



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



OS CARTÕES DE SAÚDE EM PORTUGAL

MAIO DE 2014

Índice

Sumário executivo	3
1. Introdução.....	7
2. Enquadramento jurídico e regulatório	10
2.1. Prestação e financiamento dos cuidados de saúde	10
2.2. Planos e cartões de saúde	13
2.3. Falhas de mercado e riscos associados à adesão aos planos de saúde	18
2.4. Os cartões de saúde em outros países	22
3. Os efeitos dos cartões de saúde sobre a prestação de cuidados de saúde	26
3.1. Metodologia de estudo	26
3.1.1. Inquérito aos prestadores de cuidados de saúde	26
3.1.2. Métodos estatísticos	28
3.2. Estatística descritiva.....	29
3.3. Análise estatística dos efeitos percebidos dos cartões de saúde sobre a oferta e a procura.....	43
3.3.1. Os efeitos percebidos sobre a concorrência entre os prestadores	43
3.3.2. Os efeitos percebidos sobre o acesso dos beneficiários e a qualidade dos serviços prestados.....	54
4. Conclusões	64
5. Atuação regulatória futura.....	70
Anexo I – Questionário	73
Anexo II – Resultados dos testes estatísticos	78
Anexo III – Exemplos de cartões de saúde	92

Índice de Abreviaturas

AdC – Autoridade da Concorrência

CRP – Constituição da República Portuguesa

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

EPSO – European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HAS – Haute Autorité de Santé

HSC – Health and Social Care Board

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISP – Instituto de Seguros de Portugal

LBS – Lei de Bases da Saúde

NHS – National Health Service

NZA – Nederlandse Zorgautoriteit

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

RQIA – The Regulation and Quality Improvement Authority

RRH – Redes de Referência Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TA – Terviseamet

Sumário executivo

A expressão “cartões de saúde” surge comumente associada a cartões que titulam determinados planos de saúde, os quais podem ser adquiridos por meio do pagamento de uma prestação periódica. Estes planos permitem o acesso a cuidados de saúde com descontos nos preços, sendo esses cuidados de saúde prestados por entidades aderentes a uma rede ou diretório clínico. A entidade gestora do plano, quando ligada à atividade bancária ou à atividade seguradora, ou mais raramente, à atividade da prestação de cuidados de saúde, desempenha o papel de intermediária entre os beneficiários dos cartões de saúde e os prestadores, definindo os preços a praticar, a dimensão das redes e a distribuição geográfica dos prestadores aderentes. Noutros casos, a entidade que promove e gere o plano é o próprio prestador de cuidados de saúde oferecidos aos utentes beneficiários.

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) recebeu e investigou ao longo de anos recentes um número crescente de exposições de utentes respeitantes a distintos aspetos dos cartões de saúde que se prendem designadamente com as cláusulas contratuais habitualmente firmadas pelas partes e a distinção entre aqueles e os seguros de saúde, tendo ainda ouvido um conjunto de queixas de prestadores de cuidados de saúde que se prendiam principalmente com os valores definidos nas tabelas de preços dos cartões a pagar pelos utentes, foi deliberada a elaboração de um estudo para análise desta temática em diferentes dimensões, tendo em conta os direitos dos utentes e as implicações destes planos de saúde no setor da prestação de cuidados de saúde.

Constituiu objetivo do estudo identificar o enquadramento legal e regulatório da atividade dos cartões de saúde em Portugal e analisar um conjunto de hipóteses sobre eventuais problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde que poderão resultar dos cartões de saúde:

- i) **Concorrência:** os prestadores de cuidados de saúde conseguirão atrair mais utentes com a adesão a uma rede de cartões de saúde e, assim, aumentarão as suas quotas de mercado; por sua vez, as redes estarão a fomentar uma distorção concorrencial, porque representarão barreiras à expansão dos prestadores nos mercados, dada a restrição que existirá na adesão dos prestadores às redes.
- ii) **Acesso dos utentes:** haverá discriminação de utentes consoante as entidades financiadoras e respetivos valores pagos pelos cuidados de saúde prestados.

- iii) Qualidade dos cuidados de saúde: para a angariação e fidelização de clientes, os prestadores sujeitar-se-ão a descontos que poderão ser inoportáveis e que poderão induzir os profissionais de saúde a alterar de forma inadequada a sua prática e a pouparem excessivamente em aspetos essenciais para um atendimento e uma prestação de cuidados de saúde adequados e com qualidade.

No segundo capítulo, depois da Introdução, enquadrou-se o estudo sob o ponto de vista legal e regulatório, tendo-se concluído que a atividade económica de promoção e gestão dos cartões de saúde não se encontra regulamentada em legislação específica (porque, desde logo, não se enquadra num setor de atividade específico) e, conseqüentemente, não se revela abrangida pela regulação setorial.

A atividade dos cartões de saúde, nos moldes que se conhece em Portugal, e a ausência da sua regulação serão caso singular entre os países europeus. Com efeito, um levantamento sobre a existência de cartões de saúde em outros países efetuado junto dos membros da *European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care* (EPSO) não revelou casos comparáveis com a situação existente em Portugal.

Não obstante, na medida em que se identificam riscos para a saúde e para o setor da prestação de cuidados de saúde em Portugal, é possível definir os moldes da atuação regulatória da ERS, concluindo-se pela necessidade de uma atenção especial e acompanhamento próximo da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde aderentes a redes de cartões de saúde.

Com vista ao estudo das hipóteses de análise definidas, foi recolhida informação relevante por meio do envio de um questionário em 19 de setembro de 2013, de preenchimento opcional e anonimizado, às 10.849 entidades não públicas detentoras de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), tendo-se obtido respostas de 1.044 entidades até 27 de novembro de 2013. Destacam-se resumidamente as principais conclusões, por tema (concorrência, acesso e qualidade):

Concorrência

- a) Constatou-se que a adesão a uma rede e o número de redes a que os prestadores aderem são fatores que podem ter influência no número de utentes atendidos e, assim, na proporção de clientes beneficiários de cartões de saúde na

totalidade da carteira de clientes, com efeito potencialmente positivo sobre as quotas de mercado dos prestadores aderentes.

- b) O número de consultas marcadas por iniciativa própria dos utentes e o volume de cuidados de saúde aumentarão com o número de redes a que um prestador adere, a antiguidade da adesão e a proporção de clientes beneficiários de cartões de saúde, produzindo igualmente efeitos positivos sobre as quotas de mercado dos prestadores aderentes.
- c) Foram também identificados diversos problemas que os prestadores de cuidados de saúde enfrentam no processo de adesão a uma rede de cartões de saúde, sendo a burocracia e a pura restrição ou recusa os principais problemas apontados.
- d) Devido a estas barreiras à adesão às redes de cartões de saúde, os prestadores aderentes usufruirão de uma vantagem concorrencial no mercado face aos prestadores não aderentes, tendendo o mercado a apresentar um grau de concentração mais elevado com a proliferação dos cartões de saúde, com os pequenos prestadores, que não conseguem aderir às redes de cartões, optando, eventualmente, por sair do mercado.
- e) Portanto, a concorrência nos mercados de cuidados de saúde poderá ser afetada pelos cartões de saúde, sendo enviesada pela atuação das entidades gestoras de cartões de saúde, meras intermediárias entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.

Acesso

- f) Os cartões de saúde permitem acesso livre dos utentes a cuidados de saúde nos prestadores aderentes a uma rede de cartões, não necessitando de autorizações prévias e não havendo *plafonds* anuais, nem períodos de carência ou exclusões.
- g) Muitos utentes não obtêm informação adequada e completa sobre o produto que adquirem, confundindo por vezes os cartões de saúde com seguros de saúde, o que poderá produzir, por vezes, dúvidas quanto à utilização dos cartões de saúde e, também, problemas no acesso dos beneficiários dos cartões aos cuidados de saúde.
- h) Foi possível identificar que os tempos de espera dos utentes, desde a marcação até ao dia da prestação, aumentarão para os beneficiários de cartões de saúde,

em comparação com os tempos de outros utentes, à medida que aumenta o número de redes a que os prestadores aderem.

- i) Este resultado sugere a existência de discriminação negativa no atendimento dos beneficiários de cartões de saúde, na medida em que haverá casos em que os atendimentos de outros utentes são privilegiados, sendo adiado o atendimento dos beneficiários de cartões.

Qualidade

- j) Muitos prestadores indicaram que a adesão a uma rede de cartões de saúde pode levar uma entidade a prestar cuidados de saúde menos adequados às necessidades dos utentes e de menor qualidade, como resultado dos reduzidos preços definidos nas tabelas de preços.
- k) Neste sentido, três indicadores representativos da qualidade dos cuidados de saúde prestados foram analisados estatisticamente: duração do cuidado de saúde prestado, utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento e horário destinado à prestação de cuidados de saúde.
- l) As respostas dos prestadores não aderentes sugerem que há discriminação dos beneficiários de cartões de saúde, aos quais seriam prestados cuidados de saúde menos adequados e com menor qualidade do que os cuidados de saúde prestados a outros utentes.
- m) Não obstante, considerando as repostas de todas as entidades ouvidas, não é possível estabelecer qualquer efeito da atividade dos cartões de saúde sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O presente estudo confirma, em suma, a necessidade de se continuar a acompanhar de perto os problemas relacionados com a atividade dos cartões de saúde que têm chegado ao conhecimento da ERS e de se reforçar a atenção sobre esta atividade. Assim, com base nas conclusões do estudo e atentas as falhas de mercado identificadas e os riscos associados aos planos de saúde, finaliza-se com a definição concreta das premissas da atuação regulatória futura nesta matéria.

1. Introdução

Não se encontrando definida no ordenamento jurídico português, a expressão “cartões de saúde” surge comumente associada a cartões que titulam determinados planos de saúde, os quais podem ser adquiridos por meio do pagamento de uma prestação periódica (trimestral, semestral ou anual, por exemplo). Estes planos¹ permitem o acesso a cuidados de saúde com descontos nos preços, sendo esses cuidados de saúde prestados por entidades aderentes a uma rede ou diretório clínico. A entidade gestora do plano, quando ligada à atividade bancária ou à atividade seguradora, ou mais raramente, à atividade da prestação de cuidados de saúde, desempenha o papel de intermediária entre os beneficiários dos cartões de saúde e os prestadores, definindo os preços a praticar, a dimensão das redes de prestadores aderentes e a distribuição geográfica dos prestadores. Noutros casos, a entidade que promove e gere o plano é o próprio prestador de cuidados de saúde oferecidos aos utentes beneficiários.

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) recebeu e investigou ao longo de anos recentes um número crescente de exposições de utentes atinentes à temática dos cartões de saúde, designadamente respeitantes à sua contratação, ao seu âmbito/conteúdo e à sua distinção face aos seguros de saúde, tendo ainda ouvido um conjunto de queixas de prestadores de cuidados de saúde que se prendiam principalmente com os valores definidos nas tabelas de preços dos cartões a pagar pelos utentes, foi deliberado elaborar um estudo de análise desta temática em diferentes dimensões, tendo em conta os direitos dos utentes e as implicações destes planos de saúde no setor da prestação de cuidados de saúde.

A maior parte das questões levantadas nas exposições recebidas pela ERS apontavam para a existência de um incorreto entendimento sobre os conceitos de cartões de saúde e de seguros por parte dos utentes, sendo evidente a confusão existente entre estas duas formas de cobertura dos custos de cuidados de saúde. Nessa sequência, foi publicado pela ERS, em 26 de dezembro de 2012, um esclarecimento a respeito das diferenças existentes entre os cartões de saúde e os seguros de saúde². Nesta informação dirigida aos utentes são clarificadas questões referentes a cada um dos produtos, nomeadamente a respeito da forma de adesão e da identificação das partes

¹ Em face da definição apresentada, no presente estudo utiliza-se os termos “cartões” ou “planos” para designar a mesma realidade.

² Em https://www.ers.pt/pages/299?news_id=547.

intervenientes, da identificação dos respetivos beneficiários, dos cuidados de saúde envolvidos e das modalidades de acesso.

Por sua vez, foram identificadas ainda outras questões sobre o tema dos cartões de saúde que se consideraram pertinentes para estudo subsequente e que têm em conta as implicações dos cartões de saúde no acesso dos utentes, na concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde e na qualidade percebida dos cuidados prestados. Um ofício da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), rececionado pela ERS em outubro de 2012, veio reforçar a necessidade de se estudar o assunto, na medida em que alertou para alegadas “*distorções* detetadas no funcionamento do mercado da prestação dos serviços de saúde médico-dentária e resultantes da proliferação de vários produtos confundíveis, na ótica do cidadão, com “seguros de saúde”” e sobre diferentes problemas no mercado decorrentes da “proliferação massiva e desregulada dos denominados “planos” de saúde médico-dentária”.

Neste contexto, o presente estudo descreve os resultados da análise realizada sobre o tema e as questões identificadas, atentas as atribuições e incumbências da ERS dispostas nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 3.º, alíneas b) e c) do artigo 35.º, alínea a) do artigo 37.º e alínea b) do artigo 38.º, todas do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Constituiu objetivo do estudo identificar o enquadramento legal e regulatório da atividade dos cartões de saúde em Portugal e analisar um conjunto de hipóteses sobre problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde que alegadamente decorrerão da proliferação dos cartões de saúde.

Organiza-se o documento em quatro capítulos que se seguem a esta introdução. No segundo capítulo, é apresentado o enquadramento legal e regulatório dos cartões de saúde, além de se enunciarem algumas das características dos planos titulados pelos cartões de saúde e de se realçar um conjunto de falhas e riscos inerentes à contratação dos mencionados planos, seja na ótica do utente, seja ainda na ótica do prestador de cuidados que adere a uma rede ou diretório clínico. Também é apresentado o resultado de uma recolha de informações junto da *European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care* (EPSO) sobre os cartões de saúde em outros países. A EPSO é uma associação, de que a ERS é membro, que visa o estabelecimento de parcerias entre organizações europeias com funções de supervisão da prestação de cuidados de saúde e da segurança social.

O terceiro capítulo inicia-se com a apresentação dos princípios da análise, designadamente a metodologia adotada, incluindo a descrição do inquérito realizado aos

prestadores de cuidados de saúde de Portugal continental e as hipóteses de análise. Descreve-se igualmente a análise estatística realizada e, na sequência, são apresentados os resultados do estudo dos efeitos dos cartões de saúde sobre a prestação de cuidados de saúde, com base no inquérito.

Para além de estatísticas descritivas da amostra, a análise envolve concretamente a identificação dos efeitos percebidos dos cartões de saúde sobre a concorrência entre os prestadores e os efeitos percebidos sobre o acesso dos beneficiários e sobre a qualidade dos serviços prestados.

O penúltimo capítulo destina-se às conclusões, onde são resumidos os resultados obtidos com o estudo. Em particular, são comparados os resultados do inquérito com as hipóteses de análise definidas previamente.

Por último, o quinto capítulo fundamenta a intervenção regulatória na temática dos planos e cartões de saúde dirigida à garantia dos direitos e interesses, seja dos utentes, seja dos prestadores de cuidados de saúde, que decidem aderir a outros, atentas as conclusões do presente estudo e, em particular, as falhas de mercado identificadas e os riscos associados aos planos de saúde.

2. Enquadramento jurídico e regulatório

2.1. Prestação e financiamento dos cuidados de saúde

O direito à proteção da saúde assume-se como um direito social consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP)³. Está-se perante um *verdadeiro direito* que contrasta com uma mera diretiva do legislador, com as normas programáticas de alcance político ou, ainda, com as garantias institucionais. Assume-se como um direito efetivo, titulado por cada um dos cidadãos e por um sujeito passivo (o Estado). Por isso, ao Estado impõe-se que o acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos seja garantido por um sistema de saúde assente, hoje, nos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial⁴.

³ Sob a epígrafe “Saúde”, o artigo 64.º determina que “[...]”

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicod dependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada. [...]”

⁴ Com efeito, decorre desde logo da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (LBS), publicada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser universal quanto à população abrangida, prestar de forma integrada cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e, ainda, garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados. Esta característica assenta na atribuição a “todos” do direito à proteção da saúde. Nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS “[...] independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. É assim que os cidadãos, sem exceção, estão cobertos pelas políticas de promoção e proteção da saúde e podem aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O direito à proteção da saúde é atribuído a todos (expressão do n.º 1 do artigo 64.º da CRP) e, nessa medida, o Estado deve garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, numa perspetiva racional e de eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (cf. alínea b) do n.º 3 do mesmo dispositivo legal).

Pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi instituído o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em regulamentação do referido dever de assegurar aquele direito fundamental. Posteriormente, o Estatuto do SNS (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro) referiu ter “[...] como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva” (cf. artigo 2.º). Além disso, ali foi reiterado o princípio geral da garantia de acesso de todos os cidadãos,

É também com base neste princípio que é concedido a todos os cidadãos portugueses o direito de recorrer ao SNS, sejam eles residentes em Portugal ou no estrangeiro, mas também aos “[...] cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis”; aos “[...] cidadãos estrangeiros residentes em Portugal”; e aos “[...] cidadãos apátridas residentes em Portugal” (cf. Base XXV da LBS).

Intimamente ligada à universalidade do SNS está a característica da generalidade, que se prende com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impondo-se que garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. O princípio da generalidade aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (cf. alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP). O cidadão tem o direito a que lhe sejam prestados todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos, aqui importando realçar que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras (desde logo de referenciação) que garantam que um qualquer utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efetivamente necessite (cf. alínea b) da Base XXIV da LBS). Neste sentido, o SNS deverá “abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicas”, traduzindo, assim, o princípio da generalidade, a “necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde”. Desta forma, veio o legislador impor um sistema de saúde estratificado no qual os serviços e unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes que devem, em condições de igualdade, aceder aos cuidados de saúde. Esta característica manifesta-se ainda, na necessidade de se garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos neles integrados e, neste aspeto, com as redes de referenciação hospitalar (RRH) que se definem como sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições dos cuidados primários e hospitalares, sustentado num sistema integrado de informação institucional.

Além disso, a gratuidade tendencial prevista na alínea c) da Base XXIV da LBS determina que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, pelo que será admissível a cobrança de determinados valores que possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde, tal como prosseguido pelas taxas moderadoras, e desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas. Constitui uma diretriz da política de saúde o objetivo fundamental de “[...] obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (cf. alínea b) do n.º 1 da Base II da LBS).

independentemente da sua condição económica e social (cf. artigo 4.º), a todas as prestações abrangidas pelo SNS, salvo restrições impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (cf. n.º 1 do artigo 6.º).

Este SNS integra-se no sistema de saúde, como tal designado pela LBS, e que se assume, em primeiro lugar, como um sistema complexo. Com efeito, ali é referido que a “[...] efetivação do direito à proteção da saúde” é conseguida “[...] através de serviços próprios” do Estado, de “[...] acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados” e, ainda, através do apoio e fiscalização da “[...] restante atividade privada na área da saúde” (cf. n.ºs 1 e 2 da Base IV da LBS). Além disso, a sua complexidade deriva igualmente das diferentes perspetivas – de prestação e de financiamento – pelas quais pode ser observado e analisado.

Ora, a respeito da prestação, diga-se que esta pode assumir a natureza pública, social ou privada, na medida em que pode ser assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados pelo Estado ou, ainda, através da iniciativa privada *per se*.

Já no que respeita à perspetiva de financiamento, importa distinguir o SNS financiador, os subsistemas públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o pagamento direto pelos indivíduos e pelas famílias (também designado por pagamento *out-of-pocket*), no qual os planos de saúde se enquadram, como será visto.

Assim, se o SNS surge como um garante do acesso aos cuidados de saúde a toda a população, certo é que, aos cidadãos, aqui utentes, são dadas alternativas a essa forma de acesso. Permite-se ao utente uma escolha, em algumas situações condicionada pela natureza do vínculo laboral a uma entidade terceira e pelos pagamentos *out-of-pocket*⁵. Uma escolha entre, por exemplo, o mesmo SNS e o prestador público e o financiador não

⁵ No que respeita à prestação dos cuidados pelos prestadores integrados no SNS e na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, a liberdade de escolha está expressamente consignada na Base XIV da LBS, a respeito dos serviços e agentes prestadores, ainda que, como sabido, fortemente condicionada pelos recursos existentes e de acordo com as regras de organização.

No que respeita à escolha do utente de uma entidade financiadora, importa referir-se que a mesma se assume como tal, no caso dos subsistemas de saúde públicos, no momento prévio à contratação. Na realidade, o utente tem liberdade de escolher ser beneficiário do subsistema, mas não pode já escolher que a prestação do cuidado seja financiada por um ou outro, porque estes subsistemas substituem-se ao SNS. A mesma condicionante não se coloca já quando a entidade financiadora é um subsistema privado ou, naturalmente, quando o financiamento é do próprio utente, porquanto este pode escolher que a prestação do cuidado de saúde seja financiada, ou não, pelo SNS.

público ou, ainda, entre aquele primeiro e o prestador e o financiador não público. Essencial é que os prestadores de cuidados de saúde assegurem, aos utentes, os cuidados e serviços tendentes à prevenção, à promoção, ao restabelecimento ou à manutenção da sua saúde, bem como ao diagnóstico, ao tratamento/terapêutica e à sua reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental.

Nessa medida, o direito de acesso impõe-se, na vertente de prestação e financiamento, como visto, (i) aos prestadores integrados no SNS, mas igualmente (ii) a todos os prestadores integrados na rede nacional de prestadores de cuidados de saúde, aqui, todos os prestadores de cuidados do setor privado e social financiados pelo mesmo SNS, (iii) a todos os prestadores financiados por um outro subsistema (público ou privado) de saúde e seguro de saúde e, por fim, (iii) a todos os prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante a contraprestação acordada.

2.2. Planos e cartões de saúde

O financiamento privado dos cuidados de saúde em Portugal revela-se fortemente influenciado pelos pagamentos diretos pelos indivíduos e famílias. Com efeito, conforme decorre dos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano de 2012 (dados preliminares), a despesa a cargo das próprias famílias, que, de forma direta, pagam o preço dos atos e cuidados de saúde que procuram, pesou 31,7%⁶ no total da despesa corrente em saúde, considerado o agente financiador.

É neste esforço que se deve enquadrar o plano de saúde porque, como sabido e como adiante será realçado, o pagamento dos cuidados e serviços de saúde é integralmente dependente do próprio utente, sem que haja uma 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.

⁶ O total da despesa corrente em saúde das famílias por prestador de cuidados de saúde, por tipo de prestação, considerados os dados provisórios de 2011, dividia-se essencialmente, entre os valores despendidos em ambulatório no setor privado (42%), em farmácia (28%), noutras vendas de bens médicos (10%) e na hospitalização do setor privado (14%) – cf. INE, Conta Satélite da Saúde 2012.

A ERS tem tomado conhecimento de inúmeras reclamações respeitantes aos planos de saúde e aos cartões de saúde que os titulam. Habitualmente, ali são denunciadas, designadamente, dificuldades na rescisão dos contratos celebrados e na devolução dos valores pagos a título de mensalidade, veiculação de uma informação deficitária a propósito dos benefícios associados e fácil confundibilidade com os seguros de saúde.

Tem também tomado conhecimento de outras intervenções por parte de entidades terceiras, como sejam a OMD e a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), a respeito desta mesma temática.

O aturado conhecimento empírico que foi adquirido a este respeito permite hoje a caracterização dos planos de saúde, tal como a seguir se apresenta, e uma análise das questões que se apresentam aos utentes e aos prestadores.

