

Conten

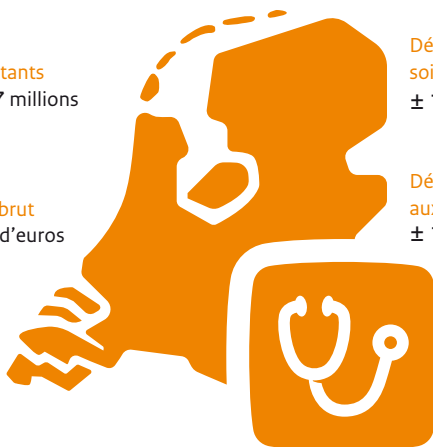
Introduction	3
La loi sur l'assurance-maladie	7
Public et privé	
La couverture de base	
Qualité	
Recevoir des soins	
Financement de la loi sur l'assurance-maladie	
Contrôle	
La loi sur les soins de santé de longue durée	13
Solidarité	
Qualité	
Soins fournis en vertu de la loi sur les soins de santé de longue durée	
L'accès aux soins	
Financement des soins au titre de la loi sur les soins de santé de longue durée	
Contrôle	
La loi sur le « soutien social » des communes	19
Approche communale : travail sur mesure et société ouverte à tous	
Le soutien apporté au titre de la loi sur le « soutien social »	
Bénéficiaire d'une aide	
Qualité	
Financement de l'aide en vertu de la loi sur le « soutien social »	
La loi sur la jeunesse	23
Soutien, aide et soins fournis au titre de la loi sur la jeunesse	
Mission communale	
Bénéficiaire d'une aide	
Qualité	
Financement des services d'aide à la jeunesse	



Les soins de santé aux Pays-Bas

Habitants
± 17 millions

Produit intérieur brut
± 700 milliards d'euros



Dépenses consacrées aux
soins de santé en €
± 70 milliards

Dépenses consacrées
aux soins de santé
± 10% du PIB

Nombre total de personnes travaillant
dans le secteur de la santé
± 1,1 millions de personnes

Introduction

Le système de santé aux Pays-Bas

La philosophie derrière l'actuel système de santé néerlandais s'appuie sur un certain nombre de principes internationaux : accès aux soins pour tout un chacun, solidarité fondée sur une assurance santé obligatoire pour tous et accessible à tous, une bonne qualité des soins.

En outre, la spécificité de la situation néerlandaise est le fruit de développements historiques et d'un ensemble de circonstances sociales.

Les fondements du système de santé

Le système de santé aux Pays-Bas est organisé par quatre lois fondatrices : la « Zorgverzekeringswet (Zvw) » (la loi sur l'assurance-maladie), la « Wet langdurige zorg (Wlz) » (la loi sur les soins de santé de longue durée), la « Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) » (la loi sur le « soutien social ») organisant une aide financière ou en nature de la part des communes au profit des personnes âgées ou des personnes souffrant de déficiences physiques ou psychiques en vue de leur permettre de participer à la vie en société et la « Jeugdwet » (la loi sur la jeunesse). En outre il existe un certain nombre d'autres lois (telle que la « Mededingingswet », la loi en matière de concurrence) ainsi que des lois spécifiques concernant le secteur de la santé (telle que la « Kwaliteitswet zorginstellingen », la loi sur la qualité des établissements de soins).

Ces quatre lois fondatrices constituent le socle du système de santé. La loi sur l'assurance-maladie (cure) et la loi sur les soins de santé de longue durée (care) sont celles qui « aspirent » la plus grande partie du budget consacré, aux Pays-Bas, au fonctionnement du système de santé. La loi sur les soins de santé de longue durée reçoit une application au niveau national. En ce qui concerne l'application de la loi sur l'assurance-maladie, les assureurs de soins privés jouent un rôle important dans le système des soins de santé dans la mesure où ceux-ci sont en concurrence sur un marché régulé dans un cadre de droit public. La loi sur le « soutien social » des communes et la loi sur la jeunesse définissent les autres formes de soins et d'aide. Il existe environ 400 communes aux Pays-Bas chargées de la mise en œuvre de ces deux lois.

Principes gouvernant le système de santé

Ce sont surtout les modifications récentes apportées au système de santé qui lui ont donné sa structure actuelle. En 2006, la loi sur l'assurance-maladie est entrée en vigueur. Il s'agit là d'une loi offrant à tout Néerlandais une protection de base étendue en matière de soins de santé et dont la mise en œuvre est confiée à des assureurs de santé et à des prestataires de soins de santé privés et concurrents les uns par rapport aux autres. La quasi-totalité des assureurs de soins de santé sont des institutions organisées sous forme coopérative qui ne poursuivent pas de but lucratif et consacrent leur résultat positif à la constitution des réserves nécessaires ou bien le redistribuent sous forme de primes. Il y a aux Pays-Bas quelques 24 assureurs de soins de santé actifs sur le marché.

La loi sur l'assurance-maladie a permis de passer d'un système organisé autour de l'offre de soins à un système fonctionnant sur la base de la demande de soins. Les assureurs de soins de santé privés permettent d'améliorer le système de soins de santé à un certain nombre de niveaux : moins de listes d'attente et moins de bureaucratie et une attention accrue pour l'efficacité et la qualité du système dans l'intérêt des patients et des assurés. Grâce à un processus de passation (sélective) de contrats, les assureurs de santé peuvent, lors de l'« achat » de prestations de soins de santé, exercer une influence sur l'efficacité et la qualité des soins que les prestataires de soins de santé proposent. Les personnes affiliées auprès d'un assureur de santé peuvent également exercer une influence sur cette question dans la mesure où ceux-ci ont la possibilité, chaque année, de changer d'assureur de santé. Ils exercent par ailleurs par le biais de la représentation une influence sur la politique mise en œuvre par les assureurs et les établissements de soin. Le caractère privé du système est toutefois mitigé par le rôle important joué par les pouvoirs publics en vue de permettre la réalisation des objectifs publics.

