



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



OS SEGUROS DE SAÚDE E O ACESSO DOS CIDADÃOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

MARÇO DE 2015

Índice

Índice de abreviaturas.....	4
Sumário executivo	6
1. Introdução.....	10
2. O papel dos seguros no contexto do sistema de saúde português	12
3. Seguros de saúde voluntários privados	17
3.1. O contrato de seguro de saúde	21
3.2. O crescimento dos seguros de saúde privados	27
3.3. O mercado de seguros de saúde voluntários privados	32
3.4. O perfil do tomador de seguros de saúde/segurado	37
3.5. Risco moral e a seleção de riscos	48
3.6. Planos e cartões de saúde	53
4. Esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas	56
4.1. A ADSE	61
4.2. A relação entre o SNS e a ADSE e o acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde	68
4.3. Intervenção regulatória da ERS.....	69
4.4. O financiamento da ADSE.....	71
4.5. Comparação entre os prémios dos SSV e os descontos da ADSE.....	77
5. Conclusões.....	80

Índice de abreviaturas

ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

APS – Associação Portuguesa de Seguradores

ARS – Administração Regional de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

CRES – Conselho de Reflexão sobre a Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschman

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOS-CTT – Instituto de Obras Sociais dos CTT – Correios de Portugal

ISP – Instituto de Seguros de Portugal

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

PT-ACS – Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde

SAD/GNR – Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

SAD/PSP – Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública

SAMS/Quadros – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários

SAMS-SBSI – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

SAMS Norte – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SRS – Serviço Regional de Saúde

SSCGD – Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos

SS-INCM – Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda

SSV – Seguros de Saúde Voluntários

TECG – Tratado sobre Estabilidade, Coordenação e Governação

UE15 – Grupo da Europa dos 15 países mais desenvolvidos

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Sumário executivo

O presente relatório revisita o tema dos seguros de saúde, prestando informação útil aos cidadãos para uma melhor compreensão das formas complementares de financiamento de cuidados de saúde existentes em Portugal, concretamente os seguros de saúde voluntários (SSV) e os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (subsistemas de saúde).

São exploradas, em particular, as seguintes questões de interesse para os cidadãos: i) as possibilidades de acesso dos cidadãos a cada um dos tipos de seguro; ii) as razões de contratação de um seguro e alguns problemas dos seguros, que podem promover desigualdades no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde; e iii) a comparação entre custos de contratação de um seguro, tanto para diferentes perfis de segurados como para tipos de seguros distintos.

O relatório contém um breve histórico dos SSV em Portugal, uma descrição dos contratos de seguro de saúde e dos diferentes seguros privados existentes, a perspetiva de crescimento dos SSV, a caracterização deste mercado, a descrição do perfil do tomador de seguros de saúde/segurado, considerações sobre o risco moral e a seleção de riscos, e a diferenciação dos SSV face aos planos e cartões de saúde. Relativamente aos esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (subsistemas de saúde), são descritos os diferentes subsistemas públicos e privados existentes, sendo dada especial atenção ao principal subsistema de saúde, a Assistência na Doença a Servidores do Estado da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), e a algumas questões com impacto sobre o acesso dos cidadãos beneficiários deste subsistema.

Primeiramente, reconhece-se que o sistema de saúde português baseia-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos Serviços Regionais de Saúde (SRS), sendo certo que os pagamentos diretos pelas famílias em Portugal constituem uma importante fonte de financiamento das despesas em saúde.

Os seguros de saúde em Portugal desempenham um papel complementar no financiamento das despesas em saúde e têm como incentivo as deduções fiscais. Atualmente, as despesas suportadas com seguros de saúde podem ser deduzidas à coleta nos termos melhor definidos pelo artigo 78.º-C do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, que prevê a dedução do montante de 15% do valor suportado a título de despesas de saúde, com o limite de 1.000 EUR.

Os contratos de SSV privados contêm cláusulas que definem as garantias, as exclusões, o tomador do seguro e os segurados, o prémio, as condições do reembolso, a franquia e os copagamentos. Os seguros de saúde podem ser voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de sistema misto. Os seguros voluntários de grupo e de sistema misto são os mais comuns. Os SSV privados têm apresentado um crescimento significativo em Portugal, ao passo que o financiamento público das despesas em saúde tem apresentado uma tendência de queda. O volume de receita de prémios tem crescido continuamente. No entanto, o potencial de crescimento está a ser restringido pelos efeitos negativos da crise, que o país atravessa, sobre o rendimento das famílias e o emprego. Apesar disto, os SSV privados deverão continuar a apresentar crescimento, em Portugal, a médio prazo.

O mercado dos SSV privados, em termos de número de indivíduos cobertos, tem também apresentado crescimento. É, no entanto, relativamente pequeno quando comparado com os mercados de países com sistemas de saúde baseados em seguros de saúde sociais. Mesmo assim, os rácios de prémios por PIB e de prémios brutos por 100.000 habitantes de Portugal, comparados com os de países com sistema de saúde similar, apontam para a relevância do mercado português.

O tomador de seguro/segurado, de acordo com o perfil identificado, encontra-se na faixa etária entre os 30 e 64 anos; tem, na sua maioria, seguros de saúde há mais de três anos; aponta como principais razões para a contratação de um seguro de saúde beneficiar de tempos de espera mais curtos em consultas, a prevenção e a maior liberdade na escolha dos estabelecimentos; e aponta como principais motivos de insatisfação com o seguro o preço/prémio e as coberturas e exclusões.

Analisando as práticas contratuais das seguradoras, constata-se que a prevenção do risco moral e a desnatação surgem associadas à imposição de determinadas cláusulas contratuais que, designadamente, na primeira situação, retiram da cobertura dos seguros intervenções médico-cirúrgicas com custos elevados, estipulam limites em termos de quantidade de sessões de fisioterapia ou de consultas de especialidade, e que, na segunda situação, excluem os cuidados de saúde que possam ser necessários ao tratamento de doença entretanto adquirida pelo segurado ou determinam limites de idade para contratar e para cessar o contrato de seguro.

Estas práticas sugerem mesmo que, se os seguros de saúde não fossem complementares, passando a substituir o SNS na cobertura das despesas em saúde

dos cidadãos, a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não estaria garantida.

Note-se que os SSV privados não devem ser confundidos com os cartões que titulam planos de saúde, em que o beneficiário/utente e subscritor de um plano de saúde se assume como único responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados por uma entidade prestadora de uma determinada rede. Os contratos desses planos não são tipificados, pelo que a lei atualmente não os denomina ou define, nem estipula o seu enquadramento legal. Esses cartões de saúde são, na prática, apenas cartões de desconto.

Por seu turno, e de modo igual aos SSV privados, os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (os subsistemas de saúde) constituem formas de financiamento complementares ao SNS e aos SRS. No entanto, estes esquemas restringem-se a cidadãos com determinadas profissões, em empresas específicas. O principal subsistema de saúde em termos de número de beneficiários é a ADSE, com mais de um milhão e 250 mil beneficiários.

Os beneficiários da ADSE têm como opções de financiamento de cuidados de saúde prestados por entidades privadas ou do sector social o regime livre e o regime convencionado, não podendo ser discriminados nos prestadores convencionados face aos demais utentes ali atendidos. O acesso de um beneficiário da ADSE a prestadores privados ou do sector social convencionados com o SNS também é possível em circunstâncias de igualdade, desde que o beneficiário recorra a um centro de saúde e seja por este referenciado.

De 2009 a 2014, observou-se uma gradual redução da responsabilidade pública no financiamento da ADSE, sendo o subsistema hoje quase exclusivamente financiado pelas contribuições dos seus beneficiários, as quais atingem já uma taxa de 3,5% das remunerações e pensões. Com efeito, atualmente a ADSE não consome verbas vindas diretamente do Orçamento do Estado e não pesa nos encargos dos empregadores públicos. Esta supressão do financiamento público direto para a ADSE foi possível, porque os custos dos cuidados prestados aos beneficiários do subsistema na rede do SNS foram absorvidos na despesa do Ministério da Saúde.

Numa comparação entre a contribuição dos beneficiários para a ADSE e prémios médios pagos por SSV privados, associados a diferentes perfis de tomadores de seguros, conclui-se que a ADSE será mais vantajosa, especialmente para casais com

filhos. Os SSV privados compensarão apenas para tomadores de seguros jovens, solteiros e sem filhos, e para indivíduos com remunerações anuais mais altas.

1. Introdução

Depois da realização de um estudo sobre os seguros de saúde em 2009, intitulado de “Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde”, disponível em www.ers.pt, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) revisita o tema dos seguros na elaboração do presente relatório, em cumprimento das suas atribuições e incumbências, definidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Neste propósito, são tidos em atenção os objetivos de regulação estabelecidos na alínea b) do artigo 10.º e na alínea a) do artigo 15.º dos mesmos estatutos, ou seja, de “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei” e de “elaborar estudos [...] sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita [...] às relações [...] entre sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes”.

Neste relatório são caracterizados os seguros de saúde e o seu papel no contexto da prestação de cuidados de saúde em Portugal. Em particular, são analisados os seguros de saúde voluntários (SSV) e os subsistemas de saúde, ou seja, os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas, merecendo destaque o principal subsistema: a Assistência na Doença a Servidores do Estado da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE).

Nesse sentido, o relatório presta informação útil aos cidadãos, para uma melhor compreensão das formas complementares de financiamento de cuidados de saúde existentes.

Com efeito, são exploradas questões de interesse para os cidadãos, tais como:

- (i) as possibilidades de acesso dos cidadãos a cada um dos tipos de seguro, explicando-se, em particular, os subsistemas de saúde com acesso restrito a determinadas profissões, em empresas específicas;
- (ii) as razões de contratação de um seguro e alguns problemas específicos dos seguros, tais como as formas de as seguradoras evitarem o risco moral por parte dos segurados e a seleção de riscos (*cream-skimming*), que podem promover desigualdades no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde; e

(iii) a comparação entre encargos envolvidos na contratação de um seguro, tanto para diferentes perfis de segurados como para determinados tipos de seguros distintos.

O capítulo 2 descreve o contexto da temática explorada no relatório, identificando o papel dos seguros de saúde no sistema de saúde português.

O capítulo 3 dedica-se aos SSV, em que se inclui um breve histórico dos SSV em Portugal, uma descrição genérica dos contratos de seguro de saúde e dos diferentes seguros privados existentes em Portugal, a perspetiva de crescimento da importância dos SSV, a caracterização do mercado de SSV, o perfil do tomador de seguros de saúde, considerações sobre o risco moral e a seleção de riscos, e a sua diferenciação face aos planos e cartões de saúde.

O capítulo 4 refere-se aos esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (subsistemas de saúde), onde são descritos os diferentes subsistemas públicos e privados existentes e são vistas algumas questões com impacto sobre o acesso dos cidadãos beneficiários do principal subsistema de saúde, ou seja, a ADSE.

Finalmente, o capítulo 5 apresenta as conclusões alcançadas.

2. O papel dos seguros no contexto do sistema de saúde português

Os sistemas de saúde implementados atualmente desenvolveram-se à sombra de dois grandes modelos, o de Bismarck e o de Beveridge, que assentam no princípio do acesso a cuidados de saúde independente da capacidade de pagamento, conforme melhor se explica mais adiante, na descrição de cada um dos modelos.

O sistema de saúde português baseia-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos Serviços Regionais de Saúde (SRS) das Regiões Autónomas¹, seguindo, em linhas gerais, o modelo de sistema de saúde de Beveridge, do ponto de vista das fontes de financiamento para a prestação de cuidados de saúde.

O modelo de Beveridge desenvolveu-se inicialmente no Reino Unido, depois da II Guerra Mundial. Os sistemas de saúde beveridgeanos, dos quais são exemplos os de Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca, Itália e Espanha, adotam o princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório por impostos, assegurada por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado os montantes de que necessita. Neste modelo de sistema de saúde, a prestação é fortemente influenciada pelo Estado e organizada regionalmente, por subdivisões administrativas. Além disso, o acesso dos utentes a cuidados de saúde especializados, tipicamente prestados em hospitais públicos, costuma depender de referenciação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários.²

O modelo de Bismarck foi inicialmente desenvolvido na Alemanha do século XIX e também visa assegurar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua capacidade de pagamento. Os sistemas de saúde

¹ Os SRS das Regiões Autónomas são o Serviço Regional de Saúde dos Açores, com os seus estatutos estabelecidos pelo Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho (e sucessivas alterações), e o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), com os seus estatutos aprovados pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012, de 2 de julho.

² Vide “Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde” (coordenado por Simões, J., Teixeira, M., Pita Barros, P. e Pereira, J.), publicado pelo Ministério da Saúde em 2007, disponível no *website* do Ministério da Saúde, em <http://www.min-saude.pt>; van der Zee, J. e Kroneman, M. W. (2007), “Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs”, *BMC Health Services Research*, 7 (94), 1-11; “Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português”, de 2009, disponível no *website* da Associação Portuguesa de Seguradores (APS), em www.apseguradores.pt; e Simões, J. (2009), “Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde”, anuário JANUS, OBSERVARE – Observatório de Relações Exteriores (unidade de investigação em Relações Internacionais da Universidade Autónoma de Lisboa), disponível em www.janusonline.pt. Estas referências são utilizadas também no decorrer deste capítulo.

bismarckianos, de seguros de saúde sociais, são adotados atualmente na Alemanha e também na Bélgica, em França, na Áustria e na Holanda. Esses seguros sociais são de adesão obrigatória, financiados por contribuições de empregados e empregadores e, embora seja comum a garantia pelo Estado das contribuições dos desempregados e de grupos vulneráveis, a universalidade de cobertura nem sempre é garantida pelo Estado.

Embora o sistema de saúde português siga o modelo de Beveridge, tendo por base o SNS e os SRS, este coexiste com outros dois sistemas, tendo em conta as fontes de financiamento das despesas em saúde, concretamente os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (ADSE e outros subsistemas de saúde) e os SSV. Não obstante, deve reconhecer-se, além disso, como importante fonte de financiamento os pagamentos diretos pelas famílias (*out-of-pocket expenses*).

A tabela 1 apresenta o financiamento misto do sistema de saúde português, com base em dados da despesa corrente em saúde de 2004 e 2013, ficando evidente a importância do financiamento público, baseado principalmente no SNS.

Tabela 1 – Financiamento misto do sistema de saúde português

Agente financiador	2004		2013	
	Milhões euros	% Total	Milhões euros	% Total
Financiamento público:	9.874	69,7%	10.091	66,0%
- Serviço Nacional de Saúde	7.910	55,8%	8.843	57,9%
- Subsistemas públicos	997	7,0%	639	4,2%
- Outras unidades da administração pública	804	5,7%	427	2,8%
- Fundos da segurança social	163	1,2%	183	1,2%
Financiamento privado:	4.289	30,3%	5.193	34,0%
- Subsistemas privados	390	2,8%	308	2,0%
- Seguros de saúde privados	301	2,1%	541	3,5%
- Pagamentos diretos pelas famílias	3.515	24,8%	4.284	28,0%
- Instituições sem fins lucrativos e outros	83	0,6%	61	0,4%
Total	14.163	100,0%	15.284	100,0%

Fonte: Conta Satélite da Saúde, Instituto Nacional de Estatística (INE). Dados de 2004 e 2013 (preliminares).

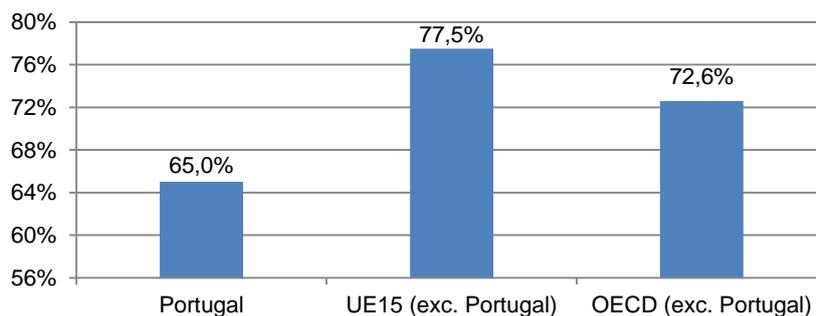
Não obstante, é notório que, nos anos em análise, a parcela correspondente ao financiamento público diminuiu e, por outro lado, que o financiamento privado se tornou mais importante, crescendo de 30,3% para 34,0%. Este crescimento do financiamento privado deveu-se ao incremento na despesa privada familiar (*out-of-*

pocket)³ e na despesa dos seguros privados. Neste período, a despesa pública cresceu apenas 2%, ao passo que a despesa privada cresceu 21%.

As figuras 1, 2 e 3 apresentam as proporções das despesas em saúde em Portugal financiadas publicamente (incluindo os subsistemas de saúde públicos), pelos pagamentos diretos pelas famílias e por terceiras entidades financiadoras privadas (incluindo as seguradoras e subsistemas privados), respetivamente, em comparação com as médias dos outros 14 Estados-Membros do grupo UE15 e dos outros 33 países membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE).⁴

Nas figuras 1 e 2 é possível constatar que o financiamento público em Portugal é relativamente baixo (*vide* figura 1), enquanto as despesas diretas das famílias são comparativamente altas, face às médias do grupo UE15 e da OCDE, excetuando Portugal (*vide* figura 2).

Figura 1 – Proporção de despesas em saúde financiadas publicamente

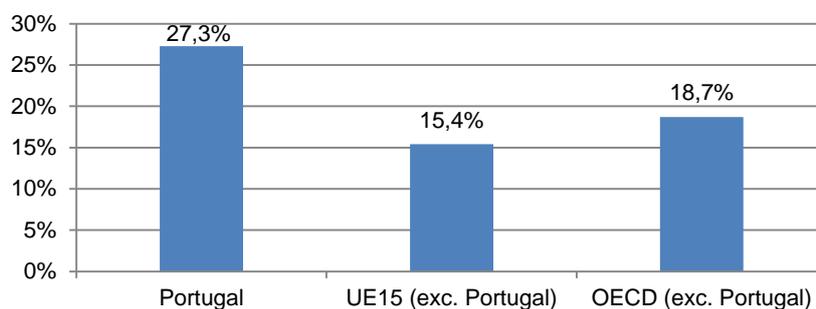


Fonte: OECD Health Statistics 2014 (ano de 2012 ou mais recente).

³ Conforme se identifica na tabela, os pagamentos diretos pelas famílias alcançaram 28% do financiamento do sistema de saúde, em 2013. Sobre esta matéria, importa lembrar que a Organização Mundial da Saúde conclui que a parcela da despesa total em saúde financiada por pagamentos *out-of-pocket* não deve ir acima de 15 a 20%, uma vez que a partir deste limite o número de famílias com elevada probabilidade de sofrer despesas de saúde catastróficas aumenta rapidamente (*vide* WHO (2010), “The World Health Report – Health Systems Financing: The path to universal coverage”, disponível em www.who.int).

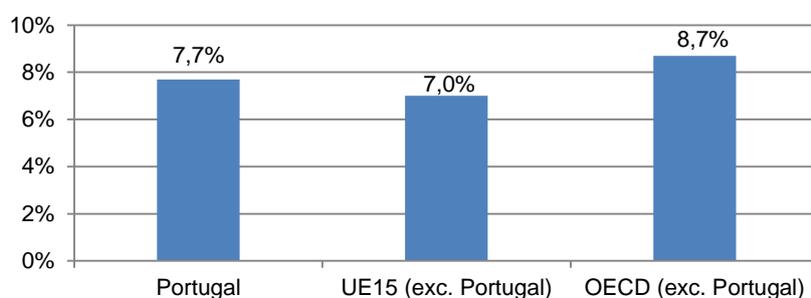
⁴ Os países do grupo UE15 são, para além de Portugal, Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Reino Unido e Suécia. Os países da OCDE são, para além de Portugal, Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, Coreia do Sul, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Polónia, Reino Unido, República Checa, Suécia, Suíça e Turquia.

Figura 2 – Proporção de despesas em saúde financiadas por pagamentos diretos pelas famílias



Fonte: OECD Health Statistics 2014 (ano de 2012 ou mais recente).

Figura 3 – Proporção de despesas em saúde financiadas por terceiros privados

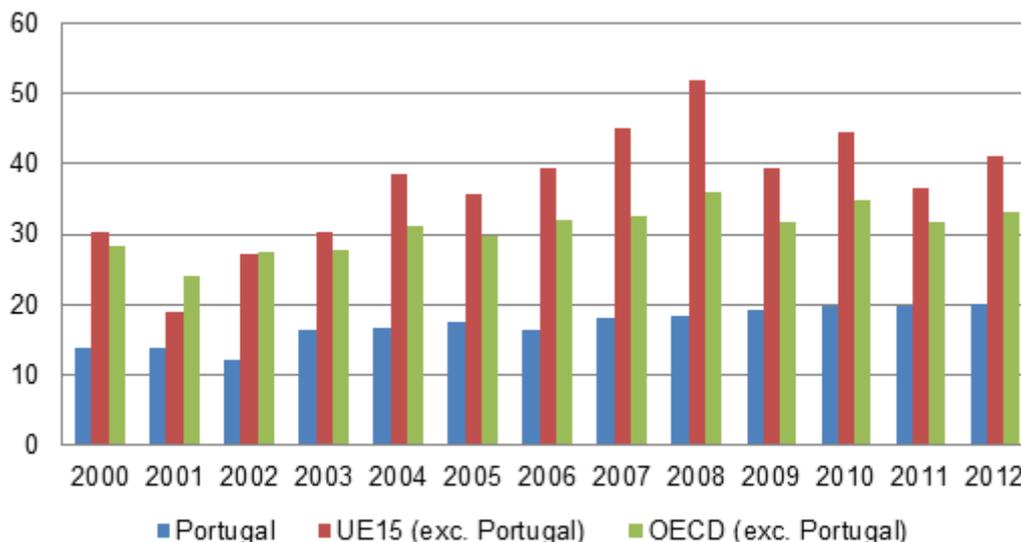


Fonte: OECD Health Statistics 2014 (ano de 2012 ou mais recente).

Sem prejuízo de a proporção de despesa financiada por terceiros privados em Portugal, na sua maior parte seguradoras, poder ser considerada semelhante às médias do grupo da UE15 e da OCDE, conforme se constata na figura 3, a relação de baixo financiamento público e elevados pagamentos diretos pelas famílias indica que haverá espaço para o crescimento dos seguros de saúde privados em Portugal, uma vez que estes podem complementar o financiamento público das despesas em saúde e produzir um efeito de redução, desejável, nas despesas diretas em saúde das famílias.

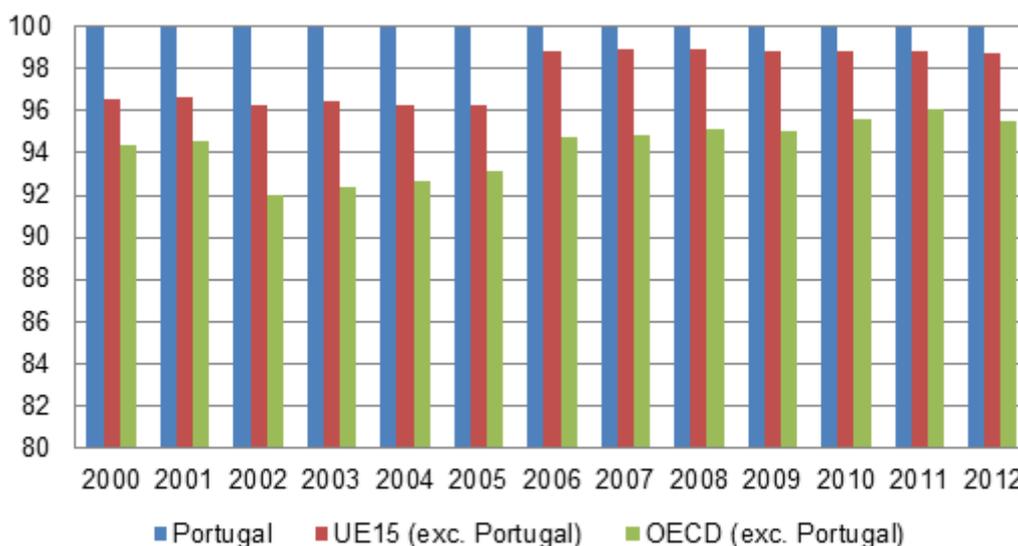
Por sua vez, este possível crescimento poderá aumentar a proporção de portugueses com cobertura de seguro de saúde privado, a qual tem sempre sido significativamente inferior ao restante dos países da UE15 e da OCDE em anos recentes, conforme se ilustra na figura 4. Isto se deverá ao facto de 100% da população portuguesa ter cobertura pública garantida das despesas em saúde, como é natural em países com sistema de saúde do tipo Beveridge. Como se nota na figura 5, nem toda a população residente nos países da UE15 e da OCDE tem esta cobertura universal garantida.

