

dossier

GRAPH EUROPE 2024

Le système de santé néerlandais

« Le système où personne ne décide »

C'est à Amsterdam que le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) a choisi de se réunir pour son édition Europe 2024, du 3 au 6 juillet. Confronté à plusieurs défis, dont certains similaires à la France, le système de santé néerlandais se distingue d'autres systèmes européens par son contexte, sa configuration et ses modes de gestion. Il se caractérise par une efficacité démontrée sans que l'État, qui encadre et garantit les règles de fonctionnement, n'intervienne directement dans l'organisation et le remboursement des soins, ce qui a pu le faire qualifier, de façon un peu provocatrice, par l'un des intervenants de « système où personne ne décide ». Il faut néanmoins souligner les conditions très particulières dans lesquelles évolue ce système, notamment en termes de densité de population et d'homogénéité de sa répartition sur le territoire, qui permet à ce mode de « pilotage » très particulier de se déployer de manière efficace.

Un système de santé à l'équilibre

Un financement profondément réformé depuis 2000

Les Pays-Bas disposent d'un système de santé d'inspiration bismarckienne, fondé au début du XX^e siècle et dont le financement est basé sur les cotisations des assurés. **ENCADRÉ 1** Au milieu des années 2000, plusieurs réformes de simplification se sont succédé avec les lois de 2006, 2008 et 2015 ⁽¹⁾. Tous les Néerlandais âgés de plus de 18 ans cotisent doublement, via un système d'assurances privées et concurrentielles et une cotisation selon les salaires, payée par les employeurs. En outre, les assurés paient les soins à due concurrence d'une franchise annuelle (*Eigen Risico*) de 385 euros, excepté les visites et soins prodigués par les médecins généralistes. Au-delà de cette franchise, les soins sont gratuits sauf pour certaines prestations (*Eigen Beidrat*): chaussures orthopédiques, aides auditives et transports sanitaires. Pour les moins de 18 ans, tous les soins sont gratuits.

L'assurance santé est obligatoire, mais le choix de l'assureur se fait librement auprès de l'une des dix compagnies

présentes sur le marché. Ces dernières ne peuvent pas refuser d'assurer un individu, même pour des raisons tenant à son profil de risque. **FIGURE 1** Chacun est par ailleurs libre de s'assurer auprès d'une mutuelle complémentaire (ce que fait plus de 90 % de la population). Les systèmes complémentaires couvrent essentiellement les soins dentaires après 18 ans, les soins de kinésithérapie et les prises en charge psychologiques. L'inscription auprès d'un médecin généraliste est obligatoire et il n'y a pas d'accès direct possible aux médecins spécialistes, qui exercent tous en établissement. Le médecin généraliste est véritablement la porte d'entrée du système de santé, d'où son qualificatif de *Huisard Poortewatcher*.

Un mode de régulation original

L'objectif de la réforme de 2006 était d'assurer les soins de la meilleure qualité possible au coût le plus bas possible. L'originalité du système de santé des Pays-Bas repose sur son mode de régulation fondé sur les relations entre l'offre de soins (médecins généralistes, hôpitaux, centres de santé primaires) et les financeurs (assureurs) qui achètent contractuellement les soins en fixant des objectifs quantitatifs, gage de qualité des prises en charge. **FIGURE 2** L'État n'intervient pas directement dans ces transactions annuelles qui impactent directement l'offre de soins

Yann BUBIEN

Directeur général

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Clémence**GARDETTE HUMEZ**

Élève directrice d'hôpital

Promotion Clémentine-Vergnaud

2024-2025 - ÉHESP

Chloé LEVIGNON

Élève directrice d'hôpital

Promotion Clémentine-Vergnaud

2024-2025 - ÉHESP

François SADRAN

Directeur de cabinet

du directeur général

du CHU de Bordeaux

et son organisation, et il n'existe pas de système national de sécurité sociale. Il s'agit, selon l'expression de l'un des intervenants, le Pr Niek Klazinga ⁽²⁾, d'un système où « personne ne décide », très différent du système français qui repose sur la planification sanitaire et un mode de financement national unique.