Os contratos assim firmados são contratos de adesão e, por isso, constituídos por cláusulas contratuais gerais. A prática regulatória identificou um conjunto de cláusulas semelhantes a todos os contratos. Recorde-se que se está sempre perante contratos não tipificados na lei assentes no princípio da liberdade contratual que enforma a capacidade de as partes interessadas, mesmo nas negociações preliminares, ponderarem os seus interesses e estipularem, de forma livre e esclarecida, as cláusulas a assumir. Com efeito, recorde-se o teor do artigo 405.º do Código Civil, que reconhece às partes a faculdade de fixar livremente o conteúdo dos contratos, celebrar contratos diferentes dos previstos na lei ou incluir nestes as cláusulas que lhes aprouver.

Certo é que não se está no território da plena liberdade contratual que, nos planos de saúde, acaba delimitada pela decisão de contratar ou não contratar e, depois, na decisão de escolher entre um ou outro prestador do diretório clínico proposto. Na realidade, não há uma negociação prévia privada e a celebração destes contratos não é precedida de qualquer fase de negociação, porque há uma uniformização das cláusulas propostas e uma utilização das designadas pelo direito civil de cláusulas contratuais gerais. Estas, com maior ou menor minúcia de contrato para contrato, permitem que pessoas indeterminadas se limitem a aderir, sem possibilidade de discussão ou de introdução de modificações. É sabido, ainda assim, que o surgimento destas cláusulas contratuais gerais e a padronização fundamentam-se nas necessidades impostas pelo mercado nas sociedades modernas, importando pensar no necessário dinamismo comercial, na eficácia das decisões, na redução de despesas e encargos não razoáveis. É assim que ao consumidor/beneficiário/utente e ao prestador que integra a rede é solicitado que leiam, interpretem e aceitem, um clausulado tipo e pré definido por uma das partes.

No que concretamente respeita às características dos contratos que concretizam os planos de saúde, refira-se 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 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 e serviços de saúde⁷.

A entidade que emite, promove, explora e/ou comercializa o plano de saúde pode ser uma entidade bancária⁸ que, simultânea e habitualmente, surge como mediadora de seguros⁹ ou uma entidade seguradora¹⁰, mas pode ser também um prestador de cuidados de saúde¹¹ ou, ainda, outra entidade, alheia ou não, ao setor 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, tantas vezes por telefone, 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 e serviços de saúde e entidades que, por si, podem prestar os preditos cuidados e serviços (e, neste caso, são prestadores de

⁷ Vide, por exemplo, descrição do Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, no Anexo III.

⁸ Vide, por exemplo, descrição do Cartão SOS Saúde, no Anexo III.

⁹ Na informação disponibilizada ao público, no sítio eletrónico do banco, sobre o mencionado Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (vide Anexo III), o Banco BPI, S.A., figura como comerciante do mesmo e ainda, na modalidade de seguro, como mediador de seguros.

¹⁰ Vide, por exemplo, plano Médis, no Anexo III.

¹¹ 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.

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 e serviços 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 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 euros¹², 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

¹² 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.

caso, seja indicada uma qualquer alternativa para o exercício do direito de resolução por parte do aderente.

Além destas cláusulas habitualmente contratadas, em alguns outros exemplos analisados, as partes aceitaram estipular o foro, no caso de litigância judicial, o direito de a empresa promotora/proprietária do cartão interromper o cumprimento das obrigações, sempre que haja abuso na utilização de serviços contratados por parte do aderente e, ainda, aceitaram estipular os prazos para denúncia a respeitar pelas partes.

Importa ainda realçar um outro aspeto: a modalidade dos planos de saúde é habitualmente confundida no mercado, por quem oferece e por quem procura, com os seguros de saúde. Certo é que são realidades distintas e assentam, por isso, em distintas características^{13 14}. Não obstante, são algumas as características comuns entre ambas as modalidades de financiamento dos cuidados de saúde. Com efeito, em regra surge uma relação contratual tripartida entre uma empresa, alheia, ou não, ao setor, enquanto entidade prestadora ou promotora e/ou proprietária do plano de saúde, o aderente que subscreve o plano/seguro de saúde (beneficiário/segurado e eventualmente ainda outros

¹³ Conforme referido na Introdução, a informação da ERS sobre as diferenças atualmente existentes entre os planos de saúde e os seguros de saúde está disponível em https://www.ers.pt/pages/299?news_id=547.

¹⁴ Refira-se que compete ao Instituto de Seguros de Portugal (ISP) a regulação do setor dos seguros, aqui também naturalmente considerados os seguros de saúde. Não obstante, e no sentido de melhor enquadrar o leitor nas distinções entre uma e outra forma de financiamento, impõe-se referir, ainda que sumariamente, que a sua subscrição de um seguro de saúde exige a prévia celebração de um contrato, de adesão voluntária, distinguindo-se assim dos seguros designados por obrigatórios (como sejam, por exemplo, os seguros de acidentes de trabalho e de responsabilidade civil).

A entidade seguradora deve estar autorizada pelo ISP para o exercício da atividade e apresenta-se sempre como um terceiro responsável pela assunção das despesas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. O acesso aos cuidados de saúde pode ser contratado de acordo com o regime de prestações convencionadas, de reembolso ou em sistema misto, conforme melhor se adapta às necessidades do segurado, que pode recorrer aos cuidados médicos dos profissionais ou estabelecimentos que fazem parte da rede de prestadores convencionados com a seguradora e não tem de desembolsar a totalidade da despesa. Existem períodos de carência (após pagar a primeira anuidade, o segurado só pode ativar as coberturas do seguro depois de decorrido o período de carência, pelo que há um adiamento do início do seguro, que se aplica apenas em caso de doença e nunca em caso de acidente). O período de carência mais usual é de 90 dias. A maioria das seguradoras define períodos de carência mais alargados para determinados tipos de despesas: por exemplo, um ano para tratar varizes ou uma hérnia discal e dois anos para extrair amígdalas. Ademais, existe a determinação de copagamentos (franquias) que variam com a apólice e, fora da rede, pode haver reembolso de parte do valor.

A contratação de um seguro obriga ainda ao preenchimento de um inquérito. As doenças preexistentes não são cobertas e há limite de idade (acima de, regra geral, 60 anos, não são aceites). Pode também ser definido um limite de permanência, a partir do qual a pessoa é excluída (ao completar 65 ou 70 anos, sendo que algumas companhias prescindem desse limite se o seguro for contratado antes dos 45 anos; os filhos deixam de estar abrangidos aos 25 anos). Quanto ao preço, refira-se que o mesmo varia segundo a apólice, limite anual contratualizado e também pela idade.

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).

2.3. Falhas de mercado e riscos associados à adesão aos planos de saúde

A regulação afirmou-se como uma resposta à realidade concorrencial do mercado em determinados setores de atividade. Com efeito, o *modus operandi* do mercado, em regra assente no interesse privatístico e no lucro distribuível, e distraído, por isso, do outro interesse, o de toda população, fundamentou e fundamenta a intervenção pública. E, como é sabido, de uma abordagem pública de regulação, passou-se, pouco a pouco, para uma intervenção através de entidades independentes com a missão de regular os mercados setoriais. O setor da saúde não passou ao lado desta tendência.

Com efeito, é sabido que o funcionamento livre do mercado gera falhas de mercado que se consubstanciam, designadamente, na assimetria de informação e as condicionantes à livre concorrência.

A respeito da assimetria de informação, diga-se que os utentes não possuem o conhecimento técnico e científico capaz de lhes permitir uma escolha devidamente esclarecida sobre os cuidados de saúde necessários à sua condição ou sobre as técnicas clínicas mais adequadas. Além do mais, não existe uma correlação direta entre os cuidados prestados e o estado de saúde, o que significa, em suma, que uma maior quantidade de cuidados prescritos e realizados não significa necessariamente a mais adequada, ou sequer, uma adequada recuperação do estado de saúde. Por outro lado, os mercados são geralmente caracterizados por estruturas de concorrência imperfeita, porque, na realidade, existem barreiras à entrada resultantes, por exemplo, da escassez de profissionais de saúde de determinada especialidade, do avultado investimento necessário e das economias de escala e de gama em determinadas especialidades.

Ora, são estas falhas de mercado que importam riscos que passam pela indução artificial da procura, pela seleção de utentes fundamentada, designadamente, na sua entidade financiadora ou, ainda, pela redução da qualidade dos serviços prestados.

Ainda, refira-se, resumidamente, que a informação, sendo ela assimétrica, coloca os utentes numa desvantagem face aos prestadores e aos demais agentes do setor, que têm, assim, a capacidade de orientar a procura para determinados cuidados de saúde, ou

para determinados serviços, de entre os quais, os seguros de saúde ou os planos de saúde. Existe a probabilidade de os utentes serem instrumentalizados ou encaminhados na procura de cuidados e serviços que, na realidade, não necessitam e cujo binómio custo-benefício não resulta num valor positivo. Esta realidade pode mesmo determinar, a *contrario*, um excesso de procura, uma alocação de recursos despropositada, uma sujeição a procedimentos e técnicas desnecessárias e, ainda, um excesso de ocupação ou de contratação e de consumo de determinado bem ou serviço.

Por seu lado, a seleção de utentes pode ocorrer desde logo, por força do quadro clínico, das patologias e das terapêuticas julgadas mais adequadas, mas também por força do preço e dos custos associados à intervenção, e, ainda, da rapidez ou morosidade na obtenção do financiamento. Ora, tal realidade esquece o princípio da universalidade e da equidade nos tratamentos para se assumir discriminatória na medida em que é capaz de beneficiar um determinado grupo de cidadãos que necessita de cuidados que, não obstante poderem ser menos dispendiosos ao prestador, são pagos mais rapidamente ou que necessitam de cuidados mais dispendiosos para o prestador e que são rapidamente liquidados. E, note-se que, mesmo que aqui não se constate uma efetiva rejeição, os utentes/doentes são tratados de forma não igual, seja, por exemplo, no cumprimento dos tempos de resposta no atendimento, e na natureza e complexidade e utilidade dos cuidados de saúde prestados.

A propósito da qualidade, diga-se que nos prestadores de natureza privada, mesmo que entidades convencionadas com o SNS ou contratantes com uma entidade seguradora ou outra entidade financiadora ou, ainda, aderentes de uma rede disponibilizada por um qualquer plano de saúde ao seu beneficiário, o aumento da rendibilidade poderá passar pela redução de custos e a diferenciação no mercado, pela prática de determinados preços ou pela oferta de serviços com características distintas, com riscos de potencial efeito negativo sobre a qualidade dos serviços ou inobservância de requisitos de qualidade mínimos.

Não será por isso estranho assumir que a regulação deve conhecer e delimitar estes riscos de mercado, por força de benefícios sociais e económicos que se tornam claros com a implementação de uma prática regulatória capaz de prevenir, supervisionar, regulamentar e sancionar as práticas concordantes com aquelas mesmas falhas.

Em Portugal, a função de regulação independente do setor é atribuída à ERS, criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro. Já nessa data surgiu como uma autoridade de supervisão e regulação do setor da saúde, independente no exercício das

suas funções, com a atribuição de regular a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, com especial ênfase na garantia do cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes, a legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidade financiadoras e utentes.

Atualmente, as atribuições, organização e funcionamento da ERS estão previstos no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, ainda em vigor, não obstante a aprovação em Conselho de Ministros dos novos estatutos nos termos da Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto.

Recorde-se que são objetivos da regulação do setor, o zelo e garantia pelos critérios de acesso aos cuidados de saúde tais como determinados pela constituição, pelos demais direitos e interesses dos utentes, pela prestação de cuidados de qualidade e pela legalidade e transparência nas relações económicas que se geram entre todos os agentes do sistema e, ainda, promover e defender a concorrência no mercado, ainda que em cooperação com a Autoridade da Concorrência (AdC).

É um facto que o mercado tem assistido à proliferação de distintos planos ou cartões de saúde que se apresentam aos utentes como alternativas de financiamento privado no acesso aos cuidados de saúde, hoje, muito atrativas, atentos, por exemplo, os condicionalismos socioeconómicos e o processo de adesão mais fácil e desburocratizado em comparação com os seguros de saúde. É igualmente um facto que esta modalidade de financiamento dos cuidados de saúde assume-se como “terra de ninguém” porque, no presente, não se encontra regulamentada em legislação específica (porque, desde logo, não se enquadra num setor de atividade específico) e, conseqüentemente, não se revela abrangida pela regulação setorial.

Ainda assim, facilmente se percebe que a contratação dos planos de saúde (titulados por cartões de saúde) importa, desde logo, questões atinentes à confidencialidade de dados clínicos porque, como visto na maioria dos clausulados, o consumidor/beneficiário/utente deve consentir previamente¹⁵, na indicação e no tratamento informatizado dos seus dados clínicos e dos dados dos familiares igualmente beneficiários, como deve também permitir, por exemplo e quando aplicável, a comunicação do seu estado de doença ao

¹⁵ A respeito deste concreto aspeto, note-se que em algumas reclamações dirigidas à ERS é referido que os dados pessoais (nome, morada, idade e outros, como o NIB e a autorização do débito direto) são indicados, não raras vezes, por telefone, aos técnicos que promovem os cartões, que depois os formalizam num documento remetido para o domicílio indicado.

operador da central telefónica do prestador do serviço médico, para comunicações telefónicas ao profissional de saúde, que se desloca ao domicílio, ainda, porque o consumidor/beneficiário/utente aceita que o acesso a determinados serviços com o benefício de desconto e de preço preferencial está sujeito à disponibilidade dos prestadores¹⁶.

A tudo isto, estão naturalmente associadas as já mencionadas falhas de mercado que, aqui, se concretizam, também, no facto de o consumidor/beneficiário/utente não perceberem que, por vezes, a um cartão de saúde está associado um seguro de saúde ou que aquele não é um seguro de saúde, ou ainda no facto de aquele sentir real dificuldade em perceber, afinal, qual o enquadramento do que contrata e quais as suas características (modalidades de pagamento, prestações consideradas, responsabilidade das partes envolvidas, natureza da relação tripartida entre as partes, etc.).¹⁷

Quando os planos de saúde são oferecidos no mercado pelos próprios prestadores de cuidados de saúde, sem outras entidades intermediárias, estamos perante uma atividade promocional, vista como uma mera ação de *marketing*. Aqui, importa que esta atividade seja consentânea com os direitos de acesso e demais direitos dos utentes, e com a transparência das relações entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

Deve a informação decorrente daquela ação ser clara, completa e inteligível para o potencial beneficiário/utente que, desta forma, consegue decidir de forma livre, esclarecida e fundamentada, entre distintos planos de saúde ou entre estes e outras modalidades de financiamento. E, tanto, deve ser garantido no momento prévio à contratação de plano de saúde.

¹⁶ A título exemplificativo, uma reclamação remetida à ERS permitiu averiguar que, no caso concreto, a promoção do cartão de saúde para tratamentos dentários realizada por uma companhia de seguros não se coadunou com os serviços de saúde efetivamente abrangidos e, ainda, que o preço pago pelo beneficiário/utente ao prestador foi precisamente o mesmo do constante da tabela de preços para os beneficiários de um seguro de saúde.

¹⁷ A respeito das falhas aqui descritas, refira-se que a ERS tomou conhecimento, através de distintas reclamações subscritas por beneficiários/utentes, de que, afinal, o cartão de saúde contratado não abrange todos os serviços de saúde inicialmente julgados abrangidos, ou, pelo menos, todos os serviços que são assumidos pelo seguro de saúde da mesma entidade que promove um e outro. Foi também possível perceber que quando o cartão de saúde é promovido por um concreto prestador de cuidados de saúde, este não logra informar os seus beneficiários/utentes das concretas exclusões contratadas, aqui considerados, por exemplo, os atos clínicos e os profissionais de saúde não abrangidos. Além disso, não raras vezes, os beneficiários/utentes desconhecem que, na realidade, contratam um plano de saúde que não é um seguro de saúde, e só percebem desta distinção quando se dirigem a um prestador para agendar um serviço ou quando têm de liquidar o preço respetivo, ou, ainda, quando decidem reclamar, junto da entidade promotora do cartão, a respetiva comparticipação.

Simultaneamente, importa zelar para que essa mesma atividade assente num princípio de sã concorrência entre todos os prestadores. Com efeito, importa garantir a promoção e a defesa da concorrência entre os agentes no mercado, pelo que, para tanto, as propostas apresentadas ao público devem, naturalmente, ser consideradas e até confrontadas entre si sob o olhar dos direitos e interesses dos utentes, especialmente, sob o olhar dos potenciais riscos e das falhas de mercado.

Além de tudo o referido, a quem oferece, mesmo que não prestador de cuidados de saúde, deve também preocupar a sua capacidade de resposta e o cumprimento do proposto ao potencial beneficiário/utente¹⁸, assim como deve preocupar a adoção de procedimentos capazes de garantirem a informação prévia, a confidencialidade dos dados clínicos, a transparência nas relações contratuais, a não discriminação no atendimento e também, a clara destrição entre quem contrata e quem presta os cuidados de saúde (desde logo, atento o dever de emissão de recibo e da eventual coresponsabilidade pelos serviços de saúde prestados).

2.4. Os cartões de saúde em outros países

Ainda a título de enquadramento do tema em estudo, apresentam-se as realidades em outros países relativas aos cartões/planos de saúde. Concretamente, com vista à obtenção de informação sobre os cartões de saúde em outros países foi enviado à EPSO um pequeno conjunto de perguntas sobre a existência de cartões de saúde em outros países, o seu impacto sobre o mercado de prestação de cuidados de saúde e o respetivo enquadramento legal e regulatório. A EPSO tem por membros instituições de 17 países para além de Portugal, tendo sido obtidas seis respostas, designadamente de Dinamarca, Estónia, França, Holanda, Noruega e Reino Unido (resposta individual da Irlanda do Norte), que são apresentadas de seguida.

Dinamarca

De acordo com a resposta às questões da ERS sobre cartões de saúde da Sundhedsstyrelsen (<http://sundhedsstyrelsen.dk>), autoridade dinamarquesa da saúde e

¹⁸ Além do mais, porque o Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de março, relativo ao regime jurídico aplicável às práticas comerciais desleais das empresas nas relações com os consumidores, determina, especialmente no seu artigo 2.º, a intervenção da reguladora do setor sempre que se identifiquem práticas comerciais desleais, antes, durante e após uma qualquer relação contratual entre uma pessoa singular ou coletiva (profissional) e o consumidor final.

medicamentos, não há cartões de saúde na Dinamarca e o financiamento privado dos cuidados de saúde é marginal: cerca de 95% dos cuidados de saúde são publicamente financiados.

Os cuidados de saúde privados compreendem medicina dentária, cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários e há seguros de saúde privados, em que os utentes pagam parte dos preços dos cuidados de saúde, mas têm liberdade de escolha do prestador.

Estónia

A resposta da autoridade de saúde da Estónia, a TA (Terviseamet, <http://terviseamet.ee>), informou que não existem cartões de saúde no país. A maioria da população da Estónia tem seguro de saúde público obrigatório, que é coberto pelo fundo Eesti Haigekassa (<http://www.haigekassa.ee>). Os seguros privados não são populares, a não ser em viagens.

Não obstante, a TA indicou que existe publicidade de descontos na Internet para cuidados de saúde prestados por privados que não têm contrato com o fundo público Eesti Haigekassa, apesar de a lei proibir publicidade de cuidados de saúde.

França

A resposta da França, da HAS (Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>), informou que é proibida na França a publicitação de organizações ou profissionais de cuidados de saúde, pelo que os cartões de saúde não existem, na medida em que funcionam como cartões de desconto e são publicitados assim.

Por sua vez, a HAS indicou que, atentas as características dos cartões de saúde, se existisse uma atividade como a das entidades emissoras de cartões de saúde e gestoras das redes de prestadores aderentes, a regulação ficaria a cargo do ministério da saúde ou da direção-geral da concorrência, do consumo e da repressão às fraudes, ligada ao ministério da economia e das finanças.

Holanda

De acordo com a resposta obtida do membro da EPSO da Holanda, a IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg, <http://www.igz.nl>), Inspeção Holandesa para os Cuidados de Saúde, não há cartões de saúde no país. Todos os cidadãos holandeses têm os mesmos direitos no acesso aos cuidados de saúde, sem distinção. Os holandeses são obrigados a

ter um seguro de saúde básico de uma companhia comercial de seguros. O segurador é obrigado a aceitar o cidadão para o pacote básico de seguros, que será suficiente para garantir o acesso aos cuidados de saúde habituais.

A seguradora pode criar e gerir uma rede de prestadores aderentes, definindo o conjunto de prestadores disponíveis para os segurados, pelo que, se um segurado deseja ir a um prestador não aderente, deve pagar mais ou contratar um seguro com outra seguradora, sendo que a mudança de seguradora pode ser feita uma vez por ano.

A autoridade reguladora que controla as companhias seguradoras e avalia os pacotes de cuidados de saúde que são oferecidos aos segurados é a NZA (Nederlandse Zorgautoriteit, <http://www.nza.nl>). Todas as seguradoras garantem o acesso dos cidadãos ao pacote básico.

Irlanda do Norte

De acordo com o membro da EPSO da Irlanda do Norte, a entidade reguladora RQIA (The Regulation and Quality Improvement Authority, <http://rqia.org.uk>), não há cartões de saúde no país e, por conseguinte, não há regulação ou definição de *guidelines* para esta atividade.

A RQIA explicou, por sua vez, que a Irlanda do Norte tem o serviço nacional de saúde do Reino Unido (NHS, National Health Service), o sistema público do acesso universal aos cuidados de saúde com base nas necessidades. Os cidadãos que precisam de uma consulta com o seu médico de família têm acesso gratuito, sendo igualmente gratuitos as prescrições de medicamentos e os serviços hospitalares. O pagamento desses serviços é coberto pelos impostos.

Os utentes também podem recorrer a cuidados de saúde privados, embora sejam cuidados que também estão disponíveis no serviço nacional de saúde. Uma parcela relativamente pequena da população tem seguros de saúde. Os utentes que podem pagar os prémios ou o custo total dos tratamentos podem ir a um dos três tipos de cuidados de saúde privados, de ambulatório, de dia e de internamento. Para os que não têm seguros, os hospitais definem preços fixos para tratamentos específicos, tais como operações às cataratas ou à anca, entre outros.

Os serviços de emergência não são prestados por clínicas privadas, que também não prestam cuidados de saúde de obstetrícia. Apesar de as mulheres grávidas poderem ser

acompanhadas por obstetras em consultas privadas, todos os partos são realizados nas maternidades dos hospitais do serviço nacional de saúde.

Quando as listas de espera são muito extensas a HSC (Health and Social Care Board, <http://www.hscboard.hscni.net>), entidade ligada ao departamento da saúde, dos serviços sociais e da segurança pública da Irlanda do Norte, pode entrar em contacto com uma clínica privada para adquirir um lote de procedimentos a um preço negociado. Nestas circunstâncias, um utente do serviço nacional de saúde pode ser referenciado para uma clínica privada para um tratamento gratuito.

Noruega

A resposta do membro da EPSO da Noruega, a comissão de saúde norueguesa Helsetilsynet (<http://helsetilsynet.no>), autoridade supervisora ligada ao Ministério da Saúde da Noruega, informou que os cartões de saúde são pouco relevantes naquele país e não são meros cartões de desconto, como em Portugal, mas estão ligados a esquemas de seguro de saúde, pelo que a regulação dos cartões de saúde, bem como a legislação relativa a esta atividade, estão ligadas à atividade seguradora. A reguladora desta atividade é a autoridade de supervisão financeira Finanstilsynet (<http://www.finanstilsynet.no>).

3. Os efeitos dos cartões de saúde sobre a prestação de cuidados de saúde

Como melhor se descreve na secção 3.1. do presente capítulo, sobre a metodologia, a análise dos efeitos dos cartões de saúde sobre a prestação de cuidados de saúde assentou num estudo de inquérito junto das 10.849 entidades não públicas detentoras de estabelecimentos registados no SRER da ERS em setembro de 2013.

