



Vos droits en matière de sécurité sociale

aux Pays-Bas

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	6
Chapitre II: Soins de santé	7
Ouverture des droits	7
Couverture de l'assurance.....	7
Modalités d'accès	9
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	10
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	12
Ouverture des droits	12
Couverture de l'assurance.....	12
Modalités d'accès	13
Chapitre V: Prestations d'invalidité	14
Ouverture des droits	14
Couverture de l'assurance.....	14
Modalités d'accès	15
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	16
Ouverture des droits	16
Couverture de l'assurance.....	16
Modalités d'accès	16
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	18
Ouverture des droits	18
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	19
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	20
Ouverture des droits	20
Couverture de l'assurance.....	20
Modalités d'accès	20
Chapitre IX: Prestations familiales	21
Ouverture des droits	21
Couverture de l'assurance.....	21
Modalités d'accès	21
Chapitre X: Chômage.....	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	22
Modalités d'accès	23
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	24
Ouverture des droits	24
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	25
Chapitre XII : Soins de longue durée	27
Ouverture des droits	27
Couverture de l'assurance.....	27
Modalités d'accès	28
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	30

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Le système néerlandais de sécurité sociale comprend les branches suivantes d'assurances sociales:

- l'assurance maladie et maternité;
- l'assurance incapacité de travail. Il n'existe pas de régime spécial d'assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles aux Pays-Bas;
- la pension de vieillesse;
- l'assurance survie;
- l'assurance chômage;
- les allocations familiales.

Qui est assuré?

En principe, tous les travailleurs salariés et non salariés sont assurés. Toutefois, les non-salariés ne sont pas assurés contre le chômage et ne perçoivent pas d'indemnités de maladie ou de prestation d'invalidité.

Que faut-il faire pour être affilié à la sécurité sociale?

Dès que vous travaillez aux Pays-Bas comme salarié, vous êtes automatiquement affilié à toutes les assurances citées ci-dessus.

Il n'y a qu'une exception: la loi sur l'assurance soins de santé impose à tous les résidents aux Pays-Bas et à tous les non-résidents qui sont assujettis à l'impôt sur le revenu néerlandais de souscrire une assurance soins de santé auprès d'un assureur maladie. Le fait de satisfaire aux critères ne suffit pas à établir automatiquement une couverture d'assurance, contrairement à l'assurance fondée sur la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles. En effet, chaque personne doit trouver par elle-même un assureur et conclure avec lui un contrat d'assurance. Pour sa part, l'assureur maladie est tenu à une obligation d'acceptation de toute personne déposant une demande d'assurance.

Si vous travaillez comme non-salarié et que votre entreprise a son siège aux Pays-Bas ou que vous y exercez votre profession, vous êtes automatiquement couvert par la plupart des assurances nationales. Cependant, vous ne bénéficiez pas d'une assurance chômage.

Autres démarches

Si vous êtes salarié, vous aurez affaire à l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*) en cas d'incapacité de travail ou de chômage. L'UWV est également responsable des activités liées à la recherche d'emploi.

Un autre organisme important pour vous est la Banque des assurances sociales (*Sociale Verzekeringsbank*), à laquelle vous devrez vous adresser pour recevoir des

allocations familiales, ou une pension de vieillesse si vous avez atteint l'âge légal de la retraite.

En cas de décès, le survivant et/ou les enfants devront aussi s'adresser à la Banque des assurances sociales.

Comment se fait le paiement des cotisations?

Si vous êtes salarié, c'est votre employeur qui versera les cotisations afférentes aux différentes branches de la sécurité sociale. La partie de la cotisation à votre charge sera retenue sur votre rémunération. Votre employeur est tenu de vous rembourser le montant de la cotisation, proportionnelle au revenu, que vous avez payée au titre de la loi sur l'assurance soins de santé. Si vous recevez des prestations en espèces, l'institution qui vous les sert devra, dans certains cas, retenir une cotisation sur ces prestations.

Si vous êtes non-salarié, vous recevrez un état des cotisations à verser. Cet état mentionne aussi le montant de la cotisation proportionnelle au revenu à payer au titre de la loi sur l'assurance soins de santé.

Dans le cas de l'assurance soins de santé, la cotisation nominale est directement perçue par la compagnie d'assurance maladie (assureur) à laquelle vous êtes affilié. Votre employeur ou l'institution concernée peuvent vous donner des renseignements complémentaires sur les taux de cotisation qui vous concernent.

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une institution compétente?

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une institution d'assurance, vous pouvez la contester. Pour ce faire, vous devez introduire un recours, dans un certain délai, contre la décision en question auprès de l'organisme qui l'a prise. Celui-ci est alors tenu de réexaminer la décision et de se prononcer sur le recours. Vous pouvez – toujours dans un délai déterminé – aller en appel de la décision sur le recours devant la section administrative du tribunal d'arrondissement (*Arrondissementsrechtbank*) dont il est fait mention dans la décision même. Celle-ci indique aussi dans quel délai vous devez vous pourvoir en appel.

Pour aller en appel, vous devez déposer devant le tribunal d'arrondissement un pourvoi dans lequel vous déclarez contester la décision de l'institution et demander une nouvelle décision. Vous devez y joindre une copie de la décision contestée.

Si le tribunal d'arrondissement prend une décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord non plus, vous pourrez encore, dans la plupart des cas, aller en appel devant le Conseil central de recours (*Centrale Raad van Beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht*), dans un délai de six semaines à compter de la notification du jugement.

Organisation de la protection sociale

Aux Pays-Bas, l'assurance sociale relève de la compétence du ministère des affaires sociales et de l'emploi (*Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*) ainsi que du ministère de la santé, de la prévoyance et des sports (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). Une distinction est faite entre d'une part l'assurance nationale, qui

couvre toute la population, et d'autre part l'assurance pour salariés qui couvre uniquement les salariés. Les régimes d'assurance nationale ont dans leurs attributions:

- l'assurance vieillesse,
- les prestations aux survivants,
- les soins de santé,
- l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles,
- les prestations familiales.

Les régimes d'assurance pour les salariés ont dans leurs attributions:

- l'assurance pour les allocations de maladie,
- l'assurance invalidité,
- l'assurance chômage.

Il existe un régime d'assurance invalidité pour les jeunes handicapés. Il n'existe pas d'assurance spéciale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles; ces risques sont couverts par d'autres régimes d'assurance. Par ailleurs, l'État a mis en place un régime d'assistance sociale, géré par les autorités municipales. Ce régime se conçoit comme un filet de sécurité puisque son objectif est de garantir un revenu minimum aux personnes dont les ressources ne sont pas, ou ne sont plus, suffisantes pour faire face à des besoins essentiels.

À l'exception de l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles et les dépenses de soins médicaux, l'exécution des régimes d'assurance nationale est du ressort de la Banque des assurances sociales (*Sociale Verzekeringsbank*).