Figura 4 – Percentagem de população com cobertura de seguro de saúde privado



Fonte: OECD Health Statistics 2014.

Figura 5 – Percentagem de população com cobertura pública (SNS ou seguro social)



Fonte: OECD Health Statistics 2014.

A perspetiva de crescimento dos seguros de saúde privados é analisada na segunda secção do próximo capítulo. O capítulo 3 inicia-se, como se verá, com a caracterização dos SSV privados e a identificação das principais cláusulas de um contrato de seguro de saúde típico.

3. Seguros de saúde voluntários privados

Na maior parte dos países da OCDE, tenham sistema de saúde baseado em seguros sociais ou em serviço nacional de saúde, os SSV privados proporcionam aos segurados uma cobertura financeira complementar à cobertura garantida pelo seguro público.

Nesses países, um cidadão geralmente subscreve um seguro de saúde com um ou mais dos seguintes objetivos:

- (i) Cobertura financeira para riscos não cobertos pelo seguro público;
- (ii) Cobertura do copagamento exigido pelo sistema público;
- (iii) Cobertura financeira de tratamento privado; e
- (iv) Melhores condições de hospitalização.⁵

Em Portugal, a criação do SNS com o pressuposto de cobertura universal não previa um papel para a existência de um seguro alternativo e, ainda hoje, os SSV são complementares ao SNS, em conformidade com o disposto na Base XXIII da Lei de Bases da Saúde (LBS). Contudo, a importância dos SSV como modelo de financiamento foi crescendo, tendo sido assumida pelo Estado a necessidade de facilitação a alternativas ao SNS, com incentivos aos seguros de saúde, conforme previsto igualmente na LBS, concretamente na Base XLII.

As deduções à coleta de imposto sobre o rendimento das pessoas singulares dos prémios de seguro de saúde são um exemplo de incentivo, que se encontrava estabelecido, até 31 de dezembro de 2014, no artigo 74.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais⁶, sem prejuízo da diminuição dos incentivos, promovida em 1 de janeiro de 2012, em linha com os compromissos assumidos de redução das deduções no

⁵ Vide Simões, J. (2009), “Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde”, anuário JANUS, Observatório de Relações Exteriores (unidade de investigação em Relações Internacionais da Universidade Autónoma de Lisboa), disponível em www.janusonline.pt.

⁶ Decreto-Lei n.º 215/89, de 1 de julho, alterado pela última vez pelo Decreto-Lei n.º 7/2015, de 13 de janeiro. O artigo 74.º foi alterado pelo artigo 144.º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, do Orçamento do Estado para 2012, e revogado pela alínea b) do artigo 16.º da Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro.

Memorando de Entendimento entre o Estado português e CE/BCE/FMI⁷, na sua primeira versão, de 17 de maio de 2011 (*vide* quadro 1).

Quadro 1 – A redução das deduções fiscais em 2012

As reduções em 2012, em até dois terços das deduções, conforme previsto no Memorando de Entendimento, ocorreram tanto em termos da percentagem dos prémios de seguros dedutíveis à coleta do IRS como em termos dos limites para as deduções.

A dedução à coleta do IRS “dos prémios de seguros ou contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde que, em qualquer dos casos, cubram exclusivamente os riscos de saúde relativamente ao sujeito passivo ou aos seus dependentes, pagos por aquele ou por terceiros, desde que, neste caso, tenham sido comprovadamente tributados como rendimento do sujeito passivo” – cf. o n.º 1 do artigo 74.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais –, diminuiu de 30% para 10%, em 1 de janeiro de 2012.

Os limites para as deduções reduziram-se da seguinte forma (cf. alíneas a) e b) do n.º 1 e n.º 2 do mesmo artigo):

- (i) De 85 EUR para 50 EUR, no caso de sujeitos passivos não casados ou separados judicialmente de pessoas e bens;
- (ii) De 170 EUR para 100 EUR, no caso de sujeitos passivos casados e não separados judicialmente de pessoas e bens; e
- (iii) De 43 EUR para 25 EUR, no que se refere ao valor, por cada dependente a cargo do sujeito passivo, que eleva os limites indicados nos pontos (i) e (ii).

A partir de 1 de janeiro de 2015, no entanto, ocorreu uma nova alteração às deduções à coleta, com a revogação do artigo 74.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais pela Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro. Desde então, as deduções à coleta das despesas com seguros de saúde ocorrem nos termos dos artigos 78.º e 78.º-C do Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de novembro, ou seja, o Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), com a alteração introduzida pela Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro. Concretamente, de acordo com o n.º 1 do artigo 78.º-C, “à coleta do IRS devido pelos sujeitos passivos é dedutível um montante correspondente a 15% do valor suportado a título de despesas de saúde por qualquer membro do agregado familiar, com o limite global de € 1 000”, sendo certo que, incluídos nas despesas de

⁷ Comissão formada por representantes da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional, respetivamente. O Memorando de Entendimento indicava que as deduções deveriam ser reduzidas em até dois terços. As reduções ocorreram tanto em termos da percentagem dos prémios de seguros dedutíveis à coleta do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) como em termos dos limites para as deduções.

saúde, estão os prémios de seguros (cf. alínea b) do mesmo número). Isto significa que um cidadão que, por exemplo, tenha pago um prémio de seguro de saúde de 1.500 EUR, em 2015, poderá obter 225 EUR de dedução – um limite superior aos definidos anteriormente. Além disso, ainda poderá deduzir até 775 EUR do total das demais despesas de saúde, ao passo que, antes da alteração introduzida pela Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro, havia uma dedução à coleta para estas despesas de 10%, até ao limite de 838,44 EUR (duas vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais).⁸

Note-se que os incentivos aos seguros de saúde começaram a ser discutidos e promovidos no final dos anos 80 e, principalmente, nos anos 90 do século passado, em programas de governo, na legislação e em estudos.

Com efeito, com o Programa XI do Governo, no período 1987-1991, passou a constar da agenda do Governo o objetivo de determinar o nível de intervenção e a articulação dos sectores público e privado, mediante o incentivo aos seguros de saúde como alternativa ao SNS. Além disso, a nível legislativo, depois da LBS, de 1990, o Estatuto do SNS, de 1993, concretizou a criação da possibilidade da privatização de parte do financiamento de cuidados, com a conceção de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de um seguro alternativo de saúde (cf. artigo 24.º do Estatuto do SNS)⁹.

Por volta desse período, foram elaborados diversos estudos, resumidos em Simões (2010), que versaram sobre alternativas para o esquema de financiamento da saúde, com ênfase no papel dos seguros¹⁰. Por exemplo, ainda que se tenha baseado no princípio da universalidade e do papel essencial do Estado na saúde, um estudo de 1992 realizado para o Ministério da Saúde, intitulado “Proposta de Financiamento”, sugeria que fosse estimulado o mercado segurador com vantagens fiscais, para que se oferecesse ao cidadão a possibilidade de fazer seguros de doença e seguros complementares com cobertura das despesas não participadas pelo Estado.

⁸ Uma conclusão sobre se as novas deduções são financeiramente compensadoras face às anteriores, só é possível numa análise caso a caso, porque os limites dependem também do rendimento coletável das famílias, de entre ainda outras especificidades previstas na lei. Para maiores detalhes acerca das deduções, vide artigo 78.º e 78.º-A e 78.º-C do Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de novembro, com a redação da Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro.

⁹ Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 42/93 de 31 de março, e alterado pela última vez pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

¹⁰ Simões, J. (coord.) (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina.

Em 1995, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Relatório “Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal”. Este relatório sugeriu a promoção da concorrência na gestão do financiamento público, através da criação de mais do que uma entidade financiadora com autonomia de gestão face ao Ministério da Saúde e com “capacidade de atuar no mercado segurador de forma explícita e de negociar os preços da prestação de serviços”. Admitia, ainda, a possibilidade de “saída do sistema de seguro público mediante a apresentação de seguro privado alternativo” que cobrisse “as garantias incluídas no seguro público básico”¹¹.

Por sua vez, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/96, de 24 de janeiro, propôs, em 1998, nas suas “Recomendações para uma reforma estrutural”, a criação de um Fundo Nacional de Saúde, ainda que tendo por base a manutenção de um seguro público obrigatório, único e de inscrição obrigatória para todos, com a determinação dos prémios de seguro de acordo com os rendimentos do agregado familiar. O Fundo Nacional de Saúde passaria a ser a entidade financiadora do SNS e a entidade responsável pela definição do pacote básico de cuidados, tendo o Estado o papel de contribuir com um Fundo de Equilíbrio Financeiro. Os autores do documento admitiam também a possibilidade de os cidadãos aderirem a seguros e subsistemas de saúde, mantendo o seu caráter complementar (Simões, 2010).

A necessidade de ponderar alterações ao financiamento dos cuidados de saúde surge explícita no Programa do XV Governo, no período 2002-2004, com o objetivo de o SNS dever passar de um sistema público para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistiriam entidades de natureza pública, privada e social, com repercussões ao nível do financiamento da saúde, mediante a constituição de fundos e seguros de saúde com compensações fiscais.

Não obstante, sem prejuízo dessas propostas, o SNS mantém o seu propósito de cobertura universal e os SSV permanecem complementares ao SNS.¹²

¹¹ Cf. “Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde” (coordenado por Simões, J., Teixeira, M., Pita Barros, P. e Pereira, J.), de 2007, disponível no *website* do Ministério da Saúde, em <http://www.min-saude.pt>.

¹² Refere-se aqui e no parágrafo seguinte apenas o SNS, por simplificação de exposição, tendo em conta a recomendação do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. O mesmo vale, no entanto, para os SRS nas Regiões Autónomas, devido ao papel análogo que desempenham nos Açores e na Madeira.

A manutenção do SNS vai ao encontro da recomendação n.º 1 do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, de 2007, que previa, especificamente, a manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório.¹³

Como se concluiu naquele relatório, não se encontrou vantagem em alterar de modo radical a forma de financiamento do SNS e, genericamente, apontaram-se as seguintes vantagens da organização em torno de um sistema de saúde baseado num serviço nacional de saúde, face a sistemas alternativos:

- (i) Capacidade de garantir um melhor estado de saúde das populações;
- (ii) Maior equidade no financiamento e no acesso a cuidados de saúde; e
- (iii) Maior controle do crescimento da procura.

Tendo sido analisado o papel dos seguros de saúde no financiamento das despesas em saúde, em complemento ao financiamento público, é descrito, na próxima secção, o contrato de seguro de saúde típico.

3.1. O contrato de seguro de saúde

O contrato de seguro é um contrato mediante o qual uma entidade – o tomador de seguro – transfere para outra entidade – a seguradora – o risco da verificação de um determinado dano – um sinistro –, mediante o pagamento da correspondente remuneração – o prémio.¹⁴ O tomador de seguro é o subscritor do contrato de seguro ou, mais especificamente, “a pessoa que celebra o contrato de seguro com a empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento do prémio”, de acordo com a definição do Instituto de Seguros de Portugal (ISP)¹⁵. A seguradora é uma empresa de seguros, enquanto entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora.

¹³ “Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde” (coordenado por Simões, J., Teixeira, M., Pita Barros, P. e Pereira, J.), disponível em <http://www.min-saude.pt>.

¹⁴ De acordo com o Instituto de Seguros de Portugal (ISP), o contrato de seguro é um “contrato através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência de sinistro, nos termos acordados. Em contrapartida, o tomador de seguro obriga-se a pagar o prémio correspondente”. *Vide* <http://www.isp.pt>.

¹⁵ *Vide* <http://www.isp.pt>.

O sinistro pode ser definido como um evento ou uma série de eventos suscetível de fazer funcionar as garantias do contrato de seguro, acionando a cobertura do risco. O prémio é o preço pago pelo tomador de seguro à seguradora pela cobertura do risco, através da contratação do seguro.¹⁶

A assunção de um risco do tomador de seguro ou do segurado é não só elemento caracterizador do contrato de seguro, como serve também de elemento delimitador do seu objeto, dando os diferentes tipos de riscos assumidos lugar a tipos de seguros distintos. Nesse contexto, importa clarificar que o segurado é o beneficiário da cobertura do risco, ou seja, o que assume os direitos do contrato, não sendo necessariamente o próprio tomador de seguro, mas sendo-o, no caso de o seguro ser subscrito por conta própria, para si próprio. Refira-se que o ISP define o segurado genericamente como sendo a “pessoa ou entidade no interesse da qual é feito o contrato de seguro ou pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura (pessoa segura)”. Quando o segurado é um terceiro, estabelece-se por via do contrato de seguro uma relação contratual tripartida entre a seguradora, o tomador de seguro e o segurado.

A apólice de seguro de saúde formaliza o contrato de seguro e é composta por um conjunto de condições, concretamente:

- (i) Gerais;
- (ii) Especiais; e
- (iii) Particulares.¹⁷

As condições gerais da apólice de seguro permitem a identificação dos cuidados de saúde a que os segurados podem recorrer, sendo identificadas concretamente as garantias suscetíveis de serem contratadas, de que se podem citar como exemplos hospitalização, internamento, convalescença, assistência médica ambulatoria, estomatologia, próteses e ortóteses, medicamentos, parto e assistência médica ao domicílio. Para além dos cuidados de saúde garantidos, ainda outros cuidados de saúde são mencionados nas condições gerais da apólice, como no caso da definição

¹⁶ Como referências para as definições apresentadas nesta secção, veja-se, por exemplo, para além do ISP (em www.isp.pt), as condições gerais e especiais das apólices de seguro de saúde pleno da seguradora Lusitania, Companhia de Seguros, S.A., (disponível em www.lusitania.pt) e de seguro de saúde individual da Companhia de Seguros Generali, S.P.A. (disponível em www.general.pt).

¹⁷ De acordo com o ISP, a apólice de seguro é o “documento que contém as condições do contrato de seguro acordadas pelas partes e que incluem as condições gerais, especiais e particulares”.

dos cuidados de saúde com período de carência alargado (tais como partos, extração de quistos e artroscopias), ou no caso das exclusões (os cuidados de saúde expressamente indicados como cuidados sem cobertura), sendo alguns exemplos típicos a hemodiálise e os transplantes de órgãos.¹⁸

As condições especiais de uma apólice de seguro, que incluem as cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar as disposições das condições gerais da apólice, também podem apresentar exclusões, sem prejuízo das identificadas nas condições gerais. As condições especiais também servem para especificar em detalhe as garantias que são contratadas, indicando exatamente que cuidados de saúde específicos são garantidos.

Finalmente, as condições particulares destinam-se à identificação do tomador de seguro e do segurado, bem como do prémio, das coberturas específicas contratadas, da percentagem do reembolso da seguradora (comparticipação), do valor a pagar pelo segurado em caso de sinistro (franquia) e do valor concreto para cada despesa de saúde a cargo do segurado no ato do consumo (copagamento), entre outros. São incluídos neste documento da apólice os elementos específicos e individuais de cada contrato de seguro.

Há diferentes tipos de seguros de saúde. Como se explica de seguida, estes podem ser voluntários ou obrigatórios, individuais ou de grupo, e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de combinações de ambas.

O seguro de saúde surge como exemplo paradigmático dos contratos de seguro voluntários ou facultativos, na medida em que se encontra na livre disposição das partes a sua celebração ou não. No entanto, alguns seguros de saúde não são SSV, pelo que têm carácter obrigatório, da mesma forma como ocorre em muitos seguros de acidentes pessoais e seguros de trabalho. Assim acontece, nomeadamente, quanto aos nacionais de outros Estados-Membros que pretendam residir em Portugal, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto (em condições de reciprocidade com o Estado da nacionalidade) e quanto aos praticantes de alta competição não profissionais, nos termos do n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei

¹⁸ O período de carência, de acordo com o ISP, é o “período entre o início do contrato de seguro e uma determinada data, no qual certas coberturas não se encontram ainda a produzir efeitos”.

n.º 10/2009, de 12 de janeiro¹⁹. Os seguros de saúde podem ser, assim, voluntários/facultativos (SSV) ou obrigatórios.

O contrato de seguro de saúde pode ser também classificado como individual ou de grupo, consoante seja celebrado relativamente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro, por um vínculo ou interesse comum, respetivamente. Um exemplo de seguro de saúde de grupo é o seguro de saúde em que o tomador de seguro é uma empresa e os segurados os trabalhadores da empresa.

Por último, e de acordo com uma classificação corrente, é possível dividir os seguros de saúde, ou seja, os seguros “não vida” do ramo “doença”²⁰, de acordo com as designações formais, nas três modalidades previstas nas alíneas a), b) e c) do n.º 2 do artigo 123.º do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de abril (Lei Quadro dos Seguros), concretamente as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e de combinações de ambas (sistema misto), respetivamente.²¹

As prestações convencionadas são as despesas médicas efetuadas pelos segurados numa rede de prestadores de cuidados de saúde convencionados, organizada por uma entidade administradora ou gestora de serviços de saúde, com o segurado a suportar apenas uma parte do preço com o cuidado recebido, sendo a comparticipação a cargo da seguradora paga diretamente aos prestadores. A rede de prestadores pode incluir médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde com acordo celebrado com a seguradora e/ou a entidade administradora/gestora da rede. Como se identificou no estudo da ERS de 2009, “Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde”²², as principais entidades administradoras de prestadores convencionados em Portugal eram a AdvanceCare (www.advancecare.pt), a Médis (www.medis.pt) e a MultiCare (www.multicare.pt).

A figura 6 ilustra as relações contratuais, nesta modalidade de prestações convencionadas, entre as seguradoras e os prestadores de cuidados de saúde convencionados, bem como os feixes de contratos paralelos estabelecidos entre as

¹⁹ Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro, alterado pela Lei n.º 27/2011, de 16 de junho.

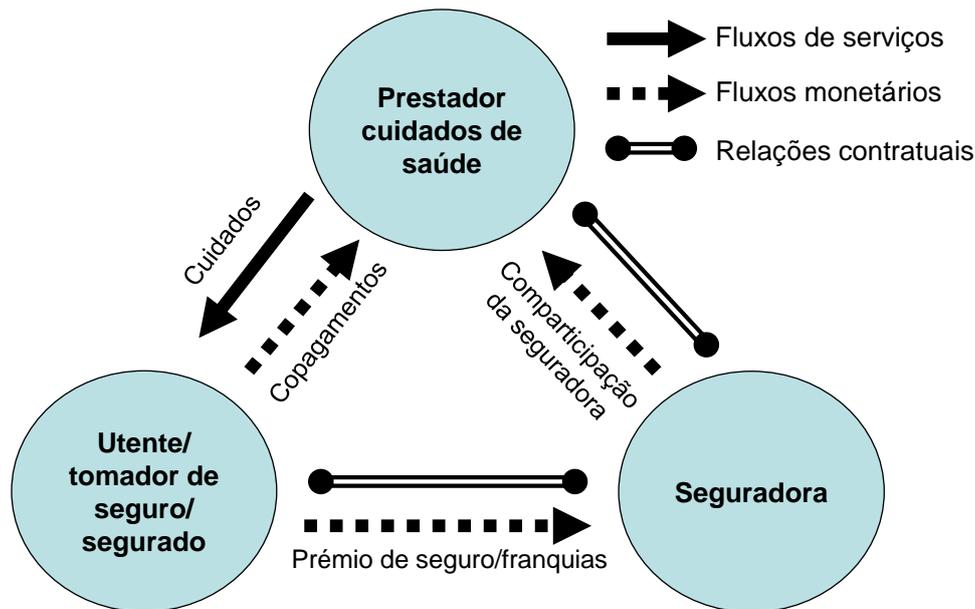
²⁰ O ramo de seguro é, segundo o ISP, a “classificação legal dos seguros, de acordo com a sua natureza. Por exemplo, ramo vida e ramos não vida (ramo doença, ramo incêndio e elementos da natureza, ramo responsabilidade civil geral, etc.)”.

²¹ Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de abril, retificado pela Declaração de Retificação n.º 11-D/98, de 30 de junho, e alterado pela última vez pelo Decreto-Lei n.º 91/2014, de 20 de junho.

²² Estudo disponível no *website* da ERS, em www.ers.pt.

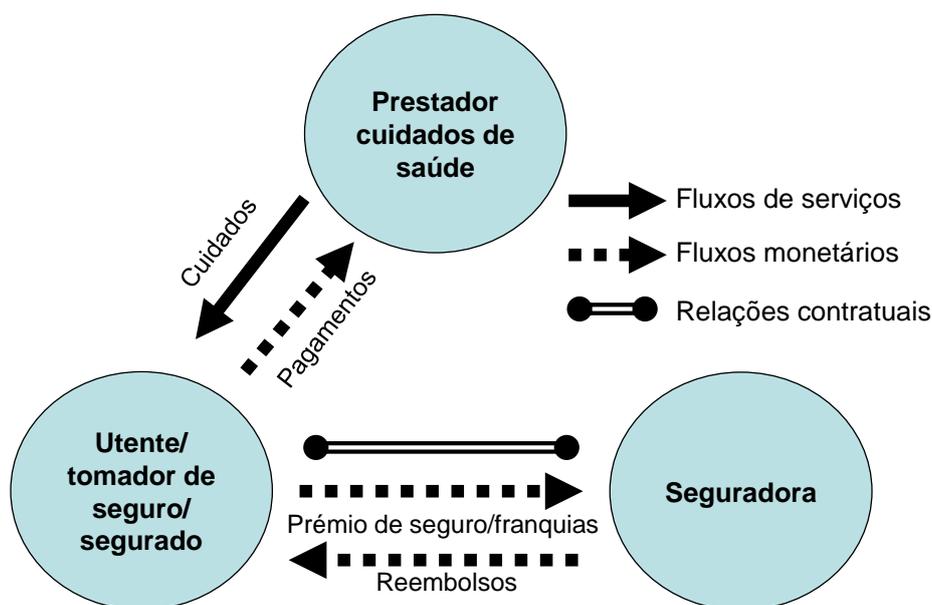
seguradoras e os utentes/tomadores de seguro/segurados, por via das apólices de seguro. As apólices conformam, a final, o acesso e a relação que se estabelece entre os segurados e os prestadores convencionados (a entidade administradora da rede de prestadores pode ser a própria seguradora, caso que se ilustra na figura, ou uma outra entidade).

Figura 6 – Relações contratuais na modalidade de prestações convencionadas



Na modalidade de prestações indemnizatórias, também designada por sistema de reembolso, as despesas médicas são efetuadas pelos segurados fora da rede de prestadores convencionados e dão origem a um reembolso direto da seguradora aos segurados, de acordo com as condições estipuladas na apólice. Portanto, nesta segunda modalidade, o segurado escolhe livremente o prestador ao qual pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador, mediante apresentação dos respetivos comprovativos de pagamento. Não há, neste regime, o estabelecimento de qualquer relação, direta ou indireta, entre a seguradora e os diferentes prestadores de cuidados de saúde, conforme o esquema da relação contratual ilustrado na figura 7 demonstra.