Depois da descrição da metodologia, é apresentada na secção 3.2. uma análise descritiva das respostas às questões incluídas no inquérito que permitem a obtenção de informação relevante da amostra. Na secção 3.3. é apresentada a análise, em que, por meio de inferência estatística, se extraem conclusões com base nas respostas quanto às questões referentes ao acesso, à concorrência e à qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3.1. Metodologia de estudo

3.1.1. Inquérito aos prestadores de cuidados de saúde

Com vista à obtenção de dados para se atingir o objetivo do estudo, ou seja, a análise das hipóteses que se definiram sobre problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde resultantes da proliferação dos cartões de saúde (*vide* quadro 1), foi enviado, em 19 de setembro de 2013, um questionário para preenchimento não obrigatório e resposta de caráter anónimo às 10.849 entidades não públicas à data registadas no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), detentoras de 15.348 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Para tal, foi utilizado um formulário *web*¹⁹.

O intuito do questionário foi de recolher informação acerca da perceção dos prestadores de cuidados de saúde sobre os cartões de saúde e os seus diferentes efeitos. Foram consideradas as respostas de 1.044 prestadores de cuidados de saúde, obtidas entre 19 de setembro e 27 de novembro de 2013, tanto de prestadores aderentes a redes de cartões de saúde como de não aderentes.

¹⁹ Concretamente, foi utilizada a aplicação informática LimeSurvey.

Quadro 1 – Hipóteses de análise

Os alegados problemas dos cartões de saúde identificados no ofício da OMD (*vide* Introdução) e nas reclamações recebidas pela ERS (*vide* capítulo 2), bem como nas fiscalizações junto de prestadores de cuidados de saúde, contribuíram para a definição das hipóteses de análise e das questões incluídas no inquérito aos prestadores de cuidados de saúde regulados pela ERS.

As seguintes hipóteses de análise sobre problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde foram definidas para nortear o estudo:

- i) Concorrência: os prestadores de cuidados de saúde conseguirão atrair mais utentes com a adesão a uma rede de cartões de saúde e, assim, aumentarão as suas quotas de mercado; por sua vez, as redes estarão a fomentar uma distorção concorrencial, porque representarão barreiras à expansão dos prestadores nos mercados, dada a restrição que existirá na adesão dos prestadores às redes.
- ii) Acesso dos utentes: haverá discriminação de utentes consoante as entidades financiadoras e respetivos valores pagos pelos cuidados de saúde prestados.
- iii) Qualidade dos cuidados de saúde: para a angariação e fidelização de clientes, os prestadores sujeitar-se-ão a descontos que poderão ser inoportáveis e que poderão induzir os profissionais de saúde a alterar de forma inadequada a sua prática e a pouparem excessivamente em aspetos essenciais para um atendimento e uma prestação de cuidados de saúde adequados e com qualidade.

O questionário, que se apresenta no Anexo I, juntamente com a fundamentação para a inclusão e o objetivo pretendido de cada uma das questões, incluiu questões fechadas e abertas, sendo que nenhuma teve carácter obrigatório. As questões focaram os seguintes temas: processo de adesão dos prestadores às redes de cartões de saúde, os efeitos percebidos pelos prestadores das redes sobre a concorrência nos mercados de cuidados de saúde, os efeitos percebidos pelos prestadores sobre o acesso dos beneficiários e a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Nas questões fechadas, utilizou-se principalmente a escala Likert²⁰, comumente utilizada em questionários, constituída por

²⁰ Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 140: 44-53.

cinco níveis de respostas, em que o primeiro é o mais negativo e o quinto é o mais positivo (o sentido concreto de negativo e positivo depende da formulação concreta de cada questão).

Para além de fornecer informação relevante para se analisar os principais temas de estudo (ou seja, acesso, concorrência e qualidade dos cuidados de saúde), a aplicação do questionário facultou igualmente informação útil para a caracterização da amostra constituída pelos 1.044 respondentes.

Foi possível distinguir os respondentes quanto à adesão às redes de cartões de saúde, ao número de cartões de saúde aceites pelos respondentes, às dificuldades percebidas na adesão às redes, à experiência dos prestadores com cartões de saúde e à dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Este conjunto de informações também possibilitou a identificação dos cartões de saúde com que os respondentes trabalham, a recolha de informação acerca do discernimento dos respondentes na comparação dos cartões de saúde com os seguros de saúde e a recolha de comentários adicionais.

3.1.2. Métodos estatísticos

Para o tratamento das respostas, no que se refere à caracterização da amostra de prestadores, utilizou-se estatística descritiva básica (*vide* secção 3.2.). Quanto às questões em escala Likert relacionadas com os temas acesso, concorrência e qualidade dos cuidados de saúde, foram aplicados dois tipos de testes para inferência estatística, designadamente os testes U de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis (*vide* secção 3.3.)²¹. Para tal, foi utilizada a aplicação informática SPSS.

O teste U de Mann-Whitney é um teste estatístico não paramétrico que visa verificar, com base na amostra, se as medianas de dois grupos populacionais são diferentes ou se uma população tem valores superiores ou inferiores à outra.

A variável independente definida para os exercícios realizados, ou seja, a análise das respostas às alíneas a), b), c) e d) das questões 2.1. e 2.2., foi a adesão a uma rede de

²¹ Indica-se como referência literária para os testes estatísticos adotados o livro Pereira, A. e Patrício, T. (1999). SPSS – Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 8.^a edição.

cartões de saúde (questão 1. a)). Portanto, foi feita uma comparação entre as respostas dos aderentes com as respostas dos não aderentes.

A inclusão do grupo dos prestadores não aderentes na análise justifica-se por esta informação recolhida revelar-se útil como referência: embora não tenham experiência específica na atividade com cartões de saúde, os não aderentes formarão as suas opiniões e expectativas sobre o impacto dos cartões na prestação com base no conhecimento que adquiriram ao longo do tempo no setor em que atuam. Será com base neste conhecimento adquirido que os prestadores não aderentes decidem ou não candidatar-se à adesão a uma rede.

Por seu turno, o teste Kruskal-Wallis compara uma população a duas ou mais outras populações, tendo sido adotado em exercícios adicionais, para se verificar se um grupo populacional de aderentes tem perceção diferente sobre os diferentes temas relacionados com os cartões de saúde de outros grupos de aderentes, com base na amostra.

Este teste foi aplicado para analisar as respostas de três conjuntos de grupos, concretamente (i) dos grupos de aderentes a uma rede, aderentes a duas redes e aderentes a três ou mais redes; (ii) dos grupos de aderentes, aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos; e (iii) dos grupos de aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários.

3.2. Estatística descritiva

As 1.044 respostas obtidas no inquérito representam uma taxa de resposta de cerca de 10% das entidades. Considerando a relação entre o número de estabelecimentos e o número de entidades de 1,4, esta amostra compreenderá, portanto, cerca de 1.500 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Portugal continental.

Pode dizer-se que a amostra é estatisticamente significativa. Com um nível de confiança de 95%, a margem de erro que se obtém com o tamanho de amostra de 1.044 entidades é de cerca de 2,9%. Assim, se 60% da amostra apresenta uma dada resposta a uma questão do inquérito, por exemplo, pode estimar-se que a mesma resposta seria indicada por entre cerca de 57,1% a 62,9% de toda a população, ou seja, de todas as 10.849 entidades, com 95% de certeza.

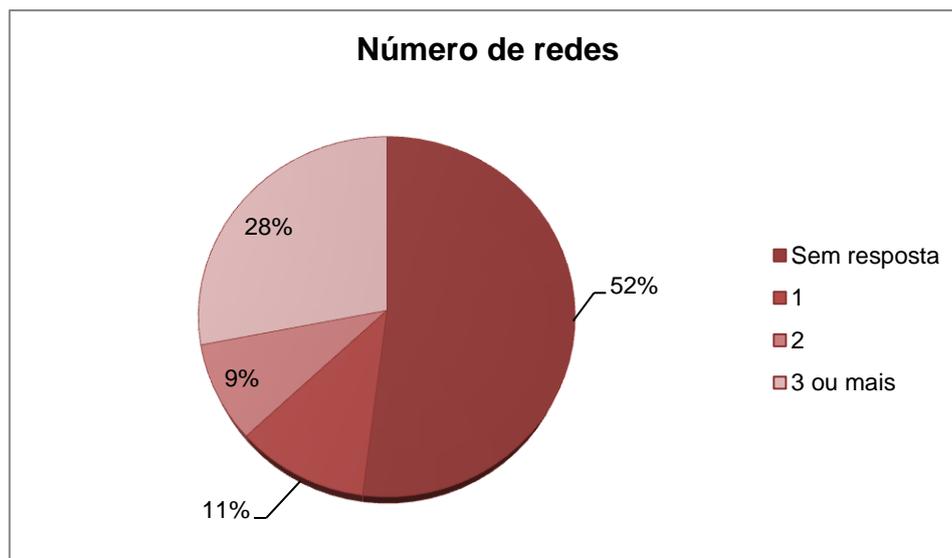
Adesão a uma rede de cartões de saúde (questão 1. a))

Da amostra de 1.044 entidades prestadoras de cuidados de saúde, 48% respondeu positivamente à questão sobre se já tinham aderido a uma rede de cartões de saúde e a taxa de resposta foi de 98%. Mais concretamente, 503 respondentes afirmaram ter aderido a uma rede de cartões, enquanto 517 responderam que não aderiram a uma rede.

Número de redes de cartões de saúde (questão 1. b))

No que se refere à questão sobre o número de cartões de saúde a que as entidades responderam ter aderido, a figura 1 resume a distribuição das 1.044 respostas pelos intervalos definidos para as respostas: uma, duas ou três ou mais redes de cartões de saúde. É igualmente apresentada a percentagem de respostas relativa aos que não responderam.

Figura 1 – Número de redes a que os prestadores da amostra afirmaram ter aderido



Como se pode notar, a maioria dos respondentes aderiu a mais de uma rede de cartões de saúde, com maior concentração de respostas na alternativa “3 ou mais”. A percentagem de respostas indicativas de que aderiram a duas ou mais redes chega a 37%, o que equivale a cerca de 77% dos prestadores aderentes.

Os cartões de saúde existentes (questão 1. c))

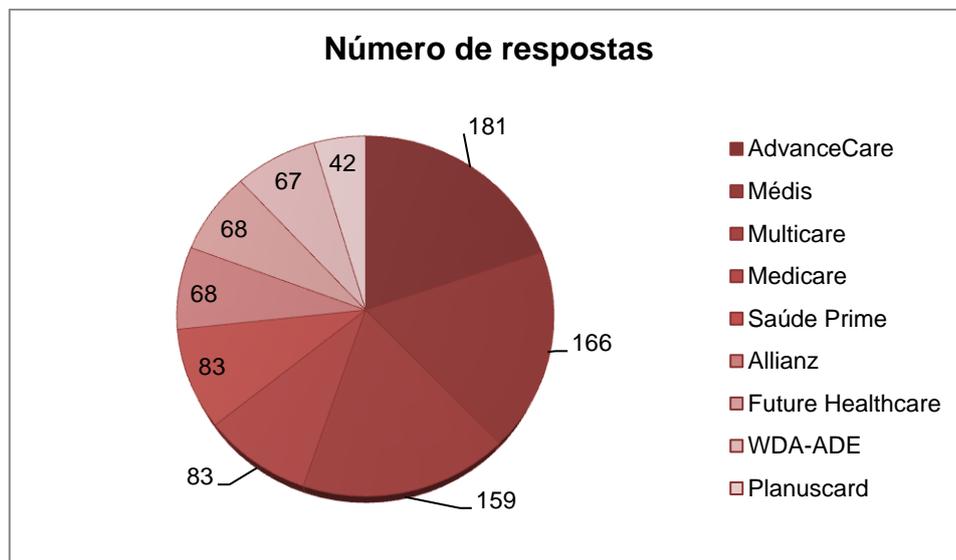
A questão aberta 1. c), em que se solicitou a identificação dos cartões de saúde a que os prestadores tinham aderido, permitiu a elaboração de uma listagem dos principais cartões

de saúde existentes em Portugal continental e da importância relativa de cada um, tendo em conta o número de aderentes da amostra. A taxa de resposta a esta questão foi de 47% e foram identificados cerca de 80 cartões de saúde diferentes.

As respostas indicaram que os cartões de saúde com mais prestadores aderentes são os da AdvanceCare²², Médis²³ e Multicare²⁴: mais de 150 dos respondentes informaram que são aderentes destas redes de cartões.

A figura 2 apresenta os principais cartões de saúde existentes, tendo em conta as respostas dos prestadores de cuidados de saúde da amostra. São apresentados os nove cartões de saúde que foram apontados por 40 ou mais prestadores nas respostas à questão.

Figura 2 – Redes a que os prestadores da amostra afirmaram ter aderido²⁵



Dificuldades na adesão às redes (questões 1. d) e 1. e))

A questão relativa ao processo de adesão a uma rede de cartões de saúde procurou avaliar o grau de dificuldade percebido pelos prestadores de cuidados de saúde na candidatura à adesão a uma rede de cartões de saúde. As opções de resposta foram

²² <http://www.advancecare.pt/vPT/Servicos/Produtos/Paginas/ListagemFAQ.aspx>.

²³ <http://www.medis.pt/pt-pt/sistema/Pages/planos-de-saude.aspx>.

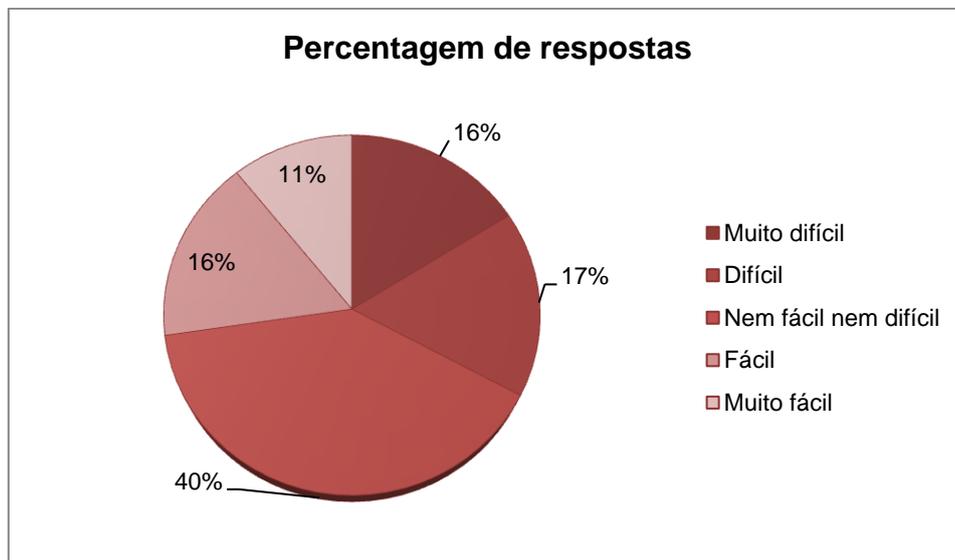
²⁴ http://www.multicare.pt/presentationlayer/mc2009_conteudo.aspx?localid=126.

²⁵ Medicare: <http://www.medicare.pt>; Saúde Prime: <https://www.saudeprime.pt/lp-novembro-2012?ls=gg&gclid=COKFtcDe5rkCFZMdtAodjk8AgQ>; Allianz: <http://www.allianz.pt/sinistros/saude/dentro-da-rede>; Future Healthcare: <http://www.future-healthcare.pt/victoria/rm/rede-medica.html>; WDA-ADE: <http://www.adegroup.eu/pt>; Planuscard: <http://www.adegroup.eu/pt/>.

distribuídas numa escala Likert, de 1 a 5, desde muito difícil até muito fácil, passando por difícil, nem fácil nem difícil, e fácil, como se identifica na figura 3. Foram 527 os prestadores que responderam a esta questão, pelo que a taxa de resposta foi de cerca de 50%.

Como se observa, as respostas concentram-se principalmente na opção “nem fácil nem difícil”, mas 33% das respostas sugere haver dificuldade ou muita dificuldade no processo de adesão, enquanto 27% das respostas indica que não haverá dificuldade e a adesão será fácil ou muito fácil. Portanto, entre os que indicaram haver algum grau de dificuldade ou facilidade no processo de adesão, há uma concentração relativamente maior de respostas a identificar dificuldades no processo de adesão.

Figura 3 – Grau de dificuldade na adesão a uma rede de cartões

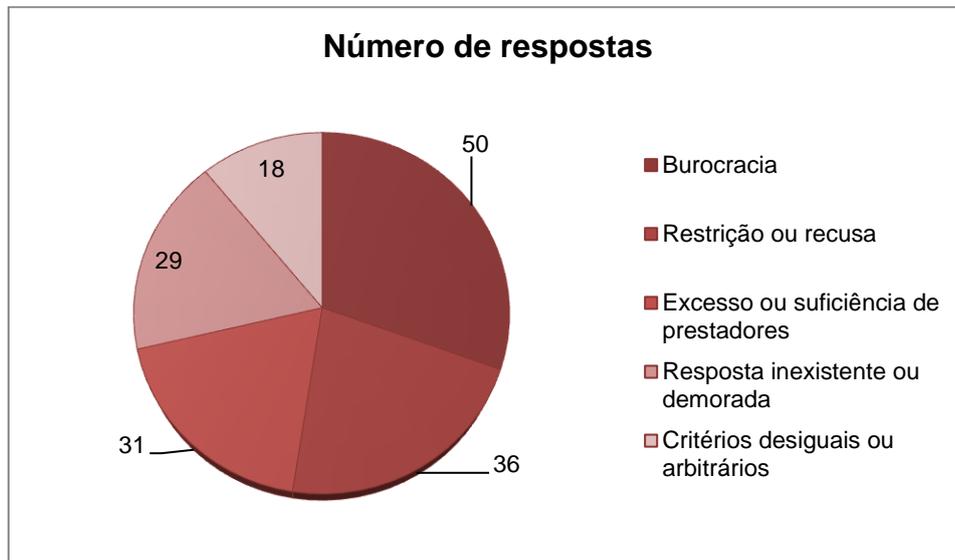


Relativamente à questão aberta, em que se solicitou a especificação das dificuldades encontradas no processo de adesão, nos casos em que os prestadores indicaram haver dificuldade no processo, a taxa de resposta foi de cerca de 16%.

A figura 4 apresenta os resultados obtidos, após codificação das respostas em categorias. São apresentadas apenas as principais categorias, concretamente as que foram identificadas 15 ou mais vezes nas respostas²⁶.

²⁶ No total, estas categorias foram identificadas 164 vezes em 140 das 168 respostas obtidas (48 respostas foram desdobradas em duas categorias).

Figura 4 – Dificuldades percebidas na adesão a uma rede



A resposta mais frequente referiu-se à burocracia no processo de adesão. Estas respostas indicaram, por exemplo, que os formulários a preencher são “extensos e repetitivos”, que as redes exigem globalmente muitos documentos e que o processo burocrático é complexo e moroso, o que desencoraja a adesão.

Os prestadores que indicaram o segundo tipo de resposta mais frequente, ou seja, a restrição ou a recusa a novos aderentes, como maior dificuldade percebida na adesão a uma rede de cartões de saúde, apontaram como principal problema o facto de as empresas detentoras das redes a que se candidatam não aceitarem mais aderentes.

Refira-se que este tipo de resposta relaciona-se parcialmente com as respostas que se podem classificar nas categorias “excesso ou suficiência de prestadores” e “critérios desiguais ou arbitrários” (*vide* figura 4), porque, de acordo com as respostas, muitas vezes a recusa se deverá ao facto de o número limite de aderentes definido por área geográfica ter sido atingido, ou ao facto de que apenas prestadores de grande dimensão ou com conhecimento de terceiros intervenientes poderão aderir facilmente (alguns respondentes alegaram que a adesão seria mais fácil para prestadores com algum tipo de influência junto das entidades gestoras dos cartões).

Finalmente, também muitos prestadores indicaram que não obtiveram qualquer resposta da entidade gestora da rede de cartões de saúde ao pedido de adesão, ou então que o tempo de espera até à obtenção de uma resposta foi muito longo, indicando problemas de comunicação com as empresas (categoria “resposta inexistente ou demorada”, cf. figura 4).

Antiguidade da adesão às redes de cartões de saúde (questão 1. f))

No que respeita à questão da antiguidade da adesão (ou tempo de adesão), em que se perguntou concretamente há quanto tempo os prestadores tinham aderido a uma rede de cartões de saúde, verificou-se que, como se observa na figura 5, cerca de um quarto da amostra têm experiência de longa data em cartões: 267 ou 26% da amostra responderam que já aderiram a cartões de saúde há mais de três anos. Este número de respostas equivale a cerca de 54% do total de respostas recebidas para esta questão (495).

Figura 5 – Antiguidade da adesão às redes de cartões de saúde

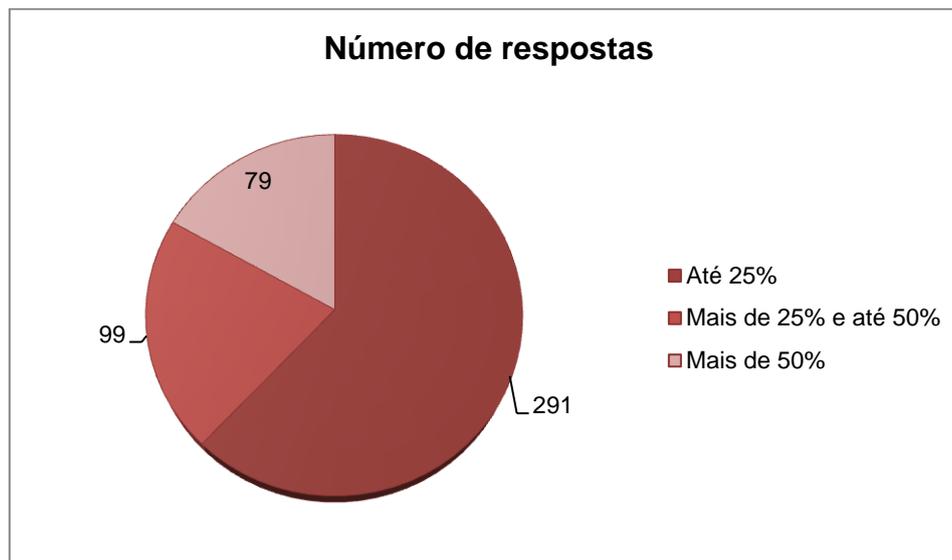


Dependência de beneficiários de cartões (questão 1. g))

Outra questão que transmite informação a respeito da amostra refere-se à percentagem de beneficiários de cartões de saúde que os aderentes costumam atender numa semana face ao total de utentes atendidos na semana. O número total de respondentes foi de 469. Apenas uma minoria respondeu que atende mais de 50% (cerca de 17% do total de respostas). A grande maioria indicou uma percentagem na faixa de até 25%.

A figura 6 resume a distribuição das respostas pelas três opções de resposta que foram definidas para esta questão: até 25%, mais de 25% e até 50% e mais de 50%.