Les assureurs et les producteurs de soins négocient annuellement le volume et le prix des soins financés. La compétition entre assureurs et entre hôpitaux est censée assurer un prix juste et une offre dimensionnée à la population, en partie grâce au libre choix du patient.

L'État superviseur du système

Dans le cadre de la concurrence, la puissance publique joue essentiellement un rôle d'encadrement du système, de surveillance et de régulation dans certaines situations particulières.

L'objectif de santé publique est inscrit dans la Constitution néerlandaise (article 22) qui dispose que le gouvernement prend les mesures nécessaires pour garantir et promouvoir la santé publique. Le système de santé doit ainsi satisfaire à trois objectifs :

- **la qualité des soins**, qui recouvre l'efficacité, la sécurité et la réponse aux besoins de santé du patient ;
- **l'accessibilité**, qui doit être :
 - **géographique** : elle concerne les prestataires de santé, les équipements matériels lourds et les soins coûteux,
 - **temporelle** : les soins doivent être donnés dans un délai raisonnable,
 - **culturelle** : les soins doivent prendre en compte les aspects culturels et les capacités de compréhension des patients ;
- Le caractère financièrement abordable des soins eu égard aux coûts constatés d'intervention de la puissance publique dans d'autres domaines et aux revenus des citoyens.

En outre, le gouvernement régleme la protection des citoyens contre les risques collectifs et organise notamment

les programmes de dépistage, la lutte contre les maladies infectieuses et la santé environnementale.

L'État joue également un rôle en matière de solidarité citoyenne : l'accès au système de santé est gratuit pour les moins de 18 ans et les cotisations sont compensées partiellement ou entièrement pour les personnes à faible revenu ou au chômage via des allocations de soins ou allègements d'impôts. Enfin, l'État garantit l'équilibre économique des assureurs : il redistribue, via un fonds d'assurance santé et au moyen d'un mécanisme de compensation entre assureurs,

NOTES

(1) 2006 : loi sur l'assurance maladie (ZVW : Zorgverzekeringswet).
2008 : loi sur la santé publique (WPG : Wet Publieke Gezondheid).
Loi sur la jeunesse (JW : Jeugdwet).
2015 : loi sur les soins de longue durée (WZL : Wet landurige zorg).
Loi sur l'aide sociale (Wmo : Wet Maatschappelijke ondersteuning).

(2) Niek Klazinga, MD PhD, est professeur de médecine sociale au département de santé publique du centre médical académique (AMC) de l'université d'Amsterdam et de l'Institut de recherche en santé publique d'Amsterdam. Il est par ailleurs responsable des travaux sur les indicateurs de qualité des soins de santé à l'OCDE, à Paris.

ENCADRÉ 1

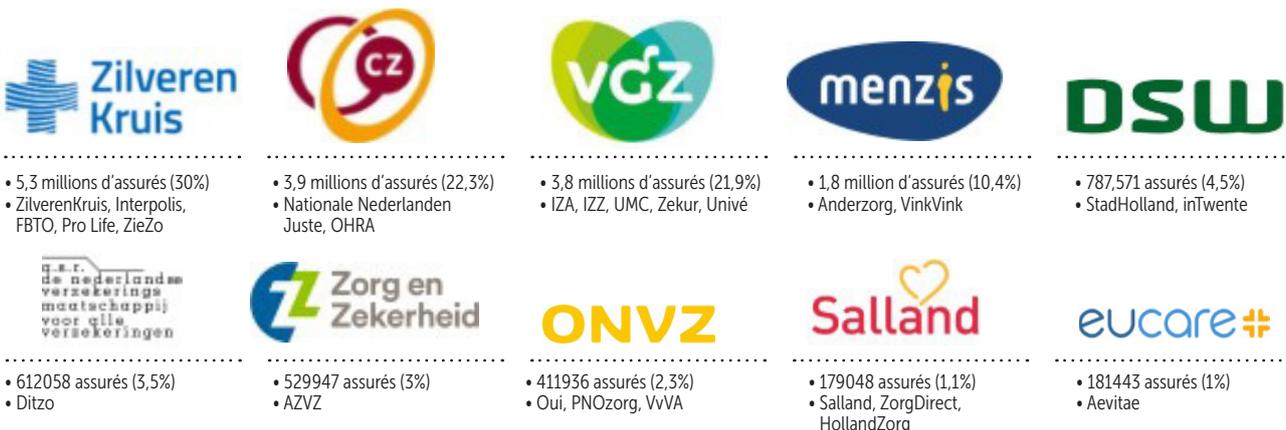
Bismarckien/beveridgien..., deux modèles de sécurité sociale

