

22 mai 2024

- LÉGISLATION COMPARÉE -

NOTE

sur

L'ASSURANCE MALADIE

AUX PAYS-BAS

—

—

Cette note a été réalisée à la demande de la mission commune d'information
sur les complémentaires santé et leur impact
sur le pouvoir d'achat des Français.

DIRECTION DE L'INITIATIVE PARLEMENTAIRE
ET DES DÉLÉGATIONS



AVERTISSEMENT

Ce document constitue un instrument de travail élaboré à la demande des sénateurs, à partir de documents en langue originale, par la Division de la Législation comparée de la direction de l'initiative parlementaire et des délégations. Il a un caractère informatif et ne contient aucune prise de position susceptible d'engager le Sénat.

L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS

À la demande de la mission commune d'information sur les complémentaires santé et leur impact sur le pouvoir d'achat des Français, la Division de la Législation comparée a effectué des recherches sur l'assurance maladie et le rôle des assureurs privés aux Pays-Bas.

1. Aperçu du système d'assurance maladie

La loi de 2006 sur l'assurance maladie (*Zorgverzekeringswet, Zvw*) a mis fin à la dichotomie entre la caisse du fonds d'assurance maladie (*Ziekenfonds*), couvrant environ deux tiers de la population, principalement salariée, percevant un revenu inférieur à un certain plafond, et de nombreux petits régimes publics et privés couvrant le reste de la population, en **intégrant tous ces régimes au sein d'un régime universel reposant sur le libre choix des personnes d'un assureur privé**, offrant un panier de soins de base¹. Les principaux objectifs politiques de cette « **réforme de marché** » étaient d'offrir un système de soins de haute qualité abordable et soutenable d'un point de vue financier et d'augmenter la liberté de choix des assurés².

Depuis la réforme de 2006, le système de santé néerlandais est presque entièrement privatisé, tout en faisant l'objet d'une supervision et d'un encadrement étroits par les pouvoirs publics. Il s'agit d'un **système hybride**, largement financé par des ressources publiques (cotisations sociales et impôt) mais où la prestation des services de santé et la couverture du risque maladie relèvent d'acteurs privés, pour la plupart à but non lucratif³. En 2021, les dépenses de santé aux Pays-Bas s'élevaient à 11,3 % du PIB (soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'UE située 11 %), dont 85 % financés par l'État et le régime d'assurance maladie obligatoire, et les dépenses de santé par habitant figuraient parmi les plus élevées de l'UE (en troisième position derrière l'Allemagne et l'Autriche)⁴.

¹ Patrick Jeurissen et Hans Maarse, [The market reform in Dutch health care](#), *European observatory on Health Systems and Policies*, 2021, p. 13.

² *Ibid.*, p. 12.

³ *Ibid.*, p. 5.

⁴ OCDE, *Observatoire européen des systèmes et politiques de santé et Commission européenne, State of Health in the EU The Netherlands Country Health Profile 2023*, 2023, p. 10.

L'assurance maladie est organisée en quatre régimes, chacun encadré par une loi distincte, qui prévoient collectivement la couverture des soins de santé et de certaines aides sociales¹ :

- la **loi sur l'assurance maladie**² a introduit en 2006 un **système concurrentiel mais fortement régulé** (*managed competition*³) qui garantit à tout résident aux Pays-Bas l'accès à un panier de soins de base, défini par l'État, et laisse la mise en œuvre aux assureurs et prestataires de soins privés, en concurrence les uns avec les autres. Les assureurs sont tenus d'accepter tous les demandeurs, d'engager des négociations et de conclure des contrats avec les prestataires de soins. En outre, les assureurs privés proposent une **assurance complémentaire volontaire** pour les soins non couverts par l'ensemble des prestations de base ;