Finalmente, a terceira modalidade de seguros de saúde refere-se ao sistema misto, em que os seguros oferecem, tanto as prestações convencionadas como as prestações indemnizatórias.

Figura 7 – Relação contratual na modalidade de prestações indemnizatórias


A tabela 2 apresenta a distribuição dos montantes pagos em 2013 em sinistros por tipo de seguro direto do ramo doença, sendo possível identificar a prevalência dos seguros do sistema misto, que combina as modalidades de prestações convencionadas e de prestações indemnizatórias, seja no que respeita aos seguros individuais, seja no que respeita a seguros de grupo.

Tabela 2 – Montantes pagos por tipo de seguro de saúde

Tipo de seguro	% Total
Seguros individuais:	44,55%
- Sistema convencionado	13,47%
- Sistema misto	28,93%
- Associado a cartões (convencionado, misto ou reembolso)	0,02%
- Reembolso	2,13%
Seguros de grupo:	55,45%
- Sistema convencionado	10,00%
- Sistema misto	39,86%
- Associado a cartões (convencionado, misto ou reembolso)	0,08%
- Reembolso	5,52%

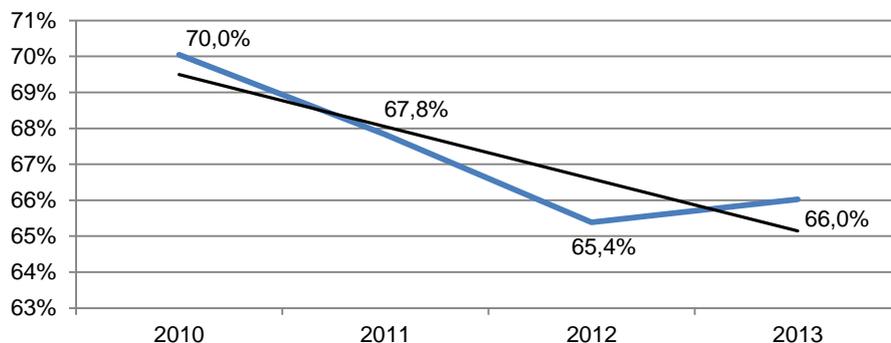
Fonte: Instituto de Seguros de Portugal (ISP).

3.2. O crescimento dos seguros de saúde privados

Os SSV privados têm apresentado um crescimento significativo em Portugal, em anos recentes. Não se pode dizer, no entanto, se isto se tem verificado por causa, ou apesar, da conjuntura económica adversa e do contexto de redução de despesas públicas. Isto porque, como se verá, se, por um lado, a crise económica, que tem atingido o país desde 2008, tem levado a uma redução do financiamento público das despesas em saúde, por outro lado, o desemprego tem aumentado e o rendimento dos cidadãos portugueses tem diminuído, o que pode ter levado – e ainda poderá levar – muitas famílias a reduzir as suas despesas em seguros de saúde.²³

Tendo em conta a diminuição do financiamento público das despesas em saúde (incluindo dos subsistemas de saúde públicos), a figura 8 ilustra a tendência de queda, desde 2010, em termos da proporção das despesas correntes em saúde totais, com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Figura 8 – Evolução recente da proporção de despesas correntes em saúde financiadas publicamente



Fonte: Conta Satélite da Saúde, Instituto Nacional de Estatística (INE), base 2011. Dados de 2012 provisórios e de 2013 preliminares.

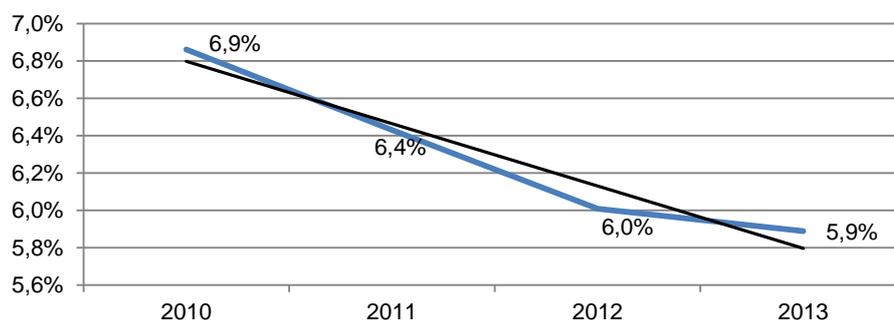
Embora a proporção de despesas correntes em saúde financiada publicamente tenha apresentado um pequeno aumento, entre 2012 e 2013, conforme se identifica na figura 8, este aumento não é corroborado pela evolução do volume de financiamento público das despesas correntes em saúde, em euros, que diminuiu 1,1% no mesmo período. Acresce que a tendência de queda identificada é reforçada pela análise de uma série mais longa, desde 2000, em que se pode constatar que a proporção de

²³ Sobre a crise económica desde 2008, *vide*, por exemplo, o relatório “A Anatomia da Crise: Identificar os problemas para construir as alternativas – 1.º relatório, preliminar, do Observatório sobre Crises e Alternativas”, elaborado em 2013 pelo Centro de Estudos Sociais, Laboratório Associado, Universidade de Coimbra.

despesas em saúde financiadas publicamente, referente aos anos compreendidos entre 2008 e 2012, foi sempre inferior à verificada nos anos anteriores.²⁴

Refira-se que a tendência de queda do financiamento público de despesas em saúde também é identificada na análise das despesas correntes em saúde financiadas publicamente (incluindo os subsistemas de saúde públicos) como percentagem do produto interno bruto (PIB), desde 2010, conforme se ilustra na figura 9.

Figura 9 – Evolução recente das despesas correntes em saúde financiadas publicamente (incluindo subsistemas públicos) como percentagem do PIB



Fonte: Conta Satélite da Saúde, Instituto Nacional de Estatística (INE), base 2011. Dados de 2012 provisórios e de 2013 preliminares.

Além disso, importa notar que a política fiscal restritiva – alinhada com os compromissos assumidos pelo Estado no Tratado sobre Estabilidade, Coordenação e Governança (TECG) –, deve manter-se a médio prazo. Isto porque os compromissos assumidos no TECG impõem como limites de défices e dívida um défice estrutural das administrações públicas de 0,5% do produto interno bruto a preços de mercado (PIB pm), um défice orçamental de 3% do PIB pm e uma dívida pública de 60% do PIB pm, enquanto os valores correspondentes de 2013 foram de 2,8%, 4,9% e 129%, respetivamente.²⁵

Maiores esforços de redução de despesa pública são, portanto, expectáveis nos próximos anos, devendo a área da saúde também ser atingida.

²⁴ Vide Conta Satélite da Saúde, INE, concretamente os dados de despesa corrente em saúde por agente financiador (base 2006).

²⁵ Vide Documento de Estratégia Orçamental 2014-2018 do Ministério das Finanças, disponível no *website* do Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças, em <http://www.gpeari.min-financas.pt>.

O documento do TECG encontra-se disponível no *website* do Conselho Europeu, em <http://www.european-council.europa.eu>. O TECG foi assinado em 2 de março de 2012 pelos Chefes de Estado e de Governo dos Estados-Membros da União Europeia (com exceção do Reino Unido e da República Checa) e entrou em vigor em 1 de janeiro de 2013.

Com o financiamento público das despesas em saúde a reduzir-se, é de se esperar que as famílias recorram aos seguros de saúde privados como forma de financiamento, pelos seguintes motivos:

- (i) Por causa da necessidade cada vez maior de as famílias complementarem o financiamento das suas despesas em saúde, à medida que o financiamento público se reduz;
- (ii) Por causa do efeito real negativo da redução do financiamento público que se poderá verificar na prestação de cuidados de saúde pública ou publicamente contratada, tanto em termos de volume disponível, acessível a uma distância razoável, como em termos de qualidade; ou
- (iii) Por causa do possível impacto da redução do financiamento público no aumento da incerteza quanto à manutenção do acesso garantido dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade publicamente financiados no futuro (com o aumento da incerteza, os cidadãos podem procurar antecipar a eventual perda do acesso garantido com a cobertura complementar dos seguros).

Por outro lado, como se referiu, é possível identificar um efeito da crise que o país atravessa sobre o rendimento das famílias, verificando-se que o rendimento médio disponível das famílias diminuiu 7,2% entre 2010 e 2013.²⁶ Esta diminuição do rendimento pode ter levado muitas famílias a reduzir as suas despesas com seguros de saúde. A manter-se esta tendência de baixa dos rendimentos, ainda mais famílias poderão optar por prescindir de seguros de saúde. Isto porque o custo da contratação de um seguro de saúde constitui um valor a pagar em acréscimo aos impostos que os cidadãos já pagam para o financiamento do SNS e dos SRS, que, por sua vez, possibilitam o acesso garantido à rede pública e aos prestadores de cuidados de saúde não públicos com quem são celebrados contratos, conforme previsto na Base XII da LBS²⁷.

²⁶ Esta redução foi calculada com base em dados da Base de Dados Portugal Contemporâneo, PORDATA, da Fundação Francisco Manuel dos Santos, disponíveis em www.pordata.pt.

²⁷ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, modificada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. No que se refere aos SRS, especificamente, *vide* Base VIII, a estabelecer que nas Regiões Autónomas “a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei” e que a LBS “é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde”.

Acresce que o desemprego também produzirá um efeito negativo sobre o mercado dos seguros de saúde privados, na medida em que grande parte dos seguros de saúde corresponde a seguros de grupo, disponibilizados pelo empregador para os seus empregados, mas principalmente pela redução do orçamento pessoal ou familiar ocasionado pelo desemprego, que pode levar os cidadãos a terem de cortar nos seguros individuais que eventualmente detinham previamente à situação de desemprego.

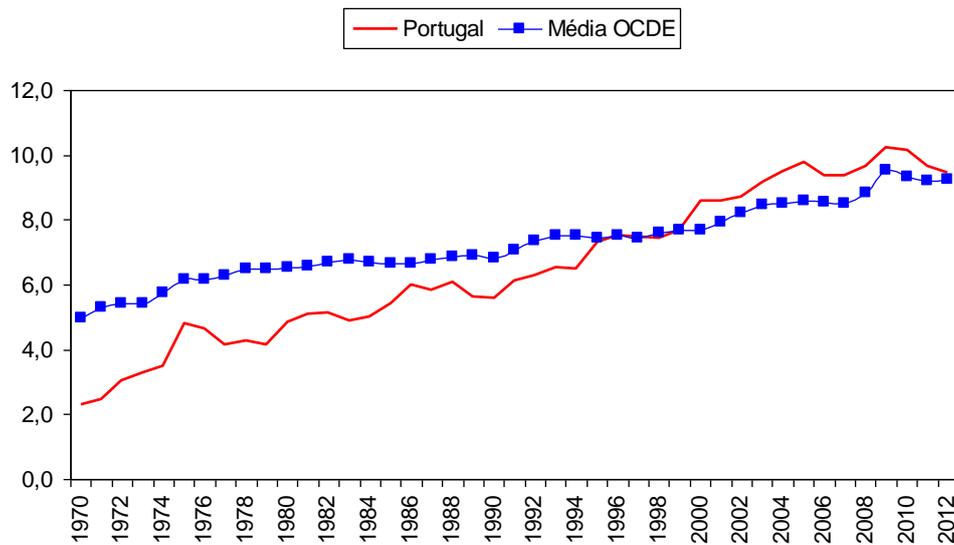
Apesar destes efeitos potencialmente negativos sobre a oferta de seguros de saúde privados, o crescimento das vendas destes seguros, em termos de volume de receita de prémios, foi de 1,6% em 2011, 2,2% em 2012, e 3,2% em 2013, até cerca de 571 milhões EUR.²⁸ Além disso, considerando uma série mais longa, desde 2006, verifica-se que a produção anual aumentou 45%, de 31 de março de 2006 a 31 de março de 2014, com um crescimento médio anual de 4,8%, tendo o crescimento mais baixo sido de 0,9%, em 31 de março de 2013.²⁹ Portanto, embora se tenha verificado recentemente uma redução no crescimento das receitas de prémios de seguros de saúde, provavelmente devido ao contexto de crise e de diminuição de rendimentos, verifica-se, no cômputo geral, um crescimento persistentemente elevado.

Contribuirá para tal, não apenas os efeitos potenciais da redução do financiamento público, como se discutiu acima, mas também o facto de que a despesa total em saúde apresenta uma tendência de alta, em função da pressão sobre os gastos em saúde decorrente do envelhecimento da população e da elevação dos custos com a inovação tecnológica em saúde. Com o aumento das despesas em saúde, os cidadãos procurarão cobertura financeira complementar com os seguros de saúde privados, para garantir um nível adequado de financiamento dessas despesas crescentes.

A evolução da despesa total em saúde como percentagem do PIB pode ser vista na figura 10, que apresenta uma série temporal desde 1970.

²⁸ Vide “Panorama do Mercado Segurador 13/14”, da Associação Portuguesa de Seguradores (em www.apseguradores.pt).

²⁹ Série estatística de seguros diretos do ramo doença do Instituto de Seguros de Portugal (ISP) (em www.isp.pt).

Figura 10 – Evolução da despesa total em saúde como percentagem do PIB

Fonte: OECD Health Data 2013.

O crescimento do PIB português não deve contribuir para uma reversão desta tendência de alta da relação despesas/PIB, ilustrada na figura 10. Com efeito, verificou-se um crescimento negativo do PIB a preços constantes nos três últimos anos, em 2011, 2012 e 2013, de -1,8%, -3,3% e -1,4%, respetivamente, de acordo com dados do INE e, a médio prazo, o crescimento económico deverá manter-se baixo, segundo as previsões do Ministério das Finanças, do Banco de Portugal e da Comissão Europeia. Para o período de 2014 a 2016, as previsões de crescimento anual médio destas três instituições são de 1,5%, 1,4% e 1,3%, respetivamente, devendo notar-se que um eventual crescimento mais elevado sempre ocorrerá sobre uma base baixa, devido aos três anos consecutivos de depressão económica.³⁰

O baixo crescimento económico dificulta um aumento significativo das receitas fiscais, pelo que, no âmbito da política fiscal restritiva, é possível a imposição de um maior esforço de redução de despesas públicas – o que pode incluir a diminuição do financiamento público das despesas em saúde.

Em conclusão, com os pressupostos de persistência da política fiscal restritiva – com redução do financiamento público das despesas em saúde –, do aumento das despesas em saúde e do baixo crescimento económico, os SSV privados deverão

³⁰ Sobre as previsões de crescimento do PIB, *vide* Documento de Estratégia Orçamental 2014-2018 do Ministério das Finanças, disponível no *website* do Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças, em <http://www.gpeari.min-financas.pt>; projeções do Banco de Portugal de março de 2014, em <https://www.bportugal.pt>; e previsões de outono de 2014 da Comissão Europeia, em <http://ec.europa.eu>.

continuar a apresentar crescimento em Portugal, a médio prazo, como forma de financiamento complementar ao que deve ser garantido aos cidadãos pela prestação de cuidados de saúde pública e publicamente financiada.

3.3. O mercado de seguros de saúde voluntários privados

Como se viu na secção precedente, o volume de receita de prémios dos SSV privados aumentou todos os anos entre 2011 e 2013. Considerando um período mais longo, entre 2006 e 2014, constata-se um aumento de quase 50% no volume de receita de prémios. Além disso, como se concluiu, a continuação do crescimento dos seguros de saúde a médio prazo é provável.

O mercado dos SSV privados, caracterizado pelo número de indivíduos cobertos em seguros de saúde individuais e de grupo, também tem apresentado crescimento. Enquanto, em 1990, se encontravam abrangidas por seguros de saúde cerca de 500 mil pessoas, com apenas 10% referente a seguros individuais, em 2008, o número de pessoas seguras chegou a aproximadamente dois milhões, com 48% referente a seguros individuais.³¹ Por seu turno, em 2013 o número de segurados chegou a 2.196.160, ou seja, 21% da população residente em Portugal, registando um aumento de 3,5% face a 2012.³²

Além disso, também em 2013, o número de apólices aumentou 6,2%, chegando a 787.572, e a quota de mercado dos SSV do total do ramo não vida alcançou 16,2%, apresentando um aumento de 1,1 pontos percentuais face ao ano anterior e de 1,9 pontos percentuais em relação a 2011.³³

A tabela 3 apresenta os dados representativos do mercado dos seguros de saúde, ou seja, a receita de prémios, a quota de mercado dos SSV no total do ramo não vida e o número de indivíduos cobertos em seguros de saúde individuais e de grupo, bem como a sua evolução, entre 2011 e 2013.³⁴

³¹ Vide “Evolução do Seguro de Saúde em Portugal”, disponível em <http://www.isp.pt>.

³² Cf. estatísticas de 2013 do ISP.

³³ Cf. estatísticas de 2013 do ISP.

³⁴ O ramo de seguro é, segundo o ISP, a “classificação legal dos seguros, de acordo com a sua natureza. Por exemplo, ramo vida e ramos não vida (ramo doença, ramo incêndio e elementos da natureza, ramo responsabilidade civil geral, etc.)”.

Tabela 3 – O mercado dos seguros de saúde

Prémios e informação geral	2011	2012	2013
Prémios (em milhares de EUR)	514.291	523.588	540.261
- % Total não vida	14,3%	15,1%	16,2%
Número de pessoas seguras	2.086.382	2.122.025	2.196.160
- Individual	993.863	998.411	1.079.267
- Grupo	1.092.519	1.123.614	1.116.893

Fonte: Instituto de Seguros de Portugal (ISP).

Por sua vez, o mercado dos SSV em Portugal é pequeno, em comparação com o mercado europeu. Com efeito, o volume de prémios brutos em Portugal equivale a 0,5% do total de prémios de 2012, de 112.831.371 milhares de EUR, dos 27 países membros da associação europeia de seguros e resseguros Insurance Europe com dados disponíveis comparáveis aos de Portugal.³⁵

A tabela 4 apresenta os prémios brutos em milhares de EUR desses 27 países, como percentagem do total, bem como em termos *per capita* (por 100.000 habitantes) e em relação ao PIB.

Conforme se pode identificar, os países são apresentados por ordem decrescente de percentagem do PIB, sendo possível identificar que Holanda, Suíça, Alemanha e Eslovénia são os países com os mercados de seguros de saúde mais importantes.³⁶

Também se destaca a possibilidade de se comparar na tabela a dimensão do mercado português com outros países com sistema de saúde do tipo Beveridge, como, por exemplo, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia e Itália. Nesta comparação, evidencia-se o importante papel dos SSV em Portugal, tanto pela relação relativamente elevada de prémios por PIB, de 0,33%, como pela alta relação de prémios brutos por 100.000 habitantes, de 5,2 milhões EUR.

³⁵ Vide <http://www.insuranceeurope.eu>. São, no total, 34 países europeus membros. O prémio bruto é o “valor do prémio comercial acrescido dos custos de emissão do contrato. Estes podem incluir o custo da apólice, de actas adicionais, de certificados de seguro e de fracionamento do prémio”, segundo o ISP.

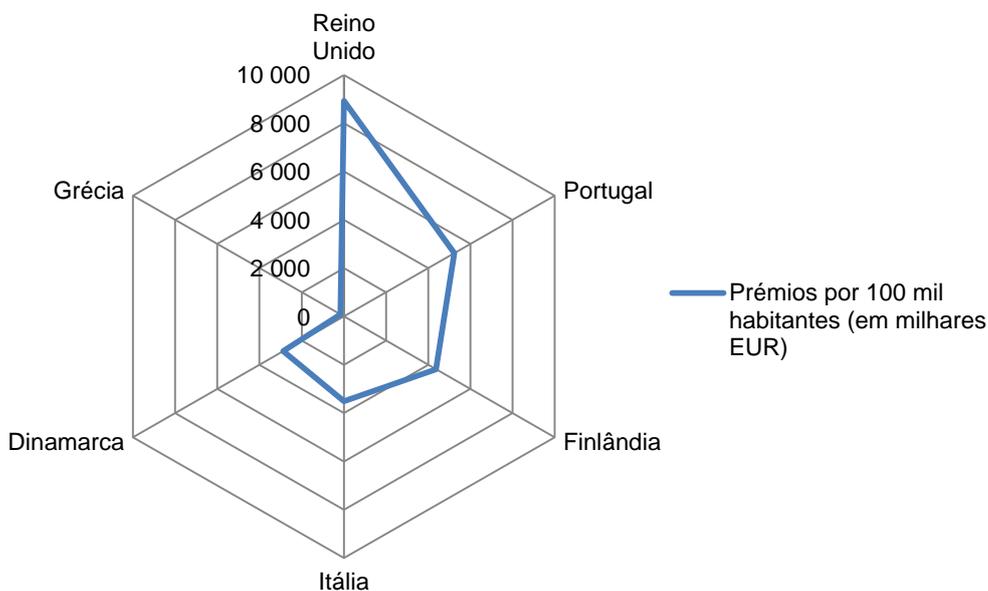
³⁶ Em particular, Alemanha e Holanda concentram cerca de dois terços de todos os prémios brutos dos países europeus considerados.

Tabela 4 – Mercado europeu dos seguros de saúde – prémios brutos

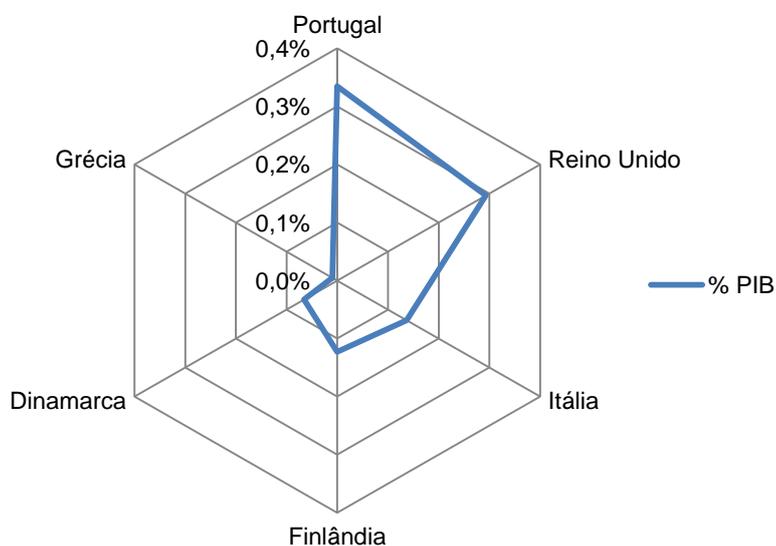
País	Por 100.000 habitantes (milhares EUR)	% PIB	% total
Holanda	238.632	6,66%	35,38%
Suíça	98.743	1,60%	6,96%
Alemanha	43.532	1,34%	31,58%
Eslovénia	22.768	1,33%	0,41%
Espanha	14.659	0,66%	6,00%
Chipre	11.949	0,58%	0,09%
Áustria	20.775	0,57%	1,55%
França	15.262	0,49%	8,84%
Bélgica	12.213	0,36%	1,20%
Portugal	5.244	0,33%	0,49%
Reino Unido	8.920	0,29%	5,00%
Turquia	1.288	0,16%	0,85%
Itália	3.515	0,14%	1,89%
Finlândia	4.369	0,12%	0,21%
Luxemburgo	10.289	0,12%	0,05%
Letónia	1.295	0,12%	0,02%
República Checa	1.123	0,08%	0,10%
Dinamarca	2.881	0,07%	0,14%
Croácia	722	0,07%	0,03%
Estónia	627	0,05%	0,01%
Polónia	318	0,03%	0,11%
Hungria	298	0,03%	0,03%
Noruega	1.858	0,02%	0,08%
Grécia	167	0,01%	0,02%
Roménia	44	0,01%	0,01%

Fonte: Insurance Europe. Dados de 2012.

