

## PROJETO DE LEI 514/XIII/2.<sup>a</sup>

### CONTRIBUTO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURADORES

#### 1. INTRODUÇÃO

A APS é uma associação sem fins lucrativos, constituída nos termos da lei para defesa e promoção dos interesses das empresas de seguros e resseguros, representando mais de 99% do mercado segurador, quer em volume de negócios, quer em efetivos totais empregados.

O setor segurador tem sido responsável pela gestão do seguro de acidentes de trabalho há mais de um século, motivo que suscita o nosso maior orgulho e razão pela qual entendemos que devemos contribuir construtivamente sempre que existam reflexões tendentes a aperfeiçoar o regime jurídico de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, atualmente estabelecido na Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro (LAT).

As alterações apresentadas no Projeto de Lei 514/XIII/2.<sup>a</sup> (PL514/XIII/2.<sup>a</sup>) suscitaram a reflexão do setor, que considera que há diversos aspetos na LAT que podem e devem ser melhorados, em particular no que concerne a trabalhadores acidentados graves.

As alterações do PL514/XIII/2.<sup>a</sup> devem ser ponderadas, por isso, no contexto de uma revisão mais abrangente e profunda de todo o regime jurídico, que a APS entende fazer sentido encetar. Para este efeito, remetemos em anexo um conjunto de propostas globais que a APS defende e que nesta consulta pública partilhamos com todos os atores envolvidos no tema dos “acidentes de trabalho”.

Fundamental é que este debate pondere racionalmente as condições de contexto em que se desenvolve atualmente o seguro de acidentes de trabalho em Portugal.

Por um lado, que não se esqueçam as condições económicas que o país atravessa, devendo o tecido empresarial ser envolvido na reflexão, atentas as possíveis implicações que as alterações propostas podem significar. Com efeito, diversas propostas do PL514/XIII/2.<sup>a</sup> implicam aumentos das prestações, nalguns casos significativos, que devem ser analisados com a noção dos efeitos que podem desencadear nas empresas no que respeita aos seus custos de laboração, por via do correspondente aumento dos prémios de seguro.

Por outro lado, que não se esqueçam também as condições económicas, altamente deficitárias e obviamente insustentáveis, em que este seguro tem vindo a ser explorado pelo setor segurador nos últimos anos. Como melhor se descreve e fundamenta no referido anexo com as propostas fundamentais da APS para revisão do regime, o setor segurador somou no ramo de Acidentes de Trabalho um saldo deficitário da ordem dos 500 milhões de euros nos últimos 5 anos, o equivalente a uma perda de 20€ por cada 100€ de prémios recebidos dos tomadores.

Por último, que não se esqueçam ainda alguns desequilíbrios estruturais do regime que têm impedido que aos progressos globais da sinistralidade laboral corresponda uma contenção dos custos suportados ao abrigo deste seguro. Em particular, que se atente às condições que têm influenciado a tendência de crescimento dos pensionistas com baixas incapacidades surgidos em cada exercício, cujo número escalou 76% entre 2008 e 2015, quando o número de sinistros global de acidentes de trabalho caiu cerca de 10%.

Sem prejuízo destas preocupações estruturais que a APS acha indispensável envolver no debate, adiantam-se, desde já, alguns comentários concretos ao PL514/XIII/2.<sup>a</sup>, tomando esta Associação a liberdade de lhes adicionar outros se uma análise técnica mais aprofundada o justificar.

## **2. COMENTÁRIOS CONCRETOS**

### **Artigo 10.º**

Como regra aquele que alega um direito deve fazer a respetiva prova. No PL514/XIII/2.ª sugere-se que nestes casos seja o contrário, com a agravante de se saber antecipadamente que é quase impossível a seguradora (ou na sua falta a entidade patronal) ilidir tal presunção.

**Não nos parece uma proposta justa, pelo que discordamos do seu teor.**

### **Artigo 25.º**

Não compreendemos a razão de ser desta proposta, uma vez que estas prestações já hoje têm caráter vitalício.

### **Artigo 28.º**

A entidade responsável tem atualmente o direito de designar o médico assistente porque é ela que assume o seu pagamento e quem efetivamente gere milhares de acidentes de trabalho todos os anos, com a experiência que daqui decorre (no SNS o cidadão também não escolhe o seu médico de família).

As seguradoras, gerindo este seguro há mais de 100 anos, sabem que um dos fatores chave na recuperação dos sinistrados é o atendimento clínico ser o mais precoce possível. O número de dias de trabalho perdidos aumentaria com a recuperação tardia dos sinistrados, e a especialização hoje existente nos médicos e clínicas é uma mais valia que se perderia.

As seguradoras conhecem bem o universo clínico português, conseguindo perante cada situação encaminhar o sinistrado para o prestador clínico mais adequado.

Refira-se, igualmente, que o regime atual possibilita que se disponibilize de forma imediata os elementos a facultar ao tribunal de trabalho (nomeadamente elementos contratuais, declarações de remunerações e informação clínica) e existe o total conhecimento da situação clínica do trabalhador acidentado para poder convenientemente participar e propor ao tribunal de trabalho o coeficiente em caso de incapacidade permanente.

Acresce que a articulação entre o médico designado pela seguradora e os próprios serviços da seguradora responsável permite que esta provisione o sinistro de forma correta, para que seja salvaguardado o recebimento total e atempado pelo trabalhador das indemnizações por incapacidades temporárias (ITs), das pensões por incapacidades permanentes (IPs) e dos montantes previsíveis com gastos futuros em assistência clínica vitalícia, cujos valores, como se sabe, podem atingir montantes elevadíssimos.