- **Le modèle bismarckien** d'État-providence renvoie à des modes de prise en charge qui privilégient la logique assurantielle : les prestations sont versées aux individus qui se sont assurés en cotisant. Ce modèle vise le maintien du niveau de vie des travailleurs et repose sur les partenaires sociaux.
- **Le modèle beveridgien** s'inscrit dans une logique assistancielle : les prestations sont financées par l'impôt et versées aux personnes qui en ont besoin. Ce modèle garantit une protection égalitaire visant à protéger l'ensemble de la population de la pauvreté.

Source : Vie publique.fr

FIGURE 1

Dix assureurs de soins de santé néerlandais

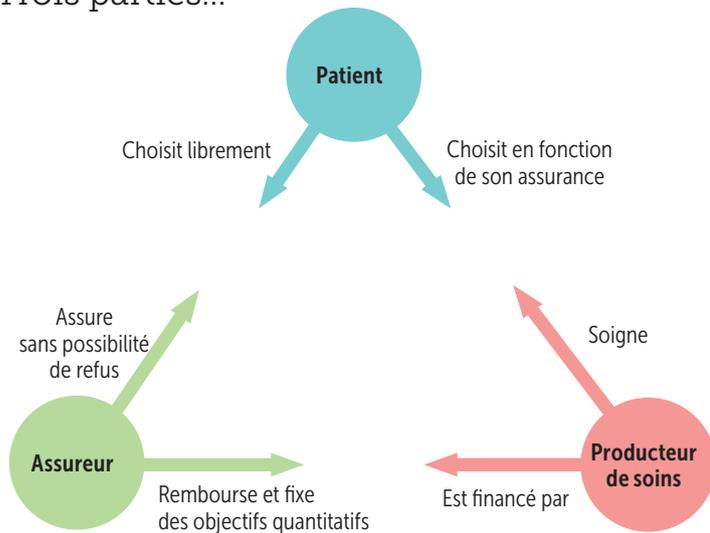


Crédit : M. Wout Adema - Director Healthcare Zorgverzekeraars Nederland

FIGURE 2

Le système de santé néerlandais

Trois parties...



... et quatre piliers

Soins de santé curatifs	Soins longue durée	Aide aux personnes dépendantes	Aide à la jeunesse
Loi 2006	Loi 2015	Loi 2015	Loi 2015
État Assureurs Offreurs Assurés	État Assureurs Offreurs	Communes Offreurs	Communes

ZOOM

France/Pays-Bas

Chiffres clés des systèmes de santé

INDICATEUR	PAYS-BAS	FRANCE
Population	17 millions	68 millions
Densité	461 hab./km ²	112,7 hab./km ²
PIB par habitant	57 025 \$/hab.	38 210 \$/hab.
Part des dépenses de santé dans le PIB	11,2%	11,9%
Espérance de vie		
Hommes	79,4 ans	79,6 ans
Femmes	85,2 ans	82,6 ans
Taux de fécondité	1,6	1,8
Part de la population âgée de plus de 65 ans	20%	21%
Nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants	2,95	5,7
Médecins pour 1000 habitants	3,9	3,2
IRM/million d'habitants	14,9	17

une partie des cotisations aux assureurs prenant en charge des assurés dont le profil est à haut risque sanitaire et qui sont donc plus consommateurs de soins. Cela constitue pour les assureurs la contrepartie de l'obligation d'assurer tout individu le demandant.

Pour le reste, qui représente la très grande majorité des situations, l'État se borne à déterminer le contenu minimal de la couverture de base offerte par les assureurs. Cette couverture de base (*Basispakket*) est revue annuellement et comprend principalement l'accès au médecin généraliste, également couvert par les assurances, les séjours hospitaliers, les médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les soins dentaires jusqu'à 18 ans.

Les communes responsables du système de soins primaires

Les communes jouent un rôle important dans le champ médico-social et de soins à la jeunesse, les deux derniers piliers du système de santé des Pays-Bas. **FIGURE 2** Chaque commune reçoit une dotation étatique et finance une aide aux personnes dépendantes, personnes âgées et atteintes d'un handicap. Les autorités locales sont également responsables des soins primaires et de la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé (vaccination, santé mentale, éducation à la santé, programme de prévention de certaines maladies, etc.).

Une gradation structurée de l'offre de soins

Une géographie particulièrement adaptée

Le système de soins primaires est organisé autour de centres de santé, comprenant 8 à 16 médecins généralistes, des infirmiers, des sages-femmes, des kinésithérapeutes et des travailleurs sociaux. Les médecins généralistes n'ont pas de liberté d'installation : ils doivent s'insérer dans une structure existante en fonction des besoins de la population. L'accès à l'hôpital dépend des centres de soins primaires, dont des centres de soins primaires aigus ouverts 24h/24 et 7j/7.

Pour les soins spécialisés, les médecins traitants adressent leurs patients aux spécialistes. Ceux-ci exercent, nous l'avons dit, exclusivement dans les hôpitaux et cliniques. Les structures hospitalières sont également structurées en fonction du niveau de prise en charge autour de 114 hôpitaux généraux, 4 hôpitaux nationaux spécialisés (en ophtalmologie, oncologie, orthopédie et cancérologie pédiatrique) et 7 hôpitaux universitaires (2 à Amsterdam, 1 à Utrecht, Rotterdam, La Haye, Groningen et Maastricht). Les Pays-Bas disposent donc seulement d'un peu plus d'une centaine de structures hospitalières, dont l'immense majorité est de statut privé gérée par des associations à but non lucratif. Ce nombre restreint d'hôpitaux suffit à couvrir l'ensemble du territoire, très densément peuplé et relativement peu étendu. Ainsi, le temps moyen d'accès à un médecin généraliste est de 3 à 7 minutes en voiture pour l'ensemble de la population, à l'exception des habitants des zones excentrées et très peu peuplées des Wadden Islands

(îles de la Frise). De même, l'ensemble de la population a accès à l'hôpital le plus proche en un temps moyen de 20 à 25 minutes. Cette caractéristique distingue très nettement les Pays-Bas de la France et permet une organisation très rationnelle du système, fortement basée sur des critères quantitatifs.

Les hôpitaux des Pays-Bas sont spécialisés, voire surspécialisés. Ainsi les hôpitaux universitaires sont-ils exclusivement des structures de recours et se concentrent sur les soins les plus complexes. Les CHU ont fusionné la direction de l'hôpital et celle de l'université, une seule et unique direction pilotant à la fois les aspects médicaux et d'enseignement.

La qualité des soins comme outil de management des structures

L'amélioration de la qualité des soins était l'un des objectifs majeurs des réformes du système de santé des années 2006-2015, dans la logique de la promotion de l'Evidence-Based Medicine (EBM).

La philosophie du système repose sur la fermeture ou l'arrêt possible de certains soins lorsque la qualité est jugée insatisfaisante. Cette logique est permise par l'homogénéité et la très forte densité de la population et des structures de soins sur le territoire. Elle est évidemment renforcée par le lien entre la qualité des soins et la prise en charge de ceux-ci par les assurances, ces dernières pouvant, lors des négociations annuelles refuser de prendre en charge les prestations de certains fournisseurs de santé, notamment sur des critères de normes minimales d'activité garantes de qualité et de sécurité des soins. Les assureurs disposent à cet égard d'un véritable pouvoir d'accréditation des structures de santé sans que les pouvoirs publics ne soient directement impliqués.

Des défis similaires à ceux de la France

Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif mais de souligner les défis essentiels mentionnés par les différents intervenants du séminaire Graph. Ces défis sont relatifs au vieillissement de la population, au développement de la prévention et à celui des technologies numériques, notamment l'intelligence artificielle. La France est confrontée aux mêmes challenges.

Le vieillissement de la population

Comme en France, la population des Pays-Bas connaît un vieillissement marqué de sa population qui va s'accroître dans les années à venir. Cette situation nécessite de faire évoluer le système de santé pour l'adapter aux nouveaux besoins. Les Pays-Bas ont à cet effet développé la nouvelle doctrine des soins intégrés et développé les infirmiers cliniciens, comparables aux infirmiers en pratique avancée (IPA) français, avec toutefois un net temps d'avance sur l'Hexagone.

L'IZA, l'accord sur les soins intégrés

En 2022, l'État, les assureurs, les fournisseurs de santé et les représentants des patients ont signé un accord sur les soins intégrés (Integraal Zorgakkoord - IZA) dans un contexte de

Le financement du système de santé des Pays-Bas, d'inspiration bismarckienne, est basé sur les cotisations des assurés.

ENCADRÉ 2

Trois exemples de prise en charge hospitalière aux Pays-Bas

Cancérologie pédiatrique

Depuis 2018, une seule institution, le centre Princesse-Maxima, prend en charge l'ensemble de la cancérologie pédiatrique. Il s'agit du plus grand centre de cancérologie pédiatrique d'Europe. En contrepartie de cette organisation très centralisée, l'établissement a été pensé pour permettre d'accueillir au mieux les familles des patients : chaque chambre est dotée d'un espace enfant et d'un espace parent.

Maternité

Dans la prise en charge des grossesses, les soins primaires relèvent des sages-femmes, installées en ville, qui adressent si besoin les parturientes aux gynécologues hospitaliers pour des soins secondaires. Des soins tertiaires ou spécialisés peuvent être prodigués dans les hôpitaux universitaires. En l'absence de risques spécifiques, l'ensemble du suivi est réalisé par la sage-femme, y compris l'accouchement.

Le retour à domicile est particulièrement rapide : dans les heures suivant l'accouchement, le jour suivant en cas de césarienne. Pendant 8 jours, une aide-soignante spécialisée, *Kraamzorg*, passe plusieurs heures chaque jour au domicile de la mère. Un accompagnement très poussé qui permet de limiter à quelques heures la présence dans une structure médicalisée.

Chirurgie en oncologie : entre normes, recommandations et quotas

La chirurgie oncologique est obligatoirement soumise à des enquêtes dites « de performance », dont les résultats sont publics et accessibles à tous via la plateforme oncologie SONCOS. Grâce à cette plateforme, des normes et recommandations précises sont établies pour chaque prise en charge. Les prises en charge qui ne respectent pas ces normes peuvent faire l'objet d'un refus de remboursement par les assurances.

Ces enquêtes SONCOS ont permis de constater des variations importantes* dans les résultats entre structures en fonction du nombre de procédures réalisées. En conséquence, les chirurgies à haut risque ont été concentrées dans les établissements respectant les quotas d'intervention.

Une amélioration notable a été observée et les quotas ont été relevés en 2024 pour poursuivre l'amélioration de la qualité des soins.

* www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0748798310001800

L'impact du développement de l'IA en santé fait partie des défis communs auxquels sont confrontés les Pays-Bas et la France.

développement des maladies chroniques, de vieillissement de la population et de pénurie de professionnels de santé. Cet accord repense l'accès à la santé et la prise de décision dans le domaine médical, en se concentrant sur le patient et sa santé plutôt que sur sa maladie.

Les soins intégrés reposent sur trois principes fondamentaux :

- des soins orientés vers les personnes et axés sur les valeurs des professionnels ;
- des soins tournés vers l'avenir (collaboration avec les hôpitaux universitaires et utilisation des ressources numériques) ;
- des soins durables.

NOTE

(3) OMS, «Dispenser des soins de bonne qualité en toute sécurité, à la grande satisfaction des patients : les avantages de l'évolution des rôles des infirmiers aux Pays-Bas», communiqué de presse, janvier 2024. www.who.int/europe/fr

ZOOM

Le Graph

Fondé en 1974 par six CHU (Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Etienne), le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé associées à ses activités à titre personnel. Le Graph est un groupe de professionnels hospitaliers qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes... pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé et de société. Ses objectifs :

- créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé ;
- faire évoluer le management et apporter des solutions aux grandes problématiques de santé ;
- promouvoir la réflexion et la recherche en matière de gestion hospitalière ;
- développer la recherche et anticiper les évolutions continues des organisations hospitalières ;
- faire émerger de nouveaux talents ;
- susciter les contacts et échanges d'expérience, en France et à l'étranger, dans une démarche de benchmark.

Le Graph organise trois séminaires par an : Graph Alpes, Graph Méditerranée et Graph Europe (Berlin en 2014, Londres en 2015, Stockholm en 2017, Copenhague en 2018, Turin en 2019, Oslo en 2022, Amsterdam en 2024).

Le prochain Graph Europe aura lieu du 4 au 7 juin 2025 à Barcelone.

Site : www.le-graph.fr

Le développement des infirmiers cliniciens

Depuis 1997, les Pays-Bas ont créé un statut spécifique d'infirmiers cliniciens, comparable à celui des IPA en France, d'apparition beaucoup plus récente. Il a fallu près de 25 ans pour que cette profession se structure et réussisse à trouver sa place dans le système de santé.

Cette évolution représente un réel levier d'attractivité pour les infirmiers, leur permettant d'évoluer et d'être reconnus dans leur expertise. Ce statut est aussi un outil de répartition de la charge entre les médecins et les paramédicaux, alors que la démographie médicale connaît des tensions importantes (3).

Une difficulté persiste : le nombre de places disponibles pour se former en tant qu'infirmier clinicien apparaît insuffisant.

Le virage de la prévention

Depuis la signature de l'IZA, les Pays-Bas ont renforcé leurs politiques de prévention, qui relèvent de la compétence des municipalités. Pour certains sujets comme la lutte antitabac, ces politiques semblent porter leurs fruits puisque le taux de fumeurs quotidiens de plus de 15 ans est de 14,7%, contre 25,3% en France (source OCDE). Sur d'autres sujets, comme la consommation d'alcool ou la prévalence du surpoids et de l'obésité, des efforts restent à faire : les Pays-Bas ont dans ces domaines des indicateurs comparables à la France (48% des Néerlandais ont un IMC supérieur à 25 contre 45,3% en France, et 19% des adultes déclarent avoir une consommation excessive d'alcool contre 21% en France – Source OCDE).

En raison des évolutions démographiques mentionnées précédemment, les Pays-Bas feront face dans les années à venir à une hausse importante de leurs dépenses de santé. Actuellement, un actif néerlandais sur six travaille dans le domaine de la santé, mais le rapport sera de un sur quatre en 2040 si la demande de soin poursuit sa croissance. La prévention est donc considérée comme un levier essentiel, et ce virage préventif reste, comme l'illustrent certains indicateurs mentionnés précédemment, à renforcer.

Le numérique comme levier de transformation

Les Pays-Bas disposent d'une plateforme dédiée à la transformation numérique, « Digizo.nu », développée dans le cadre de l'IZA. Cette plateforme doit permettre une grande transparence sur les innovations et leur déploiement à une plus grande échelle. La plateforme Digizo.nu utilise la méthode dite de « Healthcare Transformation Model », qui comprend six étapes : Innover/Collecter et prioriser/Tester/Évaluer/Valoriser/Déploiement national.

Digizo.nu a permis le développement de dispositifs numériques, par exemple la dispensation des médicaments à heures fixes ou la télésurveillance pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Par ailleurs, l'impact du développement de l'intelligence artificielle dans les secteurs de la santé fait partie des défis communs auxquels sont confrontés les Pays-Bas et la France. ●