figuraient, au centre du projet de refonte de l'assurance maladie, deux propositions majeures :

- la mise en concurrence entre assureurs pour l'offre d'un contrat d'assurance maladie standardisé. Cette concurrence visait les caisses publiques entre elles d'une part ; les caisses publiques et les assureurs privés d'autre part ;
- la confrontation entre les assureurs et les prestataires de soins ouverte par la transformation des assureurs en acheteurs de soins pour leurs assurés et la possibilité d'une contractualisation sélective des assureurs avec les professionnels de santé.

Après 14 ans de réformes, il en résulte une transformation conséquente du paysage assurantiel néerlandais même si l'ensemble des réformes n'a pu être mené à son terme.

1.2.3.1 Une réelle mise en concurrence des caisses publiques

Le véritable changement à mettre au crédit des réformes néerlandaises récentes concerne les caisses d'assurance maladie publique.

Diverses mesures ont ainsi incité à cette mise en concurrence (cf. annexe 1) :

- la fin du monopole régional des caisses publiques et l'extension du domaine d'intervention de chaque caisse au ressort national ;
- le transfert progressif du risque de l'Etat vers les assureurs publics. Alors qu'en 1992, les caisses publiques d'assurance maladie recevaient un remboursement intégral des dépenses médicales, versé par un fonds central, les remboursements ont été progressivement ajustés en fonction du risque des assurés (calculs réalisés en fonction de l'âge, du sexe, de la région, du nombre de personnes en incapacité de travail) dans le but de faire des caisses des porteurs de risques (*risk-bearing enterprises*). Ainsi, la différence entre les dépenses réelles de la caisse et les dépenses remboursées par le fonds central est aujourd'hui mise à la charge des assureurs à hauteur de 36 % ;
- enfin, la concurrence était accentuée par l'autorisation pour chaque assuré de contracter avec n'importe quelle caisse publique et la possibilité corrélatrice pour chaque caisse de fixer le montant d'une partie de ses cotisations.

Par ailleurs, la mise en concurrence devait être renforcée par la possibilité pour les caisses publiques de contracter sur des bases de remboursement inférieures ou supérieures à celles fixées par la loi. Cette option n'a cependant pas été utilisée.

Le paysage hollandais de l'assurance publique a donc été profondément affecté par ses mesures qui se sont traduites par une amélioration notable de l'efficacité des caisses publiques, par le recrutement de cadres plus jeunes et éprouvés aux techniques assurantielles, l'amélioration du service aux assurés et par la création d'unités de " managed care " au sein des structures.

En outre, la compétition sur les prix a porté ses fruits puisque on note en 2000 un écart de 30 % entre le montant de cotisations nominales le plus bas et le plus haut pratiqué par les assureurs publics.

1.2.3.2 L'absence de mise en concurrence entre l'assurance publique et privée

A l'inverse, la réforme n'est pas allée à son terme concernant la mise en concurrence entre assureurs. Aucune mise en concurrence n'est intervenue entre assureurs privés et caisses d'assurance publique sur le segment des soins ordinaires, la répartition entre les deux domaines de compétences étant fixée par des critères de revenu et de statut des personnes (cf. supra).

Il est d'ailleurs intéressant de constater que les velléités de transfert des risques vers les assureurs privés dans le cadre de la couverture WTZ n'ont pu aboutir dans la dernière décennie du fait du blocage des assureurs privés.

1.2.3.3 Des relations renouvelées entre assureurs et prestataires de soins

La réforme DEKKER transforme l'assureur d'organisme gestionnaire en acheteur de soins. Depuis 1991, les caisses d'assurance maladie publique courent en effet des risques financiers. Chaque caisse se voit allouer un budget donné dont elle a la maîtrise et qui vise à couvrir les prestations prises en charge. Cette responsabilisation budgétaire permet d'intéresser les caisses aux aspects financiers des soins et de les forcer à agir avec efficacité en organisant les prestations pour leurs assurés.

Les conventions passées avec les médecins et les établissements de soins doivent donc traduire cet objectif d'efficacité. La possibilité offerte d'un conventionnement sélectif avec les professionnels de santé a renforcé les moyens à la disposition des caisses pour promouvoir tant l'efficacité des soins que la qualité dispensée à leurs assurés.

Le bilan d'une telle réforme est néanmoins décevant :

- la politique d'achat de soins, dont l'objectif avoué est la baisse des coûts a buté sur les ententes entre prestataires de soins et la relative pénurie de la médecine libérale hollandaise. Seule victoire modeste : une baisse des coûts de l'ordre de 30 % obtenue sur les appareillages médicaux ;
- Le conventionnement sélectif a peu été mise en œuvre, d'autant qu'il s'est traduit dans certaines régions par une concentration des offreurs de soins (fusions d'hôpitaux) plaçant certains prestataires dans une situation de monopole. Ainsi, en 6 ans, le nombre d'établissements hospitaliers est passé de 169 en 1990 à 144 en 1996.

CHAPITRE II - L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE

2.1 L'offre de soins

L'offre de soins aux Pays-Bas est une offre essentiellement privée s'organisant autour de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et d'hôpitaux ou cliniques appartenant à des organismes non lucratifs.

2.1.1 La démographie médicale

Les médecins se divisent entre généralistes et spécialistes, la proportion entre les deux catégories étant de 1 à 2 (deux fois plus de spécialistes que de généralistes).

Les médecins généralistes sont au nombre de 7 000, ce qui porte leur densité par rapport à la population à 0,46 pour 1 000 habitants, soit un médecin pour 2 310 patients. Le contexte actuel est marqué par la pénurie de l'offre, ce qui place les médecins généralistes en position de force par rapport au gouvernement.

Cette pénurie est, en outre, particulièrement vive dans un pays où :

- le vieillissement de la population est source d'une demande croissante ;
- la politique d'enveloppes globales et l'apparition consécutive des listes d'attente ont provoqué un effet d'éviction de l'hôpital vers la médecine de ville¹ ;
- la structure de la profession médicale évolue vers davantage de féminisation et une aspiration plus importante des médecins au temps partiel.

La médecine générale hollandaise compte 19 % de femmes.

Les médecins spécialistes sont au nombre de 14 000 aux Pays-Bas. Ils travaillent pour la majorité d'entre eux dans les structures hospitalières ou autres établissements de soins. Leur rémunération, longtemps essentiellement à l'acte, a connu trois évolutions dans les années récentes :

- au nom de la maîtrise des coûts, les médecins spécialistes ont été soumis de 1992 à 1995 à un dispositif national d'écrêtement de leurs revenus. Ainsi, au delà d'un certain volume d'activité –ils sont tenus de traiter un nombre prédéfini de patients, ils étaient tenus de reverser le montant de leurs gains supplémentaires au Fonds d'assurance maladie "Ziekenfonds" ; en outre, les tarifs étaient alors réduits pour l'année suivante (système de point flottant) ;
- les années récentes ont vu surgir des rémunérations nouvelles et protéiformes au terme d'un conflit larvé avec le gouvernement². Ces rémunérations vont du salariat (les pédiatres ayant pour une grande partie d'entre eux accepté de devenir des salariés des structures hospitalières) au maintien du paiement à l'acte.
- Par ailleurs, la rémunération des spécialistes est désormais incluse dans l'enveloppe globale allouée à la structure hospitalière en début d'année et fait l'objet d'accord individuel entre les hôpitaux et les médecins, chaque hôpital élaborant de manière décentralisée un système de rémunération qui entre dans son cadre budgétaire.

¹ Notamment dans la prise en charge de certains publics : diabétiques, malades en fin de vie qui sont de plus suivis à domicile par des médecins généralistes.

² Les spécialistes étaient soumis à un mécanisme d'enveloppe globale déterminée par le gouvernement qui systématiquement dépassée donnait lieu à la diminution des honoraires. A un moment où les spécialistes étaient sous la menace d'une baisse de 15 % de leurs honoraires, le gouvernement a proposé de lever la sanction en échange de la mise en place d'un nouveau système de contrat individuel avec les hôpitaux.

Les conséquences de ce changement de système sont de trois ordres :

- une harmonisation relative des niveaux de rémunération entre spécialités ;
- une maîtrise des coûts liés aux consultations des spécialistes ;
- enfin, contrepartie de cela, l'augmentation des listes d'attente dans certaines spécialités.

Au delà des médecins, les professionnels de santé aux Pays-Bas rassemblent 7 000 dentistes, 1 350 sages femmes et 30 000 professionnels paramédicaux.

L'accès à la profession médicale est soumis à un numerus clausus simple pour les spécialistes (entrée de l'université) et double pour les généralistes (entrée université / accès à la spécialité de médecin généraliste).

La fixation de ce numerus clausus intervient après négociation entre le gouvernement et les associations professionnelles de médecins. Il s'agit d'un point de tension récurrent entre le gouvernement et les médecins généralistes, ces derniers accusant le gouvernement d'être responsable de la pénurie actuelle de médecins généralistes et de la charge de travail importante leur incombant. La fixation du numerus clausus a d'ailleurs donné lieu à une grève en octobre 2001.

En matière de démographie médicale, la tendance récente aux Pays-Bas est au transfert partiel de l'expertise du gouvernement vers les parties concernées (organisations professionnelles, assureurs et universitaires). Ces derniers prennent ainsi de plus en plus en charge des études approfondies relatives à la gestion prévisionnelle des effectifs de la profession mais également portant sur la charge de travail ou le temps partiel. Des instituts indépendants comme le NIVEL ont développé des compétences d'expertise en la matière afin de répondre aux commandes des différentes parties intéressées.

2.1.2 Les établissements de soins

La médecine **hospitalière hollandaise** est assurée, pour l'essentiel, par des organismes privés. Les établissements de soins sont des organismes à but non lucratif, lointain héritage des institutions caritatives du Moyen âge. La recherche du gain est explicitement interdite par la loi.

La répartition de l'offre de soins en établissements est retracée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°7 : L'offre de soins en établissements

| | 1990 | 1996 |
|--|--------|--------|
| Hôpital général | | |
| - nombre d'établissements | 124 | 106 |
| - nombre de lits | 52 292 | 47 815 |
| Hôpital universitaire | | |
| - nombre d'établissements | 9 | 9 |
| - nombre de lits | 7579 | 7844 |
| Hôpital spécialisé | | |
| - nombre d'établissements | 36 | 29 |
| - nombre de lits | 4710 | 3802 |
| Hôpital psychiatrique | | |
| - nombre d'établissements | 80 | 82 |
| - nombre de lits | 24 350 | 25 108 |
| Etablissements pour handicapés mentaux | | |
| - nombre d'établissements | 121 | 138 |
| - nombre de lits | 31 454 | 33 984 |
| Maisons de santé | | |
| - nombre d'établissements | 326 | 327 |
| - nombre de lits | 51 674 | 55 850 |
| Etablissements de soins pour enfants | | |
| - nombre d'établissements | 12 | 13 |

| | | |
|---|------|------|
| - nombre de lits | 665 | 618 |
| Etablissements pour handicapés sensoriels | | |
| - nombre d'établissements | 13 | 12 |
| - nombre de lits | 1428 | 1386 |
| Autres | | |
| - nombre d'établissements | 64 | 6 |
| - nombre de lits | 1333 | 436 |

Source : SIG Zorginformatie " landelijke Medische Registratie "

Le secteur hospitalier a connu des mutations importantes ces dernières années dans trois directions.

L'hôpital, qui explique près des 2/3 des dépenses de santé, a donné lieu à une politique de maîtrise drastique des coûts, se traduisant par la définition d'enveloppes limitatives de dépenses par le gouvernement. Cette politique présente l'originalité d'avoir introduit un instrument de contingentement budgétaire national au sein de structures privées. Si elle a pu se montrer efficace quant à la régulation de la dépense, les revers d'une telle maîtrise des coûts sont aujourd'hui nombreux :

- l'apparition de listes d'attente (6 mois pour une intervention chirurgicale, 9 mois pour la cataracte en 1998),
- le mécontentement grandissant des spécialistes, la majorité exerçant en secteur hospitalier ;
- le mécontentement des usagers.

Aujourd'hui, le gouvernement a initié un plan d'action relatif aux listes d'attente accordant par là même des ressources supplémentaires aux hôpitaux. Des travaux sont en cours pour établir des bases budgétaires plus réalistes et rechercher une meilleure adéquation de l'offre et de la demande.

La deuxième évolution notable est la concentration du secteur.

Enfin, l'offre de soins en établissements tend à se modifier structurellement. L'accueil en centres de jour tend ainsi à se substituer aux hospitalisations tandis que s'accroît la coopération avec la médecine de ville (cabinets d'infirmières, de médecins généralistes, structures de soins à domicile...). Cette coopération qui est encouragée par le gouvernement reste informelle et ne semble s'organiser dans un cadre juridique défini.

2.2 Le médecin généraliste, au cœur du système de santé néerlandais

2.2.1 L'exercice de la médecine générale

2.2.1.1 Les conditions d'exercice de la médecine générale

Le médecin généraliste hollandais voit en moyenne 32 patients par jour, 91 % des consultations intervenant sur rendez vous. Les visites à domicile représentent en moyenne 5 consultations par jour, les tendances étant à la diminution de ce type de consultations dont le bilan coût/avantages pour le médecin est très négatif dans un système à la capitation. Chez les assurés privés (système de paiement à l'acte), la visite à domicile est majorée de 50 %.

La continuité des soins est un principe fondamental de la médecine générale hollandaise. Des accords locaux (*local schemes*) passés tant avec les autres médecins généralistes que les cabinets d'infirmières libérales organisent ainsi localement les gardes du soir et du week-end ainsi que le traitement des urgences. Cette obligation de continuité est en outre protégée par des textes puisque les contrats passés par les médecins avec les assureurs contiennent tous une clause prévoyant l'exercice des soins 24h/24. En outre, la loi relative aux professions de santé (loi BIG) prévoit la possibilité de sanctions disciplinaires à l'encontre du (ou des) médecin généraliste qui refuserait d'intégrer dans un accord local un de leurs collègues, mettant ainsi en danger la continuité des soins en cas d'absence de ce dernier.

La médecine générale hollandaise ne conserve que peu d'attributs de la médecine libérale.

Concernant l'installation, les médecins généralistes hollandais étaient soumis jusqu'en 1992 à un régime d'autorisation de la municipalité dans laquelle ils souhaitaient s'installer. Cette autorisation a été supprimée en 1992 et remplacée par un principe de liberté totale d'installation, chaque médecin pouvant ouvrir un cabinet où il l'entend. Néanmoins, dans la pratique, à ce régime d'autorisation s'est substitué un principe de cooptation par les pairs, les médecins généralistes déjà installés pouvant faire pression sur le jeune médecin par l'intermédiaire des assureurs (menace de non conventionnement) pour le dissuader d'une installation.

A l'inverse, la liberté de prescription semble acquise, les mécanismes d'entente préalable étant beaucoup moins nombreux qu'en France. En ce qui concerne le médicament, le poids économique de la dépense médicamenteuse étant moindre qu'en France, il existe une liberté totale de prescriptions de médicaments aux Pays-Bas. De même, l'envoi du patient chez un spécialiste n'est pas encadré par des normes contraignantes.

Les seules sources de contraintes notées par la mission quant à la prescription sont :

- la possibilité de limiter la durée de certains traitements dans les contrats avec les assureurs ;
- l'existence de mécanismes d'autorisation préalable pour certains appareillages médicaux.