As figuras 11 e 12 ilustram comparações entre os seis países com sistema de saúde do tipo Beveridge referidos acima, ou seja, Portugal, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia e Itália, tendo em conta os prémios brutos por 100.000 habitantes (figura 11) e os prémios como percentagem do PIB (figura 12). As figuras indicam que, a par de Portugal, o Reino Unido também tem um mercado de SSV relevante, sendo certo que Itália e Finlândia também apresentam indicadores relativamente elevados, embora menos distintivos, conforme se identifica visualmente nas figuras.

Figura 11 – Prémios brutos por 100.000 habitantes

Fonte: Insurance Europe. Dados de 2012.

Figura 12 – Prémios brutos como percentagem do PIB

Fonte: Insurance Europe. Dados de 2012.

Relativamente à estrutura de mercado dos SSV, são apresentadas, na tabela 5, as 10 maiores seguradoras em Portugal e as suas quotas de mercado, com base na produção de 2013, segundo dados do ISP.

Tabela 5 – As 10 maiores seguradoras e suas quotas de mercado – produção no ramo doença

Seguradora	Quota de mercado
Fidelidade	32,2%
Ocidental Seguros	23,3%
Allianz	7,9%
Tranquilidade	6,7%
Victoria Seguros	5,0%
BES Seguros	4,8%
AXA Seguros	3,7%
Açoreana	3,5%
Generali	3,4%
Lusitania Seguros	1,9%

Fonte: Instituto de Seguros de Portugal (ISP).
Produção provisória de 2013.

Considerando as quotas de mercado das 26 seguradoras que, em 2013, apresentaram produção no ramo doença, segundo dados provisórios do ISP, é possível calcular um grau de concentração, em termos do Índice de Herfindahl Hirschman (IHH)³⁷, de 1.785 pontos (sobre o cálculo do IHH e a interpretação do resultado, *vide* quadro 2).

Este grau de concentração de mercado e o número de seguradoras no mercado sugerem que o tipo de estrutura de mercado dos seguros de saúde poderá ser de concorrência monopolística – uma situação intermédia entre concorrência perfeita e monopólio, que se caracteriza por concorrência imperfeita, algumas barreiras à entrada no mercado, diferenciação do produto e capacidade de definição de preços com alguma liberdade por parte das seguradoras. Alternativamente, na medida em que o rácio de concentração dos dois maiores concorrentes, medido pela soma das suas quotas de mercado, é superior a 50%, poderá estar-se na verdade perante uma estrutura de mercado de oligopólio. Facto é que o mercado dos SSV apresenta um grau de concentração moderado, pelo que não representa nem uma situação de concorrência perfeita, nem monopólio.

³⁷ O IHH foi desenvolvido por Hirschman e Herfindahl em 1945 e 1950, respetivamente (Hirschman, A. O. (1964), “The Paternity of an Index”, *The American Economic Review*, 54 (5), 761-762 e Rhoades, S. A. (1993), “The Herfindahl-Hirschman Index”, *Federal Reserve Bulletin*, 79 (3), 188-189).

Quadro 2 – Cálculo do IHH

O IHH é uma medida da concentração dos mercados, calculada com base nas quotas de mercado das empresas, conforme a fórmula

$$IHH = \sum_{i=1}^N Q_i^2 ;$$

em que:

- N é o número de empresas a operar no mercado; e
- Q_i é a quota de mercado da empresa i .

Teoricamente, este índice varia entre 0, caso de um mercado atomizado, e 1, caso de um monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Na prática, o valor mínimo, dada a estrutura do mercado, é $1/N$, ou $10.000/N$.

Os resultados do IHH permitem a identificação de três níveis de concentração de mercado, ou seja, (i) baixo – indicativo de um mercado não concentrado –; (ii) médio – indicativo de um mercado moderadamente concentrado –; e alto – representativo de um mercado altamente concentrado.

Normalmente, um IHH até 1000 pontos indica um baixo nível de concentração, entre 1000 e 2000, um nível médio, e acima de 2000, um nível alto. Estes limites divisórios dos resultados possíveis do IHH são referidos, por exemplo, na comunicação da Comissão Europeia sobre as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” (Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004); e nas *guidelines* da antiga Comissão da Concorrência do Reino Unido – integrada na atual Autoridade da Concorrência e de Mercados (*Competition and Markets Authority*) –, de 2013 (“Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies”, disponível em <https://www.gov.uk/>).

3.4. O perfil do tomador de seguros de saúde/segurado

Um dos objetivos na elaboração do presente relatório foi a identificação de um perfil típico do utente detentor de apólices de seguros de saúde em Portugal, tendo em vista o esclarecimento das razões de contratação de um seguro e os problemas dos seguros na ótica dos utentes. Para tal identificação, foi realizado um inquérito através de um questionário em formulário *web*, que foi divulgado no *website* da ERS para a

participação de qualquer pessoa entre os dias 16 de julho de 2014 e 17 de novembro de 2014³⁸.

Os seguintes elementos integraram um questionário para a recolha de informação dos participantes:

- (i) Idade do respondente;
- (ii) Sexo do respondente;
- (iii) Condição de tomador de seguro/segurado;
- (iv) Duração da condição de tomador de seguro/segurado;
- (v) Razões para a contratação ou não de um seguro;
- (vi) Satisfação com o seguro contratado;
- (vii) Motivos de insatisfação com o seguro.

Reconhece-se as limitações dos resultados para a obtenção de conclusões muito robustas, devido ao tamanho da amostra, de 241 respondentes.³⁹ Não obstante, são apresentados de seguida os resultados obtidos, com vista à caracterização dos tomadores de seguro/segurados em Portugal e as opiniões dos cidadãos sobre os seguros de saúde.

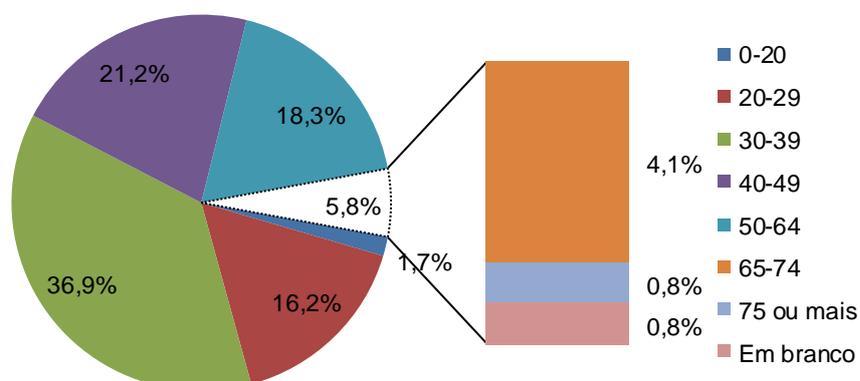
Idade e sexo dos respondentes

A maior parte dos respondentes concentra-se na faixa etária entre os 30 e 39 anos, como se identifica na figura 13. Quase 60% da amostra refere-se a pessoas entre os 30 e os 49 anos. Mais de três quartos da amostra insere-se na faixa etária entre 30 e 64 anos (76,3%).

³⁸ Para além da divulgação no *website* da ERS, divulgou-se o inquérito igualmente na página da ERS no Facebook (www.facebook.com). Não se recorreu a qualquer outra forma de promoção, para além da divulgação nestes dois meios de comunicação.

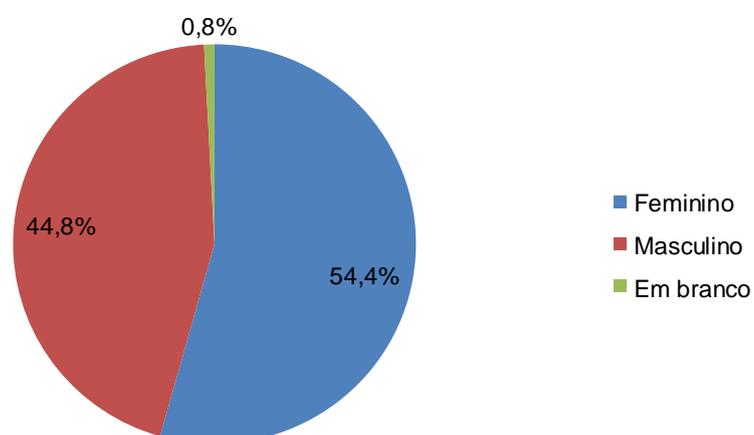
³⁹ A amostra de 241 respondentes inclui três respostas incompletas.

Figura 13 – Idade dos respondentes (n=241)⁴⁰



Relativamente ao sexo dos respondentes, a figura 14 apresenta a distribuição das respostas, apontando para um relativo equilíbrio de género, embora com uma maior participação das mulheres.

Figura 14 – Sexo dos respondentes (n=241)



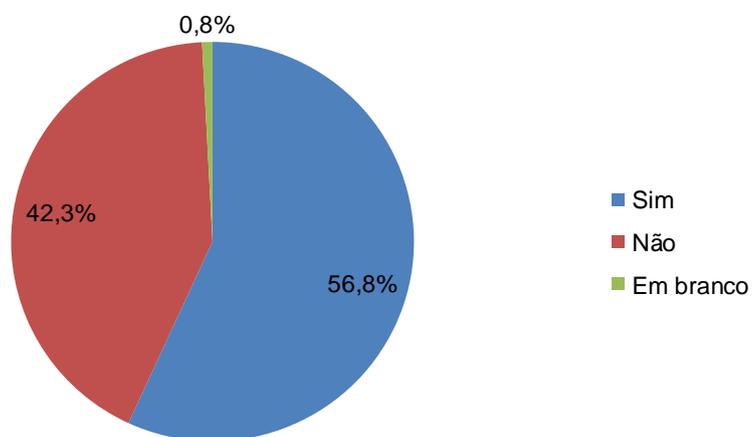
Tomadores de seguro/segurados

A maior parte dos respondentes indicou que é detentora de uma apólice de seguros, conforme se identifica na ilustração da distribuição das respostas à questão: “É detentor(a) de alguma apólice de seguro de saúde?” (*vide* figura 15). A resposta

⁴⁰ Para cada figura indica-se o tamanho da amostra representada (n).

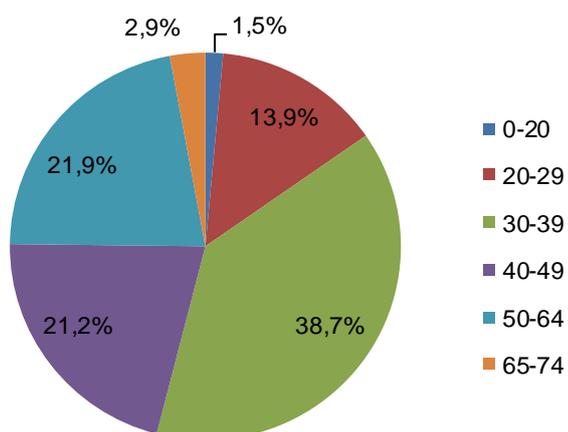
positiva à questão permite a quantificação dos tomadores de seguro/segurados da amostra.

Figura 15 – Detenção de alguma apólice de seguro de saúde (n=241)⁴¹

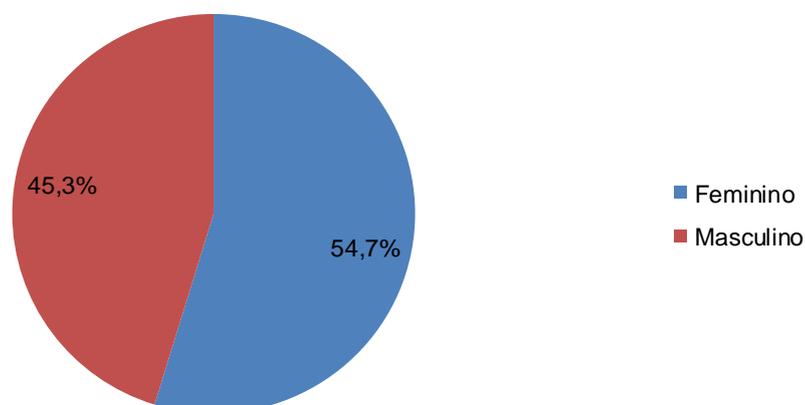


Por sua vez, as figuras 16 e 17 permitem a identificação de um perfil dos tomadores de seguro/segurados, em termos de idade e sexo.

Figura 16 – Idade dos tomadores de seguro/segurados (n=137)



⁴¹ A comparação da percentagem de 56,8% com a estatística indicativa de que 21% da população portuguesa tem seguro de saúde indica que o inquérito foi bem-sucedido no seu propósito de recolher sobretudo informação de tomadores de seguro/segurados para a caracterização do seu perfil.

Figura 17 – Sexo dos tomadores de seguro/segurados (n=137)

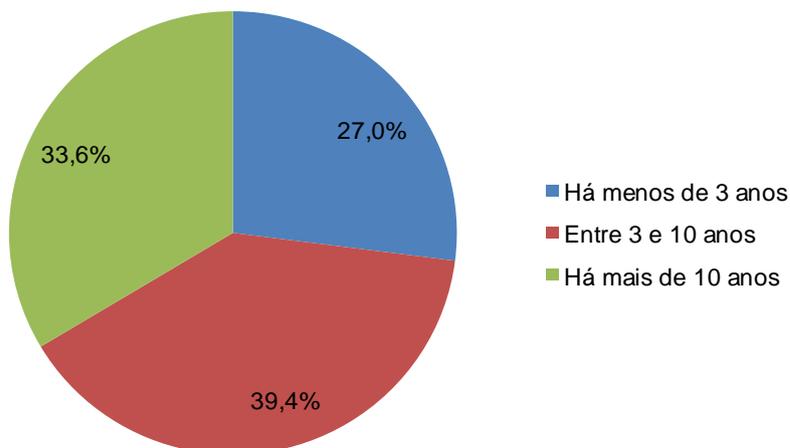
Em comparação com a figura 13, que apresenta a distribuição de todos os respondentes pelas faixas etárias definidas no questionário, verifica-se na figura 16 que não há qualquer tomador de seguro/segurado na amostra com 75 anos ou mais, e a proporção de pessoas com 65 a 74 anos de idade é inferior: 2,9% em vez de 4,1%. De um modo geral, é possível identificar na figura 16 uma maior concentração de tomadores de seguro/segurados nas faixas etárias intermédias, de 30 a 64 anos, do que quando se considera a população total da amostra (figura 13). Enquanto a proporção de pessoas nesta faixa etária da amostra total é de 76,4%, esta proporção é de 81,8%, no caso dos tomadores de seguro/segurados.

Já no que se refere ao perfil dos tomadores de seguro/segurados em termos de sexo, a comparação da figura 17 com a figura 14, da amostra total, não permite identificar grande diferença, mantendo-se o relativo equilíbrio de género.

Duração da condição de tomador de seguro/segurado

Para se saber há quanto tempo os respondentes têm seguro de saúde, perguntou-se quando contrataram um seguro de saúde. Cerca de 73% do total de respondentes tomadores de seguro/segurados tem experiência há mais de três anos como tomador de seguro/segurado, conforme se evidencia na figura 18. Aproximadamente 34% tem seguro de saúde há mais de 10 anos, o que se considera ser indicativo de que os tomadores de seguro/segurados da amostra têm uma experiência relativamente extensa com seguros de saúde.

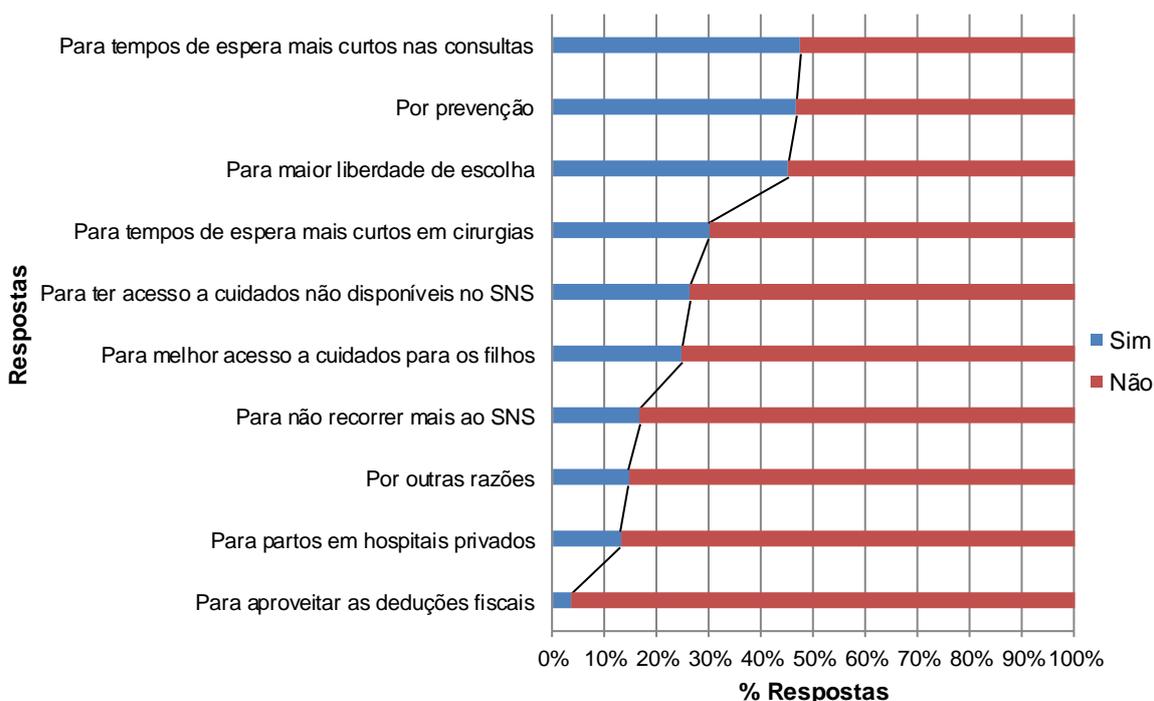
Figura 18 – Tempo como tomador de seguro/segurado (n=137)



Razões para a contratação de um seguro de saúde

Para se identificar as razões para a contratação de um seguro de saúde, foi incluída no questionário a questão: “Porque contratou um seguro de saúde?”. A figura 19 apresenta os resultados, permitindo a identificação das respostas mais frequentes, indicativas dos fatores que os cidadãos mais consideram e valorizam na contratação de um seguro de saúde.

Figura 19 – Razões de contratação (n=137)



As três respostas mais frequentes, cuja frequência ultrapassou 40% das respostas dos tomadores de seguro/segurados, conforme se identifica na figura 19, foram indicativas de que as principais razões dos cidadãos para a contratação de um seguro de saúde serão:

- (i) O desejo de obtenção de tempos de espera mais curtos nas consultas;
- (ii) A prevenção; e
- (iii) O desejo de ter maior liberdade na escolha dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

As respostas que indicaram outras razões deveram-se, sobretudo, ao facto de se referirem a seguros de grupo. Não obstante, foram mencionados outros objetivos na contratação de um seguro, a saber: o menor pagamento em consultas ou exames e a obtenção de um melhor atendimento, em comparação com o atendimento no SNS.

Entre as razões apontadas com menor frequência, destaca-se a relativa ao incentivo público aos SSV privados por meio das deduções fiscais. O facto de que as deduções fiscais se reduziram em um terço, recentemente, conforme se descreveu no quadro 1, no início deste capítulo, terá contribuído para este resultado.

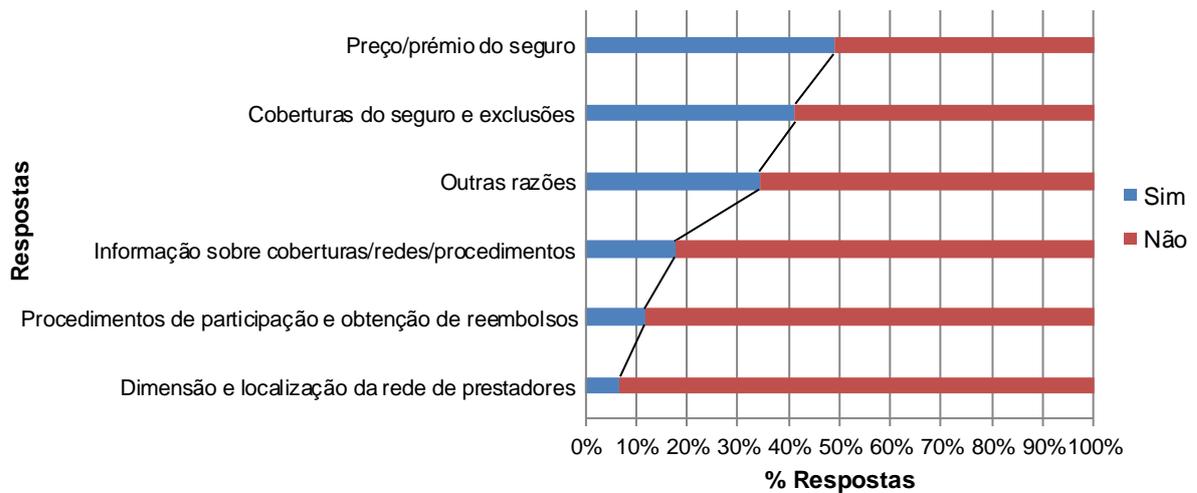
Razões para a não contratação de um seguro de saúde

Por seu turno, a distribuição das respostas à questão “Quais as razões que o(a) levam a não subscrever uma apólice de seguro de saúde?” é apresentada na figura 20, tendo em consideração apenas as respostas dos que indicaram não ser tomadores de seguro/segurados.

A principal razão refere-se ao custo de contratação do seguro de saúde, ou seja, aos prémios, com uma concentração de quase 50% das respostas dos não tomadores de seguro/segurados. Uma vez que as respostas apontaram o prémio como sendo a principal barreira à contratação de um seguro, são apresentados no quadro 3 valores de referência aproximados dos prémios anuais que são pagos pelos tomadores de seguro⁴².

⁴² As informações constantes do quadro foram recolhidas no dia 21 de novembro de 2014.

Figura 20 – Razões de não contratação (n=102)



Quadro 3 – Simulações de prémios

Com vista à definição de padrões de comparação para os prémios pagos na contratação de um seguro de saúde, é possível recorrer-se a um simulador disponível no *website* da DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (em <http://www.deco.proteste.pt>). Seleccionando um perfil de utilização, com indicação de idade, sexo e coberturas desejadas, entre outras informações, o simulador indica um valor de prémio anual.

São apresentados quatro exemplos de perfis, designadamente:

- (i) Homem ou mulher, 30 anos. Hospitalização e consultas de especialidade;
- (ii) Homem ou mulher, 55 anos. Hospitalização e consultas de especialidade;
- (iii) Casal de 35 anos, filho de 5 anos. Plano com hospitalização, ambulatório e estomatologia; e
- (iv) Casal de 45 anos, filhos de 17 e 12 anos. Plano com hospitalização, ambulatório, estomatologia e próteses.

A seguinte tabela resume os valores dos prémios anuais mínimos, máximos e médios, indicados no *website* para estes perfis, bem como o tamanho das amostras:

Perfil de utilização	Prémio anual (em euros)			Tamanho da amostra
	Mínimo	Máximo	Médio	
Homem ou mulher, 30 anos	173,29	831,36	484,09	30
Homem ou mulher, 55 anos	317,86	1143,36	709,56	30
Casal de 35 anos, filho de 5 anos	278,39	2643,28	1545,84	21
Casal de 45 anos, filhos de 17 e 12 anos	514,24	12303,6	3203,08	15

Fonte: DECO.

Os valores relativos a cada perfil variam em função de diversos fatores, entre os quais os valores dos limites anuais, por exemplo, para hospitalização, assistência ambulatória e parto (quanto maiores os valores, mais alto o prémio), e a existência ou não de copagamento/franquia (a franquia reduz o valor anual).

