

Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

Acesso a cuidados de saúde fora do âmbito do SNS

Acesso a cuidados de saúde garantido por seguros de saúde

ERS, 12 de janeiro de 2023

Fora do âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o direito de acesso também está sujeito ao cumprimento de normas específicas, em função da relação jurídica estabelecida entre o utente, a entidade responsável pelo pagamento dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde e a entidade responsável pelo estabelecimento onde estes são prestados.

O contrato de seguro é um instrumento mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro), na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento da correspondente remuneração (prémio); e nos contratos de seguro de saúde, atento o disposto no artigo 213.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

Existem diferentes tipos de seguros de saúde¹: 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 a sua celebração não é, regra geral, legalmente obrigatória. No entanto, alguns seguros de saúde têm carácter obrigatório, como acontece, nomeadamente, quanto aos nacionais de outros Estados Membros (EM) da União Europeia 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 agentes desportivos, praticantes de atividades desportivas

¹ Cfr. o estudo realizado pela ERS, sobre “*Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde*”, de 2015, disponível para consulta em <https://www.ers.pt/media/a1jc1hry/file-51.pdf>.

em infraestruturas desportivas abertas ao público e participantes em provas ou manifestações desportivas, nos termos Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro.

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 aquele em que o tomador de seguro é uma empresa e os segurados são os trabalhadores da empresa.

Por último, nos termos da alínea b) do artigo 8.º da Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, os seguros de saúde são ainda considerados como seguros “*não vida*”, ramo de “*Doença*”, compreendendo as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias, e combinações dos dois tipos de prestações:

(i) no regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência, o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde (rede convencionada) aos quais o segurado recorre, suportando a parte dos custos que os termos do seu contrato de seguro determinar, e ficando o remanescente a cargo da entidade seguradora, que o liquidará diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente fixados na convenção celebrada entre ambos; a modalidade de assistência caracteriza-se, assim, por ser um sistema integrado de seguro com prestação direta de cuidados de saúde, mediante o estabelecimento de uma relação direta entre o segurador, os diferentes prestadores de cuidados de saúde e segurados;

(ii) no regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso, o segurado escolhe livremente o prestador a que pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador; não há, neste regime, o estabelecimento de qualquer relação, direta ou indireta, entre o segurador e os diferentes prestadores de cuidados de saúde;

(iii) por fim, o regime de sistema misto combina os dois regimes supra aludidos.

A exemplo do que também sucede quanto aos subsistemas, na relação que se estabelece entre prestador e utente segurado são sempre invocáveis, para além do que estiver previsto no regime contratual inerente ao seguro de saúde, os direitos e interesses dos

utentes resultantes do quadro legal e geral que visa proteger os mesmos, enquanto utentes de serviços de saúde.

Uma vez que, tal como os subsistemas públicos de saúde, os subsistemas privados de saúde e os seguros de saúde se assumem como complementares e não substitutivos face ao SNS, os seus beneficiários não deixam de ser beneficiários do SNS, gozando assim de uma dupla cobertura. Na verdade, qualquer utente beneficiário do SNS que se dirija ao SNS, independentemente de ser também beneficiário de um subsistema privado de saúde ou de um seguro de saúde, goza dos mesmos direitos e está obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP), de acesso universal e equitativo ao SNS.

Por fim, importa referir que a Lei de Bases da Saúde (LBS), na sua Base 27, contempla um conjunto de deveres de informação sobre seguros de saúde. Destinado às seguradoras, o n.º 1 da referida Base refere que *“A subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos.”*. O n.º 2, por sua vez, tem como destinatários os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os quais *“informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.”*. Estas informações passam, assim, a integrar o conjunto de informações que tais estabelecimentos estão obrigados a prestar aos utentes, em momento prévio ao da prestação de cuidados de saúde, para que os mesmos sejam devidamente esclarecidos para poderem tomar uma decisão livre – ou seja, para consentirem ou recusarem os cuidados de saúde propostos.

Importa ainda fazer uma breve referência aos planos e cartões de saúde, que consubstanciam realidades distintas dos seguros de saúde e assentam, por isso, em diferentes características. Em todas estas modalidades de financiamento dos cuidados de saúde, 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, no caso dos planos e cartões de saúde, o titular 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 titular e está dependente da sua capacidade financeira, sendo certo que o plano de saúde contratado lhe oferece benefícios assentes no preço e/ou nos cuidados de saúde a que pode aceder. A entidade que emite, promove, explora e/ou comercializa o plano de saúde pode ser uma entidade bancária (que, simultânea e habitualmente, surge como mediadora de seguros), uma entidade seguradora ou mesmo uma entidade responsável por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,
Portugal, 2021

A reprodução de partes do conteúdo deste

documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

Pedidos de Informação

🔗 <https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/pedido-de-informacao/>

Livro de Reclamações online

🔗 <https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/reclamacoes-online/>

Área de informação aos utentes

🔗 <https://www.ers.pt/pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>