



Comissão
Europeia

Os seus direitos de segurança social

nos Países Baixos

O presente guia foi redigido e atualizado em estreita colaboração com os correspondentes nacionais do Sistema de Informação Mútua sobre a Proteção Social (MISSOC). Estão disponíveis mais informações sobre a rede MISSOC em: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pt&catId=815>

O presente guia apresenta uma descrição geral do regime de segurança social aplicável no respetivo país. Pode obter mais informações através de outras publicações MISSOC disponíveis na hiperligação supramencionada; pode igualmente contactar as autoridades e instituições competentes enunciadas no anexo do presente guia.

A Comissão Europeia, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, declina toda a responsabilidade pela utilização que possa ser feita das informações constantes da presente publicação.

Índice

Capítulo I: Introdução, organização e financiamento	4
Introdução	4
Organização da proteção social.....	5
Financiamento.....	6
Capítulo II: Cuidados de saúde.....	7
Aquisição do direito aos cuidados de saúde	7
Cobertura	7
Acesso aos cuidados de saúde	9
Capítulo III: Prestações pecuniárias por doença	10
Aquisição do direito a prestações pecuniárias por doença	10
Cobertura	10
Acesso às prestações pecuniárias por doença	10
Capítulo IV: Prestações por maternidade e por paternidade	12
Aquisição do direito a prestações por maternidade ou por paternidade	12
Cobertura	12
Acesso às prestações por maternidade e paternidade	13
Capítulo V: Prestações por invalidez.....	14
Aquisição do direito a prestações por invalidez	14
Cobertura	14
Acesso às prestações por invalidez.....	15
Capítulo VI: Pensões e prestações por velhice	16
Aquisição do direito a prestações por velhice	16
Cobertura	16
Acesso às prestações por velhice	16
Capítulo VII: Prestações por sobrevivência	18
Aquisição do direito a prestações por sobrevivência	18
Cobertura	19
Acesso às prestações por sobrevivência	19
Capítulo VIII: Prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais	20
Aquisição do direito a prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais	20
Cobertura	20
Acesso às prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais	20
Capítulo IX: Prestações familiares.....	21
Aquisição do direito a prestações familiares.....	21
Cobertura	21
Acesso às prestações familiares	21
Capítulo X: Desemprego	22
Aquisição do direito a prestações de desemprego.....	22
Cobertura	22
Acesso às prestações por desemprego	23
Capítulo XI: Recursos mínimos	24
Aquisição do direito a prestações de recursos mínimos	24
Cobertura	25
Acesso às prestações de recursos mínimos	25
Capítulo XII: Cuidados de longa duração	27
Aquisição do direito a cuidados de longa duração	27
Cobertura	27
Acesso a cuidados de longa duração.....	28
Anexo : Informações de contacto das instituições e endereços úteis na Internet.....	30

Capítulo I: Introdução, organização e financiamento

Introdução

O sistema da Segurança Social nos Países Baixos inclui os seguintes regimes:

- doença e maternidade;
- seguro de incapacidade para o trabalho; nos Países Baixos, não existe um regime de seguro especial para acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- pensões por velhice;
- prestações de sobrevivência;
- desemprego;
- prestações familiares.

Quem está segurado

Em princípio, estão segurados todos os trabalhadores assalariados e não assalariados. No entanto, os não assalariados não estão segurados contra o desemprego, nem têm direito a subsídio de doença ou de incapacidade.

O que deve fazer para poder receber prestações de segurança social?

Quando começa a trabalhar nos Países Baixos como trabalhador assalariado, fica automaticamente coberto por todos os regimes de seguros acima mencionados.

Existe apenas uma exceção: a Lei do Seguro de Doença obriga todos os residentes nos Países Baixos e todos os não residentes que trabalham nos Países Baixos, e que estão sujeitos ao imposto sobre o rendimento do trabalho, a subscrever um seguro de saúde junto de uma seguradora. O seguro não é efetuado automaticamente apenas pelo facto de a pessoa cumprir os critérios, como acontece com o seguro baseado na lei geral sobre as despesas excecionais de doença. Neste caso, a pessoa tem de escolher uma seguradora e celebrar um contrato de seguro. As seguradoras de saúde, por sua vez, são obrigadas a aceitar qualquer pessoa que pretenda celebrar um seguro.

Se é trabalhador por conta própria e possui uma empresa nos Países Baixos ou exerce aí a sua atividade profissional, está automaticamente coberto pela maior parte dos regimes nacionais de seguro. Contudo, não beneficia de seguro de desemprego.

O que fazer em seguida

Se é trabalhador por conta de outrem, deverá contactar, em caso de incapacidade para o trabalho ou de desemprego, o Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (*UWV, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*).

Outro organismo que pode ser importante para si é o Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*), onde deverá dirigir-se para requerer prestações familiares, ou uma pensão por velhice ao atingir os 65 anos.

Em caso de morte, o cônjuge sobrevivente e/ou os filhos devem também dirigir-se ao Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

Contribuições

Se for trabalhador por conta de outrem, a sua entidade patronal paga as contribuições correspondentes aos vários ramos da segurança social. A parte da quotização que lhe incumbe será deduzida do seu salário. A sua entidade empregadora é obrigada a reembolsá-lo do montante da quotização, proporcional ao rendimento, que teve de pagar nos termos da Lei do Seguro de Doença. Se receber prestações pecuniárias, a instituição competente deverá, em certos casos, deduzir uma quotização dessas prestações.

Se é trabalhador por conta própria, receberá um formulário do qual consta o montante da quotização a pagar. Este menciona igualmente o montante da quotização, proporcional ao rendimento, a pagar nos termos da Lei do Seguro de Doença.

A quotização relativa ao seguro de doença é cobrada diretamente pela caixa de seguro de doença em que estiver inscrito. A sua entidade patronal ou a entidade prestadora em que está inscrito podem dar-lhe mais informações sobre os montantes a pagar.

O que fazer em caso de desacordo com uma decisão de uma entidade seguradora

Se não estiver de acordo, pode recorrer de uma decisão de uma entidade seguradora. Para tanto, deverá apresentar uma reclamação dentro de um determinado prazo junto da entidade em questão. Esta entidade deverá reexaminar a decisão e pronunciar-se sobre a sua reclamação. Poderá novamente recorrer da decisão tomada em relação à sua reclamação, dentro de um determinado prazo, junto da secção de direito administrativo do tribunal de comarca (*Arrondissementsrechtbank*) mencionado no texto da própria decisão da entidade seguradora. O prazo de recurso é também indicado na decisão.

O procedimento de recurso consiste em remeter para o tribunal de comarca uma nota de reclamação na qual expõe o seu desacordo com a decisão tomada pela entidade seguradora e requer uma revisão da mesma. Não se esqueça de juntar uma cópia da decisão contestada.

Se não ficar satisfeito com a decisão do tribunal, pode ainda recorrer para o Conselho Central de Recurso (*Centrale Raade van Beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht*) num prazo de seis semanas a contar da data em que a sentença lhe for notificada.