L'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (UWV) a pour tâche de gérer les régimes d'assurances pour les travailleurs salariés. Le service public de l'emploi est également géré par l'UWV. Le Service d'inspection des affaires sociales et de l'emploi (*Inspectie SZW*) est chargé du suivi de l'UWV et de la SVB.

L'assurance maladie (soins médicaux) est gérée par des sociétés privées d'assurance maladie, qui sont supervisées par l'Autorité néerlandaise de soins de santé (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

L'assurance générale pour les dépenses médicales exceptionnelles est gérée par des sociétés privées d'assurance maladie. Le contrôle est également exercé par le l'Autorité néerlandaise de soins de santé (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

Voir également la partie sur les [autorités compétentes](#).

Financement

Le régime de sécurité sociale aux Pays-Bas est financé grâce à un système de cotisations (par les résidents ainsi que les non résidents; les salariés, les travailleurs indépendants et les employeurs) et les impôts. Parfois, il existe un financement supplémentaire via des taxes générales, par exemple, pour la pension de vieillesse.

Chapitre II : Soins de santé

Ouverture des droits

Les soins médicaux sont couverts par deux régimes d'assurance différents qui se complètent mutuellement: l'assurance soins de santé et l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles. Cette dernière se fonde sur la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ*).

Sont obligatoirement assurées dans le cadre de cette loi sur les dépenses médicales exceptionnelles, les personnes résidant légalement aux Pays-Bas ou vivant dans un autre pays mais travaillant aux Pays-Bas et payant l'impôt sur le revenu néerlandais. Elles ont l'obligation de contracter une assurance maladie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (*Zorgverzekeringswet*).

Le gouvernement a prévu deux exceptions à cette règle générale:

- les membres des forces armées en service actif sont assurés au titre de la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles mais ne sont pas tenus de souscrire une assurance en vertu de la loi sur l'assurance maladie. Ils bénéficient des soins des services médicaux militaires.
- l'autre exception à l'obligation d'assurance concerne les objecteurs de conscience. Les personnes refusant l'assurance par principe ne versent pas de primes au titre de la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles et ne sont pas tenues de souscrire une assurance en vertu de la loi sur l'assurance maladie. Toutefois, elles s'acquittent de la cotisation liée au revenu sous la forme d'une taxe de substitution.

Titulaire d'une assurance maladie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, vous avez droit à des prestations médicales. Il existe deux grands types de polices d'assurance maladie: les polices basées sur les prestations en nature et les polices basées sur le remboursement des frais médicaux. Votre assureur vous fournira un carnet de membre qui attestera votre condition d'assuré chaque fois que vous recourrez à des soins médicaux. Souscrire une assurance maladie auprès d'un assureur maladie vous garantit automatiquement une couverture de l'assurance AWBZ.

Couverture de l'assurance

Votre assureur maladie peut vous expliquer en détail l'ensemble des prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre de la loi sur l'assurance maladie et de la loi AWBZ. Les personnes assurées au titre de la loi sur l'assurance maladie ont notamment droit aux prestations suivantes.

Soins de santé

Les soins médicaux comprennent des prestations telles que celles qui sont fournies par les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les psychologues et les gynécologues. Cela ne signifie pas que ces prestations doivent être fournies par ces personnes. S'il ne s'agit pas de prestations réservées devant être enregistrées et dont l'intitulé doit être protégé en vertu de la loi sur les professions du secteur des soins de

santé individuels, les prestations en question peuvent être servies par d'autres personnes. Ces prestations comprennent entre autres les examens annexes de laboratoire et les soins infirmiers.

Elles s'étendent aussi aux tests génétiques, à l'hémodialyse non clinique, aux services aux patients à problèmes respiratoires chroniques intermittents et à la prévention des thromboses. Les équipements nécessaires pour l'hémodialyse non clinique et la respiration artificielle pour les patients chroniques intermittents relèvent des dispositifs médicaux. Certains types de soins, que peuvent effectuer des médecins spécialistes, peuvent être exclus des prestations remboursées. Il est encore à préciser que la part prise en charge par l'assuré correspond à un montant maximum fixé par la réglementation d'application.

Les coûts des soins de santé mentale (y compris l'assistance psychologique générale) sont couverts en vertu de la loi sur l'assurance maladie.

Produits pharmaceutiques

Les fournitures pharmaceutiques comprennent les médicaments et certains produits alimentaires destinés à un usage médical. Les médicaments autorisés sont, en principe, répartis en groupes de substances thérapeutiques équivalentes. Le plafond de remboursement d'un groupe de médicaments est fixé sur la base du prix moyen des médicaments de ce groupe. Si un assuré choisit un médicament dont le prix dépasse ce plafond, il doit payer lui-même la différence. Il n'y a pas de plafond de remboursement pour un médicament autorisé mais non équivalent à d'autres substances thérapeutiques. Ce système est connu sous l'appellation de «système de remboursement des médicaments» (*genesmiddelenvergoedingensysteem* ou *GVS*).

L'assureur maladie peut limiter le remboursement des médicaments aux produits indiqués par lui en fonction de la substance active. Il convient de souligner que ce sont les assureurs maladie qui désignent (sous certaines conditions) les médicaments remboursés.

Transports

Le transport de malades s'effectue, sous réserve d'autorisation, par ambulance, taxi ou voiture particulière, pourvu qu'il y ait prescription médicale. Le médecin traitant délivre une attestation à cet effet. Ces prestations couvrent également les frais de transport en commun dans la classe la moins chère, s'il s'agit d'un transport de ou vers une institution de soins de santé. Dans certains cas, l'assureur maladie peut autoriser un moyen de transport exceptionnel, par exemple l'hélicoptère.

Qu'il s'agisse de transport en commun, par taxi ou par voiture particulière, l'assuré paie d'abord lui-même un certain montant pendant 12 mois. Les frais de transport en voiture particulière sont remboursés au tarif d'un montant fixe par kilomètre.

Le transport de malades en position couchée ou nécessitant une surveillance médicale n'est autorisé que dans quatre cas: pour les patients en dialyse rénale, en chimiothérapie ou radiothérapie, ou encore pour les personnes malvoyantes qui ne peuvent se déplacer sans accompagnement, et enfin pour les patients en chaise roulante. La distance est limitée à 200 km (voyage aller). Le patient, préalablement autorisé par l'assureur maladie à solliciter des soins dans une institution ou un service de soins plus éloigné, qui reçoit des soins à la charge de l'assurance soins de santé (tant aux Pays-Bas qu'à l'étranger) a droit au remboursement des frais de transport sur une plus grande distance.

Il existe cependant une clause d'imprévision par laquelle, dans certains cas, les assurés qui ne relèvent pas des catégories susmentionnées peuvent tout de même prétendre à un remboursement. Ce peut être le cas lorsque l'assuré est tenu de se déplacer pour traiter une maladie ou une affection de longue durée.