Soins de longue durée, aide et soins à la jeunesse et « soutien social »

La loi sur les soins de santé de longue durée, la loi sur le « soutien social » des communes et la loi sur la jeunesse sont les lois plus récentes. Dans leur forme actuelle, ces lois s'appliquent depuis 2015. La loi sur les soins de santé de longue durée est mise en œuvre au niveau national à la requête du pouvoir central par les organismes chargés de son application. Par ailleurs, un certain nombre d'organisations joue un rôle dans la mise en œuvre desdites lois, comme le « Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) » (l'instance d'évaluation des besoins de soin) et le « Centraal AdministratieKantoor (CAK) » (le bureau central d'administration). La mise en œuvre de la loi sur le « soutien social et de la loi sur la jeunesse relève des communes tenues de proposer le soutien, l'aide et les soins organisés par la loi soit elles-mêmes soit en faisant appel à des prestataires de soins santé.

Le but recherché au travers de ses lois est de mettre en œuvre une politique permettant d'améliorer la qualité des soins, de stimuler une approche intégrale et d'assurer une maîtrise des coûts de santé et tout en garantissant un accès aux soins, ceci en cette époque de vieillissement de la population et de croissance des maladies chroniques. Il est regardé dans ce cadre non pas vers les déficiences des personnes mais vers leurs aptitudes et ce qu'elles peuvent encore faire. Le but est, dans un premier temps, de tenter de faire appel à l'entourage proche et aux moyens personnels du patient pour lui proposer le soutien et l'aide dont il a besoin. Toutefois, pour ceux qui ne peuvent organiser eux-mêmes l'aide nécessaire, existe toujours la possibilité d'obtenir un soutien « externe ». Les personnes ayant besoin d'un contrôle permanent ou de la présence de soins à proximité, 24 heures sur 24, ont droit à une aide au sens de la loi sur les soins de santé de longue durée.

L'adoption de ces trois nouvelles lois a nécessité une refonte drastique du système de santé. Tout d'abord, la loi « Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) » (la loi générale sur les frais spéciaux de santé) a été abrogée. Dans cette loi avait été intégrée, au fil du temps, une grande variété de types de soins et de systèmes d'aides si bien que le régime des soins de longue durée menaçait de devenir ingérable. Une partie des personnes qui relevaient de cette loi relèvent aujourd'hui du régime de la loi sur l'assurance-maladie, de la loi sur le « soutien social » ou de la loi sur la jeunesse. En matière de soins de longue durée, la loi sur les soins de santé de longue durée occupe une place centrale depuis 2015, sachant toutefois que celle-ci s'adresse exclusivement aux groupes de personnes les plus fragiles.

En second lieu, la mise en œuvre de la loi sur le « soutien social » et de la loi sur la jeunesse relève des communes. Un grand nombre de personnes qui, autrefois, relevaient du champ d'application de la loi générale sur les frais spéciaux de santé peuvent aujourd'hui - pour obtenir certaines formes « légères » de soins et d'aide - s'adresser à la commune. L'idée maîtresse derrière cette modification est que les communes sont les instances les plus proches des citoyens et que, par conséquent, celles-ci sont en mesure de proposer une offre de soins efficaces et de plus grande qualité.

Quatre lois en pratique

En pratique, chaque personne peut être concernée par ces quatre lois comme suit. Lorsque quelqu'un se rend par exemple chez son médecin traitant ou doit entrer à l'hôpital, les frais en découlant sont alors payés par la couverture obligatoire de base de la loi sur l'assurance-maladie. Les personnes ayant besoin d'un contrôle permanent ou de la présence de soins à proximité 24 heures sur 24 peuvent obtenir des soins dans un établissement ou bien à domicile sur la base de la loi sur les soins de santé de longue durée.

Pour les autres formes de soutien, d'aide et de soins ce sont la loi sur le « soutien social » et la loi sur la jeunesse qui sont appelées à s'appliquer. Les personnes qui, en raison, par exemple, d'une affection, ont besoin d'une aide à domicile ou bien doivent utiliser une chaise roulante peuvent s'adresser, pour ces questions, à leur commune. La commune doit alors proposer l'aide demandée conformément à la loi sur le « soutien social ». Pour les familles rencontrant des problèmes d'éducation de leurs enfants et nécessitant un soutien dans ce cadre ou lorsqu'un enfant autiste a besoin d'être aidé pour son intégration sociale, la commune peut apporter ce soutien et cette aide sur la base de la loi sur la jeunesse.

Il s'agit là seulement de quelques exemples du type d'aide et de soins pouvant être fournis en application de ces quatre lois. Ces quatre lois seront présentées de façon plus détaillée, dans leurs grandes lignes, dans le cadre des quatre chapitres suivants. Nous examinerons à chaque fois qui sont les différentes parties jouant un rôle dans le cadre de ces lois, quelles sont les formes de soins et d'aide organisées par la loi, la qualité des soins proposée, le financement et le contrôle de l'offre de soins.



La loi sur l'assurance-maladie

L'indemnisation des soins de santé curatifs est organisée par une seule loi, la loi sur l'assurance-maladie, laquelle a remplacé en 2006 un certains nombres d'assurances de couverture de frais médicaux proposées tant par l'État (assurance publique) que par des assureurs privés. Dans la loi sur l'assurance-maladie, 60% du budget total est utilisé pour le financement des mesures prévues au titre de cette loi.

Public et privé

Le système de la loi sur l'assurance-maladie comporte à la fois des éléments à caractère public et des éléments à caractère privé. L'État est directement impliqué dans la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie et pose un certain nombre de conditions de droit public dont le but est de garantir le caractère social de la couverture des soins de santé :

- ainsi, tout un chacun est tenu de s'affilier à une assurance (de base) couvrant les frais médicaux tout en étant libre de choisir son assureur ;
- les assureurs de soins de santé ont l'obligation d'assurer ces personnes au titre de l'assurance-maladie, et ce quel que soit leur état de santé ;
- le montant des primes de l'assurance de soins de santé proposée sont identiques pour chaque assuré, indépendamment de son état de santé, de son âge ou de son passé médical ;
- les assureurs de soins de santé ont l'obligation de proposer une offre de soins : ils doivent en effet garantir que les soins proposés dans la couverture de base sont disponibles pour l'ensemble de leurs assurés ;
- le contenu de la couverture de base est fixé par la loi.

L'État n'est pas directement concerné par la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie. Celle-ci relève des prestataires de soins de santé, des assureurs-maladie et des assurés eux-mêmes. De cette manière, les différentes parties du secteur des soins de santé jouissent d'une grande liberté et la concurrence ainsi que le fonctionnement du marché sont à l'origine de stimuli participant à une meilleure qualité des soins proposés et permettant de travailler de façon efficace.