- la **loi sur les soins de longue durée**⁴, en vigueur depuis 2015⁵, prévoit un régime spécifique pour les soins de longue durée qui nécessitent une surveillance permanente ou une prise en charge 24 heures sur 24 (tels que les troubles somatiques, psycho-gériatriques ou psychiatriques, handicap physique ou mental). Les soins peuvent être prodigués en établissement ou à domicile, si cela est autorisé par le Centre d'évaluation des besoins de soins). Le Centre d'évaluation des besoins de soins (*Centrum Indicatiestelling Zorg*, CIZ) est chargé de déterminer si l'assuré remplit les conditions pour bénéficier de l'assurance pour les soins de longue durée et de définir pour chaque bénéficiaire le type et la quantité de soins requis, ainsi que leur durée. Ce régime donne essentiellement lieu à des prestations en nature⁶. Il est financé par l'impôt - contrairement au régime précédent financé par les cotisations sociales - et par une contribution personnelle des assurés, dont le montant varie selon le niveau de revenus et la situation du bénéficiaire⁷. Il est administré au niveau national mais mis en œuvre par des bureaux de soins régionaux, relevant de l'assureur santé privé dominant dans chaque région ;

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, [Het Nederlandse zorgstelsel](#), 2016.

² [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#)

³ Ce modèle est inspiré de la proposition de l'économiste américain Alain Enthoven, formulée dans les années 1970, de mettre en place un système d'assurance maladie universel et concurrentiel aux États-Unis. Voir : Alain C. Enthoven, (1980), [Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care](#), 1980 et Alain C. Enthoven, *Theory and practice of managed competition in health care finance*, 1988.

⁴ [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#)

⁵ La loi sur les soins de longue durée (Wlz) remplace la loi générale sur les frais médicaux exceptionnels (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) qui avait intégré au fil du temps une grande variété de soins et d'aides et menaçait, selon le gouvernement néerlandais, de rendre le système de soins de longue durée ingérable. La loi Wlz s'applique à un groupe de personnes plus limité que l'AWBZ.

⁶ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html

⁷ Selon le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS), en 2022, la participation dite élevée s'élevait au maximum à 2 506 euros par mois quand les soins étaient dispensés en établissement et la participation dite faible variait entre 174 euros et 913 euros par mois pour les personnes bénéficiant de soins à domicile ou dans une structure où elles devaient payer un loyer.

- la **loi sur l'aide sociale**¹ est un régime d'aide sociale financé par l'impôt et mis en œuvre par les communes, qui couvre les soins sociaux à domicile ou dans des structures de petite taille pour les personnes handicapées et les personnes âgées. Introduit en 2015, son champ d'intervention dépasse les soins de santé puisqu'il couvre également l'hébergement d'urgence pour les sans-abris ou les personnes victimes de violence domestique ;

- et la **loi sur la jeunesse**². Mis en place lors de la réforme de 2015, ce quatrième régime couvre le soutien, l'assistance et l'aide sociale aux enfants et aux adolescents ayant des troubles mentaux, des problèmes psychosociaux ou des problèmes de comportement. Il couvre un large spectre d'interventions allant de la prévention aux soins spécialisés.

Alternativement à cette présentation en quatre régimes, habituellement retenue par le gouvernement néerlandais mais qui dépasse le périmètre de l'assurance maladie tel qu'il existe en France, on peut considérer que le système d'assurance maladie néerlandais est constitué de **trois volets : les soins de santé de base couverts par l'assurance maladie universelle obligatoire, les soins de longue durée couverts par le régime *ad hoc* décrit ci-dessus et les assurances maladie complémentaires volontaires**³. La présente note se concentre sur la présentation des premier et troisième volets.

2. Les principaux acteurs

a) Le gouvernement

Le gouvernement central, et plus précisément le **ministère des affaires sociales et de l'emploi** et le **ministère de la santé, du bien-être et des sports**⁴, est responsable du système de santé dans son ensemble. Il élabore la politique et le budget en matière de santé, fixe les exigences de qualité auxquelles les soins de santé doivent répondre ainsi que la liste des prestations de base couvertes par le système universel d'assurance maladie⁵.

b) L'autorité néerlandaise des soins de santé

L'**autorité néerlandaise des soins de santé** (*Nederlandse Zorgautoriteit*, NZa) est une autorité administrative indépendante créée en 2006 par la loi sur la régulation du marché des soins de santé⁶ afin d'établir les règles applicables aux prestataires de soins de santé et aux assureurs maladie et d'en contrôler le respect. Ses principales missions⁷ sont les suivantes :

¹ [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#)

² [Jeugdwet](#)

³ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

⁵ <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/pays-bas.html>

⁶ [Wet marktordening gezondheidszorg](#)

⁷ <https://www.nza.nl/over-de-nza>

– **fixer des tarifs maximaux pour certains soins et traitements**, sur la base d'enquêtes périodiques sur les coûts. Dans certains secteurs, déterminés par le gouvernement et la seconde Chambre du Parlement, les tarifs sont libres. La libéralisation des tarifs a été progressive et concerne aujourd'hui la totalité des soins paramédicaux, la majorité des soins médicaux spécialisés et une partie des soins de médecine générale ;

– **superviser l'activité des prestataires de soins et des assureurs maladie**, à travers des analyses de risques et des enquêtes. Elle vérifie notamment si les assureurs acceptent tous les demandeurs au titre de l'assurance de base, quels que soient leurs ressources, conditions de santé ou âge, si la facturation des soins est claire et correcte et si les patients sont correctement informés, en amont, sur le contenu, les délais d'attente et le coût des traitements ;

– **conseiller le ministère** de la santé, du bien-être et des sports.

Par ailleurs, la NZa travaille en collaboration étroite avec l'autorité des consommateurs et du marché (*Autoriteit Consument & Markt*), qui veille au respect des règles de concurrence dans le secteur des soins de santé, et l'inspection des soins de santé (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*), qui contrôle la qualité et la sécurité des soins¹.

c) Les compagnies d'assurance maladie

Les Pays-Bas comptaient 20 compagnies d'assurance maladie, appartenant à dix groupes, en 2023², contre 24 assureurs en 2016³. Presque tous les assureurs maladie sont des organismes à but non lucratif, qui ont l'obligation d'utiliser leurs éventuels résultats positifs pour constituer des réserves ou baisser le montant des primes d'assurance⁴.

Les **principaux groupes** sont Zilveren Kruis (Achmea) (4,9 millions d'assurés, soit environ 30 % de part de marché en 2024), CZ (4 millions d'assurés, 22 % de part de marché), VGZ (4 millions d'assurés, 22 % de part de marché) et Menzis (1,8 million d'assurés, 10 % de part de marché)⁵. Ils couvrent, à eux quatre, 84 % de la population. Certaines compagnies d'assurance maladie sont fortement liées à une région particulière des Pays-Bas (par exemple De Friesland, du groupe Achmea, liée à la Frise, une province du Nord du pays), mais les personnes résidant en dehors de cette région peuvent également s'affilier à l'une de ces compagnies⁶.

Sous le contrôle de la NZa, les assureurs maladie négocient avec les prestataires de santé et concluent des accords sur les prix, les volumes, la qualité et l'accessibilité des soins. Les assureurs peuvent se faire concurrence

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op. cit., p. 11.

² <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op. cit., p. 3.

⁴ Ibid.

⁵ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

⁶ Ibid.

sur le prix des polices et la qualité des soins offerts, pour autant qu'ils respectent à la fois l'obligation d'accepter tous les demandeurs et l'interdiction de différencier le montant des cotisations¹.

d) Les prestataires de soins

Aux Pays-Bas, les services de santé sont principalement fournis par des **prestataires privés à but non lucratif** et la plupart des médecins sont des travailleurs indépendants². Si certains prestataires peuvent exercer à but lucratif (par exemple, les médecins généralistes, les cabinets d'infirmiers, les dentistes ou les entreprises de transport de patients), la loi interdit la création de cliniques privées à but lucratif. Tous les hôpitaux néerlandais sont ainsi des entités privées à but non lucratif³.

3. L'assurance maladie obligatoire de base

Toute personne qui réside ou exerce une activité professionnelle aux Pays-Bas est assurée au régime des soins de longue durée (Wlz)⁴. La loi sur l'assurance maladie dispose que toute personne assurée de plein droit au régime de soins de longue durée Wlz est **tenue de contracter une assurance santé de base** (Zvw) couvrant les risques définis par la loi, auprès d'un assureur de son choix⁵.

Les enfants de moins de 18 ans sont obligatoirement assurés et ne paient pas de prime pour l'assurance santé de base. Les parents doivent inscrire leur enfant auprès d'une compagnie d'assurance dans les 4 mois suivant la naissance⁶.

