



HAL
open science

L'assurance-maladie aux Pays-Bas : étude comparative avec la France

Valérie Laigle

► **To cite this version:**

Valérie Laigle. L'assurance-maladie aux Pays-Bas : étude comparative avec la France. Sciences pharmaceutiques. 1992. dumas-02882234

HAL Id: dumas-02882234

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02882234>

Submitted on 26 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr



115 015486 4

UNIVERSITE DE GRENOBLE I

2^e exemplaire

Unité de Formation Recherche de Sciences Pharmaceutiques

Année 1992

Thèse N° 7019

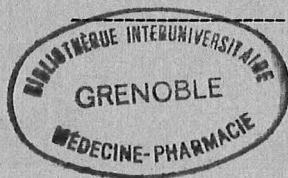
THESE

Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 1992
par Valérie Laigle

[Données à caractère personnel]

**L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS :
ETUDE COMPARATIVE AVEC LA FRANCE**



Examineurs de la Thèse

Mme M. DELETRAZ DELPORTE, Présidente de Jury

(Maître de conférences)

et

Mr P. BERAS, Pharmacien - Licencié es Sciences Pharmaceutiques

Mr A. MEYER, Pharmacien d'officine

UNIVERSITE DE GRENOBLE I

Unité de Formation Recherche de Sciences Pharmaceutiques

Année 1992

Thèse N°

THESE

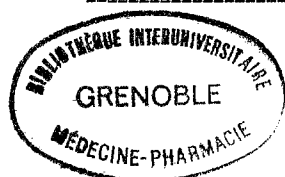
Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 1992

par Valérie Laigle

[Données à caractère personnel]

L'ASSURANCE MALADIE AUX PAYS-BAS : ETUDE COMPARATIVE AVEC LA FRANCE



Examineurs de la Thèse

Mme M. DELETRAZ DELPORTE, Présidente de Jury

et

Mr P. BERAS, Pharmacien - Licencié es Sciences Pharmaceutiques

Mr A. MEYER, Pharmacien d'officine

A Madame Le Docteur M. Deletraz Delporte
Maître de conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques
Docteur es Sciences Pharmaceutiques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter et de trouver ce sujet de thèse intéressant,

Votre aide et votre soutien nous ont accompagné tout au long de ce travail,

Nous avons bénéficié de votre enseignement et nous vous remercions de la grande disponibilité et de l'enthousiasme manifesté,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Mr P. BERAS
Président de L'UNPF
Licencié es Sciences Pharmaceutiques

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'intérêt que vous montrez à ce travail en acceptant d'en être juge .

Mr A. MEYER

Pharmacien d'officine

Docteur es sciences pharmaceutiques

Diplomé de l'Institut d'Administration des Entreprises de Strasbourg

Vous nous avez appris à aimer l'officine, à prendre pleinement conscience de nos responsabilités de pharmacien,

Vous avez toujours porté une oreille attentive à nos différents projets,

Veillez trouver ici l'expression de mon admiration et de ma reconnaissance.

Je dédie particulièrement cette thèse :

A ma mère,
que je remercie pour son dévouement,
ses conseils et l'affection dont elle a toujours
su m'entourer pour mener à bien mes études
et m'épanouir dans ma vie future,

A Betty et à Nicolas qui ont partagé
avec moi les affres de la rédaction,

A mes frères,

A tous les miens,

A mes amis (e).....

SOMMAIRE

PRELIMINAIRE

INTRODUCTION

Première partie

ECONOMIE DE SANTE

A. Production

B. Distribution

C. Consommation

Deuxième partie

A – L'ASSURANCE MALADIE

I. La France

II. Les Pays-Bas

B – TABLEAUX COMPARATIFS

C – COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES

I. Les Pays-Bas

II. La France

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ADRESSES UTILES

A. Les Pays-bas

B. la France

ABREVIATIONS

PLAN DETAILLE

PRELIMINAIRE p8

INTRODUCTION p11

PREMIERE PARTIE
L'ECONOMIE DE SANTE p13

A. LA PRODUCTION

I. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE p14

I. 1. Les prix

I. 2. Les remboursements

II. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE NEERLANDAISE p21

I. 1. Les prix

I. 2. Le remboursement

B. DISTRIBUTION p26

I. DISTRIBUTION EN GROS

II. DISTRIBUTION AU DETAIL p27

II. 1. Pharmacies ambulatoires

II. 2. Pharmacies hospitalières

III. MODALITES D'EXERCICE CARACTERISTIQUES AUX
PAYS-BAS p29

III. 1. Clientèle obligée

III. 2. Droit de substitution

III. 3. Coopération médecin-pharmacien

C. CONSOMMATION p31

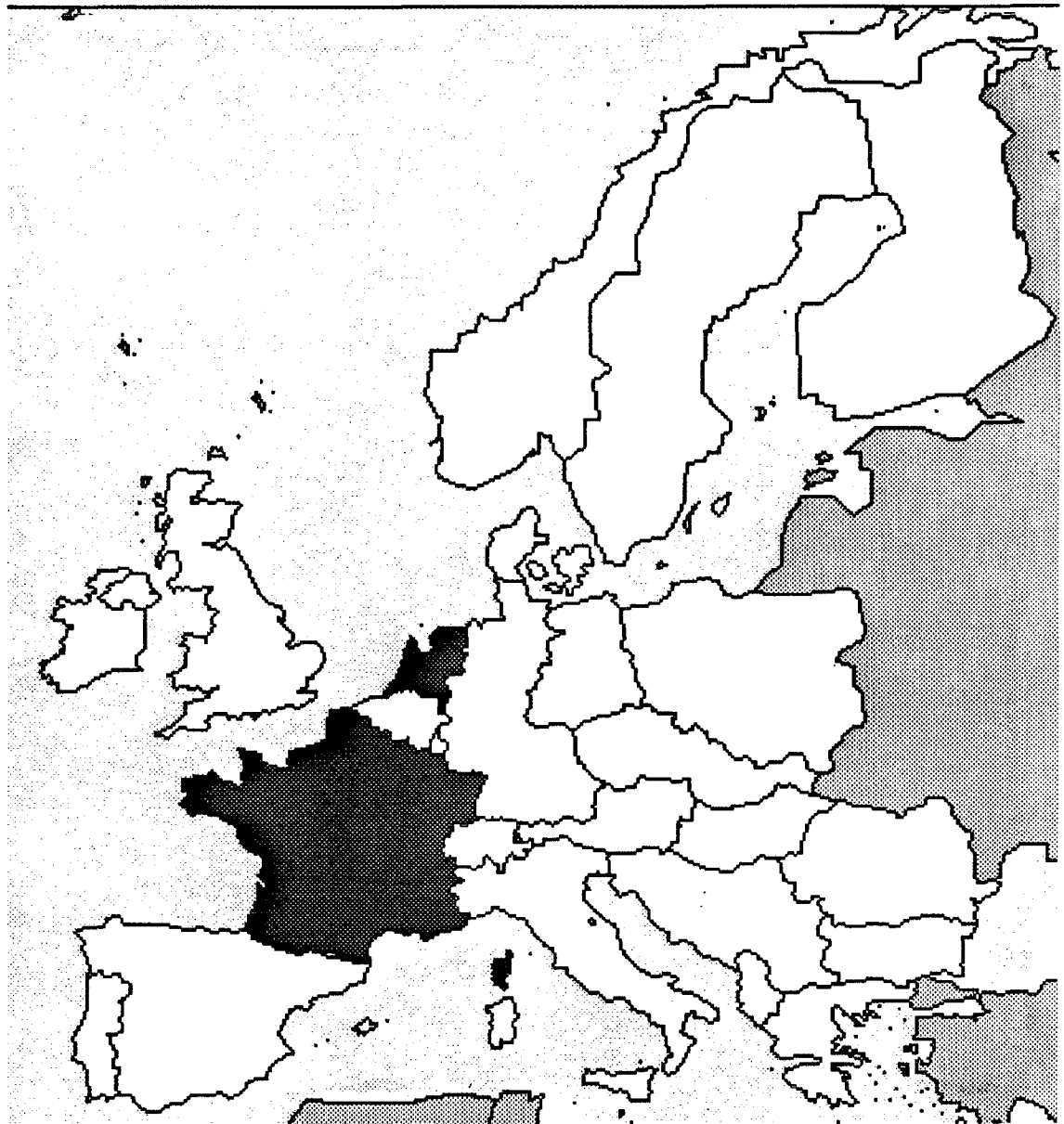
I. LA FRANCE

II. LES PAYS-BAS

Deuxième partie	
A - L'ASSURANCE MALADIE	p35
I. LA FRANCE	p36
I. ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE	
II. LES CHAMPS D'APPLICATION DU RGTS	p38
III. LE FINANCEMENT	p39
IV. LE RECOURS	p41
V. L'ASSURANCE MALADIE	p42
II. PAYS-BAS	p47
I. ORGANISATION	
II. LES DIFFERENTES ASSURANCES MALADIE	p50
III. LE FINANCEMENT	
IV. LE RECOURS	
V. LES ASSURANCES MALADIE	p51
VI. CONCLUSION	p65
B - TABLEAUX COMPARATIFS	p66
C - COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES	p78
A. LES PAYS-BAS	p79
B. LA FRANCE	p84
CONCLUSION	p88
BIBLIOGRAPHIE	p91
ADRESSES UTILES	p96
A. LES PAYS-BAS	p99
B. LA FRANCE	
ABREVIATIONS	p99

PRELIMINAIRES

Pour la majorité des français, les Pays-Bas ne sont pas une réalité. Ils ont une vision plus concrète de la Hollande avec ses peintres, ses moulins et ses fromages.



Carte de l'Europe

Ce pays de 14,5 millions d'habitants, d'une superficie équivalente à celle de la Normandie (1/10 de la France), possède la plus forte densité de population en Europe. Par voie de conséquence, il dispose du réseau autoroutier le plus serré du monde, et d'un réseau ferroviaire extrêmement moderne et performant. Les Pays-Bas abritent le plus grand port du monde Rotterdam. N'oublions pas Amsterdam, surnommée la Venise du Nord non seulement pour ses canaux mais aussi pour son rayonnement culturel et artistique. Gardiens de l'embouchure du Rhin, les néerlandais sont "les portiers" de l'Europe Occidentale.

	FRANCE	PAYS-BAS
Superficie	551 000 km ²	41 548 km ² + 33 930 km ² terres émergées
Population	55 300 000	14 520 000
Capitale	Paris	Amsterdam
Régime	République Parlementaire	Monarchie Parlementaire
Langue	Français	Néerlandais
Religions	Catholique Protestante Juive Musulmane	Catholique: 40 % Protestante: 33 %
Climat	Continental	Maritime tempéré
PNB annuel/hab.	8850 \$/an	8600 \$/an
Croissance démographique	4 0/00 /an	4 0/00 /an
Espérance de vie	H: 73 ans F: 78 ans	H: 74 ans F: 77 ans

Qui est le néerlandais ? Selon une étude publiée en 1973 par le Parkland Research Institute et portant sur les mentalités en Europe occidentale, il apparaît pour les ressortissants des autres pays comme le meilleur des européens : travailleur, économe, ayant le sens des affaires, tolérant. Ce point de vue est partagé par les intéressés. Arrogance ou conscience de leur propre valeur ? Peut-être tout simplement l'héritage de générations de paysans ayant lutté contre les eaux et qui ont su conserver sa cohésion à un pays né en partie d'un conflit religieux. Pays qui en garde un double visage : le Sud est catholique et le Nord protestant.

INTRODUCTION

A notre époque , " l'homo europeanus " ne souffre plus, en théorie, ni de la faim, ni du froid. Les nouveaux fléaux sociaux sont le chômage, la solitude, l'insécurité...

Qu'il soit la cause de ces "fléaux" ou la conséquence, force est de constater que l'individualisme domine. L'être humain ne veut plus se situer uniquement dans la société mais par rapport à lui. Ainsi, il devient plus soucieux de son devenir, de sa personne, de son corps et donc de sa santé. Il l'entretient, y consacre une part importante de son budget, paie des cotisations pour bénéficier de prestations médicales.

L'assurance sociale est l'un des acquis les plus importants de notre siècle. A quelques mois de l'ouverture "officielle" de nos frontières, les systèmes de protection des différents états de la CEE retiennent l'attention. L'élaboration d' un système unique est utopique, mais une harmonisation et une bonne coordination des organismes responsables semblent nécessaires pour permettre réellement la libre circulation des personnes. Chacun des douze états devrait en effet offrir des garanties similaires aux travailleurs migrants.

Les dépenses de santé des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développements économiques) ont connu une croissance de 7 % par an, en prix constants, pendant la période 1960-1975. Ce mouvement correspondait initialement à un souhait de l'opinion publique et des gouvernements qui ont donné une large priorité à la santé. Cependant, est apparue rapidement la notion de maîtrise des dépenses de santé. **(8)**

Le problème des dépenses de santé se pose à chaque nation qui doit choisir un mode de couverture sociale, une organisation de leur appareil de soins. Ce travail présente une comparaison des systèmes d'assurances maladies néerlandais et français.

Avant d'aborder cette comparaison, une approche du système de santé néerlandais permettra de replacer l'assurance maladie dans le cadre général de la protection sociale. Les avantages et les inconvénients de ces deux systèmes pourront être dégagés des tableaux comparatifs Pays-Bas - France. Par ailleurs, ils nous permettront d'esquisser les objectifs d'une politique de santé, incluant la notion de maîtrise des dépenses tout en respectant le droit à la santé.

Première partie

L'ECONOMIE DE SANTE

Pour le consommateur, le monde de la santé est généralement réduit aux rapports entretenus avec son médecin et son pharmacien. Le concerne essentiellement le prix des prestations et des médicaments prescrits, et leur remboursement. Toutefois la consommation n'est que le dernier maillon de la chaîne économique du médicament précédé par deux secteurs importants : la production et la distribution. En ce qui concerne le médicament, la production est le "privilège" de l'industrie pharmaceutique. Ce producteur des biens de santé est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour la fixation des prix et l'admission au remboursement du médicament en France. C'est à ce titre qu'il nous intéresse.

A. LA PRODUCTION

I. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE (1, 3, 4, 24)

Une première approche de l'industrie pharmaceutique française nous permet de mieux appréhender celle des Pays-Bas. Citons tout d'abord quelques chiffres.

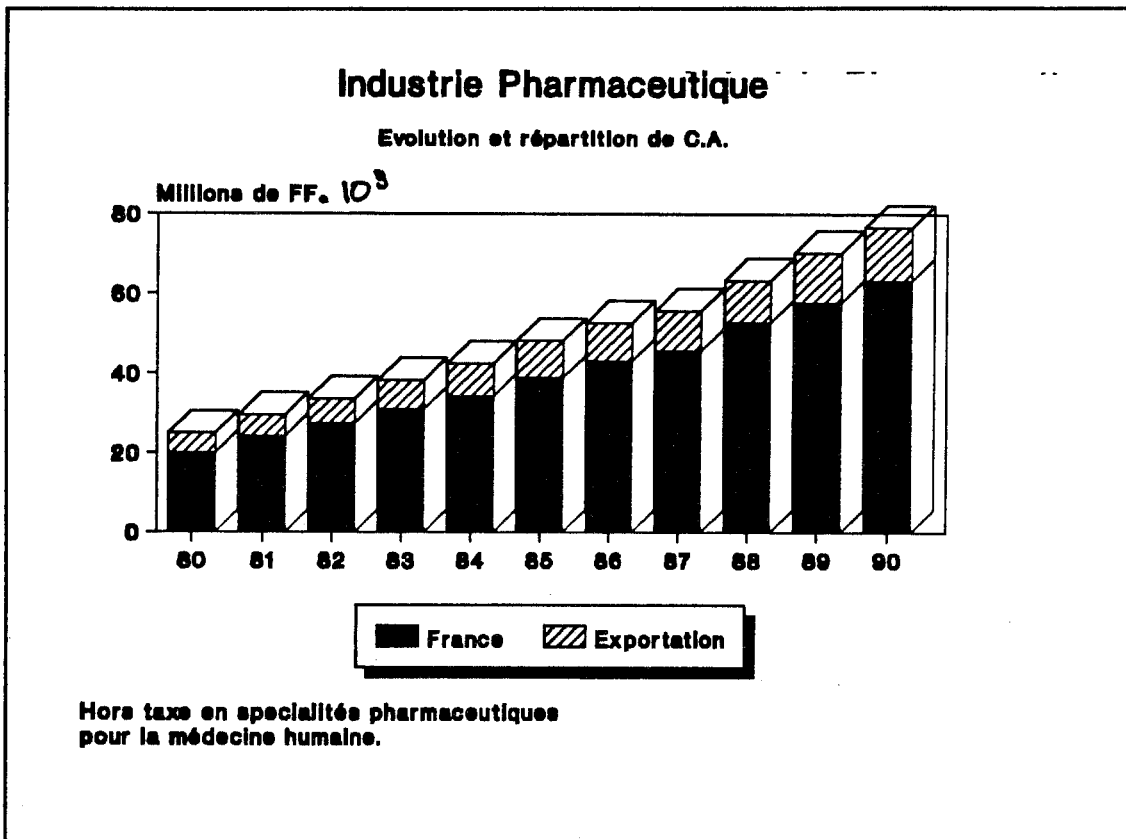
Production	76000
Export	16010
Import	7953
Balance	+ 8057
Emplois	73400 personnes
R & D	9100 *

* en millions de FF

Année 1990

I. 1. Les prix

Le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique française était d'environ 7600 millions de francs en 1990.