Soins dentaires

Pour les enfants et jusqu'à l'âge de 18 ans, les soins dentaires englobent les soins préventifs d'entretien, l'application de fluor jusqu'à deux fois par an à partir de l'âge de six ans, plombage, orthodontie et traitement chirurgical. Pour les adultes, les soins dentaires comprennent les prothèses dentaires et les actes de chirurgie dentaire.

Prothèses, optique, appareils auditifs

Ces dépenses de santé sont soumises à l'accord préalable de l'assurance. Il n'y a pas de participation aux frais hormis dans certaines circonstances pour les chaussures orthopédiques et les appareils auditifs.

Traitement hospitalier

Les soins hospitaliers - à l'exception des hôpitaux psychiatriques ou des services psychiatriques d'hôpitaux généraux ou universitaires - sont pris en charge par l'AWBZ dans la mesure où ils durent plus d'une année.

Modalités d'accès

Votre assureur vous fournira une attestation qui vous permettra de justifier votre condition d'assuré chaque fois que vous recourrez à des soins médicaux.

Vous pouvez librement choisir tout médecin qualifié pour exercer. Les spécialistes ne peuvent toutefois être consultés que sur prescription d'un généraliste. Concernant l'hospitalisation, vous pouvez librement choisir un hôpital ou établissement parmi ceux agréés par le ministère de la santé.

Les versements sont effectués par la société d'assurance maladie privée. Pour la plupart des soins au titre de la loi, l'assuré de plus de 18 ans doit apporter une contribution personnelle aux coûts. Il existe toutefois une compensation pour les malades chroniques.

Pour obtenir des produits pharmaceutiques, l'assuré doit s'inscrire auprès de la pharmacie de son choix.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Droit aux indemnités de maladie durant la période d'assurance

Le Code civil oblige l'employeur à continuer de verser à son salarié malade, pendant les deux premières années de maladie, au moins 70% de son salaire. Pour les personnes qui n'ont pas (plus) d'employeur, la loi sur l'assurance-maladie sert de dispositif de sécurité. Après une période de deux ans, une personne peut avoir droit à une prestation *WIA*.

Le travailleur a droit aux indemnités de maladie lorsque la relation de travail se termine le premier jour de maladie ou au cours de la période de versement obligatoire du salaire. Les indemnités sont versées à compter de la fin de la relation de travail, moyennant au moins deux jours de carence. Il y a deux situations possibles: une personne ayant un employeur est couverte par son employeur, qui lui payera les salaires pendant deux ans. Si une personne est sous contrat à durée déterminée, travaille en tant que travailleur intérimaire (*uitzendkracht*) ou reçoit une allocation de chômage et tombe malade, l'*UWV* joue le rôle de l'employeur et la personne reçoit une indemnité de maladie.

Le droit aux indemnités de maladie expire de toute façon le premier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge légal de la retraite ou lorsque la personne n'est plus malade.

Droit aux indemnités de maladie après la fin de l'assurance

Sous certaines conditions, une maladie déclarée moins d'un mois après la fin de l'assurance peut encore vous donner droit aux indemnités.

Couverture de l'assurance

Le salarié reçoit au moins 70% de son salaire pendant les deux premières années de maladie. L'employeur continue de verser le salaire du salarié jusqu'à la 104^e semaine de maladie du salarié, mais jamais au-delà de la durée du contrat.

Le salaire journalier considéré est plafonné à € 195,96. Avec l'accord du ministre, ce pourcentage peut être augmenté par les associations professionnelles dans le cadre des conventions collectives entre les employeurs et les salariés. Par ailleurs, si 70% du salaire journalier est inférieur au minimum social, un supplément peut être réclamé au titre de la loi sur les allocations supplémentaires (*Toeslagenwet, TW*) (sous conditions de revenus).

Modalités d'accès

Le travailleur ayant droit aux indemnités de maladie doit déclarer ou faire déclarer aussitôt que possible (au plus tard le deuxième jour de maladie) sa maladie, dès qu'il

doit cesser le travail ou ne peut se rendre au travail en raison de sa maladie. Le travailleur est informé par l'employeur des règles de notification à cet égard.

Le travailleur doit permettre la réalisation de contrôles. Il doit en principe se trouver à son domicile aux moments indiqués dans les prescriptions de contrôle.

Le travailleur qui demande le bénéfice des indemnités de maladie et dont le contrôle de l'incapacité de travail est donc assuré par une institution de l'assurance maladie, doit respecter les prescriptions de l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV*).

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Voir la partie sur les [soins de santé](#).

Les personnes assurées au titre de la loi sur l'assurance maladie ont notamment droit aux soins de maternité. Les personnes assurées au titre de l'AWBZ ont notamment droit aux soins à la mère et à l'enfant.

Si vous êtes personnellement assurée aux Pays-Bas en qualité de salariée, vous avez droit, en cas de grossesse, à des indemnités journalières de grossesse (*Zwangerschapsuitkering* ou *WAZO*, *Wet Arbeid en Zorg*).

Couverture de l'assurance

Les personnes assurées au titre de la loi sur l'assurance maladie ont droit aux soins à la mère et à l'enfant après accouchement, pendant dix jours au maximum.

Les personnes assurées au titre de l'AWBZ peuvent bénéficier de mesures d'accompagnement, d'orientation et d'autres formes de soins pendant la grossesse ainsi que d'un examen régulier de l'état de santé de l'enfant pendant les premières années de la vie. En principe, l'AWBZ couvre les frais de traitement, les soins infirmiers et l'assistance en cas de maladie de longue durée ou de handicap grave.

Le congé de maternité est accordé pour une période de 16 semaines. Un congé entre quatre et six semaines est obligatoire avant l'accouchement et entre 10 et 12 semaines après la naissance.

Dans le cas d'une naissance prématurée, le congé après la naissance est prolongé du nombre de jours de prématurité. Si l'enfant naît après terme, le nombre de jours de retard est ajouté au nombre total de jours de congé de maternité. Dans ce cas, le congé dépassera les 16 semaines.

Pendant la grossesse, les indemnités de maternité correspondent à votre salaire journalier. Durant les 16 semaines de congé de maternité, vous avez droit, à titre d'indemnité, à 100% de votre salaire, qui vous sera versé par l'organisme auquel votre employeur est affilié. Le salaire journalier considéré est plafonné à € 195,96.

Si, après avoir reçu cette indemnité, vous êtes toujours dans l'incapacité de travailler par suite de votre grossesse ou de votre accouchement, la même indemnité (soit 100% de votre salaire journalier) vous sera versée durant une période maximale de 104 semaines. Si, avant votre congé de maternité, vous êtes malade en raison de votre grossesse, vous recevrez des indemnités de maladie, toujours à concurrence de la totalité de votre salaire journalier.