Organização da proteção social

Nos Países Baixos, a segurança social é da competência conjunta do Ministério dos Assuntos Sociais e do Emprego (*Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*) e do Ministério da Saúde, da Previdência e dos Desportos (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). É feita uma distinção entre o seguro nacional, que abrange toda a população, e o seguro dos trabalhadores assalariados, que abrange apenas os trabalhadores assalariados. Os regimes nacionais de seguro garantem:

- seguro de velhice;
- prestações de sobrevivência;
- cuidados de saúde;
- seguro para despesas extraordinárias de doença, e

- prestações familiares.

Os regimes de seguro da entidade patronal garantem:

- seguro de subsídio de doença,
- seguro de invalidez, e
- o seguro de desemprego.

Não está previsto um sistema de seguro de invalidez para jovens deficientes. Não existe nenhum seguro especial para acidentes de trabalho ou doenças profissionais; estes riscos são cobertos pelos outros regimes de seguro. Além disso, o Estado instituiu um regime de assistência social que é gerido pelas autoridades municipais. Este regime é concebido como rede de segurança, já que tem por objetivo garantir um rendimento mínimo às pessoas que não dispõem, ou deixaram de dispor, de recursos suficientes para satisfazer as suas necessidades básicas.

Com exceção do seguro para despesas extraordinárias de doença e para despesas médicas, a aplicação dos regimes nacionais de seguro é da competência do Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

O Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (UWV) é responsável pela gestão dos regimes de seguro dos trabalhadores assalariados. O serviço público de emprego também é gerido pelo UWV. O Serviço de Inspeção dos Assuntos Sociais e do Emprego Trabalho e do Rendimento (*Inspectie SZW*) é responsável pela supervisão do UWV e do SVB.

O seguro de doença (cuidados médicos) é gerido por companhias privadas de seguro de doença, sob a supervisão da Autoridade Neerlandesa para a Saúde (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

O seguro geral para despesas extraordinárias de doença é gerido por companhias privadas de seguro de doença. A supervisão também é exercida pela Autoridade Neerlandesa para a Saúde (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

Ver também a secção sobre os [organismos competentes](#).

Financiamento

O sistema de segurança social neerlandês é financiado com base num regime de contribuições (pagas por residentes e não residentes, trabalhadores assalariados, trabalhadores independentes e entidades patronais) e impostos. Em certos casos, existe um financiamento suplementar através de impostos gerais, como acontece, por exemplo, com as pensões por velhice.

Capítulo II: Cuidados de saúde

Aquisição do direito aos cuidados de saúde

Os cuidados de saúde estão cobertos por dois regimes de seguro diferentes, que se complementam mutuamente: o seguro de doença e o seguro para despesas extraordinárias de doença. Este último baseia-se na lei geral sobre as despesas excepcionais de doença (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*).

Esta lei geral sobre as despesas excepcionais de doença cobre obrigatoriamente os residentes legais nos Países Baixos e as pessoas que vivem noutro país mas trabalham nos Países Baixos e aí pagam imposto sobre o rendimento do trabalho. Estas pessoas são obrigadas a subscrever um seguro de saúde ao abrigo da Lei do Seguro de Doença (*Zorgverzekeringswet*).

O governo previu duas exceções a esta regra geral:

- Os membros das forças armadas em serviço ativo são cobertos pela lei geral sobre as despesas excepcionais de doença, mas não são obrigados a subscrever um seguro ao abrigo da Lei do Seguro de Doença. Recebem cuidados dos serviços médicos do exército.
- A outra exceção ao seguro obrigatório aplica-se aos objetores de consciência. As pessoas que, por questões de princípio, objetam ao seguro não pagam os prémios previstos na lei geral sobre as despesas excepcionais de doença, nem são obrigadas a subscrever um seguro ao abrigo da Lei do Seguro de Doença. No entanto, têm de pagar uma contribuição variável em função do rendimento enquanto imposto de substituição.

Sendo titular de um seguro de doença ao abrigo da Lei do Seguro de Doença, tem direito a prestações médicas. As apólices de seguro de doença dividem-se em dois tipos principais: por um lado, as que concedem prestações em espécie e, por outro, as que se baseiam no reembolso das despesas médicas. A sua caixa de seguro de doença emite um certificado de inscrição que lhe permite identificar-se como beneficiário sempre que recorra à assistência médica. A subscrição de um seguro de doença junto de uma seguradora especializada garante-lhe automaticamente um seguro AWBZ.

Cobertura

O seu organismo de seguro de doença pode explicar-lhe em pormenor o conjunto das prestações a que tem direito nos termos da Lei do Seguro de Doença e da lei AWBZ. Os segurados ao abrigo da Lei do Seguro de Doença têm direito, entre outras, às prestações a seguir indicadas.

Cuidados de saúde

Nos cuidados médicos incluem-se prestações por médicos não especialistas, médicos especialistas, psicólogos e ginecologistas. Isso não significa que estas prestações devam ser fornecidas por estas pessoas. Se não se tratar de prestações reservadas, que devam ser registadas e cujo titular deva ser protegido nos termos da lei das profissões do sector dos cuidados de saúde individuais, as prestações em questão

podem ser dispensadas por outras pessoas. Estas prestações incluem, designadamente, os exames laboratoriais complementares e os cuidados de enfermagem.

Incluem também os testes genéticos, a hemodiálise não clínica, os serviços aos doentes com problemas respiratórios crónicos intermitentes e a prevenção das trombozes. Os equipamentos necessários para a hemodiálise não clínica e a respiração artificial para os doentes crónicos intermitentes dependem dos dispositivos médicos. Alguns tipos de cuidados prestados por médicos especialistas podem ser excluídos das prestações reembolsadas. Importa ainda precisar que a parte a cargo do segurado corresponde a um montante máximo fixado pela regulamentação de aplicação.

Os cuidados de saúde mental (incluindo a assistência psicológica geral) são abrangidos pela Lei do Seguro de Doença.

Produtos farmacêuticos

O fornecimento de produtos farmacêuticos inclui medicamentos e determinados produtos alimentares de utilização médica. Os medicamentos autorizados são, em princípio, repartidos por grupos de substâncias terapêuticas equivalentes. O limite de reembolso de um dado grupo de medicamentos é fixado com base no preço médio dos medicamentos desse grupo. Se um segurado preferir um medicamento mais caro, terá ele próprio de suportar a diferença de preço. Não há limite de reembolso para um medicamento autorizado mas não equivalente a outras substâncias terapêuticas. Este sistema é denominado "sistema de reembolso de medicamentos" (*genesmiddelenvergoedingensysteem* ou *GVS*).

As seguradoras podem limitar o reembolso dos medicamentos aos produtos que contêm certas substâncias ativas. Cabe salientar que são as próprias seguradas que, sob certas condições, definem os medicamentos reembolsados.

Transporte

O transporte de doentes efetua-se, sob reserva de autorização, por ambulância, táxi ou automóvel particular, desde que haja prescrição médica. O médico assistente emite um atestado para esse efeito. Nesta prestação também se inclui o transporte de doentes em transporte público, na classe mais económica, de um centro de prestação de cuidados de saúde ou o respetivo regresso. Em determinados casos, a seguradora pode autorizar transportes especiais, como, por exemplo, um helicóptero.