La couverture de base

Que trouve-t-on dans la couverture de base ? C'est l'État qui se charge de déterminer le contenu et l'étendue de la couverture médicale de base accessible à tous. Dans ce cadre, l'État est conseillé par une autorité indépendante en matière de santé, le « Zorginstituut Nederland » (l'Institut national des soins de santé aux Pays-Bas). Le gouvernement détermine donc les types de soins de santé qui seront intégrés dans la couverture et à quel moment lesdits soins pourront être obtenus.

La couverture de base est très étendue et inclut la majeure partie des soins médicaux, des médicaments et des matériels médicaux essentiels répondant à l'état de la science et conformes à la pratique. Les soins de kinésithérapie et les soins dentaires sont partiellement remboursés. La couverture de base englobe les types de soins suivants ::

- les soins médicaux fournis par les médecins traitants, par les médecins spécialistes et les sages-femmes ;
- les soins de proximité ;
- le séjour en hôpital ;
- les soins médicaux de santé mentale, y compris le suivi intramuros par les services du GGZ (l'institut néerlandais chargé des soins en matière de maladie mentale et d'addictions) pendant un maximum de trois années.
- les médicaments ;
- les soins dentaires jusqu'à 18 ans ;
- les soins prodigués par des thérapeutes tels que les kinésithérapeutes et les thérapeutes de rééducation/de gymnastique médicale, les logothérapeutes et ergothérapeutes ;
- la diététique ;
- les matériels d'aide médicale ;
- le transport par ambulance dit « transport assis de patients ».
- la kinésithérapie pour les maladies chroniques.

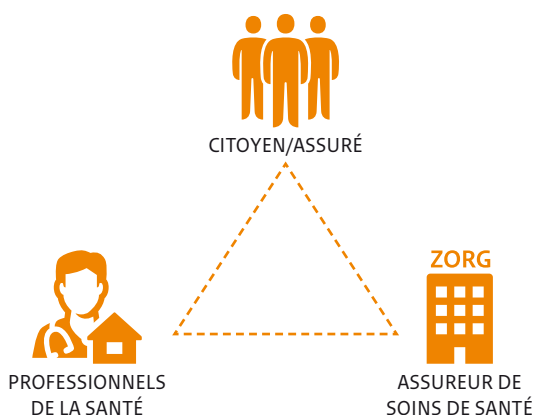
Dans le cadre des règles fixées par l'État concernant la couverture telle que décrite ci-dessus, les assureurs de soins de santé disposent d'une marge de manœuvre leur permettant de déterminer, dans le respect de ces règles, qui fournit les soins et où ceux-ci sont fournis. À cette fin, ils mènent des négociations et passent des contrats de manière sélective sur la base de la grande quantité d'informations (rendues anonymes) dont ils disposent au sujet, entre autres, de la qualité, de l'efficacité et du feed-back des clients. Les assureurs de soins de santé ont, dans ce cadre, l'obligation de proposer une offre de soins : ils doivent en effet garantir que les soins proposés dans la couverture de base sont disponibles pour l'ensemble de leurs assurés.

Outre les soins remboursés par la couverture de base obligatoire, les assureurs de soins de santé proposent des mutuelles complémentaires permettant d'obtenir le remboursement d'autres soins et auxquelles souscrivent environ 90% des néerlandais. Il s'agit, par exemple, d'une assurance spéciale de couverture des frais dentaires, des thérapies médicales alternatives, des lunettes et lentilles de contact et offrant une meilleure indemnisation des séances de kinésithérapie, des soins postnataux et des médicaments. Chaque assuré décide lui-même de souscrire ou non une mutuelle complémentaire et, le cas échéant, s'il souhaite le faire auprès du même assureur que celui auprès duquel il a déjà souscrit la couverture de base. La mutuelle est entièrement régie par le droit privé et l'État ne les soumet à aucune règle restrictive.

Qualité

Dans le cadre de l'application de la loi sur l'assurance-maladie, les assurés, les assureurs de soins de santé et les prestataires de soins de santé sont les acteurs centraux. Ces trois groupes remplissent tous une fonction importante dans le cadre de l'amélioration constante de la qualité des soins fournis et de la qualité de l'assurance-maladie proposée. Tout d'abord les assurés eux-mêmes : ceux-ci peuvent choisir d'autres prestataires de soins de santé et ont chaque année la possibilité d'opter pour un meilleur assureur de soins de santé (ou bien un assureur meilleur marché). De cette manière, ils peuvent montrer leur mécontentement. Cette dynamique fait que les neuf groupes proposant une assurance-maladie doivent œuvrer dans un sens favorable et profitable à l'assuré. Ils peuvent également, par le biais d'organes représentatifs, exercer une influence sur la politique menée par les assureurs de santé. Lorsque les assurés ne sont pas satisfaits de la mise en œuvre qui est faite de la loi sur l'assurance-maladie ou des prestations fournies en matière de soins de santé et qu'ils n'arrivent pas à trouver de terrain d'entente avec les assureurs de soins de santé, ceux-ci ont alors la faculté de se tourner vers différentes instances indépendantes.

En second lieu, il y a les assureurs de soins de santé : ceux-ci contrôlent la qualité et l'efficacité des prestations de soins qu'ils « achètent ». Lorsque les soins de santé ne sont pas d'un niveau satisfaisant, les assureurs peuvent alors décider de ne plus contracter avec les établissements concernés. C'est ce qu'ils font sur la base de la grande quantité d'informations dont ils disposent. En raison du fait que le budget consacré aux soins de santé est un budget défini, les assureurs de soins de santé sont incités à faire preuve de discernement dans l'achat de soins de santé. En outre, les assureurs de soins de santé contrôlent que les déclarations présentées par les prestataires de soins de santé sont correctes et que les soins déclarés ont été effectivement fournis et l'ont été de manière efficace. Du fait de leur obligation de fournir des soins, les assureurs-maladie doivent, si besoin, proposer leur entremise dans la recherche de prestataires de santé.