Figura 6 – Percentagem de beneficiários de cartões de saúde atendidos



Comparação com os seguros (questão 3. a))

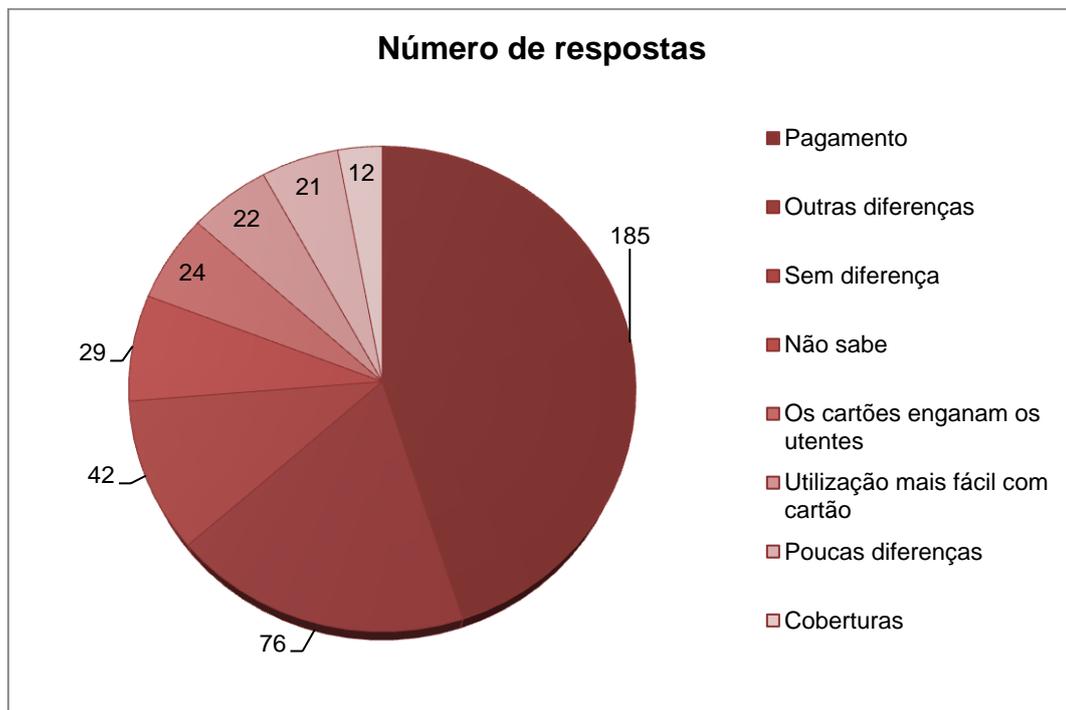
A questão aberta relativamente à comparação entre os cartões de saúde e os seguros teve como objetivo identificar se os prestadores de cuidados de saúde conseguem indicar diferenças entre os seguros de saúde e os cartões de saúde. Obteve-se uma taxa de resposta de 39%, com 411 entidades a apresentarem uma resposta; 83% destes respondentes soube identificar as diferenças, pelo que cerca de 17% não indicou diferenças entre os cartões de saúde e os seguros ou afirmou não haver diferenças.

Foi possível determinar as principais diferenças identificadas pelos respondentes por meio da codificação das respostas em classes, que são apresentadas na figura 7.

A classe de resposta referida com maior frequência foi a que apontou diferenças em termos de pagamentos e valores pagos pelos cuidados de saúde prestados. Foram 185 respostas a reclamar principalmente dos baixos valores pagos.

Outras categorias com respostas frequentes referiram-se aos comentários de que os cartões enganariam os utentes, em particular porque seriam promovidos e vendidos como se fossem seguros de saúde, e de que a utilização de cuidados de saúde por parte dos utentes seria mais fácil com o cartão de saúde, tendo-se também identificado algumas respostas indicativas de que os cartões têm cobertura limitada, na medida em que abrangem um conjunto de cuidados de saúde restrito.

Figura 7 – Percentagem de beneficiários de cartões de saúde atendidos



Como se pode notar, ainda na figura 7, um grande número de respostas diluiu-se em muitos temas diferentes, que, assim, deu origem à classe “outras diferenças”. Além disso, houve um grupo de respondentes que referiram haver poucas diferenças entre os cartões de saúde e os seguros de saúde, mas sem especificar quais as diferenças.

Com o intuito de melhor transmitir as perceções dos respondentes acerca das diferenças entre os cartões ou planos de saúde e os seguros de saúde, citam-se de seguida algumas respostas, apresentando primeiro algumas respostas que apontaram como principais diferenças as relacionadas com os pagamentos e os preços, com clara indicação de uma apreciação negativa dos cartões de saúde:

- “[Os cartões de saúde são] mais acessíveis por serem mais baratos, não obstante esta característica representar um ónus para o prestador, uma vez que oferece mais tratamentos ditos “sem custo”, não o sendo de facto para o prestador”;
- “[Os] seguros de saúde trazem mais vantagens económicas aos prestadores”;
- “Os planos são apenas descontos, feitos para enganar os pacientes com falsos tratamentos gratuitos”;

- “No nosso entender os cartões/planos de saúde são cartões de desconto. Os seguros de saúde permitem um retorno financeiro dos serviços prestados mais justo”;
- “[Os cartões de saúde] são planos de descontos para os utentes com prejuízo para os médicos, visto que há vários tratamentos que são gratuitos ou abaixo de custo, enquanto que com os seguros de saúde isto já não acontece”;
- “[Os cartões de saúde] limitam-se a ser unicamente um plano de descontos para o utente, sem custos nem obrigações para as entidades que emitem os cartões”;
- “[Os cartões de saúde] são enganadores e aproveitam-se da crescente oferta de prestadores, obrigando-os a executar alguns tratamentos abaixo do preço de custo”;
- “Os planos de saúde não têm por base o risco associado a cada paciente, não implicam reembolso por parte das seguradoras e pressupõem uma série de atos médicos gratuitos, o que é ridículo [...]”;
- “[Os cartões de saúde] são mais baratos; sem *plafond*; sem período de carência; sem opção de escolha do médico”;
- “O seguro de saúde paga parte do tratamento, mesmo que seja um preço tabelado mais baixo. Um cartão/plano de saúde só tem encargos para o doente. O emitente não paga nada à clínica”;
- “Os planos não têm, na sua grande maioria, participação por parte da seguradora pelo que a clínica tem prejuízo no atendimento destes beneficiários”;
- “Os planos de saúde não efetuam qualquer pagamento aos prestadores. O pagamento que o beneficiário realiza na clínica é o único valor recebido pelo prestador”;
- “[Os cartões de saúde são] meros cartões de desconto onde maliciosamente o valor a pagar é definido como copagamento, quando na verdade é o pagamento total, já que o prestador não recebe mais nada da entidade vendedora do cartão”;
- “No plano de saúde não existem copagamentos por parte da entidade responsável”;

- “Os planos dão acesso a uma tabela com valor inferior ao do particular e nessa tabela há atos médicos que não são pagos. Os seguros participam os pagamentos dos atos médicos”;
- “Os planos/cartões não reembolsam a clínica e são uma exploração aos médicos. O utente pensa que são iguais aos seguros e que as clínicas são reembolsadas”;
- “Os seguros de saúde pagam valores mais justos ao profissional. Os cartões/planos de saúde, pelo contrário, obrigam-nos quase a pagarmos para tratar os nossos pacientes”;
- “São os pacientes que normalmente suportam todos os custos e os tratamentos são mais baratos, por vezes abaixo do preço de custo”;
- “Um cartão de saúde permite o acesso a entidades privadas em que é feito um desconto na prestação do serviço. Por sua vez, um seguro de saúde é muito mais completo e benéfico, apesar do seu maior custo”;
- “[Os cartões de saúde têm] preços fixos que são totalmente pagos pelos beneficiários. Não há participação por parte das redes”;
- “[Com os cartões de saúde] o paciente usufrui de um desconto imediato e tem acesso a cuidados de saúde mais económicos”.

As respostas que alegaram que as entidades gestoras ou comerciais dos cartões de saúde enganam os utentes que adquirem os cartões de saúde relataram, por exemplo, que:

- “A entidade que comercializa os planos de saúde não se responsabiliza pelo pagamento de qualquer verba ao prestador. Quem vende os planos está, na maior parte das vezes, a enganar os seus clientes”;
- “[Os cartões de saúde] são mais lesivos para o médico e criam falsas expectativas nos utentes”;
- “Não existe *plafond* para tratamentos, nem participam nada nos tratamentos dos pacientes, embora quando vendem os planos convençam os pacientes do contrário. Mentem aos pacientes quando vendem os planos”;

- “Servem para enganar utentes; são vendidos como seguros – *marketing* agressivo e enganador; incluem poucos tratamentos”;
- “Não aderimos a esse tipo de cartão, porque os utentes os percebem como um seguro e depois concluem que não é, sentindo-se defraudados”;
- “Os cartões/planos de saúde não respondem às necessidades dos utentes, pelo que estes se sentem defraudados quando percebem as limitações dos cartões/planos de saúde”;
- “Os cartões não são um seguro, somente impõem descontos ou atos gratuitos aos prestadores em troca da adesão há rede. São um embuste para os utentes e ofensivos para os prestadores”; e
- “Os planos de saúde são enganadores por não serem verdadeiros seguros e prejudicam a escolha dos pacientes”.

Por seu turno, outros respondentes reconheceram que a utilização de cuidados de saúde por parte de beneficiários de cartões de saúde será mais fácil do que pelos segurados, citando-se como exemplos de respostas os seguintes:

- “[Os cartões de saúde permitem] acesso livre dos utentes, sem necessidade de autorizações prévias”;
- “[Os cartões de saúde permitem] utilização ilimitada, sem *plafonds* anuais, sem exclusões, abrangência nacional, sem necessidade de pedidos de pré-autorização”;
- “[Os cartões de saúde permitem utilização] sem limite de *plafond*, e sem período de carência”;
- “[Os] planos de saúde são geralmente bem mais acessíveis para o beneficiário que os seguros de saúde”;
- “O plano de saúde apresenta uma maior simplicidade na utilização e maior facilidade na adesão do beneficiário, comparativamente com os seguros de saúde”;
- “[Os cartões de saúde permitem] fácil acesso, sem discriminação de adesão por parte dos utentes”; e

- “A utilização de seguro de saúde carece, geralmente, de pré-autorização e financia diretamente o segurado. Os planos de saúde são de utilização direta, sem pré-autorização, financiados por desconto direto”.

Comentários adicionais (questão 4. a))

A última questão do inquérito é uma questão aberta que permitiu aos respondentes a expressão de comentários adicionais relativamente ao tema do estudo. Esta questão foi respondida por 136 prestadores, ou seja, cerca de 13% da amostra. Por sua vez, cerca de 96% dos 136 apresentaram comentários negativos a respeito dos cartões de saúde, indicando que a adesão às redes de cartões pelos prestadores será prejudicial para os próprios prestadores e, como indicam algumas respostas, também para os utentes.

A maior parte dos comentários reclama dos preços das tabelas definidas para os cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos cartões de saúde e, em particular, da definição de serviços gratuitos, que não são pagos nem pelos utentes, nem pelas entidades gestoras de cartões de saúde. Citam-se de seguida alguns dos comentários recebidos, que resumem o conteúdo da maioria das respostas:

- “Verifica-se que os cartões/planos de saúde abusam dos prestadores com procedimentos ditos "sem custo" mas que, na realidade, representam um custo suportado unicamente pelo prestador”;
- “Pelo facto de aumentar o volume de pacientes acabamos por ter que prestar cuidados de saúde gratuitos, mantendo-nos reféns de tabelas cada vez mais baixas e muitas vezes incompatíveis com os custos”;
- “Os profissionais são obrigados a trabalhar gratuitamente e por vezes com prejuízos, ou então a enganar os utentes. Em todo o caso, a única parte que ganha com isto são as entidades emissoras destes cartões”;
- “Os honorários pagos aos prestadores são abaixo do limite da dignidade”;
- “Os cartões/planos são o desvirtuar da saúde. Não levam em conta a experiência do clínico. Levam a uma diminuição da faturação que se reflete numa escolha mais económica dos materiais”;
- “Não devia ser permitido haver atos médicos que não fossem pagos”;

- “As tabelas dos honorários desses planos não são atualizadas há mais de dez anos...”; e
- “As tabelas deviam ser mais justas, não podem existir tratamentos abaixo do preço de custo e muito menos gratuitos”.

Outro conjunto de respostas indica que a adesão a uma rede de cartões de saúde pode levar uma entidade a prestar cuidados de saúde de menor qualidade:

- “Nunca aderi a seguros/planos/cartões de saúde, pois levam à degradação das condições e qualidades do trabalho feito pelos profissionais”;
- “Os cartões e planos de saúde vão diminuir a qualidade de cuidados prestados aos utentes e aumentar os lucros das [entidades financiadoras]”;
- “Baixa a qualidade do serviço”;
- “É vergonhoso um médico dentista se submeter a este tipo de produto, dado que, devido aos preços praticados, não poderá executar trabalhos de qualidade [...]”;
- “É um desrespeito para os profissionais, baixou demasiado o valor das consultas, obrigando a baixar a qualidade do serviço prestado. Rever as tabelas e eliminar tratamentos gratuitos é fundamental”;
- “Deveria existir uma regulamentação específica de modo a proteger os prestadores de serviços de saúde [dos] planos de saúde, que prejudicam gravemente a qualidade dos serviços prestados”;
- “Considero pouco digno, quer para o paciente sujeitar-se a atos médicos de baixo custo, porque forçosamente serão de baixa qualidade, o que também não é dignificante para a classe médica”;
- “As tabelas de alguns cartões/planos de saúde são demasiado baixas para permitir um mínimo de qualidade”;
- “A saúde pública corre riscos por causa destes planos de saúde”;
- “[Deveria] haver tabelas com preços mínimos para todos os tratamentos como garantia de qualidade”;

- “A faturação só consegue aumentar recorrendo a métodos moralmente questionáveis...”;
- “A baixa remuneração por ato interfere inevitavelmente com a qualidade do ato”;
- “A inclusão de atos gratuitos ou com preços irrisórios devia estar regulamentada e proibida, visto fomentar o *dumping* e prestação de serviços de má qualidade e com riscos para a saúde do utente”²⁷; e
- “Como é possível permitir tratamentos gratuitos como extrações. E a biossegurança e o seu custo inerente? A ERS presta um mau serviço ao utente ao permitir a proliferação de planos/cartões de saúde”²⁸.

Ainda outros comentários indicam mais efeitos negativos dos cartões de saúde, tanto para os utentes como para os prestadores:

- “Utentes e prestadores são prejudicados por se interpor uma terceira pessoa no relacionamento profissional”;
- “Os planos de saúde não deviam ter na sua tabela procedimentos sem custo, pois não é ético e suscita confusões por parte dos beneficiários”;
- “Os beneficiários são mal informados acerca das potencialidades, direitos e tabelas a aplicar, o que origina muitas querelas na receção da clínica”;
- “Estou, neste momento a desistir de ter estes planos de saúde pois só dão prejuízo à clínica ao obrigarem os médicos a efetuarem tratamentos gratuitos. São acima de tudo um engano aos utentes”;
- “É um sistema que não beneficia nem o utente nem o prestador”;
- “Defendo a implementação de regras e proibição de atuação de planos de saúde, pois são apenas parasitas que se alimentam das pessoas e dos dentistas”.

²⁷ O termo *dumping* tal como aqui utilizado tem em vista na verdade salientar a venda a preços abaixo do custo nos casos em que as tabelas de preços discriminam atos médicos gratuitos.

²⁸ Relativamente a este último comentário, importa notar que a ERS não pode atuar diretamente no sentido de impedir a proliferação dos cartões de saúde por não constar das suas atribuições tal incumbência. Não obstante, note-se que a ERS tem vindo a atuar em fiscalizações e outras ações no âmbito das suas competências para garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde e influir, assim, indiretamente no sentido de eliminar os efeitos negativos que possam advir da proliferação dos cartões de saúde.

Também se identificaram comentários que sugerem uma tendência de maior concentração dos mercados em que atuam prestadores aderentes de redes de cartões, na medida em que os prestadores de maior dimensão são alegadamente beneficiados em relação aos de menor dimensão:

- “Os planos de saúde já existem há alguns anos e são uma das razões da existência de hospitais privados. O seu crescimento irá possivelmente tornar vestigial a atividade médica em consultório privado”; e
- “Neste caminho, as pequenas unidades de saúde vão ser encerradas, os custos tornam-se incomportáveis na prestação de um serviço de qualidade”.

3.3. Análise estatística dos efeitos percebidos dos cartões de saúde sobre a oferta e a procura

Tal como descrito na secção 3.1., da metodologia, foram definidas hipóteses de análise para nortear o estudo que se relacionam com problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde. Nesta secção, são apresentados os resultados e a análise estatística realizada para verificar se os resultados esperados se confirmam.

3.3.1. Os efeitos percebidos sobre a concorrência entre os prestadores

Um primeiro efeito dos cartões de saúde sobre a concorrência entre os prestadores verifica-se no processo de adesão, na medida em que, de acordo com a informação recolhida no inquérito, prestadores de maior dimensão terão maior facilidade para aderirem às redes de cartões. Os grandes prestadores têm, assim, a oportunidade de atenderem um número de utentes potencialmente maior do que os não aderentes, o que exercerá um efeito sobre os seus posicionamentos relativos nos mercados em que atuam.

Estima-se que o número de beneficiários tem aumentado a par com a proliferação de cartões de saúde que se verifica em tempos recentes, o que, *ceteris paribus*, diminui o número de utentes não beneficiários que ficam disponíveis para serem atendidos pelos prestadores não aderentes.

Neste sentido, sem prejuízo de os cartões de saúde se limitarem tipicamente a um conjunto básico de cuidados de saúde de ambulatório, os critérios de adesão e a restrição da adesão a um determinado número de aderentes por zona geográfica constituem barreiras à expansão e podem constituir também fatores que podem pôr em risco a manutenção de alguns prestadores nos mercados em que atuam. O caso extremo de decisão de saída do mercado em função do aumento da atividade relacionada com os cartões de saúde foi identificado em algumas respostas como algo passível de ocorrer.

Outras questões relacionadas com a concorrência são os potenciais aumentos de clientes, de consultas marcadas por iniciativa dos utentes, de volume de cuidados de saúde prestados e de faturação que poderão ocorrer depois de um prestador aderir a uma ou mais redes de cartões de saúde. São questões que permitem a recolha de informação acerca dos efeitos dos cartões de saúde sobre aspetos relevantes da atividade dos prestadores de cuidados de saúde que influenciam a situação concorrencial nos mercados em que atuam.

Concretamente, as respostas às questões 2.1. a), b), c) e d) transmitem informação relevante sobre o comportamento das quotas de mercado dos prestadores de cuidados de saúde, depois que aderem a uma rede de cartões de saúde e possibilitam a inferência sobre as respostas de diferentes populações, ou seja, prestadores não aderentes e aderentes, mas também dos seguintes grupos de aderentes:

- Prestadores aderentes a uma rede, aderentes a duas redes e aderentes a três ou mais redes;
- Prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos; e
- Prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários.

A definição destes grupos visou verificar se as respostas destas populações seriam diferentes em termos estatísticos. Para tal, aplicaram-se os testes U de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis, como referido na secção 3.1., sobre a metodologia adotada na análise estatística.

A inclusão do grupo dos prestadores não aderentes na análise justifica-se porque esta informação recolhida revela-se útil como referência: embora não tenham experiência

específica na atividade com cartões de saúde, os não aderentes formarão as suas opiniões e expectativas sobre o impacto dos cartões na prestação com base no conhecimento que adquiriram ao longo do tempo no setor em que atuam, seja, por exemplo, por meio da participação num processo ainda não concluído de adesão a uma rede de cartões, seja na relação com utentes ou outros prestadores de cuidados de saúde. Em última análise, será com base neste conhecimento adquirido que os prestadores não aderentes decidem ou não candidatar-se à adesão a uma rede.

Refira-se que a comparação entre as respostas dos não aderentes e dos aderentes poderá refletir também eventuais mudanças de perceção dos prestadores a respeito dos efeitos dos cartões de saúde, se se considerar que as respostas dos não aderentes são as respostas que traduzem a perceção dos prestadores antes de aderirem e as respostas dos aderentes as que refletem a perceção pós-adesão.

Apresentam-se de seguida as respostas às alíneas a), b), c) e d) da questão 2.1. recolhidas da amostra para os diferentes grupos de respondentes e a análise estatística realizada com base nestas respostas, devendo notar-se que as tabelas que descrevem os resultados obtidos com os testes estatísticos nesta secção 3.3. são apresentadas no Anexo II.

Varição do número de utentes atendidos mensalmente após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde (questão 2.1. a))

Foram 702 os prestadores que responderam à questão sobre a variação percebida do número de utentes atendidos mensalmente após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde (questão 2.1. a)): 230 destes responderam não ter aderido a uma rede de cartões, enquanto 472 responderam que aderiram.

A distribuição das respostas dos aderentes pelas cinco opções (diminui muito, diminui, não varia, aumenta e aumenta muito) é representada na figura 8, enquanto a figura 9 apresenta a distribuição das respetivas respostas dos não aderentes.

É possível identificar nas figuras a maior frequência das respostas que indicam que o número de utentes atendidos mensalmente aumenta ou aumenta muito após à adesão de um prestador a uma rede de cartões de saúde. No entanto, apesar de haver uma maior concentração de respostas dos aderentes da amostra na alternativa “aumenta muito” (3% contra 1%), os não aderentes têm a perceção de que o número de utentes aumenta mais do que efetivamente aumentará, porque 63% das respostas dos não aderentes

concentram-se nas alternativas “aumenta” e “aumenta muito”, enquanto a percentagem homóloga dos aderentes é de 49%.

Figura 8 – Variação do número de utentes atendidos mensalmente após a adesão segundo não aderentes

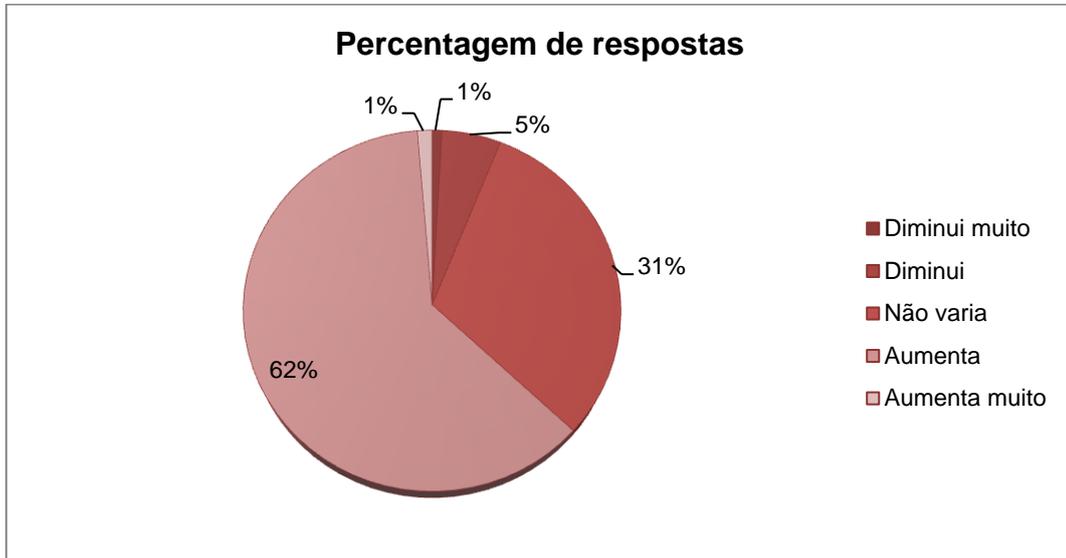
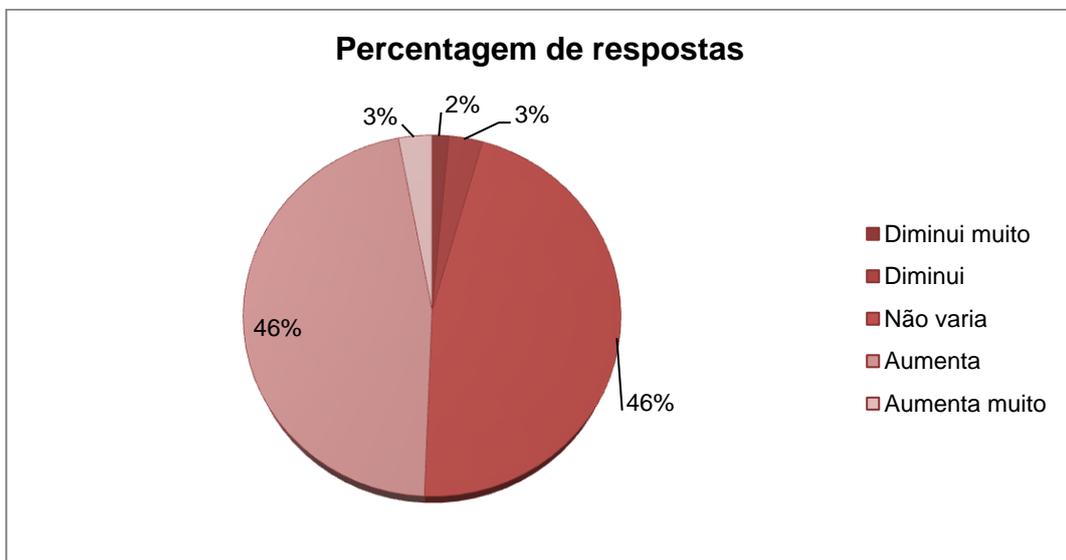


Figura 9 – Variação do número de utentes atendidos mensalmente após a adesão segundo aderentes



Por sua vez, verificando se as respostas das duas populações de aderentes e não aderentes às questões sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão seriam iguais, é possível inferir, com base na amostra, que os prestadores de cuidados de saúde não aderentes têm uma perceção mais otimista do efeito da adesão a uma rede

sobre o número de utentes atendidos por mês do que os prestadores aderentes (*vide* tabela II.1 no Anexo II).

