

PAYS-BAS

A) Situation actuelle

1. Données concernant le total des dépenses dans le secteur de la santé et le pourcentage des participations des usagers

Tableaux des frais de santé aux Pays-Bas et des versements directs (en milliards et %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PNB	333,7	354,2	373,9	401,1	429,4	445,2	454,3	464,5	474,5	486,6
Dépenses	29,3	30,7	32,6	34,6	38,5	43,1	43,8	45,0	45,8	48,2
Versement direct	2,4	2,4	2,4	2,4	2,6	2,3	2,1	2,5	4,0	4,1
En % du PNB										
Dépenses	8,8%	8,7%	8,7%	8,6%	9,0%	9,7%	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%
Versement direct	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,8%	0,8%

2. Méthode de participation aux coûts

Soins couverts par la loi sur les dépenses médicales exceptionnelles

Lorsqu'il est question de soins à domicile, c'est la méthode de participation aux coûts qui prévaut : le patient paie un certain montant par heure, en fonction de son revenu, sans toutefois dépasser un plafond prédéfini.

Lorsqu'il s'agit de soins dans un établissement, c'est la méthode basée sur l'économie d'argent qui entre en jeu : puisque le patient économise de l'argent pour la simple raison qu'il n'habite pas chez lui, il doit verser un pourcentage de son revenu, sans dépasser un plafond déterminé. Autres facteurs qui interviennent : le patient a-t-il plus de 65 ans, est-il marié ou cohabitant ?

Lorsque le client touche une somme destinée à ses propres soins, sa participation personnelle est déduite directement de ce budget (une personne qui a droit aux prestations en vertu de l'AWBZ peut choisir de ne pas bénéficier de prestations en nature, mais de percevoir un budget destiné à ses soins personnels). Lorsque le client bénéficie de prestations de santé en nature, une note lui est envoyée pour la participation individuelle du montant correspondant, lequel est déduit de son indemnité.

Dans le cas de soins psychothérapeutiques, c'est le "ticket modérateur" qui s'applique. Un patient doit payer une certaine somme par séance, sans dépasser un certain plafond par an.

Les règles détaillées figurent dans le décret sur les cotisations individuelles aux coûts des soins de santé et dans les règlements associés sur les cotisations individuelles aux coûts des soins de santé.

Soins couverts par la loi sur l'assurance sociale maladie

La loi sur l'assurance sociale maladie a été amendée le 1^{er} janvier 2005. Le nouvel amendement organise l'augmentation de la prime et une prestation en espèces

(remboursement pour absence de demande) pour les personnes assurées de 18 ans et plus après une année civile si elles n'ont pas fait appel, ou très peu, aux soins de santé auxquels elles ont droit au titre de la dite loi.

Soins de maternité :

Les assurées sont dispensées de participer aux coûts des soins médicaux lorsqu'elles sont en couches dans un hôpital ou un centre de maternité spécial et que les soins sont délivrés sur avis médical.

Soins pharmaceutiques :

La méthode dans ce cas est celle du "ticket modérateur", mais elle ne s'applique qu'à quelques cas précis. On entend par soins pharmaceutiques la délivrance de médicaments, de produits diététiques à usage médical et de bandages. Les médicaments disponibles en vertu de la loi sur l'assurance sociale maladie se divisent en principe en différents groupes de médicaments interchangeables du point de vue thérapeutique. Le montant remboursable pour les médicaments de chaque groupe est plafonné. Ce plafond repose sur la moyenne des prix des produits de ce groupe. Si un patient décide d'acheter un médicament dont le coût excède le plafond fixé pour ce produit, il est tenu de régler la différence. Le montant remboursable pour un médicament inclus dans les dispositions de la loi sur l'assurance sociale maladie, mais non interchangeable avec n'importe quel autre produit sur le plan thérapeutique, n'est pas plafonné. Ce système porte le nom de « système de remboursement des produits pharmaceutiques ».

Appareils médicaux :

Aucune participation aux coûts, sauf pour les chaussures orthopédiques (somme définie par paire) en fonction de l'économie d'argent réalisée : tout le monde a besoin de chaussures. En ce qui concerne les appareils auditifs, une participation financière est demandée uniquement en cas de dépassement d'un certain montant.

Transport nécessaire sur le plan médical :

Méthode du "ticket modérateur" (montant fixe par an). Certains groupes de patients ne sont pas concernés.

3. Montant de la participation des patients

Soins couverts par la loi sur les dépenses médicales exceptionnelles

Participation aux coûts dans le cas de soins résidentiels dans un établissement à partir de 18 ans. La participation aux coûts se décline sous trois formes, un patient devra payer la cotisation supérieure ou inférieure suivant que son revenu dépasse, ou pas, un certain seuil.

- la cotisation dite supérieure, proportionnelle au revenu, avec un maximum de € 1 728 par mois ;
- la cotisation dite inférieure, proportionnelle au revenu, avec un maximum de € 696,60 par mois ;

- une cotisation fixe uniquement applicable dans le cas de séjours de courte durée dans un établissement pour handicapés mentaux ou pour les soins à domicile. Le montant s'élève à € 11,80 par heure, avec un maximum de € 536,80 pour quatre semaines.

En ce qui concerne la psychothérapie pour une personne, la participation s'élève à € 15 par séance, avec un montant maximum de € 675 par an. Lorsque plus d'une personne est concernée, la somme est de € 7,50 par séance, avec un plafond de € 337.50 par an.