Enfin, le rôle des prestataires de soins de santé : ceux-ci déterminent comment les soins de santé sont fournis. Ils prennent également les décisions finales dans les salles de consultation et les lieux de traitement médical. Les prestataires de soins de santé ont eux aussi, dans ce cadre, en tant que groupe professionnel, établi des directives relatives à la qualité des soins proposés.

Recevoir des soins

Les habitants des Pays-Bas ont droit à une couverture de base en matière de soins de santé. Comment peuvent-ils bénéficier ensuite desdits soins ? Abstraction faite du besoin d'une aide médicale urgente, la loi sur l'assurance-maladie fonctionne comme suit. Le médecin traitant renvoie vers un spécialiste et fait donc office de « gare d'aiguillage ». Si le renvoi vers un spécialiste s'avère nécessaire, le médecin détermine avec le patient les soins requis et les besoins en relation avec le traitement. Puis l'assuré choisit lui-même les soins de santé disponibles et, dans ce cadre, l'assureur-maladie remplit un rôle de conseiller et de médiateur. Le prestataire de santé pour lequel il est opté discute des possibilités de traitement avec le patient et procède aux soins en question.

Financement de la loi sur l'assurance-maladie

La loi sur l'assurance-maladie est une assurance dans le cadre de laquelle les assurés supportent, ensemble, l'intégralité du coût des soins. Il y a deux grandes sources de financement : d'un côté, chaque assuré paye, à partir de ses 18 ans, une prime « nominale » à son assureur-maladie. En moyenne, cette prime s'élève à 1 200 € par an. À cela s'ajoute une franchise de 385,00 € (en 2016) pour chaque assuré âgé de plus de 18 ans ayant pour but, entre autres, de sensibiliser les citoyens à la question du coût des frais de santé. Un certain nombre de formes de soins proposées (tels que les soins prodigués par les médecins traitants et les soins postnataux) ne tombent pas sous le coup de cette franchise. En ce qui concerne les enfants et les jeunes personnes de moins de 18 ans, l'État acquitte les frais de l'assurance en puisant dans les moyens généraux.

Il y a par ailleurs une cotisation en fonction du niveau du revenu payée par l'employeur. Au niveau macro, il s'agit d'un montant comparable à celui de la cotisation annuelle. Cette cotisation en fonction du niveau de salaire combinée à la contribution de l'État pour les enfants et les jeunes personnes de moins de 18 ans sont versées au fonds de l'assurance maladie.

Pour certains soins relevant de la couverture de base, les assurés doivent payer une contribution personnelle en sus de la franchise. Il s'agit dans ce cadre de produits et services tels que le transport des malades, les appareils auditifs, certains médicaments et les chaussures orthopédiques. Les assurés peuvent également opter, de leur propre initiative, pour une franchise de 500 € au maximum, et ainsi, payer une prime nominale d'assurance plus faible. Enfin, pour les personnes à faibles ressources, existe une aide financière dont le paiement est effectué par les services de l'administration fiscale. Cette aide permet de couvrir une part importante de la prime d'assurance-maladie et de la franchise. Les personnes percevant un revenu minimum doivent payer, au bout du compte, moins que sous l'empire de l'ancien système.

Les assureurs de soins de santé sont donc payés, d'un côté, avec la prime d'assurance nominale et, d'un autre côté, par le fonds d'assurance des soins de santé sur la base d'un ajustement des risques. À cette occasion, les assureurs de soins de santé perçoivent ce que l'on appelle une contribution d'ajustement. En fonction de l'état de santé de ses assurés, un assureur perçoit une cotisation plus élevée ou plus faible en provenance du fonds d'assurance des soins de santé. Ceci découle des conditions cadres de droit public. Sans cet ajustement du risque, il ne serait pas possible d'avoir un champ d'action égal pour tous du fait de ces conditions, étant donné que les assureurs avec de meilleurs risques et ceux avec des risques moins avantageux ne bénéficient pas de la même base de manœuvre. En outre, cet ajustement doit prévenir que les assureurs de soins de santé procèdent à une sélection sur la base des risques.

Les personnes vivant aux Pays-Bas peuvent choisir parmi différentes sortes de polices d'assurance lorsqu'ils s'affilient au titre de l'assurance de base : la police dite en nature, la police de remboursement et une combinaison de celles-ci. En nature signifie que les assureurs-maladie couvrent uniquement l'intégralité des soins dispensés lorsqu'ils émanent de prestataires de soins de santé conventionnés. Dans les autres cas, les assurés doivent payer eux-mêmes une partie des soins. Avec une police dit de remboursement, l'assuré peut choisir lui-même le prestataire de soins de santé et l'assureur rembourse l'ensemble des frais de santé ainsi engagés. Environ les trois quarts des assurés aux Pays-Bas ont opté pour une police dite en nature.

Il y a également des situations dans lesquelles l'assureur-maladie ne rembourse pas les frais : pour les frais de soins de santé non couverts par la couverture de base (comme l'aspirine ou certaines interventions de chirurgie esthétique) et pour lesquels aucune mutuelle n'a été conclue (comme par exemple une dévitalisation dentaire chez le dentiste)..

Contrôle

Dans le cadre du contrôle des soins remboursés au titre de la loi sur l'assurance-maladie, diverses parties sont chargées d'un certain nombre de missions formelles. L'État a à charge le contrôle de l'intégralité du système de santé et fixe les conditions de qualité auxquelles les soins doivent répondre. Diverses instances publiques ont pour tâche de contrôler ces exigences de qualité :

- la « Nederlandse Zorgautoriteit » (l'autorité néerlandaise en matière de soins de santé) veille à ce que la loi sur l'assurance-maladie soit appliquée correctement et est l'autorité de surveillance sur les marchés des soins de santé,
- l'« Autoriteit Consument & Markt » (l'autorité consommateur & marché) est chargée de s'assurer du respect des règles de concurrence sur le marché des soins de santé dans l'intérêt des patients et des assurés et
- l'« Inspectie voor de Gezondheidszorg » (l'inspection des soins de santé) est chargée de contrôler la qualité et la sécurité des soins de santé et mettre en œuvre les pouvoirs dont elle dispose en la matière.



La loi sur les soins de santé de longue durée

Les personnes ayant besoin d'un contrôle permanent ou de la présence de soins 24 heures sur 24 à proximité ont droit à l'aide organisée par la loi sur les soins de longue durée. Cette loi organique est entrée en vigueur le 1er janvier 2015 et remplace la loi générale sur les frais spéciaux de santé.

