



BENCHMARKING

FICHA DE PAÍS

HOLANDA

Healthy'n
Portugal

FICHA TÉCNICA

Título do Estudo

Atlas de Oportunidades | Ficha de País | Alemanha

Projeto

Healthy'n Portugal

Promotor

AEP – Associação Empresarial de Portugal

Parceiro

HCP – Health Custer Portugal

Coordenação

Paulo Nunes de Almeida

Equipa do estudo

Amadeu Martins

Rui Pedro Freitas

Sérgio Ribeiro

Design gráfico

Olga Ribeiro

Data

Janeiro de 2013

Website

www.healthyn.pt

Projeto cofinanciado pelo Estado Português e pela União Europeia



A presente ficha de mercado é uma parte integrante e não editável do “Atlas de Oportunidades no Turismo de Saúde e Bem-estar” pelo que se opta por utilizar gráficos, figuras e tabelas no seu formato original, sem reconstrução e edição.



ÍNDICE

Saúde	05
Identificação do Mercado	07
Caraterização Macroeconómica	07
A saúde na Holanda	07
Coberturas	09
Nível de recursos	10
Listas de espera	12
Preços	13
Turismo Saúde e Bem Estar	14
Balança Comercial	15
Inbound	16
Outbound	16
Produtos	16
Destinos	16
Motivações	16
Operadores	17
Turismo e Expatriados	18
Anexos	20
Macroeconómica	21
Mercado da Saúde	22
Organização	22
Avaliação dos Serviços de Saúde	27







IDENTIFICAÇÃO DO MERCADO

Holanda é o nome de uma região histórica no centro-oeste dos Países Baixos, localizada na Europa ocidental.



CARACTERIZAÇÃO MACROECONÓMICA

A população total registada, em 2011, na Holanda, foi de 16,7 milhões de pessoas, uma variação de 45 % nos últimos 50 anos, com base nos dados do Banco Mundial. A Holanda representa 0,24 por cento do total da população do mundo, ou seja uma em cada 418 pessoas do planeta reside na Holanda.

A maioria da população dos Países Baixos é etnicamente holandesa (ou neerlandesa). Uma estimativa de 2005 mostrou que 80,9% da população se considera holandesa, 2,4% indonésia, 2,4% alemã, 2,2% turca, 2,0% surinamesa, 1,9% marroquina, 0,8% das Antilhas e de Aruba, e 7,4% de outras etnias.

O Produto Interno Bruto (PIB) holandês valia 633046,55 milhões de euros em dezembro de 2011, de acordo com um relatório publicado pelo Banco Mundial.

O Produto Interno Bruto per capita da Holanda cifra-se em 32807,50 € em 2011, de acordo com o mesmo relatório.

A Holanda registou, em 2011, um déficit orçamental governamental igual a 4,5 por cento do Produto Interno Bruto.

O Rendimento Disponível das Famílias holandesas aumentou para perto 199469,5 milhões de euros em Janeiro de 2012.



A SAÚDE NA HOLANDA

Desde Janeiro de 2006 que todos os residentes que pagam imposto sobre o rendimento nos Países Baixos são obrigados a possuir uma cobertura de seguro saúde, com exceção daqueles com objeções de consciência ou que sejam membros ativos das forças armadas. A cobertura é obrigatória no âmbito da Lei de Seguro de Saúde (Zorgverzekeringswet, ou ZVW), sendo garantida por seguradoras privadas de saúde e regulamentada pelo direito privado.

Em 2007, cerca de 231 000 pessoas (1,5% da população holandesa) não estavam seguradas. Outras 240 000 eram não liquidatárias. Em 2009-10 foram adicionadas medidas políticas para impor a obrigatoriedade e o pagamento dos prémios de seguro. Os requerentes de asilo são cobertos pelo governo e há vários mecanismos implementados que permitem, aos imigrantes ilegais que não podem pagar o atendimento, o reembolso dos custos de cuidados de saúde. A Legislação para a criação de um fundo do governo para cobrir parte dos custos de cuidados de saúde de imigrantes ilegais foi implementada em 2008.

Até 2006, as pessoas com rendimentos acima de cerca de 30 000 € por ano, e os seus dependentes (cerca de 35% da população), estavam excluídos da cobertura estatutária fornecida por fundos de saúde públicos e podiam comprar a sua cobertura a seguradoras privadas de saúde. Esta forma de seguro de saúde substitutivo, privado, foi regulamentada pelo governo de modo a garantir que as pessoas mais idosas ou as pessoas com problemas de saúde tenham acesso adequado a cuidados de saúde, sendo ainda a forma de compensar o regime de seguro de saúde de financiamento público pela cobertura de um número desproporcional de indivíduos de alto risco.

O seguro privado de saúde substituto foi abolido em 2006. A reforma de 2006 acabou, assim, com a coexistência de planos de seguros públicos e privados. Desde então, toda a população holandesa foi, legalmente, obrigada a comprar a mesma

cobertura básica de seguros de direito privado e que incluem, também, os fundos de doença inscritos no antigo plano público.

A maioria das pessoas compra uma mistura de seguros de saúde privados complementar e/ou suplementar às mesmas seguradoras que fornecem a cobertura estatutária. Em 2005, o seguro de saúde privado correspondia a 17,7 por cento dos custos totais. Dois anos depois, em 2007, correspondeu a 5,7 por cento.

Esta reforma permitiu aos segurados provenientes do antigo regime público uma maior escolha da taxa de contribuição e dos serviços contratados. Os segurados podem variar a franquia da sua cobertura básica (entre um mínimo obrigatório de 155 euros e um máximo de 655 euros), decidindo o montante dos custos de cuidados de saúde que pagam do seu próprio bolso antes de acionar a sua cobertura de saúde. Isto significa que, em troca de um prémio menor, concordam em assumir uma maior parte do risco relacionado com a sua saúde. Essa possibilidade reflete-se num maior cuidado no “consumo” de cuidados de saúde.

Na Holanda todos os segurados podem mudar de seguradora uma vez por ano (18% dos segurados mudou de seguradora em 2006; a percentagem voltou para o nível pré-reforma de cerca de 4% a 5%).

O seguro pode ser obtido de modo individual ou através de um contrato de grupo, ou seja, um seguro de grupo negociado por grupo de profissões e que, geralmente, oferecem prémios mais baixos. Em 2007, cerca de 56% dos holandeses beneficiavam deste tipo de contrato.

Por outro lado, as seguradoras e os segurados do anterior sistema privado viram as suas escolhas, após a reforma, mais restringidas. Agora, devem inscrever-se na cobertura básica e seguir as regulamentações correspondentes que são impostas pelo Estado.

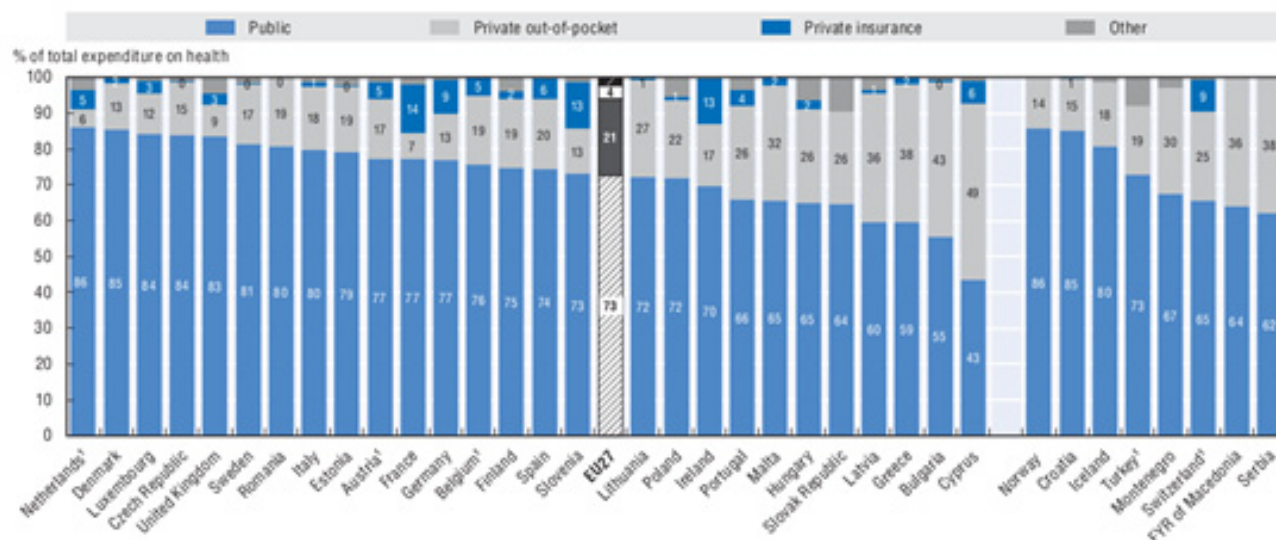
O segurado paga um prémio fixo à sua seguradora de saúde privada, independentemente da idade ou estado de saúde. Cada segurado partir dos 18 anos deve pagar o mínimo de 155 € de despesas de saúde por ano. Os segurados pagam um prémio total médio de cerca de 1 100 € por ano.