Ainda com elevada frequência, com mais de 40% das respostas dos não tomadores de seguro/segurados, surge como razão as coberturas do seguro e exclusões, o que sugere que grande parte dos cidadãos não contratará seguros de saúde por causa das coberturas dos seguros e exclusões.

No que se refere às outras razões, algumas respostas refletiram a principal diferença entre o SNS e os seguros de saúde, que se exprime principalmente pelo facto de o SNS ser universal, enquanto os seguros de saúde oferecem um financiamento de despesas em saúde complementar, como se explicou anteriormente.

Citam-se de seguida algumas das respostas que indicaram outras razões para a não contratação de um seguro de saúde:

- (i) “A cobertura dos seguros de saúde a partir dos 65 anos é, em Portugal, mínima ou inexistente. Os seguros também não cobrem patologias graves de saúde. Prefiro pagar impostos e ter um SNS universal.”;
- (ii) “A grande dificuldade em obter indemnizações: quase sempre é necessário recorrer aos tribunais. Tudo que seja doença grave o seguro não cobre, e os doentes têm que recorrer ao SNS.”; e
- (iii) “Acho que a cobertura do SNS é suficiente e já pago impostos para esse efeito.”.

Por sua vez, ainda outras respostas apontaram para fatores específicos da idade dos segurados, que se relacionam com a discriminação etária⁴³, ou da relação entre o rendimento dos respondentes e os prémios das apólices⁴⁴. A maioria destas respostas indicou, no entanto, que os respondentes não tinham seguro de saúde, porque já eram beneficiários de subsistemas de saúde.

Finalmente, entre as respostas menos frequentes destaca-se a referente à dimensão e localização da rede de prestadores. Isto pode sugerir uma menor valorização por parte de não tomadores de seguro/não segurados, na sua ponderação quanto à contratação de um seguro de saúde, da existência da modalidade de seguro de saúde de

⁴³ Vide próxima secção, que refere a discriminação etária como forma de seleção de riscos por parte das seguradoras, com vista à exclusão das pessoas que mais necessitam de cuidados de saúde (idosos) e que, por isso, mais utilizarão a cobertura dos seguros de saúde.

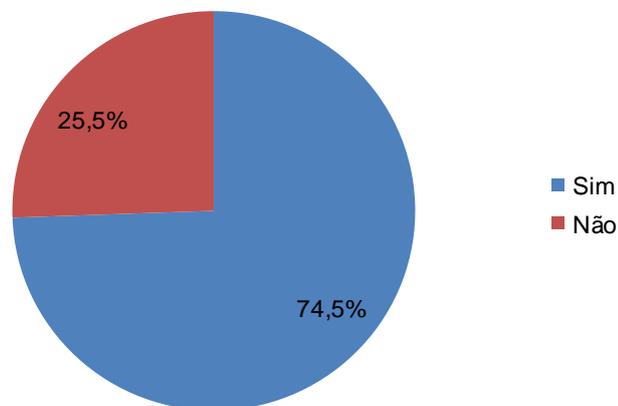
⁴⁴ Neste caso, não será o prémio que será muito elevado, mas sim o rendimento do tomador de seguro que será baixo face ao que precisa de pagar de prémio e ainda outros eventuais custos do seguro de saúde (franquias e copagamentos).

prestações convencionadas, ou então a não verificação de algo negativo nesta opção de resposta.

Satisfação com o seguro contratado

Constatou-se que 74,5% dos tomadores de seguro/segurados indicou que está satisfeito com o seguro de saúde contratado, conforme se ilustra na figura 21. Portanto, cerca de um quarto dos tomadores de seguro/segurados da amostra não estará satisfeito com o seu seguro.

Figura 21 – Satisfação com o seguro de saúde (n=137)



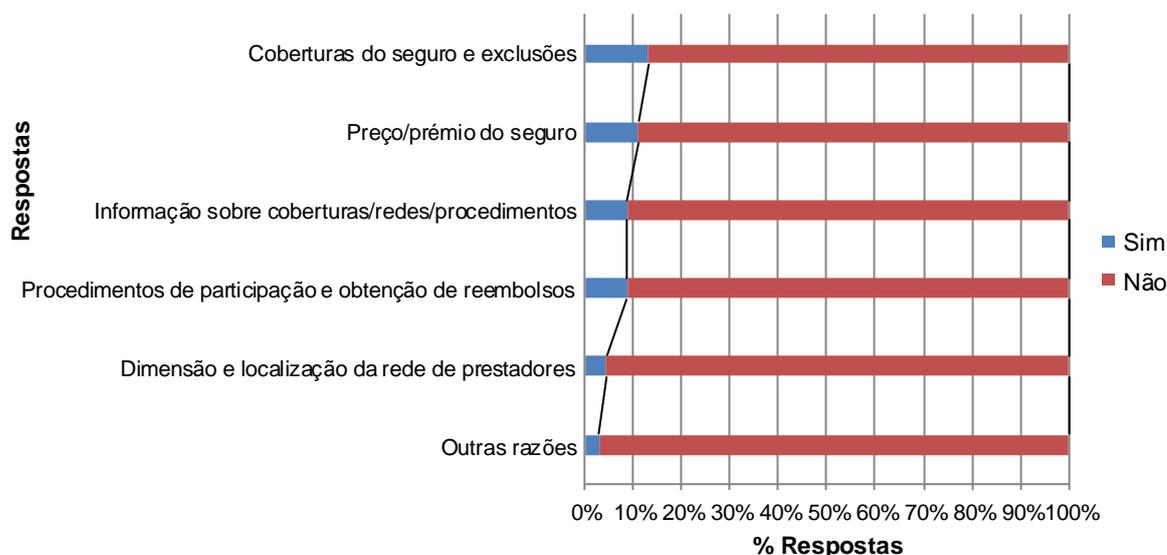
Motivos de insatisfação com o seguro

Com vista à identificação de quais os principais motivos de insatisfação das pessoas com os seguros de saúde, foi incluída a questão “Quais os motivos de insatisfação?”, sendo certo que a distribuição das respostas pelas opções disponibilizadas nesta questão é apresentada na figura 22.

Como se ilustra, as principais respostas, com proporção superior a 10% de todas as respostas dos tomadores de seguro/segurados, apontam para as coberturas e exclusões dos seguros e para os preços/prémios dos seguros como principais motivos de insatisfação.

Por sua vez, estes foram também os dois principais fatores apontados pelos respondentes como razões para a não contratação de um seguro de saúde, como se viu na figura 20.

Figura 22 – Motivos de insatisfação (n=137)



Os outros motivos de insatisfação com o seguro referiram-se a:

- (i) Alterações unilaterais de condições inicialmente contratadas;
- (ii) Percentagem de reembolso fora da rede de prestadores convencionados;
- (iii) Tratamento obtido no prestador com discriminação, possivelmente devido às condições de cobertura e comparticipação da seguradora; e
- (iv) Necessidade de solicitação de autorização para a ida a consultas.

Quanto às respostas menos frequentes, novamente surge, destacadamente, a resposta referente à dimensão e à localização da rede de prestadores. Deste resultado poder-se-á depreender que, na maioria dos casos, tanto a dimensão como a localização dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados, na modalidade de seguro de saúde de prestações convencionadas, serão satisfatórias.

Tendo apresentado os resultados do inquérito que se realizou, o quadro 4 exprime resumidamente os principais resultados, identificando o que se considera corresponder a um perfil atual do tomador de seguro de saúde/segurado em Portugal. Este perfil tem em consideração as principais respostas mais frequentes.

Quadro 4 – Perfil do tomador de seguro/segurado em 2014

Com base no inquérito que se realizou, sem prejuízo da ressalva feita no início da secção 3.4 a respeito das limitações do inquérito, os seguintes resultados, vistos conjuntamente, podem ser considerados como caracterizadores do perfil atual do tomador de seguro/segurado típico:

- (i) A faixa etária dos tomadores de seguro/segurados concentra-se sobretudo entre os 30 e 64 anos;
- (ii) Há um relativo equilíbrio no que se refere ao sexo dos tomadores de seguro/segurados, embora se identifique uma prevalência do sexo feminino;
- (iii) Os tomadores de seguro/segurados têm, na sua maioria, seguros de saúde há mais de três anos;
- (iv) As principais razões para a contratação de um seguro de saúde incluem os objetivos de obtenção de tempos de espera mais curtos em consultas, de prevenção e de maior liberdade na escolha dos estabelecimentos, para poderem recorrer livremente a estabelecimentos privados com cobertura financeira;
- (v) Embora a maioria dos tomadores de seguro/segurados esteja satisfeita com o seu seguro de saúde, os principais motivos de insatisfação com o seguro de saúde prendem-se com o preço/prémio do seguro e as coberturas e exclusões do seguro.

3.5. Risco moral e a seleção de riscos

O objetivo de um SSV é reduzir a variabilidade da despesa a efetuar em cuidados de saúde associada à imprevisibilidade do seu estado de saúde no futuro. Neste sentido, o utente paga uma participação para que a cobertura do risco seja assumida por um terceiro: a seguradora. Em Portugal, esta situação ocorre principalmente no caso de o utente desejar recorrer a prestadores privados não financiados publicamente, na medida em que a cobertura financeira do seguro de saúde é complementar à cobertura pública, que garante o acesso financiado à rede de prestadores de cuidados de saúde constituída por estabelecimentos públicos ou publicamente financiados.

Contudo, a natureza da relação estabelecida entre a seguradora e o segurado poderá envolver um efeito designado por risco moral, na medida em que a cobertura financeira garantida das despesas em saúde pode induzir uma procura de cuidados de saúde em volume superior à que ocorreria se o utente não tivesse um seguro. Uma situação de risco moral pode ser definida concretamente como sendo a situação em que “duas partes se envolvem num contrato em condições de simetria de informação,

mas posteriormente uma delas realiza uma ação, que não é passível de ser escrita num contrato, que influencia o valor da transação” (Barros, 2009)⁴⁵.

Um exemplo de verificação empírica do efeito de risco moral encontra-se no estudo empreendido por Barros et al. (2008)⁴⁶, em que se concluiu que a cobertura complementar ao SNS proporcionada pela ADSE, enquanto subsistema de saúde para funcionários públicos equiparado a seguro de saúde (esquema especial de seguro para determinadas profissões e empresas), promovia a procura de mais consultas e análises ao sangue e à urina. Considerou-se que este efeito poderia advir de um comportamento de risco moral, devendo referir-se, no entanto, que, no caso da procura de consultas de medicina dentária, não se verificou evidência de manifestação de tal comportamento.

Por seu turno, Barros e Moreira (2010)⁴⁷ estudaram o efeito da dupla cobertura de seguros de saúde na procura de consultas, analisando o papel de cobertura complementar ao SNS dos subsistemas de saúde, públicos e privados. As conclusões apontaram, igualmente, no sentido de que a cobertura do risco por um esquema especial de seguro para determinadas profissões e empresas impulsiona a procura adicional de cuidados de saúde, sendo o efeito mais expressivo na cobertura por subsistemas de saúde privados.

Apesar de não se poder concluir com certeza que os efeitos de risco moral do lado dos segurados ocorrem sempre, há medidas de prevenção do risco moral que são implementadas pelas seguradoras, com vista a evitar o pagamento de montantes excessivos em sinistros em decorrência do risco moral. Exemplos destas medidas são as exclusões definidas nas apólices de seguro, como visto na secção 3.1, que retiram da cobertura dos seguros tratamentos com custos relativamente elevados (transplante de órgãos, cirurgia estética ou plástica e tratamentos de infertilidade, por exemplo) ou tratamentos recorrentes de doenças crónicas (hemodiálise, por exemplo).

Outra forma de prevenção do risco moral na apólice de seguro é a delimitação do âmbito das garantias, por meio da concreta estipulação de limites em termos de quantidade de cuidados de saúde com cobertura ou de limites máximos das

⁴⁵ Barros, P.P. (2009), “Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos”, Coimbra, Almedina.

⁴⁶ Barros, P.P., Machado, M., Sanz-de-Galdeano, A. (2008), “Moral hazard and the demand for health services: A matching estimator approach”, *Journal of Health Economics*, 27 (4), 1006-1025.

⁴⁷ Moreira, S., Barros, P.P. (2010), “Double health insurance coverage and health care utilisation: Evidence from quantile regression”, *Health Economics*, 19 (9), 1075-1092.

coberturas. Alguns exemplos são os limites de quantidades anuais, definidas em algumas apólices de seguro, de número de sessões de fisioterapia e de cinesioterapia, e de consultas médicas psiquiátricas.

Também se procura evitar o risco moral na apólice de seguro por meio da inclusão de uma cláusula de pré-autorização, a indicar que, apesar de garantidas, determinadas despesas médicas necessitam de pré-autorização por parte dos serviços clínicos da entidade administradora da rede de prestadores convenccionados e/ou da seguradora.

Os próprios copagamentos e as franquias podem ser vistos, igualmente, como uma medida de prevenção do risco moral, já que podem consistir numa barreira financeira ao consumo de cuidados de saúde de alguns segurados, produzindo conseqüentemente um efeito de redução no consumo agregado dos segurados.

Outra medida de redução do risco moral é a definição de cuidados de saúde com períodos de carência alargados, conforme já se referiu anteriormente, na descrição do que é tipicamente especificado nas condições gerais de uma apólice de seguro de saúde. Enquanto que um período de carência habitual é de 90 dias, períodos mais dilatados podem ser definido entre 365 dias e 730 dias, por exemplo. Alguns exemplos de cuidados de saúde com períodos de carência alargados são partos, extração de quistos, artroscopia, intervenção cirúrgica e tratamento às varizes, intervenção cirúrgica a hérnias e cirurgia a cataratas. A redução do risco moral através do período de carência visa evitar que um segurado adquira um seguro de saúde com vista à obtenção de um cuidado de saúde específico para a sua condição pré-existente, anterior à contratação do seguro.

Finalmente, outras ações de combate ao risco moral pelas seguradoras, que também se destinam à contenção ou redução dos montantes pagos em sinistros, inserem-se num processo designado por desnatação (ou, ainda, *cream skimming* ou *cherry picking*). O processo de desnatação consiste na tentativa, por parte das seguradoras, de evitar os riscos maus, procurando segurar apenas situações de sinistros de risco mais baixo⁴⁸. Neste sentido, as seguradoras incluem nas apólices cláusulas que definem, por exemplo:

- (i) As exclusões de cuidados de saúde que se podem tornar necessários devido a doença adquirida ou ao comportamento do segurado;

⁴⁸ Vide Gaynor, M. e Haas-Wilson, D. (1999), "Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets", *Journal of Economic Perspectives*, 13 (1), 141-164.

- (ii) As atualizações dos prémios consoante escalões etários dos segurados;
- (iii) Os limites de idade para o início dos contratos e também para a cessação do contrato; e
- (iv) As exclusões potenciais de determinados indivíduos.

Os pontos (iii) e (iv) merecem destaque, porque consistem nos casos mais extremos de seleção de riscos. Nestes casos, não é de todo permitida a contratação de um seguro de saúde a alguns indivíduos, em função da idade ou de doenças pré-existentes.

São apresentados de seguida alguns exemplos para cada um dos quatro tipos de estratégias de desnatação referidas acima, de acordo com o que se encontra definido nas apólices de seguro.

No que se refere ao ponto (i) acima, podem ser exemplos as exclusões ao pagamento de prestações resultantes de alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, de atos médicos praticados em consequência de acidente intencionalmente provocado pelo segurado, de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e suas implicações, e de acidentes derivados da prática de artes marciais e outros desportos.

Quanto a exemplos referentes ao ponto (ii) *supra*, verifica-se que em algumas apólices se encontra prevista a atualização dos prémios consoante a faixa etária a que o segurado transita. Um exemplo concreto identificado numa apólice de seguro de saúde é a atualização de prémio prevista à data de renovação contratual “sempre que as pessoas seguras transitem para o escalão etário seguinte”, com a delimitação dos seguintes escalões etários: “0-8 anos, 9-20 anos, 21-25 anos, 26-30 anos, 31-45 anos, 46-50 anos, 51-55 anos, 56-70 anos e mais de 70 anos”.⁴⁹

A discriminação etária ocorre não apenas na diferenciação dos valores dos prémios, mas também na atribuição das garantias, conforme referido no ponto (iii) acima.⁵⁰

⁴⁹ Vide n.º 5 da cláusula 11.ª das condições gerais da apólice de seguro de saúde individual misto da Victoria – Seguros S.A. (disponível em www.victoria-seguros.pt).

⁵⁰ Refira-se que esta discriminação tem em vista a redução da exposição da seguradora ao pagamento de montantes avultados em sinistros com pessoas consideradas de maior risco de problemas de saúde ou de que se tem conhecimento terem maiores necessidades de obtenção de cuidados de saúde, como os grupos etários dos idosos.

Sobre as necessidades e utilização de cuidados de saúde relacionadas com a idade, veja-se, por exemplo, Field, K. S. e Briggs, D. J. (2001), “Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care”, *Health and Social Care in the Community*, 9 (5), 294-308. Neste estudo, identifica-se a maior utilização de cuidados de saúde por parte dos mais jovens e dos mais idosos em comparação com as pessoas com idades intermédias.

Assim, a título de exemplo, identificou-se numa apólice a fixação da idade limite máxima de 59 anos para o início dos contratos e a cessação dos benefícios, aos 70 anos, da cobertura médica internacional por doença grave e da duplicação do capital máximo anual, em caso de doença grave.⁵¹

Por último, relativamente ao ponto (iv) acima, pode citar-se como exemplo a exclusão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e suas implicações, na medida em que implica praticamente vedar o acesso ao seguro de saúde de doentes com SIDA.

A prevenção do risco moral e a desnatação por parte das seguradoras sugere que, se os seguros de saúde, tais como são hoje, não fossem complementares, mas sim alternativos ao SNS, passando a substituir o SNS na cobertura das despesas em saúde dos cidadãos em Portugal, a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não estaria garantida. Isto contraria o que se encontra previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP), ou seja, um serviço nacional de saúde universal.⁵²

Com efeito, no artigo 64.º da CRP, impõe-se que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do serviço nacional de saúde seja assegurado em respeito, entre outros, pelo princípio fundamental da universalidade, sendo o serviço nacional de saúde universal por atribuir o direito à proteção da saúde a “todos” (cf. n.º 1 do artigo 64.º da CRP). A universalidade é concretizada na LBS, que refere um SNS universal quanto à população abrangida (cf. alínea a) da Base XXIV).

É, assim, a universalidade do sistema de saúde público o que possibilita a um utente obter a cobertura financeira dos cuidados de saúde de que necessita, mesmo se não tem dinheiro para contratar um seguro de saúde ou se lhe é impedida a contratação, devido às cláusulas restritivas e discriminatórias de seleção de riscos constantes da apólice.

⁵¹ Vide n.ºs 12 e 13 da cláusula 7.ª das condições gerais da apólice de seguro de saúde individual misto da Victoria – Seguros S.A. (disponível em www.victoria-seguros.pt).

⁵² Constituição da República Portuguesa, aprovada pelo Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril de 1976, e alterada pela última vez pela Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto.

3.6. Planos e cartões de saúde

A modalidade dos seguros de saúde e dos cartões de saúde consubstanciam realidades distintas e assentam, por isso, em diferentes características.⁵³

Nas duas modalidades de financiamento dos cuidados de saúde tipicamente existe uma relação contratual entre uma empresa, enquanto entidade proprietária e/ou promotora do plano/seguro de saúde, o aderente que subscreve o plano/seguro de saúde (beneficiário/segurado e eventualmente ainda outros beneficiários/segurados do seu agregado familiar) e os prestadores de cuidados de saúde que integram ou aderem a uma rede ou diretório clínico (prestadores aderentes). Porém, está-se sempre perante duas realidades distintas, porque o titular de um cartão de saúde é o único responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados, não havendo comparticipação associada por parte de uma entidade terceira. O acesso é garantido pelo próprio utente e para si mesmo (aqui também considerado, quando aplicável, o seu agregado familiar), e dependente da sua capacidade financeira.

Nesta realidade, o beneficiário/utente e subscritor de um plano de saúde assume-se como único responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados por uma entidade prestadora que, por sua vez, é parte de uma determinada rede, habitualmente designada por diretório clínico. Por isso, não existe uma outra entidade financiadora desses mesmos cuidados, a não ser o próprio utente, titular de um cartão de saúde associado ao plano em causa, e não há transferência para terceiro da responsabilidade pelo pagamento das despesas. O plano de saúde contratado oferece benefícios assentes no preço e/ou nos cuidados de saúde⁵⁴.

A entidade que emite, promove, explora e/ou comercializa o plano de saúde pode ser uma entidade bancária⁵⁵ que, simultânea e habitualmente, surge como mediadora de seguros⁵⁶ ou uma entidade seguradora⁵⁷, mas pode ser também um prestador de

⁵³ A realidade e o mercado dos cartões de saúde têm merecido a intervenção reiterada da ERS por força de inúmeras exposições e denúncias atinentes a diferentes aspetos com aqueles relacionados. Nesse âmbito, foi publicado um estudo pela ERS, em www.ers.pt, em junho de 2014, sob a designação de “Os Cartões de Saúde em Portugal”.

⁵⁴ Vide, por exemplo, descrição do Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, no Anexo III do estudo mencionado na nota 53.

⁵⁵ Vide, por exemplo, descrição do Cartão SOS Saúde, no Anexo III do estudo mencionado na nota 53.

⁵⁶ Na informação disponibilizada ao público, no sítio eletrónico do banco, sobre o mencionado Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (vide Anexo III do estudo mencionado na nota 53), o Banco BPI, S.A., figura como comerciante do mesmo e ainda, na modalidade de seguro, como mediador de seguros.

⁵⁷ Vide, por exemplo, plano Médis, no Anexo III do estudo mencionado na nota 53.

cuidados de saúde⁵⁸ ou, ainda, outra entidade, alheia ou não, ao sector da saúde. Esta entidade preocupa-se em atrair os prestadores de cuidados de saúde para que integrem uma rede e em incentivar a prática de preços mais atrativos para um nicho específico de utentes.

A formalização da vontade das partes pode ocorrer através da celebração prévia de um contrato, por escrito, que também pode ser verbalizado, neste caso, por telefone e com gravação de chamada e, não raras vezes, são disponibilizados na Internet os formulários e/ou contrato a assinar pelo aderente. Uma vez decidida, a adesão ao plano de saúde não importa uma qualquer burocracia e evidencia-se pela sua facilidade, na medida em que apenas se exige a informação prévia sobre os dados pessoais e o número de identificação bancária para o débito direto.

Ponto assente é que o plano de saúde é sempre de adesão voluntária. São contratos não tipificados (sem que a lei atualmente os denomine ou defina, ou estipule o seu enquadramento legal), que podem ser celebrados, como visto, entre os consumidores/beneficiários/utentes dos cuidados de saúde e entidades que, por si, podem prestar os preditos cuidados (e, neste caso, são prestadores de cuidados de saúde também) ou promover uma rede de outros prestadores que fazem parte de uma rede.

Nestes casos, os prestadores integrantes na rede garantem o acesso aos cuidados de saúde nos termos previamente definidos, habitualmente, a preços mais acessíveis (vulgo, com desconto, face aos preços praticados para os demais utentes).

Além disso, sabe-se que, em regra, não são oferecidos descontos em internamentos, partos, cirurgias e próteses – apenas a consultas, médico ao domicílio e entrega de medicamentos. Os serviços e cuidados de saúde contratados abrangem, em regra, a assistência médica e/ou de enfermagem ao domicílio, o transporte gratuito em ambulância, aconselhamento por telefone e acesso preferencial a consultas médicas de especialidade, sendo certo que são estipuladas expressamente as exclusões.