Poder-se-á dizer, assim, que as perceções dos não aderentes acerca do aumento do número de utentes não se confirmam depois que aderem a uma ou mais redes de cartões.

Por sua vez, com a análise das respostas dos prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes, quanto à variação do número de utentes após a adesão (*vide* tabela II.2 no Anexo II), foi possível verificar-se que, à medida que o número de redes a que os prestadores aderiram aumenta, as respostas tornam-se mais positivas, ou seja, indicativas de que o número de utentes atendidos aumenta mais.

Considera-se que isto se alinha com o senso comum, na medida em que a adesão a mais redes naturalmente aumenta o número de beneficiários que os prestadores podem atender.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos grupos (*vide* tabela II.3 no Anexo II).

Finalmente, a análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários (*vide* tabela II.4 no Anexo II) permitiu a constatação, com base na amostra, de que o número de respostas positivas, indicativas de aumento do número de utentes atendidos, será relativamente maior entre os prestadores com mais de 25% e até 50% de beneficiários de cartões atendidos semanalmente, ou seja, entre os prestadores que dependem mais dos beneficiários de cartões de saúde.

Este resultado é expetável, na medida em que o aumento do número de utentes atendidos depois da adesão a uma rede corresponderá a um aumento no atendimento de beneficiários de cartões de saúde, o que naturalmente contribui para a elevação das proporções de beneficiários atendidos.

Varição do número de marcações de cuidados de saúde por iniciativa do utente após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde (questão 2.1. b))

Comparam-se, nas figuras 10 e 11, as respostas de aderentes e de não aderentes relativamente à questão sobre a variação do número de marcações de cuidados de saúde por iniciativa dos utentes após a adesão do prestador a uma rede de cartões. Foram 677 os respondentes: 219 não aderentes e 458 aderentes.

Figura 10 – Variação do número de consultas marcadas por iniciativa própria após a adesão segundo não aderentes

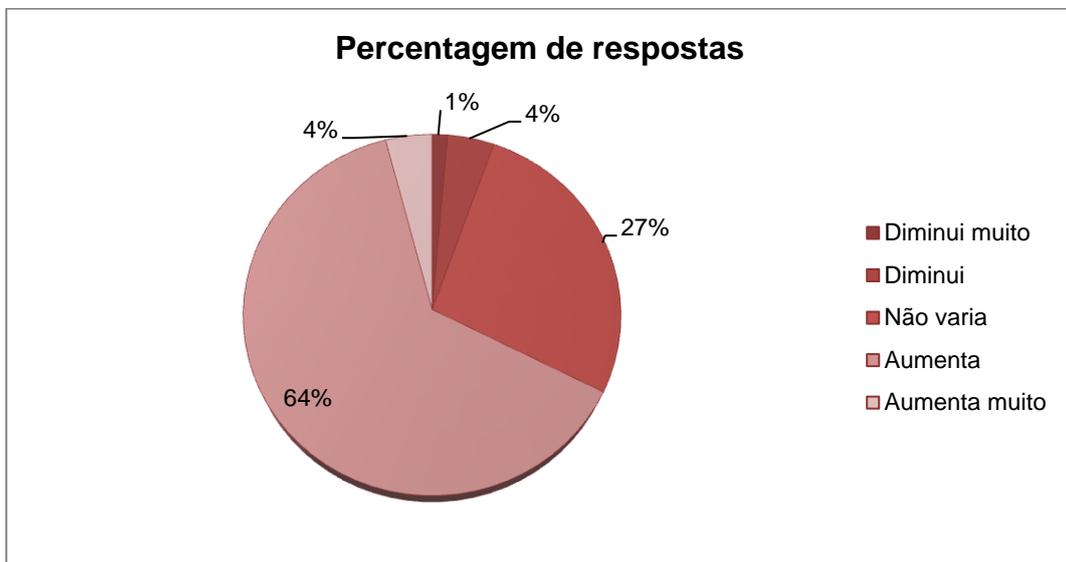
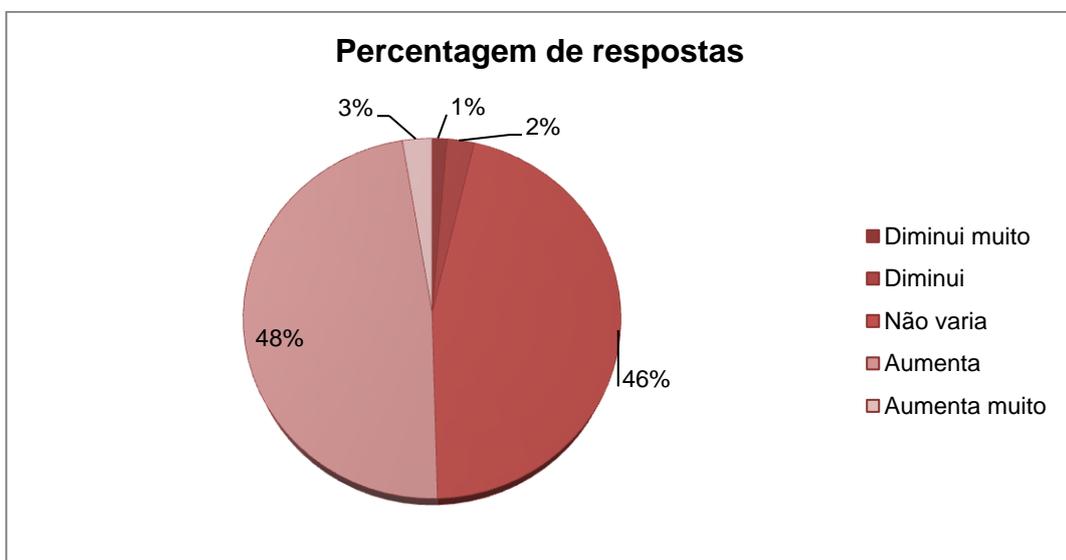


Figura 11 – Variação do número de consultas marcadas por iniciativa própria após a adesão segundo aderentes



Com base na amostra, é possível identificar um número relativamente maior de respostas de não aderentes a indicar um resultado favorável para os aderentes da adesão a uma rede de cartões de saúde, nomeadamente de aumento de consultas marcadas por iniciativa própria, em vez de marcadas a pedido de um médico.

Em particular, a perceção dos não aderentes é de que o número de consultas por iniciativa própria aumenta mais após a adesão a uma rede de cartões do que as respostas dos aderentes indicam: 68% contra 51% de respostas “aumenta” e “aumenta muito”, respetivamente.

A inferência estatística (*vide* tabela II.5 no Anexo II) permite verificar que as populações de aderentes e não aderentes efetivamente têm diferenças de perceção estatisticamente significativas, podendo concluir-se que, antes da adesão, os prestadores têm uma perceção otimista acerca do aumento esperado do número de consultas marcadas por iniciativa própria. Depois de aderirem constatam que, afinal, o aumento do número de consultas marcadas por iniciativa própria dos utentes é menor do que o esperado.

Por seu turno, com a análise das respostas à questão da variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão, com base na perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes (*vide* tabela II.6 no Anexo II), foi possível constatar que as respostas são mais positivas, indicativas de um número relativamente maior de consultas marcadas por iniciativa própria, quanto maior for o número de redes a que os prestadores aderem.

Considerando que a adesão a mais redes aumenta o potencial de se atender mais beneficiários de cartões, este resultado refletirá uma maior propensão a marcar consultas por iniciativa própria entre beneficiários de cartões do que entre os outros utentes.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos (*vide* tabela II.7 no Anexo II), foi possível constatar, com base na amostra, que as respostas dos aderentes a mais de três anos são mais positivas, indicativas de um aumento relativamente maior de consultas marcadas por iniciativa própria.

Este resultado refletirá um desfasamento temporal entre a adesão do prestador a uma rede de cartões de saúde e a maior marcação de consultas por iniciativa própria dos utentes. Apenas depois de algum tempo o aderente consegue atrair mais marcações por iniciativa própria dos utentes.

No que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários (*vide* tabela II.8 no Anexo II), verificou-se, com base na amostra, que as respostas são indicativas de um maior número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão a uma rede, quando os prestadores aderentes atendem mais de 25% de beneficiários de cartões de saúde semanalmente.

Considerando que a maior proporção de clientes beneficiários de cartões de saúde implicará um maior atendimento de beneficiários de cartões, em comparação com o atendimento dos outros utentes, este resultado refletirá uma maior propensão a marcar consultas por iniciativa própria entre beneficiários de cartões do que entre os outros utentes, tal como já se concluiu *supra*, na comparação das respostas à mesma questão 2.1. b) dos grupos de aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões.

Varição do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde (questão 2.1. c))

Com base nas respostas ao inquérito realizado, também se verificou que o volume, ou seja, a quantidade de cuidados de saúde prestados aumentará após à adesão de um prestador a uma rede de cartões de saúde²⁹.

As figuras 12 e 13 apresentam a comparação entre as respostas de aderentes e de não aderentes relativamente à variação percebida do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão do prestador a uma rede de cartões. Foram 681 os respondentes: 213 não aderentes e 468 aderentes.

Como se pode notar, cerca de 63% dos prestadores não aderentes que responderam à questão sobre a variação do volume de cuidados de saúde pós-adesão acreditam que a variação será positiva ou muito positiva. Por sua vez, de acordo com a maioria dos respondentes aderentes, designadamente cerca de 51%, o volume de cuidados depois da adesão a uma rede não varia ou, se varia, diminui ou diminui muito.

²⁹ Um aumento do número de utentes atendidos após a adesão pode não representar um aumento do volume de cuidados de saúde prestados, se o volume de cuidados de saúde por utente atendido se tornar mais pequeno. Por esta razão foi também incluída esta questão no questionário, para além da questão referente ao número de utentes atendidos.

Figura 12 – Variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão segundo não aderentes

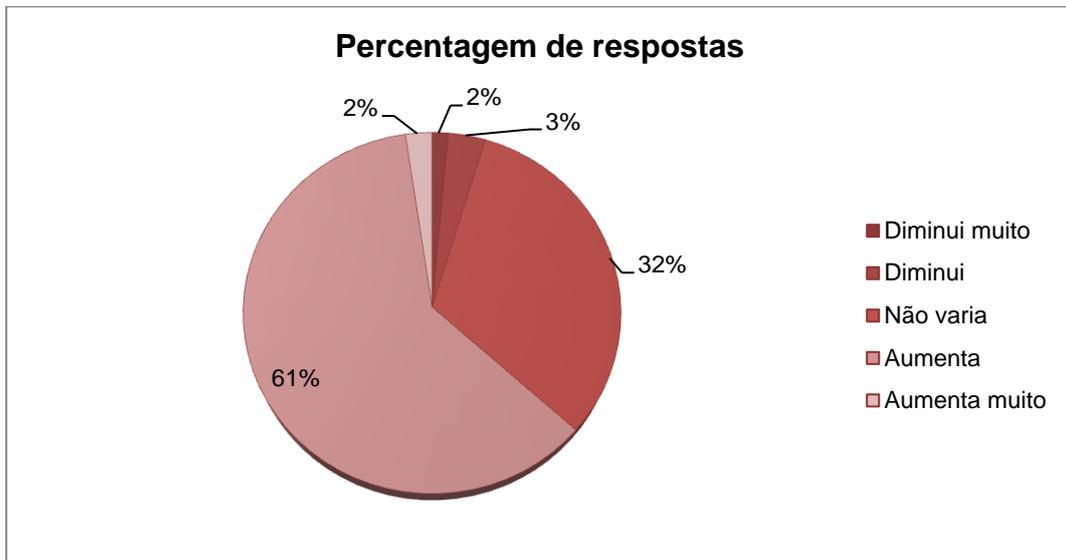
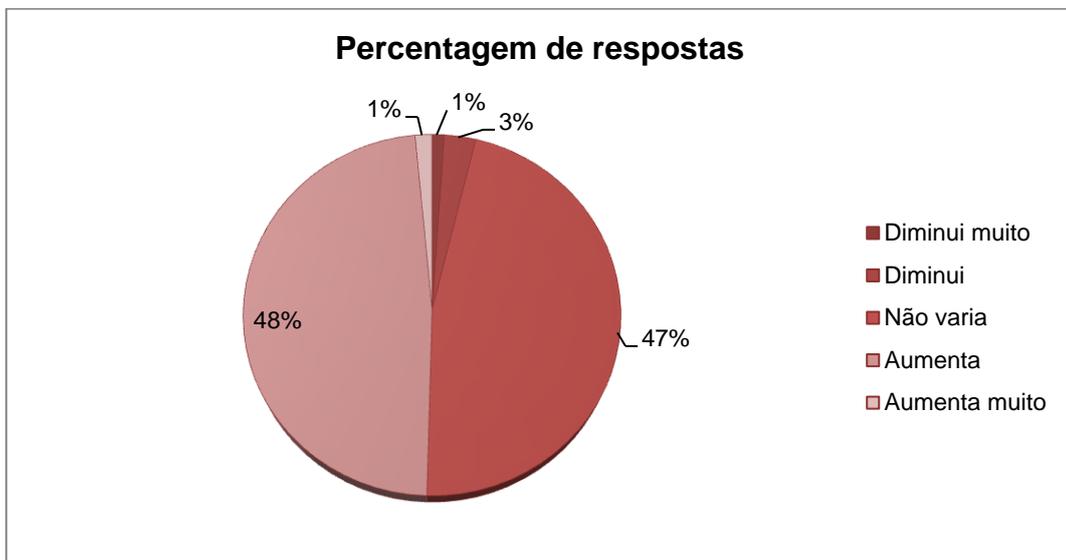


Figura 13 – Variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão segundo aderentes



Relativamente aos resultados da inferência estatística (*vide* tabela II.9 no Anexo II), verificou-se, com base na amostra, que os prestadores não aderentes acreditam que, depois de aderirem a uma rede, prestarão relativamente mais cuidados de saúde do que efetivamente prestarão depois de terem aderido às redes de cartões, considerando que as respostas dos prestadores aderentes refletirão o que ocorre na realidade. Neste sentido, a expectativa dos prestadores não aderentes quanto ao aumento do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão não se realiza.

Quanto à análise da variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões, com base na perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes (*vide* tabela II.10 no Anexo II), foi possível verificar, com base na amostra, que as respostas são mais positivas, indicando maior volume de cuidados de saúde prestados, à medida que se adere a mais redes de cartões.

Por seu turno, com a análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos (*vide* tabela II.11 no Anexo II), constatou-se que as respostas são cada vez mais positivas, à medida que o tempo de adesão aumenta, havendo maior aumento do volume de cuidados de saúde prestados entre os prestadores que aderiram há mais de três anos.

Já no que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários (*vide* tabela II.12 no Anexo II), conforme se pôde constatar com base na amostra, um volume relativamente maior de cuidados de saúde é prestado por aderentes que atendem mais de 25% de beneficiários de cartões de saúde semanalmente.

Variação da faturação após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde (questão 2.1. d))

Um estabelecimento pode faturar menos, mesmo depois de aumentar o número de clientes e o volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões de saúde, se os valores faturados por cliente e por cuidado de saúde prestado se tornarem menores.

Por esta razão, também se recolheu informação no inquérito para análise do efeito da adesão a uma rede de cartões de saúde sobre a faturação dos prestadores. Os resultados das respostas à questão sobre a variação da faturação pós-adesão são apresentados nas figuras 14 e 15, notando-se que foram 674 os respondentes: 213 não aderentes e 461 aderentes.

Os resultados apresentados nas figuras 14 e 15 indicam que a maior parte dos não aderentes e também a maioria dos aderentes, que responderam à questão da faturação, responderam que a faturação “não varia”, “diminui” ou “diminui muito” depois da adesão do prestador a uma rede de cartões de saúde: 57% dos respondentes não aderentes e 66% dos respondentes aderentes indicaram estas opções de respostas.

Figura 14 – Variação da faturação após a adesão segundo não aderentes

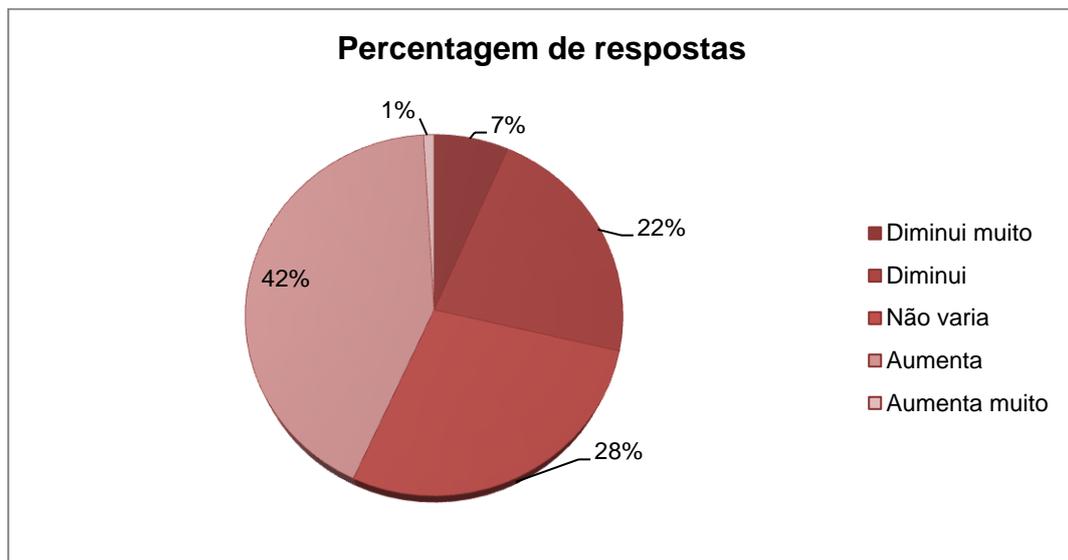
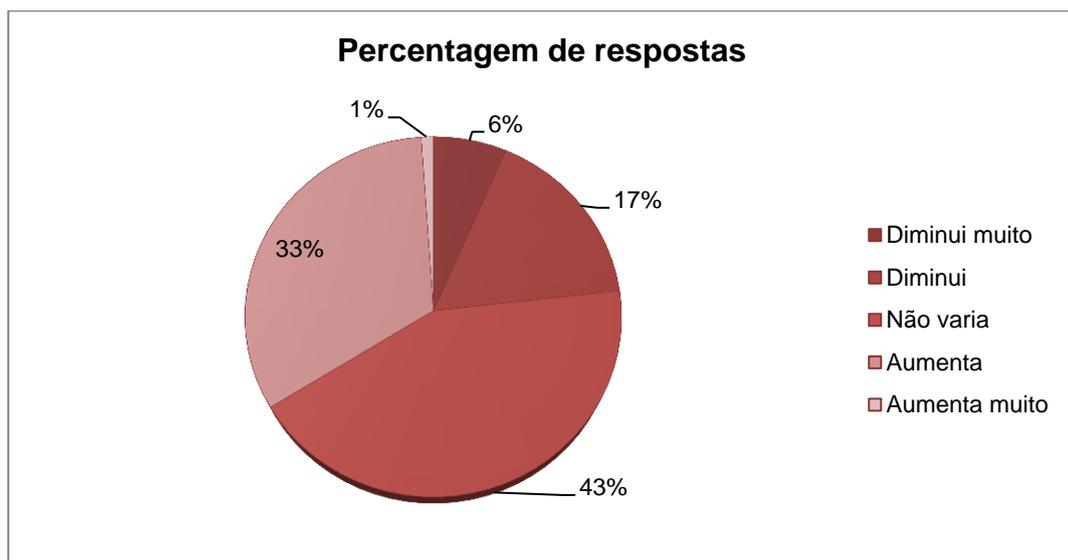


Figura 15 – Variação da faturação após a adesão segundo aderentes



Os resultados da inferência estatística (*vide* tabela II.13 no Anexo II), com base na amostra, indicam que as perceções sobre a variação da faturação após a adesão dos não aderentes e dos aderentes não variam significativamente e levam a crer que a decisão de aderir a uma rede tipicamente não se baseia em expectativas de aumento de faturação. Isto eventualmente resultará do conhecimento prévio, também por parte dos não aderentes, dos preços considerados baixos e dos atos denominados gratuitos.

Já no que concerne aos resultados da análise das respostas quanto à variação da faturação após a adesão, segundo a perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes (*vide* tabela II.14 no Anexo II), a faturação

não aumenta mais à medida que se adere a mais redes de cartões de saúde e, quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos (*vide* tabela II.15 no Anexo II), não se identificou variação da faturação consoante o tempo de adesão a redes de cartões de saúde.

Por último, no que se refere à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados indicaram que a faturação não varia com a proporção de beneficiários de cartões de saúde atendidos por semana.

3.3.2. Os efeitos percebidos sobre o acesso dos beneficiários e a qualidade dos serviços prestados

A informação recolhida das respostas à questão 2.2. permite que se possa retirar conclusões a respeito de uma eventual alteração da prática clínica do prestador no atendimento dos utentes consoante o utente seja ou não beneficiário de um cartão de saúde, ou seja, consoante a entidade financiadora³⁰.

Neste sentido e como se verá, a partir das respostas a esta questão, é possível obter informação útil para se concluir a respeito dos efeitos dos cartões de saúde sobre o acesso dos utentes e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Novamente, como na subsecção anterior, são consideradas as respostas dos prestadores aderentes e não aderentes. Entre os aderentes, são igualmente considerados os grupos de aderentes a uma rede, aderentes a duas redes e aderentes a três ou mais redes; os aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos; e os aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários. Também são aplicados os testes U de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis para inferência estatística sobre as populações.

³⁰ No Anexo I são apresentadas as justificações para a inclusão de cada uma das questões no questionário.

Apresenta-se de seguida a análise estatística realizada com base nas respostas às alíneas a), b), c) e d) da questão 2.2. recolhidas da amostra para os diferentes grupos de respondentes.

Tempos de espera desde o pedido do beneficiário até à efetiva marcação do cuidado de saúde em comparação com os tempos de espera dos outros utentes (questão 2.2. a))

Nas figuras 16 e 17, são apresentadas as distribuições das respostas dos não aderentes e dos aderentes, respetivamente, pelas cinco alternativas de resposta à questão sobre uma eventual diferenciação do tempo de espera entre a requisição de um cuidado de saúde (uma consulta, por exemplo) e a data da realização do cuidado de saúde, consoante o utente seja beneficiário de um cartão de saúde ou não. Foram 712 os respondentes desta questão, sendo 232 prestadores de cuidados de saúde não aderentes e 480 aderentes.

Como se pode notar, as respostas dos não aderentes apresentam maior dispersão entre as opções, em comparação com as respostas dos aderentes. Além disso, quase 20% dos prestadores não aderentes sugere que as consultas e outros cuidados de saúde são agendados mais cedo para utentes que não são beneficiários de cartões de saúde, ou seja, sugere que haverá discriminação negativa aos beneficiários de cartões de saúde, que seriam atendidos em média mais tarde do que os outros utentes para cuidados programados.

Figura 16 – Comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo não aderentes

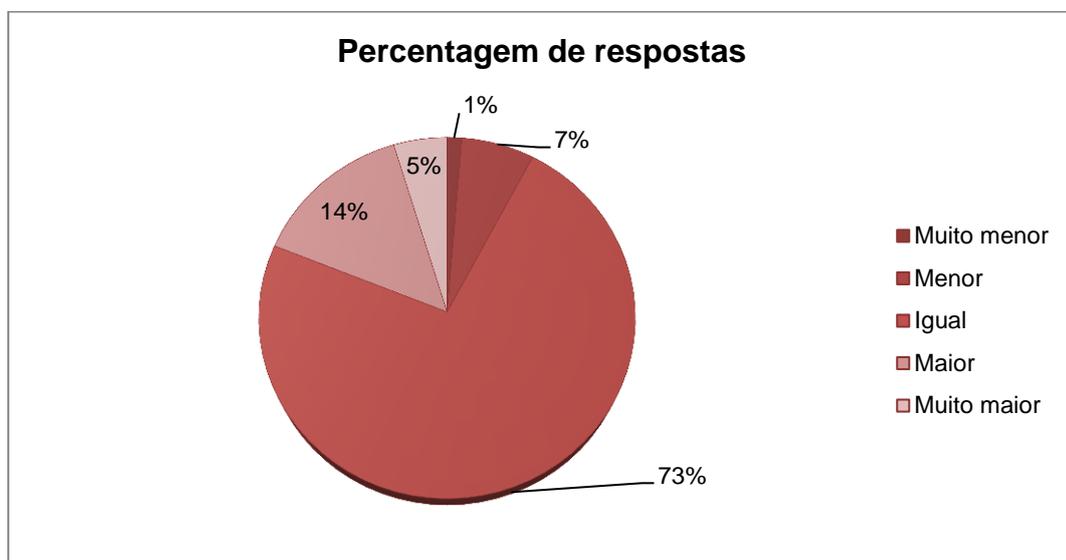
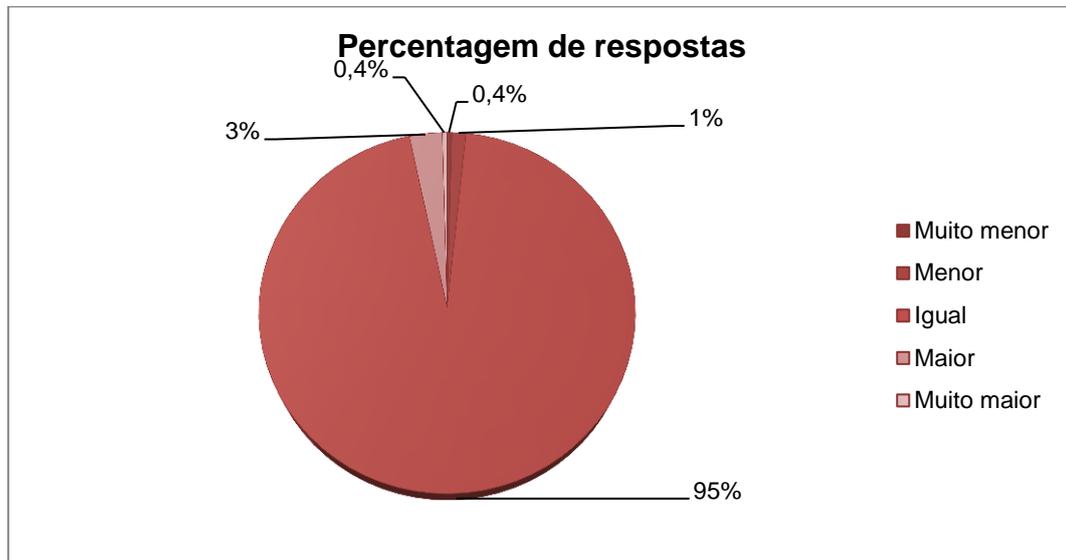


Figura 17 – Comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo aderentes



Por sua vez, as respostas dos prestadores aderentes concentram-se na opção de resposta “igual”, indicando que não haverá discriminação na marcação de cuidados de saúde.

A inferência estatística indicou que as diferenças entre as respostas dos aderentes e não aderentes são estatisticamente significativas (*vide* tabela II.17 no Anexo II). Assim, e considerando que as respostas dos prestadores aderentes corresponderão ao que ocorre na realidade, não haverá discriminação na marcação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões de saúde. Por sua vez, considerando que o carácter opcional e anónimo do inquérito foi efetivamente tomado em consideração pelos respondentes, a ponto de responderem livremente e sem receio de sofrerem alguma intervenção regulatória na sequência do envio das respostas, pode dizer-se que a opinião dos não aderentes de que há discriminação não é confirmada depois da adesão.

No que se refere à comparação das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões (*vide* tabela II.18 no Anexo II), foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos diferentes grupos. Com base na amostra, foi possível identificar que os respondentes que aderiram a duas e a três ou mais redes de cartões de saúde apontaram mais respostas que sugerem haver um maior tempo de espera para os beneficiários de cartões do que os respondentes aderentes a apenas uma rede.

Relativamente à análise comparativa das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, não se consegue identificar mudança na distribuição das respostas entre os diferentes grupos (*vide* tabela II.19 no Anexo II).

Finalmente, ainda no que se refere à questão 2.2. a) e considerando os grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados do teste estatístico aplicado indicaram que não há diferenciação de respostas entre os diferentes grupos definidos consoante a dependência de beneficiários de cartões de saúde (*vide* tabela II.20 no Anexo II).

A proporção de beneficiários atendidos não altera a distribuição das respostas dos prestadores quanto ao tempo de espera dos beneficiários de cartões de saúde em comparação com o tempo de espera dos outros utentes.

Duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários de cartões de saúde em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes (questão 2.2. b))

Foram 715 as respostas obtidas de aderentes e não aderentes sobre a comparação da duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários e prestados aos outros utentes segundo não aderentes: 238 de prestadores de cuidados de saúde não aderentes e 477 de aderentes. As figuras 18 e 19 apresentam a distribuição de cada grupo da amostra pelas alternativas de respostas: “muito menor”, “menor”, “igual”, “maior” e “muito maior”.

As respostas dos prestadores não aderentes estão mais distribuídas pelas opções de resposta em comparação com as respostas dos aderentes, sendo a principal diferença a sugestão por parte de quase 20% dos não aderentes de que a duração do atendimento de beneficiários de cartões de saúde será mais curta do que a duração do atendimento de outros utentes, podendo depreender-se que, para estes respondentes, os prestadores aderentes ocupar-se-ão menos tempo com beneficiários de cartões eventualmente para compensar o facto de que recebem menos nestes atendimentos – tendo em conta os preços mais baixos e os atos gratuitos dos cartões de saúde.

Figura 18 – Duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários de cartões de saúde em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo não aderentes

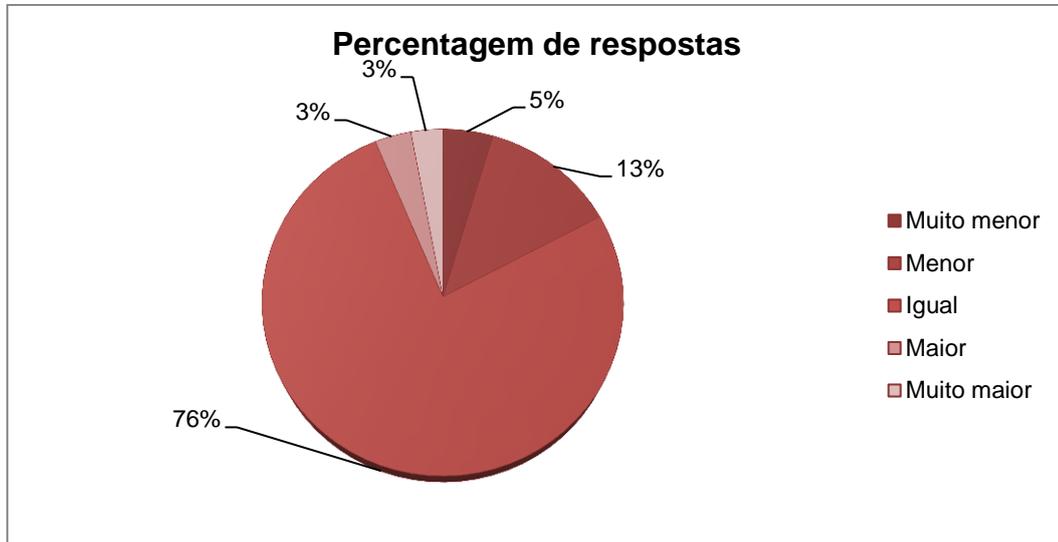


Figura 19 – Duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários de cartões de saúde em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo aderentes



Tendo em conta os resultados da inferência estatística (*vide* tabela II.21 no Anexo II), com base nas respostas do inquérito, verifica-se que os não aderentes apontam efetivamente mais no sentido da existência de discriminação, por parte dos aderentes a beneficiários de cartões de saúde, caracterizada pela prestação de cuidados de saúde com uma duração temporal menor do que a duração típica dos cuidados de saúde prestados a outros utentes.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões (*vide* tabela II.22 no Anexo II), foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos diferentes grupos. Com efeito, como se pôde identificar com base na amostra, os respondentes aderentes a duas redes de cartões de saúde não indicam como resposta qualquer das opções de menor duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários de cartões de saúde, pelo que este grupo apresenta uma distribuição de respostas diferente.

No que se refere à comparação das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, os resultados do teste realizado (*vide* tabela II.23 no Anexo II) indicam que não há diferenças entre a distribuição das respostas dos grupos em causa, pelo que não se pode concluir sobre algum efeito que o tempo de adesão teria sobre as respostas à questão sobre a duração do atendimento dos beneficiários de cartões de saúde face à duração do atendimento dos outros utentes.

No que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos, os resultados do teste estatístico indicaram que a distribuição das respostas é igual para os três grupos (*vide* tabela II.24 no Anexo II).

Utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário em comparação com a respetiva utilização durante o atendimento a outros utentes (questão 2.2. c))

Para a alínea c) da questão 2.2. foi possível obter 674 respostas: 231 de prestadores de cuidados de saúde não aderentes e 443 de aderentes. A distribuição das respostas destes dois grupos de prestadores pelas cinco alternativas de resposta é apresentada nas figuras 20 e 21, respetivamente.

Como se pode ver, as respostas dos prestadores aderentes concentram-se mais na resposta “igual”, indicando que não haverá utilização de medicamentos e dispositivos médicos diferente no atendimento de um beneficiário de um cartão de saúde. É possível identificar, contudo, uma maior dispersão das respostas dos não aderentes, sendo que quase 10% dos não aderentes indicou que a utilização de medicamentos e dispositivos médicos será menor ou muito menor no atendimento de um beneficiário de cartão de saúde do que no atendimento de outros utentes.

Figura 20 – Utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário em comparação com a respetiva utilização durante o atendimento a outros utentes segundo não aderentes

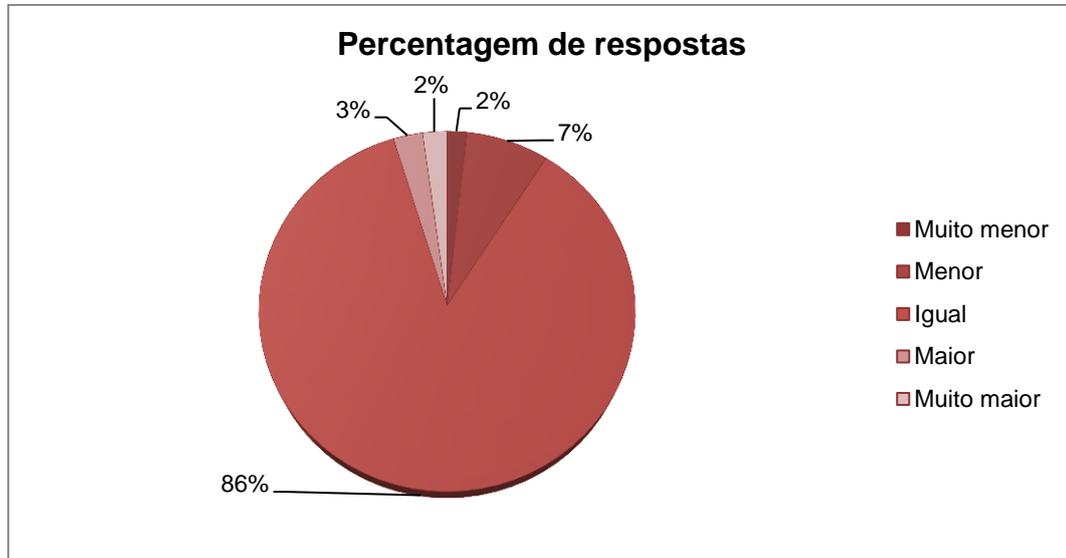
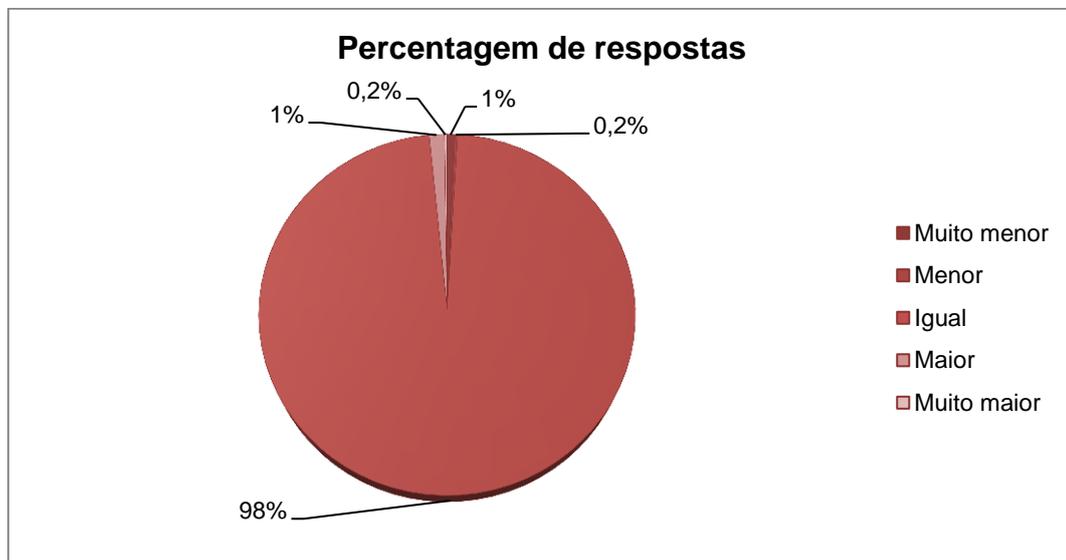


Figura 21 – Utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário em comparação com a respetiva utilização durante o atendimento a outros utentes segundo aderentes



Estas diferenças entre os dois grupos de respondentes são estatisticamente significativas (*vide* tabela II.25 no Anexo II), sendo que os aderentes indicam que o atendimento a beneficiários de cartões de saúde não será discriminatório na utilização de medicamentos e dispositivos, ao passo que o contrário parece ser sugerido quando se considera a opinião dos não aderentes, ou seja, que eventualmente poderia haver alteração na

utilização de medicamentos e dispositivos na prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões de saúde. Uma menor utilização de medicamentos e dispositivos justificar-se-ia, por exemplo, como compensação à prática de preços mais baixos e atos gratuitos aos beneficiários dos cartões.

Comparando as respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões por meio do teste estatístico, os resultados obtidos (*vide* tabela II.26 no Anexo II) indicam que não é possível estabelecer relação entre o número de redes a que os prestadores aderem e a utilização de medicamentos e dispositivos consoante o utente seja um beneficiário de cartões de saúde ou um outro utente.

Na análise das respostas à questão da utilização de medicamentos e dispositivos dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos (*vide* tabela II.27 no Anexo II), não se identifica alteração estatisticamente significativa na comparação da distribuição das respostas entre os diferentes grupos de prestadores definidos de acordo com o tempo de adesão.

Por último, ainda relativamente às respostas à questão 2.2. c), os resultados da análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos (*vide* tabela II.28 no Anexo II) indicaram que não há diferença entre as respostas dos grupos pelo que não é possível estabelecer diferença na utilização de medicamentos e dispositivos de acordo com diferenças na dependência dos prestadores de beneficiários de cartões de saúde.

Horário destinado à prestação de cuidados de saúde aos beneficiários em comparação com o horário destinado à prestação de cuidados aos outros utentes (questão 2.2. d))

Quanto à questão da comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo não aderentes, foram obtidas respostas de 717 prestadores de cuidados de saúde: 237 não aderentes e 480 aderentes. A distribuição das respostas dos prestadores não aderentes e aderentes é apresentada nas figuras 22 e 23, respetivamente.

Destaca-se o facto de que cerca de 18% das respostas obtidas dos prestadores não aderentes apontam para a adoção de um horário mais restrito no tempo para o atendimento de beneficiários de cartões de saúde, sendo que para os outros utentes o horário de funcionamento do estabelecimento prestador de cuidados de saúde seria mais

alargado. Esta percentagem é de apenas cerca de 3%, tendo em consideração as respostas dos prestadores aderentes.

Figura 22 – Comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo não aderentes

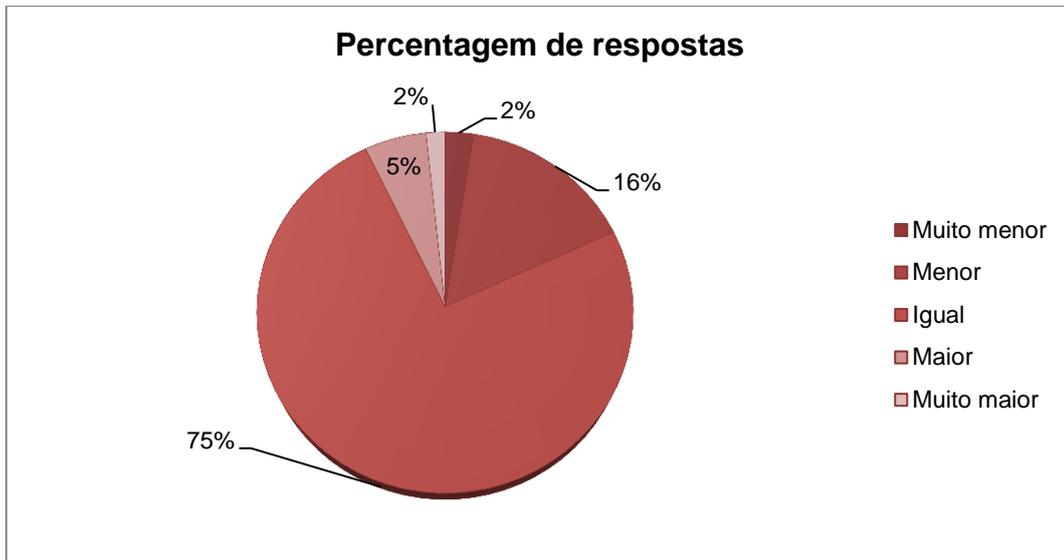
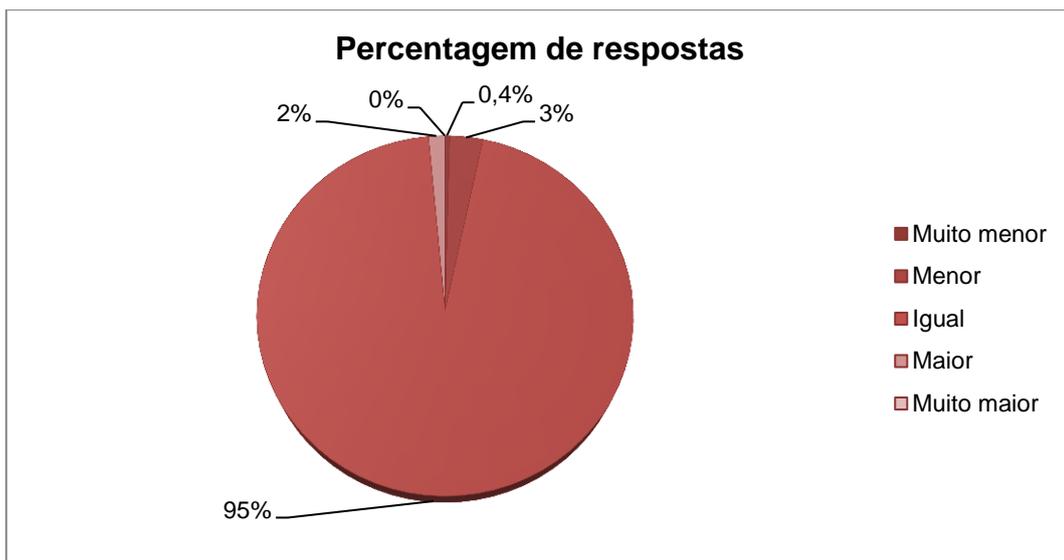


Figura 23 – Comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo aderentes



Os resultados da aplicação do teste estatístico aplicado (*vide* tabela II.29 no Anexo II) indicam que a diferença entre as respostas dos aderentes e dos não aderentes é estatisticamente significativa, identificando-se, assim, uma sugestão, por parte de

prestadores não aderentes, de que haveria uma restrição temporal ao atendimento de beneficiários de cartões de saúde, em comparação com o atendimento de outros utentes.

Os resultados da análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões (*vide* tabela II.30 no Anexo II) indicam que não parece haver influência do número de redes a que os prestadores aderem na definição do horário de atendimento de beneficiários de cartões de saúde, que será igual ao horário de atendimento dedicado a todos os utentes, de acordo com a grande maioria das respostas dos prestadores aderentes.

No que se refere às respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, os resultados do teste estatístico aplicado indicam que a distribuição das respostas dos diferentes grupos será igual (*vide* tabela II.31 no Anexo II).

Por último, tendo em conta as respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos, os resultados da análise realizada (*vide* tabela II.32 no Anexo II) indicam que não se pode estabelecer diferença entre os horários de funcionamento destinados aos beneficiários de cartões de saúde e a outros utentes.

4. Conclusões

O presente estudo, realizado no âmbito das atribuições e incumbências da ERS, teve como objetivo analisar um conjunto de hipóteses sobre problemas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde que poderão decorrer da existência dos cartões de saúde. Tendo por base informação trazida ao conhecimento da ERS sobre esta matéria, foram consideradas algumas hipóteses de análise sobre a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde, o acesso dos utentes e a qualidade dos cuidados de saúde.

No segundo capítulo, depois da Introdução, enquadrou-se o estudo sob o ponto de vista legal e regulatório, tendo-se concluído que a atividade económica de promoção e gestão dos cartões de saúde não se encontra regulamentada em legislação específica (porque, desde logo, não se enquadra num setor de atividade específico) e, conseqüentemente, não se revela abrangida pela regulação setorial.