Soins en vertu de la loi sur l'assurance sociale maladie

Le règlement relatif au remboursement en cas d'absence de demande stipule que, au 1er janvier 2005, la prime inclura une somme de € 255 qui servira à payer les soins pendant un an. À la fin de l'année, ce qui reste des € 255, moins les frais des soins dispensés, sera remboursé à l'assuré (la prime annuelle s'élève en moyenne à € 384,72, moins un remboursement de € 93 en moyenne). Certains frais n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement susmentionné ; il s'agit des coûts :

- a. des soins des enfants de moins de 18 ans
- b. des soins ou traitements prodigués par un médecin généraliste
- c. des soins de maternité
- d. des services d'une sage-femme

Traitement dentaire et prothèses dentaires

Les adultes n'ont pas droit aux soins dentaires dans le cadre de la loi sur l'assurance sociale maladie. Toutefois, un adulte peut quand même obtenir, dans le cadre du régime, un dentier complet, ce dernier étant considéré comme un dispositif médical. En outre, dans des circonstances particulières, des soins dentaires intégraux peuvent être prodigués aux patients qui souffrent d'affections dentaires spéciales ou de handicaps physiques ou mentaux, ainsi qu'à ceux qui souffrent de problèmes dentaires particuliers survenus à la suite d'un traitement médical.

Autres traitements et produits

Accessoires et dispositifs médicaux :

Chaussures orthopédiques : participation de € 56,50 aux coûts d'une paire jusqu'à l'âge de 16 ans, de € 113 par paire à partir de 16 ans.

Appareils auditifs : paiement des coûts excédant € 462,50

Transport nécessaire sur le plan médical. Les patients devant se soumettre à une hémodialyse, radiothérapie, chimiothérapie, les malvoyants et les personnes en chaise roulante ne doivent pas payer les frais de transport. Les autres assurés doivent contribuer à hauteur de € 81 par an, tout en bénéficiant de la possibilité de reporter le paiement tel que stipulé dans la clause pour les cas de rigueur.

Professions médicales auxiliaires :

Pas de cofinancement.

4. Groupes exemptés de participation

Les frais occasionnés par une maladie, par exemple les primes pour la caisse d'assurance maladie ou les coûts des médicaments ou préparations pharmaceutiques, peuvent être déduits fiscalement. Le total des coûts doit dépasser un certain seuil, basé sur le revenu. En outre, les malades chroniques, les handicapés ou les seniors ont droit à une indemnisation. La brochure « Ik heb wat, krijg ik ook wat? », qui fournit des explications sur l'indemnisation de ces groupes, peut être commandée à l'adresse suivante www.minszw.nl.

5. Mécanisme visant à limiter l'ensemble des participations des usagers

Le paiement des frais des transports nécessaires sur le plan médical peut être reporté dans les cas de rigueur. Les participations aux coûts sont plafonnées en cas de soins résidentiels dans un établissement à partir de 18 ans.

B) Politique générale de participation

6. Nouvelles mesures

Afin de mettre un terme à la différence entre les assurances maladies sociales et privées, le gouvernement a décidé d'instaurer un nouveau régime d'assurances maladie. Selon l'échéancier du gouvernement, la nouvelle loi sur l'assurance maladie entrera en vigueur le 1er janvier 2006. Outre le remboursement pour absence de demande, l'assureur pourra proposer à chacun une franchise, que l'assuré sera libre d'accepter ou pas. Cette franchise pourra aller jusqu'à € 500 et l'assureur pourra décider des réductions de prime qui accompagneront son produit. La loi sur l'assurance maladie prévoit cinq tranches de € 100 de franchise individuelle. Toutefois, globalement, l'assureur est tenu :

- de proposer une police d'assurance maladie sans franchise individuelle facultative ;
- de rendre ses franchises individuelles accessibles à tous les assurés ;
- d'accorder à tous les assurés la même réduction de prime pour la même franchise individuelle, ce qui peut être fonction de la période d'assurance.

7. Prestations qui ne sont plus remboursées

Les prestations assurées en vertu de la loi sur l'assurance maladie découlent de la couverture prévue dans la loi sur l'assurance sociale maladie au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Les prestations assurées seront vérifiées régulièrement à l'aune des critères d'efficacité démontrable, du rapport qualité-prix et du besoin d'un financement collectif afin de déterminer si certaines formes de soins devraient être retirées de l'ensemble des prestations assurées ou, au contraire, y être ajoutées.

8. Règlements concernant l'accès aux prestataires de soins de santé et/ou prestations.

La loi sur l'assurance maladie stipule que les assurés peuvent opter pour des soins en nature prodigués par des prestataires avec lesquels leur assureur a conclu un contrat, ou pour le remboursement des frais occasionnés par les soins dispensés par les prestataires qu'ils ont choisis librement. Ces règlements sont arrêtés par le gouvernement. L'assureur et l'assuré devraient eux-mêmes convenir de l'élaboration de ces dispositions.

9. Impact de la participation des patients sur la réduction des coûts ou sur le moindre recours aux soins de santé

Grâce à la participation financière des patients, la population prend davantage conscience de ce que coûtent les soins de santé en tant que tels. Toutefois, vu l'absence de chiffres, il est impossible de montrer l'incidence de la participation des patients sur la réduction des coûts ou sur le moindre recours aux soins de santé. L'influence de la participation n'est pas invoquée dans les débats actuels sur la modération des coûts. Cependant, on estime que cette mise à contribution des usagers entraîne une utilisation plus réfléchie des soins de santé.

C) Discussion actuelle

Il n'y a pas de discussions actuelles au sujet des prochaines mesures relatives à la participation des patients.

D) Renseignements complémentaires

Le site www.kostenvanziekten.nl contient des informations en anglais sur la participation des patients aux coûts.