Solidarité

La loi sur les soins de santé de longue durée s'applique à un groupe plus limité de personnes que la loi générale sur les frais spéciaux de santé : les personnes les plus fragiles tels que les personnes âgées souffrant d'une démence aiguë, les personnes avec un handicap psychique ou physique et les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique de longue durée. Le centre d'évaluation des besoins délivre pour ces personnes, de manière uniforme, au niveau national, des « recommandations ». Les personnes bénéficiant d'une recommandation peuvent obtenir les soins concernés à domicile ou dans un établissement de soins. La loi sur les soins de santé de longue durée est mise en œuvre au niveau national à la requête du pouvoir central par les organismes chargés de son application. Les organismes chargés de l'application de la loi sur les soins de santé de longue durée en ont confié l'application matérielle à des bureaux de soins de santé. Il s'agit pour chaque région de bureaux entretenant des liens étroits avec un assureur de soins de santé. Ces bureaux se chargent de régler la fourniture des soins de santé. La loi sur les soins de santé de longue durée est une assurance sociale obligatoire fondée sur le principe de solidarité : toute personne qui, aux Pays-Bas, paye des impôts acquitte une cotisation à ce titre.

Qualité

Les clients et leurs représentants, l'État, le l'instance d'évaluation des besoins de soin, l'autorité néerlandaise en matière de soins de santé, les bureaux de soins de santé et les prestataires de soins de santé sont les parties les plus importantes dans le cadre de la mise en œuvre de la loi sur les soins de santé de longue durée. Ceux-ci fixent, ensemble, la qualité de la loi et des soins indemnisés. Ils prennent également certaines initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins proposés. Lorsque les clients ne sont pas satisfaits par rapport aux soins fournis, ceux-ci peuvent alors se diriger vers un autre prestataire de soins de santé conventionné. Les personnes se chargeant de régler elles-mêmes les soins de santé dont elles bénéficient sur la base d'un budget personnalisé tenant compte de leur situation peuvent, lors de l'achat des soins concernés, choisir le prestataire et la qualité désirée.

Ceux-ci peuvent également présenter une réclamation auprès des prestataires de services de santé, des bureaux de soins de santé et de l'« Inspectie voor de Gezondheidszorg » (l'inspection des soins de santé). Les bureaux de soins de santé peuvent, dans le cadre de l'achat de soins de santé relevant de la loi sur les soins de santé de longue durée, poser des conditions par rapport à la qualité. Puis ceux-ci contrôlent si les déclarations des prestataires de soins sont conformes aux soins prévus et aux accords conclus en termes de production.



Soins fournis en vertu de la loi sur les soins de santé de longue durée

Les soins lourds et intensifs auxquels ont droit les personnes relevant de la loi sur les soins de santé de longue durée sont exposés dans un certain nombre de situations recevant une définition étendue. De ce fait, il existe une assez grande liberté permettant d'organiser les soins visés avec le prestataire de soins de santé. Les situations les plus fréquentes sont :

- Séjour dans un établissement : placement de longue durée, mais également accueil dans un établissement de soins ou dans un logement destiné à héberger les personnes souffrant d'un handicap mental.
- Aide personnalisée : aide à la toilette, pour s'habiller, pour aller aux sanitaires, pour manger et boire.
- Un accompagnement visant à permettre dans toute la mesure du possible aux personnes de se prendre en charge : aide pour mieux organiser la journée, pour une meilleure emprise sur le quotidien et pour apprendre comment faire le ménage.
- Soins : aide médicale pour, par exemple, soigner une plaie ou effectuer une injection.
- Traitement en vertu de la loi sur les soins de santé de longue durée : un traitement médical ou paramédical ou un traitement comportemental permettant de guérir une maladie ou bien d'améliorer l'état du patient.
- Transport jusqu'aux et depuis les lieux d'accueil ou de traitement : destiné aux personnes qui, du fait de leur maladie, ne peuvent se rendre elles-mêmes à ces lieux d'accueil ou de traitement.

Au bout du compte, c'est l'État qui décide quelles sont les soins proposés et couverts par la loi sur les soins de santé de longue durée. L'Institut national des soins de santé aux Pays-Bas remplit un rôle consultatif dans ce cadre.

L'accès aux soins

Les personnes ayant besoin de soins particulièrement lourds et intensifs peuvent s'adresser à l'instance d'évaluation des besoins de soin. L'instance d'évaluation des besoins de soin arrête le type de soins dont une personne a besoin et dans quelle mesure. C'est ce que l'on appelle une « recommandation ». Puis, l'instance d'évaluation des besoins de soin informe le bureau de soins de santé qui travaille de façon autonome. Au total, il en existe 31 aux Pays-Bas.

Sur la base de la recommandation de l'instance d'évaluation des besoins de soin, le bureau de soins de santé organise les soins de longue durée concernés et entame un dialogue avec le patient qui peut exprimer sa préférence par rapport à certains prestataires de soins de santé. Doit-il être opté pour des soins couplés à un séjour dans une maison de soins ou dans une résidence ? Ou le patient pourra-t-il être soigné à domicile, si un tel choix est responsable ? Une autre question qui se pose est celle de savoir comment les soins seront fournis. Il peut s'agir de soins dits « en nature » et, dans ce cadre, les soins mis à disposition sont ceux que le bureau de soins de santé a contractés auprès de certains prestataires de soins de santé.

Mais il peut également s'agir de soins que le patient peut lui-même contracter et organiser en s'appuyant sur un budget mis à sa disposition fonction de sa situation personnelle. Puis, le patient et le prestataire de soins établissent ensemble une convention de soins (soins dits en nature) ou un plan financier (lorsque la personne dispose d'un budget comme précité) et le bureau de soins de santé fait alors savoir aux prestataires de soins de santé que les soins peuvent être fournis. Le prestataire de soins de santé fournit ensuite les soins en question tels qu'ils ont été arrêtés sur la base de la Convention de soins ou du plan financier.