Ainda, em algumas situações, senão em todas as trazidas ao conhecimento da ERS, os descontos podem chegar a 100% (porque existem serviços gratuitos) ou a copagamentos fixos conformes com as tabelas de preço com desconto, ao mesmo

⁵⁸ Vide, por exemplo, cartão Unimed, Claro SA, Future Healthcare, Flying So Far, Rede Saúde Particular, SA, e Cartão de Saúde do Hospital da Misericórdia da Mealhada, no Anexo III do estudo mencionado na nota 53.

tempo que, por vezes, há um acesso preferencial a determinados prestadores integrantes da rede.

O cartão é atribuído e, conseqüentemente, o plano de saúde contratado é considerado ativo, mediante o pagamento de um valor a título de mensalidade ou anuidade, que pode começar nos 7,50 euros⁵⁹, e que é distinto e, por vezes, de menor valor, à medida que ao mesmo plano aderem um ou mais beneficiários. Além de se obrigar a uma contraprestação monetária, o titular obriga-se a não utilizar abusivamente os benefícios contratados. No caso de não pagamento de uma ou mais prestações ou parcela do preço acordada no prazo do contrato, o utente assume-se devedor e é-lhe exigível a liquidação de todas as demais mensalidades em dívida.

Além do mais, nestes planos de saúde não é exigida uma qualquer carência, limite de idade, qualquer capital mínimo ou franquia, e não é conhecida uma qualquer cláusula atinente a um limite de utilização ou *plafond* anual, ou, ainda, por doenças preexistentes.

O contrato, em regra, é de 12 meses, renovável por igual período. O direito de rescisão pode ser exercido pelo utente no prazo de 14 dias, para rescisão através de *e-mail* ou carta registada, salvo se este já tiver utilizado os serviços contratados, sem que, neste caso, seja indicada uma qualquer alternativa para o exercício do direito de resolução por parte do aderente.

⁵⁹ Relativamente a este valor, veja-se, a título exemplificativo, a mensalidade determinada para a adesão ao Cartão de Saúde do Hospital da Misericórdia da Mealhada.

4. Esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas

Os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas são os subsistemas de saúde que consubstanciam outras formas de financiamento das despesas em saúde, para além do SNS e SRS e dos SSV privados. No entanto, estes esquemas restringem-se a cidadãos com determinadas profissões, colaboradores em instituições públicas ou privadas específicas. Podem segmentar-se em subsistemas públicos ou privados, de acordo com a natureza da instituição responsável por assegurar a comparticipação dos encargos em saúde.

Embora não haja dados publicamente disponíveis e atualizados de todos os subsistemas de saúde, sabe-se que, em termos de número de beneficiários, o maior subsistema de saúde é a ADSE, com mais de um milhão e 250 mil beneficiários e a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) surgirá como segundo maior subsistema de saúde, com mais de 130 mil beneficiários, seguida pela Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde, SA (PT-ACS), com cerca de 105 mil beneficiários.⁶⁰ Ainda, com mais de 100 mil beneficiários surgem os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS-SBSI), com pouco menos de 105 mil beneficiários, e com cerca de 100 mil beneficiários os Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR)⁶¹. Destacam-se, também, os Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), com cerca de 70 mil beneficiários, e, finalmente, os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS Norte) e os Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD), com cerca de 50 mil beneficiários cada um.⁶²

Os subsistemas de saúde apresentam-se como entidades responsáveis pelo financiamento dos cuidados de saúde prestados por uma rede de entidades do sector privado ou social, com quem são previamente celebrados protocolos (regime

⁶⁰ As informações referentes à ADSE, à ADM e a PT-ACS foram recolhidas, respetivamente, no *website* da ADSE, no relatório de atividades do Instituto Ação Social das Forças Armadas, I.P., de 2012, e no estudo anterior da ERS sobre seguros, já referido anteriormente. Importa notar, no entanto, que, desde 1 de janeiro de 2015, a PT-ACS deixou de incluir os cerca de 45 mil beneficiários do Instituto de Obras Sociais dos Correios de Portugal, SA (IOS-CTT), que passaram a ter o seu subsistema de saúde gerido pela Médis (*vide* informação referente a esta mudança em www.ctt.pt).

⁶¹ O dado referente aos SAMS-SBSI está disponível em <http://www.sbsi.pt>, enquanto que o dado referente ao subsistema SAD/GNR refere-se ao que se identificou no estudo anterior da ERS.

⁶² Informações recolhidas nos respetivos *websites*.

convencionado), ou por entidades do sector privado ou social que não integram a mencionada rede de convencionados, aqui através do reembolso de parte do preço pago diretamente pelo beneficiário (regime livre). Assim, por regra, os subsistemas de saúde oferecem financiamento de cuidados de saúde de forma semelhante aos SSV, em regime convencionado e em regime livre.

A tabela 5 identifica uma listagem dos principais subsistemas de saúde que atualmente existem no nosso sistema de saúde, com indicação da sua natureza e do número de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados, segundo informação constante do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS.⁶³

Tabela 5 – Principais redes de convencionados dos subsistemas de saúde⁶⁴

Subsistema	Natureza	Número de prestadores convencionados
SSCGD	Público	3.952
PT-ACS	Privado	3.356
ADSE	Público	3.125
SAD/PSP	Público	2.201
SAD/GNR	Público	2.001
ADM	Público	1.613
SAMS/Quadros	Privado	661
SAMS-SBSI	Privado	331
SAMS-Norte	Privado	86
SS-INCM	Público	66
EDP Sávica	Privado	26

Fonte: SRER.

Portanto, de acordo com a informação sobre acordos, convenções ou protocolos constante do SRER, os Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCG) e a Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde, SA (PT-ACS) têm uma rede maior do que a ADSE, e os três subsistemas de saúde têm, cada um, mais, de três mil estabelecimentos convencionados. Seguem-se os Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP) e os Serviços de Assistência na Doença

⁶³ Os dados utilizados do SRER foram extraídos em 3 de dezembro de 2014 e referem-se a todos os 7.053 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos registados com acordos, convenções ou protocolos. Note-se que não apenas o registo pelos próprios estabelecimentos é obrigatório, mas também a alteração e a atualização dos registos, que devem ser feitas no prazo de 30 dias contados da ocorrência do facto gerador da obrigação (cf. artigo 12.º do Regulamento n.º 66/2015, publicado no Diário da República n.º 29/2015, Série II, de 11 de fevereiro de 2015).

⁶⁴ As informações sobre os acordos que são apresentadas na tabela podem ser acedidas na pesquisa pública de prestadores de cuidados de saúde, no *website* da ERS.

da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR), com mais de dois mil convencionados, a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), com mais de mil e quinhentos convencionados, e ainda com centenas de convencionados, os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários (SAMS/Quadros) e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS-SBSI). Com menos de 100 convencionados surgem na tabela os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Norte (SAMS Norte), os Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SS-ICNM) e a EDP Sãvida. Com vista a uma comparação com o SNS e os SSV, refira-se que são 3.081 estabelecimentos com acordos, convenções ou protocolos com o SNS e, tendo em conta as principais entidades administradoras de prestadores convencionados para SSV privados em Portugal, ou seja, a AdvanceCare, a Médis e a MultiCare, estas têm 775, 821 e 722 estabelecimentos convencionados, respetivamente.⁶⁵

Ora, como visto, de entre estes esquemas especiais de seguro, coexistem, subsistemas de saúde privados e públicos.

Os subsistemas privados consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos. Tal contrato constitui um mecanismo de solidariedade intragrupal (de matriz profissional ou de empresa), contrapondo-se aos seguros privados, cuja adesão não se encontra restrita a determinado grupo.

Atento o seu âmbito subjetivo de aplicação, os subsistemas de saúde privados são, assim, financiados através dos descontos que incidem sobre os vencimentos dos respetivos beneficiários, as eventuais quotizações ou outras contribuições efetuadas pelos respetivos beneficiários ou por outros sujeitos, designadamente pelas próprias entidades patronais ou pelas instituições onde aqueles exercem as suas funções.

Tal como os SSV privados, estes subsistemas são complementares ao sistema de saúde público, na medida em que todos os seus beneficiários, como cidadãos, são igualmente contribuintes e, desta forma, participam no financiamento das despesas em saúde dos utentes do SNS e dos SRS.

⁶⁵ Dados extraídos do SRER da ERS em 3 de dezembro de 2014.

Os subsistemas de saúde privados funcionam numa lógica de seguros de saúde, através dos quais os cidadãos, que a eles aderem, de forma compulsiva ou voluntária, beneficiam de uma mais ampla cobertura, podendo ainda beneficiar de tratamento em estabelecimentos privados detidos por esses subsistemas, em alguns casos.⁶⁶

Por seu turno, os subsistemas de saúde públicos asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, garantindo aos beneficiários o acesso a um conjunto de serviços ou cuidados. Esta garantia é dada, regra geral, mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores privados de cuidados de saúde no regime convencionado, mas também, no regime livre, mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas. Nos moldes em que existem atualmente, os subsistemas de saúde públicos consistem em entidades de natureza pública, criadas por Lei, que participam financeiramente nos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que podem assegurar essa mesma prestação a estes beneficiários.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho, veio impor a reestruturação dos subsistemas de saúde públicos, uma vez que “razões de equidade exigem a uniformização dos subsistemas de saúde pública e a sua aproximação ao regime da ADSE, enquanto razões de economia e eficiência na utilização de recursos aconselham a fusão faseada das respetivas entidades gestoras” (alínea b) do n.º 4 da Resolução).

Assim, no seguimento da publicação daquela resolução, foram aprovados:

- O Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, que procedeu à alteração do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, relativo ao funcionamento e o esquema de benefícios da ADSE.

O subsistema de saúde ADSE abrange a maioria dos funcionários e agentes do Estado – por exemplo, os funcionários e agentes da Administração Direta do Estado, que não estão abrangidos por outro subsistema de saúde público, os funcionários e agentes de organismos dotados de autonomia administrativa e financeira e o pessoal da administração regional e local –, sendo

⁶⁶ Poderão ser consultados a título complementar sobre esta temática os estudos da ERS “Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde”, de 2009, e “Carta dos Direitos dos Utentes”, de 2011, ambos disponíveis em www.ers.pt.

consequentemente o mais representativo, em termos de número de beneficiários.

- O Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, que estabeleceu um novo regime jurídico de assistência na doença ao pessoal da GNR (SAD/GNR) e da PSP (SAD/PSP)⁶⁷.

Em termos de âmbito pessoal, o referido diploma restringe o universo de beneficiários do subsistema de saúde dos SAD/GNR e SAD/PSP aos militares da GNR, quer estejam no ativo, na reserva ou na reforma, e ao pessoal com funções policiais na PSP, quer estejam no ativo, em situação de pré-aposentação, ou aposentados, bem como ao pessoal em formação para ingresso na GNR e na PSP. Todos os restantes – designadamente, os funcionários civis da GNR e o pessoal com funções não policiais da PSP – transitaram para a ADSE.

- O Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, que estabeleceu o novo regime jurídico da ADM, que unifica as anteriores Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (ADMFA), Assistência na Doença aos Militares da Armada (ADMA) e a Assistência na Doença aos Militares do Exército (ADME).

Em termos de âmbito pessoal, são beneficiários obrigatórios do subsistema de saúde da ADM os militares dos quadros permanentes, os militares em regime de contrato ou voluntariado e o pessoal militarizado da Marinha e do Exército – independentemente de se encontrarem nas situações de ativo, de reserva e de reforma –, bem como os alunos dos estabelecimentos de ensino militares que frequentem cursos de formação para ingresso nos quadros permanentes. São beneficiários facultativos da ADM, entre outros, os deficientes das Forças Armadas e os beneficiários de pensões de invalidez.

- O Decreto-Lei n.º 212/2005, de 9 de dezembro⁶⁸, entretanto revogado⁶⁹, que estabeleceu o último regime jurídico do subsistema de saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ), procedendo a uma transição de anteriores beneficiários desse subsistema de saúde para o subsistema ADSE, designadamente os magistrados, os funcionários e agentes, bem como os

⁶⁷ Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 80/2005, de 7 de novembro, e alterado pela última vez pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.

⁶⁸ Decreto-Lei n.º 212/2005, de 9 de dezembro, modificado pela última vez pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro.

⁶⁹ Diploma revogado pela alínea d) do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 11/2011, de 21 de janeiro, que extinguiu o subsistema de saúde dos SSMJ.

jubilados, os aposentados ou os reformados que prestavam ou tinham prestado serviços em qualquer departamento do Ministério da Justiça, incluindo aqueles cujos vencimentos eram pagos pelo Orçamento do Estado e, portanto, beneficiários da ADSE, usufruindo assim da proteção social simultânea da ADSE e dos SSMJ. Integravam a categoria de beneficiários titulares do subsistema de saúde dos SSMJ, o pessoal do Corpo da Guarda Prisional, os diretores dos estabelecimentos prisionais, o pessoal da carreira de investigação criminal da Polícia Judiciária, o pessoal da carreira técnico-profissional de reinserção social e auxiliar técnico de educação afeto a centros educativos do Instituto de Reinserção Social, bem como o pessoal técnico afeto a unidades operativas de vigilância eletrónica, do Instituto de Reinserção Social e o pessoal em formação para ingresso nas carreiras de Guarda Prisional e de investigação criminal.

Conforme visto, o subsistema de saúde público, ADSE, assume-se como o subsistema de saúde de cariz público com maior relevância no sistema de saúde, pelo que será particularmente considerado no presente relatório e, nesse sentido, será objeto de discussão e análise comparativa com os SSV.

4.1. A ADSE

A ADSE foi criada em 1963, pelo Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963, tendo sido designada inicialmente por Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado. Destinava-se a promover gradualmente a prestação de assistência em todas formas de doença aos funcionários dos serviços cíveis do Estado e abrangia as modalidades de assistência médica e cirúrgica, materno-infantil, de enfermagem e medicamentosa, nos termos do seu regulamento aprovado pelo Decreto n.º 45 688, de 27 de abril de 1964.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro, procedeu à transformação da ADSE na Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, serviço dotado de autonomia administrativa, integrado na estrutura central do Ministério das Finanças. Naquela altura, já abrangia um milhão e 200 mil beneficiários.

Pelo Decreto-Lei n.º 279/99, de 26 de julho, foi aprovada uma nova orgânica da ADSE, atenta a necessidade de se proceder a um ajustamento, redimensionamento e

racionalização da estrutura orgânica, quadro de pessoal e modelo de funcionamento daquela Direcção-Geral, dado o universo de beneficiários que era já de cerca de um milhão e meio.

No decurso da reestruturação da Administração Pública (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado – PRACE), a sua estrutura orgânica foi novamente reformulada por intermédio do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março, e da Portaria n.º 351/2007, de 30 de março.

Finalmente, no âmbito do Compromisso Eficiência e no contexto do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), o Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho, ainda em vigor, procedeu à reorganização interna da estrutura orgânica da ADSE, com vista à reorganização da estrutura do Estado, à eliminação de redundâncias e à redução substancial dos seus custos de funcionamento.

Nos termos do artigo 1.º e n.º 1 do artigo 2.º deste último decreto regulamentar, a ADSE “é um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa”, que tem por missão “assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação”.

Ainda, conforme indicado no artigo 7.º do mesmo diploma, são receitas do subsistema, designadamente, as dotações que lhe são atribuídas no Orçamento de Estado⁷⁰, o desconto sobre as remunerações e sobre as pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares^{71 72}; a contribuição dos serviços e organismos da Administração Pública, enquanto entidades empregadoras, e de outras entidades; e os

⁷⁰ Conforme se descreve na secção 4.4, a ADSE não recebe verbas do Orçamento do Estado desde 2012.

⁷¹ De acordo com o disposto no artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e nos termos do n.º 1 do artigo 8.º-A da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, alterado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e pelos Decretos-Leis n.ºs 29-A/2011, de 1 de março, e 105/2013, de 30 de julho, “a remuneração base dos beneficiários titulares fica sujeita ao desconto de 3,50%”.

⁷² De facto, o esquema de assistência na doença concedido pela ADSE aos seus beneficiários teve, desde o início, como contrapartida a obrigatoriedade de estes verem descontados nos respetivos vencimentos uma determinada percentagem ou valor. Assim, a Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho, que aprovou o Orçamento de Estado para aquele ano, estabelecia a necessidade de ser instituído um desconto de 0,5% nos vencimentos dos funcionários e agentes da Administração Pública Central, Regional e Local e dos Institutos, que fossem beneficiários da ADSE, o qual veio a ser institucionalizado pelo Decreto-Lei n.º 183-L/80, de 9 de junho. Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, veio estabelecer um aumento nos descontos obrigatórios, que passaram a cifrar-se em 1% dos vencimentos auferidos por esses funcionários e agentes. Por força do disposto no referido diploma, encontravam-se isentos do desconto de 1% os funcionários e agentes beneficiários da ADSE que se encontrassem na situação de aposentados. Refira-se que, antes da mais recente alteração, que elevou o desconto para 3,50%, o desconto foi de 2,50%, em 2013, tendo sido ainda de 1,5%, antes de 2013 (sobre isto, ver secção 4.4).

reembolsos respeitantes a cuidados de saúde prestados aos trabalhadores em funções públicas e respetivos familiares das Regiões Autónomas e das autarquias locais e aos trabalhadores de outras entidades legalmente previstas.

No que concretamente respeita ao regime de assistência na doença aos beneficiários da ADSE, o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com últimas alterações introduzidas pela Lei n.º 30/2014, de 19 de maio, e pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro, veio definir os seus beneficiários titulares⁷³, bem como os beneficiários familiares ou equiparados⁷⁴.

Já no que concerne ao seu âmbito material e às prestações que são abrangidas pelo subsistema, os artigos 22.º e seguintes do mesmo decreto-lei determinam que a ADSE integra, designadamente, os cuidados médicos, aqui consideradas as consultas de clínica geral e de especialidade, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica ou intervenções cirúrgicas⁷⁵, ou ainda cuidados médicos hospitalares em hospitais públicos e centros de saúde, em hospitais e clínicas privadas, com ou sem fins lucrativos.⁷⁶

⁷³ O artigo 3.º define os beneficiários titulares da ADSE, de entre os quais, figuram designadamente, o pessoal civil do Estado, inclusive o dos organismos dotados de autonomia administrativa financeiramente autónomos e, ainda, de outros organismos dotados de verbas próprias para pagamento ao seu pessoal, quer se encontre em situação de exercício de funções ou aposentado; o pessoal da administração regional e local, em funções ou aposentado; o pessoal de outras entidades que a lei já contemple ou venha a contemplar; e, conforme aditado pelo Decreto-Lei n.º 161/2013, de 22 de novembro, os trabalhadores que cessem, por mútuo acordo, a relação jurídica de emprego público na modalidade de nomeação definitiva ou de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, caso optem pela manutenção dessa qualidade, nos termos do disposto nos n.ºs 5 e 6 do artigo 6.º do diploma em causa.

⁷⁴ Os beneficiários familiares ou equiparados estão definidos nos artigos 7.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

⁷⁵ Cf. artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

⁷⁶ Além dos ali indicados, o regime legal determina que são também prestações suportadas pelo subsistema, os cuidados de enfermagem, desde que os respetivos atos sejam prescritos por médicos legalmente reconhecidos; os tratamentos termais, quando clinicamente justificados e efetuados em estâncias termais reconhecidas pelos serviços competentes do Ministério dos Assuntos Sociais; as despesas com transporte, por motivo de doença devidamente fundamentado por médico e após encaminhamento efetuado por aquele para a unidade de cuidados hospitalares mais próxima; as despesas em aposentadoria, para os beneficiários que se deslocam da sua residência habitual para receberem cuidados de saúde; ainda, a aquisição de medicamentos nacionais ou estrangeiros, reconhecidos como tal pelos serviços competentes do Ministério dos Assuntos Sociais e quando prescritos pelas entidades legalmente autorizadas, bem como de instrumentos de correção e compensação (como próteses, ortóteses, aparelhos ortopédicos e veículos de rodas), desde que acompanhada da respetiva prescrição médica e dos documentos comprovativos da aquisição e pagamento emitido pelas instituições fornecedoras dos mesmos; as despesas por internamento em lares e casas de repouso, reconhecidos oficialmente, sendo necessário que o estado de necessidade de vigilância de saúde seja comprovado mediante declaração médica; e a proteção na doença

De entre os cuidados de saúde prestados nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, devem distinguir-se os cuidados de saúde prestados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado ou cooperativo, com as quais a ADSE estabeleça acordos ou convenções (regime convencionado), dos cuidados de saúde prestados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado, sem acordo com a ADSE (regime livre). Nessa medida, a ADSE apresenta-se como responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e estabelecimentos por si contratados, e como responsável pela organização e gestão de uma rede de prestação de cuidados de saúde, mediante a celebração de acordos ou convenções com entidades privadas (regime convencionado) ou, ainda, como responsável pelo pagamento de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas (regime livre).

(i) Prestação de cuidados de saúde pelos estabelecimentos convencionados com a ADSE aos seus beneficiários (regime convencionado)

O subsistema de saúde da ADSE assegura a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, através da garantia de um acesso a um conjunto de serviços ou cuidados prestados por entidades, com as quais celebrou um acordo ou convenção.

Esses acordos ou convenções com os prestadores de cuidados de saúde (que inclui não só o sector privado com fins lucrativos, mas igualmente o sector social), com vista ao cumprimento da sua missão de assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, encontram a sua base ou fundamento legal no n.º 1 do artigo 23.º e do artigo 37.º, ambos do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, bem como na alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março. Assim, nos termos do disposto no artigo 37.º do referido Decreto-Lei, a ADSE “pode celebrar acordos com instituições hospitalares do sector público, privado ou cooperativo, bem como quaisquer outras entidades singulares ou coletivas, em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins”.

no estrangeiro, quer em situações de falta ou indisponibilidade, em Portugal, de meios técnicos necessários para os cuidados exigidos, quer em qualquer outra situação.

Ficam, no entanto, excluídos do esquema de benefícios concedidos pela ADSE os cuidados de saúde que sejam o resultado de acidente em serviço ou doença profissional, de acidente cuja responsabilidade seja de terceiro, ou de doença abrangida pelo regime de concessão de assistência aos funcionários e agentes tuberculosos e seus familiares. Não são igualmente comparticipados pela ADSE (quer no regime convencionado, quer no regime livre), os cuidados de saúde que tenham sido objeto de comparticipação por outros subsistemas de saúde, serviços sociais ou obras sociais integrados na Administração Pública.

Acontece que o mesmo Decreto-Lei n.º 118/83 é omissivo quanto à forma como se processam os referidos acordos, contratos ou convenções, não impondo a utilização de um qualquer modelo ou forma de contratação. No entanto, vistos distintos acordos celebrados entre a ADSE e os prestadores de cuidados de saúde⁷⁷, e consideradas as regras gerais e específicas de cada valência (estabelecidas na tabela de participações de cuidados de saúde do regime convencionado) e ainda da minuta de convenção atualmente em vigor⁷⁸, publicada em www.adse.pt, pode-se concluir estar-se na presença de contratos de adesão.

No mesmo sentido, o Tribunal de Contas, em auditoria dirigida à ADSE (Relatório de Auditoria à ADSE n.º 12/2005) esclareceu que, na celebração destes acordos, a ADSE recorre à figura jurídica dos contratos de adesão, cujas cláusulas são estabelecidas prévia e unilateralmente por aquele serviço. Assim, todas as “entidades interessadas que reúnam os requisitos legais para a prestação dos cuidados de saúde objeto dos acordos podem propor a respetiva adesão aos mesmos”.