Les compagnies d'assurance maladie ont l'obligation d'accepter toutes les demandes de souscription⁷. Les assurés peuvent librement changer d'assureur au bout d'un an de contrat⁸.

a) Le panier de soins de base

Conformément à l'article 10 de la loi sur l'assurance maladie, **l'assurance maladie obligatoire offre un panier de soins de base** (*basisverzekering*) assez large, couvrant la plupart des soins médicaux essentiels, des médicaments et des dispositifs médicaux, que doivent fournir les assureurs à l'ensemble des assurés.

¹ OCDE, *op. cit.*, p. 9.

² *Ibid.*

³ Patrick Jeurissen et Hans Maarse, *op. cit.*, p. 36.

⁴ *Wet langdurige zorg*, article 2.1.1.

⁵ *Zorgverzekeringswet*, article 2.

⁶ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html

⁷ *Zorgverzekeringswet*, article 3.

⁸ Sur la période 2023-2024, 1,3 million d'assurés (soit 7,4 %) ont changé de compagnie d'assurance maladie. Voir : <https://www.zn.nl/actueel/definitief-overstapcijfer-bekend-74-wisselt-van-zorgverzekeraar/>

Le détail du panier de soins de base est fixé par voie réglementaire. L'Institut néerlandais de la santé (*Zorginstituut Nederland*) conseille le gouvernement sur le contenu de ce panier¹.

Les **principales prestations** couvertes sont les soins dispensés par les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les sage-femmes, les soins infirmiers, les séjours à l'hôpital, le transport médical, les soins liés à la maternité, les soins de santé mentale pour une durée maximale de trois ans, les médicaments, les dispositifs médicaux, les analyses sanguines, les soins dentaires jusqu'à l'âge de 18 ans, certains soins dispensés par des kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et diététiciens et la kinésithérapie (uniquement pour les patients souffrant de maladies chroniques)².

Parmi les **soins non couverts** par l'assurance maladie obligatoire de base figurent notamment une partie des soins dentaires pour les adultes, la kinésithérapie ou encore les lentilles de contact et les lunettes³ (sauf pour les assurés malvoyants ou sous certaines conditions)⁴. Pour ces soins, il est possible de contracter une assurance maladie complémentaire (*aanvullende zorgverzekering*, cf. *infra*).

Pour les soins couverts par l'assurance maladie de base, les compagnies d'assurance maladie ont un **devoir de vigilance** (article 11 de la loi sur l'assurance maladie), en vertu duquel elles doivent veiller à ce que chaque assuré puisse recevoir les soins dont il a besoin dans un délai et à une distance raisonnables. Les assureurs doivent donc acheter ces soins auprès de prestataires. Dans leur politique d'achat, ils doivent tenir compte de la qualité, du caractère abordable et de l'accessibilité des soins⁵.

b) Les franchises et primes d'assurance

Le **financement** de l'assurance maladie obligatoire est garanti, d'une part, par les cotisations patronales des employeurs, les contributions des travailleurs indépendants et des retraités et la contribution de l'État pour les enfants et jeunes de moins de 18 ans, versées au fonds d'assurance maladie (*Zorgverzekeringsfonds*) et, d'autre part, par les franchises (*eigen risico*) et les primes d'assurance payées par les assurés.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons>

² <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

³ *Ibid.*

⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/visuele-hulpmiddelen-zvw>

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>

Chaque assuré au régime de base paye une **franchise obligatoire de 385 euros** en 2024¹. Fixé à 150 euros en 2008, le montant de la franchise n'a pas été augmenté depuis 2016, principalement en raison de la sensibilité politique de cette question². Sauf pour les soins pour lesquels la franchise ne s'applique pas (principalement les consultations chez le médecin généraliste, soins maternité et soins des enfants jusqu'à 18 ans), les assurés payent eux-mêmes les premiers 385 euros de frais de santé. Ce n'est qu'une fois ce montant dépassé que l'assureur prend en charge les frais de santé³.

Afin de réduire le montant de la prime annuelle exigée par la compagnie d'assurance, il est possible de payer une **franchise volontaire supplémentaire** de 100 euros, 200 euros, 300 euros, 400 euros ou 500 euros⁴. La plupart des assurés ne versent aucune franchise volontaire (87 % en 2023)⁵.