Vous avez droit, en outre, à l'accouchement gratuit et au remboursement par des soins postnatals par l'assureur maladie si vous êtes affiliée à l'assurance néerlandaise pour soins de santé (*Zorgverzekeringswet*). En général, les soins obstétriques sont prodigués par une sage-femme, mais peuvent être donnés par un généraliste ou un

spécialiste, s'il y a lieu, en clinique ou à l'hôpital, si aucune sage-femme n'est disponible ou en cas de complications.

Modalités d'accès

Pour percevoir les indemnités de maternité, vous devez au préalable présenter un certificat de grossesse (*Zwangerschapsverklaring*) auprès de votre employeur. Celui-ci se verra rembourser les coûts du congé de maternité par l'UWV. Si vous êtes travailleur indépendant, vous pouvez vous adresser à l'UWV afin de recevoir des indemnités de maternité.

Pour de plus amples informations concernant les services obstétricaux gratuits et le remboursement des coûts des soins post-nataux, veuillez vous adresser à votre assureur.

Si vous désirez faire appel aux services d'un centre de maternité (*Kraamcentrum*), adressez-vous à une association d'assistance médicale (*Kruisvereniging*) au plus tard cinq mois avant la date présumée de l'accouchement.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Salariés

La loi sur le travail et le revenu selon la capacité de travail (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) couvre tous les salariés entièrement ou partiellement incapables de travailler.

Vous êtes considéré entièrement ou partiellement incapable de travailler si, par suite de maladie ou d'infirmité, vous ne pouvez gagner ce que les travailleurs en bonne santé et ayant une formation ainsi que des aptitudes semblables gagnent sous conditions normales dans la localité où vous travaillez ou travailliez en dernier lieu ou dans les environs, quelle que soit l'origine de l'incapacité (invalidité ou accident du travail). Votre incapacité de travail doit être d'au moins 35% pour prétendre aux prestations.

En cas d'incapacité partielle, l'accent est davantage placé sur les possibilités de réadaptation que sur la préservation des revenus. Le règlement relatif à la réintégration au travail des personnes en incapacité de travail partielle (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) incite tant les travailleurs que les employeurs à favoriser la réintégration du salarié. Le règlement sur l'octroi d'allocations aux personnes en incapacité de travail totale (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*) prévoit une rémunération en cas d'incapacité de travail totale et permanente, avec des perspectives de rétablissement nulles ou très faibles. L'*IVA* et le *WGA* font partie de la *WIA*.

Indépendants

Les travailleurs non salariés entrés en incapacité de travail ne sont pas couverts par ces dispositions et doivent s'assurer par eux-mêmes contre le risque d'incapacité de travail.

Couverture de l'assurance

La loi sur le travail et le revenu selon la capacité de travail (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) comporte deux volets:

Règlement relatif à la réintégration au travail des personnes en incapacité de travail partielle

Le règlement relatif à la réintégration au travail des personnes en incapacité de travail partielle (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) prévoit le versement d'une prestation liée au salaire pendant une durée allant de trois mois à 38 mois. Le montant de la prestation dépend du degré d'invalidité, du dernier salaire du travailleur et du salaire perçu pendant l'incapacité de travail partielle. Si vous ne travaillez pas, vous recevez 75% de votre dernier salaire au cours des deux premiers mois et 70% de votre dernier salaire ensuite. Si vous êtes en invalidité partielle et que

vous travaillez, vous percevez 75% de la différence entre votre dernier salaire et la rémunération issue de votre travail en plus de votre salaire au cours des deux premiers mois.

Une prestation de complément de salaire ou une prestation de fin de droits peut être versée jusqu'à ce que l'âge légal de la retraite soit atteint. Si votre revenu est d'au moins 50% de votre capacité de gain restante, votre salaire sera complété à raison de 70% de la différence entre le dernier salaire et la capacité de gain restante. Si, au terme de la période de perception de l'indemnité liée au salaire, vous n'avez pas de travail ou gagnez moins de 50% de la capacité de gain restante, vous recevrez une indemnité basée sur un pourcentage du salaire minimum légal.

Règlement sur l'octroi d'allocations aux personnes en incapacité de travail totale

En vertu du règlement sur l'octroi d'allocations aux personnes en incapacité de travail totale (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*), vous percevez 75% de votre dernier salaire.

Modalités d'accès

L'UWV doit évaluer si, et dans quelle mesure, vous êtes incapable de travailler. À cette fin, au maximum 20 mois après le début de votre incapacité de travail, l'institution vous indiquera comment demander les prestations. Vous devez soumettre cette demande au plus tard dans un délai de 21 mois.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Tant que vous résidez ou que vous travaillez aux Pays-Bas, vous êtes assuré en vertu de la loi sur l'assurance vieillesse généralisée (*Algemene Ouderdomswet, AOW*). D'une façon générale, tous les hommes et toutes les femmes ont droit à une pension de vieillesse à l'âge légal de la retraite de 65 ans et un mois. Sous certaines conditions, une assurance volontaire au titre de la loi générale sur l'assurance vieillesse est aussi possible à l'étranger.

Régimes complémentaires de pension

Si vous travaillez aux Pays-Bas, il se peut que vous ayez également droit à l'application d'un régime complémentaire de pension. Beaucoup de secteurs professionnels aux Pays-Bas possèdent un régime particulier de pension, qui est obligatoire. C'est le cas notamment de l'industrie métallurgique, la construction, la peinture en bâtiment, l'agriculture, les industries graphiques, l'hôtellerie, les transports routiers, la navigation marchande, la pêche maritime, l'industrie textile et les soins de santé. Il se peut aussi que votre employeur ait un régime complémentaire de pension applicable uniquement à son entreprise ou qu'il ait conclu un contrat particulier d'assurance avec une compagnie d'assurance vie.

Couverture de l'assurance

Les montants des pensions sont forfaitaires, mais ils sont adaptés deux fois par an, selon l'évolution des salaires. Les pensions sont payées une fois par mois. Une fois par an, au mois de mai, une allocation de vacances est également versée. La pension fixe (AOW) est réduite de 2% pour chaque année où vous n'avez pas été assuré. Cela signifie que vous obtenez 2% de la pension complète pour chaque année complète de résidence ou de travail aux Pays-Bas.

Modalités d'accès

Pensions de vieillesse

Quelques mois avant l'âge légal de la retraite, vous recevrez, si vous résidez aux Pays-Bas à ce moment, un formulaire spécial de demande de pension de vieillesse que vous devez adresser à la Banque des assurances sociales (*Sociale Verzekeringsbank*).

La pension néerlandaise de vieillesse prend cours le premier jour du mois où vous atteignez l'âge légal de la retraite. Si la demande de pension est faite plus d'un an après cette date, il peut en résulter une perte financière.

En cas d'assurance volontaire, la [Banque des assurances sociales](#) vous fournira tous les renseignements nécessaires. Si vous souscrivez à l'assurance volontaire, votre demande doit être présentée dans les délais, c'est-à-dire dans l'année qui suit votre départ à l'étranger ou dans l'année de votre établissement ou de votre début d'activité

aux Pays-Bas. Notez qu'un conjoint ou un compagnon/une compagne vivant dans votre pays d'origine n'est pas assuré.