Assim, os contratos de adesão, conforme foi referido no estudo da ERS intitulado “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, podem ser definidos como aqueles em que uma das partes, não tendo qualquer participação na preparação

⁷⁷ As minutas de adesão utilizadas nas convenções mais antigas (celebradas na década de oitenta) apresentavam, quando comparadas com as minutas de convenção atualmente em vigor, algumas fragilidades, no que se refere à inexistência no texto dos contratos de requisitos que garantissem de forma eficaz o correto exercício da atividade contratada por parte da entidade convencionada e o acompanhamento e controlo dessa atividade por parte da ADSE. Entre as fragilidades apresentadas pode-se indicar, a título de exemplo, (i) a inexistência de uma qualquer exigência relativamente ao local da prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente, no que respeita às condições de adequação das instalações e do equipamento, à organização e funcionamento; (ii) a não exigência de comprovativos ou outras garantias relativas à idoneidade técnica do pessoal da entidade, mas apenas da idoneidade técnica da entidade convencionada ou da sua direção clínica; (iii) inexistência de regras que obriguem a entidade convencionada a elaborar registos e a facultar informação sobre a atividade prestada aos beneficiários da ADSE, bem como remeter à ADSE quaisquer elementos que se revelem necessários a avaliação por aquela dos serviços prestados; e, ainda, (iv) inexistência de quaisquer outras penalizações em caso de incumprimento do contrato, para além da possibilidade de rescisão do contrato (por exemplo, multas, suspensão do pagamento, etc.). Pelo contrário, da análise das novas minutas de convenção disponíveis para consulta no *website* da ADSE na Internet, em www.adse.pt, verifica-se a existência de regras específicas ou clausulados próprios relativos ao local de prestação de cuidados de saúde, à idoneidade técnica do pessoal que exerce funções no prestador privado, à existência de regras relativas à elaboração de registos e transmissão da informação relativa à atividade prestada pelos prestadores privados aos beneficiários da ADSE e, ainda, à existência de cláusulas penais em caso de incumprimento do contrato.

⁷⁸ Atualmente, as minutas da ADSE destinam-se à contratação entre esta e o prestador interessado para as áreas de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), Patologia Clínica e Anatomia Patológica, Ressonância Magnética, Tomografia Axial Computorizada (TAC), Radiologia, Consultas Médicas de Clínica Geral e de Especialidades, Estomatologia e Próteses Estomatológicas, Ambulatório e Internamento, as quais contêm cláusulas contratuais em tudo similares entre si (salvo as especificidades próprias de cada área).

e redação das cláusulas do contrato, se limita a aceitar o texto que o outro contraente oferece, em massa, ao público interessado ou público-alvo. Isto significa que um dos contraentes, ao estabelecer as cláusulas tipo dos contratos a celebrar com todos aqueles que se mostrem interessados, estabelece, também, um modelo ou padrão que será utilizado na generalidade dos contratos por ele celebrados, ficando, *in casu*, as entidades prestadoras de cuidados de saúde apenas com a possibilidade de aderir ao modelo ou padrão que lhes é oferecido, ou de o rejeitar, sem poder conformar o conteúdo da proposta.

Assim sendo, se em relação à prestação de cuidados de saúde por prestadores privados no âmbito do SNS, o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril⁷⁹, introduziu o contrato de adesão como o modelo de contratação para a celebração daquele tipo de contratos, no caso da contratação da prestação de cuidados de saúde pela ADSE, o legislador, no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, não tomou uma posição expressa sobre o modelo de contratação que deveria ser adotado, ainda que as minutas de convenção, aprovadas pela ADSE, e destinadas à celebração de acordos ou convenções com os prestadores privados de cuidados de saúde, se apresentem com a natureza de um contrato de adesão.

Note-se, por último, que, conforme foi apurado pela ERS, a forma de contratação de prestadores pela ADSE para o seu regime convencionado obedece, na prática, a procedimentos pouco transparentes, sendo claro o poder arbitrário que a ADSE reserva a si própria no processo de decisão. Com efeito, se, por um lado, qualquer prestador de cuidados de saúde é livre de manifestar junto da ADSE a sua intenção de celebrar convenção, por outro lado a própria ADSE reconhece que “não basta o cumprimento dos requisitos formais [...]”, sendo a candidatura “também analisada fazendo confronto entre a atividade que o prestador mostrou interesse em convencionar e o interesse da rede de convencionados para determinada valência”.⁸⁰

⁷⁹ Este diploma foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 139/2014, de 9 de outubro, no qual é feita expressa referência ao procedimento de adesão às convenções com o SNS.

⁸⁰ Cf. ofício da ADSE de 28 de abril de 2014, em resposta a pedido de informação no âmbito do processo de inquérito da ERS com o número ERS/003/14. Além da intervenção que aqui se faz notar, importa recordar que esta conclusão não se revela de todo inédita para a ERS. Com efeito, esta entidade reguladora teve a oportunidade de intervir, quando solicitada pela Ordem dos Médicos Dentistas, na questão dos procedimentos de contratação adotados pelo subsistema, através de um parecer publicado em 4 de janeiro de 2010, elaborado atenta a relevância de uma exposição apresentada pelo Senhor Bastonário daquela Ordem, relativa “à legalidade e à transparência da organização, estrutura e funcionamento do sistema de Convenção ADSE, nos moldes mantidos por décadas”. Foi assim que a ERS analisou o funcionamento do regime convencionado da ADSE, no que concerne, em resumo, à dificuldade de acesso dos prestadores de cuidados de saúde às convenções da ADSE e ao próprio

(ii) Prestação de cuidados de saúde pelos estabelecimentos não convenionados com a ADSE aos seus beneficiários (regime livre)

O subsistema de saúde da ADSE pode ainda favorecer ou proporcionar o acesso a todos os outros prestadores privados (com os quais não possui acordo ou convenção) mediante um mecanismo de reembolso ao beneficiário. Nesta modalidade, há uma participação nas despesas dos seus beneficiários, com os cuidados de saúde que lhes sejam prestados por entidades, singulares ou coletivas, do sector privado ou social, com as quais não tenha estabelecido qualquer acordo, contrato ou convenção.

Neste caso, o pagamento pela ADSE dos cuidados de saúde prestados por essa entidade é feito com base na técnica do reembolso ao beneficiário, ou seja, o beneficiário paga diretamente à entidade a totalidade das despesas, sendo posteriormente reembolsado pela ADSE até determinado montante⁸¹. As percentagens e montantes fixados nas tabelas do regime livre e respetivas regras anexas têm sido objeto de diversas atualizações periódicas, encontrando-se atualmente em vigor as que foram aprovadas pelo Despacho n.º 8738/2004, publicado no Diário da República, II Série, n.º 103, de 3 de maio.⁸²

funcionamento das convenções após adesão às mesmas; e à desatualização da Tabela de Preços e Regras do Regime Convencionado - Estomatologia e Próteses Estomatológicas (Tabela), quer quanto aos valores pagos pela ADSE aos seus prestadores de cuidados de saúde convencionados, quer quanto à própria nomenclatura em que a mesma assenta.

Na realidade, a ERS já havia procedido à emissão de quatro recomendações à ADSE, durante o ano de 2009, precisamente sobre o acesso dos seus beneficiários à sua rede de convencionados e às dificuldades de funcionamento da mesma, e no sentido de se deverem adotar as diligências necessárias à identificação completa das causas das dificuldades de funcionamento da sua rede de convencionados e implementar as medidas necessárias à cessação efetiva das mesmas, são integralmente aplicáveis à área de medicina dentária e estomatologia. Ali foi também concluído que para as dificuldades de funcionamento da rede de convencionados da ADSE concorrem fortemente as dificuldades de acesso dos prestadores de cuidados de saúde às convenções impostas pela ADSE, o próprio funcionamento das convenções após adesão às mesmas, bem como a manifesta desatualização da Tabela de Participações de Cuidados de Saúde de Regime Convencionado - Estomatologia e Próteses Estomatológicas, quer quanto aos valores pagos pela ADSE aos seus prestadores de cuidados de saúde convencionados, quer quanto à nomenclatura em que a mesma assenta. Igualmente se concluiu que a resolução de tais causas se encontra integralmente na dependência da vontade e adoção urgente de ações consentâneas com um tal desiderato pela ADSE, sob pena de se poder vir a considerar que o subsistema não se encontra a cumprir a sua missão legalmente imposta de assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

⁸¹ Cf. artigo 19.º n.º 3 do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro. Nos termos do artigo 63.º do mesmo diploma, a ADSE participa, diretamente ao beneficiário, mediante a apresentação dos documentos originais (em princípio não é permitido o pagamento mediante a apresentação de segundas vias dos documentos), do recibo e eventualmente da prescrição médica, devidamente discriminados – ou seja, contendo a referência ao cuidado de saúde prestado – e identificados com o nome e número de beneficiário.

⁸² A participação da despesa a suportar pela ADSE é de 80%, não podendo exceder os valores máximos expressos nas tabelas das respetivas modalidades, para o ato ou cuidado

4.2. A relação entre o SNS e a ADSE e o acesso dos beneficiários aos cuidados de saúde

Em 13 de janeiro de 2015, foi publicado pela ERS um parecer relativo ao acesso de utentes beneficiários do SNS que, recorrendo à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, sejam, simultaneamente, beneficiários do subsistema de saúde da ADSE.⁸³

Assim, e conforme ali definido, interessava esclarecer “[...] em que regime deve ser enquadrado um utente beneficiário da ADSE, quando acede aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS ou a um prestador de cuidados de saúde convencionado com o SNS – apenas como beneficiário da ADSE ou na qualidade de um utente beneficiário do SNS?”.

Foi concluído que o acesso dos beneficiários da ADSE à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, é efetuado em condições de igualdade com os demais utentes beneficiários do SNS e, nesse sentido, devem aqueles usufruir dos mesmos direitos e estando obrigados ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto no CRP, de acesso universal e equitativo do SNS.

É por isso que o utente do SNS, quando, repete-se, simultaneamente, beneficiário da ADSE, não deve ser prejudicado no acesso, nem a sua liberdade de escolha entre um ou outro regime pode ser restringida, o que significa, em suma, que, se o beneficiário da ADSE optar por dirigir-se a um centro de saúde, e daí ser referenciado com credencial emitida pelo SNS para um outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde do sector privado ou social, convencionado, tanto deverá ocorrer em circunstâncias de igualdade.

E daqui decorre que deve existir um efetivo exercício do mencionado direito de escolha entre a SNS e a ADSE, aquando da decisão de recurso aos estabelecimentos prestadores integrados no SNS que se concretiza, por exemplo, quando há um pedido de marcação de consulta, pelo próprio utente, na unidade de cuidados primários. E tanto significa que, na realidade, importa que o utente informe, em concreto, sobre quais os subsistemas de que é beneficiário e qual deles será a entidade financeira

correspondente. Pode, no entanto, ser estabelecida ou fixada pela respetiva tabela uma percentagem de comparticipação diferente da referida, para determinados atos ou cuidados de saúde – cf. regras comuns estabelecidas no referido despacho.

⁸³ O parecer encontra-se publicado em www.ers.pt.

responsável pelo pagamento do preço dos cuidados que lhe possam ser prestados pelo SNS.

4.3. Intervenção regulatória da ERS

Ao abrigo das suas atribuições regulatórias, a ERS tem acompanhado o comportamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde convencionadas, ou não, com a ADSE, seja na sua atuação com os seus utentes beneficiários do subsistema, seja ainda, na qualidade de intervenientes do sector da saúde e na relação que estabelecem entre si. Além do mais, tem sido preocupação regulatória assumir uma intervenção reiterada junto dos utentes e do próprio subsistema de forma a melhor esclarecer as regras e procedimentos adotados por este último, sempre com o intuito de promover e garantir o direito de acesso dos mesmos utentes e, ainda, de contribuir para a sã concorrência no mercado.

Nesse sentido, e como já mencionado, não só a ERS logrou já debruçar-se sobre o enquadramento jurídico desta realidade e sobre os procedimentos de contratação, como também tem intervindo sob o fundamento de distintas situações concretas que foram, e são, trazidas ao conhecimento da ERS, por parte dos interessados, sejam estes utentes, sejam regulados⁸⁴. Assim, sem o intuito de enumerar exaustivamente todas as temáticas e intervenções, serão aqui consideradas algumas, a título exemplificativo.

Discriminação dos utentes, beneficiários da ADSE, pelas entidades prestadoras integradas na rede de convencionados (regime convencionado)

A propósito da atuação de distintos prestadores de cuidados de saúde no atendimento, em concreto, na marcação das consultas de especialidade ou de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), aos beneficiários da ADSE, a ERS tem emitido algumas instruções⁸⁵ no sentido de obrigar ao atendimento de todos os utentes de forma não discriminatória, em função da estrita ordem de chegada ou da concreta situação clínica dos utentes, sem que, por isso, possam ser estabelecidos diferentes tempos de espera de acordo com a entidade financiadora. Além disso, em

⁸⁴ Note-se que todas as intervenções mencionadas no presente capítulo foram publicadas pela ERS no seu sítio eletrónico.

⁸⁵ A título meramente exemplificativo, considere-se a intervenção regulatória no âmbito dos processos de inquérito ERS/016/09, ERS/028/08 e ERS/074/09.

algumas situações analisadas⁸⁶, foi também determinada a eliminação de procedimentos de marcação voluntariamente adotados, dos quais resultasse o atendimento diferenciado dos utentes consoante a entidade financiadora e a obrigação de não se questionar o utente, previamente à marcação de qualquer consulta ou MCDT, sobre qual o seu subsistema de saúde.

Além do mais, a propósito desta temática, a ERS também tem recomendado à ADSE que assegure, de forma permanente, que o acesso dos seus beneficiários à sua rede de convencionados não seja prejudicado por dificuldades de funcionamento da mesma, e que adote as diligências necessárias à identificação completa das causas das dificuldades de funcionamento da sua rede de convencionados e implemente as medidas necessárias à cessação efetiva das mesmas.

Ainda na sequência das instruções emitidas, designadamente no âmbito dos processos de inquérito em que foram verificadas situações discriminatórias, foram também instaurados processos de monitorização⁸⁷, no sentido de melhor se acompanhar, por um lado, o cumprimento das instruções emitidas e, por outro lado, o comportamento futuro dos interessados.

Publicidade enganosa relativamente à (não) qualidade de entidade convencionada e à (não) delimitação do âmbito subjetivo da convenção celebrada com a ADSE

Também a este propósito teve a ERS a oportunidade de intervir, ao instruir as entidades prestadoras de cuidados de saúde, no âmbito de processos de inquérito⁸⁸, no sentido de procederem à divulgação dos atos prestados por profissionais de saúde que não estão efetivamente abrangidos pela convenção celebrada com a ADSE, e, que em qualquer contacto com utentes ou potenciais utentes, designadamente para marcação de atos a realizar, e independentemente do suporte utilizado, velem pela prestação de informação de forma atempada, completa, verdadeira e inteligível de todas e quaisquer limitações ou particularidades no âmbito da convenção celebrada

⁸⁶ A título exemplificativo, veja-se a deliberação final emitida no processo de inquérito ERS/090/09.

⁸⁷ Na sequência de instruções emitidas a propósito dos comportamentos discriminatórios, a ERS deliberou a abertura do processo de monitorização PMT/028/09, que ordenou a eliminação, de forma imediata, de todo e qualquer procedimento atualmente implementado, e do qual possa resultar um qualquer tratamento diferenciado dos seus utentes, em função da sua entidade financiadora; e também do PMT/021/10.

⁸⁸ A título meramente exemplificativo, considere-se a intervenção no âmbito do processo de inquérito ERS/077/09.

com a ADSE⁸⁹. Daqui decorre, natural e igualmente, a imposição de os regulados informarem todos os utentes, com antecedência, rigor e transparência, do valor dos atos, exames, consumíveis e fármacos que venham a ser previsivelmente prestados ou administrados e cujo pagamento lhes seja exigível, atenta a sua (eventual) condição de beneficiários do subsistema da ADSE.

Acesso dos beneficiários da ADSE ao SNS, munidos de documentação do médico assistente

Considerado o comportamento do SNS em relação aos utentes, beneficiários da ADSE, foi decidido intervir no que concretamente respeita ao direito de acesso daqueles, quando munidos de documentação emitida pelo médico assistente, que não do SNS. A este propósito a ERS interveio⁹⁰ no sentido de instruir os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS para que aceitassem a marcação de consultas de especialidade dos utentes beneficiários da ADSE (e de outros subsistemas) mediante apresentação de carta de acompanhamento com informação clínica, deixando assim, cada um desses estabelecimentos hospitalares, de exigir, relativamente aos mesmos utentes, prévia consulta médica no respetivo centro de saúde e referênciação por parte deste último. Além do mais, foi também deliberado recomendar aos mesmos interessados que promovessem o conhecimento e formação dos seus funcionários e colaboradores no sentido do entendimento regulatório.

4.4. O financiamento da ADSE

O modelo de financiamento é um dos aspetos da ADSE que mais alterações relevantes têm sofrido nos últimos anos. Num contexto mais lato, a questão do financiamento dos subsistemas de saúde públicos em geral tem merecido particular atenção no atual ciclo governativo, sendo de destacar as medidas previstas no Memorando de Entendimento firmado pelo Estado português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE) no âmbito do programa de assistência financeira externa a Portugal.

⁸⁹ A título exemplificativo, considere-se a intervenção regulatória no âmbito do processo de inquérito ERS/135/11.

⁹⁰ A título exemplificativo, considere-se a intervenção regulatória no âmbito do processo de inquérito ERS/077/08.

Com efeito, na primeira versão deste Memorando (datada de 17 de maio de 2011)⁹¹, encontravam-se previstas medidas relacionadas com os subsistemas, tanto na secção da “Política Fiscal para 2012” como na secção sobre o “Sistema de Saúde”. Concretamente, na primeira destas secções apontava-se para a necessidade de “reduzir o custo global orçamental dos esquemas de benefícios de saúde para os funcionários do estado (ADSE, ADM e SAD), reduzindo a contribuição dos empregadores e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde, com poupanças de 100 milhões de euros em 2012”.

Na parte do Memorando dedicada à saúde, as reformas a fazer no financiamento dos subsistemas eram mais detalhadas, explicando-se que “para se atingir um modelo autossustentável para os esquemas de benefícios de saúde dos funcionários públicos (ADSE, ADM e SAD), o seu custo global orçamental [seria] reduzido em 30% em 2012, e adicionalmente em 20% em 2013, a todos os níveis do governo”, e que “[seguir-se-iam] reduções adicionais a um ritmo similar nos próximos anos, até se atingir o autofinanciamento em 2016”, e novamente reforçando-se que isto seria conseguido “reduzindo-se a contribuição dos empregadores e ajustando o âmbito dos benefícios de saúde”.

A análise da evolução das fontes de receita e dos custos da ADSE deve ter, assim, tais projetos de medidas como pano de fundo. E quanto a fontes de receita da ADSE, esta análise inicia-se em 2009, tendo como anos-chave 2011 e 2015, como está patente na tabela 6.

Tabela 6 – Fontes de receita da ADSE

Fontes de receita	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Transferências do OE	✓	✓	✓				
Contribuições dos beneficiários	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contribuições dos empregadores			✓	✓	✓	✓	
Receitas próprias e reembolsos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Com efeito, em 2009 as receitas da ADSE provinham de i) transferências do Orçamento do Estado, de ii) contribuições dos beneficiários (o desconto sobre as

⁹¹ Todas as referências aqui feitas ao Memorando de Entendimento baseiam-se nas versões publicadas em língua inglesa, sendo a tradução para português da responsabilidade dos autores do presente relatório.

remunerações e sobre as pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares), e de iii) receitas próprias e reembolsos⁹².

Em 2011, pela Lei do Orçamento do Estado para esse ano, é criada uma nova fonte de receita da ADSE, designadamente uma contribuição paga pelos serviços integrados e os serviços e fundos autónomos, enquanto entidades empregadoras, no valor de 2,5% das remunerações sujeitas a desconto para a CGA, I.P., ou para a segurança social dos respetivos trabalhadores, beneficiários titulares da ADSE.

No ano seguinte, em consonância com o que estava disposto no Memorando de Entendimento sobre a redução do custo orçamental dos subsistemas (acima referido), deixa de se verificar a transferência de verbas do Orçamento do Estado para a ADSE, suprimindo-se assim aquela que era até essa data a mais importante fonte de receita deste subsistema público.⁹³

Em consequência, entre 2012 e 2014, as receitas da ADSE provieram das contribuições dos beneficiários, das contribuições das entidades empregadoras e de receitas próprias e reembolsos.

Finalmente, a Lei do Orçamento do Estado para 2015 (Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro) vem revogar a disposição legal que previa como fonte de receita da ADSE as contribuições das entidades empregadoras (alínea e) do art. 260.º).⁹⁴ Isto significa que, presentemente, as receitas da ADSE provêm maioritariamente das contribuições dos seus beneficiários, sendo complementadas pelas receitas próprias e reembolsos, embora esta segunda receita tenha atualmente uma expressão reduzida, como se pode constatar na tabela 7.

⁹² Nos termos do artigo 7.º do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março, tais receitas próprias e reembolsos incluíam: “b) Os reembolsos respeitantes a cuidados de saúde prestados aos funcionários e agentes dos organismos autónomos, Regiões Autónomas, autarquias locais e aos trabalhadores de outras entidades legalmente previstas; c) As contribuições dos organismos autónomos, Regiões Autónomas e autarquias locais para as despesas de administração da ADSE; d) Os recursos resultantes de acordos de capitação efectuados com os organismos autónomos, as Regiões Autónomas, as autarquias locais e outras entidades; e) As taxas devidas pela emissão de segundas vias do cartão de beneficiário; f) As receitas que advenham da venda de impressos e publicações da ADSE; [e] g) Quaisquer receitas que por lei, contrato ou outro título lhe sejam atribuídas”.

⁹³ A ADSE esclarece esta questão, no seu Plano de Atividades de 2014, nos seguintes termos: “Em 2011, a Direção-Geral já tinha restringido significativamente o recurso às transferências do Orçamento de Estado e, desde 2012, não são utilizadas no financiamento da ADSE.”

⁹⁴ Esta contribuição havia já sido reduzida de 2,5% para 1,25% com o Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.

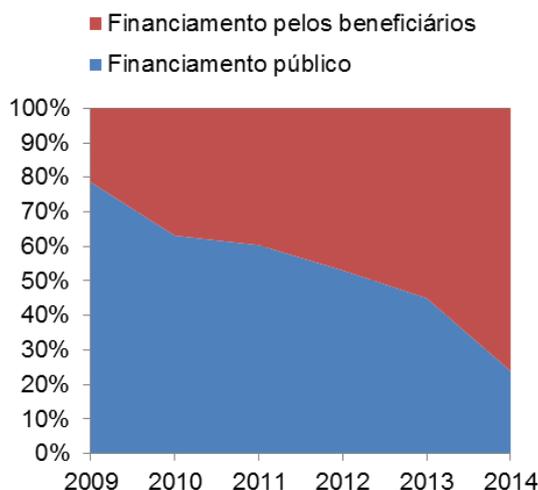
Tabela 7 – Receitas da ADSE (em milhões de euros)

Fontes de receita	2009	2010	2011	2012	2013	2014e	Estrutura em 2014
Transferências do OE	598,3	260,0	34,4	0,0	0,0	0,0	0%
Contribuições dos beneficiários	201,7	214,9	221,5	214,7	285,6	411,9	76%
Contribuições dos empregadores	-	-	236,0	193,6	182,4	105,2	19%
Receitas próprias e reembolsos	144,2	108,3	67,6	49,3	51,6	24,0	4%
Total	944,2	583,2	559,5	457,6	519,6	541,1	100%

Nota: para 2014, os valores são estimativas apresentadas no Plano de Atividades de 2014 da ADSE.

Fontes: Plano de Atividades de 2014 e Relatório de Atividades de 2013 da ADSE.

Analisando essa mesma tabela, importa sobretudo reter que, entre 2009 e 2014, as receitas da ADSE reduziram-se em cerca de 43%, e que esta diminuição foi sendo acompanhada por uma deslocação da responsabilidade do financiamento da ADSE da esfera pública para a esfera privada (ou seja, dos beneficiários do subsistema)⁹⁵. Esta evolução está patente na figura 23.