Par ailleurs, le paiement d'un **ticket modérateur** (*eigen bijdrage*) est exigé pour certains soins (par exemple, les aides auditives et les prothèses dentaires ou certains médicaments). En 2024, le montant maximal du ticket modérateur pour les assurés décidant d'utiliser un médicament plus cher s'élève à 250 euros⁶.

Pour une même police d'assurance, un assureur a l'obligation de proposer le **même montant de prime, quels que soient l'âge et l'état de santé de l'assuré**. En revanche, les montants de primes diffèrent selon les assureurs et les polices d'assurance. Selon le gouvernement, le niveau de la prime moyenne d'assurance maladie s'élève à 1 752 euros par an en 2024⁷ (contre environ 1 200 euros en 2016⁸).

Les personnes ayant des **revenus peu élevés** peuvent, bénéficier d'une **allocation de soins** (*Zorgtoeslag*) destinée à couvrir, en tout ou partie, la prime d'assurance et la franchise obligatoire⁹. Les principales conditions d'obtention sont d'être âgé de 18 ans ou plus, d'avoir un revenu brut mensuel inférieur à 37 496 euros pour une personne seule ou 47 368 euros pour un couple et de ne pas détenir un patrimoine d'une valeur supérieure à certains seuils¹⁰. En complément, elles peuvent faire appel aux contrats collectifs subventionnés, proposés par certaines communes (cf. *infra*).

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>

² Patrick Jeurissen et Hans Maarse, *op. cit.*, p. 30.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>

⁴ *Ibid.*

⁵ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-eigen-bijdrage-zorgverzekering>

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/premie-zorgverzekering>

⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *op. cit.*, p. 10.

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/extra-geld-bij-hoge-zorgkosten>

¹⁰ <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoelagen/zorgtoeslag/voorwaarden/vermogen/>

c) Les différents types de police et contrats d'assurance

Les compagnies d'assurance maladie néerlandaises proposent trois types de polices d'assurance : les polices en nature (*naturapolis*), les polices en remboursement (*restitutiepolis*) et les polices mixtes (*combinatiepolis*).

Dans le cadre d'une **police d'assurance en nature**, l'assuré doit réaliser ses soins auprès d'un prestataire de soins de santé, conventionné, avec lequel l'assureur a conclu un accord. L'assureur règle la facture des soins fournis directement par le prestataire de soins. Si l'assuré choisit de se rendre auprès d'un prestataire de soins non conventionné, l'assuré doit payer lui-même la facture et seule une partie des frais est remboursée¹.

La **police d'assurance en remboursement** permet à l'assuré de choisir librement le prestataire de soins auquel il s'adresse, même s'il n'est pas conventionné avec son assureur. Ce dernier peut toutefois inclure dans le contrat des conditions que le professionnel de santé doit respecter. En règle générale, l'assuré doit avancer les frais puis transmettre la facture à son assureur pour obtenir un remboursement, total ou partiel. Parfois, l'assureur peut payer directement la facture pour les soins réalisés².

La **police d'assurance mixte** offre quant à elle une combinaison entre une police en nature et une police en remboursement.

Au total, on recense 59 polices d'assurance maladie de base différentes en 2024. Depuis 2019, une augmentation des souscriptions de contrats d'assurance mixte est observée, face à la forte diminution de l'offre de polices d'assurance avec remboursement, dont les prix ont fortement augmenté³.

Le contrat peut également être **individuel ou collectif**. Une assurance maladie collective est une assurance souscrite conjointement avec des membres d'un même groupe (par exemple, les salariés d'une entreprise ou d'une collectivité, les étudiants ou des assurés souffrant de maladies chroniques). Elle peut concerner l'assurance maladie obligatoire de base et/ou l'assurance complémentaire.

Aux Pays-Bas, les entités proposant des contrats collectifs sont variées : entreprises, employeurs publics tels que les communes ou la police, associations de patients, associations sportives ou clubs de fitness⁴. De nombreuses **communes** proposent aussi des contrats d'assurance maladie de base (*Gemeentepolis*) uniquement **pour les personnes ayant de faibles revenus** (revenus inférieurs à 130 % du salaire minimum légal)⁵. Ce type de contrat collectif pour les personnes en difficulté, négocié par les communes auprès

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>

² *Ibid.*

³ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/cijfers-zorgverzekering>

⁴ <https://www.zorgwijzer.nl/zorgvergelijker/collectieve-zorgverzekering>

⁵ <https://www.gezondverzekerd.nl/>

des assureurs privés, comporte souvent une exonération de franchise ou une franchise réduite et une réduction sur le montant de la prime d'assurance¹. Ces contrats collectifs incluent également parfois une assurance maladie complémentaire.

En 2023, 58,2 % des assurés avaient un contrat collectif, contre 65,3 % en 2019². Cette baisse s'explique principalement par la **suppression en 2023 du « rabais de groupe » prévu par la réglementation pour les contrats collectifs**. Les compagnies d'assurance santé peuvent toujours conclure des accords concernant des contrats collectifs mais seules les réductions sur les assurances complémentaires restent possibles³. La suppression du rabais de groupe sur l'assurance maladie de base part du constat selon lequel les assureurs avaient d'abord augmenté les primes pour tous les assurés, puis accordé une réduction à certains groupes, opérant ainsi une « subvention croisée ». Par exemple, les jeunes en bonne santé pouvaient bénéficier d'une forte réduction, tandis que les personnes souffrant de maladies chroniques payaient le prix total. Cette situation, mise en évidence dès 2016, avait conduit à une réduction du rabais de groupe de 10 % à 5 % au maximum en 2020. La suppression du rabais de groupe vise également à rendre l'offre en matière d'assurance maladie plus claire et plus facile à comparer pour les citoyens, à travers la diminution attendue du nombre de contrats de groupe proposés⁴.

À la suite de la suppression du rabais de groupe sur les contrats collectifs, la NZa constatait que les **contrats d'assurance maladie collectifs** étaient **relativement plus chers que les contrats individuels** (respectivement 1 671 euros en moyenne pour les contrats collectifs contre 1 621 euros pour les contrats individuels)⁵.

4. L'assurance maladie complémentaire

L'assurance maladie complémentaire est facultative. Elle vise à couvrir les **soins qui ne sont pas compris dans le panier de soins de l'assurance maladie de base**, comme les lunettes et lentilles de contact, certains soins dentaires, l'orthodontie, la kinésithérapie et la médecine alternative.

Contrairement à l'assurance maladie de base, l'assurance maladie complémentaire est **peu encadrée** aux Pays-Bas : les compagnies d'assurance déterminent elles-mêmes les conditions et les modalités de remboursement, ainsi que le montant des primes, variable selon la situation de chaque assuré.

¹ <https://bieb.gezondverzekerd.nl/zorgverzekering-zonder-inkomen>

² <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

³ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/korting-collectieve-zorgverzekering>

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/09/22/minister-van-ark-eind-aan-collectiviteitskorting-basiszorgverzekering>

⁵ NZa, *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023*, p. 11.

La prime d'assurance complémentaire est généralement plus élevée pour les personnes âgées ou les personnes qui ont souscrit leur assurance maladie de base auprès d'une autre compagnie¹.

Les compagnies d'assurance santé n'ont pas l'obligation d'accepter les demandes de souscription d'assurance complémentaire. Elles peuvent également appliquer des **délais d'attente** avant le premier remboursement (par exemple, une nouvelle couronne dentaire ne sera remboursée par l'assurance qu'après six mois et non pas immédiatement au premier jour du contrat). La vente liée (assurance de base et assurance complémentaire) est courante². Il est également souvent proposé un contrat additionnel à l'assurance complémentaire couvrant spécifiquement les frais dentaires.

À titre d'exemple, l'un des principaux assureurs santé néerlandais, *Zilker Kruis*, propose cinq contrats d'assurance complémentaire différents pour les personnes âgées de plus de 30 ans, dont le prix mensuel varie entre 2,25 euros et 74,25 euros (sans rabais de groupe), selon les garanties proposées³. Le montant total, comprenant l'assurance maladie de base et complémentaire, est compris chez cet assureur entre 142 euros et 236 euros⁴.

En 2023, **83 % des assurés avaient une assurance complémentaire**. Une légère baisse est enregistrée depuis 2019 (84 %) ⁵.

Au-delà des contrats collectifs négociés par les communes, il n'existe pas de dispositif public d'aide pour la souscription de contrats de complémentaire santé. Cependant, **certains frais de santé dits « spécifiques »** (prothèses, certains médicaments, soins d'orthodontie) **sont déductibles du revenu imposable à partir d'un certain seuil** ou ouvrent droit à un crédit d'impôt pour les personnes ne payant pas ou très peu d'impôt sur le revenu⁶.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-een-aanvullende-zorgverzekering>

² *Ibid.*

³ <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zorgverzekering/aanvullende-verzekering>

⁴ *Ibid.*

⁵ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

⁶ https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privé/relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/

Les contrats collectifs mis en place par des associations de patients et des associations de seniors

La majorité des assurés ayant souscrit un contrat collectif pour leur assurance maladie de base y ont accédé *via* leur employeur (4,8 millions d'assurés). En revanche, **le nombre d'assurés collectifs au titre de leur appartenance à une association de patients est faible** (environ 37 000 personnes en 2023) **et a fortement diminué depuis 2019** (- 52 %)¹. Au-delà de l'effet de la suppression du « rabais de groupe » (cf. infra), les raisons précises de ce recul n'ont pas été identifiées. Mais la NZa suppose que ce type de contrats collectifs n'est pas suffisamment intéressant financièrement pour les assureurs².

Un rapport indépendant de 2016 recensait **75 contrats collectifs mis en place entre des associations de patients et des assureurs santé privés** (soit 0,1 % du nombre total de contrats collectifs existants), pour un total d'environ 62 655 adhérents³. À titre de comparaison, **les contrats collectifs mis en place par des associations de seniors sont plus répandus** : on comptait 913 contrats, pour environ 405 000 assurés en 2016⁴, et environ 251 000 assurés à ce type de contrats collectifs en 2023⁵.

Les recherches ont permis d'identifier plus précisément quelques contrats collectifs négociés par des associations de patients avec des assureurs santé :

- **l'association néerlandaise des patients diabétiques** (*Diabetesvereniging Nederland*) propose à ses membres des contrats collectifs avec trois compagnies (VGZ, Zilveren Kruis et OHRA)⁶. Par exemple, le contrat collectif avec l'assureur VGZ propose, si l'assuré choisit cette compagnie pour son assurance de base, une réduction de 10 % sur l'assurance maladie complémentaire la plus complète et une réduction de 5 % sur l'assurance soins dentaires⁷ ;

- la fondation néerlandaise des patients souffrant de rhumatisme (*ReumaNederland*) propose depuis 2018 un contrat collectif avec l'assureur VGZ⁸.

Par ailleurs, certaines compagnies d'assurance maladie **remboursent en partie les frais d'adhésion à une association de patients**, dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire⁹.

¹ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023, p. 11.

² Ibid.

³ <https://www.zorgweb.nl/assets/factfinding-collectiviteiten-voor-vws.pdf>

⁴ Ibid.

⁵ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023, p. 11.

⁶ <https://www.don.nl/jouw-belangen/verzekeren/zorgverzekering>

⁷ <https://www.vgz.nl/zorgverzekering/altijd-welkom/vgzzorgt>

⁸ <https://www.reuma.nl/leven-met-reuma/zorgverzekering/wat-is-het-en-hoe-kies-je-een-zorgverzekering/wat-is-een-zorgverzekering>

⁹ <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/lidmaatschappatientenvereniging.aspx>

S'agissant des contrats collectifs proposés par des **associations de seniors**, l'association néerlandaise des personnes âgées (*Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen*, ANBO) propose par exemple une réduction de 10 % sur l'assurance maladie complémentaire chez trois assureurs (CZ, VGZ et Univé), avec un « bon niveau de couverture », adapté aux personnes âgées de plus de 60 ans¹. Elle propose également son propre comparateur², ainsi que des conseils personnalisés en matière d'assurance maladie.