A gestão sã e prudente deste seguro obrigatório depende muito do facto das seguradoras conhecerem tão precocemente quanto possível o volume das responsabilidades financeiras que podem vir a ser chamadas a pagar, sendo por isso a articulação entre a seguradora e o médico assistente tão importante.

Sublinhe-se, de novo, que as seguradoras, no caso de acidentes de trabalho que originem incapacidades permanentes, têm responsabilidades de caráter vitalício. O correto provisionamento de tais responsabilidades é crucial para as seguradoras terem capacidade para respeitar na íntegra tais compromissos. O respeito pelos compromissos vitalícios sempre existiu desde que o setor segurador tem esta enorme responsabilidade de gerir o seguro de acidentes de trabalho e assim pretendemos que continue.

**Em suma, para o setor segurador esta proposta é inaceitável.**

**Artigo 47.º**

A nova alínea a) do n.º 1 deste artigo propõe alargar a cobertura aos danos não patrimoniais (morais). Atualmente o regime de acidentes de trabalho considera dano reparável aquele que se repercute na prestação de trabalho, considerando os danos não patrimoniais nos casos do artigo 18.º (atuação culposa do empregador).

A não garantia de danos morais tem a ver com a **responsabilidade objetiva** versus **responsabilidade subjetiva**, que a jurisprudência invoca quando confrontada com a questão.

Nos termos das regras gerais da responsabilidade civil constantes do Código Civil, sem culpa não há direito a indemnização por danos morais. Importante nesta matéria é a posição expressa no Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 26.02.2014, que se pronunciou sobre a questão de saber se o artigo 18.º da LAT é inconstitucional ao exigir para a reparação por danos morais a existência de culpa da entidade empregadora.

*“A Recorrente entende que uma justa reparação deve abranger, independentemente de culpa, também os danos morais, como acontece fora dos casos de acidentes de trabalho.*

*Esta pretensão também carece de fundamento. Desde logo porque a reparação dos danos morais, previstos no art. 496º, pressupõe a verificação dos requisitos gerais da responsabilidade civil enunciados no art. 483º do Código Civil, nomeadamente a culpa do responsável pela reparação dos danos, e a reparação dos danos previstos na LAT ocorre independentemente da culpa da entidade empregadora.*

*A exceção constante do art. 18º nº 1 da LAT, em que há lugar a danos morais no caso de verificação de um facto ilícito imputável a título de culpa ao causador dos danos, está em consonância com as regras gerais da responsabilidade civil, em geral.*

*Compreende-se, assim, que as restantes normas da LAT não prevejam a reparação dos danos morais, porque, como já dissemos, tal reparação nela prevista, é objectiva, independente da culpa da entidade empregadora.*

*No âmbito desta lei o direito à reparação nela prevista, quer na vertente em espécie quer em dinheiro, decorre do simples facto de o acidente ocorrer no local e no tempo de trabalho ou outras circunstâncias equiparadas.*

*(...)*

*Não se mostra por isso, violado o princípio da igualdade constante do art. 13º da Constituição da República Portuguesa (CRP).*

*(...)*

*No caso, a diferença entre a previsão das situações previstas no art. 18º nº 1 e as restantes normas da mesma lei, está objectivamente justificada, não se verificando a alegada inconstitucionalidade.*

*Também não se verifica a violação do disposto no art. 59º nº 1 f) da CRP onde se refere que todos os trabalhadores, sem excepção, têm direito a “assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou doença profissional”, porquanto essa assistência e justa reparação está objectivada actualmente na Lei nº 98/2009 de 4.09, em termos adequados, quer na sua vertente de reparação em espécie, quer na vertente da reparação em dinheiro, sendo que a previsão do art. 18º da LAT concretiza um caso especial de reparação das vítimas de acidentes de trabalho ou dos seus beneficiários perfeitamente compreensível e em consonância com as regras gerais da responsabilidade civil.”*

Para além deste fundamento essencialmente jurídico - **apenas há lugar a danos morais no caso de verificação de um facto ilícito imputável a título de culpa ao causador dos danos** -, o próprio Acórdão apresenta um outro fundamento que acompanhamos:

*“Também não se verifica a violação do disposto no art. 59º n.º 1 f) da CRP onde se refere que todos os trabalhadores, sem exceção, têm direito a “assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou doença profissional”, porquanto **essa assistência e justa reparação está objetivada atualmente na Lei nº 98/2009 de 4.09, em termos adequados, quer na sua vertente de reparação em espécie, quer na vertente da reparação em dinheiro, sendo que a previsão do art. 18º da LAT concretiza um caso especial de reparação das vítimas de acidentes de trabalho ou dos seus beneficiários perfeitamente compreensível e em consonância com as regras gerais da responsabilidade civil.**”*

**Pelo exposto, entendemos que o quadro legal atual não deve ser alterado no sentido proposto no PL 514/XIII/2.ª.**

#### **Artigo 49.º**

As propostas para as alíneas a) e b) e d) do n.º 1 eliminam a condição de se considerar “pessoa a cargo do sinistrado” aquela que viva com o sinistrado em comunhão de mesa e habitação ou união de facto (e, ainda, os ascendentes) auferindo rendimentos mensais inferiores ao valor da pensão social, ou seja, alargam o âmbito a toda e qualquer pessoa que viva em comunhão ou união de facto com o sinistrado não se vislumbrando fundamento para tal.

**Trata-se de uma proposta que, de novo, alarga o âmbito do perímetro do seguro obrigatório, o que terá de ser considerado pelas seguradoras no cálculo do prémio de seguro.**

#### **Artigo 68.º**

Atualmente a readaptação da habitação tem o limite de 12 vezes o valor de 1,1 do IAS à data do acidente (correspondente a 5.561,4€).