Financement des soins au titre de la loi sur les soins de santé de longue durée

La loi sur les soins de santé de longue durée est une assurance sociale financée par le biais d'une cotisation fixée en fonction du niveau salarial et acquittée dans le cadre de l'impôt sur le salaire. Le montant de la prime est arrêté sur la base d'un pourcentage fixe (9,65%) de l'impôt sur le salaire calculé sur un montant maximum de 33 589 €. En outre, les adultes ayant recours à des soins au titre de la loi sur les soins de santé de longue durée payent une contribution propre elle aussi déterminée en fonction du niveau de revenus. Dans ce cadre, le fait que le patient habite à domicile ou dans un établissement, que celui-ci ait plus ou moins de 65 ans et qu'il habite seul ou qu'il vive avec quelqu'un ou soit marié, joue aussi un rôle.

L'ensemble des cotisations sont versées dans le fond des soins de longue durée qui est géré par le l'Institut national des soins de santé aux Pays-Bas. Lorsque les liquidités du fonds sont insuffisantes, l'État l'alimente de façon complémentaire en puisant dans les moyens généraux. Le financement s'opère ensuite de diverses manières en fonction du choix opéré entre « en nature » ou « budget en fonction de la situation personnelle ».

- En ce qui concerne les soins de santé dits en nature, une partie du fonds est versée au bureau central d'administration). À la demande des bureaux de soins de santé, le bureau central d'administration paye ensuite les prestataires de soins de santé ;
- Pour un paiement par le biais du budget dépendant de la situation personnelle, une partie du fonds est versée à la « Sociale Verzekeringsbank (SVB) » (la « banque de l'assurance sociale », l'organisme chargé de l'exécution des prestations de sécurité sociale aux Pays-Bas) qui gère les budgets liés à la situation personnelle au profit des personnes ayant droit à un tel budget. Les instances se chargeant des soins des personnes bénéficiant d'un budget lié à leur situation personnelle détiennent ce que l'on appelle un « droit de tirage » auprès de la banque de l'assurance sociale : les factures (jusqu'à un certain niveau maximum) des prestataires de soins de santé sont adressées à la banque de l'assurance sociale qui, ensuite, paye la facture.

Contrôle

Aux Pays-Bas, le pouvoir central à charge de faire en sorte que le système de santé fonctionne adéquatement. L'État détermine alors à quelles conditions qualitatives les prestataires de services relevant de la loi sur les soins de santé de longue durée doivent répondre. En outre, il existe un certain nombre d'organisations publiques exerçant un contrôle. L'autorité consommateur & marché veille à ce que les règles de concurrence sur le marché des soins de santé soient respectées de sorte à ce que les patients relevant de la loi sur les soins de santé de longue durée puissent tirer parti de cette concurrence. L'autorité néerlandaise en matière de soins de santé veille à ce que la mise en œuvre des soins de santé s'opère de façon efficace et dans le respect des règles applicables. Enfin, l'inspection des soins de santé contrôle la qualité et la sécurité des soins proposés au titre de la loi sur les soins de santé de longue durée et veille à ce que cette qualité soit respectée.



La loi sur le « soutien social » des communes

Par cette loi sur le « soutien social » de 2015, les communes se sont vues confier la tâche d'apporter une aide aux personnes souffrant d'un handicap. On peut citer comme exemple les personnes atteintes d'une déficience physique, mentale ou psychique comme, notamment, les personnes (légèrement) handicapés et les personnes âgées. Le soutien apporté est destiné à permettre aux personnes aidées de continuer à participer à la vie en société et faire en sorte qu'elles puissent continuer à vivre chez elles. En outre, la commune peut, sur la base de la loi sur le « soutien social », fournir un hébergement et un accueil couplé à une assistance aux personnes n'ayant pas la possibilité ou n'étant pas en mesure de vivre chez elles.

Approche communale : travail sur mesure et société ouverte à tous

La loi sur le « soutien social » se fonde sur le principe d'un travail sur mesure et d'une approche individuelle. La commune établit un dialogue avec le patient par rapport à sa demande d'aide. Il appartient ensuite à la commune de fournir une aide adéquate et de déterminer comment elle organisera le soutien ainsi apporté.

Les communes doivent non seulement proposer des mesures adaptées à la situation du patient mais également mettre en place un dispositif vers lequel les personnes souhaitant formuler leur demande de soutien peuvent se tourner. Ces mesures ont pour but de permettre à l'ensemble des personnes, quelles que soient les déficiences auxquels sont confrontées, de participer à la vie en société : il s'agit là du fondement du principe d'une société ouverte à tous.

Le soutien apporté au titre de la loi sur le « soutien social »

Les communes apportent un soutien sur la base de la loi sur le « soutien social » aux personnes pouvant difficilement participer à la vie en société, à celles dans l'impossibilité de se prendre en charge seules ou à celles ayant besoin de vivre dans une maison ou un centre d'accueil adaptés. Il s'agit par exemple de :

- un accompagnement et une aide dans l'organisation de la journée ;
- une aide apportée pour les tâches ménagères ;
- un soutien apporté à la personne de la famille ayant pris en charge le patient ;
- l'aide venant de personnes bénévoles ;
- le placement dans un centre d'accueil spécialisé pour les personnes souffrant de troubles psychiques de longue durée ;

- l'accueil des hommes, des femmes et des enfants en cas de violence domestique ;
- l'hébergement d'urgence de, par exemple, les personnes sans abri ;
- une compensation financière pour les personnes pouvant démontrer qu'elles doivent engager des frais importants en raison de leur maladie ou de leur affection chroniques.

Dans le cadre du soutien apporté au titre de la loi sur le « soutien social », les communes font la distinction entre les mesures à caractère général et les mesures adaptées aux besoins spécifiques d'un patient. Une mesure générale est destinée à tous. On peut citer comme exemple les « matins café » dans les maisons de quartier, le bus faisant les courses ou le service de restauration à domicile. Ou bien encore le transport des personnes âgées de 75 ans et plus. Une mesure destinée aux besoins spécifiques d'une personne a un caractère individuel. Il peut s'agir par exemple d'une aide apportée aux tâches ménagères et au bon fonctionnement du quotidien du foyer mais également d'un accompagnement administratif/comptable, ou bien encore d'une combinaison de ces formes d'aide.