Régimes complémentaires de pension

Vous pouvez vous informer auprès de votre employeur qui vous fera connaître vos droits éventuels dans ce domaine.

Le contrôle de ces régimes complémentaires est exercé par la [Nederlandsche Bank](#).

Les prestations des régimes complémentaires de pension doivent faire l'objet d'une demande adressée à la caisse de pension de la profession ou de l'entreprise concernée ou à la compagnie d'assurance vie qui gère le régime. Les litiges relatifs à l'application d'un régime complémentaire de pension doivent être portés devant les tribunaux civils.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Tant que vous résidez ou travaillez aux Pays-Bas, vous êtes affilié à l'assurance survie néerlandaise. Si vous ne résidez plus ou ne travaillez plus aux Pays-Bas, vous pouvez souscrire volontairement à cette assurance.

L'assurance survie, régie par la loi générale relative aux survivants (*Algemene Nabestaandenwet, ANW*), prévoit différentes prestations, à savoir une pension de survie, une pension d'orphelin partiel, une pension d'orphelin et une allocation d'assistance.

A droit à une pension de survie le partenaire survivant d'un assuré qui, au moment du décès de celui-ci: a un enfant non marié de moins de 18 ans ou attend un enfant; est atteint d'une incapacité de travail (n'est pas à même de gagner, par une activité appropriée, 45% d'un salaire normal); est né avant le 1^{er} janvier 1950. Sont considérés comme enfants de moins de 18 ans du survivant tous ses propres enfants et ses enfants adoptifs, c'est-à-dire les enfants d'une autre personne qu'il entretient et éduque comme les siens. La pension de survie prend fin lorsque le survivant n'a plus d'enfant non marié ou n'est plus en état d'incapacité de travail.

Le droit à la pension s'éteint en tout cas le premier jour du mois au cours duquel le survivant atteint l'âge légal de la retraite. Il a alors généralement droit à une pension de vieillesse. Le droit à la pension de survie s'éteint également en cas de remariage, de partenariat enregistré ou de cohabitation.

Le parent ou le responsable qui prend en charge dans son ménage un orphelin partiel âgé de moins de 18 ans et non marié a droit à la pension d'orphelin partiel. On entend par orphelin partiel un orphelin dont l'un des parents est décédé.

Cette pension prend fin lorsque le plus jeune enfant atteint l'âge de 18 ans, est pris en charge par un autre ménage ou lorsque le parent ou le responsable reçoit une pension de parent isolé au titre de la pension de vieillesse. Elle prend également fin lorsque l'enfant est adopté par le (nouveau) conjoint du parent survivant.

Le droit à l'allocation d'orphelin est en principe acquis aux orphelins complets, c'est-à-dire qui ont perdu leur père et leur mère. Ce droit est étendu aux orphelins de 16 à 21 ans qui sont scolarisés ou s'occupent pendant plus de 19 heures par semaine d'un ménage comptant au moins un autre orphelin, ainsi que les orphelins de 16 et 17 ans qui sont invalides. Les prestations sont directement liées à l'évolution du salaire minimum et varient en fonction de l'âge de l'orphelin. Il existe trois groupes d'âge: les enfants de moins de 10 ans, les enfants de 10 à 16 ans et les enfants de 16 à 21 ans.

Couverture de l'assurance

La pension de survie est plafonnée à 70% du salaire minimum et dépend des revenus du survivant.

La pension d'orphelin partiel se monte à 20% du salaire minimum et ne dépend pas des revenus. Ainsi, un partenaire survivant ayant un enfant de moins de 18 ans peut percevoir une pension à concurrence de 90% du salaire minimum.

La pension d'orphelin est directement liée à l'évolution du salaire minimum et varie en fonction de l'âge de l'orphelin. Il existe trois groupes d'âge: les enfants de moins de 10 ans, les enfants de 10 à 16 ans et les enfants de 16 à 21 ans. La pension d'orphelin ne dépend pas d'autres sources de revenus.

Les prestations sont ajustées deux fois par an en fonction de l'évolution du salaire minimum. Elles sont versées mensuellement. Une allocation vacances est versée une fois par an au mois de mai.

En cas de décès après l'expiration de la période d'assurance, le montant de la pension dépend des accords internationaux et des périodes d'assurance accomplies par le défunt aux Pays-Bas.

Indemnité funéraire

En cas de décès d'un travailleur salarié, ses survivants reçoivent une indemnité à partir du jour du décès. Le salaire n'est plus versé après ce jour. L'indemnité est égale à 100% du salaire mensuel au moment du décès. Si le travailleur décédé percevait des prestations sociales (*WW-*, *Ziektewet-*, *WAO-*, *WIA*, *WAZ*, *IOW*, *TW* ou *Wajong uitkering*), une allocation décès sera aussi versée. Cette allocation est également équivalente à une mensualité des prestations.

Modalités d'accès

Vous devez dans ce cas présenter une demande d'affiliation volontaire dans l'année qui suit votre départ à l'étranger. Pour plus d'informations, vous pouvez vous adresser à la [Banque des assurances sociales](#) (*Sociale Verzekeringsbank*).

En cas de décès d'un assuré, ses survivants résidant aux Pays-Bas sont tenus de demander leur pension de survie, d'orphelin ou d'orphelin partiel le plus rapidement possible auprès de la Banque des assurances sociales. Une demande introduite plus d'un an après le décès de l'assuré les expose à des pertes financières.

Le bénéfice d'une pension de survie n'exclut pas le droit aux allocations familiales. Vous obtiendrez plus d'information à ce sujet en vous adressant à la Banque des assurances sociales.

En cas de décès après l'expiration de la période d'assurance, les survivants doivent présenter leur demande à l'organisme d'assurance pension du pays où ils résident, qui transmettra la demande à la Banque des assurances sociales. Si la demande est présentée plus d'un an après le décès de l'assuré, cela peut entraîner un préjudice financier. La Banque des assurances sociales examine si les conditions d'octroi sont remplies et, en même temps, si vous avez droit à des allocations familiales.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Il n'existe pas aux Pays-Bas d'assurance distincte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Si vous êtes incapable de travailler par suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, les règles du régime prévu en cas de [maladie](#) s'appliquent pendant les deux premières années. Ensuite, vous pouvez éventuellement prétendre à une [prestation en espèces pour incapacité de travail](#) (invalidité). Vous avez également droit à des [prestations en nature](#) au titre de votre assurance maladie.

Couverture de l'assurance

Voir la partie sur les [prestations de maladie en espèces](#) et la partie sur l'[invalidité](#).

Modalités d'accès

Voir la partie sur les [prestations de maladie en espèces](#) et la partie sur l'[invalidité](#).

