

Pays-Bas : Les soins intégrés permettent de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins

Le concept

Depuis que l'assurance maladie est devenue obligatoire aux Pays-Bas en 2006, toute personne âgée de plus de 18 ans paie une prime à l'assureur de son choix. Il y a actuellement une vingtaine d'assurances maladie actives sur le marché, mais ce dernier est très concentré, les quatre premiers assureurs représentant 85 % des inscriptions. Ils doivent accepter tous les clients. Ces derniers peuvent choisir leur propre assureur et changer à la fin de chaque année. Ils sont également libres de choisir leur modèle d'assurance.

Les assureurs tiennent compte de la qualité et du prix dans les contrats qu'ils concluent avec les prestataires. Ces contrats ne sont pas exclusifs – les prestataires peuvent collaborer avec plusieurs assureurs. En théorie, les assureurs ne pourraient conclure des contrats qu'avec une sélection de prestataires. Toutefois, ils

sont légalement tenus de garantir des soins de santé suffisants à tous les assurés dans un délai raisonnable et à proximité géographique, ce qui limite la sélection.

Par ailleurs, le système de santé néerlandais se caractérise par la **grande importance accordée aux soins de premier recours** : tous les patients doivent s'inscrire auprès du médecin généraliste de leur choix. Ces derniers sont rémunérés par une combinaison de forfait par assuré, de paiements à l'acte (définis par le régulateur), de paiements groupés pour les soins intégrés (négociés avec les assureurs) et de paiements à la performance.

Le système de santé néerlandais se caractérise par un système de *coopétition*. Celle-ci se reflète dans l'exploitation de centres communs pour les diagnostics et les traitements, la concentration de certains traitements médicaux dans un hôpital et d'autres traitements dans un autre

hôpital, l'établissement de centres régionaux d'expertise et la conclusion d'accords sur les transferts interhospitaliers. Un autre exemple de cette coopération consiste à partager du personnel médical pour atteindre un nombre minimal de cas. L'idée est qu'un orthopédiste, par exemple, a plus de cas lorsqu'il travaille dans deux hôpitaux. S'il opère plus souvent, il a plus de pratique, ce qui améliore la qualité des soins.

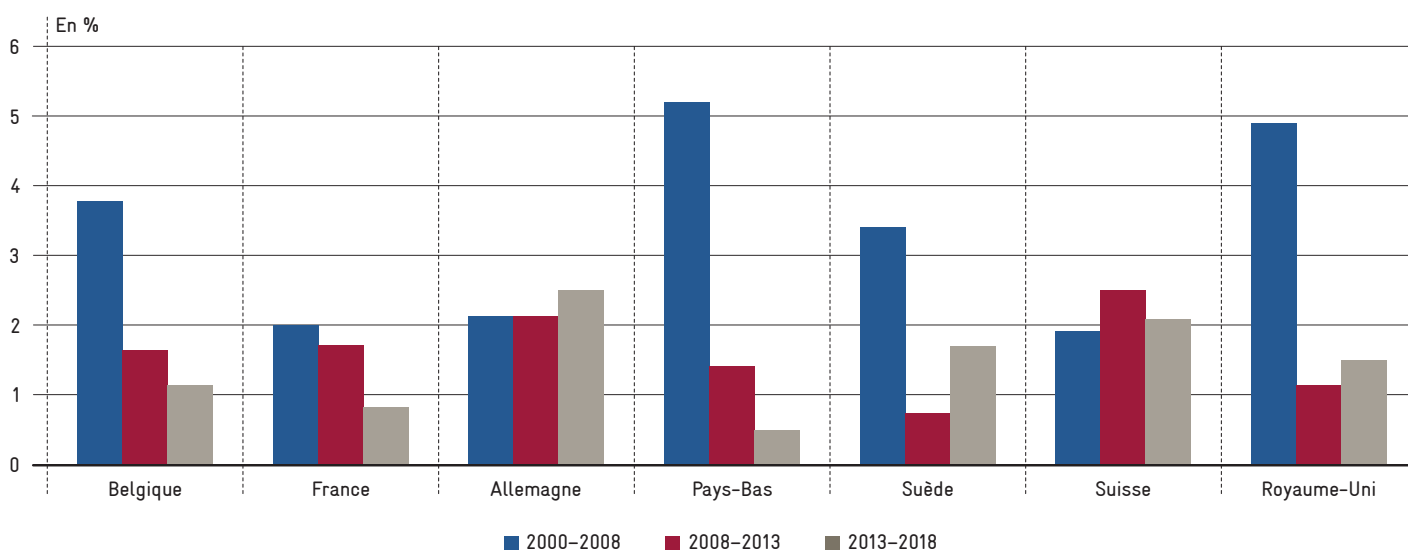
Son histoire

L'insatisfaction suscitée par les réglementations strictes en matière de contrôle des coûts dans les années 1970 et 1980 a conduit à l'adoption de la concurrence réglementée en 2006, par le biais de la loi sur l'assurance maladie. Ce projet préconisait l'abolition de la distinction entre assureurs publics et privés, le libre choix de l'assureur par le patient et la création



Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (en termes réels), 2008–2018

La figure montre que les Pays-Bas ont connu la croissance moyenne la plus élevée entre 2000 et 2008. Toutefois, cette situation a radicalement changé au cours des deux périodes suivantes, soit après la réforme de 2006. La croissance des dépenses de santé aux Pays-Bas a été relativement faible au cours des deux périodes suivantes et la plus faible au cours de la période 2013–2018.



de réseaux de soins gérés par les assureurs. La nécessité d'une réforme était évidente : entre 2000 et 2008, les Pays-Bas ont connu la plus forte croissance moyenne des dépenses de santé par habitant (voir figure).

Retours du terrain

L'objectif de la réforme était, d'une part, de créer un système de santé offrant le libre choix et garantissant une qualité élevée des soins. D'autre part, garantir la solidarité en assurant l'accès à tous et en ne dépassant pas la capacité financière des ménages.

Les résultats montrent que le système de santé néerlandais obtient de bons résultats en matière d'accès universel à l'assurance maladie. La part de personnes non assurées est très faible. Bien que la franchise obligatoire ait été critiquée comme un obstacle financier aux soins, elle est relativement faible par rapport à celles d'autres pays.

Le système de santé néerlandais obtient également de bons résultats en matière de financement solidaire. Les primes sont abordables, mais elles nécessitent des subventions importantes (allocations pour soins) pour les personnes à faible revenu. Le débat politique sur une répartition équitable de la charge financière des soins continue. Depuis la réforme, l'augmentation des coûts a tout de même nettement diminué.

Enfin, le système de compensation des risques est considéré comme relativement mûr, mais présente encore des faiblesses. La compensation des risques vise à éviter que les assureurs-maladie ne s'arrachent mutuellement les bons risques. Toutefois, en ce qui concerne l'impact de la réforme sur la qualité des soins, il n'existe actuellement pas de résultats clairs qui indiqueraient un effet positif ou négatif.

En bref

■ Libre choix pour les patients

Les patients sont libres de choisir leur assureur et le modèle d'assurance et les contrats sélectifs n'ont pas restreint cette liberté.

■ Liberté contractuelle

Dans le modèle de concurrence réglementée, les assureurs sont supposés signer des accords avec les prestataires sur la qualité des soins.

■ Charge administrative

Les coûts administratifs élevés constituent un problème majeur, mais une grande partie de la charge administrative est liée à d'autres processus, en particulier aux initiatives visant à améliorer la qualité.

Pour en savoir plus

WHO, The market reform in Dutch health care (2021) : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348071/9789289051828-eng.pdf?sequence=1>

Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport website : <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>

OECD, Netherlands: Country Health Profile (2023) : https://www.oecd.org/en/publications/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en.html

H. Ashraf, Care through competition: The case of the Netherlands (2022) : <https://dvararesearch.com/wp-content/uploads/2023/12/Care-through-competition-The-case-of-the-Netherlands.pdf>

The Commonwealth Fund, The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets (2009) : <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2009/jan/swiss-and-dutch-health-insurance-systems-universal-coverage-and>