A despesa total em saúde representava 12% do PIB holandês em 2010, o segundo maior entre os países da OCDE e bem acima da média da OCDE (9,5%).

A Holanda também se classifica bem acima da média da OCDE em termos de despesa em saúde per capita com 3827,39 € em 2010 (ajustado pela paridade do poder de compra), em comparação com a média da OCDE de 2473,87 €. A despesa em saúde *per capita* na Holanda foi o mais alto de entre os países da OCDE, atrás dos Estados Unidos (que passou os 6232,381 € per capita em 2010), Noruega e Suíça.

O setor público é a principal fonte de financiamento da saúde em todos os países da OCDE, exceto nos Estados Unidos, México e Chile. Na Holanda, 86% dos gastos de saúde atuais foi financiado por recursos públicos em 2010, bem acima da média de 72,2% nos países da OCDE.

5.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2010 (or nearest year)



1. Data refer to current expenditure.

Source: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705615>

Os pagamentos *out of pocket*, incluindo tanto a partilha de custos como as despesas pagas diretamente por particulares, corresponderam a 6% do total das despesas em saúde nacionais. Os pagamentos *out-of-pocket* e os prémios complementares de seguros de saúde diminuiram ligeiramente a acessibilidade financeira aos cuidados de saúde.

5% das despesas totais em saúde foram subsidiadas por seguros privados e os remanescentes 3% forem assegurados por outra fonte.

Na Holanda o Clínico Geral (GP), o huisart, deve ser sempre o primeiro contato para todas as questões médicas. O médico de família é fundamental no plano de saúde, quer para o tratamento de pacientes com problemas básicos não-cirúrgicos quer para garantir as consultas para a maioria de questões gerais de saúde. O GP serve também de ligação com a maioria dos outros serviços como a hospitalização, consultas de especialistas, parteiras, fisioterapia, etc.. Em caso de necessidade, é o GP que encaminha o paciente para um médico especialista e é também o GP que mantém o registo médico atualizado e prescreve a medicação.



COBERTURAS

A cobertura básica inclui os seguintes cuidados de saúde:

- Cuidados de rotina prestados por um clínico geral (no papel de portal-keeper) ou, por indicação deste, por um hospital ou um especialista;
- Internamento hospitalar;
- Atendimento odontológico para aqueles com idade inferior a 22 anos e assistência odontológica especializada para idosos (implantes dentários, etc.);
- Dispositivos médicos e equipamentos;
- Medicamentos;
- Assistência à maternidade;
- Transporte em ambulância ou táxi;
- Atendimento psicológico (incluindo tratamentos que duram menos de um ano);

- Cuidados de fisioterapia, terapia da fala, etc., sob certas condições.

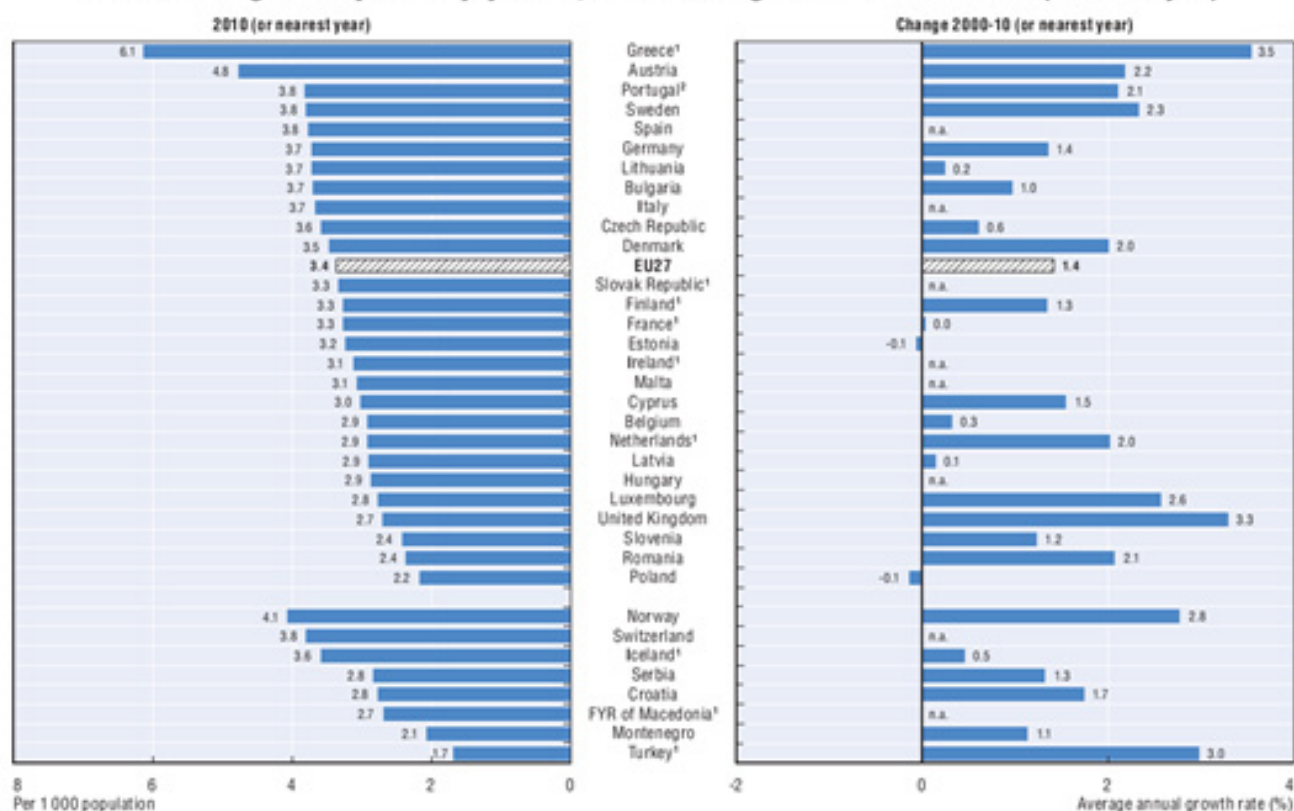
As seguradoras podem decidir como e por quem este serviço de saúde é fornecido, dando ao segurado a escolha de políticas baseadas na qualidade e custos. Para além do pacote de benefícios padrão, todos os cidadãos têm cobertura sobre despesas excecionais (AWBZ) para uma ampla gama de serviços de saúde tais como no caso de doenças crónicas e perturbações mentais, atendimento domiciliar e atendimento em asilos. A maioria das pessoas também pode adquirir um seguro privado de saúde complementar para os serviços não abrangidos pelo pacote de benefícios padrão tal como atendimento odontológico para adultos, apesar de as seguradoras não serem obrigadas a aceitar todos os pedidos de seguro-saúde privado.



O número de médicos por habitante na Holanda foi de 2,9 por 1 000 habitantes em 2009-2010, um pouco menos do que a média da OCDE (3,1).

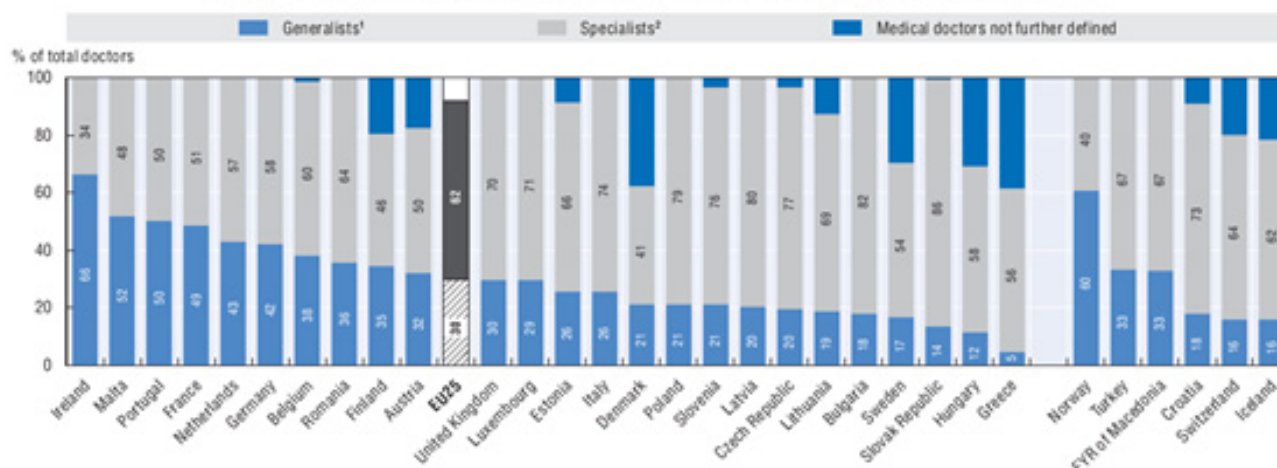
NÍVEL DE RECURSOS

3.1.1. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and change between 2000 and 2010 (or nearest year)



Em 2010, o número de médicos de clínica geral era de 43% sendo os restantes 57% médicos especialistas.

3.1.2. Generalists and specialists as a share of all doctors, 2010 (or nearest year)



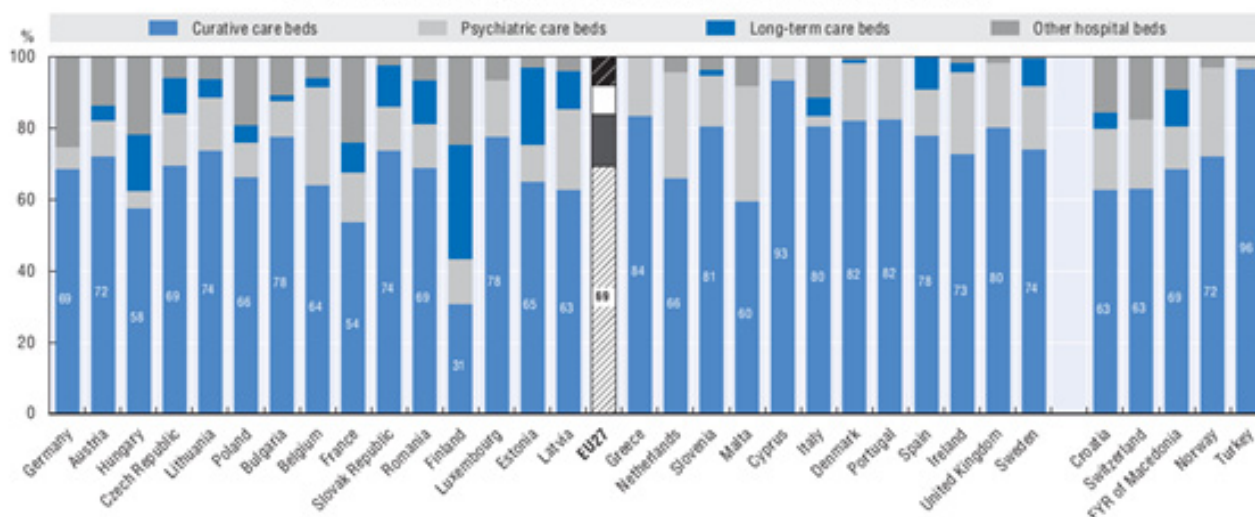
Havia, em 2008, 8,4 enfermeiros por 1 000 habitantes na Holanda, um pouco menos do que a média de 8,7% da OCDE.

O número de camas hospitalares para cuidados curativos na Holanda era de 3 por 1 000 habitantes em 2010, menos do que a média da OCDE de 3,4 camas. Como na maioria dos países da OCDE, o número de camas hospitalares por habitante, na Holanda, caiu ao longo do tempo. Esta redução tem coincidido com uma redução da duração média das estadias em hospitais e um aumento da cirurgia em ambulatório.

Em 2010, 66% das camas disponíveis estavam adstritas a cuidados curativos.

3.5.2. Hospital beds by function of health care, 2010 (or nearest year)

Countries ranked from highest to lowest number of total hospital beds per capita



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.



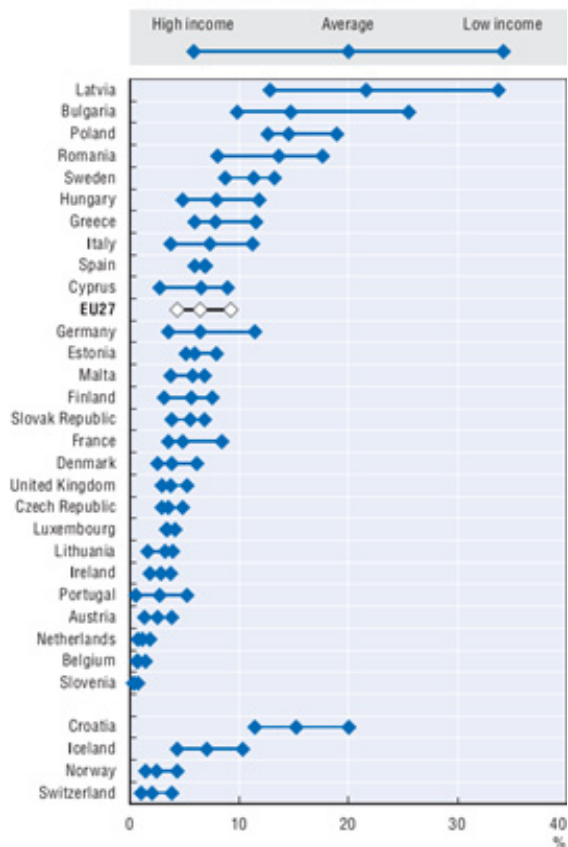
Os dados disponíveis sobre as listas de espera remontam ao ano de 2008.

As duas figuras seguintes mostram que as listas de espera para um exame médico são reduzidas e praticamente não dependem do rendimento do paciente. Os valores não ultrapassam os 2,5%.

Para exames dentários, a taxa correspondente à lista de espera sobe ligeiramente, não ultrapassando os 10% para os rendimentos mais baixos.

LISTAS DE ESPERA

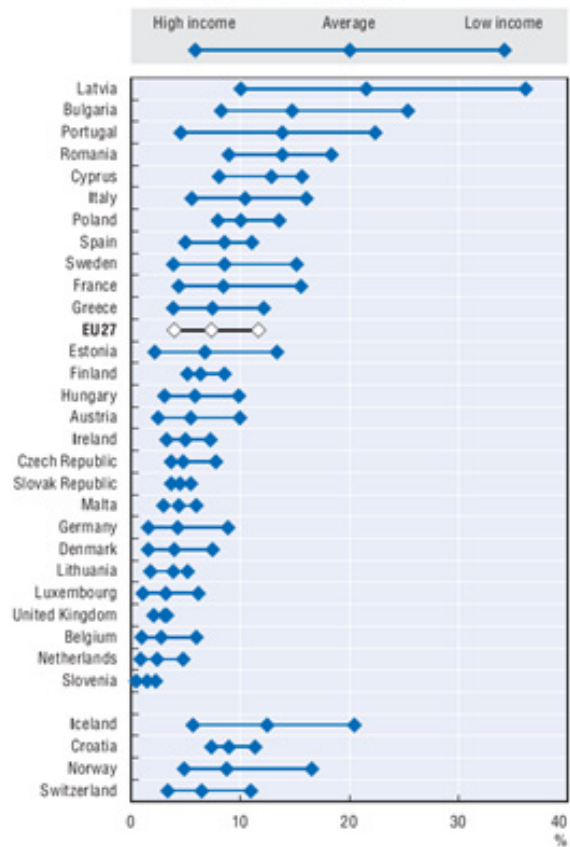
3.12.1. Unmet need for a medical examination, by income quintile, 2010



Source: Eurostat Statistics Database, based on EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704741>

3.12.2. Unmet need for a dental examination, by income quintile, 2010



Source: Eurostat Statistics Database, based on EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704760>



PREÇOS

Apresenta-se, abaixo, um resumo do estudo da International Federation of Health Plans com os preços praticados para vários procedimentos médicos.

INTERNATIONAL FEDERATION OF HEALTH PLANS: FEE REPORT- Europe, Canada and USA										
FEE TYPE	PROCEDURE	Canada	France	Germany	Netherlands	Spain	UK	USA Average / Low-end	USA High-end	USA Medicare
1. Scans and imaging	CT Scan Abdomen	\$83 / \$530	\$248	\$319	\$258	\$181	\$179	\$750*	\$1,800	\$400
	CT Scan Head	\$41 / \$530	\$212	\$319	\$258	\$181	\$179	\$950*	\$1,800	\$300
	CT Scan Pelvis	\$83 / \$30	\$248	\$319	\$258	\$181	\$179	\$950*	\$1,700	\$300
	MRI Scan	\$824	\$436	\$839	\$567	\$235	\$179	\$1,200*	\$1,500	\$500
2. Physician Fees	Well-Baby Office Visit	\$30	\$38	\$15	TBD	\$22	Primary care capitation Specialty salaries No Fees	\$88	\$148	N/A
	Routine Office Visit	\$30	\$31	\$22	\$32	\$15		\$59	\$151	\$72
	Normal Delivery	\$498	\$1,023	TBD	\$622	\$1,041		\$2,384	\$4,847	\$1601**
	C-Section	\$915	\$1,478	TBD	\$1,051	\$1,139		\$2,618	\$6,094	\$1812**
	Appendectomy	\$313	\$114	\$378	\$494	\$285		\$629	\$1,803	\$600
	Cataract Surgery	\$392	\$573	\$302	\$498	\$653		\$530	\$1,731	\$800
3. Hospital Charges	Hip Replacement	\$727	\$126	\$587	TBD	\$1,554		\$1,269	\$3,935	\$1,400
	Ave Cost Per Hospital Day	\$837	\$1,050	\$550	\$502	\$579		\$3181*	\$12,708	\$2,200
4. Total Hospital and Physician Costs	Ave Cost Per Hospital Stay	\$9,043	\$9,840	TBD	\$3,535	\$2,281	\$3,388	\$12549*	\$40,680	\$12,000
	Appendectomy	\$2,436	\$2,700	\$2,500	\$2,700	\$2,959	\$2,634	\$11,997*	\$26,373	\$10,400
	Bypass Surgery	\$14,111	\$11,916	TBD	TBD	\$15,761	\$12,868	\$56,472*	\$116,798	\$22,082**
	Hip Replacement	\$8,483	\$8,200	\$8,500	\$7,600	\$9,152	\$8,347	\$32,093*	\$67,983	\$17,500
5. Tests and Cultures	Normal Delivery	\$1,957	\$2,800	\$3,400	\$1,000	\$2,555	\$1,924	\$7,473*	\$12,226	\$7,259**
	Pap Smear	\$27	\$14	\$26	\$16	\$20	See note above	\$24	\$64	\$17
6. Drug prices	Throat Culture	\$17	Included	\$9	Included	\$10		\$9	\$32	\$17
	Lipitor	\$33	\$53	\$48	\$63	\$32	\$40	\$ 125	\$334	No Medicare Rx fees
	Nexium	\$65	\$67	\$37	\$102	\$36	\$41	\$ 154	\$424	
	Plavix	\$85	\$77	\$85	\$77	\$58	\$59	\$ 133	\$540	

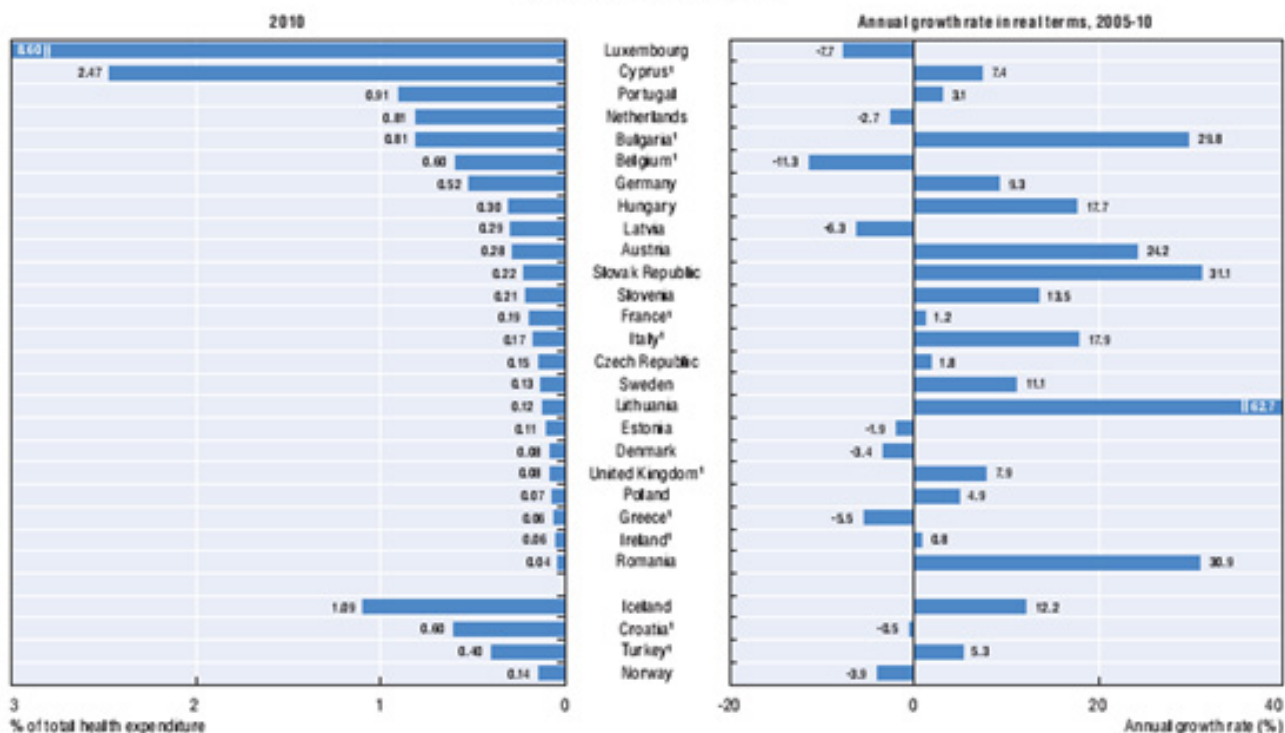
TURISMO SAÚDE E BEM ESTAR





Segundo os dados apresentados pela OCDE em 2012 e referentes a 2010, a Holanda importa 0,81 % do total da despesa com a saúde relacionada com o turismo de saúde. Entre 2005 e 2012, este valor decresceu 2,7 %.

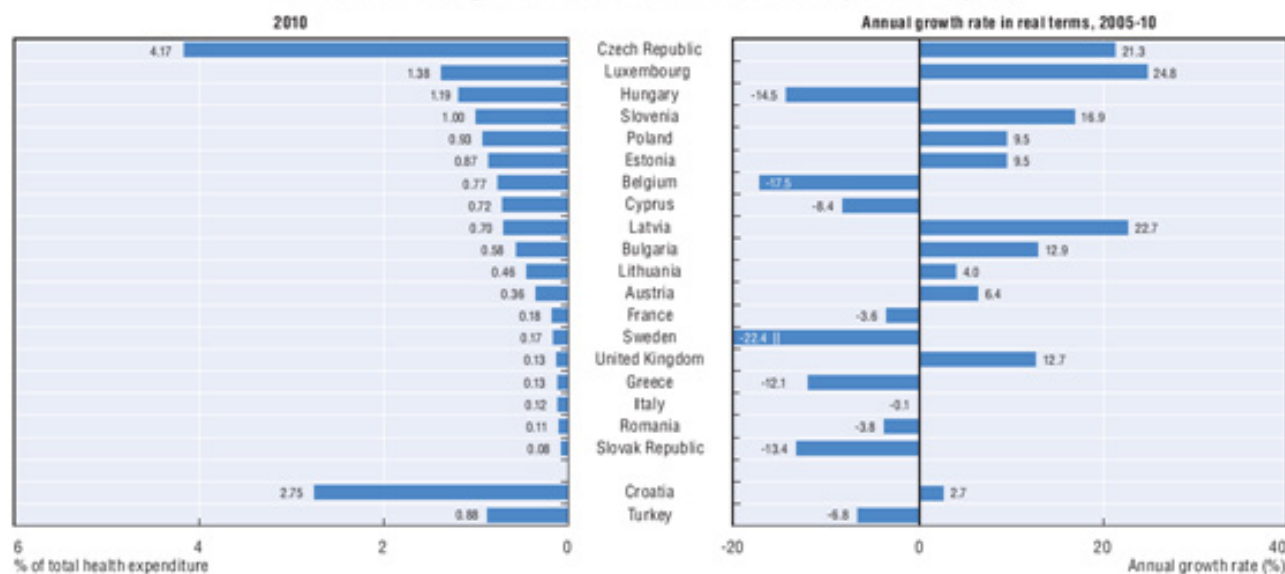
5.7.1. Imports of health care services as share of total health expenditure, 2010 and annual growth rate in real terms, 2005-10 (or nearest year)



1. Refers to balance of payments concept of health-related travel and health services of personal, recreational and cultural services.