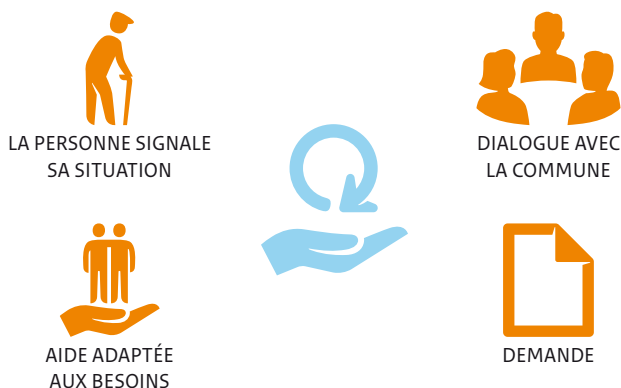
Bénéficiaire d'une aide

Les personnes ayant besoin d'une aide afin de pouvoir continuer de vivre de manière autonome chez elles et participer à la vie en société peuvent s'adresser à la commune. Elles peuvent également être invitées par leur médecin traitant ou un autre prestataire de soins de santé à s'adresser à la commune ou à l'équipe sociale de quartier. Nombre de communes ont mis en place de telles « équipes sociales de quartier » comme interlocuteur au niveau des quartiers ou bien pour les personnes ayant besoin d'une aide limitée.

Lorsqu'une personne fait part de ses besoins, un dialogue s'instaure avec la personne demandant de l'aide. La commune tente alors de déterminer ce que le patient peut encore faire lui-même en faisant appel à son propre réseau ou en bénéficiant des mesures générales disponibles. Pour le reste, la personne est également interrogée sur un certain nombre de questions pouvant avoir une importance dans l'appréciation de la commune, comme l'existence de dettes, une situation d'isolement ou un état de confusion mentale. Puis, la commune émet un avis qu'elle consigne dans un rapport. La conclusion peut alors en être que le client est en mesure d'organiser lui-même l'aide dont il a besoin en faisant appel à son propre réseau social, que l'aide peut être fournie sur la base des mesures d'ordre général existantes ou bien que des mesures spécifiquement adaptées à la personne doivent être mises en œuvre. Lorsqu'une demande est présentée en vue de bénéficier de mesures spécifiques adaptées à une situation particulière, la commune décide alors d'accorder l'aide demandée ou bien de rejeter la demande d'aide. Les mesures spécifiques adaptées à une situation particulière peuvent être fournies de deux manières. Tout d'abord en nature et, dans ce cadre, l'aide est alors proposée par la commune qui, ensuite, se charge elle-même de la dispenser. Ou alors, lorsque le patient le souhaite, l'aide peut être organisée sur la base d'un budget personnalisé que celui-ci utilise pour régler lui-même l'aide dont il a besoin. En ce qui concerne les mesures spécifiques adaptées à la situation du patient, une contribution personnelle peut lui être demandée.

Qualité

Les personnes faisant une demande d'aide ainsi que les proches s'occupant d'elles, mais aussi la commune et les prestataires de soins sont les principales parties concernées par la loi sur le « soutien social ». Elles déterminent, donc dans une grande mesure, la qualité de l'aide apportée dans le cadre de la loi sur le « soutien social ». La loi pose une norme prévoyant une qualité de base. Pour le reste, des accords sont conclus entre les communes, les prestataires de soins et les patients. Les personnes présentant une demande d'aide peuvent former un recours contre la décision prise par la commune. Elles peuvent également faire état, auprès de la commune, de leurs réclamations envers le prestataire de soins ou bien signaler des situations anormales. Elles peuvent changer de prestataire de soins de santé. En outre, les patients peuvent obtenir un soutien indépendant gratuit leur permettant de bénéficier d'une aide et de conseils. Enfin, la commune veille à ce que le maire et ses adjoints exécutent correctement les obligations et missions découlant de la loi sur le « soutien social ».



Financement de l'aide en vertu de la loi sur le « soutien social »

La loi sur le « soutien social » est financée de manière simple. Les communes perçoivent des dotations de l'État par le biais du fonds communal. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi, les communes affectent les fonds perçus comme elles l'entendent. Le maire et ses adjoints doivent rendre compte auprès du conseil municipal de la manière dont les fonds sont affectés.

La commune acquitte l'aide dite en nature directement aux prestataires de soins ayant fourni l'aide en question. En ce qui concerne l'aide que le patient organise lui-même sur la base d'un budget lui ayant été accordé en fonction de sa situation personnelle, la commune verse les fonds concernés à la banque de l'assurance sociale. Les patients bénéficiant d'un tel budget peuvent alors lui adresser les factures remises pour l'aide dont ils ont bénéficié en vue de leur paiement. C'est ce que l'on appelle le « droit de tirage ». Enfin, en ce qui concerne les mesures spécifiques adaptées à leur situation personnelle, les patients peuvent être tenus de payer une contribution personnelle laquelle peut dépendre du revenu ou du patrimoine, le tout à hauteur maximale du prix de revient.



La loi sur la jeunesse

Avec l'adoption de la loi sur la jeunesse en 2015, le soutien, l'aide et les soins destinés aux enfants et aux jeunes personnes ont été décentralisés et ces missions ont été confiées aux communes. La loi sur la jeunesse organise un soutien, une aide et des soins au profit des jeunes personnes et de leur famille lorsque celles-ci font face à des problèmes dans le cadre de leur développement ou de leur éducation ou bien lorsqu'ils connaissent des problèmes et troubles d'ordre psychique. Les jeunes personnes ayant besoins de soins continus du fait, par exemple, d'un handicap mental grave - ne relèvent pas de la loi sur la jeunesse mais de la loi sur les soins de santé de longue durée. Les formes d'aides proposées vont d'une prévention générale au suivi volontaire ou imposé d'un traitement. Le but visé par la commune sur la base de la loi sur la jeunesse est que les enfants puissent vivre et grandir dans de bonnes conditions en termes de santé et de sécurité et de faire d'eux des personnes indépendantes capables, plus tard, selon leurs aptitudes et dispositions, de s'intégrer dans notre société.