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Si vous résidez ou travaillez aux Pays-Bas, vous avez en principe droit aux allocations familiales à partir du premier enfant. Ce droit concerne vos propres enfants, ceux d'un mariage antérieur et les enfants adoptifs de moins de 16 ans, à condition qu'ils soient à votre charge au sens de la législation néerlandaise. Pour les enfants de 16 à 18 ans, d'autres conditions doivent être remplies: l'enfant concerné doit être étudiant ou invalide ou au chômage. Interviennent aussi souvent des conditions de prise en charge pour les enfants ne vivant pas avec leurs parents, c'est-à-dire que le montant des allocations familiales peut varier en fonction du niveau de prise en charge de l'enfant par ses parents. Les enfants qui ne vivent pas avec leurs parents et les enfants de 16 et 17 ans vivant au sein du ménage ne peuvent avoir des revenus supérieurs à un certain plafond.

Le droit aux allocations familiales est subordonné à la condition que le demandeur soit assuré au premier jour du trimestre de la demande. À cette date, il doit aussi remplir les conditions fixées pour l'octroi des allocations.

Outre les allocations familiales susmentionnées, il existe une loi sur la majoration pour enfant. Le montant de cette prestation dépend du revenu des parents, du nombre d'enfants et de leur âge.

Couverture de l'assurance

Le montant des allocations familiales est fonction de la composition du ménage et de l'âge des enfants au premier jour de chaque trimestre (date de référence).

Modalités d'accès

Pour obtenir les allocations familiales, il faut adresser au bureau local (*Vestigingskantoor*) de la Banque des assurances sociales (*Sociale Verzekeringsbank-SVB*) de votre lieu de résidence un formulaire de demande dûment rempli et signé. Ces formulaires peuvent être retirés auprès de la [Banque des assurances sociales](#). Si l'enfant est né aux Pays-Bas, la SVB vous enverra un formulaire de demande d'ici quelques semaines. Après la première demande, seules les modifications susceptibles d'influencer votre droit aux allocations familiales doivent être communiquées au bureau local de la SVB. Les allocations familiales sont payées à la fin de chaque trimestre. Si les enfants font partie du ménage d'un couple marié, la demande peut être présentée par l'un ou l'autre des conjoints. Si les conjoints sont séparés ou divorcés, la demande doit être présentée par celui des parents qui a la garde des enfants.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Si vous devenez chômeur aux Pays-Bas, vous avez droit à des allocations de chômage qui sont réglementées par la loi sur l'assurance chômage (*Werkloosheidswet, WW*). Pour prétendre à la couverture de la WW, vous devez remplir certaines conditions, notamment:

- avoir perdu au moins cinq heures d'activité (et le salaire correspondant) par semaine en tant que salarié (les salariés travaillant habituellement moins de 10 heures par semaine doivent avoir perdu la moitié de ces heures);
- être disponible pour un emploi sur le marché du travail néerlandais;
- avoir reçu un salaire pendant au moins 26 semaines au cours des 36 semaines qui précèdent immédiatement votre premier jour de chômage (critère des semaines).

Si vous remplissez ces conditions, vous pouvez prétendre aux prestations WW hormis si:

- vous avez droit à des prestations de maladie pour une incapacité totale;
- vous avez atteint l'âge légal de la retraite;
- vous vivez ou résidez à l'étranger;
- vous êtes incarcéré;
- vous êtes dans l'un des quelques autres cas prévus.

Si vous ne remplissez pas les conditions pour bénéficier d'une allocation chômage ou n'avez plus droit aux allocations ci-dessus, vous pouvez, dans certaines conditions, obtenir une allocation de revenu de la commune où vous résidez. Le montant de cette allocation est fixé en fonction de votre situation familiale et de vos ressources ainsi que de celles de votre partenaire éventuel(le).

Si vous avez droit aux prestations WW, vous devez vous plier à certaines obligations, par exemple:

- vous devez vous inscrire dans les délais auprès de l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV*);
- vous devez déployer des efforts suffisants pour rechercher et accepter un poste de travail adéquat;
- vous devez informer l'UWV de vos activités de recherche et d'emploi.

Le non respect de ces obligations entraîne l'arrêt du versement des prestations ou l'application de sanctions.

Couverture de l'assurance

Vous recevez 75% du dernier salaire journalier (fixé à un montant maximum donné) pendant les deux premiers mois et 70% ensuite.

La durée des allocations est limitée. Une personne remplissant seulement le critère des semaines perçoit des prestations pour une durée maximale de trois mois. Une personne qui remplit le critère des années perçoit des prestations pour un nombre de mois équivalent au nombre de mois travaillés, dans la limite de 38 mois. Vous remplissez le critère des années si vous avez perçu un salaire pendant au moins 208 heures au cours au moins de quatre années de travail sur les cinq années calendaires précédant l'année où vous êtes retrouvé au chômage (à noter que la condition précédente de 52 jours reste valable pour déterminer le droit à la prestation et la durée de celle-ci lorsque les années antérieures à 2013 sont prises en compte).

Dans certains cas, lorsque votre allocation est inférieure au minimum social (*sociaal minimum*), vous pouvez demander un complément d'allocation en vertu de la loi sur les allocations additionnelles (*Toeslagenwet*). L'allocation prend fin en tout cas le jour au cours duquel vous atteignez l'âge légal de la retraite; vous pouvez alors, en principe, prétendre à une pension de vieillesse.

Modalités d'accès

Pour percevoir les allocations chômage, vous devez déposer une demande auprès de l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV*) où vous devez également vous inscrire en tant que demandeur d'emploi.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Loi sur les prestations complémentaires (TW)

La loi sur les prestations complémentaires est une garantie de revenu minimum au profit de certains bénéficiaires de prestations dont le niveau de revenu est inférieur au minimum social. La loi TW prévoit une prestation complémentaire à concurrence de la différence entre le revenu perçu et le minimum social.

Cette prestation peut être servie en complément d'une allocation de maladie, d'une allocation de chômage, d'une allocation d'incapacité de travail, de l'allocation de grossesse/ maternité ou d'une allocation d'adoption/de tutelle.

Vous êtes admis au bénéfice d'une prestation complémentaire lorsque:

- vous êtes marié (ou en concubinage) et percevez un revenu (de ménage) inférieur au salaire minimum;
- vous vivez seul avec un enfant de moins de 18 ans et un revenu inférieur à 90% du salaire minimum; ou
- vous vivez seul et percevez un revenu inférieur à 70% du salaire minimum.

Loi sur l'assistance d'incapacité pour les jeunes handicapés (Wajong)

Cette loi prévoit une aide à la recherche d'un emploi rémunéré et au maintien en poste des jeunes handicapés et étudiants porteurs d'un handicap précoce. De plus, les jeunes handicapés peuvent prétendre à une aide aux revenus afin de compléter la rémunération de leur activité professionnelle.