O PL514/XIII/2.ª propõe que deixe de existir limite, ou seja, a readaptação da habitação será feita independentemente do seu custo.

**Concordamos em aumentar o atual valor mas discordamos de responsabilidades sem que exista um limite estabelecido. Sugere-se a introdução de um limite superior ao atual, a acordar em sede de discussão na especialidade.**

**Neste mesmo contexto sugere-se, ainda, a reponderação da redação do atual artigo 41.º, n.º 1, *in fine*, da LAT, relativo às ajudas técnicas, cuja expressão final “independentemente do seu custo” deveria ser alterada. Como acima referimos a propósito de outro tema, as seguradoras têm de provisionar as suas responsabilidades de forma correta e o mais próximo possível da realidade. Com regras que estabelecem responsabilidades ilimitadas não é possível conhecer os montantes que podem vir a estar envolvidos. É uma matéria que nos preocupa e que entendemos que deve merecer correção.**

#### **Artigo 70.º**

A proposta elimina a possibilidade de a entidade responsável pelo pagamento requerer a revisão, o que na prática significa que, caso exista melhoria da incapacidade do sinistrado, tal facto nunca será considerado porque naturalmente não haverá um pedido de revisão do trabalhador acidentado.

**Não nos parece adequado, pelo que não concordamos com a proposta.**

### **Artigo 71.º**

Esta proposta de atualização das pensões por IP e por Morte está já consagrada legalmente há muito tempo (embora com critério diferente) e de forma inovadora também a atualização das indemnizações por incapacidade temporária.

Como neste projeto nada se refere relativamente ao atual artigo 24.º da LAT (recidiva ou agravamento), existiriam dois critérios diferentes consoante a indemnização por incapacidade temporária:

- Resultasse de período de incapacidade que abrangesse a vigência de mais de uma retribuição mínima mensal garantida; ou
- Resultasse de recidiva ou agravamento.

**Não parece acertado.**

### **Artigo 75.º**

N.º 1 – propõe alterar o carácter de obrigatoriedade atualmente consagrado, fazendo depender a remição (em caso de IPP inferior a 30%) da exclusiva vontade do sinistrado ou beneficiário e eliminando a outra condição (o valor da pensão anual não ser superior a seis vezes a RMMG, ou seja, 3.342€/ano).

N.º 2, alínea a) - propõe limitar a remição parcial, impedindo-a em caso de incapacidade permanente para o trabalho habitual (IPATH).

N.º 2, alínea b) - propõe aumentar o valor da pensão anual sobranete de 6 vezes a RMMG (3.342€) para 14 vezes a RMMG (7.798€), ou seja, pretende que a pensão mensal sobranete passe a ser igual ao valor da RMMG (557€) quando hoje este valor é de 238,71€ por mês (14 meses).

**Estas propostas, além de aumentarem os valores das prestações, limitam as condições em que se efetua a remição de pensão, aumentando por essa via o trabalho administrativo das seguradoras. São propostas que terão custos acrescidos para as empresas e seguradoras.**

### **Artigo 47.º, n.º 2; Artigo 49.º, n.º 1, al.ªs a), b) e d); Artigo 54.º, n.º 1; Artigo 65.º, n.º 2; Artigo 66.º, n.º 2; Artigo 67.º, n.ºs 2, 3, 4 e 5; Artigo 69.ºn.º 3**

Tomamos a devida nota de que parte significativa das alterações introduzidas referem-se a aumentos das prestações pela alteração da indexação das prestações à retribuição mínima mensal garantida (RMMG) por substituição do Indexante de Apoio Social (IAS).

**Esta alteração implica aumentos significativos e amplos a incorporar no cálculo do valor do prémio de seguro a suportar pelos tomadores deste seguro obrigatório, que são os empregadores. Tratando-se de uma decisão política, chamamos a atenção para a possível existência de custos acrescidos. Entendemos que o tecido empresarial e os trabalhadores independentes poderão ter dificuldade em compreender tais medidas numa época de dificuldades económicas que permanece muito presente na sociedade portuguesa.**

*APS, 29 de agosto de 2017*

## **ANEXO**

### **REGIME DE REPARAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO PROPOSTAS DE REVISÃO DA APS**

#### **A – INTRODUÇÃO**

1. É facto conhecido e inquestionável que a exploração da modalidade de seguro de acidentes de trabalho vem registando, ao longo dos últimos exercícios, em termos globais, resultados técnicos muito negativos.

O quadro infra ilustra de modo claro a evolução verificada.

<b>INDICADORES DA CONTA TÉCNICA</b>									
(Sobre Prémios Adquiridos, Líq. de Resseguro)	2008.12	2009.12	2010.12	2011.12	2012.12	2013.12	2014.12	2015.12	2016.12
<b>Rácio Sinistralidade</b>	86,8%	82,1%	83,3%	91,5%	112,8%	106,4%	115,3%	108,3%	112,4%
Rácio Montantes Pagos	74,2%	81,5%	87,1%	89,9%	95,5%	103,5%	101,0%	99,1%	90,6%
Rácio Variação das Provisões	12,5%	0,7%	-3,8%	1,6%	17,3%	3,0%	14,3%	9,2%	21,8%
<b>Rácio Despesas</b>	25,2%	25,4%	25,6%	26,8%	26,8%	26,4%	26,5%	25,2%	24,4%
Rácio Custos Aquisição	19,4%	19,0%	19,0%	19,4%	19,5%	19,5%	19,4%	19,2%	18,7%
Rácio Custos Administrativos	5,8%	6,5%	6,5%	7,5%	7,3%	6,9%	7,1%	6,0%	5,6%
<b>Rácio Combinado</b>	112,0%	107,6%	108,9%	118,4%	139,7%	132,9%	141,8%	133,5%	136,8%
<b>Rácio de Resultados</b>	-8,0%	4,0%	1,4%	-8,5%	-24,4%	-17,0%	-18,1%	-16,5%	-23,7%
Rácio Componente Técnica	-13,5%	-6,3%	-10,3%	-17,6%	-40,6%	-37,3%	-44,4%	-33,7%	-34,9%
Rácio Componente Financeira	5,5%	10,4%	11,7%	9,1%	16,3%	20,2%	26,3%	17,1%	11,2%
<b>Resultado Técnico</b>	-55 643	24 655	7 778	-45 019	-116 515	-74 629	-80 134	-82 249	-132 388
<b>Componente Técnica</b>	-93 548	-38 470	-56 573	-93 272	-194 222	-163 296	-196 194	-167 607	-194 876
<b>Componente Financeira</b>	37 905	63 125	64 351	48 254	77 707	88 667	116 060	85 359	62 488
<b>AMOSTRA ACIDENTES DE TRABALHO</b>	95,90%	95,69%	86,67%	86,57%	86,90%	87,24%	87,43%	92,61%	93,37%

A exploração do ramo nestas condições deficitárias (sendo que, nos últimos 5 anos, o setor segurador perdeu aqui quase 500 milhões de euros) é, obviamente, insustentável. E se já o era anteriormente pela forma como vinha afetando a rentabilidade genérica da atividade, é-o agora de forma mais preocupante ainda, quando o setor está sujeito a um regime prudencial especialmente exigente, o regime Solvência II em vigor desde 1 de janeiro de 2016.

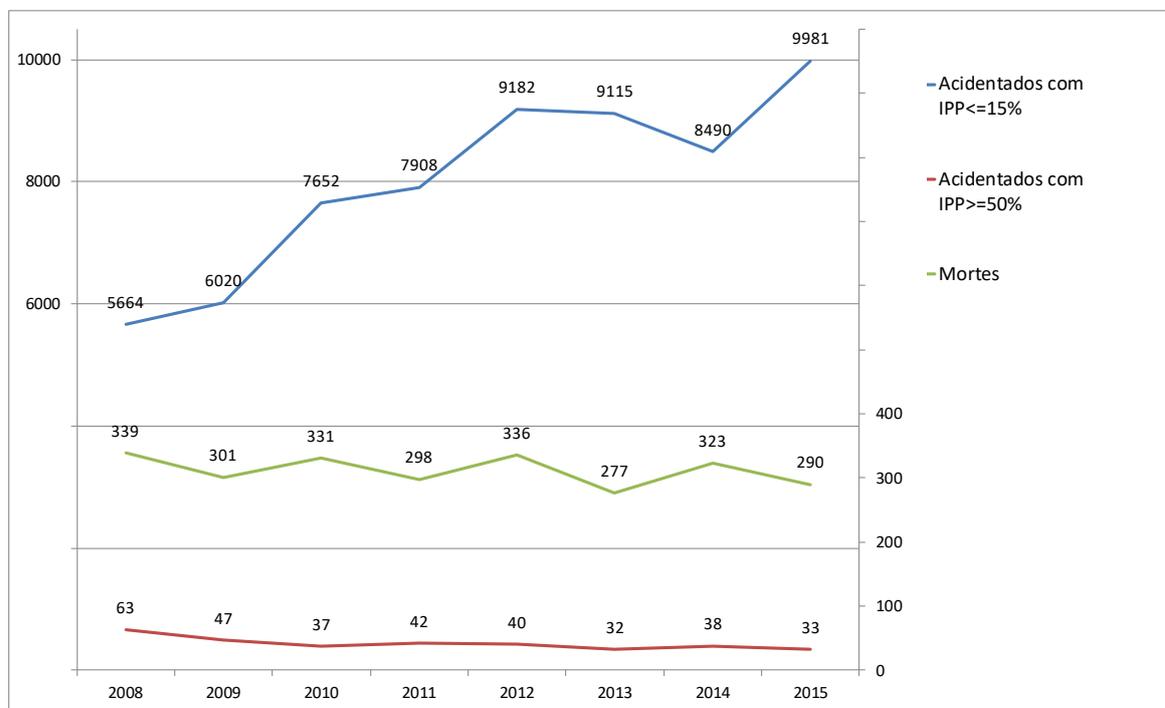
E com as responsabilidades de longo prazo que assume e as situações de incerteza que envolve (muitas das quais se visa exatamente atenuar com estas propostas), o ramo de Acidentes de Trabalho é particularmente sensível à nova abordagem de cálculo do capital de solvência exigido às seguradoras (como certamente revelarão os dados dos primeiros exercícios de aplicação deste regime).

2. Vários fatores vêm concorrendo para o acentuado e insustentável desequilíbrio dos resultados técnicos da modalidade, o qual, embora em medida desigual, é comum à larga maioria dos operadores.

A forte pressão concorrencial exacerbada pela crise levou a um sistemático abaixamento, em termos médios, do preço do seguro e induziu, ao mesmo tempo, a manutenção, em níveis percentuais elevados, dos custos de distribuição, pese a natureza social e obrigatória do seguro e o tipo de “venda”, ou se se preferir de “compra”, que predomina (seguro coletivo).