Les producteurs sont en principe libres de fixer les prix. S'ils veulent que les médicaments appartiennent à la liste des spécialités remboursables, ils doivent "négocier" leur prix avec un Comité Inter-Ministériel et leur inscription avec la Commission de Transparence chargée de donner un avis sur l'admission au remboursement (L. 162-38 . CSS) avec comme référence l'ASMR c'est à dire :

- apport thérapeutique nouveau ou,
- même bénéfice thérapeutique avec :
 - soit minimisation des effets indésirables
 - soit diminution des prix (art. R163. 3. CSS)

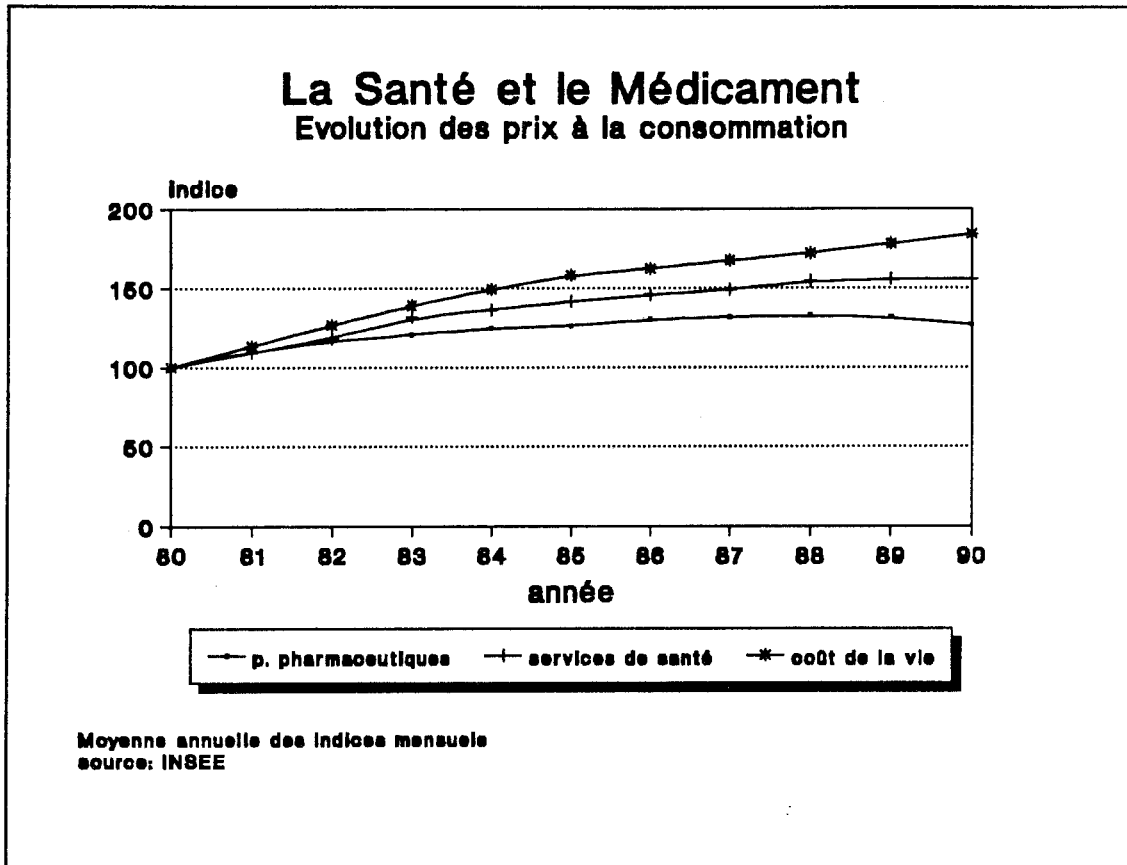
Concentration Part du chiffre d'affaires			
Entreprises	%	Groupes	%
5 1er entrep.	15	5 1er (37 entrep.)	31
10 1er entrep.	24	10 1er (61 entrep.)	45
20 1er entrep.	40	20 1er (90 entrep.)	63

Par rapport à la moyenne européenne, les prix français sont bas.

Indice des prix à la production des médicaments remboursables en 1987*	
Espagne	84
Grèce	88
FRANCE	100
Italie	107
Belgique	121
Royaume-Uni	137
PAYS-BAS	194
RFA	205

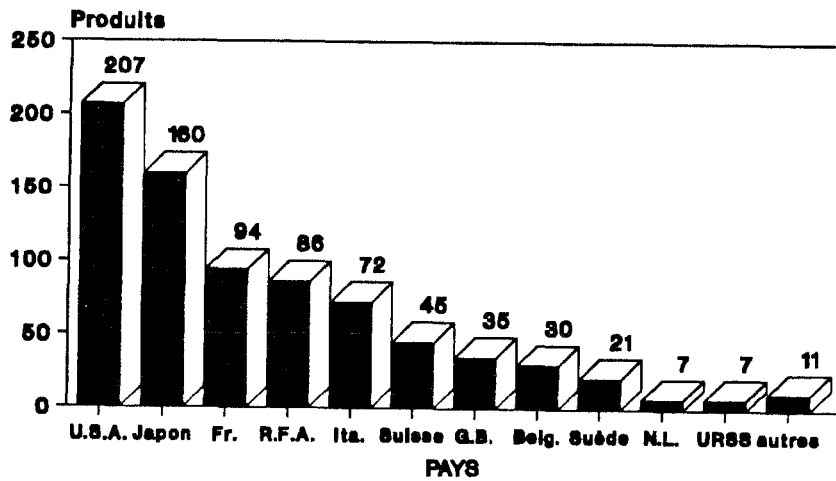
La politique du gouvernement français qui a fait subir à l'industrie pharmaceutique des restrictions financières dans le but de corriger des déséquilibres budgétaires a eu à long terme des effets négatifs. La France a ainsi perdu la place qu'elle occupait parmi les trois grandes nations pharmaceutiques.

Les prix bas ne signifient pas systématiquement de bas coûts de production.
Les industries françaises ont en effet une marge faible.



Les prix, pour rejoindre la moyenne européenne devraient augmenter de 20 %
. Il est probable et surtout souhaitable que cette augmentation se fasse étape par
étape, concernant de façon préférentielle les molécules nouvelles.

Pays de découverte des nouveaux produits mis sur le marché de 75 à 89



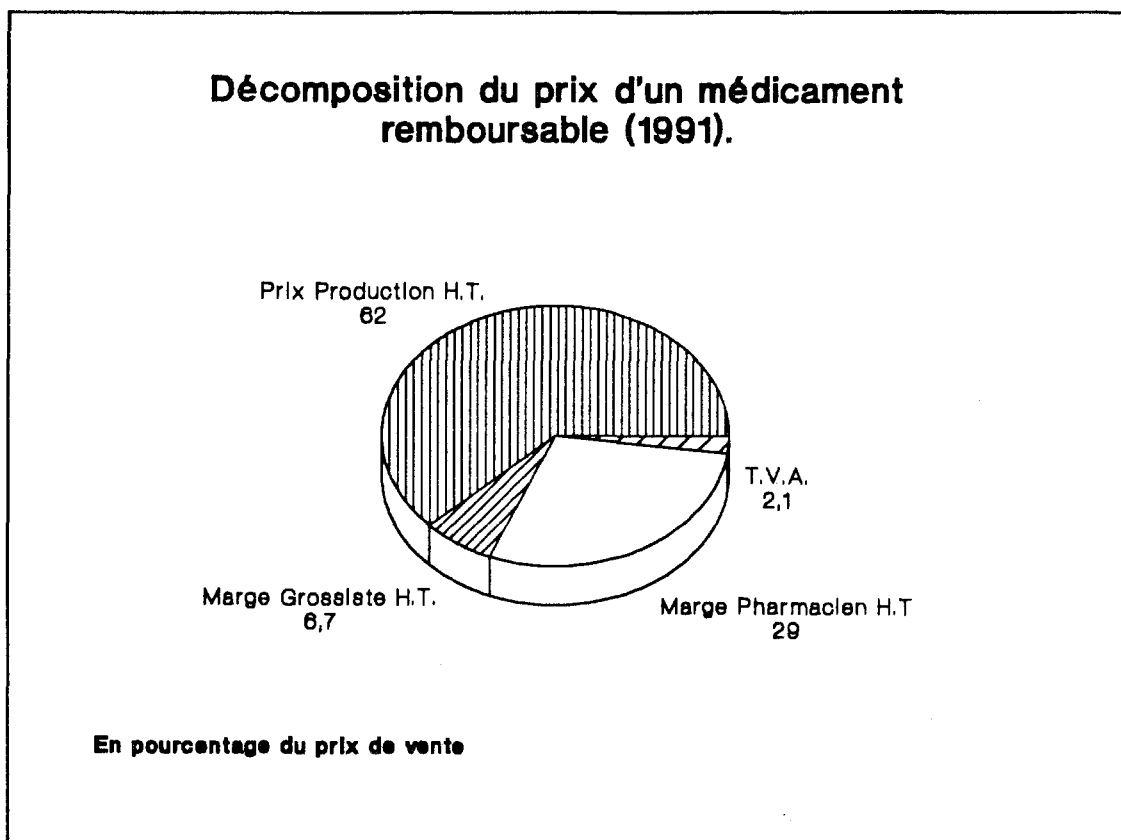
Au total 775 produits dont 77 de structure et propriétés nouvelles

La distribution des médicaments s'effectue principalement par les intermédiaires suivants :

Canaux de distribution du C.A. France en 1990	
Grossistes répartiteurs	81,7%
Pharmaciens d'officine	6,7%
Etablissements hospitaliers	11,6%

I. 2. Le remboursement

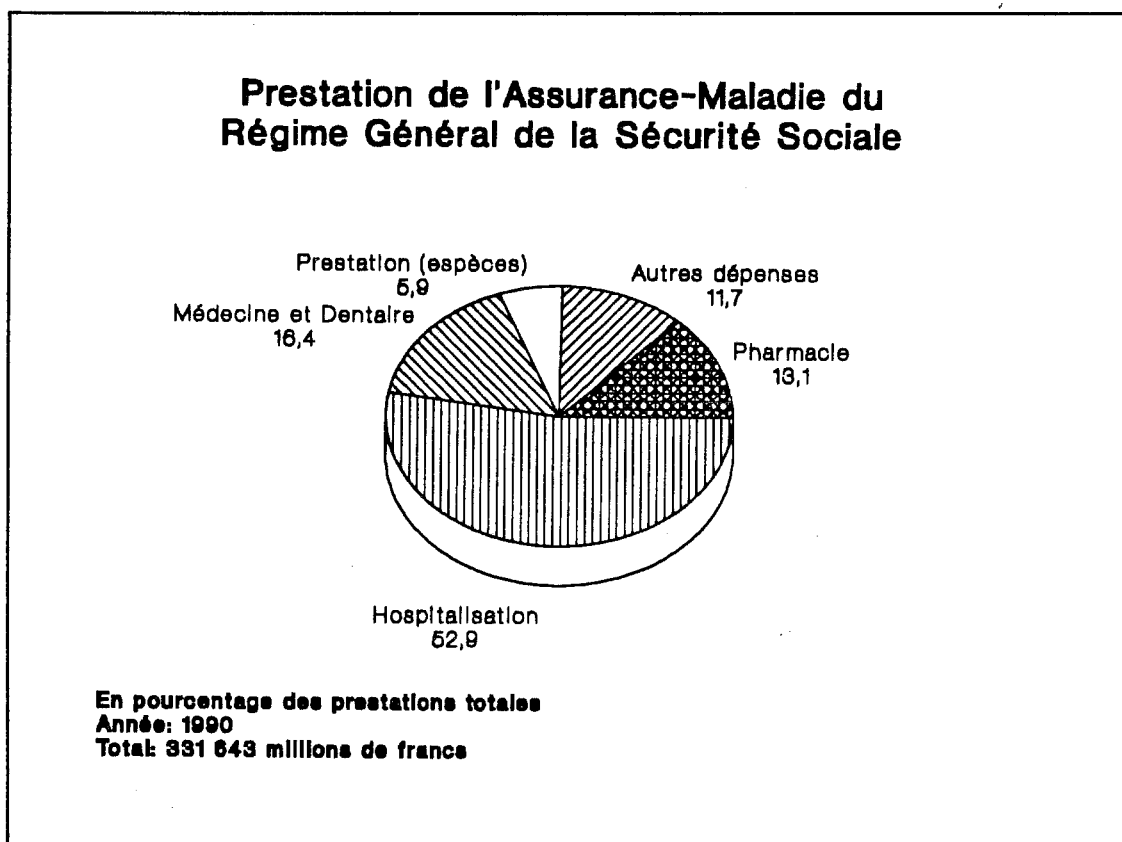
Le prix et l'admission au remboursement sont liés. Il est intéressant de connaître la décomposition du prix du médicament remboursable en 1991.



Les taux de remboursement en vigueur sont de :

- * 100 % pour les "médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux" (vignette blanche barrée).
- * 40% pour les "médicaments principalement destinés au traitement des troubles et affections sans caractère habituel de gravité" (vignette bleue).
- * 70% pour les autres médicaments (vignette blanche).

Une politique de déremboursement des médicaments dits de "confort" s'instaure. Elle concerne notamment les vitamines, les anti-asthéniques et certains contraceptifs oraux. L'effet recherché est de réduire le montant des prestations de la sécurité sociale au niveau des médicaments pour équilibrer les comptes de la branche maladie. Ces mesures vont de pair avec la diminution du taux de marge des pharmaciens et l'éventuelle autorisation du droit de substitution. Les chiffres parlent d'eux-même quant à la responsabilité de la pharmacie dans le déficit de la branche maladie.



En effet, les prestations de la pharmacie dans le régime de l'assurance maladie ne dépassent pas 14,2 % tous régimes confondus. Dans les dépenses totales des régimes d'assurances sociales, la proportion est de 3,7 % .

NB : tous les tableaux sont extraits de "Les médicaments en France : chiffres clés 1991" -SNIP.

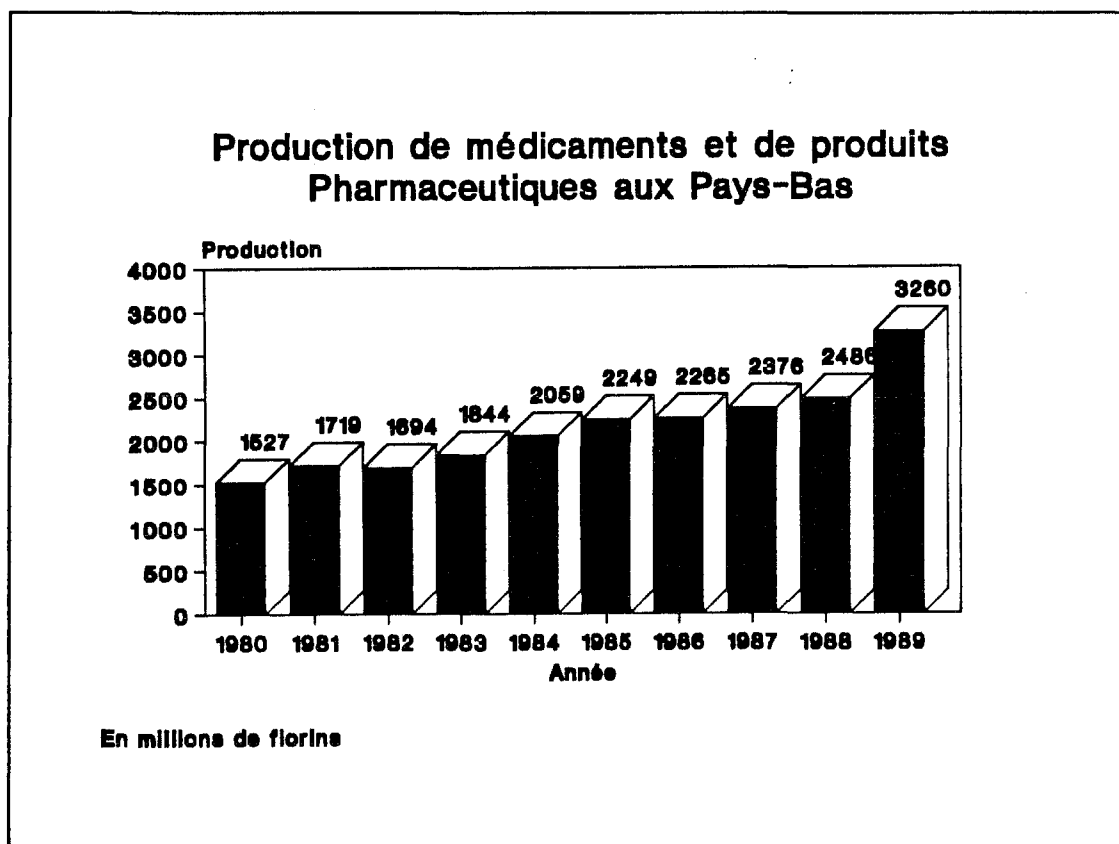
II. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE NEERLANDAISE (4, 6, 9, 16, 19)

La situation économique de l'industrie pharmaceutique française se caractérise par une liberté des prix très contrôlée dans le cadre du système de santé. Il en est autrement aux Pays-Bas.

Environ 50 sociétés constituent actuellement le secteur de production des médicaments aux Pays-Bas. La production pharmaceutique néerlandaise était d'environ 3260 millions de florins en 1989.

Production	3260
Export	2530
Import	2403
Balance	127
Emplois	12600 personnes
R & D	422

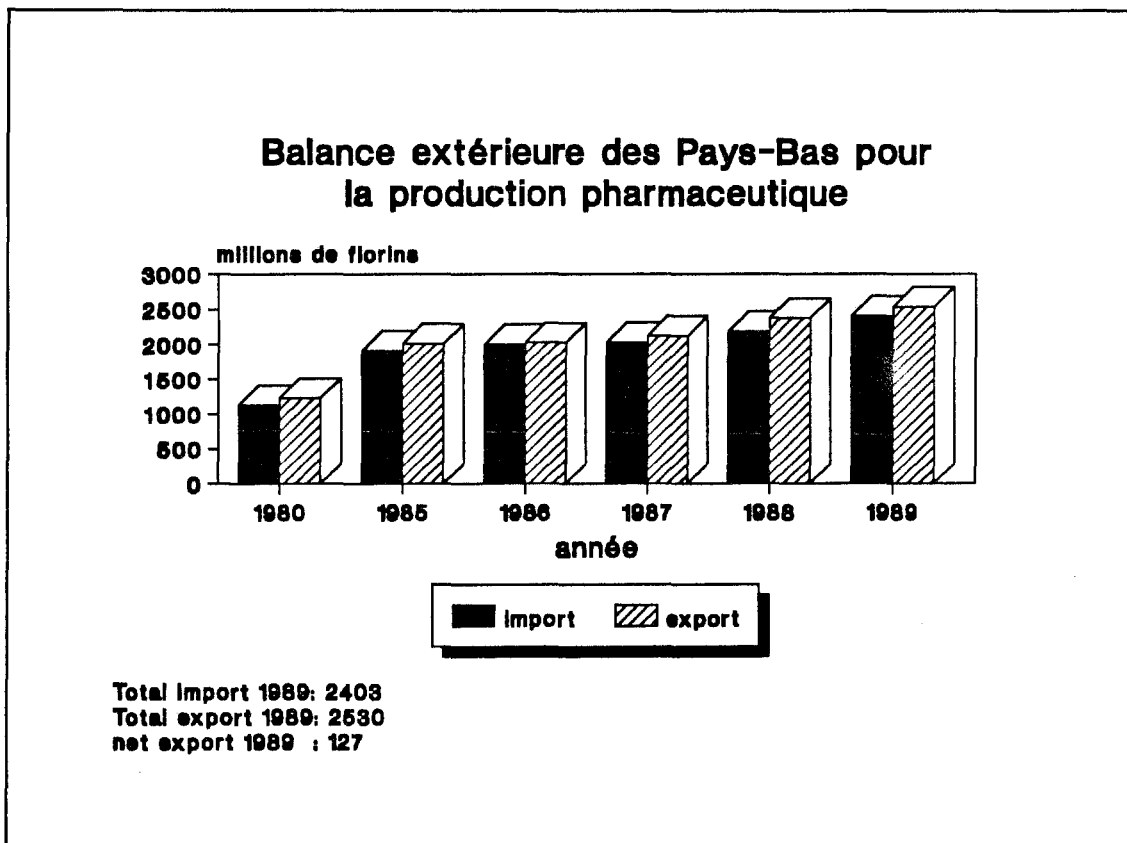
* En millions de FP.
Année 1989



La plupart des entreprises pharmaceutiques sont membres de la Fédération de l'industrie pharmaceutique néerlandaise , la NEFARMA, fondée en 1975. Entre autres activités, celle-ci joue un rôle d'intermédiaire entre le gouvernement et l'industrie et entretient des relations avec des organisations similaires dans le monde entier.