Certo é que foram identificados distintos riscos inerentes à adesão aos planos de saúde e que se entrecruzam com questões de confidencialidade de dados clínicos, com a eventual aceitação de uma situação de rejeição ou discriminação no acesso a determinados serviços, atenta a disponibilidade/capacidade de resposta dos prestadores, ainda, com questões associadas à não perceção de que, afinal, a um cartão de saúde não está associado um seguro de saúde ou que aquele não é um seguro de saúde, o que desde logo implica um desconhecimento sobre o enquadramento do que se contrata. Além disso, percebe-se que, não raras vezes, a ação promocional que envolve este tipo de planos de saúde nem sempre se revela consentânea com o dever de se transmitir uma informação clara, completa e inteligível ao potencial beneficiário/utente. Simultaneamente, a promoção, comercialização e/ou publicitação dos planos de saúde pode enviesar a sã concorrência no mercado, na medida em que, considerado o atual estado de coisas, permite a angariação de utentes com base numa informação enviesada, por vezes, omissa e assente em pressupostos passíveis de violar os direitos e interesses dos utentes.

Ainda no capítulo 2 são apresentados os resultados de um levantamento sobre a existência de cartões de saúde em outros países por meio de um contacto estabelecido com os membros da EPSO. Tendo-se obtido respostas de seis países – Dinamarca, Estónia, França, Holanda, Irlanda do Norte e Noruega –, não foi possível identificar a partir do contributo das autoridades de saúde ou entidades reguladoras destes países casos comparáveis com a situação dos cartões de saúde existente em Portugal.

Apenas na Noruega foi possível identificar a existência de cartões de saúde, mas que não tem grande relevância nos cuidados de saúde prestados no país; por outro lado, sendo uma atividade associada à atividade seguradora, está sujeita à regulação da autoridade de supervisão financeira do país. Em conclusão, a atividade dos cartões de saúde, nos moldes que se conhece em Portugal, e a ausência da sua regulação são caso singular entre os países europeus auscultados.

No terceiro capítulo, foram apresentados os resultados da análise dos efeitos dos cartões de saúde sobre a prestação de cuidados de saúde com base no inquérito realizado aos prestadores de cuidados de saúde.

Foi enviado em 19 de setembro de 2013 um questionário, de preenchimento opcional e anonimizado, às 10.849 entidades não públicas detentoras estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde registados no SRER, tendo sido obtidas respostas de 1.044 entidades até 27 de novembro de 2013.

A análise de estatística descritiva do estudo de inquérito junto dos prestadores de cuidados de saúde aderentes e não aderentes revelou o seguinte:

- (i) **Adesão a uma rede de cartões de saúde:** a taxa de resposta à questão sobre a adesão ou não a uma rede de cartões de saúde foi de 98%, sendo 48% a proporção de prestadores aderentes.
- (ii) **Número de redes de cartões de saúde:** cerca de 77% dos prestadores aderentes a uma rede são na verdade aderentes a duas ou mais redes de cartões de saúde.
- (iii) **Os cartões de saúde existentes:** foram identificados cerca de 80 cartões de saúde diferentes, sendo certo que são 12 os cartões de saúde a cujas redes a maioria dos prestadores adere.
- (iv) **Dificuldades na adesão:** as respostas obtidas indicaram haver algum grau de dificuldade no processo de adesão; as dificuldades identificadas com maior frequência referiram-se, por ordem decrescente de importância, à burocracia no processo de adesão, à restrição ou recusa a novos aderentes, ao excesso ou insuficiência de prestadores aderentes, à ausência de resposta ou resposta demorada a novas candidaturas por parte da entidade gestora do cartão de saúde e à adoção de critérios desiguais ou arbitrários para a aceitação de novos aderentes.

- (v) **Tempo de adesão:** mais de metade dos prestadores aderentes aderiu há mais de três anos a uma rede de cartões de saúde.
- (vi) **Dependência de beneficiários de cartões de saúde:** a grande maioria dos prestadores aderentes atende beneficiários de cartões de saúde numa proporção de até 25% numa semana.
- (vii) **Comparação com os seguros:** a grande maioria aproveitou a questão da comparação dos cartões de saúde com os seguros de saúde para indicar que os cartões de saúde definem tabelas de preços muito baixos.

Outras respostas frequentes que se puderam identificar evidenciaram que os cartões são por vezes comercializados como se fossem seguros, e que a utilização de cuidados de saúde será mais fácil com o cartão de saúde, uma vez que o acesso dos utentes aos cartões é livre, sem *plafonds* anuais, sem necessidade de pedidos de pré-autorização, sem períodos de carência e sem exclusões.

- (viii) **Comentários adicionais:** tendo sido dada a oportunidade no questionário para os prestadores incluírem comentários adicionais a respeito da temática, verificou-se que a maior parte destes comentários foram no sentido de criticar os preços das tabelas definidas para os cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos cartões de saúde e, em particular, da definição de serviços gratuitos, que não são pagos nem pelos utentes, nem pelas entidades gestoras de cartões de saúde.

Outro conjunto de respostas frequentes indicou que a adesão a uma rede de cartões de saúde pode levar uma entidade a prestar cuidados de saúde de menor qualidade.

Também se identificaram comentários que sugeriram uma tendência de maior concentração dos mercados em que atuam prestadores aderentes a redes de cartões, na medida em que os prestadores de maior dimensão seriam beneficiados em relação aos de menor dimensão.

Finalmente, os resultados das análises de inferência estatística, realizadas à luz das hipóteses de análise estabelecidas para nortear o estudo, levaram às seguintes conclusões relativas aos temas de concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde prestados:

Concorrência

- a) Constatou-se que a adesão a uma rede e o número de redes a que os prestadores aderem são fatores que podem ter influência no número de utentes atendidos e, assim, na proporção de clientes beneficiários de cartões de saúde na totalidade da carteira de clientes, com efeito potencialmente positivo sobre as quotas de mercado dos prestadores aderentes.
- b) O número de consultas marcadas por iniciativa própria dos utentes e o volume de cuidados de saúde aumentarão com o número de redes a que um prestador adere, a antiguidade da adesão e a proporção de clientes beneficiários de cartões de saúde, produzindo igualmente efeitos positivos sobre as quotas de mercado dos prestadores aderentes.
- c) Foram também identificados diversos problemas que os prestadores de cuidados de saúde enfrentam no processo de adesão a uma rede de cartões de saúde, sendo a burocracia e a pura restrição ou recusa os principais problemas apontados.
- d) Devido a estas barreiras à adesão às redes de cartões de saúde, os prestadores aderentes usufruirão de uma vantagem concorrencial no mercado face aos prestadores não aderentes, tendendo o mercado a apresentar um grau de concentração mais elevado com a proliferação dos cartões de saúde, com os pequenos prestadores, que não conseguem aderir às redes de cartões, optando, eventualmente, por sair do mercado.
- e) Portanto, a concorrência nos mercados de cuidados de saúde poderá ser afetada pelos cartões de saúde, sendo enviesada pela atuação das entidades gestoras de cartões de saúde, meras intermediárias entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.

Acesso

- f) Os cartões de saúde permitem acesso livre dos utentes a cuidados de saúde nos prestadores aderentes a uma rede de cartões, não necessitando de autorizações prévias e não havendo *plafonds* anuais, nem períodos de carência ou exclusões.
- g) Muitos utentes não obtêm informação adequada e completa sobre o produto que adquirem, confundindo por vezes os cartões de saúde com seguros de saúde, o que poderá produzir, por vezes, dúvidas quanto à utilização dos cartões de saúde

e, também, problemas no acesso dos beneficiários dos cartões aos cuidados de saúde.

- h) Foi possível identificar que os tempos de espera dos utentes, desde a marcação até ao dia da prestação, aumentarão para os beneficiários de cartões de saúde, em comparação com os tempos de outros utentes, à medida que aumenta o número de redes a que os prestadores aderem.
- i) Este resultado sugere a existência de discriminação negativa no atendimento dos beneficiários de cartões de saúde, na medida em que haverá casos em que os atendimentos de outros utentes são privilegiados, sendo adiado o atendimento dos beneficiários de cartões.

Qualidade

- j) Muitos prestadores indicaram que a adesão a uma rede de cartões de saúde pode levar uma entidade a prestar cuidados de saúde menos adequados às necessidades dos utentes e de menor qualidade, como resultado dos reduzidos preços definidos nas tabelas de preços.
- k) Neste sentido, três indicadores representativos da qualidade dos cuidados de saúde prestados foram analisados estatisticamente: duração do cuidado de saúde prestado, utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento e horário destinado à prestação de cuidados de saúde.
- l) As respostas dos prestadores não aderentes sugerem que há discriminação dos beneficiários de cartões de saúde, aos quais seriam prestados cuidados de saúde menos adequados e com menor qualidade do que os cuidados de saúde prestados a outros utentes.
- m) Não obstante, considerando as repostas de todas as entidades ouvidas, não é possível estabelecer qualquer efeito da atividade dos cartões de saúde sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Os resultados que se apresentaram *supra* foram obtidos com base em informação recolhida junto dos próprios prestadores e indicam que a atividade dos cartões de saúde produz efeitos sobre a concorrência entre prestadores de cuidados de saúde, sobre o acesso dos utentes aos cuidados de saúde e sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, importando destacar resumidamente os efeitos estatisticamente significativos identificados sobre a concorrência e o acesso.

Concretamente, no que se refere à concorrência, sem prejuízo de não se ter identificado efeitos sobre a faturação dos prestadores, foi possível constatar que os cartões de saúde enviesam a concorrência nos mercados de cuidados de saúde, porque produzem efeitos potencialmente positivos na quota de mercado de um prestador e porque há barreiras à adesão de prestadores às redes de cartões de saúde. Já no que concerne ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, para além de se ter confirmado que muitos utentes não obtêm informação adequada e completa sobre os cartões de saúde, com evidente implicação sobre a utilização dos cartões e o acesso, foi identificada a potencial existência de discriminação negativa no atendimento dos beneficiários de cartões de saúde.

5. Atuação regulatória futura

O presente estudo confirma, assim, a necessidade de se acompanhar de perto os problemas relacionados com os cartões de saúde que atualmente são promovidos e comercializados no mercado. Tanto mais porque, como visto, esta realidade não conhece um normativo dedicado que permita o seu enquadramento especial e que delimite, sem dúvidas, os direitos e obrigações das partes, o conteúdo e o âmbito das cláusulas a estipular ou que, ainda, atribua a responsabilidade pela sua análise, acompanhamento e eventual sanção. Com efeito, está-se em terreno da liberdade contratual, no qual se posiciona quem promove e comercializa, quem adere e compra e, ainda, quem integra uma rede e oferece os seus serviços.

Ainda assim, importa realçar que o setor da saúde, em que todos aqueles interessados atuam, é particularmente sensível, exige especial atenção e uma responsabilização acrescida de quem aí atua, a quem é imposto o rigoroso cumprimento das normas legais, seja de licenciamento e de exercício de atividade, seja de garantia dos direitos dos utentes, seja ainda de legalidade e transparência nas relações económicas estabelecidas.

É também por isso que esta realidade dos cartões de saúde deve ser acolhida com especial atenção e merece uma efetiva intervenção por parte da ERS, mesmo que em cooperação com todas as demais entidades competentes, ainda que por diferentes aspetos.

Viu-se que os planos de saúde são promovidos por entidades detentoras de natureza jurídica e de objeto social distintos. Por isso, é relevante num primeiro momento perceber quem promove o plano de saúde e se se está perante uma entidade cujo objeto social é – ou é também – o da prestação de cuidados de saúde. É assim que a intervenção regulatória deve assentar no critério subjetivo.

Na realidade, não persistem dúvidas de que, quando se está perante uma entidade sujeita à regulação da ERS, compete à reguladora supervisionar esta atuação específica porque se integra na atividade de prestação de cuidados de saúde. Nestas situações, a supervisão ocorre desde o primeiro momento, ou seja, desde o momento prévio à contratação, porque é aqui que se impõe, com maior acuidade, o dever de se promover a informação clara, verdadeira e completa junto ao beneficiário/utente que, só assim, pode exercer a sua liberdade de escolha, *in fine*, contratual.

Além disso, porque à ERS importa a promoção e a defesa da concorrência entre os agentes no mercado, cabe-lhe naturalmente conhecer e acompanhar a proposta apresentada pelas e para as demais partes e a sua comunicação ao mercado, e também avaliar a capacidade de resposta (aqui, a capacidade de prestar todos os cuidados de saúde incluídos no âmbito objetivo do cartão de saúde, tal como contratado) e o cumprimento do proposto ao potencial beneficiário/utente.

É nesse seguimento que importa que sejam trazidas ao conhecimento da ERS todas as cláusulas a propor aos potenciais beneficiários/utentes e também aos demais prestadores, para que possam ser identificadas as cláusulas ou situações contratuais que não se enquadrem nos princípios e espírito da regulação, mormente, aqui considerada a vertente da informação, da prestação em tempo útil e não discriminatória, da confidencialidade dos dados e, ainda, da transparência das relações e da concorrência. Para tanto, devem contribuir todos os interessados, utentes e prestadores envolvidos.

Com efeito, note-se que as obrigações que se impõe a uma das partes, quando surge na qualidade de prestadora de cuidados de saúde, mesmo que intermediária entre os beneficiários dos cartões de saúde e outros prestadores aderentes a uma rede ou, ainda, quando surge na qualidade de prestadora de cuidados de saúde detentora do seu próprio cartão de saúde, não são distintas das que resultam para o prestador quando este se relaciona (diretamente) com os seus, mesmo que potenciais, utentes, e quando existe uma outra entidade financiadora de cuidados de saúde. Àquela primeira, impõe-se sempre que respeite as obrigações que para si decorrem da lei e das orientações regulatórias, designadamente, do dever de informar previamente, de garantir a confidencialidade dos dados clínicos, de manter a transparência nas relações contratuais, do dever de não discriminar no atendimento e do dever de emissão de recibo.

Distintas são já as situações em que os planos de saúde são promovidos por entidades terceiras que não prestadoras de cuidados de saúde. Aqui, é ainda possível realçar, pelo menos, duas realidades: uma primeira, em que, não obstante a existência de uma entidade terceira, o plano de saúde se limita a permitir o acesso, em condições mais favoráveis, a uma única entidade prestadora de cuidados de saúde; e, uma segunda realidade, em que a entidade terceira promove e comercializa o plano de saúde pelo qual oferece aos seus potenciais beneficiários/utentes a possibilidade de escolherem uma qualquer entidade prestadora de cuidados de saúde que integra um diretório clínico.

Relativamente à primeira realidade, repete-se o já mencionado *supra* e que assenta na relevância do critério subjetivo. Com efeito, entende-se que a entidade terceira

intermediária surge como parceiro da entidade prestadora de cuidados de saúde. Este último contrata com aquela apenas, e em regra, por razões associadas aos custos da emissão de cartão e oferta de outras vantagens distintivas, relativas, por exemplo, a preços de viagem e facilidade na contratação de um qualquer produto financeiro.

Já no que respeita à situação em que os prestadores surgem igualmente como contratantes com uma entidade terceira e integrantes de um diretório clínico oferecido ao consumidor/beneficiário/utente, refira-se que o conteúdo do contrato celebrado entre aqueles primeiros (os prestadores e uma entidade terceira) passa, por um lado, pela aceitação de prestar determinados cuidados de saúde em condições mais atrativas na ótica dos utentes e, por outro lado, pela permissão de ser incluído num diretório clínico. Mas certo é que, também aqui, se está perante entidades prestadoras de cuidados de saúde sujeitas à atividade regulatória da ERS.

Aqui, os utentes asseguram a sua qualidade de beneficiários de determinadas condições especiais no acesso aos atos e serviços junto de prestadores regulados e a estes compete, independentemente da entidade financiadora dos cuidados de saúde, garantir a prestação, sob o olhar atento dos direitos e interesses que compete à ERS garantir nos termos do atual Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

Pelo referido, e a título de entendimento conclusivo, importa realçar que todos os interessados, porque contratantes de um plano de saúde, seja na qualidade de utentes dos cuidados abrangidos por um plano de saúde, seja na qualidade de prestadores destes cuidados de saúde, devem dirigir-se à ERS sempre que estejam em causa situações de concreta ou potencial violação dos seus direitos e interesses, estes tal como enquadrados *supra*.

Anexo I – Questionário

São apresentadas neste anexo as questões do inquérito, cada uma acompanhada da fundamentação para a sua inclusão e o objetivo pretendido.

“1. Adesão

a) Aderiu a alguma rede para o atendimento a beneficiários de cartões/planos de saúde? (Opções de resposta: sim; não)

Caso negativo, pode avançar diretamente para a questão 2, que, assim como as questões 3 e 4, deverá ser respondida por aderentes e não aderentes.”

A primeira questão visou distinguir os prestadores que aderiram às redes de cartões de saúde dos que não aderiram. O inquérito foi aplicado a todos os prestadores, aderentes ou não, porque se desejou recolher informação relevante também dos que não aderiram, em particular relativamente ao processo de adesão, no caso de uma eventual candidatura a uma rede.

A criação destes dois grupos de prestadores também teve como objetivo comparar as respostas dos grupos às questões em escala Likert, para verificar se a adesão ou não a uma rede afeta a perceção dos prestadores quanto aos temas e problemas abordados no questionário.

“b) A quantas redes de cartões/planos de saúde aderiu? (Opções de resposta: 1; 2; 3 ou mais)”

Esta questão teve em vista a obtenção de informação sobre o número de redes de planos de saúde a que os prestadores aderem e os diferentes efeitos que o número de redes produzir ter sobre os temas analisados: concorrência, acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

“c) Qual(is) a(s) rede(s) de cartões/planos de saúde que atualmente permite(m) o atendimento dos respetivos beneficiários nas suas instalações?”

Esta questão teve como objetivo a identificação dos cartões de saúde aceites pelos respondentes que resumirão os cartões de saúde existentes em Portugal, bem como a identificação das maiores redes de cartões de saúde em termos de número de prestadores aderentes.

“d) Como avalia o processo de adesão a uma rede de cartões/planos de saúde? (Opções de resposta: 1 = Muito difícil, 2 = Difícil, 3 = Nem fácil nem difícil, 4 = Fácil e 5 = Muito fácil)

e) Caso tenha respondido a opção 1 ou a 2 na questão anterior, quais as dificuldades identificadas no processo de adesão?”

A primeira questão em escala Likert e a questão subsequente tiveram como objetivo a avaliação do grau de dificuldade dos prestadores na adesão a uma rede de cartões de saúde, com vista à identificação de indícios de que as redes poderão ser consideradas barreiras à expansão dos prestadores nos mercados de prestação de cuidados de saúde onde atuam. Na medida em que os cartões de saúde podem aumentar o número de clientes de um prestador, as dificuldades encontradas na adesão de um prestador a uma rede poderão constituir uma efetiva barreira à expansão do prestador no mercado em que atua.

“f) Há quanto tempo aderiu à rede de cartões/planos de saúde? (Opções de resposta: há menos de 1 ano; entre 1 e 3 anos; e há mais de 3 anos)

Responda relativamente à rede mais antiga, caso tenha aderido a mais de uma rede.”

Assim como a questão 1. b), esta questão também visou a recolha de informação sobre a experiência dos respondentes com as redes de cartões de saúde. Se um prestador aderiu há mais de um ano, terá maior experiência e maior conhecimento sobre a atuação com cartões de saúde do que os outros.

“g) Qual a percentagem de beneficiários de cartões/planos de saúde que costuma atender numa semana face ao total de utentes atendidos na semana? (Opções de resposta: até 25%; mais de 25% e até 50%; mais de 50%)”

Esta questão teve em vista a obtenção de informação sobre a importância dos cartões de saúde na atividade do prestador e a aferição do grau de dependência dos prestadores de beneficiários dos cartões de saúde.

“2. Atividade

2.1. Indique, por favor, como avalia os eventuais efeitos dos cartões/planos de saúde na procura de um prestador:

a) Variação do número de utentes atendidos mensalmente após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde. (Opções de resposta: 1 = Diminui muito, 2 = Diminui, 3 = Não varia, 4 = Aumenta e 5 = Aumenta muito)

b) Variação do número de marcações de cuidados de saúde por iniciativa do utente após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde. (Opções de resposta: 1 = Diminui muito, 2 = Diminui, 3 = Não varia, 4 = Aumenta e 5 = Aumenta muito)

c) Variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão do prestador a uma rede de cartões/planos de saúde? (Opções de resposta: 1 = Diminui muito, 2 = Diminui, 3 = Não varia, 4 = Aumenta e 5 = Aumenta muito)

d) Variação da faturação do prestador após a sua adesão a uma rede de cartões/planos de saúde? (Opções de resposta: 1 = Diminui muito, 2 = Diminui, 3 = Não varia, 4 = Aumenta e 5 = Aumenta muito)”

O intuito da inclusão destas quatro questões foi verificar se os cartões possibilitam uma maior angariação e fidelização de clientes e se produzem um efeito positivo na atividade e na faturação dos prestadores. Se os cartões contribuem para aumentar a atividade e a faturação dos prestadores, possibilitarão, *ceteris paribus*, a obtenção de uma maior quota de mercado e um melhor posicionamento no mercado face aos demais concorrentes não aderentes, dessa forma funcionando como um atributo que possibilita aos prestadores a obtenção de poder de mercado.

“2.2. Indique, por favor, como avalia o atendimento aos beneficiários dos cartões/planos de saúde em comparação com o atendimento aos outros utentes, no que respeita aos seguintes aspetos:

a) Tempo de espera desde o pedido do beneficiário até à efetiva marcação do cuidado de saúde. (Opções de resposta: 1 = Muito menor, 2 = Menor, 3 = Igual, 4 = Maior e 5 = Muito maior (a comparação faz-se face ao tempo de espera no caso dos outros utentes))

b) Duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários. (Opções de resposta: 1 = Muito menor, 2 = Menor, 3 = Igual, 4 = Maior e 5 = Muito maior (a comparação faz-se face à duração no caso dos outros utentes))

c) Utilização de medicamentos e dispositivos médicos (tais como, por exemplo, pensos e luvas) durante o atendimento a um beneficiário. (Opções de resposta: 1 = Muito menor, 2 = Menor, 3 = Igual, 4 = Maior e 5 = Muito maior (a comparação faz-se face à utilização no caso dos outros utentes))

d) Horário destinado à prestação de cuidados de saúde aos beneficiários. (Opções de resposta: 1 = Muito menor, 2 = Menor, 3 = Igual, 4 = Maior e 5 = Muito maior (a comparação faz-se face ao horário no caso dos outros utentes)).”

O objetivo a alcançar com estas questões foi analisar a hipótese de alteração da prática do prestador no atendimento dos utentes consoante o utente seja ou não beneficiário de um cartão de saúde, ou seja, consoante a entidade financiadora. Esta questão permitiu verificar se os próprios prestadores propõem que haverá discriminação de utentes consoante os valores a receber na prestação de cuidados de saúde, com evidentes prejuízos para o acesso equitativo dos utentes aos cuidados de saúde prestados e a qualidade dos cuidados prestados.

Refira-se que a inclusão desta questão no inquérito fundamenta-se pela conclusão do estudo da ERS de 2009 “Estudo sobre a Concorrência no Setor da Prestação de Serviços de Saúde Oral” (publicado em www.ers.pt), no que concerne à identificação de “diferenças de práticas clínicas dos prestadores de cuidados de saúde oral mediante a entidade financiadora dos serviços, que ocorrem em situações em que determinados atos são relativamente melhor remunerados face a outros”. Como ficou evidente já na altura do estudo de 2009, as tabelas de cartões de saúde têm muitas vezes preços significativamente inferiores do que os preços particulares, inclusive com a definição de

preços nulos para determinados atos, e estas diferenças de preços podem ter algum efeito sobre a prática clínica nos prestadores de cuidados de saúde.

“3. Comparação com os seguros de saúde

a) Indique, por favor, as características dos cartões/planos de saúde que os distinguem dos seguros de saúde:”

Esta questão teve como objetivo identificar se os prestadores de cuidados de saúde conseguem indicar diferenças entre os seguros de saúde e os cartões de saúde.