Source: OECD Health Data 2012 and OECD-Eurostat Trade in Services Database.

5.7.2. Exports of health-related travel or other services as share of total health expenditure, 2010 and annual growth rate in real terms, 2005-10 (or nearest year)



Note: Health-related exports occur when domestic providers supply medical services to non-residents.

Source: OECD-Eurostat Trade in Services Database.

A Holanda não é referida quando se refere a exportação de cuidados de saúde relacionados com o turismo de saúde.



Como referido anteriormente, as exportações de cuidados de saúde da Holanda não têm grande significado, não constando dos 20 primeiros países nas últimas estatísticas da OCDE.

INBOUND



Na Holanda existe um sistema de saúde universal, pelo que as pessoas recorrem aos serviços nacionais, com exceção dos casos em que o tratamento desejado não é abrangido pelo sistema de seguros.

OUTBOUND

O valor gasto no exterior pelos pacientes holandeses ultrapassou os 80 milhões de euros/ano.



É referido que os produtos procurados no estrangeiro são a odontologia, a cirurgia plástica e dentária e os tratamentos de fertilidade.

PRODUTOS



Os destinos mais populares para os turistas médicos holandeses são a Bélgica, Alemanha e Turquia, embora as percentagens exatas não sejam conhecidas.

DESTINOS



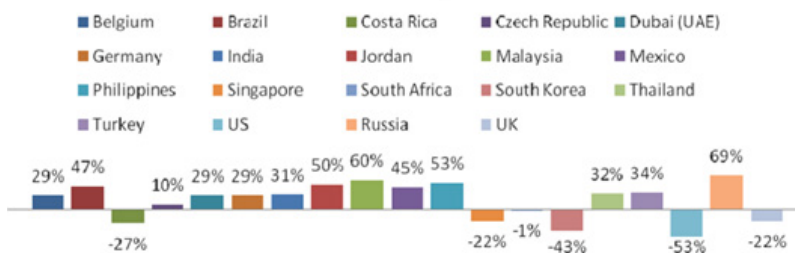
As razões pelas quais estas pessoas optam por tratamento nestes países são razões de ordem financeira, a possibilidade de combinar um tratamento com feriados ou férias, o reduzido tempo de espera, a proximidade dos países e o domínio linguístico (principalmente na parte flamenga da Bélgica).

MOTIVAÇÕES

A Alemanha, Bélgica e Turquia, permitem uma redução de custos de 29%, para os dois primeiros, e 34% para a Turquia. Outra pesquisa apontou também a República Checa como destino, com uma economia nos custos de saúde de 10%.

Outros destinos referenciados são a Malásia (economia de custos de 60%), Filipinas (53%), Jordânia (50%) e Brasil (47%). Contudo, desconhecem-se os produtos em causa.

NL Price Comparison





OPERADORES

As principais seguradoras existentes podem ser divididas em seguradoras nacionais e internacionais:

Nacionais

- Achmea Insurance
- Aegon
- Agis Zorgverzekeringen
- DSW Zorgverzekeraar
- Menzis Zorg en Inkomen
- ONVZ
- Trias, Zorgverzekeraar
- Univé Verzekeringen
- VGZ Zorgverzekeraar Insurance
- Zilverenkruis

Internacionais

- Allianz
- Expatcare
- Good Health Worldwide
- Medibroker
- William Russell





TURISMO EM PORTUGAL

A Europa, 1º macro destino mundial dos holandeses destacado (com 90,3% de quota), tem vindo a perder quota de mercado ténue face às restantes macro-regiões (Médio Oriente, Ásia e África) mundiais.

Portugal é o 10º destino europeu preferencial para os holandeses, com cerca de meio milhão de turistas. Tradicionalmente, o mercado holandês posicionou-se nos 4º e 6º lugares do ranking dos mercados externos para Portugal, aferido pelos indicadores das dormidas e dos hóspedes.

No que se refere ao turismo residencial, não existem dados consolidados.



EXPATRIADOS PORTUGUESES NA HOLANDA

A comunidade portuguesa na Holanda é relativamente residual.

Segundo dados obtidos junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas residem, na Holanda, 15.740 portugueses.

Posição	País	Absoluto	Percentual
1	EUA	1.407.616	32,96%
2	França	1.132.048	26,51%
3	Brasil	546.713	12,80%
4	Venezuela	268.500	6,29%
5	Suíça	221.641	5,19%
6	Espanha	138.501	3,24%
7	Alemanha	115.530	2,71%
8	Reino Unido	105.000	2,46%
9	Angola	91.900	2,15%
10	Luxemburgo	81.274	1,90%
11	Bélgica	43.484	1,02%
12	Austrália	41.226	0,97%
13	Moçambique	22.090	0,52%
14	Holanda	15.740	0,37%
15	Argentina	15.200	0,36%
16	Andorra	11.711	0,27%
17	África do Sul	5.779	0,14%
18	Guiné Bissau	4.064	0,10%
	Outros	2.500	0,06%
	Total aproximado	4.270.517	100%

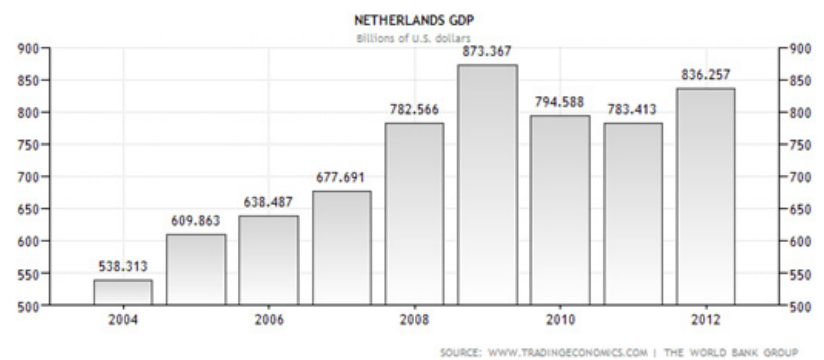
*Número de cidadãos portugueses a residir fora de Portugal, por país; dados de 2011 segundo o observatório para a emigração.

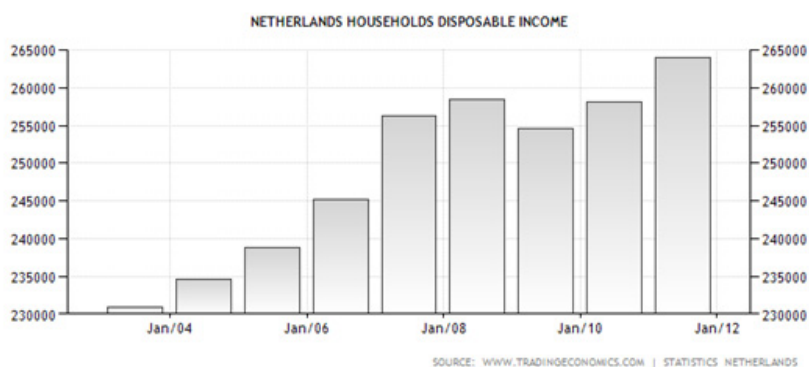
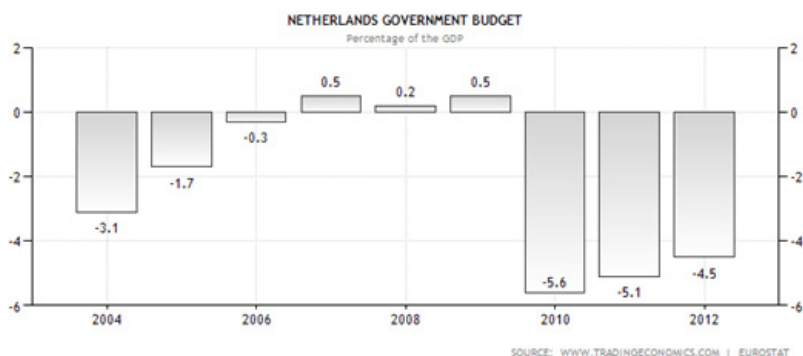




MACROECONÓMICA

De seguida, apresentam-se alguns gráficos que sustentam os dados macro económicos apresentados acima:





MERCADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



ORGANIZAÇÃO

A concorrência entre seguradoras é reduzida aos seguintes elementos:

- As seguradoras podem oferecer a cobertura básica “em espécie”, na forma de reembolso de despesas de saúde ou numa combinação de ambos. Em 2009, cerca de 40% dos holandeses, tinha cobertura “em espécie”, 25% cobertura em forma de reembolsos e um terço dos segurados dispunha de uma combinação de ambos.
- As seguradoras estão autorizadas a variar os seus prémios (oferecendo prémios mais baixos do que os seus concorrentes), desde que o ofereçam a todos os clientes, sem distinção.
- Finalmente, as seguradoras podem concorrer pela qualidade dos cuidados que contratam para os seus clientes. A contratação com os prestadores de cuidados de saúde pode diferir entre as empresas de seguros, uma vez que estas podem selecionar os prestadores com quem contratualizam os serviços, bem como as condições em que o fazem.

Médicos

Os Clínicos Gerais (GP) estabelecem contratos, direta ou indiretamente, com as seguradoras de saúde privadas. Os GPs recebem um pagamento por cada paciente da sua lista de doentes e uma taxa por consulta. Podem ser negociados orçamentos adicionais por serviços extraordinários, enfermeiros clínicos, localização, complexidade dos serviços, etc.. Estão em curso testes que preveem o pagamento diferencial por qualidade de desempenho nos cuidados médicos primários e hospitalares.

Hospitais

A maioria dos hospitais são organizações privadas sem fins lucrativos. Os orçamentos hospitalares são previamente desenvolvidos usando uma fórmula de pagamento de montantes fixos por cama, volume de pacientes, número de especialistas licenciados e outros fatores.

Desde 2006, os hospitais são cada vez mais encorajados a obter capital privado. Atualmente, o pagamento de 34 por cento dos cuidados hospitalares ocorre através da versão holandesa de DRGs, conhecidos como Combinações Diagnóstico-Tratamento (DTC). Os DTCs cobrem os custos dos hospitais, bem como os dos especialistas, fortalecendo assim a integração do especialista na organização hospitalar. Apesar de uma parte substancial dos reembolsos dos hospitais serem realizados através DTCs, ainda que enquadrados em regimes orçamentais e com base em preços fixos, estão sujeitos a forças de mercado por meio da negociação dos preços com as seguradoras.

Um mercado de cuidados de saúde que permanece altamente controlado

A liberdade de escolher as seguradoras permanece altamente controlada. Por exemplo, os cuidados de saúde cobertos pelo seguro básico obrigatório são definidos pelo Estado. Assim, o segurado não está autorizado a modificar a sua cobertura com o objetivo de reduzir os seus custos (ao contrário de um terço da população, segurada por seguradoras privadas antes da reforma).

O governo também define o nível de contribuições obrigatórias do fundo de compensação. Inicialmente estabelecido, em 2006, em 6,5% do salário de um segurado, este nível atingiu os 6,9% em 2009 e tenderá a aumentar no futuro.

As seguradoras estão proibidas de diferenciarem o seu preço com base em diferentes perfis de risco o que interfere com a boa gestão de risco. Esta proibição põe em risco a sustentabilidade económica das seguradoras, impedindo-as de antecipar e controlar os aumentos de custo de forma exata. Entre 2006 e 2008, as seguradoras sofreram perdas de quase 2,4 mil milhões de euros na venda da cobertura básica obrigatória.

Esta situação parece conduzir ao desaparecimento das seguradoras mais pequenas, produzindo uma concentração artificialmente elevada neste campo: as quatro maiores seguradoras mantêm 80% do mercado de seguros de saúde.

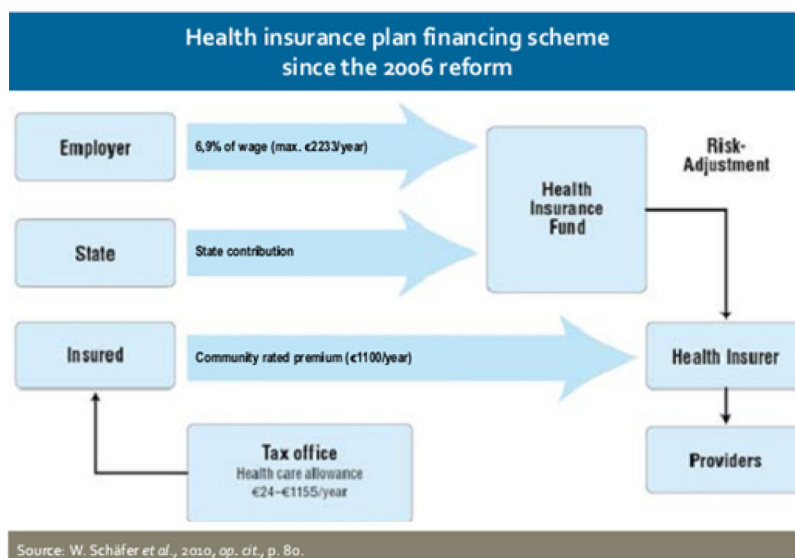
Através da coletivização forçada do risco por meio de cobertura básica obrigatória, as autoridades públicas continuam a manter os indivíduos de alto risco, sem a perceção dos verdadeiros custos da sua cobertura - mesmo os que dispõem dos meios necessários para cobrir esses custos - e em detrimento de pessoas mais jovens com rendimentos inferiores.

As autoridades públicas ainda mantêm um rígido controlo sobre os preços que cobrem dois terços dos gastos hospitalares e definem a classificação desses tipos de cuidados de saúde.



FORMA DE FINANCIAMENTO

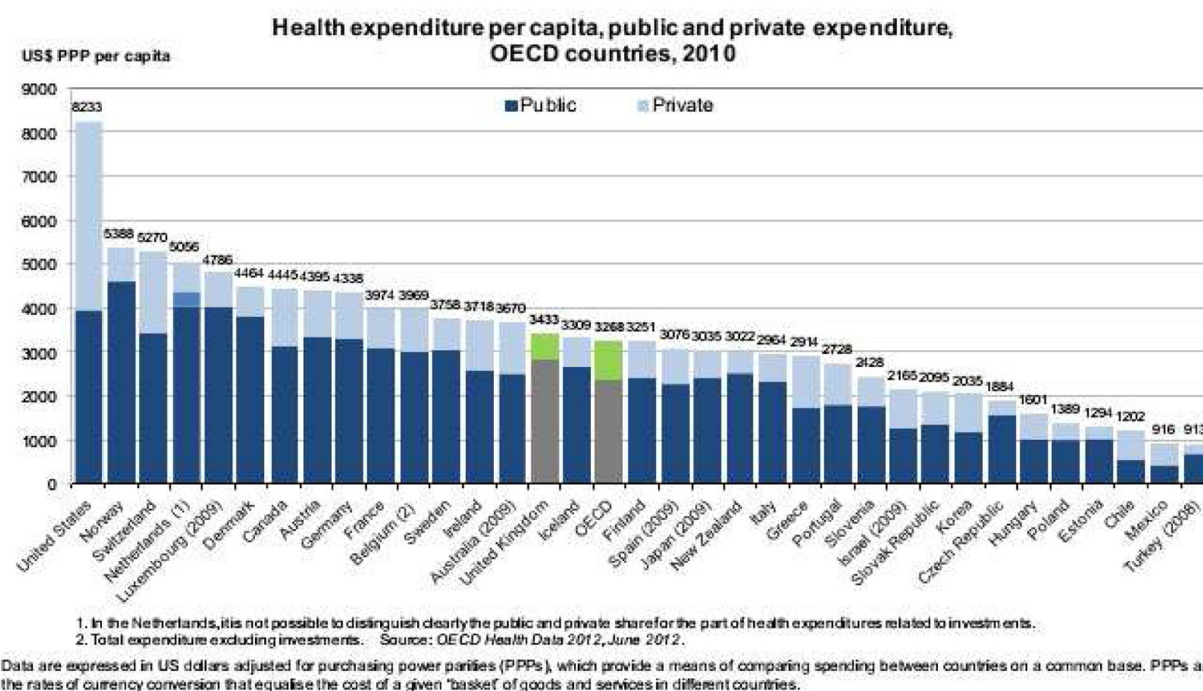
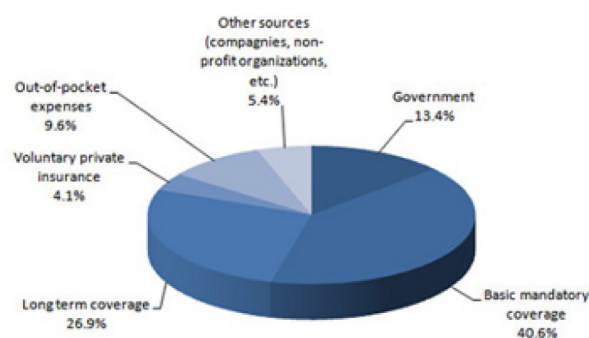
Para além de um prémio pago diretamente à seguradora da sua escolha, as pessoas pagam contribuições obrigatórias correspondentes a 6,9% do seu salário, com um máximo de 2 233 €. Estas contribuições são transferidas para um fundo de seguro de saúde - chamado "fundo de compensação" - usado para financiar as seguradoras com base no perfil de risco dos seus clientes. É com base neste fundo que as seguradoras podem acomodar os idosos ou indivíduos de saúde mais frágil.



Os gráficos abaixo demonstram a forma e financiamento do sistema de saúde holandês.

Shares of the different sources of financing in the Dutch health care system in 2008

Source: Statistics Netherlands, 2010; calculations by the author.

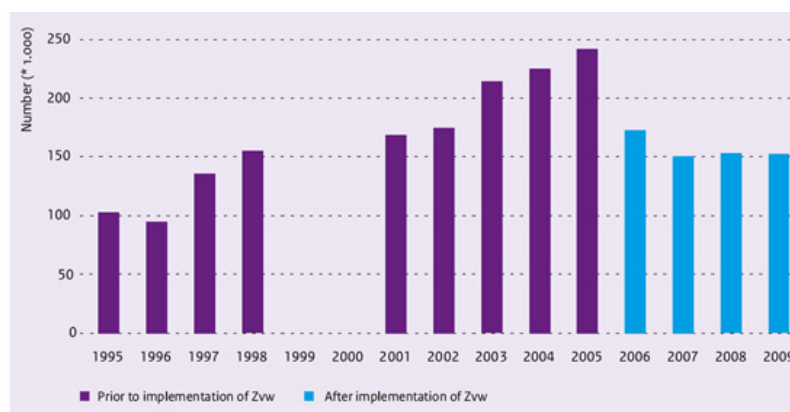


O acesso financeiro aos serviços é uma condição básica para um sistema de saúde funcional. Assim, a necessidade de um tratamento deve ser precedida por uma análise das capacidades financeiras dos utentes, uma vez que o seu custo pode revelar-se prejudicial para a saúde destes. A subida crescente dos pagamentos “out-of pocket” dificultam não só o acesso à saúde, como afetam a capacidade de realizar outras despesas necessárias (Murray et al., 2003).

Assim, a procura de meios para garantir o acesso financeiro aos cuidados de saúde tem sido uma meta importante da política de governo holandês, procurando que as diferenças de rendimento não criem diferenças inaceitáveis no acesso aos cuidados. Paralelamente, tenta garantir que o custo dos cuidados de saúde não se torna um fardo muito pesado para a economia ou para o poder de compra das pessoas. Nos últimos anos, o governo incentivou as pessoas a racionalizar mais a procura de cuidados de saúde de modo a conter os custos crescentes. Uma das medidas adotadas para alcançar este objetivo foi a introdução ou aumento de pagamentos out-of-pocket. Um dos efeitos, colateral e indesejável, desta medida foi a eventual criação de barreiras financeiras à utilização dos tratamentos, aumentando deste modo a necessidade de monitorizar a acessibilidade financeira ao sistema.

Abaixo, apresentam-se alguns gráficos que ajudam a traçar as dinâmicas que o mercado apresenta sendo refletidas através dos seguintes indicadores:

- Percentagem de pessoas que não dispõem de seguro de saúde;
- Percentagem de pessoas que não conseguem pagar o prémio do seu seguro de saúde há pelo menos seis meses;
- Avaliação de GPs quanto à acessibilidade de medicamentos e custos não-reembolsáveis pelos seus pacientes;
- Percentagem de pessoas com doenças crónicas que ficam privados de cuidados devido aos custos;
- Despesas relacionadas com doentes crónicos e deficientes;
- Pagamentos “out-of-pocket” de cuidados de saúde;
- Distribuição de pagamentos “out-of-pocket” por grupos de rendimento;
- Comparação internacional de pagamentos “out-of-pocket”.



(Source: CBS Statline, 2010b)

Zvw (Zorgverzekeringswet) = Health Insurance Act

O número de pessoas que não conseguiram pagar o prémio de seguro de saúde aumentou consideravelmente nos últimos anos.

Table 3.2.1: Number of defaulters and rise in number of defaulters, 2006-2009

Year	Number of defaulters	Rise (%)
31 December 2006	190,210	
31 December 2007	240,250	26.3
31 December 2008	256,690	6.8
31 December 2009	318,460	24.1

(Source: CBS Statline, 2010b)

Paralelamente às pessoas sem seguro de saúde, outras, dispondo de seguro de saúde não o conseguem pagar por pelo menos seis meses, os chamados defaulters. Desde que a Lei de Seguro de Saúde entrou em vigor, foram recolhidos dados sobre os defaulters.

A percentagem de GPs que relataram que seus pacientes apresentaram problemas com pagamentos out-of-pocket tem vindo a subir.

Table 3.2.2: GPs who reported that their patients had difficulty paying for medicines or other out-of-pocket costs (%), by country, 2009

Country	%
United States	58
Italy	37
Netherlands	33
Germany	28
Canada	27
New Zealand	25
Australia	23
France	17
United Kingdom	14
Sweden	6
Norway	5

(Source: Schoen et al., 2009)

Os pagamentos out-of-pocket e os prémios complementares de seguros de saúde diminuíram ligeiramente a acessibilidade financeira aos cuidados de saúde. Este indicador é parcialmente determinado pela percentagem do rendimento disponível das famílias que é gasto em cuidados de saúde. O rendimento disponível é igual ao rendimento bruto menos as transferências de rendimento, prémios de seguros de rendimento, prémios de seguros de saúde e de impostos sobre o rendimento e a riqueza.

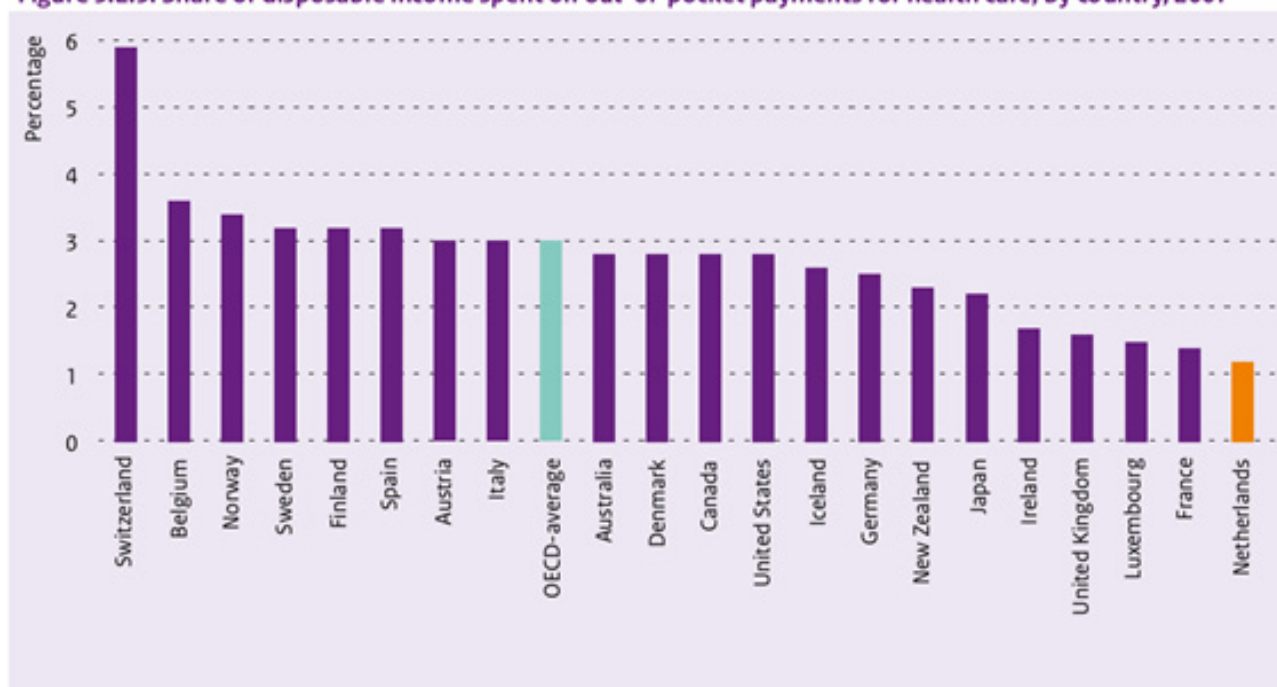
Table 3.2.5: Out-of-pocket payments for health care (absolute and as share of disposable income), per household, 2000-2008

Year	Amount (€)	Share of disposable income (%)
2000	344	1.4
2003	493	1.7
2004	663	2.3
2005	830	2.8
2006	734	2.4
2007	727	2.3
2008 ¹	712	2.1

(Source: CBS Statline, 2009f; g; h)

¹ provisional figures

Figure 3.2.3: Share of disposable income spent on out-of-pocket payments for health care, by country, 2007



(Source: OECD Health Data)



AValiação dos serviços de saúde

Ao nível do sistema de saúde, a qualidade do atendimento é assegurada através de legislação relativa ao desempenho profissional, à qualidade das instituições de saúde, aos direitos dos pacientes e às tecnologias da saúde. A *Dutch Health Care Inspectorate* é, entre outras atividades, responsável pelo cumprimento da legislação existente.

A Garantia de Qualidade é realizada por prestadores de cuidados de saúde em estreita colaboração com os pacientes, as organizações de consumidores e as seguradoras. Os mecanismos que garantem a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais individuais envolvem a acreditação e a revalidação dos especialistas, a formação médica contínua obrigatória, avaliações regulares no local organizadas pelos pares e pelas entidades profissionais, a formulação de diretrizes clínicas explícitas e o cumprimento de indicadores de desempenho.

Os principais métodos utilizados para garantir a qualidade nas instituições incluem a acreditação e certificação das instituições e a avaliação de desempenho com base em indicadores “Beter Sneller” e programas nacionais de melhoria da qualidade.

Desde 2007, um centro nacional tem vindo a trabalhar com instrumentos de medição validados, análogos ao da abordagem CAHPS nos Estados Unidos. Este centro gera também informações publicamente disponíveis para apoio da escolha do consumidor.

The Health Care Inspectorate (IGZ)

Email: meldpunt@igz.nl | Telefone: +31 088 - 1205000

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Postbus 2680

3500 GR Utrecht

O Instituto Holandês de Acreditação em Saúde (NIAZ) contribui para a garantia e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, em particular através do desenvolvimento de padrões de qualidade e da sua aplicação na avaliação externa das instituições de cuidados de saúde e serviços de saúde. Esta avaliação externa de que os cuidados de saúde estão a ser realizados de forma adequada e segura beneficia, diretamente, a saúde dos pacientes e, indiretamente, as seguradoras, as agências governamentais e a sociedade em geral.

O 'Z' no Niaz significa 'zorginstellingen', organizações de saúde. Todos os tipos de organizações de saúde (hospitais, instituições de saúde mental, de enfermagem, lares de longo prazo, centros de diálise, de fisioterapia, consultórios e clínicas privadas) podem participar do programa de acreditação NIAZ.

ACREDITAÇÕES E CERTIFICAÇÕES

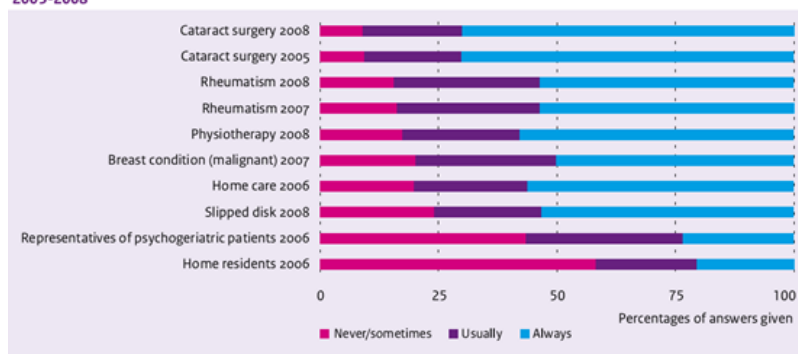
O Instituto Holandês de Acreditação em Saúde (NIAZ) contribui para a garantia e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, em particular através do desenvolvimento de padrões de qualidade e da sua aplicação na avaliação externa das instituições de cuidados de saúde e serviços de saúde. Esta avaliação externa de que os cuidados de saúde estão a ser realizados de forma adequada e segura beneficia, diretamente, a saúde dos pacientes e, indiretamente, as seguradoras, as agências governamentais e a sociedade em geral.

O 'Z' no Niaz significa 'zorginstellingen', organizações de saúde. Todos os tipos de organizações de saúde (hospitais, instituições de saúde mental, de enfermagem, lares de longo prazo, centros de diálise, de fisioterapia, consultórios e clínicas privadas) podem participar do programa de acreditação NIAZ.

INDICADORES DE QUALIDADE

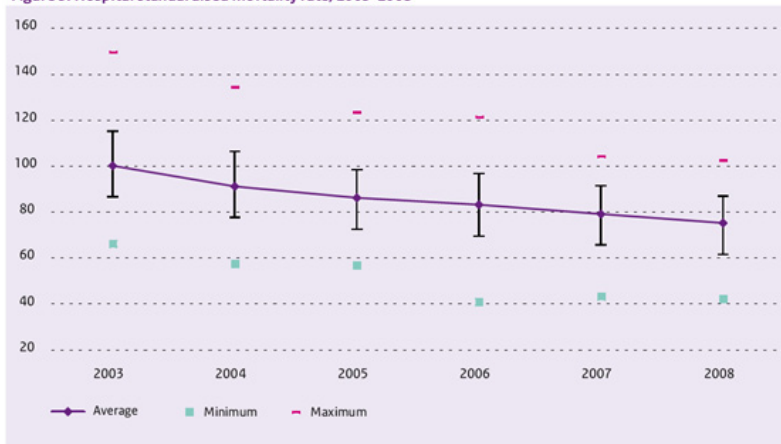
Abaixo, apresentam-se alguns dados retirados do Dutch Health Care Performance Report 2010 que ajudam a reforçar a imagem da saúde na Holanda.

Figure 2: Care users who reported that they were involved in decision making about care and treatment (%), 2005-2008



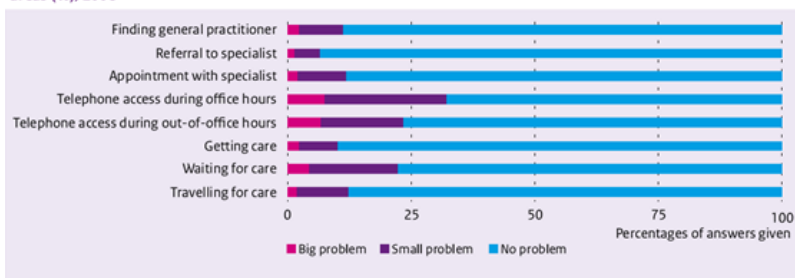
(Source: CKZ / NIVEL, 2010)

Figure 3: Hospital standardised mortality rate, 2003-2008



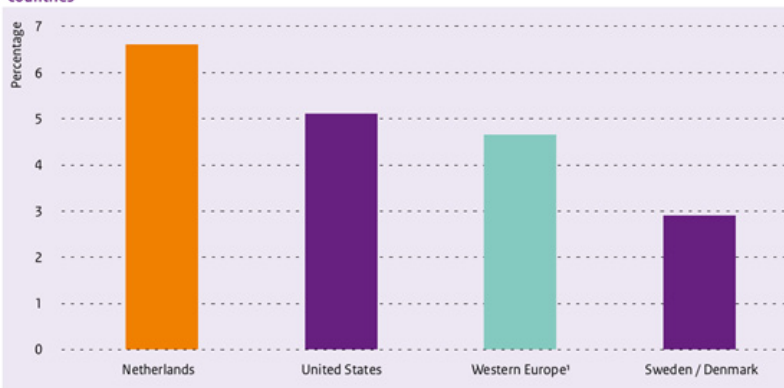
(Source: Prisma; data analysis by RIVM)

Figure 4: Patients who reported that they experienced problems with access to health care in eight areas (%), 2008



(Source: CKZ / NIVEL, 2010)

Figure 5: 30-day hospital mortality rate for acute myocardial infarction (%), 2005 for the Netherlands and 2006-2007 for other countries; the Netherlands, United States, Western Europe, highest and lowest scoring countries



((Source: OECD Health Data)

¹ Austria, Denmark, Finland, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Spain, Sweden, United Kingdom



Turismo de Saúde e Cidades Médicas

PROMOTOR



PARCEIRO



EXECUTADO POR



COFINANCIAMENTO