Soutien, aide et soins fournis au titre de la loi sur la jeunesse

Sur la base de la loi sur la jeunesse, les communes apportent une aide aux enfants et jeunes personnes (jusqu'à 18 ans, avec une possibilité de prolongation jusqu'à 23 ans) ainsi que leurs familles lorsque ceux-ci font face à des problèmes dans le cadre de leur développement ou de leur éducation ou bien lorsqu'ils rencontrent des problèmes et troubles d'ordre psychique. Les communes sont également chargées de la mise en œuvre des mesures de protection de l'enfance, des mesures de probation et de réinsertion pour la jeunesse et des missions de conseil et de traitement des dénonciations de faits de violences conjugales et de maltraitance à enfants. En confiant l'ensemble de ces missions aux communes, il est aujourd'hui possible - bien plus que cela était le cas dans le passé - d'apporter aux jeunes personnes et leurs parents une aide complète.

Mission communale

Sur la base de la loi sur la jeunesse, les communes ont l'obligation d'offrir une aide aux jeunes personnes et sont donc tenues d'apporter une aide adéquate et en temps utile aux jeunes personnes ayant besoin d'être aidées. Les communes peuvent décider elle-même comment, en pratique, elles donneront forme à cette aide et quels sont les besoins précis en termes d'aide devant être apportés à la jeunesse. Ceci leur donne la possibilité de proposer une aide sur mesure et d'organiser le meilleur soutien possible au regard des spécificités caractérisant la vie dans leur commune et la jeunesse qui y habitent. Les jeunes personnes et leurs parents peuvent également présenter leurs réclamations auprès du prestataire de services d'aide à la jeunesse et auprès des communes pour changer de prestataire. Les fonds permettant à la commune de mettre en œuvre les principes de la loi sur la jeunesse sont mis à sa disposition par l'État.

Bénéficiaire d'une aide

Les personnes ayant besoin d'une aide au titre de la loi sur la jeunesse peut s'adresser à la commune. La commune peut alors offrir elle-même l'aide demandée par le biais des équipes de quartiers (pour les questions en relation et la jeunesse) que de nombreuses communes ont mises en place lors de l'entrée en vigueur de la loi sur la jeunesse en 2015. L'équipe de quartier peut renvoyer la jeune personne ayant besoin de l'aide en question vers un prestataire chargé de l'aide dont peut bénéficier la jeunesse (« aide à la jeunesse en nature »). Il est également possible que le médecin traitant, le pédiatre ou un spécialiste médical renvoie vers la commune ou directement vers un prestataire d'aide à la jeunesse. La commune peut également accorder un budget calculé en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire et grâce auquel les parents des enfants ou jeunes personnes peuvent recourir eux-mêmes aux services d'un prestataire, conventionné ou non, de services d'aide à la jeunesse.

Lorsque la jeune personne et ses parents souhaitent recourir à un autre prestataire que celui leur étant proposé, ils peuvent en discuter avec la commune. Si aucun terrain d'entente n'est trouvé, ils pourront présenter un recours contre la décision de la commune et ensuite, éventuellement, s'adresser au juge

Qualité

Les jeunes personnes ayant besoin d'aide ainsi que leurs familles, les communes et les prestataires de services d'aide à la jeunesse sont les parties principales concernées par l'application de la loi sur la jeunesse. Ces acteurs déterminent aussi, en grande partie, la qualité de l'aide à la jeunesse.



Lorsqu'elles s'adressent à des prestataires, les communes, peuvent poser des conditions relativement à la qualité des prestations et peuvent contrôler, a posteriori, si les déclarations des prestataires de services d'aide à la jeunesse respectent les accords convenus. Elles vérifient par ailleurs que les soins déclarés ont été effectivement et efficacement fournis. Le conseil municipal s'assure que le maire et ses adjoints mettent en œuvre adéquatement les missions dont ils sont chargés en vertu de la loi sur la jeunesse.

Les jeunes personnes et leurs parents peuvent présenter leurs réclamations auprès du prestataire de services d'aide à la jeunesse et auprès de la commune en vue d'obtenir un autre prestataire. Par ailleurs, ceux-ci peuvent, par le biais du comité des clients d'un prestataire, exercer une influence sur la qualité de l'aide destinée à la jeunesse. Ils peuvent aussi - ainsi que leurs parents - déposer un recours auprès de l'« Inspectie voor de Gezondheidszorg » (l'inspection des soins de santé) ou de l'« Inspectie Jeugdzorg » (l'inspection de la protection de l'enfance).

Globalement, c'est le pouvoir central qui doit s'assurer du bon fonctionnement du système de santé. Dans la loi sur la jeunesse sont fixées les exigences de qualité pour les prestataires de services d'aide à la jeunesse, pour les instances chargées de la mise en œuvre des mesures de protection de l'enfance ainsi que pour les services de probation et de réinsertion des jeunes personnes et les centres de conseil et de signalisation en matière de violences domestiques et de maltraitance à l'enfance. Une disposition légale importante concerne par exemple l'exigence selon laquelle les professionnels individuels offrant des services d'aide à la jeunesse doivent être enregistrés et satisfaire à des conditions de formation. Elle contient également des règles concernant l'expertise des communes devant leur permettre de guider adéquatement les patients vers les services d'aide à la jeunesse. Les services d'inspection de l'État contrôlent que ces exigences de qualité sont respectées.

Financement des services d'aide à la jeunesse

Pour pouvoir mettre en œuvre la loi sur la jeunesse, les communes reçoivent des dotations de l'État. L'aide à l'enfance proposée en nature est directement payée par la commune aux prestataires de services ayant fourni l'aide en question. Pour l'aide à l'enfance que les parents ou les représentants des enfants et des jeunes personnes se chargent d'organiser elle-même sur la base d'un budget lié à leur situation personnelle, la commune verse les sommes concernées à la banque de l'assurance sociale. Les parents bénéficiant d'un tel budget peuvent donc envoyer les factures leur ayant été remises pour les services d'aide à la jeunesse dont ils ont bénéficié, ceci en vue d'en obtenir leur remboursement. Notons par ailleurs que les parents disposant d'un budget lié à la situation personnelle peuvent être eux-mêmes prestataires de services d'aide à l'enfance et donc se faire payer sur la base du budget leur ayant été accordé. Tel est le cas si, du fait de la prise en charge de leur enfant, les parents subissent une perte de revenu.



Une publication du

Ministère de la Santé, du Bien-être et du
des Sport

Adresse physique

Parnassusplein 5 | 2511 vx La Haye
Pays-Bas

Adresse postale

Postbus 20350 | 2500 EJ La Haye
Pays-Bas

Téléphone +31 70 340 79 11

Fax +31 70 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

janvier 2016