Quer se trate de transporte público, de táxi ou de automóvel particular, o segurado desembolsa inicialmente um certo montante durante 12 meses. As despesas de transporte em automóvel particular são reembolsadas segundo uma tarifa de montante fixo por quilómetro.

O transporte de doentes em posição deitada ou com necessidade de vigilância é autorizado apenas em quatro casos: doentes em diálise renal, doentes em quimioterapia ou radioterapia, ou ainda deficientes visuais que não possam deslocar-se sem acompanhamento e, por último, doentes em cadeira de rodas. A distância está limitada a 200 km (viagem de ida). O doente, antecipadamente autorizado pela seguradora a recorrer aos cuidados de uma instituição ou de um serviço de cuidados de saúde situado a maior distância, e que recebe cuidados por conta do seguro de saúde (tanto nos Países Baixos como no estrangeiro) tem direito ao reembolso de despesas de transporte a maior distância.

Existe contudo uma cláusula para imprevistos segundo a qual, em certos casos, os segurados não incluídos nas categorias supracitadas podem, apesar de tudo, ser reembolsados. Pode ser o caso de um segurado que seja obrigado a deslocar-se para tratamento de uma doença ou afeção de longa duração.

Cuidados dentários

No caso das crianças e jovens até aos 18 anos, os cuidados dentários incluem medidas de prevenção e preservação, aplicações de flúor até duas vezes por ano a partir dos seis anos, colocação de selantes, cuidados de higiene oral e tratamentos cirúrgicos. No caso dos adultos, cobrem próteses dentárias e tratamentos cirúrgicos especiais.

Próteses, óculos, aparelhos auditivos

Estas despesas de saúde necessitam de aprovação prévia da seguradora de saúde. O calçado ortopédico e os aparelhos auditivos apenas são comparticipados sob certas condições.

Tratamento hospitalar

O AWBZ suporta as despesas de assistência hospitalar – exceto a assistência em hospitais psiquiátricos ou no departamento de psiquiatria de um hospital geral ou universitário – se essa assistência se prolongar por mais de um ano.

Acesso aos cuidados de saúde

A sua seguradora emite um certificado de inscrição que lhe permite identificar-se como segurado sempre que recorra à assistência médica.

Pode escolher livremente qualquer médico que esteja autorizado a exercer. Contudo, para ter acesso a um especialista, necessita sempre da referência de um médico de clínica geral. Para efeitos de tratamento hospitalar, pode escolher livremente entre os hospitais ou estabelecimentos aprovados pelo Ministério da Saúde.

Os pagamentos podem ser feitos pela companhia privada de seguro de doença. Para a maioria dos cuidados previstos na lei, é exigido aos beneficiários com mais de 18 anos que suportem pessoalmente uma parte das despesas. Está prevista, no entanto, uma compensação em caso de doenças crónicas.

Se pretenderem obter produtos farmacêuticos, os beneficiários têm de se inscrever numa farmácia à sua escolha.

Capítulo III: Prestações pecuniárias por doença

Aquisição do direito a prestações pecuniárias por doença

Direito ao subsídio de doença ao abrigo de um seguro

O Código Civil obriga a entidade patronal a continuar a pagar ao assalariado doente, durante os dois primeiros anos de doença, pelo menos 70% do seu salário. Para quem (já) não tenha entidade patronal, a lei do Seguro de Doença serve de dispositivo de segurança. Após o período de dois anos, pode ter direito a uma prestação *WIA*.

O trabalhador tem direito a receber o subsídio de doença se o seu vínculo laboral terminar no primeiro dia de doença ou durante o período de pagamento obrigatório do ordenado. O subsídio de doença passa a ser pago desde a data em que termina o vínculo laboral, depois de transcorrido o período de carência de pelo menos 2 dias. Existem duas situações possíveis: uma pessoa com entidade patronal está coberta pelo seu empregador, que irá pagar os salários durante um período máximo de dois anos. Se uma pessoa possuir um contrato de trabalho de termo certo, for trabalhador independente (*uitzendkracht*) ou receber um subsídio de desemprego e ficar doente, o *UWV* desempenha a função de entidade patronal e a pessoa recebe um subsídio de doença.

O pagamento do subsídio de doença cessa, em qualquer caso, no primeiro dia do mês em que o beneficiário atinge 65 anos de idade ou quando a pessoa deixa de estar doente.

Direito a subsídio de doença depois de terminado o período de seguro

Em determinadas condições, pode ter direito a subsídio de doença se a doença for participada menos de um mês após o termo do seguro.

Cobertura

O trabalhador assalariado receberá (pelo menos) 70% do seu salário durante os dois primeiros anos de doença. A entidade patronal continuará a pagar o salário do assalariado até à 104.^a semana de doença, mas nunca para além da duração do contrato.

O salário diário máximo considerado é de 193,09 euros. Com a aprovação do ministro, esta percentagem pode ser aumentada pelas associações profissionais em acordos coletivos entre entidades patronais e os trabalhadores. No caso de 70% do rendimento diário for inferior ao salário mínimo, pode ter direito a um suplemento ao abrigo da Lei relativa às Prestações Complementares (*Toeslagenwet, TW*). Este direito está sujeito a condição de recursos de rendimentos.

Acesso às prestações pecuniárias por doença

O trabalhador com direito a subsídio de doença deve comunicar o mais depressa possível à sua empresa (impreterivelmente até ao segundo dia de incapacidade para o

trabalho) que não pode comparecer no trabalho devido a doença. A entidade patronal informa o trabalhador das normas que regem a comunicação da parte de doente.

O trabalhador deve facilitar a realização das inspeções. Em princípio, deve permanecer no seu domicílio às horas indicadas nas normas aplicáveis à inspeção de doentes.

Ao requerer o subsídio de doença, um trabalhador está obrigado ao cumprimento das normas estabelecidas pelo Instituto Nacional da Segurança Social (*UWV*), cabendo à entidade prestadora a responsabilidade pela verificação da sua incapacidade para o trabalho.

Capítulo IV: Prestações por maternidade e por paternidade

Aquisição do direito a prestações por maternidade ou por paternidade

Ver a secção sobre [cuidados de saúde](#)

Os segurados ao abrigo da Lei do Seguro de Doença têm direito, entre outras, a prestações de maternidade. Os segurados ao abrigo da AWBZ têm direito, entre outras, a cuidados destinados à mãe e à criança.

Se é trabalhadora assalariada e, portanto, segurada por direito próprio nos Países Baixos, tem direito, durante a gravidez, a prestações pecuniárias de maternidade (*Zwangerschapsuitkering* ou *WAZO, Wet Arbeid en Zorg*).

Cobertura

Os segurados ao abrigo da Lei do Seguro de Doença têm direito a cuidados a dispensar à mãe e à criança após o parto, durante um período máximo de 10 dias.

Os segurados ao abrigo da AWBZ têm direito a apoio e orientação e outros cuidados, durante a gravidez, e a seguimento regular e sistemático do estado de saúde do filho, durante os primeiros anos de vida. Em princípio, o seguro AWBZ cobre também as despesas relativas a tratamentos, cuidados de enfermagem e assistência, em caso de doenças de longa duração ou de deficiência grave.