II. 1. Les prix

Le prix du médicament est librement fixé aux Pays-Bas par le producteur ou l'importateur. Par conséquent, les prix sont élevés. Cependant les importations parallèles modèrent cette tendance en maintenant une compétition importante.



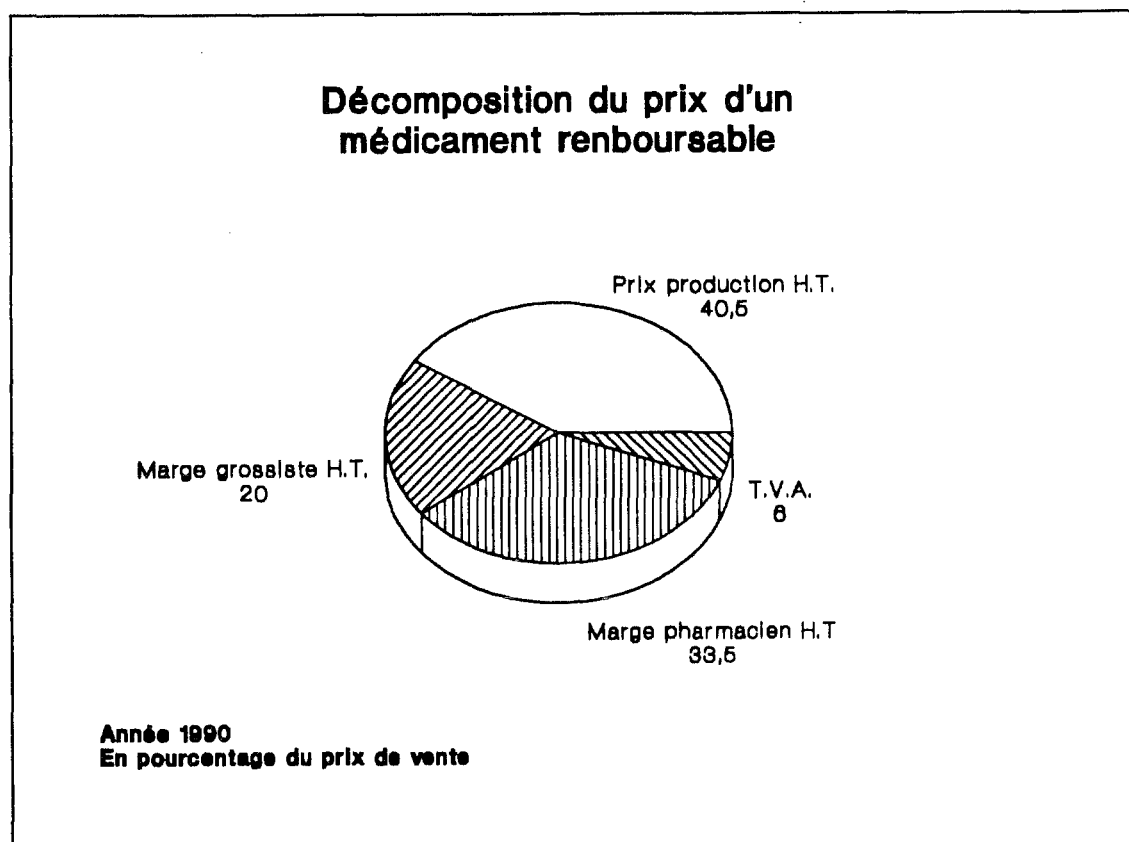
En 1989, le marché pharmaceutique était constitué de 10% de génériques. Les importations parallèles étaient estimées à 8%. Par rapport à la moyenne européenne, le prix des médicaments aux Pays-Bas est élevé (voir tableau p16).

	Spécialités	Parallèles	Génériques	Total
1986	4190	576	614	5380
1987	4297	808	442	5547
1988	4397	979	478	5854
1989	4109	1310	367	5786
1990	4116	1608	357	6081

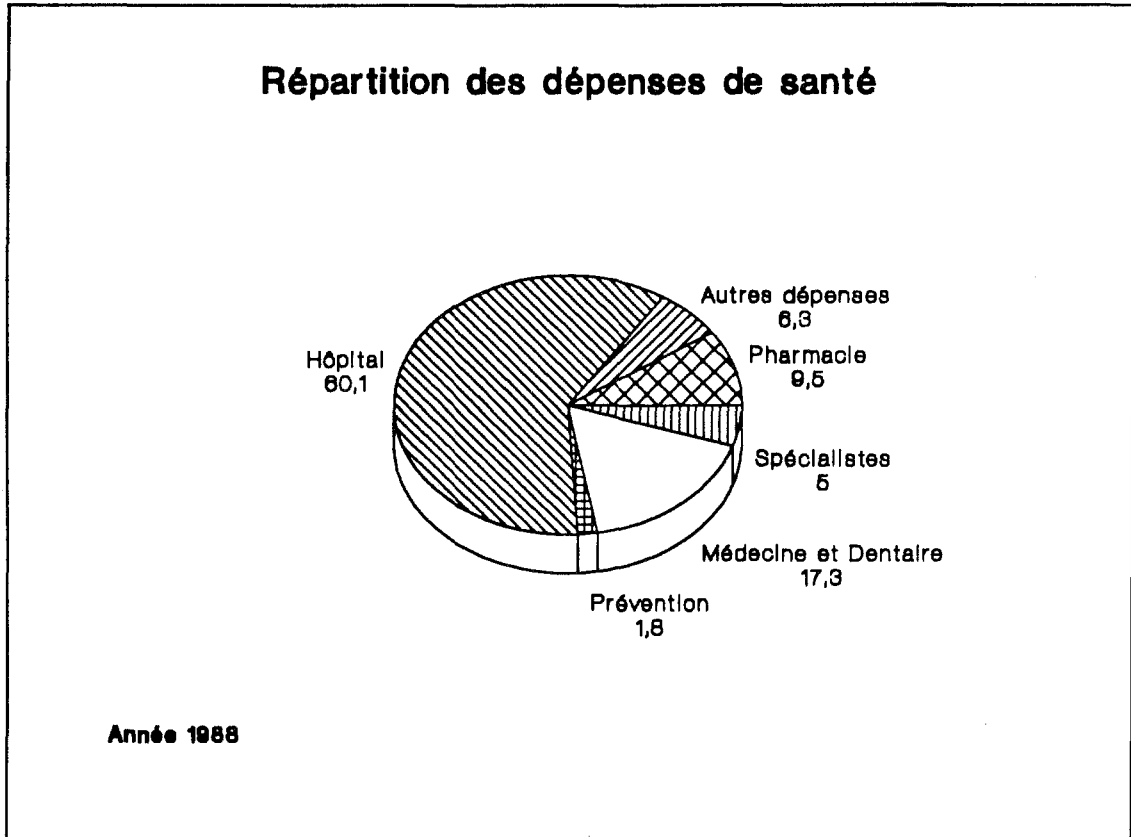
Pour pouvoir être compétitifs sur le marché européen, les industriels néerlandais ont commencé à diminuer le prix des médicaments de 6% en 1987 et continuent. En effet, l'augmentation du marché en volume qui a été de 12 % entre 1988 et 1989 leur permet de poursuivre cette mesure; le but étant une baisse globale de l'ordre de 20%.

II. 2. Le remboursement

La décomposition du prix du médicament néerlandais est la suivante :



Le gouvernement étudie actuellement l'introduction d'un système de référence des prix et le remboursement pour une même molécule de la présentation la moins chère.



Le paiement des médicaments se fait directement de la caisse d'assurance maladie à la pharmacie. L'assuré participe à raison de 2,5 florins (7,5 francs) par médicament prescrit jusqu'à un maximum de 125 florins par an (375 francs) et par famille.

COUT DES MEDICAMENTS ET DES SERVICES (1983-1989)			
(prix à la consommation, en % du coût total de la santé)			
	1983	1986	1989
Médicaments et services	7,2	8,0	9,0
Médicaments	6,0	7,2	7,8
Services	1,2	0,8	1,2

La répartition des coûts du système de santé néerlandais se décompose comme suit :

Coût de développement du système de santé néerlandais					
(1985-1989)					
(millions de florins)					
	1986	1987	1988	1989	total %
Hôpitaux et spécialistes	13856	13912	14168	14503	31,8
Services psychiatriques	2824	2910	2991	3058	6,7
Services pour handicapés	3438	3523	3645	3773	8,3
Services pour p. âgées	8072	8150	8288	8449	18,5
Médecine ambulatoire	7187	7529	7742	8029	17,6
Médicaments services	3360	3684	3899	4089	9,0
Médecine préventive	772	794	819	843	1,9
Administration Entretien	2546	2555	2632	2805	6,2
TOTAL	42055	43057	44184	45549	100,0
AUGMENTATION totale en %	3,3	2,4	2,6	3,1	
Médicaments et services	9,9	9,6	5,8	4,9	
Services	9,5	9,3	4,0	3,4	

B. LA DISTRIBUTION

L'industrie pharmaceutique assure l'essentiel de la production des spécialités, elle en est également dépositaire et distributeur. La distribution se situe à deux niveaux, en gros et au détail, constituant ainsi deux secteurs mettant en jeu des acteurs différents. Cette partie n'abordera que le système néerlandais, les données principales sur le système français ayant été citées dans la partie PRODUCTION.(9)

I. LA DISTRIBUTION EN GROS

Elle est réalisée aux Pays-Bas par différents circuits :

- des grossistes distribuant l'intégralité de la collection des produits commercialisés,
- des grossistes distribuant une sélection de produits de grande rotation,
- des groupes de pharmaciens desservant principalement leur propre officine,
- des fabricants livrant directement leur production au circuit de distribution au détail.

La première catégorie appelée "grossistes généraux" distribue 75 % du volume total. Elle assure l'approvisionnement de 80% des pharmaciens et des médecins "dispensateurs" et 40 % de l'approvisionnement des pharmacies hospitalières. Sept sociétés concurrentes disposant de 32 entrepôts se partagent la distribution des médicaments. Elles sont comme en France tenues à la détention d'une collection importante : 20.000 références dont 6.000 spécialités environ. Le reste comprenant les produits chimiques, les accessoires, etc.... La marge varie entre 10 et 20 %.

Ces grossistes possèdent des laboratoires de contrôle de qualité qui opèrent en amont et en aval. Le système de distribution ne fait pas l'objet d'un monopole réservé aux pharmaciens. Il est soumis à l'octroi d'une licence, comme les secteurs de la production et de l'importation.

II. LA DISTRIBUTION AU DETAIL

La distribution au détail et la dispensation sont réalisées par des professionnels qui peuvent être des pharmaciens, des médecins, des chimistes (droguistes).

II. 1. La pharmacie ambulatoire

Il existe 1400 pharmacies pour 14,5 millions d'habitants. La répartition géographique est limitée par le faible taux de nouveaux diplômés : 80 par an et le *numerus clausus* du KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) pour la création. Le KNMP est un organisme qui joue à la fois le rôle d'Ordre et de Syndicat pour la profession. Quatre vingt dix pour cent des diplômés en sont membres.

Il est à noter que les Pays-Bas sont le seul pays de la CEE où l'inscription à une institution tel que l'Ordre n'est pas obligatoire. Les atouts du KNMP sont les accords passés avec les distributeurs et l'agrément des caisses de remboursement. Un non-membre réalisant une implantation en opposition avec le groupement rencontrera des difficultés d'approvisionnement et ne pourra pas automatiquement effectuer la dispense d'avance des frais, les caisses n'ayant pas d'obligation d'accord avec chaque pharmacien.

Depuis la loi de 1963, les pharmaciens ne possèdent pas le monopole des médicaments. L'article 11 stipule que la vente des spécialités pharmaceutiques sans ordonnance peut être faite par les droguistes. Ces derniers représentent 85 % du marché de l'auto-médication avec 3.000 points de vente.

Trois classes majeures de médicaments peuvent être différenciées en fonction du mode de dispensation et du circuit de distribution.

* Médicaments UA : uitsluitend apothek

Le Ministre de la Santé assisté d'une commission consultative dresse la liste de ces médicaments qui ne peuvent être dispensés que par le pharmacien ou le médecin propharmacien. Il existe parmi les médicaments UA une catégorie, les spécialités UR (*uitsluitend recept*), qui doivent faire l'objet d'une prescription. Toutefois le pharmacien est habilité à les dispenser en cas d'urgence, dès lors qu'il n'existe pas un risque d'abus.

* Médicaments OTC : over the counter

Ils sont vendus indifféremment : par le pharmacien ou le droguiste.

* Produits sans statut

Ce sont les produits d'homéopathie, de phytothérapie qui sont vendus en dehors du circuit de santé officiel.

Depuis l'adoption de la loi de 1963, les droguistes sont voués à la disparition. Cette loi n'autorise à exercer que les droguistes déjà installés ou obtenant leur diplôme avant le 1 janvier 1993. Cependant les effets de cette loi ne se feront sentir qu'au milieu du 21^{ème} siècle.

Les médecins " propharmaciens ", actuellement au nombre de 1000, sont habilités à dispenser les médicaments après obtention d'une licence. Cette autorisation devient automatiquement caduque à l'ouverture d'une officine dans un périmètre inférieur à 5 km. Actuellement, ces médecins desservent chacun environ 2700 patients mais ce mode de dispensation tend à disparaître avec le nombre croissant de création d'officines.

II. 2. Pharmacies hospitalières

Les pharmaciens hospitaliers effectuent trois ans de formation complémentaire dans un hôpital universitaire. Ils sont actuellement 234 et assurent la gestion de 98 pharmacies hospitalières.

Celles-ci sont obligatoires pour tout établissement de plus de 300 lits. Ces pharmaciens sont regroupés au sein de la KNMP dans la Société néerlandaise des pharmaciens hospitaliers (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers, NVZA) fondée en 1929 dans le but de favoriser les échanges et activités de recherche. Elle assure parallèlement la défense de leur statut et le développement de leur potentiel scientifique.

III. MODALITES D'EXERCICES CARACTERISTIQUES AUX PAYS-BAS

III.1. La clientèle obligée

Les pharmaciens néerlandais bénéficient d'un atout : la clientèle obligée.

Le mode de rétribution des pharmaciens et des médecins, oblige l'assuré à s'inscrire dans la pharmacie de son choix et auprès d'un généraliste situé dans sa région d'habitation. Il dispose alors de la dispense d'avance des frais. Le pharmacien possède son dossier thérapeutique avec ses antécédents, ses traitements en cours. L'assuré bénéficie ainsi d'une sécurité accrue et d'un avantage financier non négligeable.

Pour le pharmacien, c'est un véritable poumon économique. Il y a ainsi un minimum de 4000 clients inscrits dans chaque pharmacie. A la fin de chaque mois, il perçoit 90 % du chiffre d'affaires prévu et le solde tous les ans. C'est également un frein à la concurrence.

En effet, si un client va dans une pharmacie dans laquelle il n'est pas inscrit pour se faire délivrer une prescription, il est poliment renvoyé à sa pharmacie d'origine (excepté en cas d'urgence).

Les heures d'ouvertures sont fixées de 8H30 à 17H30. Les remplacements se font à titre gracieux entre confrères voisins. Depuis janvier 1988, la rémunération des pharmaciens est au forfait. Environ 30 francs par ligne de prescription pour les médicaments UR quels que soient le prix et les quantités. Cela correspond à une marge de 30-35 % et à un chiffre d'affaires moyen de 6 millions de francs.

III. 2. Le droit de substitution

Le pharmacien néerlandais possède le droit de substitution. Il donne à la caisse d'assurance maladie locale la liste des " parallèles choisis ", c'est à dire des médicaments de même DCI, de même forme galénique et de même dosage. Il doit s'y tenir et informer le médecin et le malade lorsqu'il effectue une substitution. Il peut être influencé dans son choix de génériques par les grossistes qui accordent 20 % de remise sur la différence de prix existant entre le médicament initial et son substitut.

III. 3. La coopération médecin-pharmacien

Le pharmacien néerlandais coopère activement avec le médecin. Ils organisent généralement des réunions pendant lesquelles ils discutent des traitements, de molécules nouvelles, de cas particuliers. Le pharmacien, par la connaissance du dossier médical du patient, peut établir une relation plus étroite avec celui-ci, lui donner des conseils plus personnalisés, suivre l'observance du traitement.

L'opinion des néerlandais sur le rôle du pharmacien et sur ce contrôle est la suivante :

Opinion	%
aucune	6,7
utile	0,7
utile mais pas nécessaire	8,7
essentiel	83,9

A la question : " est-ce que cela représente une violation de votre vie privée ? ", ils répondent :

oui	8,6 %
non	91,4 %

D'après cette étude, les informations sont d'autant mieux reçues si elles ont pour support un mélange d'oral et d'écrit. Dans cette optique, le KNMP intervient en éditant des formulaires tels que : " Comment utiliser et conserver les médicaments ", " Médicaments et grossesse ", etc...

C. LA CONSOMMATION

Comme nous l'avons vu, le mode de distribution au détail est totalement différent entre la France et les Pays-Bas. La consommation médicamenteuse se ressent-elle de ces différences ?