Mas a “generosidade”, nalguns pontos, do regime de reparação vigente - sem paralelo nos regimes dos países da União Europeia e, pese a circunstância, recentemente melhorado, em manifesto contraciclo, com a entrada em vigor, em 1 de janeiro de 2010, da Lei nº 98/2009, de 4 de setembro - não é alheia à preocupante evolução negativa dos resultados, cuja verdadeira expressão ainda assim só virá a ser evidenciada, de modo pleno e inequívoco, diferidamente, como é típico na atividade seguradora.

A evolução da acidentalidade menos grave (vítimas com incapacidade permanente parcial – IPP - igual ou inferior a 15%), que regista um crescimento de 76% entre 2008 e 2015 (gráfico infra), evidencia a “generosidade” antes referida. Com efeito, o fraco desempenho da atividade empresarial neste período, em especial em setores com maior acidentalidade, como a construção, a redução da sinistralidade rodoviária e dos acidentes *in itinere* e a melhoria do equipamento industrial e das medidas de segurança deveriam resultar num menor número de acidentes causadores de lesões permanentes, como aliás se verifica na acidentalidade grave (mortes e vítimas com IPP acima de 50%), que regista uma clara tendência de decréscimo.



Por outro lado, os complexos procedimentos de natureza judicial, de uso obrigatório, que envolvem a realização das prestações e a regularização dos sinistros, designadamente daqueles em se verificam incapacidades permanentes, revisões destas e, quando seja o caso, remições, geram também significativos e persistentes custos operacionais, não irrelevantes no cômputo dos custos totais com sinistros.

Em contraponto, uma análise mais detalhada do regime permite constatar que, pese a miríade de prestações, o regime de reparação dos denominados “grandes sinistrados”, designadamente dos que carecem de assistência permanente de terceira pessoa e de adaptar a residência à sua nova condição, tendo família a cargo e pensão baixa, pode acomodar, ainda, sensíveis melhorias, a custos comportáveis. Também no plano da reabilitação e da reinserção social dos “grandes inválidos” muito há, ainda, por fazer.

Ou seja, numa súmula, sempre redutora, poderá dizer-se que o regime de reparação de acidentes de trabalho carece de melhor “equilíbrio”, uma vez que garante, em certos casos, prestações de valor superior à perda, mas  avaro na reparação de situações, de muito menor frequência, em que  patente a necessidade de melhor proteção.

**3.** Seja como for, a adoção de um conjunto articulado de medidas que contribua, de modo eficaz, para promover a inversão da indesejada situação de défice de exploração da modalidade, constitui um urgente imperativo, por razões prudenciais e de sustentabilidade do sistema.

O ajustamento de preço dos seguros, a desencadear por cada um dos operadores em função das experiências de sinistralidade e da composição das suas carteiras, sendo necessário, não é certamente a única via a percorrer neste exigente processo visando o reequilíbrio da exploração técnica da modalidade.

Se fosse, implicaria um sensível acréscimo de despesa para as empresas, tomadoras dos seguros, com impacto relevante nos custos do fator trabalho - o que é tido por não desejável nem realizável.

**4.** Neste quadro, a APS promoveu uma alargada troca de pontos de vista sobre os traços essenciais do regime vigente, positivos e negativos, em especial sobre os “excessos” e “disfunções” que propicia ou induz e refletiu, em termos genéricos, sobre medidas aptas a mitigar/superar as insuficiências e imperfeições mais evidentes.

Embora outras matérias críticas tenham sido identificadas, as propostas aqui apresentadas cingem-se a disposições:

- que regem de forma injustificadamente “generosa” e excessivamente “garantística” e burocratizada, inadequada para o tempo, certo tipo de situações, dando causa a significativos sobrecustos, quer de prestações, quer operativos;
- cuja modificação pode contribuir, em medida apreciável, para minorar os custos de exploração do seguro, sem quebra dos princípios da justiça e da segurança jurídica; e,
- cujas alterações se revelam suscetíveis de poder ser adotadas, em tempo útil, sem controvérsia sria no plano político, social e jurídico.

**5.** Em simultâneo, este desiderato não impede, antes recomenda, que estas medidas sejam acompanhadas de outras tendentes à melhoria de algumas prestações, em benefício de um pequeno número de “grandes sinistrados”, superando também insuficiências do regime e tornando este mais equilibrado.

Em concreto, para “melhorar” o regime de reparação dos “grandes sinistrados” podem equacionar-se, nomeadamente, medidas tendentes a:

- majorar de forma degressiva as pensões, por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho (IPATQT), até um determinado valor, sem que o cmulo das pensões e majorações possa, nalgum caso, ultrapassar o valor da retribuição;
- aumentar o montante da prestação suplementar para assistência a terceira pessoa, fazendo-a depender da constância e complexidade do tipo de assistência;
- rever, aumentando, o subsídio por situação de elevada incapacidade;
- aumentar o valor máximo do subsídio com a readaptação da habitação.

## B – PROPOSTAS E FUNDAMENTOS

### 1 – SIMPLIFICAÇÃO/AGILIZAÇÃO DE COMUNICAÇÕES SOBRE REMUNERAÇÕES

O tráfego de dados inerente à gestão dos contratos deste seguro obrigatório é muito volumoso, impondo-se que, tanto quanto possível, se faça por via eletrónica, por razões de rapidez, custo, certeza, segurança e, até, ambiente.

#### **Declaração de remunerações:**

A atual base legal da declaração de remunerações no seguro obrigatório acidentes de trabalho (Portaria n.º 256/2011, de 5 de julho) prevê já que:

- o tomador do seguro se obriga *“a enviar ao segurador, até ao dia 15 de cada mês, cópia das declarações de remunerações do seu pessoal remetidas à segurança social, relativas às retribuições pagas no mês anterior, devendo no envio mencionar a totalidade das remunerações previstas na lei como integrando a retribuição para efeito de cálculo da reparação por acidente de trabalho, e indicar ainda os praticantes, os aprendizes e os estagiários”* (Cláusula 24.ª/1/a); e que

- *“salvo convenção em contrário, as comunicações previstas nas alíneas a) e c) do número anterior são efetuadas por meio informático, nomeadamente em suporte digital ou correio eletrónico.”* (Cláusula 24.ª/2).