Vous avez droit à cette aide et/ou prestations au titre de cette loi si le jour de votre 17^e anniversaire, vous n'êtes pas en mesure de gagner plus de 75% du salaire d'un travailleur en bonne santé ayant une formation ainsi qu'une expérience professionnelle semblable (*maatman*). Vous pouvez également prétendre à cette aide et/ou prestations si vous avez moins de 30 ans et que vous n'êtes pas en mesure de gagner plus de 75% du salaire d'un travailleur en bonne santé ayant une formation ainsi qu'une expérience professionnelle semblable (*maatman*) pendant vos études, ce qui vous empêchera, à l'issue de vos études, d'exercer totalement une activité professionnelle. Vous devez avoir été étudiant depuis au moins six mois au cours de l'année précédant la survenue de votre invalidité.

Vous perdez le droit à l'aide/indemnité *Wajong* à l'âge légal de la retraite, ou si vous êtes en mesure de gagner plus de 75% du salaire du *maatman*.

Vous pouvez prétendre à une indemnité *Wajong* lorsque vous avez été reconnu incapable de gagner plus de 75% du salaire du *maatman* pendant au moins 52 semaines consécutives. Il y a donc un délai d'attente d'un an. Celui-ci tient compte des périodes de maladie de quatre semaines continues.

À la fin du délai d'attente, vous devez encore être incapable de gagner plus de 75% du salaire du *maatman*. Si ce n'est pas le cas, mais que pendant quatre semaines à

compter de la fin du délai d'attente vous n'êtes pas en mesure de gagner plus de 75% du salaire du *maatman*, vous gardez le droit à l'indemnité.

Aide sociale

En tant que filet de sécurité, la Loi sur le travail et l'aide sociale (*Wet Werk en Bijstand, WWB*) accorde un revenu minimum à toute personne résidant légalement aux Pays-Bas, qui n'a pas les moyens de subvenir à ses propres besoins. La prestation d'aide sociale est versée jusqu'à ce que vous trouviez un emploi. Vous devez faire tout votre possible pour subvenir à vos besoins et vous êtes obligé d'accepter d'effectuer un travail qui est généralement accepté. Si vous n'arrivez pas à obtenir du travail, votre municipalité, auprès de laquelle vous avez fait la demande de prestation sociale et/ ou une entreprise de réinsertion peut vous aider à trouver du travail ou une formation. Un individu vivant seul ayant des frais de logement a en principe droit à une prestation d'aide sociale à hauteur de 70% du salaire minimum.

Pour plus d'informations sur la WWB, veuillez vous référer aux [tableaux MISSOC](#).

Couverture de l'assurance

Loi sur les prestations complémentaires (TW)

Dans le cadre de chaque régime d'assurance pour travailleurs salariés, la loi TW vient compléter le salaire si la prestation est inférieure au minimum social (70% du salaire minimum) et lorsque l'employeur, au cours de la deuxième année de maladie, continue à payer le salaire mais à concurrence seulement de 70%, ce qui peut amener le salarié à percevoir un revenu inférieur au minimum social.

Loi sur l'assistance d'incapacité pour les jeunes handicapés (Wajong)

Le montant de l'indemnité est fonction de votre âge et du montant de votre salaire. L'aide aux revenus vise à inciter les jeunes handicapés à générer par eux-mêmes le plus de revenus possible avec une approche générale consistant à rendre attractif et rentable le retour à l'emploi. L'indemnité *Wajong* varie en fonction de l'évolution de la situation. En cas d'évolution de l'état de santé, de l'emploi ou du salaire de l'intéressé, la prestation est ajustée. C'est la raison pour laquelle l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV*) continue d'évaluer la situation.

La durée de validité d'une indemnité *Wajong* est celle de l'incapacité de travail, et prend fin lorsque le bénéficiaire atteint l'âge légal de la retraite. L'*UWV* peut vous convoquer pour une réévaluation de votre incapacité.

Modalités d'accès

Loi sur les prestations complémentaires (TW)

La prestation est versée par l'Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés (*UWV*). Vous disposez de six semaines pour la demander après la reconnaissance de votre admissibilité à son bénéfice. Les demandes de prestation complémentaire pour tout régime de prestation doivent être déposées auprès de la société de travail *UWV (UWV Werkbedrijf)*.

Loi sur l'assistance d'incapacité pour les jeunes handicapés (*Wajong*)

Si vous vous retrouvez (partiellement) handicapé avant votre 17^e anniversaire, vous pouvez demander l'indemnité *Wajong* auprès de l'*UWV* quatre mois avant votre 18^e anniversaire.

Si vous vous retrouvez (partiellement) handicapé au cours de vos études et que vous avez moins de 30 ans, vous pouvez demander l'indemnité *Wajong* dans un délai de huit mois après le début de l'incapacité.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

La loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (*Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ*), loi du 14 décembre 1967, couvre les risques liés aux soins pour les hospitalisés de longue durée, les personnes âgées, les invalides et les handicapés mentaux souffrant de problèmes chroniques.

Tous les résidents ainsi que les non-résidents travaillant aux Pays-Bas et qui par conséquent paient l'impôt sur le revenu, sont assurés en matière de dépendance.

Les soins médicaux sont couverts par deux régimes d'assurance différents qui se complètent mutuellement: l'assurance soins de santé et l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles. Cette dernière se fonde sur la [loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles](#) (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*). Toute personne qui vit ou travaille aux Pays-Bas est couverte en vertu de l'AWBZ. En principe, les personnes obligatoirement assurées au titre de cette loi sur les dépenses médicales exceptionnelles sont tenues de souscrire une assurance maladie. Le gouvernement a prévu deux exceptions à cette règle générale: les membres des forces armées en service actif et les objecteurs de conscience.

Couverture de l'assurance

Les soins s'étendent à cinq besoins fonctionnels largement définis: soins personnels (par exemple fournir de l'aide pour prendre une douche, s'habiller, se raser, aller aux toilettes, manger et boire), soins infirmiers (mettre des pansements, administrer des médicaments et des injections), assistance et conseils (par exemple aider quelqu'un à organiser sa journée ou à apprendre à s'occuper de son ménage), traitement thérapeutique (par exemple un traitement spécifique par un spécialiste en gériatrie, un médecin pour les personnes atteintes d'un handicap du développement ou par un spécialiste du comportement) et hébergement (par exemple, les logements protégés et les soins hospitaliers lorsque les soins dans l'environnement familial ne sont pas adaptés en raison d'un besoin excessif de soins).

Les soins sont fournis sous la forme de « produits ». Les soins à domicile, l'admission dans une maison de soins infirmiers, l'admission dans une institution pour les personnes souffrant d'une déficience physique ou d'un handicap du développement sont tous des exemples de produits offerts en vertu de l'AWBZ. Un produit se compose d'une seule fonction ou d'une combinaison de fonctions.