“4. Comentários opcionais a) Indique, por favor, os comentários que queira acrescentar:”

Esta última questão teve como objetivo recolher comentários adicionais dos prestadores, que possam ser úteis para complementar o conjunto de informações recolhidas com as questões anteriores.

Anexo II – Resultados dos testes estatísticos

Neste anexo são apresentados os resultados dos testes estatísticos descritos na secção 3.1., juntamente com breves descrições indicativas da rejeição ou não da hipótese nula de igualdade das respostas das diferentes populações analisadas, com base nas respostas obtidas no inquérito às questões sobre concorrência, acesso e qualidade (alíneas a), b), c) e d) das questões 2.1. e 2.2.). As tabelas aqui apresentadas são referidas ao longo do texto da apresentação dos resultados (secção 3.3.), onde melhor se descreve as implicações para a análise realizada dos efeitos percebidos dos cartões de saúde sobre a oferta e a procura de cuidados de saúde.

Verificando, por meio do teste de U de Mann-Whitney, se as respostas das duas populações de aderentes e não aderentes às questões sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão seriam iguais, obtém-se um *p-value* de 0,008 (<0,05), como se apresenta na tabela II.1.

Tabela II.1 – Teste estatístico sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney ^a	
U de Mann-Whitney	48273
Significância Sig. (2 extremidades)	0,008

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

Rejeita-se, assim, a hipótese nula de que as respostas seriam iguais, sendo possível inferir, portanto, com base na amostra, que os prestadores de cuidados de saúde não aderentes têm uma percepção mais otimista do efeito da adesão a uma rede sobre o número de utentes atendidos por mês do que os prestadores aderentes.

A análise das respostas dos prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes, quanto à variação do número de utentes após a adesão, produziu os resultados que são apresentados na tabela II.2, após aplicação do teste de Kruskal-Wallis. O *p-value* de 0,000 (<0,05) indica que não se deve aceitar a hipótese nula de que a distribuição é igual para todos os grupos.

Tabela II.2 – Teste estatístico sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	22,629
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, os resultados são apresentados na tabela II.3.

Tabela II.3 – Teste estatístico sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	5,547
Significância Sig.	0,062

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

Sendo o nível de significância superior a 0,05 (mais precisamente 0,062), não há indícios suficientes para rejeitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para os três grupos de prestadores: aderentes há menos de um ano, aderentes a um ano ou mais e até três anos e aderentes há mais de três anos. Não se verifica, portanto, diferenças entre as respostas dos grupos.

A análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários produziu os resultados apresentados na tabela II.4. Tendo em conta o nível de significância (0,000), pode rejeitar-se a hipótese nula de que a distribuição é igual para os grupos de prestadores.

Tabela II.4 – Teste estatístico sobre a variação do número de utentes atendidos após a adesão a uma rede segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	51,589
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

A análise das respostas de aderentes e de não aderentes relativamente à questão sobre a variação do número de marcações de cuidados de saúde por iniciativa dos utentes após a adesão do prestador a uma rede de cartões, por meio do teste U de Mann-Whitney, cujos resultados são apresentados na tabela II.5, permite verificar que as populações efetivamente têm diferenças de perceção estatisticamente significativas (*p-value* de $0,000 < 0,05$).

Tabela II.5 – Teste estatístico sobre a variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney^a	
U de Mann-Whitney	42150
Significância Sig. (2 extremidades)	0,000

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

A análise das respostas à questão da variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão, com base na perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes, produziu os resultados apresentados na tabela II.6.

Tabela II.6 – Teste estatístico sobre a variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	24,793
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

De acordo com os resultados obtidos, pode rejeitar-se a hipótese nula de que a distribuição das respostas é igual ($p\text{-value} < 0,05$).

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, os resultados são apresentados na tabela II.7. Tendo em conta o nível de significância (0,03, inferior a 0,05), a hipótese nula de distribuição igual das respostas pode ser rejeitada.

Tabela II.7 – Teste estatístico sobre a variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão a uma rede segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	7,012
Significância Sig.	0,030

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

No que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados do teste estatístico são apresentados na tabela II.8, em que se identifica um nível de significância de 0,000 ($< 0,05$), indicativo de que se deve rejeitar a hipótese nula de que a distribuição das respostas das diferentes populações é igual.

Tabela II.8 – Teste estatístico sobre a variação do número de consultas marcadas por iniciativa do utente após a adesão a uma rede segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	36,464
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Quanto à variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes, com base nos resultados da inferência com o teste U de Mann-Whitney, apresentados na tabela II.9, pode verificar-se que as populações têm diferenças de perceção estatisticamente significativas (nível de significância de 0,002, inferior a 0,05).

Tabela II.9 – Teste estatístico sobre a variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney^a	
U de Mann-Whitney	43332,5
Significância Sig. (2 extremidades)	0,002

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

Quanto à análise da variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões, com base na perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes, os resultados são apresentados na tabela II.10, indicando que há diferenças nas respostas dos diferentes grupos (nível de significância de 0,000).

Tabela II.10 – Teste estatístico sobre a variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	22,210
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

No que se refere à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, os resultados são apresentados na tabela II.11 e indicam que há diferenças nas respostas dos diferentes grupos (nível de significância de 0,001).

Tabela II.11 – Teste estatístico sobre a variação do volume de cuidados de saúde prestados após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	14,695
Significância Sig.	0,001

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

No que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de

beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados do teste estatístico são apresentados na tabela II.12, indicando que há diferenças ($0,000 < 0,05$).

Tabela II.12 – Teste estatístico sobre a variação do volume de cuidados de saúde após a adesão a uma rede segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	55,457
Significância Sig.	0,000

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Quanto ao teste estatístico sobre a variação da faturação após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes, os resultados da inferência com o teste U de Mann-Whitney, apresentados na tabela II.13, permitem concluir que os dados das respostas não fornecem evidência estatisticamente significativa de que há diferença entre as respostas dos não aderentes e as respostas dos aderentes ($0,403 > 0,05$).

Tabela II.13 – Teste estatístico sobre a variação da faturação após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney ^a	
U de Mann-Whitney	47241,5
Significância Sig. (2 extremidades)	0,403

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

A tabela II.14 apresenta os resultados da análise das respostas quanto à variação da faturação após a adesão, segundo a perceção dos grupos de prestadores aderentes a uma rede, a duas redes e a três ou mais redes, indicando que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição das respostas é igual para todos os três grupos ($0,315 > 0,05$).

Tabela II.14 – Teste estatístico sobre a variação da faturação após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	2,309
Significância Sig.	0,315

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, os resultados são apresentados na tabela II.15, indicando novamente que se deve aceitar a hipótese nula que afirma que a distribuição é igual para todos os três grupos.

Tabela II.15 – Teste estatístico sobre a variação da faturação após a adesão a uma rede de cartões segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	0,996
Significância Sig.	0,608

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

No que se refere à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados são apresentados na tabela II.16 e também indicam que se deve aceitar a hipótese nula de que a distribuição das respostas é igual para todos os três grupos.

Tabela II.16 – Teste estatístico sobre a variação da faturação após a adesão a uma rede segundo aderentes que atendem até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	1,028
Significância Sig.	0,598

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Quanto à análise das respostas dos prestadores aderentes e dos não aderentes sobre os tempos de espera, desde o pedido do beneficiário até à efetiva marcação do cuidado de saúde, em comparação com os tempos de espera dos outros utentes, a tabela II.17

apresenta o resultado da aplicação do teste estatístico U de Mann-Whitney, podendo verificar-se que aderentes e não aderentes apresentam respostas com diferenças estatisticamente significativas (nível de significância de $0,000 < 0,05$).

Tabela II.17 – Teste estatístico sobre a comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney ^a	
U de Mann-Whitney	50350
Significância Sig. (2 extremidades)	0,000

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

No que se refere à comparação das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões, a tabela II.18 apresenta os resultados do teste estatístico realizado com base na amostra, indicando que há diferenças nas respostas dos diferentes grupos (nível de significância de $0,040 < 0,05$).

Tabela II.18 – Teste estatístico sobre a comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	6,420
Significância Sig.	0,040

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

Relativamente à análise comparativa das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, aderentes entre um e três anos e aderentes há mais de três anos, os resultados do teste estatístico são apresentados na tabela II.19. O nível de significância obtido indica que a hipótese nula de distribuição igual das respostas não pode ser rejeitada ($0,090 > 0,05$).

Tabela II.19 – Teste estatístico sobre a comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	4,814
Significância Sig.	0,090

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

Finalmente, considerando os grupos de prestadores aderentes que atendem até 25% de beneficiários, aderentes que atendem mais de 25% e até 50% de beneficiários e aderentes que atendem mais de 50% de beneficiários, os resultados do teste estatístico aplicado são apresentados na tabela II.20, indicando que a hipótese nula de que a distribuição das respostas dos grupos é igual não deve ser rejeitada ($0,725 > 0,05$).

Tabela II.20 – Teste estatístico sobre a comparação de tempos de espera de beneficiários e de outros utentes segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	0,644
Significância Sig.	0,725

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

No que se refere à comparação das respostas de prestadores aderentes e não aderentes sobre a duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes, apresentada na tabela II.21, constata-se que as populações em causa têm diferenças de perceção estatisticamente significativas (nível de significância inferior a 0,05).

Tabela II.21 – Teste estatístico sobre a duração dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney ^a	
U de Mann-Whitney	51686
Significância Sig. (2 extremidades)	0,000

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

Quanto à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões, a tabela II.22 apresenta os resultados obtidos com a aplicação do teste estatístico. O teste indica que há diferenças nas respostas dos diferentes grupos (nível de significância de $0,037 < 0,05$).

Tabela II.22 – Teste estatístico sobre a duração dos cuidados prestados aos beneficiários em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	6,603
Significância Sig.	0,037

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

No que se refere à comparação das respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, os resultados do teste realizado podem ser identificados na tabela II.23. Como se depreende dos resultados, deve aceitar-se a hipótese nula que afirma que a distribuição das respostas é igual para todos os três grupos ($0,443 > 0,05$).

Tabela II.23 – Teste estatístico sobre a duração dos cuidados prestados aos beneficiários em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	1,631
Significância Sig.	0,443

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

No que concerne à análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos, a tabela II.24 apresenta os resultados do teste estatístico realizado. Os resultados indicam que se deve aceitar a hipótese nula de que a distribuição das respostas é igual para os três grupos (nível de significância de $0,833 > 0,05$).

Tabela II.24 – Teste estatístico sobre a duração dos cuidados prestados aos beneficiários em comparação com a duração dos cuidados prestados aos outros utentes segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	0,365
Significância Sig.	0,833

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

No que se refere à análise das respostas dos prestadores aderentes e dos não aderentes sobre a comparação entre a utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário e durante o atendimento a outros utentes, as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas, tendo em conta os resultados do teste aplicado apresentados na tabela II.25 (nível de significância de $0,015 < 0,05$).

Tabela II.25 – Teste estatístico sobre a comparação entre a utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário e durante o atendimento a outros utentes segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney^a	
U de Mann-Whitney	48692
Significância Sig. (2 extremidades)	0,015

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

Comparando as respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões por meio do teste de Kruskal-Wallis, os resultados obtidos são apresentados na tabela II.26. O nível de significância obtido indica que a hipótese nula de distribuição igual das respostas não deve ser rejeitada ($0,352 > 0,05$).

Tabela II.26 – Teste estatístico sobre a comparação entre a utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário e durante o atendimento a outros utentes segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	2,088
Significância Sig.	0,352

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

Na análise das respostas à questão da utilização de medicamentos e dispositivos dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, os resultados são apresentados na tabela II.27. O nível de significância indica que a hipótese de distribuição igual das respostas não deve ser rejeitada ($0,491 > 0,05$).

Tabela II.27 – Teste estatístico sobre a comparação entre a utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário e durante o atendimento a outros utentes segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	1,421
Significância Sig.	0,491

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

A tabela II.28 apresenta os resultados da análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos. Os resultados indicam que não há diferença entre as respostas dos grupos (nível de significância de 0,600).

Tabela II.28 – Teste estatístico sobre a comparação entre a utilização de medicamentos e dispositivos médicos durante o atendimento a um beneficiário e durante o atendimento a outros utentes segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis ^a	
Qui-quadrado	1,022
Significância Sig.	0,600

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Os resultados da aplicação do teste estatístico sobre a comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados a beneficiários de cartões e o horário destinado à prestação de cuidados a outros utentes, segundo aderentes e não aderentes, são apresentados na tabela II.29, que indica que a diferença entre as respostas dos aderentes e dos não aderentes é estatisticamente significativa.

Tabela II.29 – Teste estatístico sobre a comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo aderentes e não aderentes

Estatísticas do teste U de Mann-Whitney^a	
U de Mann-Whitney	51730
Significância Sig. (2 extremidades)	0,000

a. Variável de agrupamento: Adesão a uma rede.

Os resultados da análise das respostas dos grupos de prestadores aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões são apresentados na tabela II.30, indicando que a hipótese nula de distribuição igual das respostas não deve ser rejeitada (nível de significância de $0,650 > 0,05$).

Tabela II.30 – Teste estatístico sobre a comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo aderentes a uma, a duas e a três ou mais redes de cartões

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	0,860
Significância Sig.	0,650

a. Variável de agrupamento: Número de redes dos aderentes.

No que se refere às respostas dos grupos de prestadores aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, a tabela II.31 resume os resultados do teste aplicado. O nível de significância indica que a hipótese de distribuição igual das respostas dos diferentes grupos não deve ser rejeitada ($0,199 > 0,05$).

Tabela II.31 – Teste estatístico sobre a comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados de saúde a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo aderentes há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	3,230
Significância Sig.	0,199

a. Variável de agrupamento: Tempo de adesão.

Por último, tendo em conta as respostas dos grupos de prestadores aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes atendidos, os resultados da análise realizada são apresentados na tabela II.32. O nível de significância indica que a hipótese nula de distribuição igual das respostas dos diferentes grupos não deve ser rejeitada ($0,257 > 0,05$).

Tabela II.32 – Teste estatístico sobre a comparação entre o horário destinado à prestação de cuidados a beneficiários de cartões e o destinado à prestação de cuidados a outros utentes segundo aderentes com até 25%, mais de 25% e até 50%, e mais de 50% de beneficiários de cartões do total de utentes

Estatísticas do teste Kruskal-Wallis^a	
Qui-quadrado	2,715
Significância Sig.	0,257

a. Variável de agrupamento: Dependência de beneficiários de cartões de saúde.

Anexo III – Exemplos de cartões de saúde

Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (Cartão de Saúde CVP)

No caso do Cartão de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (Cartão de Saúde CVP), promovido pelo BPI, S.A., é disponibilizado ao seu titular, designadamente, serviço de enfermagem ao domicílio com 25% de desconto sobre o preço de tabela; entrega de medicamentos ao domicílio, após assistência médica com prescrição, mediante o pagamento de 5€ no ato da entrega; número único para assistência médica de urgência; aconselhamento médico telefónico e assistência médica de urgência domiciliária, disponível 24 horas por dia, gratuito e extensível ao agregado familiar; descontos no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, extensíveis ao agregado familiar (5% em meios complementares de diagnóstico, 10% em internamento e preços de referência em intervenções cirúrgicas com desconto até 40% sobre o valor das tabelas privadas). Além destas vantagens, o Cartão de Saúde CVP permite usufruir de preços de referência em consultas no Hospital, extensíveis ao agregado familiar, preços preferenciais na Rede de Serviços de Saúde da CVP extensíveis ao agregado familiar; transporte gratuito em situações de emergência, desde que com indicação médica e Transporte Programado em Ambulância; e ainda, acesso a seguros e a soluções de Crédito BPI.

De acordo com a informação legal publicitada, em <http://www.bancobpi.pt>, os benefícios estão cobertos por uma apólice de seguro da Allianz. Ademais, ali é indicado que a adesão aos serviços da CVP está dependente do preenchimento de uma ficha de subscrição e da sua entrega a um qualquer balcão BPI ou do envio por correio, além do débito da 1ª prestação.

Cartão SOS Saúde

O Cartão SOS Saúde é promovido pelo Montepio Geral e é de adesão gratuita, no caso de o titular ser já detentor de outros cartões/produtos financeiros do banco. Oferece, ao seu titular e respetivo agregado familiar, assistência médica domiciliária, 24h/24h; aconselhamento médico telefónico; descontos em hospitais, clínicas e médicos especialistas, que variam entre 5% e 60% em consultas de especialidade e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, serviços de informações gerais e marcações de consultas, farmácias de serviço, cultura e veículos de aluguer. Além disso, ao mesmo está associada a oferta de um outro cartão com vantagens em serviços de canalização, eletricidade, obras e limpeza da casa.

O Montepio Geral promove ainda o Programa de saúde VITALidade+, pelo qual assegura assistência médica ao domicílio 24 horas por dia, 365 dias por ano – sem copagamentos; transporte de urgência ao hospital – sem copagamentos, quando determinado pelo médico durante a consulta; aconselhamento médico por telefone, 24 horas por dia, 365 dias por ano; serviços de enfermagem ao domicílio – com colheita de espécimes para análise, entubações naso-gástricas, algalias e suturas (não disponíveis para tratamento de doenças crónicas); sessões de fisioterapia ao domicílio com prescrição médica (mediante copagamento); uma consulta anual de avaliação médico-feriátrica prestada em qualquer das residências Montepio; e, ainda, três dias, por semestre, nas Residências Montepio.

Médís

A Médís promove um plano, por si designado por plano de saúde, que permite ao seu beneficiário aceder à rede Médís, ao cartão personalizado de identificação Médís, à linha Médís e ainda ao médico assistente Médís. Além destes, são também oferecidos alguns serviços adicionais que englobam a informação atualizada, a assistência médica personalizada em determinados hospitais (CUF Infante Santo, CUF Descobertas e Hospital da Luz), Rede Médís em Espanha, Rede de Saúde e Bem estar, Rede de segundas opiniões e rede internacional.

O plano de saúde Médís está disponível em três opções com diferentes coberturas e capitais, a que correspondem diferentes níveis de proteção que diferem pela idade limite de permanência, pelas coberturas, franquias e também, pelos períodos de carência. Note-se que este cartão assume já cariz de seguro de saúde, tanto porque as condições gerais e especiais da apólice de seguro constam do *link* respeitante ao plano de saúde que aqui se trata e nelas todo o enquadramento é o de um seguro de saúde detido pela Ocidental Seguros. Com efeito, ali se referem termos como segurador e tomador de seguro, apólice e seguro de saúde.

Cartão Unimed

O cartão promovido pela Unimed, designação comercial da SMN – Serviços Médicos Noturnos, SA., prestador de cuidados de saúde que se encontra registado no SRER com o n.º 16359, com indicação de cessação de atividade por motivo de insolvência publicada em Diário da República, 2.ª série, de 22 de setembro de 2009, figurava como primeiro outorgante de um acordo designado por “acordo para prestação de serviços”, celebrado com os prestadores de cuidados de saúde (que figurava como segundo outorgante).

Por intermédio deste documento, o segundo outorgante obrigava-se a garantir ao beneficiário de um cartão a prestação de determinados cuidados a determinados preços e de acordo com uma tabela pré-definida, cujo pagamento era da responsabilidade exclusiva do próprio beneficiário.

Neste caso, a SMN, uma sociedade cujo objeto social era a da prestação de cuidados de saúde, surge como proprietária do cartão e contratante com uma outra entidade prestadora dos cuidados que, por sua vez, garantem a prestação de cuidados aos beneficiários.

Por outro lado, através de um outro acordo também de prestação de cuidados de saúde, celebrado entre esta SMN e o próprio titular/beneficiário, ali se obriga a prestar, a pessoas individuais, titulares do cartão de saúde Unimed, os serviços ali identificados (como sejam, consultas de urgência ao domicílio, de clínica geral, transporte gratuito de urgência e aconselhamento telefónico gratuito por um médico).

Claro SA

A Claro SA contrata com os seus utentes/beneficiários a prestação de cuidados e serviços médicos dentários de abrangência individual ou familiar, nas suas instalações médicas. De acordo com o indicado nas cláusulas a firmar entre as partes, aquele prestador fornece um cartão de identificação que permite aos seus beneficiários o usufruto de um plano privado de assistência médico dentária “[...] para a cobertura de assistência ora contratada a centros odontológicos, laboratórios, consultórios, clínicas e respetivos profissionais constantes do guia do utente [...]” e de uma tabela de procedimentos odontológicos.

Future Healthcare

A Future Healthcare, serviços de saúde e assistência, S.A., é uma sociedade anónima com sede em Lisboa e dedica-se à prestação e serviços de saúde e assistência médica do lar, que se desdobra na prestação de redes de medicina privada, na comercialização de seguros ligados à saúde, na intermediação de produtos financeiros nessa área, e na comercialização de planos de serviços médicos.

De acordo com o contrato que habitualmente é por si celebrado com um aderente (beneficiário), aquela obriga-se, designadamente, a colocar à disposição o acesso a uma rede de medicina privada a preços convencionados e consultas ao domicílio, mediante copagamento, com exceção da primeira consulta que é gratuita. Ali mais se obriga a

assegurar a habilitação técnica e legal de todos os seus colaboradores, parceiros e demais entidades do diretório e que fazem parte da rede, que podem ser alterados, assim como o preços e/ou localização dos serviços e os benefícios proporcionados.

De acordo com o § 1.7. do contrato, a sociedade proponente responsabiliza-se ainda pela veracidade e autenticidade das informações por si prestadas, sob pena de cessação dos efeitos contratuais e deveres de indemnização e demais responsabilidades contratuais e civis.

O plano é titulado por um cartão designado por Cartão Saúde Prime sujeito ao pagamento de uma anuidade. Por seu lado, o aderente tem a obrigação de proceder ao pagamento das importâncias devidas aos profissionais de saúde, com exclusão de qualquer participação nesses custos por parte da Future Healthcare. O contrato firmado entre as partes pode ser livremente resolvido pelo aderente, no prazo de 14 dias a contar da sua assinatura, salvo se já tiverem sido prestados quaisquer serviços.

Flying So Far

Também a Flying So Far, Rede Saúde Particular, S.A., prestador com processo de registo em curso na ERS, detém como objeto social a gestão de serviços de saúde, gestão de cartões individuais de saúde, organização de eventos, consultoria financeira, serviços de apoio ao turismo e hotelaria, outros serviços prestados a empresas e particulares. Conforme indicado no § 1. do contrato de prestação de serviços, o prestador presta ao aderente (beneficiário) serviços de assistência médica, nomeadamente, consulta médica para prescrição de um plano de saúde anual preventivo para o aderente e o seu agregado familiar, acesso a um consultório virtual no âmbito da telemedicina com informação geral de saúde, triagem, aconselhamento e encaminhamento por profissionais especializados com um *check-up* oral gratuito num dos prestadores protocolados. Ao aderente será disponibilizado um cartão de fidelização que deverá ser ativado, com uma anuidade, com a possibilidade de incluir os familiares. Ainda, a respeito da resolução, o aderente dispõe de 14 dias a contar da assinatura do contrato, salvo se já tiverem sido prestados os serviços.

Cartão de Saúde do Hospital da Misericórdia da Mealhada

Através do Cartão de Saúde do Hospital da Misericórdia da Mealhada, promovido por uma entidade bancária, a Caixa Central de Crédito Agrícola Mútuo, CRL, o seu titular beneficia de descontos no preço dos atos clínicos (meios complementares de diagnóstico e terapêutica, fisioterapia, internamento, consultas de especialidade) daquele prestador,

de um crédito pessoal para despesas de tratamentos internamento, de facilidade na contratação de seguros, no pagamento de compras e serviços e outras vantagens exclusivas em viagens.

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