A licença de maternidade é concedida por um período de 16 semanas. Entre seis e quatro semanas da licença têm de ser gozadas obrigatoriamente antes do parto e as remanescentes dez a doze semanas após o parto.

Em caso de nascimento prematuro, o número de dias em que o parto foi antecipado será acrescentado à licença pós-parto. Em caso de nascimento pós-termo, o número de dias de "atraso" acrescerá ao período total da licença. Nesse caso, a licença será superior a 16 semanas.

Durante a gravidez, a grávida tem direito a prestações de maternidade equivalentes ao seu salário diário completo. Durante o período de licença de 16 semanas, tem direito a uma prestação igual a 100% do seu salário, concedida pela entidade prestadora em que a sua entidade patronal está filiada. O salário diário máximo considerado é de 193,09 euros.

Se, após ter sido paga esta prestação, continuar a não poder trabalhar em consequência da gravidez ou parto, a mesma prestação (100% do seu salário diário) continuará a ser paga durante um período máximo de 52 semanas. Para além disso, se ficar doente em consequência da gravidez antes de ter início a licença de maternidade, a entidade prestadora pagar-lhe-á um subsídio de doença equivalente ao 100% do salário diário.

Além disso, tem direito a assistência obstétrica gratuita e ao reembolso dos cuidados de maternidade pela sua caixa de seguro de doença, se estiver inscrita num regime de seguro de doença dos Países Baixos (*Zorgverzekeringswet*). Normalmente, os cuidados de obstetrícia são prestados por uma parteira, embora também possam ser dispensados por um médico de clínica geral ou por um especialista, se necessário numa clínica ou num hospital, caso não haja parteira disponível ou por indicação médica.

Acesso às prestações por maternidade e paternidade

Para obter esta prestação, deve apresentar um atestado comprovativo da gravidez (*Zwangerschapsverklaring*) à sua entidade patronal. Esta receberá do UWV o reembolso das despesas associadas à licença de maternidade. Se é trabalhadora por conta própria, pode dirigir-se ao UWV para receber prestações por maternidade.

Pode obter mais informações sobre a assistência obstétrica gratuita e o reembolso dos cuidados de maternidade na entidade responsável pelo seu seguro.

Se pretender utilizar os serviços de um centro de cuidados de maternidade (*Kraamcentrum*), deve dirigir-se a uma associação de assistência médica (*Kruisvereniging*) o mais tardar cinco meses antes da data prevista para o parto.

Capítulo V: Prestações por invalidez

Aquisição do direito a prestações por invalidez

Trabalhadores por conta de outrem

A lei relativa ao trabalho e salário segundo a capacidade de trabalho (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) abrange todos os trabalhadores assalariados que sofrem de incapacidade total ou parcial para o trabalho.

Considera-se em situação de incapacidade total ou parcial para o trabalho uma pessoa que, em consequência de doença ou invalidez, não possa auferir a remuneração normal de um trabalhador saudável com a mesma formação e competências equivalentes que trabalhe no local onde a pessoa trabalha ou trabalhou ou num local próximo. Não é feita qualquer distinção entre as causas da incapacidade (invalidez ou acidente de trabalho). Para ter direito a qualquer prestação é necessária uma incapacidade de, pelo menos, 35%.

No caso das pessoas com incapacidade parcial, a tónica não é colocada na protecção do rendimento, mas antes no potencial de reabilitação. O regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade parcial para o trabalho (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicaptten, WGA*) encoraja o trabalhador e a entidade patronal a promover a reabilitação do trabalhador. O regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade total para o trabalho (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*) assegura o rendimento em caso de incapacidade para o trabalho total e permanente, sem perspectivas de recuperação ou com poucas probabilidades de recuperação. O IVA e o WGA fazem parte do WIA.

Trabalhador independente

Os trabalhadores não assalariados que ficaram com incapacidade para o trabalho não estão cobertos por estas prestações e devem subscrever autonomamente seguros contra o risco de incapacidade para o trabalho.

Cobertura

A lei relativa ao trabalho e salário segundo a capacidade de trabalho (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) tem as componentes a seguir indicadas.

Regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade parcial para o trabalho

O regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade parcial para o trabalho (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicaptten, WGA*) prevê o pagamento de uma prestação associada ao salário por um período que varia entre 3 e 38 meses. O montante de prestação depende do grau de incapacidade, do último salário do trabalhador e do salário auferido na situação de incapacidade parcial. Se não estiver a trabalhar, recebe 75% do último salário durante os primeiros dois meses e, depois disso, 70% do último salário. Se sofrer de incapacidade parcial e

estiver a trabalhar, recebe durante os primeiros dois meses, para além do seu salário, 75% da diferença entre o último salário e a remuneração auferida com o seu trabalho.

Pode ser paga uma prestação suplementar ao salário / prestação contínua até aos 65 anos de idade. Se ganhar, pelo menos, 50% da sua capacidade de ganho restante, receberá um suplemento salarial correspondente a 70% da diferença entre o último salário e a capacidade de ganho restante. As pessoas que, no final do período de benefício da prestação associada ao salário, não tenham trabalho ou ganhem menos de 50% da capacidade de ganho restante, recebem uma prestação correspondente a uma percentagem do salário mínimo.

Regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade total para o trabalho

Ao abrigo do regulamento sobre a concessão de prestações às pessoas com incapacidade total para o trabalho (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*), recebe 75% do seu último salário.

Acesso às prestações por invalidez

O UWV deve avaliar em que medida está incapaz de trabalhar. Informá-lo-á, o mais tardar 20 meses após a ocorrência da incapacidade para o trabalho, sobre como deverá requerer as prestações. O pedido deverá ser apresentado o mais tardar após 21 meses.

Capítulo VI: Pensões e prestações por velhice

Aquisição do direito a prestações por velhice

As pessoas que trabalham ou residem nos Países Baixos estão seguradas nos termos da Lei Geral do Seguro de Velhice (*Algemene Ouderdomswet*, ou *AOW*). Em geral, todos os homens e mulheres têm direito a uma pensão por velhice ao atingirem 65 anos de idade. Em determinadas circunstâncias, pode ser feito um seguro voluntário no estrangeiro, nos termos da Lei Geral do Seguro de Velhice.

Sistemas de pensão complementar

Se trabalha nos Países Baixos, pode estar coberto por um regime de pensões complementares. Em muitos sectores de atividade, existe um regime profissional de pensões. É o caso dos sectores da indústria metalúrgica, da construção civil, da pintura, da agricultura, das artes gráficas, da hotelaria e restauração, dos transportes rodoviários, da marinha mercante, da pesca marítima, da indústria têxtil e dos serviços de saúde. É também possível que a sua entidade patronal tenha um regime de pensões complementares que abranja apenas o seu pessoal ou tenha celebrado uma convenção de seguro com uma companhia de seguros de vida.

