

# LE NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ DES PAYS-BAS

Brigitte LALOUPE

*Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les Pays Bas ont un nouveau système d'assurance maladie.*

*Celui-ci est le résultat de dizaines d'années de discussions.*

Le système antérieur présentait selon le Ministère de la Santé, plusieurs défauts :

- Trop de systèmes différents : caisse de maladie, assurances privées, régime des agents de l'administration
- Peu ou pas de choix pour l'assuré
- Peu d'incitation à la concurrence pour les assureurs
- Peu ou pas de pression sur les prestataires les incitant à fournir de meilleures prestations
- Inégalités liées aux primes et aux revenus. Le mode d'assurance dépendait du travail, des revenus, de l'état civil, voire de l'état de santé.

Il faut savoir que les pouvoirs publics ne sont pas impliqués directement dans le système de santé aux Pays-Bas. Cette tâche relève surtout de prestataires de soins privés (praticiens individuels et établissements de soins).

## De nouveaux principes sont en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006

Les principes de bases sont désormais les suivants :

- Une assurance de base pour tous
- Les citoyens peuvent changer d'assurance tous les ans
- Les assureurs se livrent concurrence au profit des assurés
- Les clients et les assureurs incitent les prestataires à offrir des soins de meilleure qualité

Le nouveau système a un caractère privé mais est régi par différentes conditions fixées par les pouvoirs publics :

- il est obligatoire pour toute personne résidant aux Pays-Bas de souscrire une assurance,
- la loi établit la nature des soins auxquels donne droit l'assurance soins de santé,
- les assureurs doivent admettre tout le monde et proposer une assurance aux mêmes conditions à tous les citoyens,

- les pouvoirs publics restent responsables de l'accessibilité, des prix abordables et de la qualité des soins,

mais le nouveau système offre une plus grande liberté de choix aux assurés :

- le montant de la prime nominale (que l'assureur fixe librement),
- le type de police (soins en nature ou indemnisation des frais) et les services offerts par l'assureur,
- le montant de la franchise qui peut aller de 0 à 500 €,
- la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour des soins non couverts par l'assurance de base.

Beaucoup d'entreprises ou associations ont négocié des contrats collectifs.

## Les assureurs se font concurrence pour offrir des soins de qualité et les prestataires de santé fournissent de meilleures prestations

Les assureurs soins de santé sont tenus de se conformer aux dispositions légales mais ont le droit de réaliser des profits. Ils négocient les prix, le contenu et l'organisation des soins avec les prestataires qu'ils choisissent. Ils ont l'obligation de veiller à ce que leurs assurés reçoivent à temps des soins de qualité. C'est d'ailleurs ce qu'ils ont intérêt à faire puisque ceux-ci peuvent changer d'assureur tous les ans.

Les assurés ont également la possibilité de choisir eux-mêmes leurs soins et de se faire rembourser ensuite.

Les pouvoirs publics estimaient que les prestataires de soins occupaient depuis toujours une position particulièrement dominante. C'est eux qui déterminaient en grande partie les soins à fournir et la qualité de ces soins ; il y avait peu d'in-

citation à améliorer et évaluer les prestations.

Désormais, les assureurs soumettent à des conditions sévères les contrats passés avec les prestataires de soins tant sur le plan qualitatif que sur le plan financier.

## Le financement est partagé

- Le système est couvert à près de 50% par la prime nominale (environ 1050 € en moyenne en 2006).
- Les assurés âgés de moins de 18 ans ne sont pas redevables d'une prime et les personnes dont les revenus sont trop faibles pour pouvoir payer la prime peuvent demander une allocation de soins de santé. Celle-ci est proportionnelle à leurs revenus.
- La contribution de l'Etat s'élève à 5% du coût du système.
- Par ailleurs les assurés payent une cotisation de 6,5% calculés sur leurs revenus, dans la limite d'un plafond annuel de

30 000 € ( cette cotisation est donc au maximum d'environ 2 000 €). Les employeurs sont tenus d'indemniser cette cotisation. Les fonds ainsi récoltés servent à la péréquation des risques entre assureurs, ceux qui ont des assurés coûteux en reçoivent une plus grande part.

- Pour les indépendants et retraités le taux de cette cotisation est de 4,4%.

- Une partie de la prime fixe est restituée aux assurés adultes en cas de dépenses annuelle inférieure à 255 € (non compris les consultations chez un généraliste).

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

## Flux financiers