Esta base legal não se traduziu, porém, numa alteração substancial das práticas de mercado, uma vez que apenas cerca de 30% das empresas enviará atualmente estas declarações às seguradoras em ficheiro eletrónico, apesar ter sido criado e disponibilizado um ficheiro comum para o efeito, harmonizado para todo o setor e alinhado com o da Segurança Social.

**A solução mais racional para resolver este problema passa pelo aproveitamento do reporte previsto no Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social que instituiu a obrigatoriedade de as entidades contribuintes procederem à declaração das remunerações por transmissão eletrónica de dados, através do sítio da segurança social na Internet (artigos 40.º a 43.º da Lei 110/2009, de 18/5, e artigos 13.º a 26.º do Decreto Regulamentar 1-A/2011 de 3/1).**

**Em concreto, pressupõe apenas a introdução, no modelo de declaração eletrónica de remunerações pelo empregador para a Segurança Social, de um campo de informação adicional, de preenchimento obrigatório, com o código oficial do respetivo segurador de acidentes de trabalho (código este que é atribuído pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões), complementado pela implementação de um processo de reencaminhamento automático de cada declaração para o segurador identificado.**

Entre as múltiplas vantagens inerentes a esta solução, seja para as seguradoras, para as empresas e para o próprio Estado, podem salientar-se as seguintes:

- a. Controlo da obrigação de celebrar seguro de acidentes de trabalho e da obrigação de reporte à Segurança Social: caso existisse obrigação de submissão eletrónica da declaração de remunerações pelo empregador para a Segurança Social e simultaneamente para a respetiva seguradora, passaria a existir forma de, a todo o tempo, a segurança social e a autoridade das condições de trabalho saber se a empresa cumpre a dupla obrigatoriedade de: (i) reporte da informação e respetivas contribuições e quotizações para a Segurança Social e (ii) celebração do

seguro obrigatório de acidentes de trabalho com a indicação da massa salarial segura por trabalhador. Atualmente não existe forma automatizada de efetuar o controlo da obrigação de celebração do seguro de acidentes de trabalho.

- b. Redução de erros e prevenção da fraude: frequentemente por erros, lapsos ou outras situações, as empresas não incluem todos os seus trabalhadores, e todos os valores por eles auferidos, nas declarações de remunerações. Esta discrepância de informação entre a informação fornecida à seguradora e a fornecida à segurança social redundam em prejuízos que são causados, consoante o caso, a uma ou a outra entidade e muitas vezes ao próprio sinistrado ou beneficiário da segurança social que se vê privado dos seus direitos na sua plenitude e que poderiam ser evitados por esta via. A consagração legal da obrigatoriedade da dupla transmissão eletrónica destes dados reduziria os erros, simplificaria procedimentos, preveniria a fraude, permitiria uma fiscalização mais eficaz e proporcionaria a diminuição dos custos de contexto.
- c. Celeridade nos processos de regularização de sinistros e no pagamento dos custos aos hospitais que integram o SNS: outra vantagem que o sistema aportaria seria a maior celeridade na identificação do seguro de acidentes de trabalho associado aos trabalhadores sinistrados que dão entrada nos hospitais. Em 2015 ocorreram cerca de 234 mil acidentes de trabalho e só nos hospitais públicos que aderiram à plataforma de gestão das dívidas hospitalares instituída por protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a APS foram faturados mais de 175 mil atos médicos às seguradoras de acidentes de trabalho. Com a implementação de um sistema eletrónico de envio das folhas de remuneração, tornar-se-ia muito mais fácil e rápido identificar qual a seguradora responsável pelo pagamento das faturas associadas ao tratamento de sinistrados de acidentes de trabalho, contribuindo-se por esta via para uma maior eficácia do sistema de faturação hospitalar, assim como aquela poderia designar mais rapidamente o médico assistente do sinistrado e assumir o acompanhamento clínico do processo como previsto na lei (art. 28.º da Lei n.º 98/2009, de 4/9), libertando recursos do SNS.
- d. Desmaterialização do suporte em papel: de acordo com informação disponível na Pordata o número de empresas em Portugal é de 1,1 milhões (dados de 2013), pelo que, anualmente, as seguradoras recebem mais de 13 milhões de declarações de remunerações, das quais cerca de 10 milhões em suporte de papel (assumindo que cada empresa entrega todos os meses apenas uma página de papel, o que não sucede se a empresa tiver ao seu serviço um número de trabalhadores superior a 50). Desmaterializar este enorme volume de papel será uma vitória a todos os níveis para as empresas, com impactos significativos nos custos de contexto e ambientais.

**Se a sugestão acima não for atendível, pode equacionar-se como solução alternativa a determinação, por Portaria dos Ministros competentes, do uso imperativo da cláusula 24.º, n.º 1, alínea a), das condições gerais do seguro (aprovadas pela Portaria 256/2011, de 5 de julho), com o estabelecimento da obrigação de uso de ficheiros de dados e meios eletrónicos de comunicação (acordados com os seguradores) sempre que os tomadores (empregadores) já estejam obrigados a usar tais meios nas relações com a Segurança Social.**

## **2 – REGIME DE MAJORAÇÃO DAS INCAPACIDADES PERMANENTES A PARTIR DOS 50 ANOS**

A Tabela Nacional de Incapacidades por Acidente de Trabalho e Doenças Profissionais, constante do Anexo I ao Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, prevê, no n.º 5, al.ª a), das Instruções Gerais, que os coeficientes de incapacidade de vítima não reconvertível em relação ao posto de trabalho, ou de vítima com 50 anos ou mais, esta quando não tenha beneficiado da aplicação do fator, são bonificados, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo fator 1,5.