Cobertura

O montante de cada pensão é fixo, mas atualizado duas vezes por ano, de acordo com a evolução salarial. A pensão é paga mensalmente. É pago um subsídio de férias anual em maio. A pensão fixa (AOW) é reduzida em 2% por cada ano em que não esteve segurado, pelo que o interessado adquire 2% da pensão completa por cada ano completo em que trabalhou ou residiu nos Países Baixos.

Acesso às prestações por velhice

Pensões de velhice

Alguns meses antes de completar 65 anos, receberá, se estiver a residir nos Países Baixos, um formulário especial para requerer a pensão por velhice que deverá depois enviar ao Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

A pensão de velhice neerlandesa é concedida a partir do primeiro dia do mês em que fizer 65 anos. Se pedir a prestação mais de um ano depois dessa data, pode sofrer prejuízos financeiros.

No caso de pensão voluntária, o **Banco da Segurança Social** poderá facultar-lhe toda a informação necessária. Este seguro deve ser requerido oportunamente, isto é, dentro de um ano a partir da data da mudança de residência para o estrangeiro ou dentro de um ano após ter começado a residir ou a trabalhar nos Países Baixos. Deve referir-se que os cônjuges / companheiros que vivem no seu país de origem não estão segurados.

Sistemas de pensão complementar

Pergunte à sua entidade patronal se é esse o caso e quais os seus direitos ao abrigo desse regime.

A fiscalização destes regimes complementares é efetuada pelo *Nederlandsche Bank* (<http://www.dnb.nl>).

As prestações dos regimes de pensões complementares devem ser requeridas às caixas de pensões profissionais competentes ou à companhia de seguros de vida que gere o regime. Os litígios decorrentes da aplicação de um regime de pensões complementares são da competência dos tribunais civis.

Capítulo VII: Prestações por sobrevivência

Aquisição do direito a prestações por sobrevivência

Enquanto residir ou trabalhar nos Países Baixos, estará coberto pelo seguro de sobrevivência dos Países Baixos. Se já não reside ou trabalha nos Países Baixos, pode fazer uma inscrição voluntária neste seguro.

Este seguro, regulado pela lei geral de pensões de sobrevivência (*Algemene Nabestaandenwet*, ou *ANW*), inclui diferentes prestações, nomeadamente, uma pensão de sobrevivência, uma pensão para órfãos de pai ou mãe, uma pensão de orfandade (dos dois progenitores) e uma prestação por assistência.

O parceiro sobrevivente de um segurado falecido tem direito a uma pensão de sobrevivência se, à data do falecimento, tiver um filho solteiro com menos de 18 anos ou, sendo mulher, estiver grávida, estiver incapacitado para o trabalho (ainda que num emprego adequado, se não tiver capacidade para auferir 45% de um salário normal) ou tiver nascido antes de 1 de janeiro de 1950. Consideram-se como filhos do cônjuge sobrevivente menores de 18 anos tanto os seus próprios filhos como os filhos adotivos, ou seja, filhos de terceiros que recebem os mesmos cuidados e educação que os seus próprios. A pensão de sobrevivência cessa quando o sobrevivente deixa de ter filhos solteiros ou de sofrer de incapacidade para o trabalho.

Em qualquer dos casos, o direito à pensão de sobrevivência cessa no primeiro dia do mês em que o cônjuge sobrevivente completar 65 anos, data a partir da qual passará, por via de regra, a ter direito a uma pensão por velhice. A pensão de sobrevivência será igualmente suprimida caso o cônjuge sobrevivente contraia novo casamento, se inscreva no registo em situação de união de facto ou de coabitação com outra pessoa.

O progenitor ou a pessoa que se ocupa de um menor de 18 anos solteiro, órfão de pai ou mãe, e o acolhe no seu domicílio tem direito a receber a pensão para órfão de pai ou mãe, para crianças a quem tenha falecido um dos progenitores.

A prestação para órfãos de pai ou mãe cessa quando o filho mais novo atinge os 18 anos, ou se o jovem em questão passa a fazer parte de outro agregado familiar, ou se o progenitor ou tutor começar a receber uma pensão para família monoparental com base numa pensão de velhice. Também cessa se o filho for adotado pelo novo cônjuge do progenitor sobrevivente.

Em princípio, têm direito à prestação por orfandade os órfãos completos, ou seja, os que perderam pai e mãe. No entanto, o mesmo direito é também concedido aos órfãos de pai e mãe que tenham entre 16 e 21 anos e prossigam os estudos a tempo inteiro, ou que durante mais de 19 horas semanais realizem trabalhos domésticos num domicílio no qual reside pelo menos outro órfão, e ainda aos órfãos de 16 e 17 anos com deficiência. As prestações estão indexadas ao salário mínimo e variam em função da idade do órfão. Existem três grupos etários: filhos menores de 10 anos, filhos dos 10 aos 16 anos e filhos dos 16 aos 21 anos.

Cobertura

A pensão de sobrevivência pode atingir um montante correspondente a 70% do salário mínimo e está dependente dos rendimentos do sobrevivente.

A prestação para órfãos de pai ou mãe equivale ao 20% do salário mínimo e não depende dos rendimentos. Deste modo, um cônjuge sobrevivente com um filho menor de 18 anos pode receber prestações correspondentes a 90% do salário mínimo.

As pensões de orfandade estão indexadas ao salário mínimo e variam em função da idade do órfão. Existem três grupos etários: filhos menores de 10 anos, filhos dos 10 aos 16 anos e filhos dos 16 aos 21 anos. A prestação por orfandade é concedida independentemente de outros possíveis rendimentos.

O montante das prestações é ajustado duas vezes por ano em função da evolução do salário mínimo. A pensão é paga mensalmente. Em maio é pago um subsídio de férias.

Em caso de morte ou de expiração do período de seguro, o montante da pensão depende de acordos internacionais e dos períodos de seguro cumpridos pelo falecido nos Países Baixos.

Subsídio por morte

O cônjuge sobrevivente recebe uma prestação pecuniária a contar do dia em que ocorreu a morte do segurado. A partir dessa data, cessa o pagamento do salário. A prestação é igual a 100% do salário mensal na altura em que ocorre a morte. Se o trabalhador falecido recebia uma prestação social (*WW-*, *Ziektewet-*, *WAO-*, *WIA*, *WAZ*, *IOW*, *TW* ou *Wajong uitkering*), também será pago um subsídio por morte. Esta ajuda é também equivalente a um mês da prestação social.

Acesso às prestações por sobrevivência

Deve entregar o pedido correspondente no prazo de um ano a contar da data em que abandonou os Países Baixos. Poderá obter mais informações junto do Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

Em caso de morte de um segurado, os seus familiares sobreviventes residentes nos Países Baixos têm de requerer, o mais rapidamente possível, a pensão de viuvez ou de órfão (de pai e/ou mãe) ao Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank*). A apresentação do pedido mais de um ano após o falecimento do segurado pode comportar prejuízos financeiros para o requerente.

Se receber uma pensão de sobrevivência, poderá também ter direito a receber o abono de família. Poderá obter mais informações junto do Banco da Segurança Social.