I. LA FRANCE

En France, la dépense pharmaceutique est l'une des plus fortes par rapport aux indices de la CEE : 118,4 écus par personne et par an contre 56,9 écus aux Pays-Bas. L'accent est tout particulièrement mis par les autorités sur la consommation des médicaments de la classe des hypnotiques et des tranquillisants . Cette prise de conscience des autorités s'est manifestée par l'arrêté du 7 octobre 1991 visant à limiter les durées de prescription de ces deux classes à 4 et 12 semaines. (4)

Evolution des dépenses pharmaceutiques des ménages			
Années	Millions de Francs	Par personne en francs	Par jour en francs
1970	10730	211	0,58
1975	20256	384	1,05
1980	33687	625	1,71
1985	64200	1164	3,19
1990	95925	1699	4,66

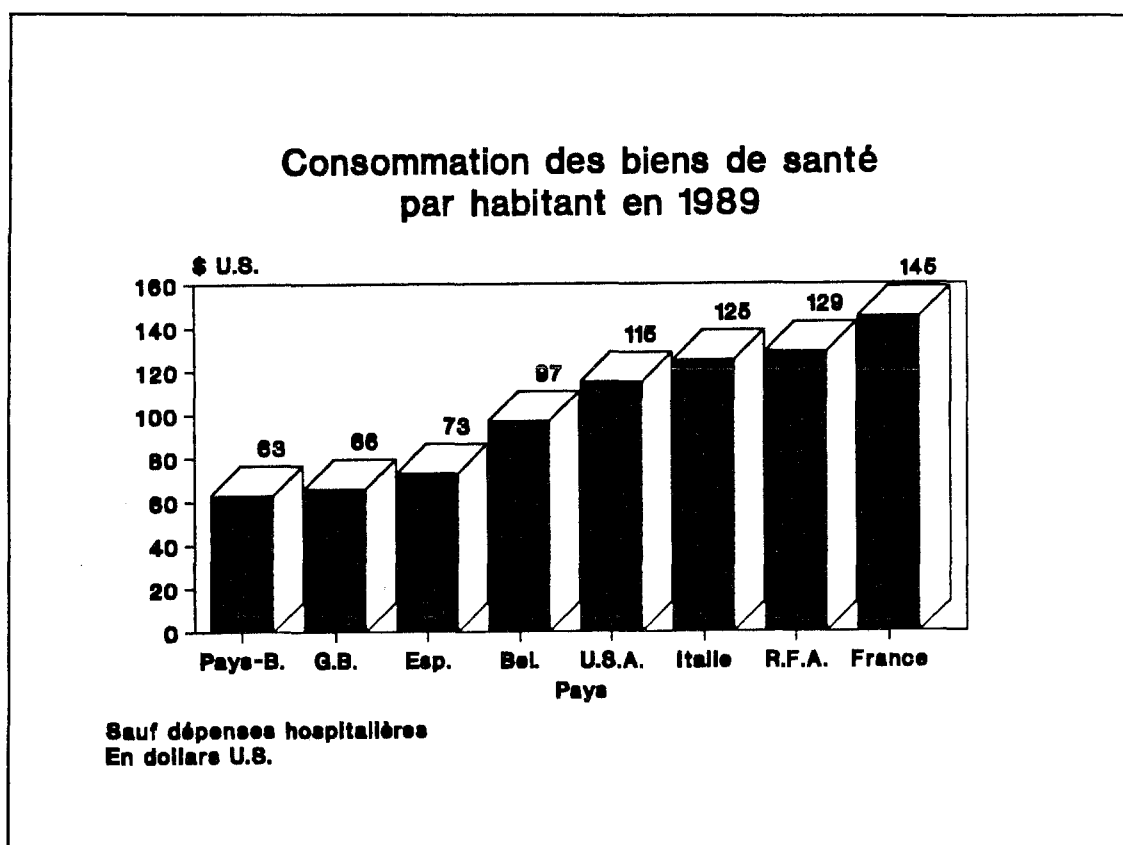
II. LES PAYS-BAS

Pour une population de 14,5 millions d'habitants, le coût de la consommation néerlandaise était en 1989 de 49 millions de florins (147 millions de francs) dont 9,2 % dépensés en " total pharmaceutical cost ", c'est à dire le coût des médicaments et le coût des services.

Consommation *			
	Familiale	Soins	Produits Pharmaceutiques
1988	100,7	106,9	95,4
1989	101,7	107,8	91,8
1990	104,8	109,7	91,1

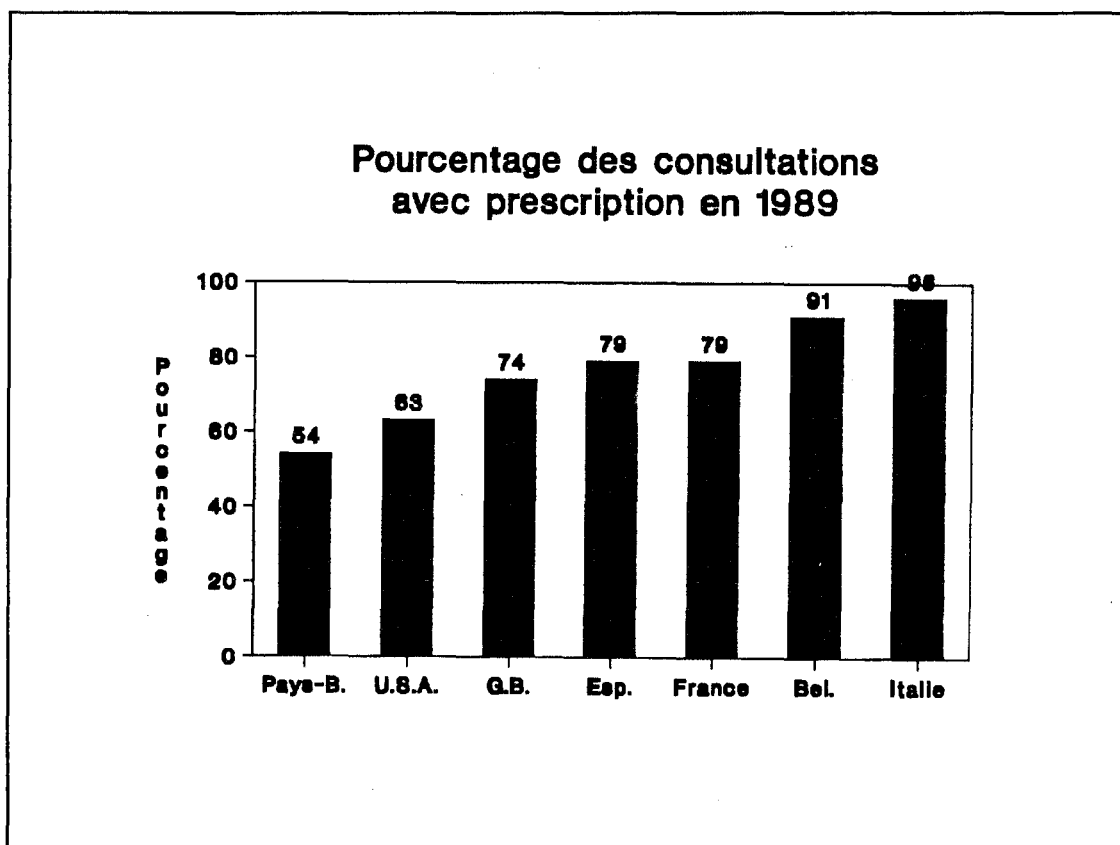
* 1985 correspond à l'indice de base 100.

Les néerlandais sont les plus faibles consommateurs de médicaments au sein de la CEE.



Comparalson Internationale			
	Soins de santé en % du PNB	Médicaments en % du PNB	Médicaments en % coût de santé
Portugal	3,7	0,67	30,7
Italie	5,2	0,93	17,9
Espagne	5,3	0,76	14,3
Danemark	6,1	0,66	11,1
Belgique	6,3	1,12	16,8
Grèce	6,6	1,90	31,0
GB	6,7	0,80	11,6
Suisse	8,1	1,00	13,1
France	8,2	1,40	17,1
Pays-Bas	9,9	0,76	7,7
ex-RFA	13,1	1,40	15,9

Lors d'une consultation, les médecins néerlandais sont les plus faibles prescripteurs de médicaments de tous les pays étudiés.



Les néerlandais sont donc de faibles consommateurs de médicaments et n'attendent pas automatiquement d'une consultation un résultat sous forme d'ordonnance. Néanmoins la consommation de médicaments a tendance à augmenter ces dernières années. Cela est dû au phénomène du " double aging " :

- le pourcentage de personnes âgées augmente,
- donc l'âge moyen de la population augmente.

Ce phénomène s'accompagne de l'apparition et de la prescription de médicaments nouveaux et chers. Cela entraîne une pression accrue sur le budget de la santé avec une augmentation des coûts pharmaceutiques de 10 % et des dépenses de santé de 4 % en 1990.

La politique des années 1980 de diminution des cotisations et des dépenses sociales se trouve remise en question. Cette discussion sur une réforme du système de remboursement, et sur celui de la santé en général est un des points communs entre la France et les Pays-Bas.

NB : tous les tableaux sont extraits de : "Pharmaceuticals facts : Keys 1991". Nefarma.

Deuxième partie

A. L'ASSURANCE MALADIE

La libre circulation des personnes au sein du Marché Commun passe par la certitude pour les travailleurs "migrants" de posséder une couverture sociale équivalente à celle de leur pays d'origine et de ne pas perdre le bénéfice de ses cotisations. Il ne s'agissait pas pour les rédacteurs du Traité de Rome d'harmoniser les différents systèmes ni à fortiori de créer un nouveau mode de protection uniforme mais de garantir le maintien des prestations. Les régimes de sécurité sociale propres à chaque pays restent en place, continuent d'obéir à leurs propres règles et d'évoluer au gré des politiques nationales.

A. LA FRANCE

L'organisation de la sécurité sociale est basée sur le principe de la solidarité nationale. Elle a pour but de protéger les individus contre les risques encourus lors de l'existence.

I. Organisation de la SS (5,10)

Il existe différents régimes de sécurité sociale.

- * **le régime général** s'applique à l'ensemble des salariés des professions du secteur privé, de l'industrie et du commerce ainsi qu'aux gens de maison,
- * **les régimes particuliers** comportent l'intervention de l'organisation générale pour une partie des prestations :
 - fonctionnaires,
 - agents EDF-GDF,
 - personnels des théâtres nationaux,
 - personnel du crédit foncier,
 - étudiants
 - invalides de guerre, veuves et orphelins de guerre;
- * **les régimes spéciaux** bénéficient d'une organisation propre totalement indépendante de l'organisation générale et compétente pour la totalité des

prestations (il en est de même du régime des travailleurs non agricoles et du régime des exploitants agricoles):

- salariés agricoles et forestiers,
- marins,
- mineurs,
- personnel SNCF,
- personnel de la Compagnie des eaux,
- personnel de la Banque de France,
- clercs et employés de notaires,
- personnel de la RATP,
- personnel de la Chambre de commerce de Paris,
- militaires de carrière,

*** le régime des travailleurs non salariés non agricoles:**

- commerçants,
- industriels,
- professions libérales,
- membres du barreau;

*** le régime des exploitants agricoles.**

Dans cette étude ne sera envisagé que le régime général des travailleurs salariés (RGTS) . Pour les autres régimes, les conditions d'affiliation et les formalités administratives peuvent être différentes mais représentent des cas spéciaux que nous ne prendrons pas en compte.

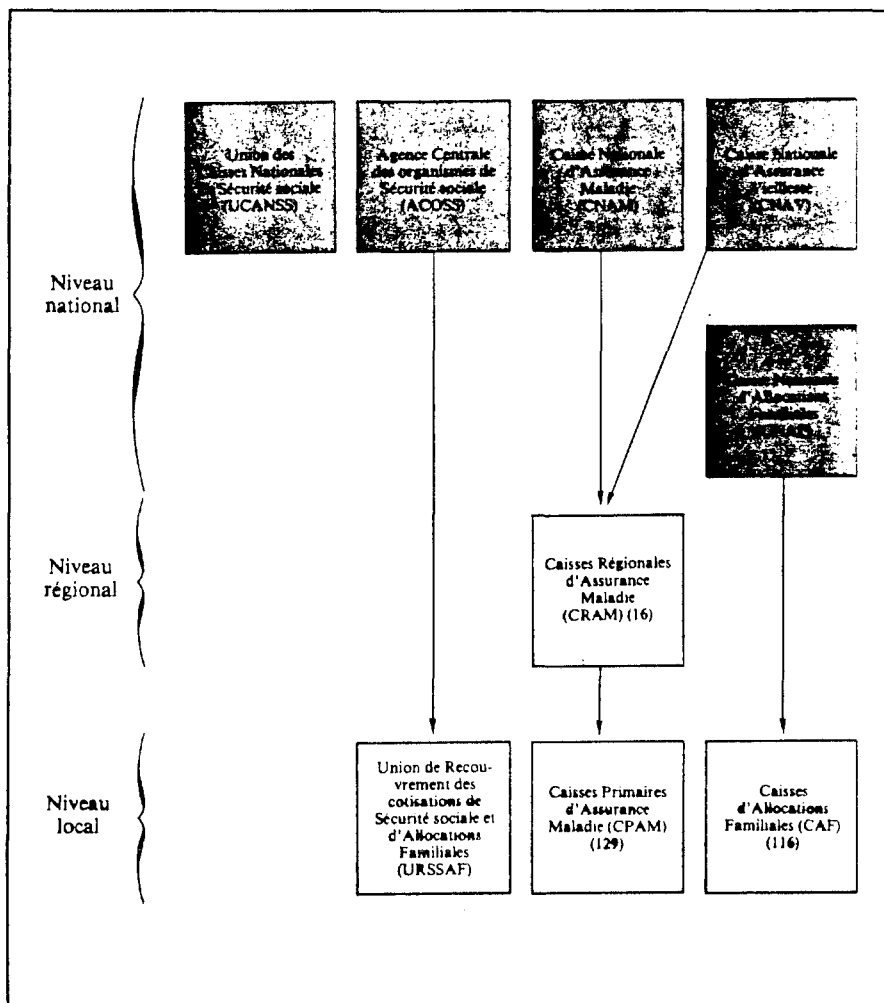
II. CHAMPS D'APPLICATION DU RGTS

Le régime général français se caractérise par sa division en trois branches :

- l'assurance maladie qui groupe les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles,
- l'assurance vieillesse,
- les prestations familiales.

Il existe en outre un régime d'assurance chômage. Il est financé par les cotisations employeurs-salariés et verse des allocations aux demandeurs d'emploi ayant déjà travaillé. L'Etat finance un régime de solidarité qui verse des prestations telles que l'allocation d'insertion, l'allocation de solidarité, etc...

L'organisation administrative du RGTS peut être représentée comme un système à trois niveaux :



III. LE FINANCEMENT

Le financement de la sécurité sociale est assuré essentiellement par les cotisations obligatoires versées par les employeurs et les salariés. Elles sont calculées en pourcentage par rapport aux salaires versés et reçus. On distingue :

- les cotisations plafonnées,
- les cotisations déplafonnées.

Les cotisations plafonnées sont calculées jusqu'à un certain plafond fixé en principe deux fois par an.

Salaires plafonnés au 1.7.1991		
Par an 132480 F	Par trimestre 34860 F	Par mois 11620 F

Les cotisations déplafonnées sont calculées sur la totalité du salaire. Le taux des cotisations (1991) est calculé en pourcentage du revenu brut :

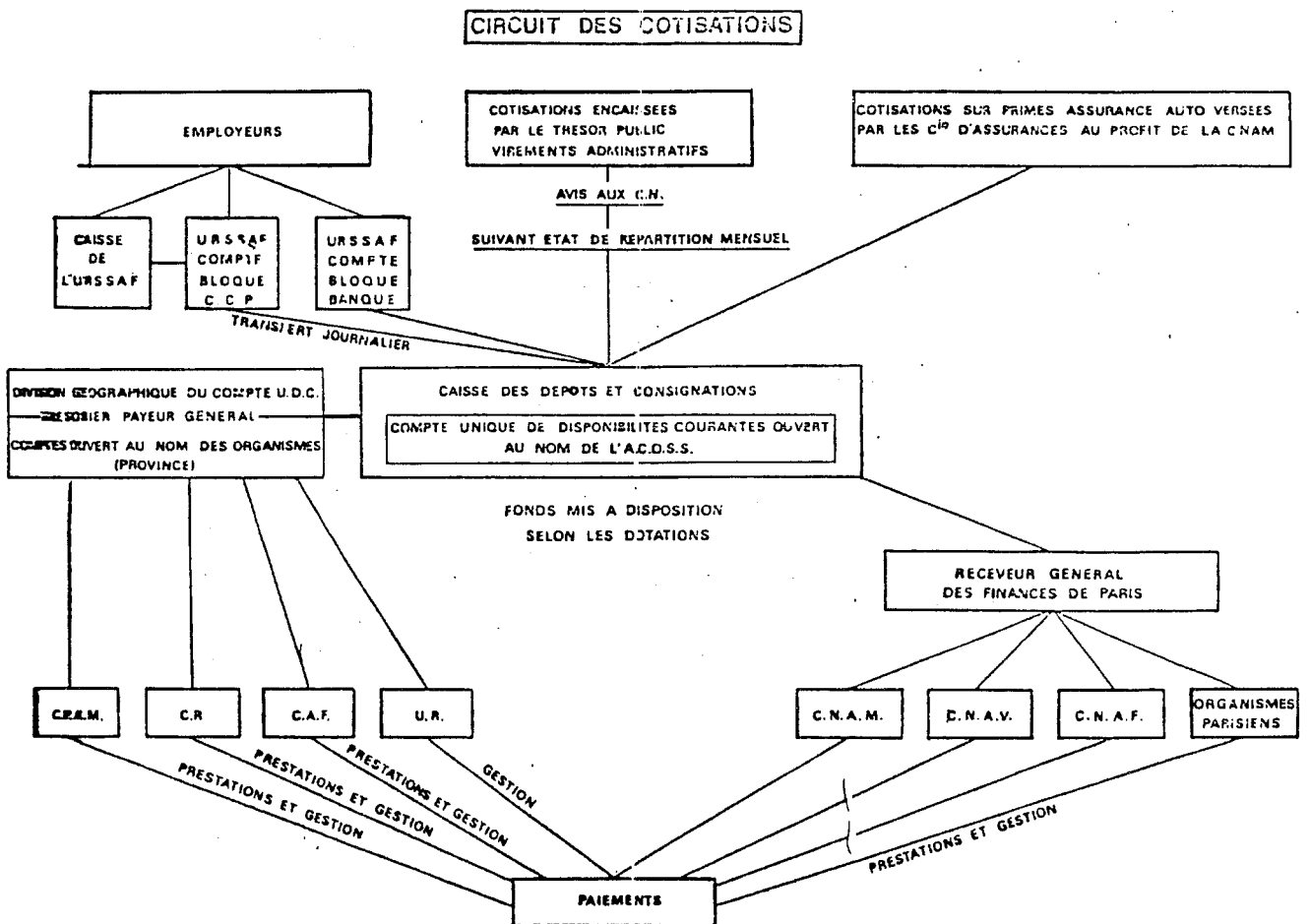
	Employeur		Salarié	
	Sur la totalité du salaire	Sur le plafond	Sur la totalité du salaire	Sur le plafond
Assurance maladie- maternité invalidité décès	12,6 %		6,80 %	
Assurance vieillesse		8,20 %		6,55 %
Assurance veuvage			0,10 %	
Prestations familiales	5,40 %			
Accidents du travail		variable		

Les autres ressources de financement de la sécurité sociale sont :

- l'impôt de solidarité de 0,4 % portant sur le revenu,
- les taxes perçues sur l'assurance automobile, l'alcool, la publicité pharmaceutique, etc...
- la contribution sociale généralisée : CGS.