Dans un rapport publié en 2021 (avant la suppression du rabais de groupe), la NZa relevait que les contrats collectifs spécifiques aux seniors pour l'assurance maladie de base demeuraient en moyenne plus chers que les contrats individuels (+ 29 euros sur un an). Selon l'autorité, « si les bénéficiaires sont en relativement bonne santé, le contrat collectif n'est souvent pas intéressant en raison de son coût élevé »³. Le contrat collectif peut toutefois présenter un intérêt pour les **personnes âgées dont les besoins en matière de soins sont élevés**⁴.

5. La transparence de l'information

Le manque de transparence du système d'assurance maladie et de clarté de l'offre pour les assurés néerlandais est un problème récurrent⁵. Il n'existe **pas de site internet public de comparaison** des différents contrats d'assurance maladie de base. Les comparateurs en ligne existants (tels que *independen.nl* ou *zorgwijzer.nl*), proposés par des entreprises privées, font l'objet de contrôles par la NZa, qui veille à ce que les informations présentées sur les assureurs soient correctes, ainsi que par l'autorité des consommateurs et du marché et l'autorité des marchés financiers⁶. Les sites de comparaison les plus utilisés sont généralement rémunérés par des commissions des assureurs pour tout nouveau contrat souscrit par leur intermédiaire⁷.

L'article 61 de la loi sur la réglementation du marché des soins de santé (Wmg)⁸ prévoit une obligation d'information des patients du tarif appliqué pour les soins offerts. Cette disposition législative générale n'étant pas suffisante, la NZa a adopté en 2014 un **règlement relatif à la transparence des prestataires de soins de santé**⁹ qui précise les informations qu'un prestataire de soins de santé doit fournir, et à quel moment, afin que les consommateurs puissent choisir leur prestataire de soins de santé en toute connaissance de cause. Ce règlement ne s'adresse toutefois qu'aux prestataires de soins.

¹ <https://www.anbo.nl/uw-voordeel/anbo-zorgcollectief>

² <https://zorgverzekering.upivoa.nl/Vergelijker/Keuzescherm/?cid=7f0c1883-55b9-4e4a-b654-5f7e799b7899>

³ <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-zorgverzekeringen-2021>

⁴ <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2022/ouderen-en-minima-betalen-meer-met-collectieve-zorgpolis>

⁵ Patrick Jeurissen et Hans Maarse, *op. cit.*, p. 45.

⁶ <https://www.independen.nl/algemeen/info/meer-over-independen.aspx>

⁷ <https://www.independen.nl/algemeen/info/meer-over-independen/beloning.aspx>

⁸ Wet marktordening gezondheidszorg

⁹ [Regeling transparantie zorgaanbieders-TH/NR-028](#)

En complément, la NZa a adopté en 2020 un document présentant **les principes à suivre** par l'ensemble des acteurs, y compris les assureurs, **pour une information utile des consommateurs sur les soins de santé**¹. Dans ce document, la NZa note que « *Les études montrent que la quantité d'informations est rapidement trop importante pour les consommateurs. Offrir trop d'informations à la fois n'aide pas les consommateurs à faire le bon choix. Cela signifie que les assureurs maladie, les organismes de soins de santé et les prestataires de soins ne devraient pas fournir aux consommateurs plus d'informations que ce qui est nécessaire pour leur choix de soins à un moment précis* ».

En mars 2024, la NZa a également adopté un **règlement relatif à la transparence des procédures de passation des marchés de soins de santé** afin d'améliorer l'information des patients sur le contenu des marchés conclus entre les assureurs et les institutions et professionnels de santé, et ce en temps utile pour éventuellement changer de contrat².

L'association de consommateurs *Consumentenbond* constate en effet que les assurés ne savent souvent pas quels sont les prestataires de soins ayant conclu un contrat avec leur assureur et s'il existe des restrictions s'ils s'adressent à des professionnels non conventionnés³. L'enquête réalisée par l'association montre également que des milliers de psychologues et de psychiatres n'avaient pas conclu de contrat avec une compagnie d'assurance maladie, ce qui entraîne une augmentation des délais d'attente pour accéder à un traitement⁴.

¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_310397_22/1/

² <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/03/21/meer-duidelijkheid-voor-verzekerden-tijdens-overstapeseizoen-door-nieuwe-regels>

³ <https://www.consumentenbond.nl/acties/informatie-zorgverzekeraars-moet-beter>

⁴ *Ibid.*