Em caso de morte após a expiração do período de seguro, os sobreviventes devem requerer a pensão de sobrevivência à instituição de seguro de pensões do país onde residem, que se encarregará de transmitir o pedido ao Banco da Segurança Social dos Países Baixos. Se apresentar o pedido mais de um ano após o falecimento do segurado, pode sofrer prejuízos financeiros. O Banco da Segurança Social verificará se as condições para a concessão da pensão estão preenchidas e, ao mesmo tempo, se tem direito a abono de família.

Capítulo VIII: Prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

Aquisição do direito a prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

Nos Países Baixos, não existe um regime de seguro distinto para acidentes de trabalho e doenças profissionais. Se estiver incapacitado para o trabalho em consequência de acidente de trabalho ou de doença profissional, tem direito à aplicação do [regime de doença](#) durante os dois primeiros anos. Depois deste período, pode ter direito a uma [prestação pecuniária por invalidez](#). Tem igualmente direito a [prestações em espécie](#) ao abrigo do seu seguro de saúde.

Cobertura

Ver a secção sobre [prestações pecuniárias por doença e invalidez](#).

Acesso às prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

Ver a secção sobre [prestações pecuniárias por doença e invalidez](#).

Capítulo IX: Prestações familiares

Aquisição do direito a prestações familiares

Em princípio, se reside ou trabalha nos Países Baixos tem direito a abonos de família a partir do primeiro filho. Este direito deriva dos seus próprios filhos, enteados e filhos adotivos, desde que sejam menores de 16 anos e estejam a seu cargo nos termos definidos pela legislação dos Países Baixos. Os filhos com idades entre os 16 anos e os 18 anos devem preencher condições adicionais: terão de ser estudantes, deficientes ou estar desempregados. Verificam-se ainda, condições de sustento e educação para crianças que não vivem com os pais, ou seja o montante o abono de família pode variar consoante o nível de sustento dado pelos pais. O rendimento dos filhos não pode exceder certos limites no caso de não viverem em casa dos pais e se, vivendo com os pais, tiverem 16 ou 17 anos.

Para terem direito a abonos de família, os interessados devem estar segurados no primeiro dia do trimestre em que pedem o abono. Nessa mesma data, devem também satisfazer as demais condições para a concessão do abono de família.

Para além do abono de família acima referido, existe uma lei relativa ao orçamento para os filhos. O montante desta prestação depende do rendimento dos pais, do número e da idade das crianças.

Cobertura

O montante do abono de família depende do número de pessoas que compõem o agregado familiar e da idade dos filhos no primeiro dia de cada trimestre (data de referência).

Acesso às prestações familiares

Para poder receber abonos de família, deve enviar um formulário de pedido, devidamente preenchido e assinado, à delegação distrital (*Vestigingskantoor*) do Banco da Segurança Social (*Sociale Verzekeringsbank – SVB*) da localidade onde reside. Se a criança nascer nos Países Baixos, o SVB enviar-lhe-á, no prazo de algumas semanas, um formulário para efetuar o seu pedido. Os formulários podem ser obtidos junto do **Banco de Segurança Social**. Após o pedido inicial, apenas terá de comunicar ao serviço local do SVB as alterações dos dados que podem afetar o direito ao abono de família. O abono de família é pago no fim de cada trimestre. Quando os filhos pertencem ao agregado familiar dum casal, o pedido pode ser feito pela mãe ou pelo pai. Quando os pais estão divorciados ou separados, o pedido deve ser feito por aquele que tem os filhos a cargo.

Capítulo X: Desemprego

Aquisição do direito a prestações de desemprego

Se ficar desempregado nos Países Baixos, tem direito a um subsídio de desemprego nos termos da Lei do Desemprego (*Werkloosheidswet* ou *WW*). Para ter direito ao subsídio de desemprego, deve preencher determinadas condições, nomeadamente:

- é necessário que tenha perdido pelo menos cinco horas de trabalho por semana (e o salário correspondente) como trabalhador assalariado (os trabalhadores com um emprego de menos 10 horas semanais têm de ter perdido pelo menos metade dessas horas);
- estar disponível para aceitar um emprego neerlandês;
- deve ter trabalhado nas 36 semanas anteriores ao primeiro dia de desemprego, pelo menos um dia por semana durante um mínimo de 26 semanas (condição de trabalho).

Se cumprir estas condições, tem direito ao WW, a não ser que:

- tenha direito a uma prestação por doença ou invalidez;
- tenha 65 anos;
- viva ou resida fora dos Países Baixos;
- esteja detido;
- se encontre numa de outras situações previstas.

Se não reunir as condições necessárias para receber um subsídio de desemprego, ou se tiver expirado o período durante o qual teve direito a um dos subsídios atrás referidos, poderá, em determinadas circunstâncias, receber uma prestação de rendimento concedida pelo município onde reside. O montante desta prestação dependerá da sua situação familiar e dos meios de subsistência de um eventual companheiro.

Para ter direito ao subsídio de desemprego, deve preencher determinadas condições, nomeadamente:

- estar inscrito no Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (UWV);
- estar efetivamente à procura de emprego e aceitar emprego conveniente;
- tem de informar o UWV sobre as suas atividades, como sejam candidaturas e trabalho.

O não cumprimento destas obrigações implica a cessação da prestação ou a aplicação de sanções.

Cobertura

Recebe 75% do último salário diário (sujeito a um limite máximo) durante os dois primeiros meses e 70% a partir dessa data.

A duração das prestações é limitada. Uma pessoa que cumpre apenas a condição relativa às semanas de trabalho recebe prestações durante um período máximo de três meses. Uma pessoa que cumpre também a condição relativa aos anos de trabalho beneficia das prestações durante o número de meses igual ao que esteve empregada, com um máximo de 38 meses. Considera-se cumprida a condição relativa aos anos de trabalho se a pessoa auferiu um salário durante, pelo menos, 52 dias ao longo de um mínimo de quatro anos de trabalho nos cinco anos anteriores ao ano em que ficou desempregada.

Em determinados casos, se o seu subsídio for inferior ao mínimo social (*sociaal minimum*), pode ter direito a um suplemento ao abrigo da Lei relativa às Prestações Complementares (*Toeslagenwet*). Em qualquer caso, os subsídios são suprimidos no dia em que fizer 65 anos, altura em que terá direito a uma pensão por velhice.

Acesso às prestações por desemprego

Para receber o subsídio de desemprego, tem de apresentar um pedido ao Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (UWV) onde também tem de se inscrever como pessoa à procura de emprego.

Capítulo XI: Recursos mínimos

Aquisição do direito a prestações de recursos mínimos

Lei das prestações complementares (TW)

A TW é uma garantia de rendimento mínimo a favor de certos beneficiários de prestações cujo nível de rendimento é inferior ao rendimento social mínimo. A lei TW prevê a concessão de uma prestação complementar equivalente à diferença entre o rendimento recebido e o rendimento social mínimo.

Esta prestação pode ser o complemento de um subsídio de doença, desemprego ou de incapacidade para o trabalho, bem como do subsídio de gravidez, parto, adoção e tutela.

Considera-se que tem direito a uma prestação complementar quando:

- é casado (ou vive em união de facto) e auferir um rendimento (de agregado familiar) inferior ao salário mínimo;
- vive sozinho com um filho menor de 18 anos e tem um rendimento inferior a 90% do salário mínimo;
- vive só e tem um rendimento inferior a 70% do salário mínimo.

Lei relativa às prestações por deficiência para jovens deficientes (*Wajong*);

Esta lei oferece visa ajudar os jovens deficientes e os estudantes portadores de uma deficiência precoce a encontrar e manter um emprego remunerado. Além disso, os jovens deficientes podem requerer um subsídio de complemento aos seus rendimentos do trabalho.

Tem direito a este subsídio e/ou a prestações ao abrigo da lei se, à data em que completar dezassete anos, não puder auferir mais de 75% do salário de uma pessoa saudável com a mesma formação e experiência profissional (*maatman*). Também pode ter direito a este subsídio e/ou prestação se tiver menos de 30 anos e não for capaz de ganhar mais de 75% do salário de uma pessoa saudável com a mesma formação e experiência profissional (*maatman*) durante os seus estudos, impedindo-o de, após o termo destes, exercer em pleno uma atividade profissional. Nesse caso, deve ter sido estudante pelo menos seis meses ao longo do ano que precedeu a ocorrência da sua invalidez.

Perde o direito ao subsídio *Wajong* quando completar 65 anos, ou se ganhar mais de 75% do salário de *maatman*.

Pode candidatar-se a um subsídio *Wajong* se lhe for reconhecida uma incapacidade para ganhar mais de 75% do salário de *maatman* durante um período ininterrupto de pelo menos 52 semanas consecutivas. Há, por conseguinte, um prazo de espera de um ano. Este prazo tem em conta períodos de doença de quatro semanas seguidas.

Após o prazo de espera, tem de continuar a não poder ganhar mais de 75% do salário do *maatman*. Se isso não se verificar, mas se, entretanto, no decurso de quatro

semanas a contar do fim do prazo de espera não puder ganhar mais de 75% do salário de *maatman*, manterá o direito ao subsídio.

Assistência social

Enquanto instrumento destinado a criar uma rede de segurança, a Lei do Trabalho e da Assistência Social (*Wet Werk en Bijstand – WWB*) concede um rendimento mínimo a qualquer pessoa que resida legalmente nos Países Baixos e não disponha de meios suficientes para prover às suas necessidades. A prestação por assistência ajuda-o até a encontrar um emprego. O interessado tem de envidar todos os esforços para poder novamente prover ao seu sustento e é obrigado a aceitar os postos de trabalho que, regra geral, se considerem adequados. Se não conseguir encontrar emprego, o município onde requereu uma prestação social e/ou uma empresa de reintegração podem ajudá-lo a procurar emprego ou formação. Um beneficiário que viva sozinho e tenha de suportar despesas de alojamento tem direito, em princípio, a uma prestação de assistência social equivalente a 70% do salário mínimo.

Para obter informações mais pormenorizadas sobre a WWB, consulte os [Quadros MISSOC](#).

Cobertura

Lei das prestações complementares (TW)

A TW completa o salário em qualquer regime de seguro se o beneficiário estiver abaixo do rendimento social mínimo (70% do salário mínimo) e a entidade patronal, durante o segundo ano de doença, continua a pagar o salário mas apenas até ao limite de 70%, o que pode implicar que o assalariado receba menos do que o rendimento social mínimo.

Lei relativa às prestações por deficiência para jovens deficientes (*Wajong*);

O montante da prestação depende da sua idade e do salário que tiver a capacidade de ganhar. O subsídio de complemento aos rendimentos visa permitir que os jovens deficientes gerem eles próprios o máximo possível do seu rendimento. A abordagem geral consiste em tornar o trabalho atrativo em que vale a pena apostar. O subsídio *Wajong* varia se a situação se alterar. Se houver alterações ao nível da saúde, do emprego ou do salário da pessoa, a prestação pode ser ajustada. É por este motivo que o Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (UWV) continuará a avaliar a situação.

O período de validade de um subsídio *Wajong* coincide com o da incapacidade para o trabalho, e termina ao atingir 65 anos. O UWV pode convocá-lo para reavaliação da sua incapacidade.

Acesso às prestações de recursos mínimos

Lei das prestações complementares (TW)

A prestação é paga pelo Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados (UWV). Dispõe de seis semanas para o requerer após lhe ter sido

reconhecida a admissibilidade ao benefício. O pedido de complemento a qualquer regime de subsídio deve ser dirigido à Empresa de Trabalho UWV (*Werkbedrijf*).

Lei relativa às prestações por deficiência para jovens deficientes (*Wajong*);

Caso se tenha tornado (parcialmente) deficiente antes dos dezassete anos, pode requerer o subsídio *Wajong* junto do UWV quatro meses antes de fazer dezoito anos.

Caso se tenha tornado (parcialmente) deficiente durante os estudos e ainda não tiver completado 30 anos, pode requerer o subsídio *Wajong* no prazo de oito meses após ter adquirido a deficiência.

Capítulo XII: Cuidados de longa duração

Aquisição do direito a cuidados de longa duração

A lei geral sobre as despesas excepcionais de doença (*Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ*), de 14 de dezembro de 1967, cobre os riscos associados aos cuidados de doentes em internamento prolongado, de idosos, de deficientes e de deficientes mentais com doenças crónicas.

Todos os residentes e não residentes que trabalham nos Países Baixos e, por conseguinte, pagam imposto sobre o rendimento, estão cobertos pelo seguro de cuidados de longa duração.

Os cuidados de saúde estão cobertos por dois regimes de seguro diferentes, que se complementam mutuamente: o seguro de doença e o seguro para despesas extraordinárias de doença. Este último baseia-se na [lei geral sobre as despesas excepcionais de doença](#) (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWB*). Por força da AWBZ, todas as pessoas que trabalham ou residem nos Países Baixos estão abrangidas por este regime. Em princípio, as pessoas obrigatoriamente cobertas por esta lei geral sobre as despesas excepcionais de doença têm o dever de subscrever um seguro de saúde. O governo previu duas exceções a esta regra geral: uma para os membros das forças armadas em serviço ativo e outra para os objetores de consciência.

Cobertura

Os cuidados são classificados de acordo com cinco categorias amplas: cuidados pessoais (por exemplo através da assistência ao beneficiário quando este toma banho, se veste, se barbeia, utiliza a casa de banho, come e bebe); enfermagem (por exemplo através da colocação de pensos e da administração de medicamentos e injeções), orientação de apoio (por exemplo através da assistência ao beneficiário para que este organize o seu dia ou aprenda a cuidar da sua habitação), tratamento (por exemplo através de cuidados prestados por um especialista em geriatria, um médico dedicado às pessoas com deficiências do desenvolvimento ou um cientista comportamental) e alojamento (por exemplo através da disponibilização de albergues noturnos e cuidados de internamento se os cuidados prestados no ambiente familiar não forem suficientes para dar resposta às necessidades do segurado).