Figura 23 – Financiamento público versus pelos beneficiários da ADSE


Colocando agora o foco na atualmente principal (e quase exclusiva, como se viu) fonte de receita da ADSE, releva analisar a evolução da taxa de desconto sobre as remunerações e pensões dos beneficiários titulares (ver tabela 8), para constatar que tal taxa está presentemente no seu nível mais elevado de sempre.

⁹⁵ Note-se que de 2009 até 2014 as contribuições dos beneficiários cresceram 104%, ao passo que as demais fontes de receita, no seu conjunto, decresceram 83%.

Tabela 8 – Evolução da taxa de desconto relativa à contribuição do beneficiário da ADSE

Entrada em vigor	Taxa de desconto	
	Sobre remunerações	Sobre pensões
27/05/1981	1,00%	isentos
01/01/2007	1,50%	1,00% ¹⁾
31/07/2013	2,50%	2,50%
20/05/2014	3,50%	3,50%

Nota: 1) prevista a convergência nos anos seguintes até os 1,50%, à velocidade de 0,1 p.p. por ano.

Do lado dos custos da ADSE, há também importantes alterações a registar no período de 2009 a 2014. Com efeito, em 2009, os montantes devidos pela ADSE ao SNS, a título de financiamento dos cuidados prestados pelas instituições deste aos beneficiários daquela, constituíam a maior parcela dos custos do subsistema, ascendendo a 46% do seu total. A segunda parcela mais relevante era a faturação do regime convencionado da ADSE, chegando aos 23% nesse ano. Destacava-se ainda, como terceira mais importante fonte de custos, a faturação das farmácias, representando 19% do total dos custos, acima dos 11% relativos ao regime livre.

Nos anos seguintes, esta estrutura de custos sofreu alterações relevantes, a primeira logo em 2010. A partir desse ano, as instituições do SNS deixaram de emitir faturação pela prestação de cuidados a beneficiários da ADSE. Conforme se explica no Relatório de Atividades de 2013 da ADSE, em 2010 foi “subscrito um memorando de entendimento pelos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Saúde, da Defesa Nacional e da Administração Interna, com o objectivo de eliminar-se as relações financeiras entre o SNS e a ADSE”, passando “o Orçamento do Estado a financiar directamente o SNS” no que concerne à prestação de cuidados aos utentes do SNS que são beneficiários do subsistema.

A segunda alteração relevante ocorreu em 2013, e prende-se com os custos resultantes da faturação das farmácias. Concretamente, e igualmente nos termos do relatório de atividades de 2013 do subsistema, “a partir de Maio de 2013, a ADSE deixou de suportar a facturação das farmácias localizadas no Continente, tendo passado a responsabilidade da conferência e do pagamento para o Ministério da Saúde”. Assim, desde esta data, a ADSE apenas assume a faturação das farmácias localizadas nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Em resultados destas alterações, a estrutura dos custos da ADSE em 2014 – atentas as estimativas apresentadas no plano de atividades do subsistema para aquele ano – conta com a parcela do regime convencionado como a mais importante, de forma destacada, ascendendo a 66% do total dos custos. Assim, numa ótica de fluxos financeiros, se em 2009 a ADSE era uma instituição fortemente relacionada com o Estado, volvidos cinco anos o foco dessa relação mudou-se marcadamente para o sector privado, o que significa que as relações contratuais da ADSE com os prestadores privados (no âmbito do regime convencionado) passaram a ter maior importância estratégica na gestão do subsistema (*vide* tabela 9, que descreve a evolução dos custos em milhões de EUR, entre 2009 e 2014).

Tabela 9 – Custos da ADSE (em milhões de euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014e	Estrutura em 2014
Serviço Nacional de Saúde	459,8	-	-	-	-	-	-
Regime Convencionado	224,9	235,1	252,8	272,7	288,6	288,0	66%
Regime Livre	114,4	119,1	140,7	138,2	132,9	132,0	30%
Medicamentos (farmácias)	184,8	200,4	91,6	73,0	28,1	8,8	2%
RNCCI	2,0	-	-	-	-	-	-
Custos de administração	11,1	8,8	8,0	8,0	7,9	9,2	2%
Total	997,0	563,4	493,1	491,9	457,5	438,0	100%

Nota: para 2014, os valores são estimativas apresentadas no Plano de Atividades de 2014 da ADSE.

Fontes: Plano de Atividades de 2014 e Relatório de Atividades de 2013 da ADSE.

Finalmente, destaca-se que os custos de administração da ADSE assumiram sempre uma importância diminuta, oscilando entre de 1% e 2% do total dos custos no período em análise.

Analisando retrospectivamente os fluxos financeiros da ADSE, percebe-se, então, que a supressão de fontes de receita tem também sido acompanhada por reduções nas responsabilidades financeiras do subsistema, embora as duas variações apresentem amplitudes diferentes. De facto, fazendo uma simples comparação entre os valores anuais de custos e receitas, é possível constatar que, enquanto os custos da ADSE se reduziram em 56% de 2009 a 2014, as receitas reduziram apenas 43% no mesmo período; como consequência, se em 2009 os custos excediam as receitas em 6%, cinco anos depois as receitas já excediam os custos em 24%.

Esta previsão de excedente de receitas face aos custos na ADSE, e o seu possível destino, suscitaram comentários de diversos quadrantes, com o Governo a assegurar que não haverá transferências de receitas da ADSE para o Estado. Aliás, como

reconhecem os próprios responsáveis do subsistema, «com a fixação da taxa de desconto de 3,5%, e no actual contexto remuneratório dos trabalhadores e aposentados, a ADSE poderá registar em 2014 um *superavit*, tendo o Governo assumido na Assembleia da República que “as receitas da ADSE só poderão ser utilizadas na ADSE”» (cf. Plano de Atividades de 2014 da ADSE). Acresce, sobre esta matéria, que o artigo 152.º da Lei do Orçamento do Estado para 2015 dispõe que “os saldos apurados na execução orçamental de 2014 da ADSE, dos SAD e da ADM transitam automaticamente para os respetivos orçamentos de 2015”.

Importa ainda assinalar que com todas as alterações aqui descritas, e numa ótica puramente contabilística, o objetivo definido no Memorando de Entendimento de reduzir o peso orçamental da ADSE no Orçamento do Estado foi cumprido, uma vez que o Estado já não transfere verbas para a ADSE desde 2012. E quanto ao objetivo de atingir autossuficiência, é um facto que não só a ADSE já não consome verbas diretamente do Orçamento do Estado como também não pesa nos encargos dos empregadores públicos, sendo particamente paga pelos descontos dos próprios beneficiários. Todavia, daqui não decorre que a cobertura de cuidados de saúde aos beneficiários da ADSE tenha deixado de pesar na conta geral do Estado, na medida em que os custos dos cuidados prestados a estes beneficiários na rede do SNS foram absorvidos na despesa do Ministério da Saúde. É certo que na perspetiva dos direitos e regras de acesso aos serviços públicos de saúde, os beneficiários da ADSE eram já tratados da mesma forma que qualquer outro utente do SNS, registando-se diferenças apenas a título dos procedimentos de faturação entre instituições, os quais em nada influenciavam aqueles direitos e regras. Mas com a alteração operada em 2010 ao nível da faturação do SNS à ADSE, quando os beneficiários do subsistema recorrem ao SNS, este assume agora toda a responsabilidade (também financeira) pelos cuidados prestados a esses utentes.

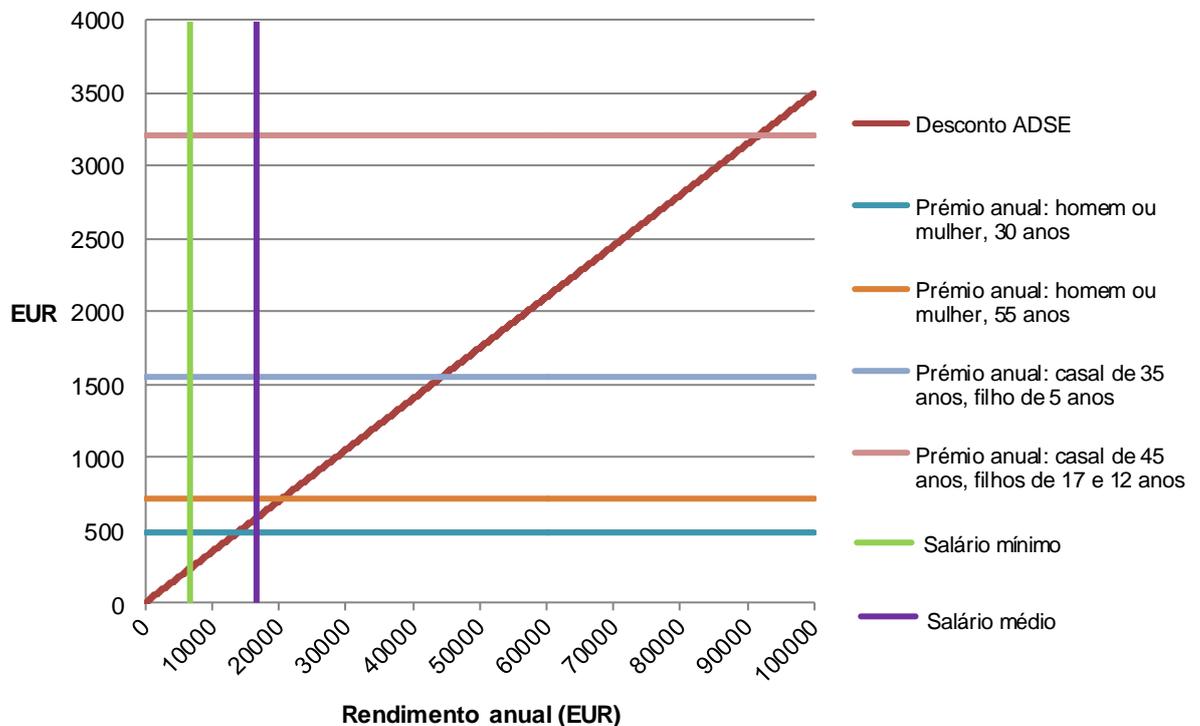
4.5. Comparação entre os prémios dos SSV e os descontos da ADSE

Como se viu na secção 4.1, de acordo com o disposto no artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e nos termos do n.º 1 do artigo 8.º-A da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, alterado pela Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril, e pelos Decretos-Leis n.ºs 29-A/2011, de 1 de março, e 105/2013, de 30 de julho, “a remuneração base dos beneficiários titulares fica sujeita ao desconto de 3,50%”. Por seu turno, como

visto na secção 3.4, os prémios anuais pagos para os SSV podem variar consoante os perfis dos tomadores de seguros e as coberturas contratadas, tendo sido indicados como exemplos prémios médios relativos a quatro perfis de tomadores de seguros (vide quadro 3). Nesta secção, faz-se, assim, uma comparação entre os descontos para a ADSE e os prémios dos SSV, com vista a contribuir para uma reflexão sobre as reais vantagens de que os beneficiários do subsistema usufruem.

A figura 24 apresenta a variação em euros dos descontos de 3,50% para a ADSE à medida que o salário anual do beneficiário varia e são ilustrados igualmente os prémios para os quatro perfis de tomadores de seguros e, como referência de comparação, os salários mínimos e médios em Portugal, de acordo com o INE.

Figura 24 – Comparação entre os descontos para a ADSE e os prémios dos SSV



Portanto, os SSV compensarão para os perfis homem ou mulher de 30 anos e de 55 anos para rendimentos anuais superiores a cerca de 20.000 EUR. Com efeito, o desconto para a ADSE supera o prémio anual do primeiro perfil a partir de 13.832 EUR anuais (aproximadamente 988 EUR, considerando 14 salários) e supera o prémio do segundo perfil depois de 20.274 EUR por ano (cerca de 1.448 EUR).

Para um salário mínimo (7.070 EUR por ano), o desconto para a ADSE é o valor mais baixo a pagar. Já para o salário médio (16.517 EUR por ano)⁹⁶, o prémio médio do seguro para homem ou mulher de 30 anos é mais baixo, enquanto para homem ou mulher de 55 anos o desconto para a ADSE é menor do que o prémio médio correspondente a este perfil.

Já os prémios médios dos perfis de casais com filhos são mais altos do que os descontos para a ADSE até ao salário anual de 44.166 EUR (equivalente a 3.154,71 EUR por mês). A partir desta remuneração, o prémio médio para um casal de 35 anos com um filho de cinco anos passa a ser inferior ao desconto para a ADSE. Para um casal de 45 anos com filhos de 17 e 12 anos o prémio médio anual só fica mais baixo do que os descontos para a ADSE a partir de um salário de 91.517 EUR por ano (salário mensal de 6.536,93 EUR).

Esta comparação é útil para verificar se compensa a um beneficiário da ADSE manter este subsistema, ou se compensará abdicar do subsistema e adquirir um seguro de saúde. No entanto, a comparação é feita a considerar apenas valores médios dos prémios, de diferentes seguradoras e relativos a coberturas diversas, como se explica na secção 3.4. Portanto, não se compara os encargos dos beneficiários, com os copagamentos e os reembolsos, nem se considera uma série de outros aspetos de cada seguro específico que deverão ser ponderados numa análise conclusiva sobre qual os termos financeiros menos onerosos (por exemplo, as redes de convencionados). Esta análise aprofundada só é possível e útil para contratos específicos e tendo em consideração ponderações específicas a determinar, por cada beneficiário, àquilo que julgar ser mais relevante para a sua situação e ajustado às suas necessidades e preferências.

⁹⁶ Cf. OECD.Stat, em <http://stats.oecd.org> (dados de 2013).

5. Conclusões

O presente relatório revisita o tema dos seguros de saúde, em cumprimento das atribuições e incumbências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), prestando informação útil aos cidadãos, para uma melhor compreensão das formas complementares de financiamento de cuidados de saúde existentes em Portugal. São vistos, concretamente, os seguros de saúde voluntários (SSV) e os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (subsistemas de saúde), conferindo-se destaque à Assistência na Doença a Servidores do Estado da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE).

Deste estudo pode concluir-se que:

1. O sistema de saúde português baseia-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos Serviços Regionais de Saúde (SRS). Os seguros de saúde em Portugal desempenham um papel complementar no financiamento das despesas em saúde e têm como incentivo as deduções fiscais. Atualmente, as despesas suportadas com seguros de saúde podem ser deduzidas à coleta nos termos melhor definidos pelo artigo 78.º-C do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, que prevê a dedução do montante de 15% do valor suportado a título de despesas de saúde, com o limite de 1.000 EUR.
2. Os contratos de SSV privados são constituídos por condições gerais, especiais e particulares, com cláusulas que definem as garantias contratadas, as exclusões, o tomador do seguro e os segurados, o prémio, as condições do reembolso, a franquias e os copagamentos, entre outros aspetos. Os seguros de saúde podem ser voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de sistema misto. Os seguros voluntários de grupo e de sistema misto são os mais comuns.
3. Os SSV privados têm apresentado um crescimento significativo em Portugal. O financiamento público das despesas em saúde tem apresentado, em contrapartida, uma tendência de queda em anos recentes, levando mais cidadãos a procurarem o financiamento complementar dos seguros. O volume de receita de prémios tem crescido continuamente, tendo esta produção aumentado 45% entre 2006 e 2014, com um crescimento médio anual de 4,8% – um crescimento reforçado pela pressão sobre os gastos em saúde do

envelhecimento da população e da elevação dos custos com a inovação tecnológica em saúde. No entanto, o potencial de crescimento dos seguros está a ser restringido pelos efeitos negativos da crise que o país atravessa sobre o rendimento das famílias e o emprego. Apesar disto, os SSV privados deverão continuar a apresentar crescimento em Portugal a médio prazo, como forma de financiamento complementar ao que deve ser garantido aos cidadãos pela prestação de cuidados de saúde pública e publicamente financiada.

4. O mercado dos SSV privados, caracterizado pelo número de indivíduos cobertos em seguros de saúde individuais e de grupo, também tem apresentado crescimento, chegando a quase dois milhões e 200 mil o número de segurados em 2013, ou seja, 21% da população residente em Portugal. O número de apólices também tem aumentado ao longo dos anos, com a quota de mercado dos SSV do total do ramo não vida alcançando 16,2% no mesmo ano. Não obstante, o mercado dos SSV privados em Portugal é relativamente pequeno, pelo facto de o sistema de saúde se basear num serviço nacional de saúde. Na comparação com outros países europeus, constata-se que a Holanda e a Alemanha têm mercados de dimensão maior, por terem sistemas de saúde baseados em seguros de saúde sociais. Mesmo assim, na comparação com países com sistema de saúde similar, Portugal apresenta uma relação relativamente elevada de prémios por PIB, de 0,33%, e uma alta relação de prémios brutos por 100.000 habitantes, o que aponta para a relevância do mercado de SSV privado português.
5. O mercado de SSV privados tem 26 concorrentes, com destaque para a Fidelidade e a Ocidental Seguros, que detêm juntas mais de 50% do mercado. Com base nas quotas de mercado de todas as 26 seguradoras, é possível identificar que o grau de concentração do mercado é moderado.
6. As respostas ao inquérito realizado pela ERS identificaram um perfil do tomador de seguro/segurado, o qual:
 - a) se encontra na faixa etária entre os 30 e 64 anos;
 - b) possui, na sua maioria, seguros de saúde há mais de três anos;
 - c) aponta como principais razões para a contratação de um seguro de saúde os objetivos de obtenção de tempos de espera mais curtos em

consultas, de prevenção e de maior liberdade na escolha dos estabelecimentos; e

d) aponta como principais motivos de insatisfação com o seguro o preço/prémio e as coberturas e exclusões.

7. O risco moral associado à cobertura financeira das despesas em saúde pelo SSV traduz-se no efeito de indução da procura de cuidados de saúde em volume superior à que ocorreria se o utente não tivesse um seguro. Apesar de não se poder concluir que os efeitos de risco moral do lado dos segurados ocorrem sempre, há medidas que são implementadas pelas seguradoras com vista a evitar o pagamento de montantes excessivos em sinistros, em decorrência do risco moral.

Exemplos são:

a) as exclusões definidas nas apólices, que retiram da cobertura dos seguros tratamentos com custos relativamente elevados ou tratamentos recorrentes de doenças crónicas;

b) a delimitação do âmbito das garantias, por meio da estipulação de limites em termos de quantidade de cuidados de saúde com cobertura ou de limites máximos das coberturas;

c) a inclusão de uma cláusula de pré-autorização de determinadas despesas médicas;

d) os copagamentos e as franquias; e

e) a definição de cuidados de saúde com períodos de carência alargados.

8. O processo de desnatação consiste na tentativa, por parte das seguradoras, de evitar riscos maus, procurando segurar apenas situações de sinistro de risco mais baixo. Nesse sentido, as seguradoras incluem nas apólices, cláusulas que definem, por exemplo:

a) as exclusões de cuidados de saúde que se podem tornar necessários devido a doença adquirida ou ao comportamento do segurado;

b) as atualizações dos prémios consoante escalões etários dos segurados;

- c) os limites de idade para o início dos contratos e também para a cessação do contrato; e
- d) as exclusões potenciais de determinados tipos de indivíduos.

As exclusões indicadas em c) e d) afiguram-se como os casos mais extremos de seleção de riscos, na medida em que não é de todo permitida a contratação de determinado seguro de saúde com indivíduos de certa idade ou se detentores de determinada doença pré existente.

9. A prevenção do risco moral e a desnatação por parte das seguradoras sugere que, se os seguros de saúde, tais como são hoje, não fossem complementares, mas sim alternativos ao SNS, passando a substituir o SNS na cobertura das despesas em saúde dos cidadãos em Portugal, a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não estaria garantida.
10. Os SSV privados não devem ser confundidos com os cartões que titulam planos de saúde, comumente designados por cartões de saúde, em que o beneficiário/utente e subscritor de um plano de saúde se assume como único responsável pelo financiamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados por uma entidade prestadora de uma determinada rede. Os contratos desses planos não são tipificados, pelo que a lei não os denomina ou define, nem estipula o seu enquadramento legal. Os cartões de saúde são, na prática, apenas cartões de desconto. Algumas características destes cartões são:
 - a) não oferecerem descontos em internamentos, partos, cirurgias e próteses;
 - b) apresentarem descontos que podem chegar a 100%, por vezes, o que significa que os prestadores que aceitam integrar as suas redes de prestadores (diretório clínico) se comprometem a oferecer serviços gratuitos; e
 - c) não existir carência, limite de idade ou franquia, ou cláusula que defina um limite de utilização ou por doenças preexistentes.
11. Por seu turno, e de modo igual aos SSV privados, os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas (os subsistemas de saúde) constituem formas de financiamento complementares ao SNS e aos SRS. No entanto, estes esquemas restringem-se a cidadãos com determinadas profissões, em empresas específicas, podendo segmentar-se em subsistemas

públicos ou privados, de acordo com a natureza da instituição responsável por assegurar a comparticipação dos encargos em saúde. O principal subsistema de saúde, em termos de número de beneficiários, é a ADSE, com mais de um milhão e 250 mil beneficiários, podendo destacar-se, em termos de número de prestadores de cuidados de saúde convencionados, os Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCG) e a Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde, SA (PT-ACS). Estes esquemas especiais de seguros têm redes de convencionados em número superior aos de algumas das principais entidades administradoras de prestadores convencionados para SSV privados em Portugal.

12. A ADSE é um subsistema administrado pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, que tem por missão assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Os seus beneficiários têm como opções de financiamento de cuidados de saúde prestados por entidades privadas ou do sector social o regime convencionado e o regime livre. No segundo caso, o beneficiário paga a totalidade dos cuidados de saúde num prestador não convencionado e depois obtém o reembolso de uma parcela do valor pago.
13. O acesso de um beneficiário da ADSE a prestadores privados ou do sector social convencionados com o SNS também é possível em circunstâncias de igualdade, desde que o beneficiário recorra a um centro de saúde e seja referenciado com credencial emitida pelo SNS.
14. De 2009 a 2014, quer os custos quer as receitas da ADSE sofreram redução, mas os primeiros caíram de forma mais acentuada, disso resultando a estimativa da ADSE vir a atingir um *superavit* financeiro em 2014. Neste período, observou-se uma gradual redução da responsabilidade pública no financiamento da ADSE, sendo o subsistema hoje quase exclusivamente financiado pelas contribuições dos seus beneficiários, as quais representam já uma taxa de 3,5% das remunerações e pensões. Assim, atualmente, a ADSE não consome verbas vindas diretamente do Orçamento do Estado e não pesa nos encargos dos empregadores públicos. Todavia, esta supressão do financiamento público direto para a ADSE só foi possível porque os custos dos cuidados prestados aos beneficiários do subsistema na rede do SNS foram absorvidos na despesa do Ministério da Saúde.

15. Numa comparação entre os descontos de 3,5% para a ADSE sobre a remuneração base dos beneficiários titulares, e prémios médios pagos a SSV privados, associados a diferentes perfis de tomadores de seguros, conclui-se que a ADSE será mais vantajosa, especialmente para casais com filhos. Os SSV privados serão apenas compensadores para tomadores de seguros jovens, solteiros e sem filhos. No entanto, à medida que a remuneração anual (de uma pessoa) aumenta, os descontos para a ADSE ultrapassam os prémios anuais cobrados pelas seguradoras. Por exemplo, a partir de 3.154,71 EUR por mês, pode compensar a um casal de 35 anos, com um filho de cinco anos, ter um seguro privado em vez de ADSE. Já, por exemplo, para um casal de 45 anos com filhos de 17 e 12 anos, os SSV compensarão apenas com um salário mensal superior a 6.536,93 EUR.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt