

	Part patronale	Part salariale**	Plafond annuel
<p>(3) Depuis 2014, le taux standard de la cotisation WHV se compose de la cotisation dite « WGA-vast » dont le taux standard est fixé à 0,51 %, de la cotisation dite « WGA-flex » dont le taux standard est fixé à 0,18 % ainsi que du taux standard de la cotisation d'assurance maladie ZW fixé à 0,34 %.</p> <p>L'employeur ayant choisi de prendre en charge le risque d'incapacité partielle de travail de ses salariés (par exemple par le biais d'une compagnie d'assurance privée) est exonéré de la cotisation WGA.</p> <p>(4) La cotisation supplémentaire (Sfn) au titre de l'assurance chômage varie en fonction du secteur d'activité de l'entreprise. Pour l'année 2014, la cotisation moyenne correspond à 2,68 %.</p>			

## B. Assurance maladie-maternité

### 1) Prestations en nature

#### a) Présentation

Le système de santé néerlandais est constitué de trois volets : les soins de santé de base (Zvw), les soins de longue durée ou de frais exceptionnels (AWBZ) et les assurances complémentaires volontaires.

En principe, toute personne qui réside ou exerce une activité professionnelle aux Pays-Bas est automatiquement assurée conformément à la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ). De même, en vertu de la Loi générale sur les soins de santé (*Zorgverzekeringswet – Zvw*), toute personne assurée de plein droit sur la base de l'AWBZ est tenue de contracter une assurance santé de base (Zvw).

Les enfants âgés de moins de 18 ans sont obligatoirement et gratuitement assurés pour les soins de santé à titre individuel. Il appartient au parent de souscrire, gratuitement, à une assurance auprès d'un assureur de soins pour l'enfant dont il a la charge.

**NB :** Les personnes étrangères qui s'installent aux Pays-Bas pour y exercer une activité professionnelle doivent obligatoirement souscrire à l'assurance santé dans un délai de 4 mois.

#### b) Loi générale sur les soins de santé (Zvw)

L'assurance maladie obligatoire offre un panier de « soins de base », comprenant certaines prestations que doivent fournir les assureurs à l'ensemble des assurés.

Le « panier de soins de base » (« basisverzekering ») est encadré par la Loi qui détermine la nature des soins, leurs étendue et indications thérapeutiques. De manière générale, il couvre : \*

- les soins médicaux ordinaires dispensés par les médecins généralistes et spécialistes
- les soins infirmiers
- les médicaments
- le matériel médical
- les soins dentaires pour les enfants (moins de 18 ans)
- les séjours en hôpital et le transport des malades
- certains soins paramédicaux (la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, la santé mentale, les conseils diététiques, etc.).

\* Les types de soins inclus dans le panier de soins de base peuvent varier d'une année sur l'autre.

#### **Système universel d'assurance maladie**

Afin de réduire les dépenses de santé, la Loi générale sur les soins de santé (*Zorgverzekeringswet - Zvw*) a profondément modifié le système néerlandais de soins de santé en mettant en place au 1<sup>er</sup> janvier 2006 un système universel d'assurance maladie.

Par conséquent, toute personne résidant aux Pays-Bas est obligatoirement tenue de souscrire une assurance maladie dite « de base » auprès d'un assureur de soins (au choix de l'assuré) qui est obligé d'accepter toutes les demandes de couverture maladie ; les assureurs ne peuvent pas refuser une demande d'assurance quel que soit le motif (âge, sexe, état de santé). Enfin, l'obligation d'accepter les demandes ne s'applique pas pour les couvertures maladie supplémentaires.

• [Consulter la liste d'assureurs de soins aux Pays-Bas](#)  .

L'assurance santé aux Pays-Bas est gérée par des sociétés d'assurance privées, sous la tutelle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*)  .