Dans le cadre d'une expérience concernant les prestations en espèces, l'assuré peut choisir de ne pas bénéficier de soins sous forme de prestation en nature, mais de recevoir un budget personnel (*persoonsgebonden budget, PGB*) qui lui permettra d'acheter des soins de façon indépendante. Le budget est seulement disponible pour les personnes pour lesquelles un séjour de longue durée (hébergement) ou des soins personnels et infirmiers ont été prescrits. Le montant du budget personnel dépend des soins requis. Les personnes qui reçoivent déjà un budget personnel, sans qu'un séjour de longue durée (hébergement) leur soit prescrit, peuvent le garder jusqu'au 1^{er} janvier 2014.

Une compensation financière annuelle de € 200 est accordée aux aidants informels assurant à domicile des soins de longue durée à une personne pour qui ces soins ont été prescrits.

Les soins sont fournis sous forme de prestation en nature. Les prestations en nature couvertes sont les suivantes:

Soins à domicile

Il s'agit des soins prodigués à domicile par une institution aux personnes assurées souffrant d'un handicap physique ou mental ou de troubles somatiques, psychogériatriques ou psychiatriques. Les activités relatives aux soins personnels sont assurées ou conduites afin de compenser l'inaptitude (temporaire) de la personne assurée à vivre de façon indépendante.

Les soins à domicile comprennent le prêt de matériel infirmier pour une période maximale de 26 semaines.

Soins en hébergement partiel

Il s'agit des soins prodigués par une institution aux personnes assurées souffrant d'un handicap physique ou mental ou de troubles somatiques, psychogériatriques ou psychiatriques. Les soins tendent à promouvoir ou à préserver l'aptitude de la personne à vivre de façon indépendante et à prévenir l'institutionnalisation ou la négligence de la personne assurée.

Soins résidentiels

Il s'agit des soins en institution nécessaires en raison du besoin de vivre dans un environnement protégé ou thérapeutique ou du besoin d'un encadrement permanent de la personne assurée souffrant d'un handicap physique ou mental ou de troubles somatiques, psychogériatriques ou psychiatriques.

Autres prestations

En plus des fonctions de soins mentionnées ci-dessus, il y a également droit en vertu de l'AWBZ, par exemple, au transport des patients, aux divers articles infirmiers, aux soins et au soutien liés aux langages des signes, aux soins de réadaptation, aux soins prénataux, à la recherche concernant certains troubles métaboliques congénitaux, et aux vaccinations incluses dans un programme de vaccination.

Modalités d'accès

Le Centre d'évaluation des besoins de soins (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*) est responsable pour déterminer en toute impartialité et de façon objective et approfondie si des soins sont requis et, le cas échéant, quel type de soins et en quelle quantité ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Le CIZ évalue le besoin de soins conformément à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé. L'évaluation conduite par le CIZ est valable pour une certaine période dans la

limite de cinq ans maximum. Au-delà de cette période, une nouvelle évaluation des besoins est requise.

Les soins sont principalement prodigués par les institutions. Afin de pouvoir effectuer ces soins dans le cadre de la loi AWBZ, une institution doit avoir reçu l'agrément et conclu un accord avec une entité mettant en œuvre les dispositions de cette loi.

Les personnes assurées peuvent également choisir d'utiliser leur budget personnel de soins (*persoonsgebonden budget, PGB*) pour bénéficier de l'aide d'aidants informels (tel que voisin ou ami) ou de prestataires professionnels (tel que des agences spécialisées).

Votre assureur vous fournira un carnet de membre qui attestera votre condition d'assuré chaque fois que vous recourrez à des soins médicaux. Les personnes qui ont souscrit une assurance maladie en vertu de la Loi sur l'assurance maladie sont enregistrées automatiquement auprès de leur assureur maladie pour une assurance AWBZ.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Pour en savoir plus sur la sécurité sociale néerlandaise, veuillez consulter *Stand van zaken van de sociale zekerheid: overzicht 1 juli 2013* (la sécurité sociale aux Pays-Bas au 1^{er} juillet 2013) à l'adresse:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2013/06/28/stand-van-zaken-sociale-zekerheid-juli-2013.html>

Si vous voulez avoir plus d'informations sur les soins de santé aux Pays-Bas, veuillez consulter *Gezondheid en Zorg* à l'adresse:
<http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>

Informations sur la législation en anglais
<http://www.government.nl/issues/pensions-and-benefits>

Informations sur la sécurité sociale transfrontalière

Collège des assurances soins de santé *College voor zorgverzekeringen (CVZ)*

Postbus 320
1110 AH Diemen
Tél.: (31-10) 428 9551
<http://www.buitenland.cvz.nl>

Banque des assurances sociales *Sociale Verzekeringsbank (SVB)*

Postbus 357
1180 AJ Amstelveen

Détachement international *Internationale Detachering (ID)*

Tél.: (31-20) 656 52 77

Assurances volontaires *Vrijwillige Verzekeringen AOW/Anw*

Tel. 020 656 52 25
Vestiging Roermond Postbus 1244
6040 KE Roermond
Tél.: (31-475) 36 80 40
<http://www.svb.nl>

Bureau des affaires allemandes

Bureau voor Duitse Zaken

Takenhofplein 4
6538 SZ Nijmegen
Tél.: (31-24) 343 19 00
<http://www.svb.nl/bdz>
bdz@svb.nl

Bureau des affaires belges

Bureau voor Belgische Zaken

Rat Verleghstraat 2
4815 NZ Breda
Tél.: (31-76) 54 85 840
<http://www.svb.nl/bbz>
bbz@svb.nl

Institut de gestion des assurances pour les travailleurs salariés

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)

Postbus 58285 1040 HG Amsterdam
Tél.: (31-88) 898 2001
<http://www.uwv.nl>

Prestations de soins à l'étranger (Agis)

Zorgverzekering buitenland (Agis)

Postbus 19 3800 HA Amersfoort
Tél.: (31-900) 8685
<http://www.agisweb.nl>

Prestations de soins à l'étranger (CZ Sittard)

Zorgverzekering buitenland (CZ Sittard)

Postbus 55
6130 MA Sittard
<http://www.cz.nl>

Informations sur la fiscalité transfrontalière

Centre d'aide Travailler et Entreprendre par-delà les frontières - Allemagne, Belgique, Pays-Bas

Steunpunt Grensoverschrijdend Werken en Ondernemen (GWO) Duitsland, België Nederland

Terra Nigrastraat 10
6216 BL Maastricht
Tél.: 0800 024 12 12 (depuis les Pays-Bas)
0800 902 20 (depuis la Belgique)
0800 101 13 52 (depuis l'Allemagne)
<http://www.belastingdienst.nl>

Service des contributions

Belastingdienst

Limbourg/bureau Étranger
(Limburg/kantoor Buitenland)

Postbus 2865

6401 DJ Heerlen

Tél.: (31-55) 53 85 385

<http://www.belastingdienst.nl>

http://www.minfin.nl/nl/onderwerpen,belastingen/belastingen_internationaal