L'URSSAF (Union de Recouvrement des Caisses de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales) recouvre les cotisations envoyées en totalité par l'employeur.

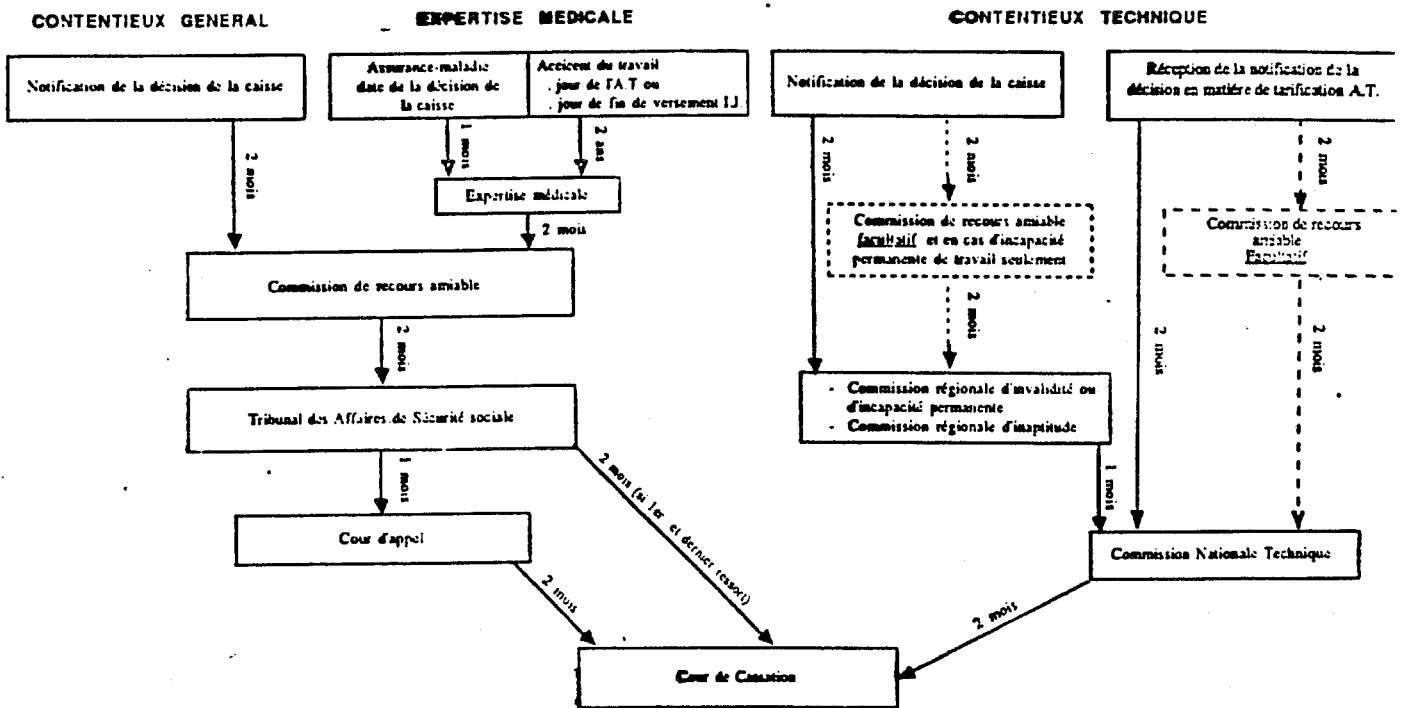
Le circuit des cotisations est le suivant :



Tous les salariés, qu'ils soient français ou étrangers, sont assujettis au RGTS : c'est l'affiliation. L'immatriculation est l'opération administrative par laquelle un employé est affilié à la SS. Elle est réalisée par l'employeur.

IV. Les recours

En cas de litige ou de désaccord vis à vis des décisions prises par l'administration de la sécurité sociale, l'affilié peut intervenir en suivant la procédure suivante.



Dans les deux mois suivant la notification de la décision, le recours doit se faire auprès de la Commission de recours amiable de la CPAM dont l'assuré relève. Si la caisse n'a pas donné de réponse dans un délai d'un mois, la demande est considérée comme rejetée.

Dans ce cas, l'assuré doit saisir en première instance le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) dans les deux mois.

L'appel contre la décision du TASS doit être fait dans les deux mois suivant la notification de la décision devant la cour d'appel dont dépend le tribunal. Le jugement du TASS ou l'arrêt d'appel peut être attaqué devant la cour de cassation dans un délai de deux mois après notification du jugement.

Après le rappel des généralités concernant le RGTS nous allons aborder le risque maladie.

V. L'ASSURANCE MALADIE

V. 1. Les bénéficiaires

Les personnes couvertes par l'assurance maladie (comprenant également les risques maternité–invalidité–décès) sont toutes les personnes salariées et assimilées ainsi que leurs ayant-droits, c'est à dire le conjoint, les enfants à charge, les ascendants et descendants sous certaines conditions. L'assuré peut bénéficier de prestations en nature et de prestations en espèce.

V. 2. les prestations en nature

Ces prestations accordées sans limitation de durée visent au remboursement des frais engagés pour le traitement de la personne malade tels que les frais médicaux et chirurgicaux, les analyses, etc...

	Remboursement de la caisse	Participation de l'assuré
Honoraires des médecins, dentistes, infirmiers	75 %	25 %
Honoraires des auxiliaires médicaux	65 %	35 %
Hospitalisation	80 %	20 %
Médicaments vignette blanche vignette bleue vignette barrée	70 % 40 % 100 %	30 % 60 % aucune
Autres : analyse, appareils, lunettes...	70 %	30 %

V. 3. Les prestations en espèce

En cas d'incapacité de travail due à une maladie, la sécurité sociale verse aux salariés des indemnités journalières destinées à compenser sa perte de salaire (art. L. 323-1 et s., CSS). Elle est versée à l'employé seul et égale à la moitié des gains perçus avec plafond à 1/60^{ème} du salaire mensuel des trois derniers mois soumis à des cotisations plafonnées. Sur trois ans, il ne peut être versé plus de 360 indemnités journalières à un assuré, au titre de une ou plusieurs maladies. Pour les affections de longue durée, la durée maximale de versement est portée à 36 mois.

V. 4. L'assurance maternité

La femme assurée ainsi que l'épouse et les filles de l'assuré peuvent bénéficier de prestations en nature. Les examens médicaux ainsi que les frais d'accouchement sont ainsi remboursés à 100 %. Les femmes assurées à titre personnel peuvent en outre percevoir des indemnités journalières de l'assurance maternité à condition de justifier d'une durée minimale d'activité salariée ou d'un montant minimum de cotisations. L'indemnité journalière est due pendant 16 semaines dont six avant l'accouchement. Elle correspond à 84 % du salaire (art. L.331-1 et s, CSS).

V. 5. L'assurance invalidité

Cette assurance compense la diminution ou la perte de capacité de travail, à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, par le versement d'une pension d'invalidité. Elle est accordée aux assurés de moins de 60 ans qui ont subi une réduction de leur capacité de travail ou de gain de 2/3. Pour recevoir cette pension, les intéressés doivent justifier à la fois d'une durée minimale d'immatriculation et d'un minimum de travail au cours d'une période de référence (art. L.341-1 et s, CSS). Le montant de la pension d'invalidité dépend de la catégorie dans laquelle l'invalidé est classé.

Les invalides pouvant encore exercer une activité perçoivent une pension correspondant à 30 % de leur salaire annuel moyen. Les personnes ne pouvant exercer une activité professionnelle quelconque ont une pension représentant 50 % de leur salaire. Une majoration de 40 % est versée si l'assistance d'une tierce personne est nécessaire. A l'âge de 60 ans, la pension est transformée en pension de vieillesse. Le cumul avec un salaire en cas de reprise d'une activité professionnelle est possible dans une certaine limite. La rééducation professionnelle dans les établissements spécialisés est prise en charge par la caisse après un examen psychotechnique. Cette assurance donne droit au remboursement des soins pour l'assuré et les ayants-droits (prestations en nature de l'assurance maladie).

V. 6. L'assurance décès

En cas de décès de l'assuré, les survivants peuvent bénéficier de prestations.

* **Pension d'invalidité de veuf ou de veuve**

Cette pension est versée au conjoint du titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse et qui est lui-même invalide, âgé de moins de 55 ans et non remarié. Elle représente 52 % de la pension dont bénéficiait le défunt. A 55 ans, cette pension d'invalidité est convertie en pension de vieillesse de veuf ou veuve dont le montant est identique.

* **Pension de réversion**

En cas de décès de l'assuré, son conjoint âgé d'au moins 55 ans a droit, sous conditions de ressources, à une pension de réversion s'il était marié depuis deux ans à la date du décès (sauf si un enfant est issu du mariage). La pension de réversion peut, dans certaines limites, se cumuler à un avantage personnel (pension de vieillesse ou d'invalidité – art. L. 153-1 et s, CSS)

* **L'allocation de veuvage**

Elle est allouée, sous conditions, aux veuves de moins de 55 ans qui ont élevé au moins un enfant pendant neuf ans avant son 16^{ème} anniversaire ou élèvent au moins un enfant au moment du veuvage et qui ne sont pas remariées. L'allocation est en principe versée pendant trois ans maximum.

* **L'assurance décès**

Elle est versée sous forme d'un capital décès correspondant à 90 fois le gain journalier de base de l'assuré décédé. Le capital décès est alloué en priorité aux personnes à la charge de l'assuré ou à défaut au conjoint. Son montant minimum est égal à 1 % du plafond annuel de sécurité sociale et son montant maximum à trois mois de salaire limité au plafond trimestriel de la Sécurité Sociale.

V. 7. Accidents du travail et maladies professionnelles

* **Les risques couverts sont :**

- les accidents du travail, c'est à dire les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, à quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs,
- les accidents de trajet, c'est à dire ceux survenus entre le domicile et le lieu de travail,

- les maladies professionnelles contractées au travail si elles figurent dans les tableaux établis par un décret du 31 décembre 1946 régulièrement révisés et complétés.

En cas d'accident, le travailleur doit immédiatement prévenir son employeur qui est tenu de déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la CPAM dont relève la victime. En cas de maladie professionnelle, l'assuré doit en faire la déclaration à la CPAM dans les 15 jours qui suivent l'arrêt de travail.

*** Les prestations**

Les salariés victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles bénéficient sans condition d'activité ni d'immatriculation de prestations spécifiques plus intéressantes que celles versées en cas d'accidents ou de maladies non professionnelles.

Dans le cadre des prestations en nature, les soins médicaux, les médicaments, l'hospitalisation et l'appareillage sont gratuits sur présentation de la feuille d'accident du travail. Aucune participation aux frais n'est demandée à la victime qui n'a pas non plus à faire l'avance des frais. Sous certaines conditions, il est possible de suivre un traitement de réadaptation au travail ou un stage de rééducation professionnel.

Dans le cadre des prestations en espèce sont versées les indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail à partir du premier jour de l'arrêt de travail et jusqu'à la date de guérison ou de consolidation. Le montant est égal à 50 % du salaire journalier de base pendant 28 jours, puis au 2/3 du salaire. Le salaire journalier de base pris en compte pour le calcul est le gain effectif de la période de paie précédent la cessation de travail divisé par le nombre de jours ouvrables de cette période.

*** La rente d'incapacité permanente**

Elle est destinée à indemniser la victime de la réduction de sa capacité de travail. Son montant est égal au produit du salaire de base annuel par le taux d'incapacité. Ce taux est établi compte tenu de la nature de l'infirmité, de l'âge de la victime, des facultés physiques et mentales, de la qualification professionnelle. Par ailleurs, si le taux d'incapacité est au moins égal à 66,65 % , le titulaire bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie sans participation (remboursement 100% - art. L. 434-1 et s, CSS)

*** la rente ayant-droits**

En cas de décès à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le conjoint, les enfants, les parents de la victime bénéficient, sous certaines conditions, d'une rente versée par la caisse de SS. Ainsi le conjoint a droit à une rente égale à 30 % du salaire annuel de la victime, les enfants à 15 % par enfant, les parents à 10 % . En outre, la rente ouvre droit aux bénéfices des prestations en nature de l'assurance maladie (art. L. 434-1 et s, CSS).

Après cette description rapide de l'assurance maladie et des différents régimes de la sécurité sociale française, nous allons aborder le système néerlandais qui ne présente pas tant de diversités dans son fonctionnement.

II. LES PAYS-BAS

I. L'ORGANISATION (11)

Le système néerlandais de protection sociale est basé sur un ensemble de lois :

*** les lois relatives aux assurances populaires :**

- loi générale sur l'assurance vieillesse : AOW,
- loi générale sur l'assurance des veuves et des orphelins : AWW,
- loi générale sur les allocations familiales : AWK,
- loi générale sur les frais exceptionnels de santé : AWBZ,
- loi générale sur l'incapacité de travail : AAW.

*** les lois concernant les travailleurs :**

- loi sur l'assurance maladie : ZW,
- loi sur l'assurance incapacité de travail : WAO,
- loi sur l'assurance chômage : WW,

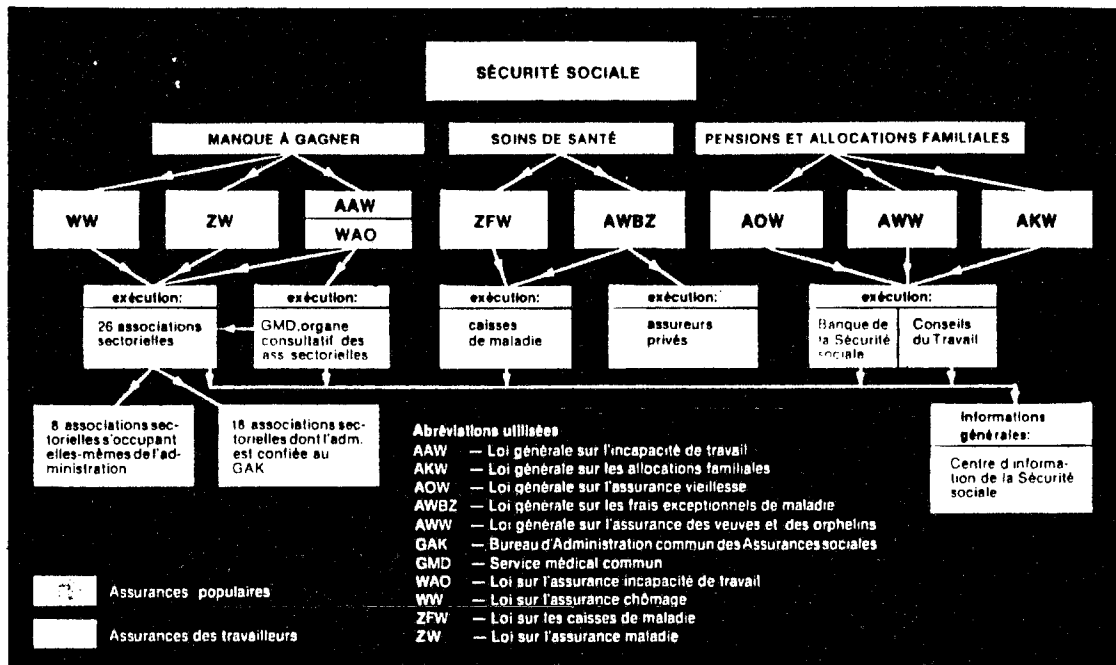
*** la loi sur les caisses d'assurances maladie : ZFW**

L'ensemble de ces lois (exceptées celles sur les caisses maladie et les frais exceptionnels de santé) est coordonné et mis en oeuvre par la loi sur la Banque de sécurité sociale et les Conseils du travail et la loi sur l'organisation de la sécurité sociale.

La Banque de la sécurité sociale (SVB) et les 22 conseils du travail sont responsables de la mise en oeuvre des lois générales sur l'assurance vieillesse, veuvage et sur les allocations familiales.

Les lois sur l'incapacité de travail, sur l'assurance maladie et sur l'assurance chômage sont mises en oeuvre par les associations sectorielles d'entreprises (Bedrijfsverenigingen). Ces associations sont au nombre de 26, représentant chacune un secteur d'activité.

Elles ont été créées par une ou plusieurs organisations d'employeurs et de travailleurs. Elles versent les prestations en espèce lors d'arrêts de travail consécutifs à une maladie (70 % du salaire journalier) .



Organigramme du système de SS néerlandais

Le Ministère du Bien-être, de la Culture et de la Santé est compétent pour tout ce qui concerne la santé publique. Les communes et les provinces se sont vues attribuer des pouvoirs exécutifs et administratifs en la matière.

Elles sont responsables du fonctionnement et de l'organisation des équipements pour la santé publique dans le cadre fixé par les normes nationales.

Authorities
Advising councils
Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs
Department of Health Directorate of Health
Gouvernemental health inspectorate 7 divisions
Provincial inspections
Local health services District health services

La santé aux Pays-Bas se divise en :

- soins de santé primaire,
- soins de santé de première ligne,
- soins de santé de seconde ligne.

Cette division en secteurs présentant les mêmes caractéristiques et ayant le même but est appelé " échelonnement ".

Les soins de santé primaire comprennent les activités visant principalement à promouvoir la santé et à prévenir les maladies pour l'ensemble de la population. Parmi les soins collectifs, on compte les différents services de contrôle, la lutte contre les maladies contagieuses, divers programmes et les activités des services médicaux.

L'accès à l'ensemble des soins de santé passe par les soins de première ligne. Il s'agit de tous les services non spécialisés, le médecin généraliste jouant le rôle principal. A côté du généraliste, de nombreuses autres professions paramédicales participent aux soins de santé de première ligne : aides maternelles après accouchement, infirmières à domicile, diététiciens, hygiénistes dentaires, orthophonistes, etc...

Les soins de santé de seconde ligne sont dispensés en milieu hospitalier ou en policlinique par les médecins spécialistes. Ce type de soins n'est accessible, en principe, que par l'intermédiaire de la première ligne.

Aux Pays-Bas, les policliniques sont toujours annexées à l'hôpital. Cette seconde ligne comprend les services d'hygiène mentale, dont la physiothérapie et la lutte contre la drogue. Elle comprend également les traitements dans les hôpitaux et les maisons de soins, les centres de rééducation, les établissements psychiatriques, les établissements pour handicapés mentaux et physiques (services hospitaliers) ainsi que les centres régionaux d'hygiène mentale, les services médico-pédagogiques, les bureaux pour les questions sociales et familiales, les bureaux de consultations d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes (services extra-hospitaliers).

II. LES DIFFERENTES ASSURANCES MALADIES(12)

En 1985, les assurances conclues auprès des caisses maladies pouvaient être rangées en trois catégories :

- l'assurance obligatoire,
- l'assurance volontaire,
- l'assurance des personnes âgées.

L'assurance obligatoire était et reste celle que doivent contracter les salariés dont le revenu ne dépasse pas 50.150 florins en 1989.

L'assurance volontaire était destinée aux personnes n'étant pas soumises à l'assurance obligatoire, mais dont les revenus ne dépassaient pas la limite annuelle. Les principaux groupes d'assurés volontaires étaient les travailleurs indépendants et les fonctionnaires de l'Etat. Cette assurance volontaire a été supprimée en 1986; les personnes concernées font désormais partie des assurés obligatoires.

L'assurance pour personnes âgées était ouverte à toutes les personnes de 65 ans et plus, dont les revenus annuels ne dépassaient pas la limite de 23.806 florins (1985). Depuis avril 1986, cette assurance a été également incluse dans l'assurance obligatoire.

Enfin les personnes qui ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire (revenus annuels supérieurs à 50.150 florins) peuvent s'assurer à titre individuel auprès d'une compagnie d'assurance privée au titre de l'assurance standard qui garantit une protection identique à celle fournie dans le cadre de l'assurance obligatoire.

En plus de ces assurances "de base", la loi générale sur les frais exceptionnels de santé protège l'ensemble de la population sans condition de revenus. Elle couvre les risques médicaux graves, les traitements psychiatriques dans un hôpital ou une institution psychiatrique d'une durée de plus d'un an.

III. LE FINANCEMENT

L'Etat fournit une subvention annuelle fixe indexée pour l'assurance générale de maladie, une subvention annuelle pour couvrir les dépenses en faveur des jeunes handicapés, une subvention fixe pour les prestations familiales. Quant aux prestations

à long terme (invalidité, vieillesse, accidents du travail) leur financement est à la charge de l'Etat, des employeurs et des salariés.

IV. LE RECOURS

En cas de désaccord à l'encontre d'une décision concernant l'application d'une des lois des assurances sociales, l'assuré peut faire appel en utilisant la procédure de recours administratif. La décision indique les délais de recours et l'adresse du conseil de recours administratif compétent (Raad van Beroep) en première instance. S'il s'agit d'une décision en matière de maladie il convient au préalable de consulter le Conseil des caisses de maladie : Ziekenfondsraat à Amsterdam . En deuxième instance, le recours doit être fait auprès du Conseil central de recours administratif à Utrecht : Centrale Raad van Beroep dans un délai d'un mois.

V. LES ASSURANCES MALADIES

V. 1. L'assurance obligatoire

C'est une assurance de plein droit; c'est à dire que toutes les personnes répondant aux critères fixés par la loi sont automatiquement assurées et versent leur cotisation.

Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire sont :

- les salariés dont le salaire annuel ne dépassent pas 50.150 florins,
- certaines catégories bénéficiaires des allocations sociales,
- les personnes âgées assurées antérieurement au titre de l'assurance pour personnes âgées de l'ancien régime de l'assurance volontaire,
- les assurés volontaires atteignant 65 ans et ayant été assurés obligatoires durant une période de trois ans au moins après l'âge de 60 ans; cette condition ne s'applique pas aux assurés obligatoires au titre d'allocataires de la sécurité sociale,
- les assurés prenant une retraite anticipée ou bénéficiant d'une rente d'activité anticipée dite " VUT ".

L'assurance obligatoire est indépendante de la nationalité. Cependant l'assuré doit en général avoir son lieu de résidence principale aux Pays-Bas . Le conjoint et les enfants de l'assuré sont co-assurés à titre gratuit. Cela s'applique aux couples mariés comme aux concubins depuis 1988. Tous les enfants à charge, à un titre quelconque, sont protégés. Il faut pour cela que l'assuré consacre au minimum 56 florins par semaine aux frais d'entretien de l'enfant. Tout membre de la famille assuré à titre personnel, ne peut être co-assuré ou ayant-droit.

Inscription et affiliation

Les personnes concernées par l'assurance obligatoire doivent se faire enregistrer auprès de la caisse la plus proche de leur domicile pour faire valoir leurs droits aux prestations. Seules certaines professions comme les bateliers ou les personnes domiciliées à l'étranger sont inscrites à la caisse ANOZ à Utrecht. L'assuré inscrit reçoit un certificat d'affiliation lui permettant d'accéder aux prestations.

Les prestations

La loi sur les caisses maladie donne droit aux prestations en nature telles que soins médicaux, médicaments, soins dentaires, etc..

Les prothèses, les auxiliaires de traitement et la première année de traitement psychiatrique ont disparu des prestations ZFW et sont placés sous la loi AWBZ sur les frais exceptionnels de maladie. Les prestations citées sont celles décrites dans la loi du 1 janvier 1986. De plus amples détails peuvent être trouvés dans le décret relatif aux prestations de l'Assurance caisses de maladie.

L'assuré peut demander l'ouverture du droit aux prestations suivantes:

*** soins médicaux et chirurgicaux**

L'assurance couvre les soins dispensés par le généraliste, le spécialiste et le physiothérapeute ainsi que la gymnastique corrective et les soins d'enphoniatric et de logopédie.

*** soins obstétricaux**

Les soins obstétricaux doivent en principe être dispensés par une sage-femme. Uniquement dans le cas où il n'y a pas de sage-femme ou lorsqu'il y a indication

médicale, les soins peuvent être dispensés par un généraliste ou un spécialiste et s'il y a lieu en clinique ou à l'hôpital.

*** soins dentaires**

Cette prestation inclut les soins dentaires de premier secours dispensés par un dentiste, les soins de conservation, les prothèses, les radios, les soins d'orthodontie et les traitements chirurgicaux ainsi que les soins dispensés par un spécialiste. L'assuré qui s'inscrit pour la première fois doit se soumettre à un traitement complet dit de restauration qui est à sa charge.

*** Produits pharmaceutiques**

Cela comprend les médicaments et les pansements fournis sur prescription.

*** Admission et séjour dans les hôpitaux**

L'admission est soumise à l'approbation de la caisse de maladie. Seuls les 365 premiers jours sont à la charge de la caisse. Passé ce délai, les frais sont à la charge de l'AWBZ.

*** Transport des malades**

Il peut avoir lieu en ambulance, en taxi ou en voiture particulière si il y a indication médicale.

Soins post-nataux

Cette prestation comprend les soins dispensés au domicile de l'assuré par un centre d'obstétrique, les soins dispensés par une infirmière ainsi que les soins dispensés en clinique ou en hôpital.

La première catégorie inclut les services d'une aide familiale s'occupant de la mère et de l'enfant mais aussi du ménage.

*** Soins dispensés par un centre d'audiologie**

Ils comprennent l'examen, le traitement, l'information concernant l'appareil auditif.

*** Hémodialyse non clinique**

*** Troubles respiratoires chroniques**

L'assuré a droit au traitement périodique dans un centre de réanimation. L'intervention de spécialistes et les médicaments nécessités par l'état du patient sont compris dans la prestation.

* Traitement de jour en vue de réadaptation fonctionnelle

* Traitement des thromboses

Pour avoir accès aux différentes prestations, l'assuré doit s'adresser à un professionnel ou à un établissement ayant conclu une convention avec la caisse locale. L'assuré a le libre choix entre les différents établissements dans la limite de sa commune. Cependant le mode de paiement des généralistes et des pharmaciens, oblige l'assuré à choisir de façon ponctuelle tous les six mois.

Le financement

Les sources de financement de l'assurance obligatoire sont :

- les cotisations,
- la subvention fixe de l'Etat,
- la contribution, au titre de la loi sur le cofinancement de la surreprésentation des personnes âgées, des compagnies privées.

Cette contribution est payée par ces compagnies pour participer au financement de l'assurance obligatoire qui protège depuis 1986 les personnes de plus de 65 ans auparavant affiliées dans le secteur privé.

Les moins de 65 ans et les plus de 65 ans ne sont pas soumis au même régime de cotisations. Un salarié ou un allocataire paye 3,15 % de cotisation sur son salaire ou allocation. L'employeur ou l'organe débiteur de l'allocation verse 4,15 %.

Par contre, toute personne ayant atteint l'âge de 65 ans est assurée à titre individuel et verse des cotisations de la façon suivante : 1,9 % de la pension vieillesse et 8,1 % de ses autres revenus.

Pour les deux catégories, la cotisation est plafonnée à 42.640 florins et il existe une cotisation fixe dite " nominale " qui est due par l'assuré et les ayant-droits. Elle est d'un montant de 156 florins par adulte et par an et de 78 florins pour les enfants.

La mise en oeuvre

L'organisation et la mise en oeuvre de la loi sur l'assurance obligatoire est confiée aux caisses d'assurances maladie. Les Pays-Bas sont actuellement divisé en zones couvertes chacune par une caisse. Ces caisses proposent également des assurances

complémentaires couvrant les frais médicaux peu ou pas couverts par l'assurance obligatoire. Plus de 90% des affiliés ont souscrit un contrat.

Le contrôle

Le contrôle de l'administration et de la gestion des caisses est sous la responsabilité du Conseil des caisses de maladie comprenant 39 membres :

- un représentant des assureurs fonctionnaires,
- un représentant des assureurs privés,
- deux représentants des organisations du personnel,
- 7 membres désignés par le Ministre de tutelle,
- 4 x 7 membres désignés par les organisations représentant les employeurs, les salariés, les conventionnés et les caisses.

Le président du Conseil est choisi parmi les membres désignés par le Ministre.

V. 2. L'assurance standard

Toutes les catégories de personnes n'étant pas couvertes par l'assurance obligatoire peuvent contracter un contrat d'assurance standard qui est inclu de manière obligatoire dans le portefeuille des compagnies privées.

La souscription, le risque couvert, le montant de la prime sont définis par la loi (stb. 1986,123). Cette assurance présente une double nature : volontaire pour l'assuré, obligatoire pour l'assureur.

Inscription et affiliation

L'assurance standard est ouverte à tous et notamment aux catégories suivantes :

- personne résidant aux Pays-Bas ne bénéficiant pas ni de l'assurance obligatoire, ni de l'assurance des fonctionnaires,
- personne résidant aux Pays-Bas et n'ayant contracté aucune assurance,
- personne s'établissant aux Pays-Bas et assurée sous une autre forme.

Les personnes figurant dans les deux premières catégories sont sous la protection de la loi les prévenant contre toute surtaxe en raison de leur âge ; à

condition d'avoir été assurées au moins pendant six mois avant la date à laquelle l'assurance standard prend effet.

Toute compagnie privée, exceptées celles qui travaillent exclusivement pour une région ou une catégorie socio-professionnelle, est tenue de fournir l'assurance standard. Cette assurance prend également en charge les enfants mais pas le conjoint. La prime pour l'enfant est la moitié de celle de l'assuré.

Les prestations

Les risques couverts, les taux de remboursement et la participation de l'assuré sont régis par la loi. Ils sont à peu près identiques à ceux de l'assurance obligatoire. L'assuré n'a pas à s'inscrire dans une pharmacie, chez un médecin. Il ne bénéficie pas de la dispense des frais. Il sera remboursé du traitement suivi, à l'hôpital par exemple, sur présentation d'un certificat attestant de la nécessité des soins.

Le financement

Le financement de l'assurance standard est à la charge de la fondation créée à cet effet. Elle gère une caisse commune qui collecte toutes les primes et les répartit entre les assureurs au prorata de leurs dépenses. La prime payable par l'assuré est nominale. Les enfants assurés ont moins de 18 ans et les étudiants entre 18 et 27 ans.

Le contrôle

Le contrôle sur le bon fonctionnement et la solvabilité des compagnies privées est assuré par la Chambre des assurances créée en application de la loi.

Le montant des primes est contrôlé par le Ministre de Tutelle en collaboration avec les Ministres de l'Economie et des Finances.

V. 3. L'assurance des fonctionnaires

Les fonctionnaires ne sont pas considérés comme salariés au sens de la loi sur l'assurance maladie. Les règlements de droit public des fonctionnaires sont décrits

dans les paragraphes suivants d'après le modèle IZA auxquels ils ressemblent largement.

Les fonctionnaires municipaux et certains fonctionnaires provinciaux relèvent des règlements IZA : institut de prévoyance et d'assurance maladie des fonctionnaires. Au nombre de dix, ils couvrent chacun les communes d'une ou plusieurs provinces. Les fonctionnaires régionaux relèvent de l'IZP : règlement inter-provincial d'assurance maladie, les policiers du DGVP : service sanitaire de la police.

Inscription et affiliation

Toute personne exerçant une fonction au service d'une commune, province ou de la police doit s'affilier à l'assurance maladie des fonctionnaires, sans condition de nationalité, ni de domiciliation. Il existe une affiliation facultative pour les veuves, les orphelins, les titulaires d'une pension invalidité ou vieillesse.

Les co-assurés sont le conjoint et les enfants à charge directe ou indirecte de l'assuré. C'est l'employeur qui se charge de l'inscription et des démarches administratives auprès de l'organisme assureur.

Les prestations

Les prestations correspondent dans leur majeure partie à celles prévues dans l'assurance obligatoire. Hormis certains actes totalement remboursés (hospitalisation, thérapeutiques externes, hémodialyse et réanimation), les frais sont remboursés selon un certain pourcentage, les soins dentaires à concurrence d'un maximum. Il n'y a pas dispense des frais, l'assuré est remboursé après paiement des services (système de restitution).

Le financement

Les revenus de l'assurance des fonctionnaires sont constitués par les cotisations des affiliés et des employeurs, par les intérêts et autres revenus de l'organisme assureur. Le montant des cotisations est calculé d'après le salaire. L'assuré paie une cotisation nominale de 156 florins et un pourcentage sur son salaire.

L'employeur paie un pourcentage sur les salaires versés. Les pourcentages varient en fonction de la situation financière de l'organisme assureur.

Contrôle et recours

Le contrôle du régime maladie des fonctionnaires incombe au Ministre de l'Intérieur. Les recours sont portés devant le Tribunal des fonctionnaires pour tous les litiges relatifs à l'application du régime d'assurance maladie. L'assuré peut se pourvoir en cassation devant la Commission centrale d'appel établie à Utrecht.

V. 4. L'assurance des frais exceptionnels de maladie : AWBZ

Cette assurance a été mise en place par la loi AWBZ promulguée en 1967. L'optique de cette assurance était et reste de protéger la population des charges particulièrement lourdes secondaires à une maladie, un accident et nécessitant un traitement de longue durée. Traitement auquel personne ne peut faire face sans l'aide des pouvoirs publics. Le terme "frais exceptionnels de maladie" rappelle que le risque est faible mais que les dépenses sont élevées.

L'assurance AWBZ est une assurance de "droit". Toute personne répondant aux critères fixés par la loi est automatiquement assurée et doit payer la cotisation légale.

Inscription et affiliation

Les assurés sont les personnes résidant aux Pays-Bas et celles assujetties à l'impôt sur le revenu. Il n'y a pas de condition de nationalité. Les enfants sont assurés à titre individuel et non pas en tant qu'ayant-droit.

L'ouverture des droits nécessite l'affiliation à l'un des organismes exécutant la loi. La personne assurée pour les frais normaux l'est également pour l'AWBZ par le truchement de son assureur. La personne ne bénéficiant pas de cette protection doit s'adresser à un assureur agréé.

Il suffit pour obtenir les prestations AWBZ, de s'adresser à la caisse de maladie ou à l'assureur privé le moment venu. Ceux-ci décident de l'octroi, de la continuation et de la cessation des prestations.

Pour pallier à l'inconvénient du grand nombre d'assureurs au niveau de la coordination des prestations, ceux-ci ont désigné des caisses de liaison. Tout établissement ayant l'agrément AWBZ ne s'adresse qu'à une seule caisse pour le règlement financier et le contrôle médical. Cette caisse tient à jour le fichier des admissions dont l'assureur se sert pour les paiements mensuels et les acomptes aux établissements de soins.

Les versements sont effectués par un organisme spécial : l'Office central de paiement de l'AWBZ.

Les prestations

*** Admission et séjour dans des établissements de soins**

Les frais d'admission et de séjour dans un établissement de soins sont couverts par l'AWBZ dès le premier jour de l'admission. Si le séjour n'est plus indiqué du point de vue médical, mais l'est pour d'autres raisons par exemple parce que l'assuré attend une place dans une maison de retraite, il continue à y avoir indication thérapeutique. L'admission est subordonnée à une autorisation de l'assureur. La demande doit être accompagnée d'une déclaration du médecin traitant indiquant les motifs de l'admission.

*** Admission et séjour dans des établissements pour déficients mentaux**

L'admission et le séjour doivent faire l'objet d'une indication thérapeutique. L'assuré séjournant dans un tel établissement a droit à différentes prestations: les examens médicaux et le traitement médical que nécessite son état.

*** Admission et séjour dans des établissements pour déficients auditifs**

L'admission et le séjour doivent avoir pour but de préparer le mieux possible le déficient à suivre un enseignement spécial, une formation professionnelle ou encore des cours de recyclage. Les frais de cet enseignement ne sont toutefois pas couverts par l'AWBZ.

*** Aide aux déficients visuels**

Afin de sauvegarder et d'accroître l'autonomie des déficients visuels, cette prestation comprend les examens médicaux, le traitement médical, l'action psycho-sociale, le séjour et l'aide ambulatoire.

*** Prestations aux handicapés séjournant dans le centre "Het Dorp" à Arnhem**

L'admission dans ce centre doit faire l'objet d'une indication médicale. Les prestations servies aux assurés sont diverses: l'assistance nécessaire, y compris le logement adapté, les soins infirmiers. Les pensionnaires peuvent demander à bénéficier de: soins dentaires, physiothérapie, logopédie, fourniture de prothèses et d'appareils, utilisation de fauteuils roulants et de voitures d'invalides.

*** Admission dans un foyer de jour pour handicapés**

Ce sont des centres qui permettent de faire suivre à des handicapés mentaux, à des infirmes et à des déficients sensoriels des enseignements visant à permettre leur intégration dans la société.

*** Vaccinations obligatoires**

Le programme national de vaccination des enfants est une prestation AWBZ depuis 1974. Les vaccinations concernées sont la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rubéole et la rougeole.

*** Dépistage des maladies congénitales du métabolisme**

Cela comprend la phénylcétonurie dont le dépistage précoce et un traitement adapté permettent de prévenir la débilité mentale et l'hypothyroïdie qui peut entraîner des affections physiques et mentales graves.

*** Admission et séjour dans un foyer d'accueil pour handicapés**

Ce sont des centres qui accueillent les handicapés exerçant une activité professionnelle ou suivant une formation dans la journée. Les prestations comprennent l'hébergement, les soins médicaux et l'assistance sociale.

*** Traitement de jour dans un établissement de soin**

Il est prévu pour les personnes présentant des troubles physiques ou mentaux nécessitant un traitement qui ne peut être entièrement suivi dans leur cadre de vie habituel mais sans toutefois nécessiter une hospitalisation. Ils sont ainsi pris en charge une partie de la journée et conservent un mode de vie pratiquement normal.

*** Aide des associations de la Croix**

Il s'agit d'un ensemble de prestations de base comprenant les soins infirmiers et médicaux, l'encadrement et l'information, la protection maternelle et infantile ainsi que le prêt de prothèses et d'appareils.

*** Dépistage de l'hépatite virale B chez la femme enceinte**

*** Aide psychiatrique non clinique**

Cela correspond au suivi de l'assuré par un psychiatre ou un neurologue après décision du médecin généraliste ou spécialiste.

*** Soins dispensés dans une polyclinique psychiatrique**

Il s'agit des soins psychiatriques dispensés par un psychiatre ou un neurologue dans le service polyclinique d'un hôpital. Les soins dispensés sont pluridisciplinaires et la courte durée du traitement permet de le distinguer du traitement psychiatrique à temps partiel.

*** Traitement psychiatrique à temps partiel**

Cela comprend l'observance et le traitement pendant au moins quatre heures consécutives, l'assistance sociale et si nécessaire la nourriture et la nuitée. Il ne s'agit pas d'admission au sens propre du terme.

*** Appareils et prothèses**

Cette prestation couvre la fourniture d'appareils et articles médicaux tels que prothèses, orthèses, lunettes. Les critères pris en compte sont médicaux mais aussi socio-professionnels par rapport à l'assuré. Les appareils sont soit prêtés, soit donnés.

Toutes ces prestations sont dispensés dans les établissements ayant reçus l'agrément du Ministre du Bien-être, de la santé et de la culture après avis du conseil des caisses de maladie et de l'inspection de la santé publique.

Le financement

Le financement de l'AWBZ provient de deux sources :

- la contribution de l'Etat,
- les cotisations.

Pour les salariés, les cotisations sont payées par les employeurs. Pour les non-salariés, la cotisation AWBZ est recouvrée par voie d'imposition sur le revenu. Les assurés de moins de 15 ans et de plus de 65 ans ne paient pas de cotisations. Les fonds sont versés à la Caisse générale " Frais exceptionnels " de maladie qui

finance les prestations, les frais administratifs des bureaux de liaison et des différents assureurs au titre d'organismes exécutifs de l'AWBZ.

Les établissements agréés signent des conventions les engageant à fournir des prestations selon un certain tarif et à certaines conditions prévues par la loi et soumises à l'approbation du Conseil des Caisses. Les tarifs sont soumis à l'approbation de l'Organe central des tarifs de santé : le COTG.

Le contrôle

Le contrôle des organismes exécutifs de l'AWBZ est effectué par le Conseil des caisses d'assurance maladie. Celui-ci est chargé d'informer et de conseiller le ministre de tutelle sur toutes les questions concernant l'AWBZ. Il a qualité pour imposer aux assureurs les méthodes d'administration, d'enregistrement des assurés, de recueil des données statistiques, de rédaction du rapport annuel et enfin les conditions de travail du personnel. Il gère la Caisse générale des frais exceptionnels de maladie.

Le recours

Le mode de recours est identique à celui de l'assurance obligatoire. Si le recours porte sur les cotisations, il doit être présenté à l'inspecteur des impositions directes.

VI. 5. LES ASSURANCES MATERNITE, INVALIDITE, ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (10, 15)

Il n'y a plus de distinction depuis 1967 entre le risque Maladie et les autres risques car le maintien de celles-ci alors qu'elles ont les mêmes extensions ne se justifiait pas. Toutefois pour permettre une meilleure comparaison avec la France, une brève présentation de ces risques s'impose.

Les prestations de maternité

Les prestations en nature sont ouvertes aux femmes assurées à titre personnel ainsi qu' aux épouses et aux filles des assurés. Elles sont les mêmes qu'en cas de maladie. Les prestations en espèce (zwangerschapsuitkering) sont servies pendant douze semaines (six semaines avant et six semaines après l'accouchement) aux femmes assurées à titre personnel.

L'indemnité représente 100 % de leur salaire, dans la limite d'un salaire maximum. Les femmes qui ne peuvent immédiatement reprendre leur travail après l'accouchement bénéficient des indemnités maladie pendant 46 semaines au plus.

L'allocation décès

Les ayant-droits bénéficient, en cas de décès du travailleur salarié, d'une allocation décès dont le montant correspond à 100% de la rémunération journalière qui a servi de base au calcul des indemnités de maladie. Cette allocation est servie pendant le reste du mois du décès et pendant les deux mois qui suivent. Elle est également servie si le travailleur salarié bénéficie des indemnités pour incapacité de travail.

Invalidité

Est considéré comme incapable de travailler totalement ou partiellement par la loi générale sur l'assurance incapacité de travail (AAW) , celui qui par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut gagner ce que les travailleurs en bonne santé et de formation et d'aptitude équivalente gagnent normalement. Cette prestation est ouverte à toutes les personnes salariées de moins de 65 ans, sans condition d'affiliation. La prise en charge s'effectue à la fin de la période de paiement des indemnités de maladie et cela jusqu'à 65 ans. Le montant de l'indemnité dépend du taux d'incapacité, cela va de 15 à 70 % de la rémunération pour une incapacité de 80 à 100 %. Les mesures de réadaptation, réorientation et d'enseignement ainsi que les mesures pour améliorer les conditions de vie sont également prises en charge au titre de la loi.

Survivants

La loi sur l'assurance des veuves et des orphelins concerne toute la population. La condition d'obtention est que le défunt soit assuré au moment du décès.

*** La pension de veuve**

Pour bénéficier de cette pension, la veuve doit, à la date du décès, remplir l'une des conditions suivantes :

- avoir des enfants mariés ou invalides à sa charge,
- être âgée de 40 ans au moins à la date du décès,
- être invalide de 45 % au moins.

Les femmes divorcées bénéficient de la pension si elles ne sont pas remariées au moment du décès. A 65 ans la pension survie est remplacée par la pension vieillesse.

*** L'allocation temporaire de veuve**

Si la femme ne remplit pas les conditions précédemment énoncées, elle peut obtenir l'allocation de veuve (servie pendant six mois à la veuve âgée de moins de 27 ans) .

*** La pension d'orphelin**

Elle est versée aux orphelins de moins de 16 ans et jusqu'à l'âge de 27 ans pour ceux qui poursuivent des études. Les veuves titulaires d'une pension ou d'une allocation ont droit pour leurs enfants aux allocations familiales.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Il n'y a pas d'assurance pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles. Ces risques sont couverts par l'assurance maladie dont les prestations peuvent être perçues pendant un an.

VI. CONCLUSION

Au total, l'ensemble de la population est bien couvert. La qualité des soins est satisfaisante. Le réseau des médecins et des hôpitaux s'est étoffé. Les indicateurs de santé (mortalité, natalité,...) sont quasiment identiques à ceux de la France. Le pays a continué à gagner des points en espérance de vie.

TABLEAUX COMPARATIFS

Ces tableaux de caractère schématique permettent une comparaison rapide entre les régimes de sécurité sociale de la France et des Pays-Bas. Ils ne comportent que les éléments essentiels. Tous les détails de chaque réglementation ne sont pas mentionnés ainsi que les terminologies nationales pour ne pas accroître des différences de forme. (24)

I. ORGANISATION

L'organisation aux Pays-Bas
Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi
Prestations en nature : ministère du Bien-être, de la Santé publique et de la Culture

Maladie – Maternité		Invalidité	Chômage	Vieillesse
P. en nature Conseil des caisses de maladie	P.en espèces	Conseil des assurances sociales		
C. de compensation C. générale d'assurance maladie Caisses de maladie		assurance salariés assurance nationale Associations professionnelles Communes	Fonds général de chômage	Banque des assurances sociales Conseils du travail

L'organisation en France
Ministères des Affaires sociales et de l'Emploi

Maladie – Maternité – Invalidité – Décès – Risques professionnels	Vieillesse	Allocations familiales	Chômage
Caisse nationale d'assurance maladie Caisses régionales Caisses primaires	Caisse nationale d'assurance vieillesse	Caisse nationale d'allocations familiales Caisses d'allocations familiales	ASSEDIC

II. FINANCEMENT

Participation des pouvoirs publics		
	France	Pays-Bas
Maladie – maternité prestations en nature		Subvention annuelle fixe
Maladie – maternité prestations en espèce		
Invalidité		Subvention annuelle pour couvrir les dépenses en faveur des handicapés
Vieillesse – survivants		
Accidents du travail Maladies professionnelles		
Chômage	Subvention globale forfaitaire de l'Etat	L'Etat finance l'assistance chômage
Prestations familiales		

Systèmes financiers applicables aux prestations à long terme		
	France	Pays-Bas
Invalidité	Répartition	Répartition
Vieillesse – Survivants	Répartition	Répartition
Accidents du travail Maladies professionnelles	Répartition	Répartition

Cotisations : pourcentages et plafonds de salaire				
France			Pays-Bas	
	Taux en %	Plafond	Taux en %	Plafond
Maladie maternité	18,5 TR: 5,90 EMP: 12,60		a) 10,20 b) 4,55 c) 5,80 TR: 5,10+1,00 EMP: 5,10+4,55 +4,80	a) FI 42120 b) FI 62650 c) FI 68380
Invalidité			a) 13,30 b) 6,20 TR: 13,30 EMP: 6,20	a) FI 68380 b) FI 65250
Vieillesse survivants	14,80 TR: 6,60 EMP: 8,20	FF 121320	12,80 TR: 11,50 (vieillesse) +1,30 (survivants)	FI 65 250
Accidents du travail Mal. professionnelles	Tarification collective, individuelle ou mixte suivant les effectifs et les risques. Plafond de salaire brut: FF 121 320			voir Invalidité
Chômage	7,40 TR: 2,47 + 0,50 EMP: 4,43	idem	En moyenne 3,74 TR: 1,87 EMP: 1,87	FI 68 380
Prestations familiales	EMP: 9	FF: 121320	EMP: 1,28	FL: 65 250

III. ASSURANCE MALADIE

	France	Pays-Bas
Législation 1. 1ère loi 2. Textes fondamentaux	5 et 30 avril 1930 Code de la SS. Livre 3 Décret du 29 décembre 1945	1er novembre 1941 Loi du 15 octobre 1964 Loi du 14 décembre 1967 AWBZ
Bénéficiaires Champ d'application	1. Tous les salariés 2. Les pensionnés 3. Les chômeurs	1. Travailleurs de moins de 65 ans 2. Les pensionnés 3. Les chômeurs
Plafond d'affiliation		FI 50 150
Ayant - droits	Les membres de la famille à charge de l'assuré	Les membres de la famille à charge de l'assuré
Conditions d'attribution	Temps de travail et d'immatriculation exigés: 1200 heures dans l'année ou 200 heures par trimestre	Pas de condition
Début de prise en charge	Dés le début de la maladie	Dés le début de la maladie
Durée de la prise en charge	Illimitée	Illimitée

	France	Pays-Bas
Organisation 1. Les médecins Agrément	Tous	Agrément avec la caisse Fixation contractuelle - des droits et obligations - des honoraires d'assistance
Rémunération	Tarifs des honoraires fixés soit par convention nationale, soit par arrêtés ministériels	Règlement direct par la caisse
2. Les établissements	1. Hôpitaux publics: tarifs fixés par les pouvoirs publics 2. Etablissements privés: après agrément	Conventions particulières passées avec les caisses régionales compétentes
Prestations Choix et paiement du médecin	Libre choix Avance des frais	Choix deux fois par an Dispense des frais
Participation aux frais médicaux	25 %	aucune
Hospitalisation	Libre choix Etablissements agréés participation de 20 %	Libre choix (à proximité) aucune participation
Soins dentaires	Comprenant: - soins conservateurs - extractions - prothèses dentaires - orthodontie Remboursement suivant un tarif fixé comme pour les soins médicaux	Comprenant: - soins conservateurs - extractions - prothèses dentaires orthodontie Gratuité complète des soins Condition: examen semestriel de contrôle obligatoire

	France	Pays-Bas
Produits pharmaceutiques	Participation de l'assuré de 0 à 60 %	Inscription dans une pharmacie Gratuité des médicaments pres- -crits
Prothèses, optique acoustique	Accord préalable Prise en charge de 70 à 100 %	Accord préalable Prise en charge de 70 à 100 %
Autres prestations	D'autres prestations sont accor- dées après avis de la caisse	Transport des malades Traitement dans des institutions pour malades mentaux et handicapés Séjour dans des homes Médecine préventive

Maladie: Indemnités pécuniaires		
	France	Pays-Bas
<i>Législation</i> 1. 1ère loi 2. Textes fondamentaux	voir soins de santé " "	1913 loi du 5 juin 1913 modifiée
<i>Bénéficiaires</i> Champ d'application	Tous les salariés	Tous les travailleurs de moins de 65 ans exerçant une activité
Plafond d'affiliation	aucun	aucun
<i>Conditions</i>	Incapacité de travail - pour les 6 premiers mois: 200 heures au cours des 3 mois précédant la date de soins - pour la période postérieure: avoir été immatriculé 12 mois avoir justifié 800 heures dans cette période	Incapacité de travail
Délai de carence	3 jours	2 jours
<i>Prestations</i> Durée	12 mois	12 mois
Montant	Sans hospitalisation: 50 % du Avec hospitalisation: - sans charge de famille: 20 % - avec 2 enfants: 50 %	70 % du salaire journalier avec Salaire maximum: 263,50 Fl/jour

COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES

I .LES PAYS-BAS (20, 21)

Deux traits particuliers caractérisent le système de santé des Pays-Bas:

- * Les Pays-Bas sont probablement le pays de la CEE dont le rythme de croissance des dépenses de santé a été le plus freiné depuis le début des années 1980.
- * Les Pays-Bas sont également le pays qui s'engage dans un processus de réforme du financement de la santé le plus radical.

La répartition du financement de l'ensemble de la santé est actuellement la suivante:

Frais exceptionnels	Caisses de maladie	Primes d'assurance Financement privé	Budget de l'Etat
33 % 16,5	32 % 15,8	25 % 12,6	10 % 5,0 *

* millions de florins

Pour quelles raisons un pays qui semblait maîtriser l'évolution de son système de soins a-t-il entrepris de bouleverser d'importants principes fondamentaux ?

Il fonctionne très correctement depuis de nombreuses années. Les préoccupations financières sont, comme partout, principalement celles du gouvernement: la technique du budget global a été adoptée en 1983 puis aménagée en 1988. Cependant, cinq points critiques retiennent l'attention:

- * Une réglementation lourde: l'appareil législatif et réglementaire est important. L'Etat ne laisse que très peu d'autonomie aux professionnels de la santé; ainsi les accords entre caisses et médecins se font sous sa tutelle.
- * Une protection qui finalement ne pèse pas du même poids pour tous. Pour des ménages à hauts revenus, la couverture privée est en fait, moins onéreuse que la couverture obligatoire des ménages à bas revenus.

* Pour maîtriser les dépenses du système de soins, les moyens utilisés et développés dans les années 1980 ont été dans une large mesure des procédés aveugles: par exemple, la stagnation des budgets hospitaliers pèse-t-elle indifféremment sur les hôpitaux bien ou mal dotés l'année de référence ? Ces mesures étaient peu incitatives à une utilisation efficiente des services.

* La maîtrise des coûts est essentiellement du ressort des autorités gouvernementales. Les pouvoirs publics souhaitent faire mieux partager cet objectif avec les autres intervenants.

* Enfin, aux Pays-bas, comme dans de nombreux pays, l'organisation des prises en charge de services situés à la frontière du sanitaire et du social est délicate. La tentation des caisses et des assurances privées de "dériver" les patients concernés vers les services couverts par l'AWBZ nécessite l'harmonisation des dispositifs de prises en charge.

Les difficultés évoquées ont amené les autorités à établir une réforme mais ne doivent pas effacer les points positifs du système néerlandais qui sont les suivants :

- un niveau de soins satisfaisant,
- une grande attention au suivi du progrès technique, (révision de la nomenclature, évaluation des soins)
- des revenus médicaux élevés avec un système mixte de rémunération appréciée des médecins néerlandais,
- une couverture sociale universelle,
- une incontestable capacité de réponse rapide aux efforts de freinage des dépenses.

La réforme du système de santé est basée sur le rapport Dekker publié en 1987 et dont certains points ont été modifiés par le Ministre de la Santé, Mr. Simons après un changement de coalition gouvernementale en 1987-88.

L'objectif de cette réforme est de mettre en place des mesures permettant un allègement des interventions de l'Etat et l'introduction de mécanismes de marché dans le secteur, en vue d'en améliorer l'efficience.

Les trois propositions de la Commission Dekker sont les suivantes:

1. Unification du mode de couverture de la population néerlandaise

Les ressources du système seront composées de trois parts:

* Un prélèvement obligatoire sur tous les revenus d'activité. C'est la ressource majeure du système. Ces ressources seront perçues par le Fond Central qui les redistribuera ensuite aux différents organismes assureurs. Ceux-ci prendront en charge la gestion du risque de leurs affiliés.

* Un versement forfaitaire effectué par chaque néerlandais auprès de l'organisme d'assurance de son choix, qui peut être une compagnie commerciale ou un organisme à but non lucratif. C'est la part nominale obligatoire.