O automatismo de tal bonificação para as vítimas com 50 anos ou mais não tem fundamento razoável, constituindo um elemento pernicioso ao bom funcionamento do sistema, na medida em que pode dar lugar à aquisição de benefício sem razão justificativa, logo ilegítimo.

Não tem fundamento médico, como atestarão os especialistas em medicina legal (recomendando-se, nesta matéria, uma consulta ao Instituto Nacional de Medicina Legal).

Nem tem fundamento jurídico, como resulta evidente de um parecer do Prof. Rui Moura Ramos, que sobre este assunto conclui: *“a) A alínea a) do n.º 5 da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais, ao prever a concessão de uma bonificação dos coeficientes de incapacidade previstos naquela Tabela, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo factor 1.5, aos trabalhadores que tenham atingido a idade de 50 anos ou mais, por este simples facto, consagra uma solução manifestamente infundada, por irrazoável e desprovida de qualquer fundamentação racional, que se não encontra justificada por qualquer valor constitucionalmente relevante. b) Nestes termos, deve considerar-se que a diferenciação assim estabelecida entre aqueles trabalhadores e os demais (os que não tenham atingido 50 anos) é arbitrária, sendo por isso inconstitucional, por violação do princípio da igualdade consagrado no artigo 13.º da Constituição da República. c) Há pois que concluir que os tribunais não devem aplicar a referida bonificação aos coeficientes de incapacidade dos trabalhadores que tenham atingido a idade de 50 anos ou mais, apenas fazendo dela beneficiar os trabalhadores vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional que se não possam reverter em relação ao posto de trabalho.”*<sup>1</sup>

**O relevante é saber-se, em cada caso, se a vítima é, ou não, reconvertível, ao posto de trabalho, independentemente da idade, sendo que, quando o não é, a incapacidade permanente (IP) atribuível é a de incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual (IPATH) e não uma incapacidade permanente parcial (IPP) majorada.**

**Seja como for, justificando-se porventura a eliminação de tal regra, propõe-se a modificação ao seu teor, eliminando a referência à idade.**

Esta modificação, a ser adotada, tem efeitos muito relevantes: atuais e futuros.

Desde já, impede que os sinistrados de mais de 50 anos, só por esse facto, vejam bonificadas, de modo automático e artificial, as incapacidades permanentes parciais (IPPs) que os afetem, quando o fator idade não interaja com a reconversão ao posto de trabalho.

Depois, porque a ausência dessa bonificação automática e conseqüente eliminação da expectativa de se poder vir a obter benefício futuro, ainda que “injusto”, ao atingir 50 anos, irá certamente dissuadir a repetição de pedidos de revisão de incapacidade. Face à atual redação do preceito, submeter-se a exame de revisão depois de atingir os 50 anos dá prémio certo, independentemente da interferência da incapacidade no exercício da função ou do trabalho.

Por força da eliminação da frase que constava na anterior Tabela (“... perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com carácter permanente.”), as decisões judiciais vão no sentido de considerar a aplicação do fator de agravamento de 1,5 de forma automática.

<sup>1</sup> Entretanto, em sentido contrário, o Tribunal Constitucional decidiu não julgar inconstitucional a norma que determina a aplicação do “fator de bonificação de 1,5, em harmonia com a alínea a) do n.º 5 do anexo I do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, (Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais)” aos coeficientes de incapacidade previstos nesse diploma quando «a vítima [...] tiver 50 anos ou mais” (Acórdão 526/2016, publicado na 2.ª série do Diário da República em 07/11/2016).

Inclusivamente, surgem decisões judiciais em que, por força da aplicação do fator de bonificação de 1,5, as incapacidades ultrapassam 100% (havendo exemplos reais de 105,934% e de 120%), incumprindo o consagrado na instrução geral n.º 5, al.ª a) (os “coeficientes de incapacidade previstos são bonificados, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo fator 1,5”) e no n.º 2 do artigo 21.º da Lei de Acidentes de Trabalho (“o grau de incapacidade é expresso pela unidade quando se verifique disfunção total com incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho”).

Considerando todo este enquadramento, que suscita controvérsia e litigação, a APS acredita que a alteração que defende é uma solução, não apenas necessária e equilibrada, mas que eliminará também contingências que são, decerto, de valor significativo.

### **3 – PROCEDIMENTO SIMPLIFICADO (OPTATIVO) DE TRAMITAÇÃO DE SINISTRO**

É conhecida a complexa tramitação judicial a que a regularização dos sinistros graves (geradores de incapacidades permanentes e/ou de morte) está sujeita.

Sabe-se que o número de processos abertos e encerrados, por ano, nos tribunais de trabalho, é muito elevado, tendo um peso muito significativo no universo de processos tramitados em tais tribunais, bem como certamente nos respetivos custos de funcionamento.

De acordo com a informação estatística disponibilizada pelo Ministério da Justiça<sup>2</sup>, o número total de processos entrados na área “laboral” no ano 2015 foi 44.225, sendo que, destes, 29.378 são identificados como sendo de acidentes de trabalho, o que representa quase 2/3 do total dos processos.