Os cuidados são prestados sob a forma de “produtos”. Os cuidados domiciliários, a entrada num lar e a entrada numa instituição destinada a pessoas com deficiências do desenvolvimento ou da componente física são exemplos de produtos disponibilizados ao abrigo da AWBZ. Um produto pode consistir numa só função ou num conjunto de funções.

No quadro de uma experiência relativa às prestações pecuniárias, o beneficiário pode optar por não receber as prestações em espécie e, em vez disso, receber um orçamento pessoal para cuidados (*persoonsgebonden budget, PGB*) que lhe permite adquirir os cuidados de forma independente. Este orçamento destina-se exclusivamente a pessoas com indicação de permanência prolongada (internamento). O montante do PGB depende dos cuidados de que necessita. As pessoas que já

beneficiem de um PGB sem indicação de permanência prolongada (internamento) mantêm o seu orçamento até ao dia 1 de janeiro de 2014.

É concedida uma compensação financeira anual de 200 euros aos prestadores de cuidados não profissionais que prestam cuidados de longa duração em casa a uma pessoa que deles necessite.

Os cuidados são prestados através das prestações em espécie a seguir enunciadas.

Cuidados domiciliários

Trata-se de cuidados ao domicílio prestados por uma instituição a beneficiários que sofram de doença ou perturbações do foro somático, psicogeriátrico ou psiquiátrico ou que sejam portadores de deficiência física ou mental. Consistem na realização, ou no apoio à realização, das atividades relacionadas com os cuidados pessoais, com o objetivo de compensar a incapacidade (temporária) do beneficiário, permitindo-lhe viver na sua própria casa.

Os cuidados domiciliários incluem o empréstimo de equipamento de enfermagem por um período máximo de 26 semanas.

Cuidados semirresidenciais

Trata-se de cuidados prestados numa instituição a beneficiários que sofram de doença ou perturbações do foro somático, psicogeriátrico ou psiquiátrico ou que sejam portadores de deficiência física ou mental. Estes cuidados visam promover ou preservar a vida autónoma, impedindo a institucionalização ou o abandono da pessoa segura.

Cuidados residenciais

Trata-se de cuidados prestados numa instituição a beneficiários que sofram de doença ou perturbações do foro somático, psicogeriátrico ou psiquiátrico ou que sejam portadores de deficiência física ou mental e que necessitem de um meio protegido para viver, de acompanhamento terapêutico ou de supervisão permanente.

Outras prestações

Além das categorias de cuidados acima referidas, os beneficiários têm também direito a outros cuidados ao abrigo da AWBZ como, por exemplo, o transporte de doentes, serviços de enfermagem, cuidados e apoio relacionados com a língua gestual, cuidados de reabilitação, cuidados pré-natais, investigação sobre alguns problemas de saúde congénitos relacionados com o metabolismo e vacinas incluídas num programa de vacinação

Acesso a cuidados de longa duração

Compete ao Centro de Avaliação da Necessidade de Cuidados (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*) determinar, de forma imparcial, objetiva e rigorosa, se a pessoa necessita de cuidados e, em caso afirmativo, de que tipo de cuidados e de quantos cuidados necessita.

O *CIZ* avalia a necessidade de cuidados de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) da Organização Mundial de Saúde. A

avaliação feita pelo CIZ é válida por um período máximo de cinco anos. Após este período, é necessário proceder a uma reavaliação das necessidades.

Os cuidados são principalmente prestados por instituições. Para poder prestar cuidados ao abrigo do AWBZ, a instituição necessita de aprovação e tem de celebrar um contrato com um organismo responsável pela aplicação das disposições da lei.

Os beneficiários também podem optar por usar o seu orçamento pessoal para cuidados (*persoonsgebonden budget, PGB*) para receber assistência de prestadores de cuidados não profissionais (como sejam vizinhos ou amigos) ou de prestadores profissionais (agências especializadas, por exemplo).

A sua caixa de seguro de doença emite um certificado de inscrição que lhe permite identificar-se como beneficiário sempre que recorra à assistência médica. As pessoas que tenham subscrito um seguro de doença ao abrigo da Lei do Seguro de Doença são automaticamente inscritas na caixa de seguro de doença para beneficiarem da proteção prevista na AWBZ.

Anexo : Informações de contacto das instituições e endereços úteis na Internet

Para questões de segurança social que respeitem a mais do que um país da UE, poderá procurar uma instituição de contacto no diretório de instituições gerido pela Comissão Europeia, disponível em: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=pt

Pode obter mais informações sobre a segurança social neerlandesa em: "*Stand van zaken van de sociale zekerheid overzicht 1 juli 2007*" (disponível também em inglês) que se encontra no endereço Internet *overzicht 1 juli 2012* (Segurança Social nos Países Baixos - Situação em 1 de julho de 2012) em: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/01/04/stand-van-zaken-van-de-sociale-zekerheid.html>

Caso pretenda obter mais informações sobre os cuidados de saúde nos Países Baixos, consulte o *Gezondheid en Zorg* em: <http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>

-Informações sobre a legislação em inglês:
<http://www.government.nl/issues/pensions-and-benefits>

Informações sobre o direito do trabalho transfronteiriço

<http://english.szw.nl/>

Informações sobre a segurança social transfronteiriça

Instituto da Segurança Social

Sotsiaalkindlustusamet
College voor zorgverzekeringen (CVZ)
Postbus 320
1110 AH Diemen
Tel.: (31-10) 428 9551
<http://www.buitenland.cvz.nl>

Banco da Segurança Social

Sociale Verzekeringsbank (SVB)
Postbus 357
1180 AJ Amstelveen

Destacamento internacional

Internationale Detachering (ID)]
Tel.: (31-20) 656 52 77

Seguro voluntário

Vrijwillige Verzekeringen AOW/Anw

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

Gabinete dos assuntos alemães

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

Gabinete dos assuntos belgas

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

Instituto de Gestão dos Seguros dos Trabalhadores Assalariados

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

Prestações de cuidados de saúde no estrangeiro (Agis)

[Zorgverzekering buitenland (Agis)]
Postbus 19 3800 HA Amersfoort
Tel.: (31-900) 8685
<http://www.agisweb.nl>

Prestações de cuidados de saúde no estrangeiro (CZ Sittard)

Zorgverzekering buitenland (CZ Sittard)
Postbus 55
6130 MA Sittard
<http://www.cz.nl>

Informações sobre a fiscalidade transfronteiriça

Centro de assistência a Trabalhadores e Empresários além-fronteiras - Alemanha, Bélgica, Países Baixos

Steunpunt Grensoverschrijdend Werken en Ondernemen (GWO) Duitsland, België Nederland
Terra Nigrastraat 10
6216 BL Maastricht
Tel.: 0800 024 12 12 (a partir dos Países Baixos)
0800 902 20 (a partir da Bélgica)
0800 101 13 52 (a partir da Alemanha)
<http://www.belastingdienst.nl>

Administração Fiscal e Aduaneira

Belastingdienst

Limbourg/Serviço Estrangeiro

(Limburg/kantoor Buitenland)

Postbus 2865

6401 DJ Heerlen

Tel.: (31-55) 53 85 385

<http://www.belastingdienst.nl>

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