Ces deux premières ressources financent la couverture "de base" de la population néerlandaise.

* Enfin, une part de couverture complémentaire reste facultative et relève de l'initiative privée.

2. Introduction d'une concurrence entre les assureurs et les producteurs de soins

Les assurés peuvent se couvrir indifféremment auprès d'une caisse à but non lucratif ou auprès d'une compagnie privée. Cela met en oeuvre trois mécanismes de concurrence:

* Les ressources d'un assureur pour la couverture de base proviennent, outre la part nominale, des fonds distribués par le Fonds Central et dont le montant tient compte de la catégorie actuarielle de risque de chacun des affiliés. Comme chaque assureur ne peut se rendre plus attractif qu'en pratiquant des tarifs plus bas, il devrait tendre à réduire les coûts globaux des soins.

* Les assureurs passent avec les générateurs de soins des conventions de services dans des conditions ouvertes. Les lois du marché sont appelées à jouer sur les tarifs. Les partenaires peuvent décider des modes de paiement, des soins délivrés, des

conditions d'accès des assurés et des contrôles destinés à en restreindre les coûts et à en garantir la qualité.

* Enfin, apparaîtra une concurrence entre les professionnels de santé sur des terrains divers, comme par exemple les différentes catégories d'exercice, la gestion d'établissements,...

3. Unification de la gestion des services de santé et des services médicaux sociaux

Pour éviter les effets de seuil entre services relevant de l'assurance maladie ou de l'AWBZ, l'assurance de " base " doit couvrir l'ensemble des fonctions sanitaires et sociales prévues par la loi, sans distinction entre régime des " frais exceptionnels " et régime appliqué aux autres soins curatifs.

Les modifications de Mr. Simons au projet Dekker portent sur :

- l'étendue de l'assurance de " base " et de l'assurance complémentaire. Celle-ci, à la place des 15 % initiaux, est ramenée à une couverture de 3 % des coûts de santé.
- le partage entre prélèvement proportionnel au revenu et forfait obligatoire individuel. Le forfait est fixé à 15 % de l'ensemble de la protection de base contre les 25 % initialement prévus.

Les premières applications de la réforme ont commencé en 1989 avec l'apparition du forfait obligatoire ou part nominale et une première extension de l'AWBZ qui, peu à peu, devra couvrir des fonctions de plus en plus étendues et devenir le seul dispositif national de couverture de la population.

En 1991, deuxième étape, avec l'application des mesures législatives permettant aux assureurs de différencier les taux de cotisations forfaitaires personnelles, de lever l'obligation faite aux caisses maladie d'admettre, dans le cadre d'une convention uniforme, tout professionnel de santé le demandant.

En 1992, il est prévu un programme législatif chargé faisant actuellement l'objet de débats parlementaires et portant sur une nouvelle extension de l'AWBZ, une

réduction des compétences de l'Etat pour la planification sanitaire, une législation anti-cartel d'assurances, etc...

Le processus de réforme paraît donc assez avancé. L'avenir dira si les objectifs ont été atteints et s'il y n'y a pas eu de dérives tels que la fuite des assureurs des " mauvais risques ", une mauvaise évolution du partage entre cotisations proportionnelles au revenu et forfaits individuels avec une inflation de ces derniers....

Ainsi à mesure que les orientations générales du rapport Dekker et du plan Simons sont confrontées aux problèmes pratiques que posent leur mise en application, des choix doivent être faits entre les différents objectifs suivis. Le souci de maintenir un accès satisfaisant aux services de santé pour les plus démunis ou d'éviter la sélection des risques peut conduire à s'écarter des tentatives d'allègement de la réglementation.

II. LA FRANCE (17, 20, 21, 26)

La comparaison des couvertures sociales ne peut se faire qu'en associant plusieurs indicateurs.

1. Le taux des personnes couvertes donne une indication sur la proportion des personnes prises en charge par la sécurité sociale mais il ne donne aucune indication sur l'importance de la couverture assurée.

Part de personnes couvertes en 1990
France : 99 % Pays-Bas : 69 %

La proportion des personnes couvertes en France est maximum.

2. La proportion des dépenses prises en charge par les organismes publics donne une indication partielle sur l'étendue de cette couverture.

Proportion des dépenses en 1990
France : 74,2 % Pays-Bas : 72,6 %

Selon cet indicateur, la France se situe au 14^{ème} rang en 1990. Cependant ce résultat n'a pas le même sens selon qu'une proportion plus ou moins large de la population est couverte et selon la catégorie sociale à laquelle appartiennent les personnes non couvertes.

Les dépenses sont couvertes à 74,2 % par des organismes publics en France et à un pourcentage voisin aux Pays-Bas, mais la quasi-totalité de la population est couverte dans notre pays alors qu'aux Pays-Bas les détenteurs de hauts revenus s'assurent auprès de compagnies privées. Le taux de couverture des assurés sociaux français est plus faible que celui des néerlandais. Le 14^{ème} rang de la France est surévalué si l'on établissait un pourcentage des dépenses prises en charge par assuré social.

La France prend en charge un très large éventail de dépenses, mais ne rembourse que très moyennement la médecine courante : dans de nombreux pays (Pays-Bas, Allemagne, Canada, etc...), les consultations sont entièrement remboursées. Elles ne le sont qu'à 75 % par la sécurité sociale française. Une étude comparée des politiques de remboursement nécessiterait des données qui sont trop peu nombreuses et trop globales. Néanmoins, on peut considérer que la France a un rang moyen pour les indicateurs couramment utilisés.

Comme les autres pays développés, la France a connu une augmentation considérable de l'espérance de vie, une diminution de la mortalité infantile et de la mortalité. L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une amélioration de l'état de santé de la classe des 65-75 ans dont on peut observer qu'elle a désormais un modèle de consommation de soins qui était celui des 55-65 ans quelques dizaines d'années plus tôt.

La France et les Pays-Bas sont des pays avec des dépenses et des indicateurs de santé élevés (mortalité, espérance de vie). Un système ne peut se piloter qu'en fonction d'objectifs. L'objectif du système de santé doit être d'améliorer la santé.

Il n'y a pas de corrélation entre le niveau de dépenses et l'état de santé. On peut donc espérer améliorer la qualité du système tout en limitant les coûts.

Indicateurs de mortalité				
		favorables	moyens	peu favorables
Dépenses de santé	élevées	SW PB	FR RFA	
	moyennes	JAP	It DK	
	peu élevées	ESP		Gr

Les autorités françaises se sont penchées sur le problème de maîtrise des dépenses de santé dans certains domaines. Pour l'hôpital, la maîtrise concerne la totalité des dépenses (prix et volume), pour les cliniques privées, la médecine en ville, la pharmacie, elle ne concerne que les prix. Ces distorsions conduisent le système de santé français à une crise pour laquelle les craintes de tous se portent sur l'augmentation des cotisations, un accès inégalitaire aux soins, une mauvaise

rétribution des producteurs des soins et le disfonctionnement des hôpitaux soumis à des contraintes trop importantes.

Elles font prendre conscience de la nécessité d'acquérir une culture de santé publique basée sur un solide structure économique jusqu'à présent handicapée par le "piètre" fonctionnement de l'ensemble des organismes chargés de la régulation (Etat, caisses de maladie, organisations professionnelles).

Le système français est cependant riche en atouts. La couverture sociale est quasiment généralisée et le financement de l'assurance maladie avec des cotisations proportionnelles est moins inégalitaire que dans d'autres pays. Les Pays-Bas sont en train de l'adopter. Le réseau de dispensation des biens de santé est dense, très développé avec des professionnels de qualité. Les malades ont le libre accès de leurs médecins, pharmaciens, établissements. L'éducation de santé se développe avec des campagnes de vaccination, des programmes dans les écoles.

De nombreuses mesures de maîtrise de santé sont apparues : mise en place de la carte sanitaire en 1970 puis budget global en 1983 pour les hôpitaux, maîtrise sur les prix dans les autres secteurs, etc ... Cependant, la crise demeure et le mécontentement se développe.

La France se place comme un des premiers pays du monde pour les dépenses de santé par personne en 1990 avec un rythme de croissance élevé.

Dépenses nationales de santé par habitant en 1990 (FF)	
Turquie	1445
Grèce	2995
Portugal	3906
Espagne	5388
Grande Bretagne	6711
Danemark	7108
Japon	8213
Italie	8215
Australie	8492
Pays- Bas	8721
Allemagne	9498
France	10176
Suisse	10249
Canada	13243
USA	18937

La couverture sociale et les taux de remboursement diminuent (4,6 points entre 1980 et 1990). Les ménages paient 18 % des dépenses, en tenant compte des

personnes ayant une mutuelle. Les sommes restant à la charge des assurés peuvent créer un réel problème d'accès aux soins.

La situation des établissements de soins et des professionnels de santé est défavorable : déséquilibre des rémunérations entre secteurs publics et privés, 2000 postes vacants de médecins dans les hôpitaux, situation difficile des médecins généralistes, pression importante sur le monde pharmaceutique à tous les niveaux.

Le système d'information basé sur les feuilles de maladie est insuffisant. Il permet d'établir des statistiques sur le nombre de consultations, les dépenses de masse et la consommation des patients en général mais serait beaucoup plus enrichissant si les actes effectués en ville et à l'hôpital étaient codés de manière à distinguer une appendicite d'une échographie.

En France, les informations circulent mal entre les services administratifs et les services médicaux des caisses d'assurance maladie et ne sont que partiellement communiqués aux professionnels concernés.

Professionnels qui ont leur part de responsabilité. Avec des organisations représentatives trop dispersées, le syndicalisme médical français est plus un organe de défense des droits acquis qu'un organe de proposition et de gestion. Tout le contraire des Pays-Bas, où les syndicats, s'ils défendent solidement leurs intérêts, proposent certains changements et participent à la gestion du système.

Enfin, les rapports entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale sont complexes. Les caisses négocient avec les syndicats professionnels mais les accords conclus sont soumis à l'approbation de l'Etat dont la position se détermine difficilement entre les trois ministères intervenant: les Finances, Les Affaires sociales et la Santé.

NB : Les tableaux sont extraits de "Les systèmes de santé" -OCDE-.

CONCLUSION

Une comparaison entre des Etats de la CEE permet d'énoncer et d'expliquer les difficultés rencontrées par chacun d'eux. On peut ainsi envisager les réformes à adopter avec une vision plus large. Une approche globale prend en compte des objectifs économiques mais aussi des éléments sociaux tels qu'ils sont définis par l'OMS : **(18)**

- assurer l'égalité devant la santé en réduisant l'écart entre les groupes socio-économiques,
- ajouter " de la vie en années " en assurant le plein développement et la pleine utilisation du potentiel physique et mental intégral ou résiduel des gens,
- ajouter " de la santé à la vie " en réduisant la morbidité et l'incapacité,
- ajouter " des années à la vie " en luttant contre la mort prématurée.

La maîtrise des dépenses de santé doit s'étendre à l'ensemble des secteurs d'un système déséquilibré par un contrôle inégal et limité. Les efforts doivent amener à rééquilibrer le système et être axés essentiellement sur :

- une adaptation aux nouveaux besoins créés par l'augmentation du nombre de personnes âgées,
- une meilleure répartition entre médecine de soins et besoins collectifs (santé scolaire, médecine du travail),
- une meilleure représentation des professionnels unis pour une politique constructive et non limitée à la critique,
- une rationalisation de l'organisation du régime général (ayant-droit, vérification des droits, mode de paiement),
- une attribution de moyens nécessaires aux ministères concernés pour rendre attractifs les postes d'administrateurs, de médecins et de pharmaciens conseils.

Enfin éducation et formation sont au coeur du problème. La recherche de la santé est l'une des aspirations humaines fondamentales mais ne doit pas dévier et mener à une surconsommation. L'éducation de santé a pour but d'amener le "consommateur" à une démarche réfléchie, encadré par des professionnels dont la

formation doit s'adapter à de nouvelles notions telles que la santé publique, la prise en charge des maladies chroniques, etc....

L'observation des différents systèmes de santé permet, en outre, d'élargir les débats, de prendre conscience que l'objectif de maîtrise des dépenses de santé est lié à l'amélioration de l'efficience et au maintien de l'équité. Cet objectif est l'un des éléments majeurs de la politique de santé des pays européens. La France ne manque pas d'atouts pour affronter un problème situé à mi-chemin entre la médecine et l'économie.

L'individualisme est une caractéristique bien française. Si la santé est une notion individuelle, de la capacité collective d'organiser le système de soins dépend le bien-être de chacun.

La santé n'a pas de prix, elle a un coût. En conséquence, l'approche économique est incontournable. Elargir la démarche, ne pas se limiter à un débat sur les revenus des professionnels de santé, aborder le problème sans négliger les aspects éducatifs, politiques de cet enjeu qui représente 8,9 % du produit intérieur brut en 1990, tel est le défi à relever.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anonyme
Le médicament otage.
INDUSTRIE SANTE, n°163, 1991.
2. Anonyme
Rationnement des dépenses pharmaceutiques: enjeux et limites.
INDUSTRIE SANTE, n°164, 1991.
3. Anonyme
Les réalités de l'industrie pharmaceutiques.
INDUSTRIE SANTE, n°164, 1991
4. Arrêté du 7 novembre 1991
Spécialités à durée de prescription réduite.
JOURNAL OFFICIEL du 21 novembre 1991.
4. Bakker A.
Drug consumption in The Netherlands.
1990.
5. Caisse nationale des travailleurs salariés
BLOC-NOTES STATISTIQUE, 49, n°47, 1990.
6. Drost P., Kamradt G.
The European Pharmaceutical Industry in the 1990's.
ABN Bank 1990.
7. Favreau Eric
L'impuissance d'un ministère.
LIBERATION du 28 octobre 1991.
8. Hurst Jeremy
La réforme des systèmes de santé dans sept pays de l'OCDE.
Groupe de travail sur la politique sociale, 1992.

9. Maurain C.
Production et distribution des médicaments aux Pays-Bas.
BULLETIN DE L'ORDRE, n°307, 1988.
10. Merlin Sophie
La protection sociale des travailleurs migrants, Les régimes sociaux des états membres.
LIAISONS SOCIALES, n°10775, 1990.
11. Ministère des Affaires étrangères
Le royaume des Pays-Bas: La Santé Publique, faits et chiffres.
1985.
12. Ministère du Bien-être, de la Santé et de la Culture
Les assurances maladies aux Pays-Bas.
1989.
13. Ministère du Bien-être, de la Santé et de la Culture
Réalités néerlandaises.
1985.
14. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale
La santé en France, faits majeurs et grandes tendances.
LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, 1989.
15. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Un bref aperçu des assurances sociales.
Publication mai 1989.

16. NEFARMA
Pharmaceutical facts.
Keys 1991.
17. Organisation de Coopération et de Développement
Economique
Les systèmes de santé. A la recherche de
l'efficacité.
ETUDE DE POLITIQUE SOCIALE, n°7, 1990.
18. Organisation mondiale de la santé
Les buts de la santé pour tous.
Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985.
19. Philbet T.
La pharmacie aux Pays-Bas:
Le plus beau fromage européen.
MONITEURS DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES n°1904,
8 septembre 1991.
20. Pouillier J.P.
Carences et surcapacité.
SOLIDARITE SANTE, Etudes statistiques, 1991.
21. Pouillier J.P.
Protection sociale et systèmes de santé.
SOLIDARITE SANTE, n°2, 1991.
22. San Martin H.
Santé publique et médecine préventive.
Edition Masson, 1983.
23. Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique
Les médicaments en France.
Chiffres clés 1991.

24. Tableaux comparatifs des régimes de sécurité sociale applicables dans les états membres des Communautés Européennes
15ème édition (au 1er juillet 1988)
Régime général (salariés de l'industrie et du commerce.
OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES
COMMUNAUTES EUROPEENNES – 1988.
25. Tessier Pierre
Les médicaments: L'avenir pour l'homme.
Edition du Rocher – 1991.
26. Venturi Patrick
Un espace social européen à l'horizon 1992.
OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES DES
COMMUNAUTES EUROPEENNES – 1988.

ADRESSES UTILES

I. PAYS-BAS

Centre d'information pour la sécurité sociale
Voolichtingscentrum Sociale Verzekering
1081 A P Zwaansuliet
Amsterdam
Tél: 020 448418

Ministère du Bien-être, de la Santé et de la Culture
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Sir. W. Churchillaan 368
BP 5406
2280 HK Rijswijk

Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi
Ministerie van Social Zaken en Werkgelegenheid
Centrale Directie Voolichting
Bibliotheek en Documentatie
Zeestraat 73
2518 AA Den Haag
Tél: 070 715911

II. LA FRANCE

Pour les commerçants et les industriels:

- à la caisse professionnelle dont ils dépendent
- à la caisse nationale Organic
9 rue Jadin
75852 Paris CEDEX 17

Pour les artisans:

- à la délégation départementale du lieu d'activité
- à la caisse nationale Cancava
28, Boulevard de Grenelle
75737 Paris

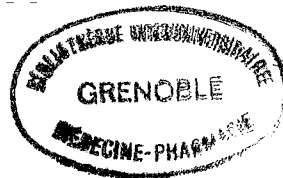
Pour les professions libérales:

- à la section professionnelle dont l'assuré relève
- à la caisse nationale CNAVPL
102, rue Miromesnil
75008 Paris



ABBREVIATIONS

ASMR	Amélioration Service Médical Rendu
CA	Chiffre d'affaires
CEE	Communauté économique européenne
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et développements économiques
RGTS	Régime général des travailleurs salariés
SS	Sécurité Sociale



A U T O R I S A T I O N D ' I M P R E S S I O N

et de soutenance

De la Thèse dont l'intitulé est :

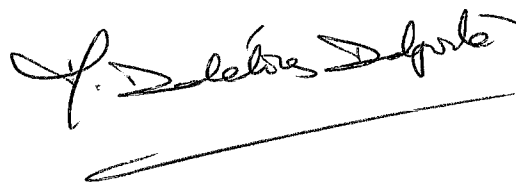
L' Assurance-Maladie aux PAYS-BAS : étude comparative
avec la FRANCE .

CANDIDAT : M^{ademoiselle} Valérie LAIGLE

VU

GRENOBLE, le 6 avril 1992

Le Président du Jury

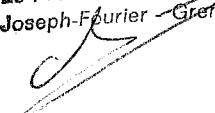


VU

GRENOBLE, le 30.04.1992

Le Président de l'Université
Joseph FOURIER GRENOBLE I
Sciences. Technologie. Médecine

Le Président de l'Université
Joseph-Fourier - Grenoble I



A. NEMOZ