Cette approche traduit une conception différente de la philosophie française. Ainsi, les assureurs, en charge de l'observation de la prescription et de l'envoi aux spécialistes, font confiance en la capacité d'autorégulation de la profession médicale. Ils partent ainsi du postulat que le médecin généraliste est le mieux placé pour apprécier la prescription et le traitement à suivre. Cette confiance placée dans le praticien est en outre confortée par l'existence de références médicales scientifiquement prouvées (*guidelines*) qui limitent les risques de dérapage.

2.2.1.2 *Le gate-keeping*

Les médecins généralistes sont la pierre angulaire du système de santé hollandais. Ils prodiguent les soins dits de premier niveau et servent, pour les assurés des caisses publiques, de *gate-keepers* à l'égard du système hospitalier. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui (*listed*). Cette inscription est obligatoire pour les assurés des caisses publiques mais reste optionnelle chez les assurés privés. Dans la pratique néanmoins, les assurés privés sont également référencés chez un médecin généraliste.

Les patients gardent le choix du médecin chez lequel ils souhaitent s'inscrire et peuvent revoir leur référencement une fois par an.

La fonction de *gatekeeper* est bien ancrée aux Pays-Bas puisque son introduction remonte à 1941. Elle s'accompagne de règles qui sont autant de garanties du bon fonctionnement de l'ensemble.

En tant que premier maillon du système de santé, le médecin généraliste hollandais a vocation à pratiquer une grande diversité de soins. Par conséquent, le panier de soins à la charge du généraliste recouvre près de 90 % des soins pratiqués dans le système de santé et concerne notamment certains actes chirurgicaux légers (en dermatologie par exemple) ou obstétricaux –45 % des accouchements ont lieu à domicile-. Les trois années de spécialisation à la médecine générale –dispensées dans le cadre de la formation initiale (cf. infra)- inclut ainsi des enseignements approfondis en chirurgie, gynécologie ou psychiatrie. Enfin, au terme de la récente législation sur l'euthanasie, le médecin généraliste se trouve au cœur du système pour accompagner les patients en fin de vie, ces derniers étant pour la majorité soignés à domicile. La loi dispose néanmoins que trois médecins soient impliqués et prévoit la possibilité pour le généraliste de faire jouer une clause de conscience.

Le champ relativement large des soins prodigués va de pair avec un équipement relativement important des médecins généralistes néerlandais par rapport à leurs confrères européens : un nombre croissant de médecins dispose ainsi du matériel nécessaire aux examens sanguins ou à certaines imageries médicales.

Paradoxalement, l'affirmation d'un médecin référent aux Pays-Bas n'a pas donné lieu à la mise en place de dispositions spécifiques en matière de dossier médical. Si 90 % des médecins sont équipés d'un ordinateur, seuls 51 % l'utilisent pleinement pour leur exercice professionnel (dossier de patients, système de transfert de données vers l'assureur...). Les textes ne prévoient pas d'obligation d'équipement informatique pour les

médecins et n'encadrent pas les données électroniques sauvegardées par le médecin sur les patients. Seules les règles relatives au secret médical s'appliquent :

- le médecin est le seul propriétaire et gardien de ses fichiers,
- le patient a le droit d'être informé de ce qui est écrit dans son dossier (cette obligation d'information est relative dans la mesure où le médecin écrit ce qu'il veut dans le dossier).

Enfin, la mission a noté que le degré de contrainte du système est fort aux Pays-Bas. Les spécialistes doivent refuser les patients qui n'auraient pas une ordonnance du généraliste ; inversement, ils ne peuvent refuser de voir un patient adressé par un généraliste.

2.2.2 La rémunération des médecins

Les médecins hollandais sont rémunérés en partie à la capitation lorsqu'ils soignent les assurés du Z.F.W. et en partie à l'acte lorsque leur patient relève des assurances privées.

Le niveau de la capitation est fixé chaque année par le ministre après négociation entre les professionnels et les assureurs publics. En janvier 1999, le niveau moyen était de 130 florins par patient et par an (soit 58,59 €). La capitation varie en fonction des caractéristiques de la population couverte (des critères d'âge de la population sont pris en compte) et également de la zone d'installation. La capitation est ainsi majorée dans certaines zones (*depraved zones*).

Le principe de la rémunération à la capitation fait l'objet de débats récurrents aux Pays-Bas du fait de ses effets ambigus sur le système de santé.

D'un point de vue budgétaire, il s'agit d'un outil efficace de contrôle budgétaire, le montant de la capitation étant annuellement fixé.

Du point de vue du généraliste, il constitue en outre une garantie de ressources et sécurise ainsi un niveau annuel de revenus. Néanmoins, le niveau de la capitation étant fixé au regard d'un revenu annuel moyen –établi par rapport à des professions équivalentes- pour le généraliste, il prend mal en compte la charge croissante de travail des médecins.

Enfin, du point de vue du patient, la capitation dispense les individus de l'avance de frais lié au système de paiement à l'acte. S'il implique en théorie un meilleur suivi -puisque le médecin n'a aucune incitation à la multiplication des actes-, il a pour effet pervers d'encourager la multiplication des inscriptions au détriment du suivi médical du patient. Enfin, le système à la capitation s'est traduit aux Pays-Bas par une baisse régulière des visites à domicile.

Avec les assurés privés, le système retenu est celui du paiement à l'acte. Le tarif maximal est arrêté par le ministre de la santé après négociation entre les assureurs et l'association professionnelle des médecins. En janvier 1999, son montant est de 40 florins, soit 18,03 euros.

Il s'agit d'un tarif maximal, chaque assureur étant libre, depuis les réformes DEKKER-SIMONS, de fixer le montant de sa prise en charge en dessous de ce plafond (volonté implicite de faire baisser les coûts des consultations par la mise en concurrence entre médecins). Cette faculté n'a cependant pas été utilisée par les assureurs.

En sus de ces mécanismes de paiement, les médecins hollandais peuvent bénéficier d'incitations financières directes en compensation de deux actions de prévention : la vaccination contre la grippe des personnes âgées ; la prévention gynécologique.

2.2.3 L'organisation de la profession

2.2.3.1 Un positionnement universitaire fort des médecins généralistes

Le positionnement scientifique des médecins généralistes est fort et ancien aux Pays-Bas, plusieurs facteurs ayant contribué à asseoir ce positionnement : la création du collège scientifique (NHG), d'un journal scientifique et d'une chaire universitaire en médecin générale.

En outre, la médecine générale fait l'objet d'une formation spécialisée de trois ans alors que la directive européenne porte cette spécialisation à deux ans et est protégée par un double *numerus clausus* (entrée université, entrée dans la spécialisation de médecin généraliste). La tendance récente de la médecine générale hollandaise est à l'augmentation des généralistes ayant un PhD.

2.2.3.2 *Un exercice collectif de la profession*

Les médecins généralistes exercent pour la plupart dans des cabinets de ville de manière indépendante (une minorité –350- sont salariés d'autres médecins généralistes). L'exercice en cabinets individuels tend à diminuer (57 % des praticiens en 1990 contre 46 % aujourd'hui) au profit des cabinets groupés ou des centres de santé (cf. infra). Cette évolution va de pair avec la féminisation de la profession et le souhait pour un nombre croissant de généralistes de travailler à temps partiel.

La forte proportion de cabinets collectifs est symptomatique de la propension hollandaise à s'organiser de manière collective. Si l'exercice se veut libéral, l'économie d'ensemble de la médecine générale hollandaise repose en effet sur l'absence en pratique de concurrence entre les médecins généralistes. La profession apparaît en ce sens largement cartellisée.

Au niveau national, les médecins généralistes adhèrent pour plus de 90 % d'entre eux à l'association nationale des généralistes (LHV) qui constitue une section de l'association royale médicale hollandaise (KNMG). La LHV est une association professionnelle dont la mission est de promouvoir les intérêts des médecins généralistes hollandais. A cet égard, la LHV mène de nombreuses actions :

- elle conduit au niveau national les négociations avec les assureurs concernant les contrats passés avec les praticiens et la fixation de la rémunération ;
- elle intervient dans la détermination du *numerus clausus* de la profession par le gouvernement ;
- elle joue un rôle important dans l'amélioration des pratiques médicales, la formation continue et la qualité des soins.

Par ailleurs, 70 % des généralistes sont membres du collège scientifique des médecins généralistes (NHG), créé en 1956¹ et qui constitue l'organe scientifique des généralistes. Ses objectifs sont de favoriser la connaissance scientifique de la pratique médicale, d'éduquer les médecins généralistes et de fournir une information continue et actualisée aux praticiens. Ils sont les maîtres d'œuvre des *guidelines* largement diffusés dans la profession (cf. infra).

La LHV et le NHG se retrouvent en outre autour de chantiers communs comme la qualité des soins, le développement des systèmes d'information, la formation continue ou la certification des médecins.

Au niveau local, cette pratique collective prend la forme d'une collaboration active entre médecins généralistes au sein de groupes locaux de travail (*local groups*), véritables pierres angulaires de la médecine générale hollandaise.

Ces groupes locaux de travail réunissent à l'échelle des quartiers une dizaine de médecins. Ils ont pour objectif la discussion autour des thèmes d'intérêt commun.

Les groupes locaux constituent ainsi le cadre de l'organisation des gardes et des permanences de week-ends des médecins généralistes.

Ils sont également de puissants leviers d'action collective notamment pour l'association professionnelle des médecins en partie à l'origine de ces groupes. La démarche qualité mise en place par le LHV et le NHG s'appuie ainsi sur ces groupes comme vecteur central de la qualité des soins et d'exercice homogène et uniforme de la profession. Ils constituent en effet un lieu d'appropriation par les médecins généralistes hollandais des *medical guidelines* ainsi que de formation continue.

¹ Soit 4 ans après le collège scientifique britannique.

Les groupes locaux sont enfin des instruments importants d'autorégulation des médecins néerlandais, les pratiques "déviantes" pouvant être identifiées et discutées au sein de ces groupes. A ce jour, les assureurs ne sont pas invités à participer à ces groupes locaux de travail.

La participation aux groupes de travail ne semble pas obligatoire pour les médecins généralistes. A fortiori, aucune incitation financière n'existe pour encourager la présence des généralistes à ces groupes. Néanmoins, l'autocontrôle existant dans la profession explique une participation de près de 98 % des médecins à ces réunions (le médecin ne participant pas au groupe étant très rapidement repéré et éventuellement "dénoncé" aux assureurs).

2.2.3.3 *Les relations avec les autres professionnels de santé*

Le travail collectif des généralistes s'étend au delà des frontières de la seule profession.

Ainsi, on assiste aux Pays-Bas à la multiplication des échanges avec les autres professionnels de santé tant à travers les centres de santé que des groupes locaux de travail. La tendance récente aux Pays-Bas est en effet au développement des centres de santé pluridisciplinaires et multiprofessionnels regroupant les professions médicales et paramédicales (infirmières libérales, sage femmes, kinésithérapeutes...) et éventuellement des pharmaciens. Les groupes locaux sont aussi des outils de collaboration importants entre professions notamment pour l'organisation des urgences et gardes de week-ends.

Cette collaboration accrue pose aujourd'hui de manière criante aux Pays-Bas la question du transfert de compétences entre médecins et les autres professionnels de santé (infirmières, sages femmes). Le cadre législatif offert par la loi BIG prévoit la possibilité de déléguer un certain nombre d'actes médicaux du médecin vers l'infirmière notamment. Ainsi, la loi dispose qu'un professionnel de santé peut exercer un acte pour lequel il n'est pas directement compétent s'il agit sur ordre d'un professionnel habilité à pratiquer cet acte et s'il est suffisamment expérimenté pour accomplir cet acte de manière "adéquate". La loi note également que des arrangements spéciaux peuvent intervenir pour donner compétence à des professionnels "fonctionnellement indépendants" mais qui n'auraient pas l'autorisation directe de la loi pour accomplir certains actes. (exemple de l'infirmière qui pose des cathéters urinaires quotidiennement...). La ministre de la santé a ouvert la réflexion sur ce point lors d'un discours devant l'association professionnelle des infirmières en novembre 2001, la question du transfert constituant en outre une réponse provisoire possible à la charge de travail grandissante des généralistes. Une aide financière pourrait ainsi être accordée aux médecins généralistes exerçant en groupe (minimum de 3 généralistes et de 4 500 patients) afin de couvrir le coût du recrutement d'une infirmière spécialement formée pour accomplir certains actes médicaux.

Les relations entre médecin généralistes et pharmaciens méritent, en outre, un développement particulier. Là encore, le système hollandais s'appuie sur des groupes informels dits FTTO (*Farmacotherapeutisch Transmural Overleg*) mis en place depuis le début des années 1980.

Il s'agit de groupes composés de 12 personnes en moyenne dont l'objet est la discussion et l'information sur les médicaments. Alors que les sujets étaient essentiellement centrés sur l'efficacité (*cost effectiveness*) des nouveaux médicaments ou la substitution par des médicaments génériques, ils s'orientent aujourd'hui davantage vers le traitement global d'une pathologie en relation avec les recommandations de bonne pratique.

Les FTTO réunissent des médecins (92 % des médecins généralistes y participent) et des pharmaciens. Les médecins touchent une rémunération en échange de leur participation. Les pharmaciens décident des sujets qui y sont abordés en fonction des problématiques locales.

Selon le rapport de l'Inspection générale néerlandaise de la santé publié en décembre 1999, les effets de ces groupes sont une utilisation plus rationnelle des produits médicamenteux et une meilleure conscience du coût des thérapies. Ils ont l'avantage en outre de faire du pharmacien un maillon de l'offre de soins. 85 % des médecins assurent par ailleurs qu'ils participeraient à ces groupes même s'ils n'étaient pas payés. L'organisation des FTTO pose néanmoins la question de l'indépendance des prescripteurs à l'égard des laboratoires pharmaceutiques. Plusieurs garde-fous ont ainsi été prévus : les médecins ne peuvent assister à plus de 6 réunions par an ; une partie de la rémunération perçue devant être investie dans l'équipement informatique du cabinet ou l'amélioration de la pratique médicale.

Fort du succès des FTTO, le gouvernement a programmé en 1999 une enveloppe financière afin de promouvoir le développement de FTTO “ régionaux ” autour des patients pris en charge en hospitalisation de jour (*outpatient clinics*), l’objectif étant de faciliter la coopération entre généralistes, spécialistes, pharmaciens et pharmaciens hospitaliers. Entre 1999 et 2000, 6 programmes régionaux ont ainsi été mis en place allant de la production de recommandations de bonne pratique régionales pour le diabète à un programme régional de réduction de la consommation antibiotique. Le financement par le ministère est soumis à la présentation de résultats mesurables (*measurable outcomes*). Concernant le programme régional relatif aux antibiotiques à Maastricht, les premiers résultats montrent une réduction de la consommation de 9,5 % depuis le lancement du projet.

CHAPITRE III – LA REGULATION DES DEPENSES ET LA QUALITE DES SOINS DANS LA MEDECINE AMBULATOIRE

En matière de régulation des coûts, la structure des dépenses de santé hollandaises place la médecine générale dans une position secondaire par rapport à l'hôpital dans la mesure où elle ne représente qu'un tiers des dépenses contre deux tiers pour le secteur hospitalier.

Cette situation a eu deux conséquences.

① Les efforts de maîtrise des coûts ont surtout porté aux Pays-Bas sur l'hôpital. Ainsi, le budget de fonctionnement des hôpitaux obéit depuis 1983 à la technique du budget global. Ce dernier comprend une part fixe (25 %) qui dépend du nombre de patients traités par l'hôpital, une part semi fixe (35 %) liée au nombre de lits et spécialistes autorisés à exercer dans l'établissement et une part négociable (40 %) représentant le résultat des négociations entre les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie. Cette part variable intègre normalement les marges de productivité possibles de l'établissement. Néanmoins, la pratique montre que le montant du budget alloué chaque année est essentiellement fonction du nombre de lits disponibles ainsi que des patients potentiels prévus pour l'année suivante.

Ce budget annuel est négocié en ce qui concerne les tarifs par le COTG (organe central de tarification des soins et actes médicaux) et en ce qui concerne l'équipement par le CVZ mais reste fixe en réalité, ce qui incite peu à l'efficacité.

Ce mécanisme de budget global se double d'un dispositif d'encadrement des dépenses afférentes aux soins fournis par les spécialistes (dont la grande majorité est prodiguée à l'hôpital) : écrêtement des revenus d'une part ; intégration du montant des honoraires dans l'enveloppe hospitalière d'autre part (cf. supra).

Au delà de la régulation par les prix (budget), le secteur hospitalier subit enfin des mécanismes de contingentement de l'offre. La planification de l'offre hospitalière est en effet régie par la loi relatives aux équipements hospitaliers dite WZV (*Wet Ziekenhuis Voorzieningen*). Cette loi transfère aux autorités provinciales le soin d'élaborer des plans de développement régional de l'offre hospitalière, lesquels doivent être approuvés par le ministère de la santé.

② Elle explique dans un second temps une moindre préoccupation de la profession médicale hollandaise pour la dépense de santé et une mobilisation importante autour de la qualité des soins. Initiée et encouragée par le gouvernement, la démarche autour de la qualité des soins est le cheval de bataille conjoint de l'association professionnelle des médecins généralistes (LHV) et du collège scientifique (NHG).

3.1 Les outils de la maîtrise des dépenses en ambulatoire

En matière de régulation de la dépense de soins de la médecine générale, le système néerlandais apparaît largement hybride et mêle :

- la décentralisation des négociations entre acteurs mis en concurrence permettant une politique d'incitations/ sanctions à l'égard des médecins ;
- un cadrage financier central fort de l'enveloppe globale, du panier remboursable, des tarifs de prestations de soins et des médicaments.

3.1.1 La décentralisation des négociations entre des acteurs mis en concurrence

Les réformes DEKKER-SIMONS ont jeté les bases d'une nouvelle régulation de la médecine de ville dont l'objet est le transfert aux assureurs des relations, notamment financières, avec les médecins libéraux. Ces réformes partent du principe que la maîtrise des coûts, si elle est aux mains d'un seul acteur, l'Etat, est un facteur inexorable de moindre qualité des soins. Par conséquent, la réforme hollandaise vise, en transférant le risque

financier à de multiples acteurs mis en concurrence, à rechercher un juste équilibre entre qualité de soins et maîtrise des coûts.

Depuis la réforme DEKKER, les relations médecins– assureurs s’organisent dans un cadre rénové où le contrat joue un rôle central.

Les assureurs, nouvellement mis en concurrence, sont placés en position d’acheteurs de soins face aux médecins généralistes. Ils doivent en outre supporter une partie du risque financier, les réformes organisant progressivement un transfert du risque de l’Etat vers les assureurs publics (qui couvrent 65 % de la population). Ainsi, alors que les caisses publiques d’assurance maladie recevaient un remboursement intégral des dépenses médicales versé par un fonds central, les remboursements ont été progressivement, depuis 1993, ajustés en fonction du risque des assurés (calcul réalisés en fonction de l’âge, du sexe, de la région, du nombre d’invalides dans la population couverte) ; la différence entre les dépenses réelles de la caisse et les dépenses remboursées par le fonds central étant progressivement supportée par les assureurs.

Depuis les réformes, chaque assureur conclut des contrats individuels avec les médecins généralistes. Le conventionnement est sélectif, les caisses n’étant plus tenues de conclure un contrat avec tous les médecins généralistes. En revanche, le conventionnement reste obligatoire avec tous les établissements de soins, dans la mesure où l’établissement est agréé par le collège des assurances de santé (CVZ). Une fois la convention passée, l’assuré peut choisir librement parmi les médecins et établissements conventionnés. Un règlement spécial s’applique aux médecins généralistes. En effet l’assuré est tenu de choisir son médecin généraliste au moment de son immatriculation qui devient alors son médecin de famille à titre exclusif (médecin référent et gate keeper).

3.1.1.1 Le contenu de la convention

La convention caisses- médecin porte sur la quantité, la qualité et en théorie les prix des prestations. Néanmoins, les prix des prestations étant encadrés au niveau central par le ministre de la santé, seules deux brèches ont été ouvertes concernant les prix :

- les réformes offraient la possibilité pour les caisses publiques (mais également pour les compagnies d'assurance) de contracter sur des bases de remboursement inférieures ou supérieures à celles fixées par la loi. Cette option n'a cependant pas été utilisée dans les faits ;
- pour les assurés privés, seul le tarif maximum de la consultation à l'acte est fixé par le gouvernement, autorisant ainsi une baisse du tarif par les assureurs. Cette possibilité a été là encore peu usitée.

Le contrat passé entre le médecin généraliste et l'assureur est large dans son contenu. Il porte sur l'organisation des consultations (le contrat avec les assureurs vise ainsi la continuité des soins - 24 heures par jour - et l'organisation des gardes du soir et du week-end ainsi que des visites à domicile), la rémunération du médecin (capitation et tarif à l'acte) , l'encadrement des prescriptions (certains contrats prévoient ainsi de limiter la durée de certains traitements et fixent des mécanismes d'autorisation préalable pour certaines prescriptions...) ou sur la qualité des soins.

Les contrats peuvent prévoir des mécanismes incitatifs. Dans les zones où il y a une pénurie de l'offre médicale, les assureurs ont mis en place des mécanismes incitatifs pouvant prendre la forme d'avantages en nature (loyers...) ou financiers.

3.1.1.2 La portée du contrat

Le contrat apparaît comme un outil intéressant pour organiser les relations entre l'assureur et le généraliste. Il s'agit en outre d'un instrument respecté et de référence pour les praticiens généralistes. Concrètement, le conventionnement se traduit, pour le médecin généraliste, par la signature de plusieurs contrats, c'est à dire autant de contrats qu'il y a d'assureurs (jusqu'à 30 caisses publiques et des assurances privées).

Néanmoins, toutes les potentialités de l'outil ne semblent pas avoir été exploitées. Il existe un modèle national de contrat, ce qui nuit à la possibilité d'individualiser les contrats en fonction des interlocuteurs. Ce cadre national est le fruit de la cartellisation de la profession médicale, l'association professionnelle des médecins généralistes décidant des termes des contrats dans le cadre d'une négociation annuelle avec les fédérations nationales des assureurs (CVZ pour le public, ZN pour le privé).

Par ailleurs, les assureurs semblent peu utiliser la possibilité offerte par les réformes DEKKER de déconventionner certains praticiens en cas de non respect du contrat.

L'engagement contractuel individuel induit une relation inversée médecin- assureur au regard de la situation française. Le contrat fige en amont les relations entre les professionnels et est un instrument respecté par les parties. La logique que sous-tend ce système est la confiance des assureurs en la capacité d'autorégulation des médecins. Le contrat est en outre indissociable des *guidelines* qui, en encadrant la profession, limitent les risques de dérapage.

3.1.1.3 *Le contrôle exercé par les assureurs sur les médecins généralistes*

Les relations médecins- assureurs s'inscrivant dans une convention négociée en amont, les contrôles a posteriori sont faibles voire inexistantes aux Pays-Bas. En outre, le sous effectif chronique de médecins généralistes induit un rapport de forces très défavorable aux assureurs, ce qui constitue une autre explication de la faiblesse du contrôle.

La question du contrôle a posteriori des médecins renvoie à des situations très disparates entre assureurs concernant les médecins conseils. Il n'existe pas aux Pays-Bas de corps spécifique de médecins conseils. Les assureurs recrutent donc des médecins ayant eu ou ayant une expérience clinique ainsi que des connaissances en santé publique. Le nombre de médecins conseils varie très fortement d'un assureur à l'autre, certains assureurs n'ayant qu'un à deux médecins conseils vacataires (*free lance*), d'autres ayant structuré des services de près de 50 médecins conseils.

Globalement, les fonctions du médecin conseil couvrent aux Pays-Bas une activité de conseil médical liée au conventionnement individuel avec les praticiens, la résolution des conflits médicaux avec les assurés, la détermination des traitements pris en charge par l'assurance (nouveaux traitements ou traitements coûteux ; traitements à l'étranger).

Le système d'information paraît enfin moins performant qu'en France. Si remontent aux assureurs le nombre d'envoi aux spécialistes (*referrals*) et les prescriptions de chacun des médecins, ces informations ne sont pas ou peu exploitées par les médecins conseils. Ceux ci peuvent néanmoins ponctuellement, sur un mode informel, demander des explications aux praticiens concernés. Dans certains cas, les assureurs peuvent encourager la signature de protocoles locaux ou régionaux entre médecins et pharmaciens ou appuyer le développement de procédures de soins autour de pathologies par exemple (diabète).

3.1.2 *Le cadrage financier central reste fort*

Si le contrat constitue un instrument souple d'organisation des relations financières assureurs-médecins, la politique hollandaise de contrôle des coûts s'appuie également sur un encadrement fort, organisé à l'échelon central par le gouvernement. Ce cadrage porte sur le budget général alloué aux caisses ainsi que sur le panier de soins, les prix des prestations médicales et des médicaments.

3.1.2.1 *Une enveloppe budgétaire globale déterminée au niveau central*

Le budget alloué à chacune des caisses reste largement déterminé par le gouvernement. Concrètement, un budget général est arrêté chaque année par règlement ministériel pour l'ensemble des caisses publiques. Ce règlement ministériel fixe aussi les clés de répartition de ce budget qui est ensuite ventilé par le collège des assureurs de santé (CVZ) entre les différentes caisses. Dans une phase préparatoire, les budgets des caisses ont été attribués en extrapolant sur l'avenir les coûts engagés par le passé. Des critères normatifs ont ensuite été progressivement introduits : critères de l'âge et du sexe en 1993, critères de la région et du nombre de personnes en incapacité de travail en 1995. Ce dernier critère a été remplacé par le critère de la capacité juridique depuis 1999.

La grande innovation de la réforme DEKKER est que les budgets accordés ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des frais de prestations des assurés (principe du partage du risque financier), le déficit étant couvert par les cotisations nominales perçues. Chaque caisse détermine ainsi, sur la base des affectations budgétaires, le montant de la cotisation nominale à payer par les assurés.

3.1.2.2 L'encadrement du panier et des tarifs de soins médicaux

La régulation des dépenses de santé aux Pays-Bas passe également par un double encadrement, tant du panier des soins remboursables que des prix. L'encadrement des prix est organisé dans le cadre de la loi relative à la tarification des soins de santé, dite loi WTG (*Wet Tarieven Gezondheidszorg*). Elle a pour but de fixer le tarif de toutes les formes de prestations de soins (y compris les honoraires). Ces tarifs sont validés chaque année par la commission des tarifs de santé (CTG).

3.1.2.3 La politique du médicament

La maîtrise des dépenses de santé afférentes aux prescriptions médicamenteuses est une préoccupation récente aux Pays-Bas où le pourcentage des médicaments dans la dépense de santé reste relativement bas. Cette situation s'explique par une faible consommation médicale tant en volume qu'en prix alors même que les prix des médicaments sont élevés aux Pays-Bas comparativement aux autres pays européens¹.

La politique du médicament aux Pays-Bas mêle plusieurs outils.

① Les prix des médicaments sont libres. Néanmoins, depuis la loi de juin 1996 sur les prix pharmaceutiques (*Wet Geneesmiddelen Prijzen*), les médicaments remboursables doivent rester en deçà d'un prix maximum qui est égal à la moyenne des prix constatés en Allemagne, au Royaume Uni et en France.

② Le remboursement est encadré dans son champ et dans son montant. En ce qui concerne le champ du remboursement, le gouvernement entreprend des révisions régulières des listes de médicaments remboursables qui ont conduit au déremboursement de nombreux produits dont l'homéopathie par exemple. Certains médicaments ne sont en outre remboursables qu'à certaines conditions (cas des produits d'automédication remboursables pour les seules maladies chroniques). Par ailleurs, depuis le 1^{er} juillet 1991, le remboursement obéit au système du prix de référence ; le remboursement n'intervenant qu'en deçà de ce prix (au delà, le montant est pris en charge par l'assuré). Il existe néanmoins une liste de médicaments (innovants notamment) dont le remboursement n'est pas soumis à la règle du prix de référence – produits de l'annexe 1 B-.

③ La délivrance de médicaments est réservée aux pharmaciens ou aux médecins propharmaciens² pour les médicaments à prescription obligatoire et les produits d'automédication dont la vente est réservée aux officines. Lorsque les pharmaciens et médecins autorisés délivrent un produit pris en charge par l'assurance maladie, ils se voient alloués un honoraire fixe par prescription (et par assuré pour les médecins autorisés). Cet honoraire comprend la rémunération du service rendu ainsi que celle du coût d'exploitation de l'officine. Les assurés sont inscrits auprès d'une officine dans laquelle ils doivent se fournir pour leurs ordonnances habituelles.

④ Enfin, des mécanismes incitatifs ont été mis en place à l'attention des pharmaciens afin d'encourager à la délivrance de médicaments moins chers (génériques notamment) : depuis 1988, en cas de substitution, les pharmaciens récupèrent 1/3 de la différence de prix entre le produit prescrit et le produit substitué.

Les effets d'une telle politique du médicament ont été une baisse des prix des médicaments (alignement relatif autour des prix de référence) et un bon niveau de substitution entre médicaments équivalents. Globalement, elle peut fournir une explication partielle à la modération de la croissance des dépenses médicamenteuses aux Pays-Bas au cours des années 1990.

Le gouvernement actuel a décidé de franchir une nouvelle étape dans la politique du médicament en ouvrant des réflexions sur le transfert de la responsabilité des prescriptions médicamenteuses aux assureurs. Aux termes des travaux des différents groupes de travail, les assureurs se verraient allouer des moyens de mieux contrôler l'offre de médicaments ainsi que les prescriptions par la détermination des taux de remboursement. (cf. annexe 2).

¹ Deux raisons sont avancées pour expliquer cette moindre consommation : les hollandais consultent moins souvent leurs généralistes pour des problèmes mineurs de santé ; les médecins prescrivent moins de produits pharmaceutiques à l'issue d'une consultation- 60 % des consultations donnant lieu à prescriptions contre 90 % en France-.

² Médecins, souvent installés en zone rurale, ayant l'autorisation de délivrer des médicaments (ils sont plus de 600 en 1999).

Les outils de la maîtrise des coûts présentent le paradoxe de mêler des outils classiques de la régulation (budget global, encadrement tarifaire...) et des instruments plus novateurs (décentralisation des négociations, mise en concurrence entre assureurs et entre médecins et contrats individuels). L'impact de ces instruments reste cependant difficilement mesurable : l'augmentation des dépenses de ville ayant été supérieure à l'augmentation des dépenses de santé entre 1999 et 2000 (+ 9 % contre + 7,7 %) et inférieure entre 2000 et 2001 (+ 1,1 % contre + 6 %).

3.2 Les outils de la qualité des soins

L'objectif de qualité des soins dispensés par les professionnels médicaux a fait l'objet d'une mobilisation récente des pouvoirs publics et des professionnels hollandais, les premiers instruments liés à la qualité ayant été progressivement mis en place au cours des années 1990.

La philosophie d'ensemble du système hollandais repose sur une prise en charge de la qualité déléguée aux professionnels de santé et relevant ainsi de leur responsabilité individuelle, l'échelon central n'intervenant de manière supplétive que dans l'objectif de garantir la sécurité des patients.

3.2.1 Des normes légales encadrent la pratique médicale des professionnels dans l'exercice de leur art

L'encadrement légal le plus puissant repose sur la loi sur les professions de santé dite loi BIG. Cette loi votée en novembre 1993 est entrée définitivement en vigueur fin 1998. Elle vient mettre en cohérence l'ensemble des dispositifs législatifs gouvernant l'exercice de pratique médicale, le plus ancien datant de 1865 (loi WUG sur la pratique médicale), et vise la pratique individuelle des professionnels de santé au sens large (médecins, sages femmes, dentistes, infirmières...).

3.2.1.1 Un cadre libéral

Dans son contenu, la loi BIG énonce un certain nombre de dispositions classiques relatives à la sécurité de l'exercice médical.

Contrairement aux textes antérieurs, la loi pose le principe du libre exercice de la médecine. Néanmoins ce libre exercice est encadré dans certaines limites.

La loi prévoit ainsi l'exercice réservé de certaines attributions à des professionnels autorisés par la loi (opérations chirurgicales, obstétrique, endoscopies...). Au-delà, elle prévoit la possibilité de l'exercice de certains actes par les professions paramédicales sous la responsabilité du médecin.

Par ailleurs, le texte de loi contient des dispositions répressives visant toute pratique dangereuse pour la santé de la personne.

Enfin, au terme de la loi BIG, l'exercice de certaines professions médicales est entouré de garanties légales telles que la protection du titre et l'enregistrement. Les professions concernées sont les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les psychologues, les psychothérapeutes, les kinésithérapeutes, les sages femmes et les infirmières. Ainsi, conformément à la loi, les médecins hollandais sont reconnus aptes à l'exercice de la médecine par la délivrance d'un titre professionnel protégé par la loi. Ce titre sanctionne un parcours éducatif complet mais également le respect de certaines exigences disciplinaires.

L'autorisation d'exercer la médecine dépend ensuite de l'enregistrement du professionnel dans un registre légal tenu par le ministère de la santé. Cet enregistrement n'est pas automatique et est soumis à la satisfaction d'un stage pratique ainsi qu'au paiement d'un droit d'enregistrement.

La reconnaissance des spécialités médicales est en outre depuis ce texte régulée par la loi, une disposition prévoyant la reconnaissance légale de certaines spécialités dans des conditions précisées par les associations professionnelles.

3.2.1.2 Une procédure disciplinaire unique

Le grand second apport de la loi BIG concerne la mise en place de normes disciplinaires strictes gouvernant la pratique de médecine¹ et corrélativement d'une procédure disciplinaire transparente pour en sanctionner le non respect.

Au terme de la loi, le code disciplinaire doit garantir des standards appropriés de pratiques professionnelles dans le but de protéger ceux à qui les soins sont dispensés. Ce code doit contenir deux types de normes disciplinaires : d'une part, celles relatives au *due care* non seulement à l'attention du patient mais également de ses proches ; d'autre part, celles relatives à la pratique médicale (assurance professionnelle ; relations avec les pairs -ex : principe de continuité des soins par le remplacement d'un collègue durant son absence...-). En outre, le code pénal prévoit certaines peines applicables à l'exercice médical.

La loi revoit la procédure applicable aux médecins en cas de non respect du code disciplinaire. Les plaintes peuvent être émises tant par les patients, leurs familles et proches que par les professionnels de santé ou l'inspection générale de la santé. Des instances disciplinaires (il existe 5 conseils régionaux de discipline - *regional disciplinary board*- situés à Amsterdam, Eindhoven, La Haye, Groningen, Zwolle, et un conseil central, juridiction d'appel) sont chargées ensuite d'instruire les plaintes contre les professionnels de santé et de les juger. Elles sont composées de juristes (*lawyers*) et de professionnels de santé (*professional associates*).

Les sanctions vont, dans le sens d'une plus grande sévérité, de l'avertissement, la réprimande, l'amende à la radiation temporaire du registre, le retrait partiel de l'autorisation de pratiquer la médecine et la radiation totale et définitive du registre. La décision est suspensive mais est assortie, le cas échéant, d'une interdiction immédiate d'exercer. Le cumul entre sanctions disciplinaires et pénales est possible, trois peines étant prévues par la loi : l'emprisonnement (pour une période maximale de trois ans), l'amende ou le retrait de l'autorisation d'exercer la profession. En outre, la décision peut être rendue publique par insertion dans la Gazette du gouvernement ou dans toute autre publication.

La procédure est écrite et publique. Les droits du plaignant sont renforcés, ce dernier bénéficiant d'une audition obligatoire pendant la phase préliminaire ainsi que d'une assistance légale et étant autorisé à accéder aux documents relatifs à son affaire.

La loi BIG présente donc l'intérêt tant de poser les règles élémentaires de sécurité encadrant la pratique de la médecine que de les assortir d'une procédure disciplinaire qui offre l'avantage, au regard du système français, d'être publique, unique et ouverte sur la base d'une large saisine. Ce cadre légal fournit par là même un contexte favorable à la définition par les professionnels eux mêmes des normes de qualité de soins.

¹ Avant la loi, il existait un code disciplinaire formalisé pour les médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes. En revanche, les infirmières, les psychologues cliniques, les psychothérapeutes et les kinésithérapeutes ne semblaient pas encadrés par un code de discipline.

3.2.1.3 *Le rôle de l'inspection générale de la santé*

Il existe aux Pays-Bas une Inspection des Soins de santé (dite IGZ) qui est rattachée au ministère de la santé, du bien être et du sport (cf. organigramme en annexe 3). Les inspecteurs de l'IGZ veillent à la qualité des soins aux Pays-Bas et sont compétents pour mener des contrôles dans les établissements de santé ou les cabinets de consultation. Ils agissent soit sur plainte, soit s'auto saisissent.

L'Inspection a le pouvoir de prendre des sanctions comme la suspension (*discontinuation*) de l'exercice des soins lorsque la santé de patients est directement en danger. Elle peut également saisir les conseils disciplinaires.

L'Inspection générale de la santé émet régulièrement un " bilan du système de santé " dont l'ambition est de faire un état des lieux de l'offre de soins dans l'ensemble des domaines (médecine générale, santé mentale, soins aux personnes âgées...).

3.2.2 *L'exercice médical est subordonné à la re-certification des médecins*

La re-certification des médecins est une des grandes novations du système de santé hollandais introduite par la loi BIG. Il s'agit d'une obligation légale mais mise en place et contrôlée par l'association professionnelle des médecins.

La loi BIG prévoit en effet que l'enregistrement a une durée limitée et doit être renouvelé tous les 5 ans. Les modalités de cette re-certification ne sont pas prévues dans la loi et sont déléguées aux associations professionnelles de médecins. Alors que dans un premier temps, plusieurs options avaient été avancées concernant le ré-enregistrement, l'alternative étant l'évaluation individuelle sur place du professionnel ou la validation d'un nombre minimal de cours obligatoires, c'est finalement cette dernière option qui a prévalu.

La re-certification est accordée par un comité indépendant de médecins généralistes nommés par le ministre qui s'assure du respect des deux conditions suivantes :

- le médecin généraliste doit justifier de la validation de 40 cours de formation spécifique (un cours = une heure) ;
- il doit exercer au moins une journée par semaine.

Les sanctions en cas d'absence de re-certification vont de la prolongation du délai (deux ans pour faire ses preuves) à la suspension de l'exercice de la profession.

L'originalité du dispositif réside dans la délégation de l'organisation de la re-certification à l'association professionnelle des médecins qui contribue à la préparation des cours et à leur accréditation. Il existe un comité d'accréditation largement piloté par l'association des médecins. Une fois agréés, les cours sont dispensés au sein des groupes locaux de travail.

Ce dispositif étant récent, il est difficile de porter une appréciation sur son efficacité d'ensemble ; il n'existe en outre pas de données à ce jour sur le non renouvellement des certifications.

Les premiers constats qui peuvent être tirés sont néanmoins la mobilisation importante de l'association des médecins autour de cette re-certification et des médecins eux mêmes ainsi qu'une orientation des cours autour de la qualité (le collège scientifique profitant de ces instances pour diffuser ses *guidelines*).

A l'inverse, les limites du dispositif apparaissent en creux notamment en ce qui concerne le contenu des cours, les laboratoires ayant tenté d'investir ce champ jusque là peu protégé par les textes.

3.2.3 *Le développement des bonnes pratiques et de l'évaluation professionnelle est organisé par les médecins eux-mêmes*

3.2.3.1 *Une appropriation progressive par les médecins de l'impératif de qualité des soins*

Considérant les professionnels comme seuls responsables en premier ressort de la qualité des soins, le ministère de la santé hollandais finance et encourage les initiatives en la matière.

L'initiative la plus notable est sans doute les conférences de *Leidschendam* lancées en 1989 réunissant des représentants de toutes les parties concernées (prescripteurs, patients et financeurs) ainsi que le ministère et l'Inspection de la santé. Ces conférences ont permis de jeter les bases d'une appropriation de la notion de qualité des soins aux Pays-Bas.

Des principes fondamentaux retraçant la philosophie sous jacente sur laquelle s'appuie l'objectif de qualité des soins, ont ainsi été arrêtés lors de la conférence nationale de juin 1990 qui s'est tenue à Utrecht :

- Les médecins sont les responsables de premier niveau de la qualité des soins ;
- Les critères de qualité des soins doivent être élaborés par les médecins eux-mêmes, en concertation éventuellement avec les assureurs et les patients ;
- La mise en place de la qualité doit s'accompagner d'un dispositif de contrôle interne (surtout vrai dans les institutions de soins) mais prévoit également un contrôle externe. Ce dernier doit être assuré par les médecins et donner lieu à publication et transparence quant aux résultats. Les assureurs doivent être associés à ce contrôle externe par l'insertion de critères de qualité dans les contrats entre assureurs et médecins et leur évaluation par eux ; les plaintes et recours des patients doivent constituer des éléments d'appréciation de la qualité des soins prodigués par un médecin.

La quatrième conférence qui a eu lieu à la Haye en 2000 portait sur le lien qualité/soins prodigués au patient ; le renforcement de la coopération régionale entre producteurs de soins et la prise en compte des NTIC dans l'amélioration de la qualité des soins.

Cette dynamique impulsée par les conférences de *Leidschendam* a guidé la démarche qualité aux Pays-Bas qui s'articule aujourd'hui autour de trois outils :

- l'élaboration de recommandations des bonnes pratiques nationales ;
- l'évaluation professionnelle ;
- le développement des actions préventives de longue haleine (sensibilisation des prescripteurs au bon usage du médicament par exemple).

3.2.3.2 *Les guides de bonnes pratiques*

L'exemple hollandais constitue un modèle intéressant de développement progressif de bonnes pratiques médicales, diffusées à l'échelle nationale (pays plus petit que la France certes) et utilisées par la grande majorité des médecins.

En matière de médecine générale, les recommandations de bonnes pratiques sont aux Pays-Bas élaborées par l'association professionnelle scientifique des médecins, le NHG, dont l'autorité est reconnue et acceptée par la grande majorité des médecins. Cette concentration de la production aux mains d'un unique acteur est caractéristique de l'approche consensuelle hollandaise mais également du positionnement universitaire fort des médecins généralistes. Le NHG exerce dans le champ de la médecine générale les attributions dévolues au CBO dans le champ hospitalier, des passerelles étant néanmoins établies entre les deux institutions.

Créé en 1956 sur le modèle de l'académie scientifique britannique (créée en 1952), le NHG a en effet fait des recommandations de bonne pratique son cheval de bataille depuis 1987. Cette mobilisation a abouti à la publication de la première recommandation en 1989 (diabète) et à la production de 72 recommandations de bonne pratique.

La méthode d'élaboration des *guidelines* s'inscrit dans une démarche scientifique et s'articule en plusieurs phases :

1. Le choix des sujets relève d'une commission indépendante (*advisory board*) au sein du NHG. Les quatre critères pris en compte pour étayer ce choix sont : l'existence suffisante de preuves scientifiques, la prévalence du sujet, la faisabilité d'émettre des recommandations de bonne pratique sans ambiguïté, la faculté à améliorer la qualité des soins.
2. L'élaboration de la recommandation de bonne pratique dans son contenu a lieu au sein de groupes de travail composés de 4-8 médecins généralistes et un membre de la direction. Les membres de ce groupe sont volontaires et mélangent expertise scientifique et pratique professionnelle. Le groupe tente de faire émerger les bonnes pratiques au regard des preuves scientifiques existantes (*evidence-based guidelines*). Si ces dernières sont insuffisantes, le consensus est recherché.
3. Une fois rédigée, la recommandation de bonne pratique est testée auprès d'un groupe de 50 médecins généralistes choisis au hasard et de quelques spécialistes du sujet. A l'issue de ce test, des changements peuvent être apportés.

4. La quatrième phase correspond à la procédure d'autorisation. Il s'agit d'une session de près de deux heures durant laquelle le groupe de travail défend sa recommandation devant un collège composé de plusieurs médecins universitaires spécialisés en médecine générale et des médecins généralistes du NHG.

Dans son contenu, la recommandation de bonne pratique vise avant tout à asseoir la pratique médicale sur des bases scientifiques afin d'améliorer la qualité des soins et l'homogénéité des pratiques entre généralistes. Elle ne prend que très rarement en compte des critères de coût.

La diffusion de ces bonnes pratiques est ensuite confiée à l'association professionnelle des médecins, le LHV, qui travaille en bon entendement avec le collège scientifique (NHG). Pour ce faire, le LHV mobilise plusieurs relais :

Le LHV a nommé un représentant par district (région) en charge de la promotion de ces bonnes pratiques; il s'agit d'un généraliste praticien qui consacre une partie de son temps à la diffusion des recommandations.

Les groupes locaux de travail constituent des relais privilégiés pour l'appropriation de ces normes. En outre, ces recommandations de bonne pratique sont intégrées à la formation initiale des médecins ainsi qu'à leur formation continue (les *guidelines* servent notamment de base aux cours nécessaires pour la re-certification).

Enfin, divers supports de communication ont été mis en place par la NHG : un recueil récapitulatif l'ensemble des recommandations, des revues périodiques participent à leur diffusion –*Huisarts en Wetenschap*-, un support informatique permet une utilisation efficace et rapide des *guidelines*.

Par ailleurs, au delà de l'exercice de la médecine générale, ces *guidelines* servent de base à des accords nationaux interdisciplinaires entre généralistes et spécialistes (répartition des rôles, recours aux spécialistes...). Ces accords nationaux sont ensuite déclinés au niveau régional.

Au final, les recommandations de bonne pratique élaborées par le NHG connaissent un degré de diffusion important dans le pays ainsi qu'une appropriation conséquente par une grande majorité des généralistes.

Cette situation s'explique par différents éléments considérés comme autant de facteurs de succès :

- le positionnement fort et incontesté du NHG ;
- l'élaboration des normes par des professionnels praticiens ;
- une diffusion aux mains des médecins et de leur association professionnelle ;
- des éléments d'appropriation collective : groupes locaux de travail, re-certification formation initiale ;
- enfin, des normes non contraignantes.

3.2.3.3 L'évaluation professionnelle

En sus de la re-certification, le système hollandais offre aux médecins les moyens d'une évaluation professionnelle continue organisée pour les médecins généralistes par leurs pairs.

Le NHG met ainsi à la disposition des médecins des *packages* éducatifs pour permettre la formation continue des médecins ainsi que des programmes de formation individuelle (*programmes for individual CME*).

Existe également un programme d'évaluation individuelle organisée par le NHG (*visitation programmes*) et qui est en partie calqué sur l'évaluation menée par l'association des médecins spécialistes à l'hôpital (cf. infra). L'évaluation s'appuie des entretiens divers (secrétaires médicales, autres professionnels exerçant dans le cabinet...) et un examen approfondi des locaux. Elle est menée par un évaluateur qui n'est pas un médecin mais qui est formé à cet effet par le NHG, à la différence des programmes de visites hospitalières.

Les évaluations ont débuté en 1999, 200 médecins ayant à ce jour été “ visités ”. Le recours à cette procédure d'évaluation est volontaire et ne s'accompagne pas d'incitations financières.

3.2.4 *L'impératif de qualité est plus ancien dans le domaine hospitalier*

Le secteur hospitalier, sous l'influence de l'association des médecins spécialistes (LSV) a initié, dès le milieu des années 70, des conférences entre pairs (*peer review programmes*). L'objectif de ces conférences est d'améliorer les soins par des échanges entre professionnels dans le souci de mieux évaluer les performances des spécialistes à l'hôpital. Ces réunions entre pairs, pour lesquelles le taux de participation est élevé, ont été utiles dans le développement de procédures homogènes entre les praticiens spécialistes.

Cet objectif initial s'est progressivement doublé d'une préoccupation plus large de validation de la qualité non pas du seul acte médical mais de la prise en charge hospitalière globale (*global quality program*). En 1979, la création du CBO (Institut pour l'amélioration des soins) répond en partie à cet objectif, le CBO étant chargé d'apporter son soutien méthodologique et logistique aux contrôles qualité menés dans les structures hospitalières.

Depuis 1995, l'association des spécialistes a, par ailleurs, encouragé des cycles de visites dans les hôpitaux (*visitation programs*). La visite, qui est menée par des médecins spécialistes accompagnés parfois par un observateur du CBO, se déroule en général sur une journée et examine les conditions dans lesquelles l'exercice médical a lieu, la tenue des dossiers médicaux, l'équipement du service, les relations interdisciplinaires et avec les médecins généralistes ainsi que les résultats cliniques, même si ce dernier point ne donne lieu qu'à des conclusions timorées. L'évaluation s'appuie sur des entretiens avec le personnel médical mais également avec les infirmières, les personnels paramédicaux et les secrétaires du service. Elle conduit à l'émission de recommandations transmises au médecin concerné et discutées si le médecin accepte avec la direction de l'hôpital. Les visites ont lieu en moyenne tous les 5 ans ; depuis 1999, elles constituent un élément pris en compte dans la re-certification des médecins spécialistes.

En parallèle à ces démarches conduites par les pairs, le gouvernement a encouragé la mise en œuvre de procédures d'accréditation et créé l'institut hollandais pour l'accréditation (NIAZ) en 1999. Seule une accréditation est intervenue depuis cette date.

Enfin, la loi est également intervenue pour entériner la démarche qualité dans les établissements de soins (loi sur la qualité dans les institutions de soins entrée en vigueur en avril 1996). Le champ de la loi vise l'ensemble des établissements y compris les cliniques privées. Au terme de la loi, chaque établissement doit fournir des “ soins responsables ” (*responsible care*). Ce caractère “ responsable ” s'apprécie au travers de 4 critères : soins de qualité suffisante, efficaces (*effective*), efficaces (*efficient*) et orientés vers le patient.

La loi renvoie la responsabilité de la qualité à chaque établissement de soins (principe de délégation). En son sein, la responsabilité incombe tant à l'équipe de direction qu'aux professionnels de santé exerçant à l'hôpital, même si la direction est responsable en premier ressort. Pour ce faire, chaque établissement peut utiliser les standards et *guidelines* existants développés tant par le CBO que le NIAZ (Institut néerlandais pour l'accréditation des hôpitaux). Les établissements de soins peuvent également s'orienter vers des politiques de formation continue de ses équipes, nommer des *quality care officers*, conduire des sondages et enquêtes satisfaction parmi les patients.

Les premières enquêtes tendent à montrer que les établissements hospitaliers se seraient activement mobilisés autour de la qualité des soins dans les années récentes notamment sous l'impulsion du CBO. Cependant, la crise hospitalière (listes d'attente...) aurait ralenti les efforts en la matière ces dernières années..

3.2.5 *Le rôle des patients dans la qualité des soins*

La place du patient dans le système de santé hollandais est une préoccupation récente¹ du gouvernement.

¹ Aux Pays-Bas, les droits des patients sont affirmés dans la loi sur l'accord en cas de traitement médical dite loi WGBO (modification du code civil hollandais en 1995). Cette loi introduit pour le patient un droit à

Les avancées les plus innovantes concernent leur participation à la qualité des soins affirmée dans trois lois concomitantes.

Ainsi, depuis la loi de 1996 relative à la qualité dans les institutions de soins, les “ *patient and consumer organizations* ” participent à la mise en place de programme de qualité des soins dans les établissements de soins.

En outre, la loi sur le droit de plainte des usagers (*clients*) dans le secteur de la santé entrée en vigueur en août 1995 exige la mise en place d’une procédure adaptée de recueil et de traitement des plaintes dans chaque établissement de soins, préservant le droit à la vie privée des requérants.

Enfin, la loi de mai 1996 sur la participation des usagers (*clients*) des établissements de santé crée des conseils (*client council*) au sein des établissements dotés de pouvoirs importants d’avis notamment sur des nominations (dans ce cas, *binding recommendations*) mais également sur la qualité des soins et de la prise en charge (repas, sécurité matérielle...).

l’information ainsi qu’un droit au consentement éclairé (*informed consent*). Elle protège également les données médicales des patients considérées comme des éléments d’ordre privé.

CONCLUSION

En conclusion, les Pays-Bas apparaissent comme le faux bon modèle.

Bon modèle car il existe une proximité apparente avec le système français facilitant ainsi la comparaison : existence d'une médecine libérale ; couverture assurantielle financée pour les 2/3 de la population sur une base professionnelle (cotisations proportionnelles aux revenus...) et gérée par des caisses publiques. Bon modèle encore car les Pays-Bas ont initié une politique audacieuse de mise en concurrence des caisses d'assurance publique et des prestataires de soins, politique qui semble avoir fait des émules en France.

Néanmoins, ce modèle montre également ses limites pour l'analyse comparée du fait de trois éléments sociologiques importants :

- il existe aux Pays-Bas une tradition de concertation importante entre le ministère de la santé, les assureurs publics et privés et les professionnels de santé. Les réformes ont donc toutes été engagées sur une base concertée et acceptée de tous ;
- la médecine hollandaise place le médecin généraliste au cœur du système de soins, l'accès aux spécialistes étant subordonné à l'autorisation préalable du médecin généraliste (*gatekeeper*). Ce fonctionnement est ancien et remonte à 1941 ;
- les médecins généralistes, dont l'exercice libéral demeure un principe respecté, sont intégrés dans une logique collective prégnante qui passe tant par un fonctionnement en cabinet que par l'adhésion de plus de 90 % des médecins à l'association professionnelle (LHV) et de plus de 70 % au collège scientifique des médecins généralistes.

On retiendra donc de l'analyse du système néerlandais plusieurs axes de réflexions et s'emploiera à en tirer des conclusions.

① L'organisation de la médecine générale ouvre des pistes intéressantes

➤ *Le positionnement scientifique des médecins généralistes est fort et ancien aux Pays-Bas.*

Plusieurs facteurs ont contribué à asseoir ce positionnement : la création du collège scientifique (NHG), d'un journal scientifique, d'une chaire universitaire en médecin générale et la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité.

➤ *La mise en œuvre d'une obligation de re-certification renforce la formation continue des médecins.*

Il s'agit d'une obligation légale tous les 5 ans. L'originalité du dispositif réside dans la délégation de l'organisation de la re-certification à l'organisation professionnelle.

➤ *La démographie médicale fait l'objet d'un suivi exhaustif et pluridisciplinaire orchestré par les organisations professionnelles même si le gouvernement conserve une compétence générale pour fixer le numerus clausus en matière médicale.*

Pour conduire leur gestion prévisionnelle des effectifs, les organisations professionnelles disposent de données nombreuses relatives à la structure démographique de la profession, sa répartition géographique, le poids du temps partiel, le temps de travail. Elles sont assistées par le NIVEL, organisme indépendant, qui a développé ainsi une expertise solide en matière de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux et paramédicaux.

➤ *Le médecin généraliste est en position de gate-keeper du système de santé.*

Les Pays-Bas présentent la particularité d'avoir mis en place un tel système depuis près de 60 ans (1941). Cela conduit à une valorisation implicite du métier de généraliste. Néanmoins, ce positionnement va de pair avec :

- un élargissement du panier de soins à la charge du généraliste (90 % des soins peuvent être traités par les généralistes et notamment les petites interventions chirurgicales –dermatologie- ou les accouchements) ;
- une mobilisation des médecins en matière d'éducation du patient à la santé ;
- un système fortement contraint : aux Pays-Bas, les spécialistes doivent refuser les patients qui n'auraient pas une ordonnance du généraliste ; inversement, ils ne peuvent refuser de voir un patient adressé par un généraliste.

② Les conditions d'exercice de la médecine générale néerlandaise suggèrent des voies de réformes

➤ *Le contrat individuel conclu entre chaque médecin et les assureurs fixe les conditions d'exercice de la profession.*

Il s'agit d'un document large dans son contenu et dont la force paraît plus grande qu'en France (les médecins généralistes semblent attacher au respect des termes du contrat ; les assureurs ont la possibilité de déconventionner certains praticiens). Pour les assurés publics, il existe un modèle national de contrat : les termes des contrats sont identiques, ce qui évite une différenciation des prestations en fonction des types de malades.

La mission a pu noter que le pendant de cette relation conventionnelle forte organisée en amont, est la relative faiblesse des contrôles a posteriori et la confiance accordée par les assureurs en la capacité d'autorégulation de la profession.

➤ *L'autorégulation locale*

Les médecins généralistes ont une tradition ancienne d'exercice collectif de la profession : tradition de la coopération locale pour organisation des gardes... Cette coopération s'étend aux infirmières libérales et pharmaciens. Depuis quelques années, des groupes locaux de travail -groupe de 10 à 15 généralistes- ont en outre été créés à l'initiative du collège scientifique des médecins. S'ils permettent un échange entre pairs, la mission a pu constater qu'ils constituent à l'inverse un puissant outil de surveillance mutuelle.

➤ *Une collaboration active avec les autres professionnels de santé (infirmières...)*

Les débats sont prégnants aux Pays-Bas quant aux transferts de compétences possibles des médecins généralistes vers les paramédicaux, la collaboration entre les diverses professions étant anciennes en matière de soins de ville. La récente loi sur les soins individuels (loi BIG) a créé la catégorie des professionnels "fonctionnellement indépendants" mais qui n'auraient pas l'autorisation directe de la loi pour accomplir certains actes (exemple de l'infirmière qui pose des cathéters urinaires quotidiennement...).

③ La régulation des dépenses n'offre que peu d'outils novateurs.

La régulation de la dépense s'appuie sur des outils macroéconomiques classiques comme l'enveloppe budgétaire ou l'encadrement des prestations et des prix. Depuis les réformes DEKKER, le mode d'entrée des Pays-Bas quant à la régulation des coûts a changé et s'appuie dorénavant sur la mise en concurrence entre caisses publiques placées en position d'acheteurs de soins face à des professionnels également mis en concurrence (conventionnement sélectif). Si cette réforme a conduit à des gains d'efficacité chez les assureurs, les impacts sont encore limités chez les professionnels (le conventionnement sélectif est peu usité dans un contexte de pénurie de médecins généralistes).

En revanche, la grande novation de la réforme est d'avoir transféré progressivement et partiellement le risque financier de l'Etat vers les assureurs.

④ La qualité des soins : une préoccupation récente (fin des années 1980) mais partagée par l'ensemble des acteurs.

Les Pays-Bas présente l'intérêt d'offrir un panel important d'outils de la qualité :

- des normes déontologiques encadrées par la loi BIG ;
- une obligation de formation continue, légalisée par la loi dans le cadre de la re-certification ;

- le développement et la diffusion de recommandations de bonne pratique nationales et dont l'appropriation par les médecins généralistes est massive et satisfaisante ;
- des outils d'évaluation professionnelle individuelle.

Plus généralement, la mission a pu noter une réelle appropriation par les médecins de l'impératif de qualité. Au terme d'une analyse grossière, plusieurs éléments peuvent être identifiés comme des facteurs clés de succès :

- le consensus des acteurs autour de la qualité (ministère, médecins, associations de patients) ;
- une mise en œuvre de l'objectif de qualité par les médecins eux mêmes. Les organisations professionnelles de médecins (LHV et NHG) sont présentes du début à la fin de la chaîne : élaboration des recommandations de bonne pratique par le collège scientifique des médecins généralistes, service après vente effectué par les professionnels (relais régionaux de la LHV), appropriation et discussion dans le cadre des groupes locaux de travail, accréditation des cours de recertification par la LHV...

- en revanche, la mission n'a pu que constater le retrait des assureurs sur ce dossier, le rôle de la convention comme vecteur de la qualité des soins étant notamment peu probant à ce jour.

Carine CHEVRIER-FATOME

Résumé du rapport n° 2002 070 présenté par Mme Carine CHEVRIER-FATOME

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son programme de travail pour 2001. Le thème retenu porte sur les dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Ce document constitue le rapport de site relatif à l'étude des outils de l'encadrement de la médecine de ville aux Pays-Bas. Il fait donc la synthèse des observations effectuées par la mission dans ce pays.

I. A cet égard, les Pays-Bas offrent un cadre intéressant d'analyse comparée pour trois raisons au moins.

1. Les Pays-Bas figurent parmi les rares pays de l'OCDE à avoir réussi à stabiliser la part des dépenses de santé dans son PIB au cours de la dernière décennie tout en conservant des taux de remboursement corrects. Les dépenses de santé représentent 8,9 % du PIB, soit une augmentation de 0,1 point depuis 1990.

2. Le système néerlandais de santé a fait l'objet de réformes dans les années 1990 dont les principaux leviers sont l'introduction d'une concurrence régulée entre caisses d'assurance publiques, le transfert partiel des risques vers les assureurs publics et le début d'une mise en concurrence entre fournisseurs de soins.

Après 14 ans de réformes, il en résulte une transformation conséquente du paysage assurantiel néerlandais même si l'ensemble des réformes n'a pu être mené à son terme. Ainsi, la concurrence entre caisses publiques est réalisée, ce qui a engendré des gains d'efficacité non négligeables au sein des caisses. Cette mise en concurrence est allée de pair avec un transfert partiel du risque financier de l'Etat vers les caisses. En revanche, la réforme n'est pas allée à son terme en ce qui concerne la mise en concurrence entre assureurs publics et privés, qui restent deux groupes d'acteurs cloisonnés couvrant des catégories de population déterminées par la loi. La possibilité offerte aux assureurs de contractualiser de manière sélective avec les prescripteurs de soins a également échoué sur la pénurie de l'offre médicale en ville.

3. L'organisation du système de santé présente des similitudes institutionnelles notables avec la France mais également des divergences non négligeables.

La couverture assurantielle du risque maladie relève d'une logique professionnelle et est gérée par des caisses publiques pour 65 % de la population. Néanmoins, elle présente les particularismes suivants.

En premier lieu, toute la population est couverte par la loi A.W.B.Z. qui assure la couverture des soins les plus onéreux et de longue durée. C'est une assurance de plein droit –ie toute personne répondant aux critères spécifiés par la loi est assurée- et ouverte aux résidents des Pays-Bas et aux non résidents assujettis à l'impôt néerlandais.

Le second étage assurantiel concerne la couverture des soins courants. Ces derniers sont assurés par les caisses publiques pour 65 % de la population ou des assurances privées pour 35 % d'entre eux. Le régime Z.F.W. (*Ziekensfondswet*), géré par les caisses publiques, concerne les salariés dont les revenus sont inférieurs à un plafond d'affiliation (fixé à 29 800 € en janvier 2002), les personnes de plus de 65 ans dont le revenu est inférieur à 19 000 €, les bénéficiaires d'allocations sociales et les entrepreneurs indépendants avec un revenu maximal de 19 000 €.

En troisième lieu, l'assurance volontaire couvre l'ensemble des soins pour lesquels l'Etat considère que la prise en charge relève de l'initiative individuelle. Ce segment de soins est couvert tant par les caisses publiques d'assurance que par les assureurs privés. 90 % des assurés ont opté pour une couverture complémentaire.

Le corollaire de cette organisation est donc le financement mixte public/privé du système de santé néerlandais. A l'exception des Etats-Unis, la quote-part des assurances maladie privées est la plus élevée des pays de l'OCDE. En outre, les Pays-Bas sont l'un des rares pays où les assurances privées ne sont pas seulement complémentaires aux assureurs publics mais assureurs au premier franc pour certaines catégories de personnel.

En matière d'offre de soins, la médecine de ville est, comme en France, une médecine libérale. Elle est essentiellement composée de médecins généralistes, la grande majorité des spécialistes (75 %) exerçant à l'hôpital. Les médecins généralistes sont au nombre de 7 000, ce qui porte leur densité par rapport à la

population à 0,46 pour 1 000 habitants, soit un médecin pour 2 310 patients. Le contexte actuel est marqué par la pénurie de l'offre ; les généralistes étant par conséquent en position de force par rapport au gouvernement.

Les médecins généralistes prodiguent les soins dits de premier niveau et servent, pour les assurés des caisses publiques, de *gate-keepers* à l'égard du système hospitalier. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui (*listed*). Cette inscription est obligatoire pour les assurés des caisses publiques mais reste optionnelle chez les assurés privés. Dans la pratique néanmoins, les assurés privés sont également référencés chez un médecin généraliste. Ce positionnement va de pair avec :

- un élargissement du panier de soins à la charge du généraliste (90 % des soins peuvent être traités par les généralistes et notamment les petites interventions chirurgicales –dermatologie- ou les accouchements) ;
- une mobilisation des médecins en matière d'éducation du patient à la santé ;
- un système fortement contraint : aux Pays-Bas, les spécialistes doivent refuser les patients qui n'auraient pas une ordonnance du généraliste ; inversement, ils ne peuvent refuser de voir un patient adressé par un généraliste.

Les médecins hollandais sont rémunérés en partie à la capitation lorsqu'ils soignent les assurés du Z.F.W. et en partie à l'acte lorsque leur patient relève des assurances privées. Le principe de la rémunération à la capitation fait l'objet de débats récurrents aux Pays-Bas du fait de ses effets ambigus sur le système de santé. D'un point de vue budgétaire, il s'agit d'un outil efficace de contrôle budgétaire, le montant de la capitation étant annuellement fixé. Du point de vue du généraliste, il constitue en outre une garantie de ressources et sécurise ainsi un niveau annuel de revenus. Néanmoins, le niveau de la capitation étant fixé au regard d'un revenu annuel moyen –établi par rapport à des professions équivalentes- pour le généraliste, il prend mal en compte la charge croissante de travail des médecins.

II. Néanmoins, le modèle hollandais montre également ses limites pour l'analyse comparée du fait de trois éléments sociologiques importants.

1. Il existe aux Pays-Bas une tradition de concertation importante entre le ministère de la santé, les assureurs publics et privés et les professionnels de santé. Les réformes ont donc toutes été engagées sur une base concertée et acceptée de tous.

2. Les médecins généralistes, dont l'exercice libéral demeure un principe respecté, sont intégrés dans une logique collective prégnante. Elle passe tant par un fonctionnement en cabinet –plus de 50 % des médecins exercent dorénavant dans des cabinets pluriprofessionnels- que par la participation à des groupes locaux de travail. Depuis quelques années, des groupes locaux ont en effet été créés à l'initiative du collège scientifique des médecins (NHG) et réunissent régulièrement au sein d'une zone géographique 10 à 15 médecins. S'ils permettent un échange entre pairs, ils constituent à l'inverse un puissant outil de surveillance mutuelle.

Par ailleurs, à l'échelon national, 90 % des médecins adhèrent à l'association professionnelle des généralistes (LHV) et plus de 70 % au collège scientifique des médecins généralistes (NHG).

Cette collaboration s'étend également aux autres professionnels de santé, y compris les pharmaciens (à travers les FTTO). Les débats sont ainsi prégnants aux Pays-Bas quant aux transferts de compétences possibles des médecins généralistes vers les paramédicaux. La récente loi sur les soins individuels (loi BIG) a ainsi créé la catégorie des professionnels " fonctionnellement indépendants " qui, sous la responsabilité d'un professionnel autorisé, peuvent accomplir certains actes pour lesquels ils n'ont pas d'autorisation directe de la loi.

3. L'exercice de la médecine générale néerlandaise s'appuie sur un contrat fort et s'inscrit dans une tradition d'autorégulation locale.

Le contrat individuel conclu entre chaque médecin et les assureurs fixe les conditions d'exercice de la profession. Il s'agit d'un document large dans son contenu et dont la force paraît plus grande qu'en France (les médecins généralistes semblent attachés au respect des termes du contrat ; les assureurs ont la possibilité de déconventionner certains praticiens). Pour les assurés publics, il existe un modèle national de contrat : les termes des contrats sont identiques, ce qui évite une différenciation des prestations en fonction des types de malades.

La mission a pu noter que le pendant de cette relation conventionnelle forte organisée en amont, est la relative faiblesse des contrôles a posteriori et la confiance accordée par les assureurs en la capacité d'autorégulation de la profession.

III. L'analyse du système néerlandais permet de mettre en évidence des outils d'encadrement de la médecine de ville qui sont autant d'axes de réflexion pour la France.

1. La régulation des dépenses n'offre que peu d'outils novateurs.

La régulation de la dépense s'appuie sur des outils macroéconomiques classiques comme la détermination d'une enveloppe budgétaire annuelle et l'encadrement des prestations et des prix (notamment par le forfait annuel de capitation). Depuis les réformes DEKKER-SIMONS, la mise en concurrence entre caisses publiques placées en position d'acheteurs de soins face à des professionnels également mis en concurrence (conventionnement sélectif) participe également de cette maîtrise de la dépense et ce d'autant plus qu'une partie du risque financier est dorénavant directement supportée par les caisses publiques.

2. La qualité des soins est une préoccupation récente et partagée par l'ensemble des acteurs (professionnels de santé, syndicats, patients, pouvoirs publics, assureurs dans une moindre mesure). Elle passe par la mise en place de divers instruments.

Des normes déontologiques ont été précisées par la loi sur les professions de santé dite loi BIG. Cette loi votée en novembre 1993 est entrée définitivement en vigueur fin 1998. Elle met également en place une procédure disciplinaire transparente, unique et publique pour sanctionner le non respect de ces normes.

Les Pays-Bas viennent également d'instaurer une obligation dite de recertification. Il s'agit d'une obligation légale contrôlée par l'association professionnelle des médecins. Alors que dans un premier temps, plusieurs options avaient été avancées concernant le ré-enregistrement, l'alternative étant l'évaluation individuelle sur place du professionnel ou la validation d'un nombre minimal de cours obligatoires, c'est finalement cette dernière option qui a prévalu -validation de 40 cours de formation spécifique-. Les sanctions en cas d'absence de re-certification vont de la prolongation du délai (deux ans pour faire ses preuves) au retrait de l'autorisation d'exercer la profession. L'originalité du dispositif réside dans la délégation de l'organisation de la recertification à l'association professionnelle des médecins qui contribue à la préparation des cours et à leur accréditation. Il existe un comité d'accréditation largement piloté par l'association des médecins. Une fois agréés, les cours sont dispensés au sein des groupes locaux de travail.

Par ailleurs, le développement et la diffusion de recommandations de bonne pratique nationales participent également de l'amélioration de la qualité. Là encore, l'approche hollandaise est intégrée puisque les recommandations de bonne pratique sont aux mains d'un unique acteur, le collège scientifique des médecins généralistes. La diffusion est assurée par les relais locaux du syndicat professionnel, l'appropriation de ces bonnes pratiques par les médecins généralistes paraît ainsi généralisée et satisfaisante.

Enfin, des outils d'évaluation professionnelle individuelle (*visitation programmes*) sont proposés aux praticiens sur une base volontaire.

En conclusion, la mission a pu noter une réelle appropriation par les médecins de l'impératif de qualité. Au terme d'une analyse grossière, plusieurs éléments peuvent être identifiés comme des facteurs clés de succès :

- le consensus des acteurs autour de la qualité (ministère, médecins, associations de patients) ;
- une mise en œuvre de l'objectif de qualité par les médecins eux mêmes : les organisations professionnelles de médecins (LHV et NHG) sont présentes du début à la fin de la chaîne : élaboration des recommandations de bonne pratique par le collège scientifique des médecins généralistes, service après vente effectué par les professionnels (relais régionaux de la LHV), appropriation et discussion dans le cadre des groupes locaux de travail, accréditation des cours de recertification par la LHV...
- en revanche, la mission n'a pu que constater le retrait des assureurs sur ce dossier, le rôle du contrat comme vecteur de la qualité des soins étant notamment peu probant à ce jour.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe n° 1 :** Les réformes du système de santé hollandais au cours des années 1990
- Annexe n° 2 :** Les évolutions récentes de la politique du médicament aux Pays-Bas
- Annexe n° 3 :** Organigramme du ministère de la santé, du bien-être et des sports (**non disponible**)
- Annexe n° 4 :** Liste des personnes contactées ou rencontrées
- Annexe n° 5 :** Sources documentaires

ANNEXE N° 1 :

Les réformes du système de santé hollandais au cours des années 1990

Les Pays-Bas ont mis en œuvre au cours des années 1990 des réformes ambitieuses inspirées par le rapport de la commission DEKKER remis en décembre 1987. Au terme de travaux importants, cette commission proposait en effet une refonte profonde de l'organisation de l'assurance maladie autour de trois axes majeurs.

1. La première proposition visait à mettre en place une assurance sociale universelle harmonisée en fusionnant la couverture A.W.B.Z. (soins exceptionnels) et Z.F.W. (soins ordinaires). L'objectif était ainsi d'offrir une couverture de base couvrant environ 85 % des soins, couverture qui pouvait le cas échéant être complétée par des mécanismes d'assurance complémentaire.
2. Il s'agissait en outre d'introduire des mécanismes de mise en concurrence entre assureurs pour l'offre d'un contrat d'assurance maladie standardisé. Cette concurrence visait les caisses publiques entre elles d'une part ; les caisses publiques et les assureurs privés d'autre part. Une première tentative de mise en concurrence avait déjà échoué en 1974.

La mise en concurrence portait des réflexions de la commission selon lesquelles, lorsque la maîtrise des dépenses est menée par un unique acteur, l'Etat, elle conduit à long terme à détériorer la qualité des soins. Par conséquent, pour la commission, il s'agissait de rechercher d'autres solutions que la maîtrise des dépenses et en l'espèce la mise en concurrence.

3. Le troisième axe de réforme concernait la mise en concurrence entre les offreurs de soins. Cette concurrence devait résulter de deux instruments : la transformation des assureurs en acheteurs de soins pour leurs assurés; la possibilité d'une contractualisation sélective des assureurs avec les professionnels de santé.

1. La première vague de réformes : 1988-1994

Aux termes du rapport DEKKER, les réformes devaient être réalisées avant la fin de l'année 1992, cette période ayant été finalement étendue à fin 1995. Si les objectifs initiaux n'ont pas été atteints – notamment la mise en place d'une couverture obligatoire unique réunissant la couverture A.W.B.Z. et Z.F.W.-, certaines réformes substantielles ont néanmoins été menées à terme sur le champ de l'assurance des soins ordinaires.

1. *La dérégulation du marché de l'assurance publique*

Depuis 1992, les caisses publiques peuvent agir librement sur l'ensemble du territoire national alors qu'elles relevaient auparavant d'un ressort régional.

Le marché de l'assurance publique a été ouvert. Une caisse publique nouvelle a ainsi été créée à l'initiative des plusieurs compagnies privées et d'un gros employeur alors qu'aucune création n'était intervenue entre 1941 et 1991.

2. *La recherche de l'efficacité au sein des caisses publiques*

Alors que les caisses publiques d'assurance maladie recevaient un remboursement intégral des dépenses médicales versé par un fonds central, les remboursements ont été progressivement, depuis 1993, ajustés en fonction du risque des assurés (calcul réalisés en fonction de l'âge, du sexe, de la région, du degré de dépendance) et ce, pour ce qui concerne les soins ordinaires (soins hospitaliers, médicaments, certains soins dentaires...). Ainsi, la différence entre les dépenses réelles de la caisse et les dépenses remboursées par le fonds central devait rester progressivement à la charge de la caisse publique et ce, dans le but de transformer les caisses publiques en porteurs de risques (*risk-bearing enterprises*). En 1994, le risque supporté par les caisses était néanmoins minime puisque 97,5% de la différence était encore comblé par le fonds central.

Par ailleurs, la mise en concurrence devait être renforcée par la possibilité pour les caisses publiques (mais également pour les compagnies d'assurance) de contracter sur des bases de remboursement inférieures ou supérieures à celles fixées par la loi. Cette option n'a cependant pas été utilisée.

Enfin, deux mesures ont ouvert la voie d'une mise en concurrence également dans les rapports avec les assurés.

Ainsi, si l'essentiel des cotisations reste corrélé aux revenus, une partie des cotisations est dorénavant ajustée en fonction du risque et non plus des revenus. Cette partie non proportionnelle est laissée à la discrétion des caisses permettant ainsi une mise en concurrence entre elles. De plus, depuis 1992, les assurés des caisses publiques ont le droit de choisir leurs caisses d'affiliation et de changer tous les ans.

3. Des mutations dans les relations avec les professionnels de santé

En 1994 est introduite la possibilité pour les caisses de négocier de manière sélective avec les médecins et les pharmaciens de leur zone géographique. Cette option constitue une réforme majeure, une loi de 1941 imposant la négociation avec tous les médecins de leur zone. Elle n'a semble-t-il pas été utilisée sur la période.

Les résultats de ces mesures ont été néanmoins décevants. Au lieu de donner lieu à la mise en place d'un marché interne entre assureurs et fournisseurs de soins, les politiques ont eu pour effet d'encourager les phénomènes d'ententes entre professionnels de santé et assureurs, annihilant ainsi l'objectif de maîtrise des coûts. Cet échec s'est traduit par des baisses autoritaires par le gouvernement des rémunérations des praticiens.

2. Les réformes entre 1994 et 1998

Cette période commence avec la nomination d'un nouveau gouvernement en août 1994 et l'annonce d'un nouveau plan de réforme en mai 1995. Ce dernier rompt avec les réformes DEKKER et SIMONS précédentes en ce qu'il renonce à introduire un système unique de couverture des soins de base (rejetant ainsi la fusion entre l'assurance A.W.B.Z. et l'assurance obligatoire Z.F.W.).

Dorénavant, l'assurance offerte par l'A.W.B.Z. reste partiellement en dehors du champ des réformes, le gouvernement considérant en outre que la régulation de l'assurance des risques lourds relève de l'Etat en ce qui concerne la planification de l'offre, l'encadrement budgétaire et les prix. La période a été marquée par une restriction des dépenses couvertes par l'A.W.B.Z. au profit de la Z.F.W. (cas des prescriptions médicamenteuses qui sont transférées de l'A.W.B.Z. au Z.F.W.).

En revanche, dans le domaine de l'assurance des soins ordinaires, le gouvernement s'est largement inscrit dans les réformes DEKKER et SIMONS.

1. La mise en concurrence régulée

Dans un souci de réalisme, le gouvernement a annoncé le maintien temporaire du cloisonnement assurance publique/assurance privée tout en renforçant la concurrence sur chacun des deux segments.

La période est marquée par le vote de la loi sur la concurrence (*Mededingswet*) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998 qui donne de nouveaux moyens pour interdire les ententes entre assureurs et entre fournisseurs de soins. En particulier, une autorité de la concurrence a été mise en place (NMA) qui a reçu près de 300 demandes de dérogations dans sa première année d'exercice.

2. La poursuite de l'efficacité au sein des caisses publiques

Dans le but de toujours rechercher une plus grande prise en charge du risque par les caisses publiques (*risk-bearing enterprises*), les enveloppes allouées aux caisses sur la base des critères de risques ont progressivement été réajustées. Ainsi, alors que le risque supporté par la caisse s'établissait à 2,5% de la différence entre les dépenses réelles de la caisse et les dépenses remboursées par le fonds central en 1995, il a été porté à 29% de la différence en 1998.

3. La révision du mode de rémunération des médecins spécialistes

S'appuyant sur les travaux de la commission BIESHEUVEL¹, le gouvernement a entrepris une refonte profonde des rémunérations des spécialistes à l'hôpital en introduisant un nouveau mode de relations contractuelles entre médecins et hôpitaux et en substituant à la rémunération à l'acte une rémunération négociée avec l'hôpital.

3. Les réformes sur la période 1998-2002

Le gouvernement nommé en 1998 a poursuivi deux orientations :

1. *L'approfondissement de la concurrence régulée dans le domaine de l'assurance des soins ordinaires*

Dans les caisses publiques, la politique de transfert du risque s'est poursuivie, la part du risque ayant été portée à 36 % de la différence en 2000. Ce pourcentage résulte en grande partie de l'augmentation du seuil de déficit à partir duquel la compensation de l'Etat intervient, ce seuil ayant été porté de 4500 florins (2227 euros) à 10 000 florins (4506 euros).

Chez les assureurs privés, le projet initial prévoyait un transfert du risque vers les assureurs en ce qui concerne le contrat standard WTZ mis en place par la loi de 1998 et qui constitue un panier minimal de garanties obligatoires offertes par les assureurs privés. Néanmoins, après négociation, aucun mécanisme de transfert du risque financier n'a pu être mis en place, la couverture WTZ étant entièrement compensée par l'Etat.

2. *La réforme de l'assurance A.W.B.Z.*

Le premier compartiment d'assurance jusque là laissé à l'écart de la réforme a donné lieu au cours de cette période à diverses mesures :

- la création de 30 bureaux régionaux de santé –un par région- en charge de négocier, au nom des assureurs, avec les fournisseurs de soins sur la partie A.W.B.Z. ;
- le pouvoir de négociation sélectif de ces bureaux avec les fournisseurs de soins.

A noter que contrairement à l'assurance des soins ordinaires, l'assurance A.W.B.Z. ne s'appuie pas sur une mise en concurrence des assureurs entre eux et n'induit aucun transfert du risque sur les assureurs, le risque étant entièrement compensé par l'Etat.

4. Perspectives

Après dix années de réformes, la concurrence entre les caisses publiques semble désormais acquise aux Pays-Bas. A l'inverse, aucune démarche de mise en concurrence n'a été engagée entre assureurs privés et publics sur le segment de l'assurance obligatoire.

La confrontation assureurs- fournisseurs offre également des résultats décevants (peu de baisses des prix, pas de sélectivité), cela s'expliquant par les mécanismes d'entente forts qui subsistent entre les fournisseurs de soins et la concentration nouvelle de ce secteur (certains hôpitaux étant en situation de monopole dans certaines régions). Par conséquent, la régulation de la dépense de santé, notamment hospitalière, continue de relever, avant tout, du gouvernement et de mécanismes centraux : maintien d'un budget global hospitalier, encadrement tarifaire fort...

Néanmoins, les parties hollandaises semblent s'accorder sur la nécessité de poursuivre les réformes, des réflexions étant actuellement en cours entre les différents partis susceptibles de former une coalition gouvernementale à l'issue des élections de mai 2002.

¹ En revanche, le volet "soins primaires" n'a pas été mené à son terme, la commission BIESHEUVEL prévoyant également l'introduction d'un mécanisme flexible de bonus dans la rémunération des médecins généralistes, bonus liés à l'efficacité et à différents indicateurs de performance.

Le plan Ers Borst, du nom du Ministre de la Santé, intitulé “ *Vraag en aan Bod* ” (la demande et l’offre) propose ainsi la constitution d’une assurance obligatoire unique réunissant les deux compartiments antérieurs (Z.F.W. et A.W.B.Z.). Cette assurance, qui pourrait couvrir 85 % des soins, prendra en charge un paquet de soins de base qui correspondra à ce que propose actuellement le Z.F.W., ie consultations médicales courantes (médecins généralistes, spécialistes , hôpital et médicaments).

Le projet prévoit également la mise en place d’une franchise obligatoire de 200 florins (90 €) pour tous les assurés.

Les arguments qui plaident en faveur d’une fusion des deux compartiments sont les suivants :

- la frontière entre les soins exceptionnels et complémentaires suscite des interrogations ;
- le système encourage de la part des assureurs des effets de substitution entre les soins exceptionnels sur lesquels ils ne sont pas responsables financièrement et les soins ordinaires, moins coûteux, sur lesquels ils sont responsables ;
- Des soins en partie corrélés peuvent dans certains cas relever de l’un et l’autre compartiment ;
- Le système à deux compartiments est en soi complexe (induit deux modes de régulation).

ANNEXE N° 2 :

Les évolutions récentes de la politique du médicament aux Pays-Bas

1. Introduction

The use of medicines in the Netherlands currently poses something of a dilemma. Medicines often represent an essential part of the treatment regime. Moreover, in an increasing number of instances, their use can preclude more drastic interventions. New medication offers effective treatments for hitherto untreatable conditions. However, medicines now account for a much greater proportion of the overall healthcare budget. This is particularly the case with those prescribed as part of extramural treatment. The increase in expenditure is somewhat greater than that budgeted at the beginning of this cabinet term. This could jeopardize spending power in other essential areas of healthcare. The problem is not exclusive to the Netherlands. In all western countries, the problem of increasing expenditure on medication is one which demands considerable political attention. In the Netherlands, per capita expenditure on medication is actually among the lowest in Europe.

Since coming to office, the current Dutch cabinet has taken a number of far-reaching short-term measures aimed at controlling expenditure. These have certainly had a positive effect. A sustainable reduction of approximately two billion guilders has now been realized. The Cabinet intends to give individual health insurers a greater role in this process of cost control, allowing them to direct the supply and usage of pharmaceuticals. Appropriate instruments will be provided. By imposing budgets on the health insurers to cover (and at the same time limit) the costs of (extramural) medicines, the Cabinet has given those insurers a financial incentive to fulfil that role. The budget system is now in place, but the insurers have not yet assumed adequate responsibility for the management of the medicine supply chain.

Better coordination of prescribing practice of both general practitioners and specialists will lead to better and more effective medication. This is a spearhead of policy. Accordingly, the Cabinet is actively promoting cooperation with regard to pharmaceutical care among doctors and pharmacists, both in hospitals and in general practice, by means of the Pharmaco-Therapeutic Transmural Consultation (FTTO). The Cabinet has also supported the introduction of an electronic prescription system (EVS), a computerised guide to good prescription practice. In order to increase the market effect of competition, the Cabinet shifted responsibility for purchasing pharmaceuticals from the individual pharmacist to the health insurers. This is a radical change, the assimilation of which will demand time and a change of attitude on the part of the parties involved.

However, the Cabinet became aware of indications that these measures, and the scope for their development established at the time, would not be adequate to provide a full solution to the problem, certainly not in the longer term. It became clear that, despite the marked reductions that had been realized, further budgetary problems were likely to arise. An issue that remained open was that of the apparent conflict between the short-term policy (further active interventions on the part of the government) and the long-term policy (devolving management responsibility to the health insurers). The Cabinet therefore decided to seek advice from experts in public administration, science and private sector commerce. An "Advisory Commission on the Implementation of Medicine Policy" was formed, under the chairmanship of former minister, Professor B. de Vries.

The De Vries Commission clearly established the necessity of implementing a concrete medicine policy, with health insurers assuming managerial responsibility for the medicine supply chain. That the current Cabinet policy does indeed lay aside a greater role for the insurers is an indication that the policy is on the right course. However, further steps by which appropriate instruments are made available now become essential if the desired results are to be achieved.

Since the publication of the De Vries report, two further recommendations have been produced. The first of these is that of the MDW Working Party on Medicines, set up at the request of the Lower House under the 'Van Zuijlen motion'. The Working Party identified the instruments required by insurers to fulfil their new role, and the obstacles that would have to be removed. Further, at the initiative of the insurers themselves, the Boston Consulting Group produced a recommendation under the chairmanship of former minister Mr G.J. Wijers. This set out ways in which the insurers can approach the question of medicines in the years ahead.

2. The recommendations of the De Vries Commission, the MDW Working Party and the Boston Consulting

Advisory Commission on the Implementation of Medicine Policy

The De Vries Commission supports the Cabinet's aims of further regulatory market forces (with budgetary responsibility held by insurers), greater effectiveness of prescription practice through the Pharmaco-Therapeutic Transmural Consultation (FTTO) and the electronic prescription system (EVS), and the redefinition of the pharmacists' role. However, the Commission expresses serious concerns regarding the degree to which current financial estimates can be said to be realistic. In the Commission's opinion :

- a) full implementation of policy will take longer than planned (whereby beneficial effects will be delayed);
- b) the estimate of growth in expenditure is too low.

The De Vries Commission finds that the short-term policy geared towards cost control is in direct conflict with the long-term policy, which relies on the regulatory effect of market forces. According to the Commission, within a system of regulated competition, the government's own budgetary responsibility must be confined to establishing the level of the compulsory health insurance premiums.

The Commission makes a number of concrete recommendations, largely geared towards allowing the insurers themselves more influence in their directorial role. They include :

- health insurers should exercise direct influence over prescription practice ;
- responsibility for purchasing should be taken by the insurers ;
- insurers should be allowed the opportunity of compiling an 'approved' reimbursement package of medications (which may or may not cover entire breadth of pharmaceutical interventions) ;
- with regard to centralized legislation, the Healthcare Tariffs Act (WTG) and the Medications Reimbursement System (GVS) should be abolished (subject to a transition period). The existing Act regulating the prices of medicines can be maintained;
- The government's direct financial responsibility should be confined to establishing the levels of compulsory health insurance premiums.

Greater consistency in the management of the healthcare system and the freedom of insurers to establish which medicines are to be included in their reimbursement package will, believes the Commission, enable the insurers to follow a more independent policy, while also being able to differentiate themselves in a competitive market.

MDW Working Party on Medicines

Further to the 'Van Zijlén motion', the Cabinet set up the interdepartmental MDW Working Party on Medicines. The Working Party's remit was to investigate supplementary measures required to provide the health insurers with appropriate (additional) instruments in order to fulfil their (new) responsibility for the purchase of pharmaceuticals. The Working Party was also asked to investigate means of removing obstacles standing in the way of new pharmaceutical market entrants. Like the De Vries Commission, the Working Party identified certain inconsistencies between existing policy and its implementation. The policy of offering insurers greater freedom is not, the Party states, consistent with existing legislation. Indeed, it is this very legislation which is responsible for many of the obstacles to renewal in this area. The MDW Working Party recommends an extensive programme of deregulation, coupled with more, and more effective, instruments for the use of insurers and distributors. It advises the discontinuation of the system which relies on agreements at national level. With the somewhat longer term in view, the MDW Working Party advises liberalization of standard insurance agreements, in which case reimbursement regulation will no longer be necessary.

Association of Dutch Health Insurers (ZN)

It is not without significance that the umbrella organization Association of Dutch Health Insurers (ZN) itself decided to investigate means of empowering insurers with regard to controlling expenditure on medications. The insurers can thus be seen to have taken up the gauntlet in earnest. The ZN report clearly describes the possibilities and opportunities which the insurers themselves believe exist, the priorities they have established, and the timeframe within which they believe they will be able to realize their intentions. Like the Cabinet itself, the health insurers see greater effectiveness in prescription practice and distribution as a high priority. They believe there to be significant opportunities for greater involvement in the purchase of pharmaceuticals. However, a precondition will be that the government takes a lesser role. The ZN conclusions are therefore very much in line with the recommendations of both the De Vries Commission and the MDW Working Party.

Reactions from the field

A national conference to discuss these reports was held, to which representatives of all parties involved - healthcare, wholesale distributors and the pharmaceutical industry were invited. At the conference, it became apparent that almost all shared a considerable "sense of urgency" to proceed along the path set out, to arrive at

more effective control of expenditure. The pharmacists tended to place greater emphasis on the (therapeutic) advantages of the medicines. The conference further demonstrated a large degree of concordance concerning current Cabinet policy and the direction in which it is to develop. However, a few reservations were expressed. Firstly, a misgiving expressed mainly by patient representatives, was that the recommendations seemed to lose sight of the interests of the consumer, i.e. the patient or the insurance policyholder. While the astute consumer attaches some importance to freedom of choice both in insurance and in healthcare services, practice suggests that limited choice actually exists, especially in the case of patients with long-term illness or disability. Calls were made for more use to be made of the knowledge and experience of patients themselves, their wishes to be heeded to a greater degree. In terms of effective prescription and use of pharmaceuticals, there is considerable expertise to be found within the patient organizations. At present, this expertise is being under-utilized. A second reservation concerns the role of the doctor. Doctors actually write the prescriptions for medicines. There would appear to be some room for improvement in terms of the quality and effectiveness of pharmaceutical-based healthcare. However, such improvement can only be made if those writing the prescriptions are open to appropriate professional guidance. That guidance will be in the form of protocols for treatment (which will be evidence-based wherever possible), established by means of FTTO agreements and the use of the EVS. There must be more prescribing by generic name rather than brand name, feedback on prescribing practice from pharmacists or insurers, and (peer group) assessment of the degree to which agreements are observed. This further entails a level of support for the new role of the health insurers being created among the healthcare professionals and their organizations.

In response to the conclusions of the national conference, the umbrella organizations representing both general practitioners and medical specialists stated that are they prepared to encourage economical and effective prescription practice by means of the Electronic Prescription System (EVS).

The reservations expressed also appear in the report produced by the Advisory Board on Pharmaceutical Care, made up of experts from the field. This report looks at the policy from the point of view of those who actually provide pharmaceutical care. The advisory board pointed to practical opportunities for altering the conduct of health insurers and healthcare providers. Such changes will demand time and effort. Any change in attitudes and conduct with the organizations and the professionals in healthcare will require skill and motivation. The advisory board made a number of suggestions whereby the changes can be facilitated.

Conclusion

All recommendations point in the same general direction and can be summarized as follows: health insurers should be given the opportunity and means to take up a new role within the medicine supply chain.

Further progress

Each report offers practical suggestions for ways in which further progress can be made. Each wishes to see the position of the health insurers strengthened against that of the healthcare providers, the suppliers of pharmaceuticals, policyholders and the government. They further wish to see a greater degree of competition between individual health insurers. The recommendations are geared towards the insurers' relationship with each of the other parties :

- healthcare providers: the promotion of effective prescription practice ;
- suppliers: purchasing, pricing levels and distribution of pharmaceuticals ;
- policyholders: more flexibility in the package offered (whereby the insurer determines the content of the reimbursement package rather than being tied to a national standard) and in the premiums themselves (with some opportunity for standardization) ;
- government: an extensive programme of deregulation, with emphasis shifting to monitoring and supervision.

According to all reports, the end result must be a system of regulated market forces, with health insurers becoming full and prominent players on the demand side. Only in this way can expenditure on medications be controlled in the longer term. The government's means of doing so are rapidly becoming exhausted. It is now recognized that modification of prescription practice can only be brought about effectively if there is a party with a direct (financial) relationship with the prescribers. That party is the health insurer.

Despite the similarity in approach and conclusions, there are some areas of divergence between the reports. For example, the ZN report chooses not to examine the position of medical specialists and hospitals, and questions the effectiveness of a voluntary system of pharmaco-therapeutic consultation between doctors and pharmacists. The De Vries Commission advises the appointment of a special "market maker" in order to encourage the utilization of market forces within the healthcare sector. The MDW Working Party devotes particular attention to

the role of the pharmaceutical industry that attempts to influence doctors' prescription practice by means of the 'third funding flow'. The De Vries Commission advocates direct payments by patients themselves, while the MDW Working Party recommends further study of this option. There is also some divergence between the reports with regard to their estimates of the time required to put the recommendations into practice. The De Vries Commission assumes a period of two years, while ZN prefers to think in terms of five years.

3. The Cabinet's standpoint

The Cabinet is to follow the main outline of the recommendations

The Cabinet has adopted the outline of the recommendations supporting the intended course: the health insurers are to be given a directorial role within the medicine supply chain. However, as all recommendations concede, a transition period will be necessary to allow the insurers to 'grow into' this role. It is clear that an extensive programme of deregulation is necessary and that appropriate instruments must be provided. The De Vries Commission explicitly states as much. The MDW Working Party report offers firm suggestions for deregulation, while that of ZN clearly indicates which instruments the health insurers believe they require. All aspects suggest that a carefully planned approach is required, in which specific attention must be devoted to the sequence of events and the phasing of the deregulation process. The approach must include set evaluation moments, with 2002 (the year in which the current Cabinet's term of office comes to an end) being a logical choice.

A key question here is whether the health insurers will have been able to assume their new role to an adequate degree, and whether they have actually done so. Based in part on this evaluation, the framework for further progress can then be determined when drawing up the next coalition agreement.

Instruments

The new course calls for various (legislative) instruments to be provided :

- the implementation of an extensive programme of deregulation, in line with the recommendations of the MDW Working Party ;
- more, and more effective instruments available to health insurers ;
- the promotion of effective prescription practice (development and implementation of protocols for commonly used medication, preparation of generic pharmacopiae, use of the EVS by all practitioners including specialists, establishment of FTTOs, account management, restriction of pharmaceutical industry marketing activities, greater utilization of patients' and pharmacists' expertise ;
- greater attention to effective purchasing and distribution of pharmaceuticals (development of a new contracting policy, promotion of price-based competition, development of product and commercial knowledge among health insurers) ;
- active measures to set up an adequate ICT infrastructure as a necessary precondition for transmurial patient records, prescription feedback and development of the EVS (an ICT platform in healthcare) ;
- creation and implementation of a communication strategy aimed at consumers, patients and policyholders.

The Cabinet is to adopt the above proposals, which are taken from the various reports.

Proposals which the Cabinet considers to require a more cautious approach

For the time being, the Cabinet does not intend to adopt the recommendation made by the De Vries Commission by which the government would relinquish responsibility for establishing the levels of supplementary health insurance premiums. Such a decision will not be made before the planned evaluation, and hence not during this term of office. It is felt that the responsibility of health insurers to control expenditure does not diminish the government's responsibility for the scope and effectiveness of collectively financed spending. However, the Cabinet will examine how the new role of the health insurers can be combined with cost control at macro level, as currently expressed in the budgetary framework for healthcare.

A number of other proposals are to also be approached with caution. These concern prescription practice in outpatients' clinics, the 'market maker' idea and opportunities for insurers to determine their own reimbursement package in full. There is also to be special consideration for the role of the patient and for the European dimension.

The Cabinet's current policy includes a provision whereby expenditure on medication prescribed in outpatient clinics is to be brought within the hospital budget. The expected effects of this measure have been cited as future savings. The De Vries Commission concludes that separate outpatient budgets are not appropriate to the proposed new role of the health insurers. While the ZN report does not specifically examine this aspect, ZN has since indicated that it considers the promotion of economical and effective prescription practice in the outpatient

setting to be of importance during the transition period. This is therefore a separate point of interest in the ZN action programme. From the point of view of integrated medical pharmaceutical assistance and control of expenditure, the inclusion of outpatient expenditure in the hospital budget is an attractive option. A further step towards this was recently taken through the improvement of information provision and through the introduction of set administrative procedures. However, it is clear that the proposal involves certain risks, in particular the likelihood of patient workloads (and hence expenditure) being shifted onto general practitioners.

In consultation with various health insurers, improved versions of the scheme have now been devised, to include a 'lump sum' provision (i.e. a separate budget for outpatient clinic medication) and further agreements with specialists and general practitioners. By 2002, a nationwide budgetary system for outpatient medication is to have been implemented. In the future financing system for hospitals and outpatient clinics (based on product pricing) the cost of pharmaceuticals will be integrated into the total cost of treatment. This system is likely to take effect in 2005.

The De Vries Commission's proposal concerning the appointment of an independent 'market maker' is to be adopted insofar as there is to be consultation between the Minister of Health, Welfare and Sport, the Minister of Economic Affairs, the Dutch Competition Regulation Authority (NMa), the Health Insurance Council (CVZ), the Council for the Supervision of Social and Welfare Expenditure (CTU) and the Association of Dutch Health Insurers (ZN) with regard to ways in which the effects of free market forces can be maximized in the health insurance sector.

Unlike the De Vries Commission, the Cabinet agrees with ZN that it is neither necessary nor desirable to establish firm insurance agreements with the health insurers in the short term, since opportunities to increase the effectiveness of prescription practice and distribution have not yet been exhausted. Various practical considerations also have to be borne in mind here, including the fact that some general practitioners and specialists currently deal with as many as twenty different insurers. If each insurer were to introduce a different package, this could obviously lead to problems in the absence of an efficient ICT platform.

A further very important point is that policyholders must be able to rely on the availability of an insurance package covering the entire breadth of therapeutic interventions. In order to prepare for a possible future decision on this matter, and partly with an eye to the emergence of new medicines (including those with a preventative effect) – the Health Care Insurance Board (CVZ) is to be asked to assess as quickly as possible whether package differentiation and liberalization of insurance agreements can indeed be brought about while maintaining equal availability of medicines. The Board will also be asked to advise on the possibility of reducing the therapeutic breadth of the package, according to the principle of 'appropriate use': healthcare services must not only be (cost) effective, but also essential. There may be scope for the introduction of personal responsibility for preventative measures ("lifestyle medicine") in order to remain eligible for (full) reimbursement. The CVZ will devote particular attention to the consequences of the various measures for long-term patients. The first step is to be taken later this year as the reimbursement criteria for medications designed to reduce cholesterol levels are tightened.

The Cabinet does not intend to introduce any form of private contribution other than those already in place. However, the Minister of Health, Welfare and Sport is to study the recent experiences of other countries in which private contribution systems are in place, and will assess the effectiveness of such systems in terms of expenditure control.

The various recommendations devote little attention (in the Cabinet's opinion, too little attention) to the position of the consumer. The Cabinet considers it essential that health insurers heed the wishes and suggestions of the consumer (patient or policyholder) to the fullest degree possible, and that they make effective use of patient expertise gained through experience, especially when compiling their medication reimbursement packages within the FTTO setting.

The recommendations also fail to devote sufficient attention to the European context, while this now influences matters within the member states to a much greater degree. For example, current national legislation governing admission to the pharmaceutical market (the 'marketing authorization') is an implementation of European legislation. A centralized European registration procedure has been in place for some time, whereby a marketing authorization valid in all member states can be obtained. This serves to strengthen the internal market and presents better prospects to health insurers in terms of the purchasing of pharmaceuticals.

It is important to note that, as the degree of freedom provided to insurers and other actors in their economic activities increases, the more likely it will be that national and European competition regulations become applicable. Such regulations will affect the establishment of 'positions of economic power' (on the part of, say, health insurers) and will determine the form of agreements for joint purchasing of pharmaceuticals (anti-cartel regulations). The final form of 'package differentiation' will also be relevant in terms of competition politics. Here, control will be exercised by the Dutch Competition Regulation Authority and by the European Commission. Where health insurers decide to contract out their purchasing activities, the European tendering procedures will apply. With regard to the insurance agreements, for the time being it also remains the case that all aspects must be arranged in accordance with international obligations under the International Labour Organization treaties.

(source : Ministère de la santé, du bien être et des sports – Netherlands – 2002)

List of abbreviations

| | |
|------|--|
| CTU | Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie Council for the Supervision of Social and Welfare Expenditure |
| CVZ | College voor zorgverzekeringen Health Insurance Council |
| EVS | Electronisch Voorschrift Systeem Electronic Prescription System |
| FTTO | Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg Pharmaco-Therapeutic Transmural Consultation |
| GVS | Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem Medications Reimbursement System |
| ICT | Informatie- en communicatietechnologie Information and Communication Technology |
| MDW | Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (a government programme to stimulate Market forces, Deregulation and Legislative Quality) |
| Nma | Nederlandse Mededingingsautoriteit Dutch Competition Regulation Authority |
| WTG | Wet Tarieven Gezondheidszorg Healthcare Tariffs Act |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland Association of Dutch Health Insurers |

ANNEXE N° 4 : Liste des personnes contactées ou rencontrées

Ambassade des Pays-Bas en France

Jos G. H. DRAIJER , Conseiller santé, Bien-être, Jeunesse et Sport

7, rue Eblé
75007 PARIS
jos.draijer@minbuza.nl

Ambassade de France aux Pays-Bas

M. MARIE, Premier Conseiller
<http://www.ambafrance-nl.org>

Poste d'expansion économique à La Haye

Mme Léontine VAN EERDEN, Conseiller santé

NIVEL (National Institute for Health Services Research)

Dr Jouke VAN DER ZEE, Directeur
Dr F. G. SCHELLEVIS, Research Coordinator
Dr G. W. BOERMA, Senior health services researcher adviser in primary care development
Dr D. H. de BAKKER, LINH
Dr E. M. SLUIJS, Organisation and quality
Dr R. FRIELE, Patient and Health Care

www.nivel.nl

NHG (Nederlands huisartsen genootschap : collège scientifique des médecins généralistes)

M. TIMMERMANS, Director
E. J. SCHAEFERS, Manager, Department of guidelines development and scientific policy

IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg : Inspection générale de la santé)

Rob SARDEMAN, Inspecteur général, supervision de la médecine générale

CTZ (conseil supérieur des assurances)

W.J. KLOP, Senior medical adviser to the Supervisory Board for Health Insurance

ANNEXE N° 5 : Sources documentaires

Sources françaises :

L'assurance maladie au Pays-Bas, publications internationales, ministère hollandais de la santé, du bien être et du sport, février 2000

Rapport sur le panier des biens et services dans les pays de l'UE et aux Etats-Unis, Mission recherche internationale de la CNAM, février 2001

Rapport sur le plafonnement de l'activité des professionnels de santé en Allemagne, en Belgique, au Canada, aux Pays-Bas et en Suisse, Mission recherche internationale de la CNAM, juillet 2001

Le système de santé aux Pays-Bas, Poste d'Expansion Economique La Haye, mai 2001

Fiche de synthèse : les coûts, de financement et le système de santé aux Pays-Bas, Poste d'Expansion Economique La Haye, août 1998

La marché des produits pharmaceutiques sur ordonnance aux Pays-Bas, Poste d'Expansion Economique La Haye, Canal Pays, juin 2001

Rapport CNESS (Laurent BENHAMOU, Karen FERNANDEZ, Emmanuel ROUIT) : la maîtrise des dépenses de santé dans le secteur ambulatoire en Europe, décembre 1995.

Denis CLAIR-LAMBERT, les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les pays industriels, édition du Seuil, avril 2000.

Agnès COUFFINHAL, Lise ROCHAIX : Concurrence et antisélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas, Economie Publique, 1998.

Annick LE PAPE, Valérie PARIS et Catherine SERMET : les politiques de forfait de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas, CREDES, juin 2000.

Françoise RIOU : Les réformes du système de santé des Pays-Bas, Revue Prescrire, avril 1995

Robert LAUNOIS et Pascal BEAU : La réforme de la réforme, Espace social européen, 28 avril 1995

Pascal BEAU : Pays-Bas : sur la voie d'une nouvelle réforme, Espace social européen, Janvier 2002

H. A. BOUWMAN : Médecine et protection sociale : rôle du médecin conseil aux Pays-Bas, perspectives d'avenir, Revue médicale de l'assurance maladie, 1992.

Sources en langue anglaise :

WG BOERMA, D.M. FLEMING : The role of general practice in Primary Health Care, WHO regional office for Europe, 1998

Richard GROL, Michel WENSING, Annelies JACOBS, Richard BAKER : Quality Assurance in general practice : the state of art in Europe, juin 1993

Health Inequalities in Europe, actes du colloque organisé du 14 au 16 décembre 2000 par la société française de Santé publique et the European Public Health Association

George France, Herbert EGM HERMANS : Choices in Health Care in Italy and the Netherlands (I. Economic and Financial Dimensions ; II. Legal dimensions), Health Care and its financing in the Single European Market, IOS Press, Amsterdam, 1998

Thomas J. LAETZ, Kieke GH Okma : Rise and Demise (and resurrection ?) of Dutch Health Care reforms 1988-1998, décembre 1998

Kieke GH Okma : from Polder Model to Modern management in Dutch Health Care, 1998

Wynand van de Ven : The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands, Erasmus University of Rotterdam, August 2000 (*draft*)

Yvonne ERDMANN and Renate WILSON : managed care : a view from Europe, 2001

Helen Halpin SCHAUFFLER, Jennifer K. MORDAVSKY : consumer reports in Health Care : do they make the Difference ?, 2001.

The individual Health Care Professions Act, publications internationales, ministère hollandais de la santé, du bien être et du sport, octobre 2001

The state of health care : Quality and accessibility of Healthcare in the Netherlands, rapport de l'Inspection générale de la santé, décembre 1999

Health Care inspectorate , fact sheet, ministère hollandais de la santé, du bien être et du sport, 1996

The status of general hospitals in the Netherlands, publications internationales, ministère hollandais de la santé, du bien être et du sport, novembre 2001

Différentes sites INTERNET

www.minvws.nl (site du ministère de la santé)

www.nivel.nl (institut de recherche sur la santé publique et l'organisation de la médecine)

www.artsenet.nl/lhv (association professionnelle des médecins généralistes)

www.artsenet.nl/nhg (collège scientifique des médecins généralistes)

www.zn.nl (fédération des assureurs privés de santé)

www.ctz.nl (fédération des caisses publiques d'assurance santé)

www.niaz.nl (national institute for accreditation for hospitals)

www.cbo.nl (Dutch Institute for Health Care Improvement in hospitals)