As estimativas da APS para o número de processos de acidentes de trabalho anualmente alocados pelas seguradoras aos Tribunais de Trabalho ficam aquém daquele volume, mas em 2016 apontam, ainda assim, para um número em torno dos 16.000 (mais de 60 processos abertos por dia útil), a que está associada uma enorme carga burocrática e um enorme volume de custos.

Note-se que 2/3 destes processos (cerca de 11.000) se referem a incapacidades permanentes, que demoram, em média, quase um ano até à respetiva homologação e que envolvem, na maior parte dos casos (cerca de 6.500), juntas médicas para discussão de grau de incapacidade, com custos médios (por junta médica) que rondam os 500 euros.

A atual situação, que gera custos evitáveis, se aproveita a alguém não é aos sinistrados, nem aos seguradores. Também é uma fonte de custos apreciáveis, pelo menos indiretos, para o Estado, embora em boa parte recuperados dos seguradores, através das custas e de impostos de justiça.

As preocupações com a segurança jurídica estão longe de justificar a complexidade e “necessária judicialização” da tramitação de tais processos.

**Acredita-se, por isso, que faz sentido propor a abertura da possibilidade de, por livre acordo dos interessados, boa parte das situações de sinistros de incapacidades permanentes ser resolvida extrajudicialmente, embora com depósito dos textos dos acordos e das suas bases num organismo a definir ligado à Segurança Social, incumbindo a este o respetivo “controlo” de conformidade, com notícia das situações de desconformidade ao Ministério Público.**

---

<sup>2</sup> <http://www.siei.dgpi.mj.pt>.

**Também no que se refere aos processos de “remição de pensão” sugere-se a adoção de procedimento similar.**

A celebração de acordos extrajudiciais libertaria, de forma natural, a intervenção dos tribunais de trabalho em situações desnecessárias.

#### **4 – REVISÃO DAS INCAPACIDADES PERMANENTES (IPs)**

Desde a entrada em vigor da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, as revisões de incapacidades permanentes e, conseqüentemente, do valor das prestações pode ser requerida, sem limite temporal, 1 vez por ano.

É uma situação muito gravosa, a vários títulos, incluindo no que respeita ao suporte dos custos com exames e juntas médicas de recurso (acrescendo que em 2016 em cerca de 2/3 dos requerimentos de revisão de incapacidade se concluiu pela inexistência de alteração de grau de incapacidade permanente).

Já anteriormente, o prazo de 10 anos para o requerimento de revisões era considerado, por boa parte da jurisprudência, dever contar-se da última revisão em que tivesse sido reconhecida a existência de agravamento - ou seja, em que tivesse sido constatada a não estabilização da situação clínica do sinistrado - o que significava, na prática, que, nesse caso, a situação de incapacidade permanente poderia voltar a ser revista nos 10 anos posteriores a contar desse último exame.

É um quadro sem paralelo nos países da União Europeia, que cria uma intolerável situação de incerteza e insegurança jurídicas, contrária aos princípios básicos de funcionamento do seguro privado. É a consagração da imprevisão.

Parece evidente a necessidade de propor o “regresso” ao prazo de 10 anos a contar da data da primeira decisão médica que declare estabilizada, ou consolidada, a situação clínica do sinistrado que sirva de base à atribuição da primeira pensão ou da primeira fixação de incapacidade permanente, salvo nos casos de doença, lesão ou perturbação funcional que, pela sua própria natureza, tenham caráter evolutivo.

Nos direitos belga, francês e italiano o direito de requerer a revisão extingue-se, caduca melhor dizendo, em regra decorrido um prazo relativamente curto: 3 ou 5 anos sobre a decisão médica base da atribuição da primeira pensão.

Não obstante, porque em Portugal já a lei anterior previa a revisão da incapacidade até ao decurso do prazo de 10 anos sobre a data da fixação da incapacidade permanente e quer os Tribunais Comuns, quer o Tribunal Constitucional, vêm produzindo jurisprudência que tende a alargar nos termos referidos o prazo para o exercício de tal direito, entende-se propor uma nova formulação para a matéria que, embora sem nenhuma certeza como é óbvio, se acredita ser suscetível de poder passar no crivo da constitucionalidade, atento o que o Tribunal Constitucional (TC) e o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) têm dito sobre esta matéria.

Em Acórdão de 22/05/2013 sobre esta matéria, o STJ diz várias coisas importantes:

- a primeira, é que o prazo de 10 anos, que delimita o exercício do direito à revisão, é de considerar um prazo suficientemente importante e dilatado para, segundo a normalidade das coisas, permitir considerar como consolidada a situação do sinistrado;

- a segunda, é que a Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, não se aplica, nem em matéria de revisões, às situações emergentes de acidentes ocorridos antes da sua entrada em vigor, entendendo que, se tal acontecesse, se ofenderia gravemente a certeza e a segurança do direito.

Por outro lado, nos Acórdãos, nem sempre de sentido unívoco, proferidos pelo TC sobre a matéria, o que deles se retira, na essência, é que o limite temporal ao direito de requerer revisão se deve contar da data da última revisão em que se tenha constatado agravamento da situação clínica do sinistrado, sob pena de se considerar a norma inconstitucional quando entendida com outro sentido.

Não havendo reconhecimento intercalar de agravamento da situação vale o prazo limite que a lei fixe (por exemplo 10 anos) para o direito de requerer revisão, a contar da decisão em que a incapacidade permanente seja fixada sem que se tenha verificado, entretanto, agravamento reconhecido.

**Acreditando nesta perspetiva, crê-se justificar-se a proposta de adoção de nova redação para o n.º 3 do artigo 70.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro, e o aditamento de um novo número, o 4, para o mesmo artigo, de modo a:**

- **por um lado, voltar a limitar o direito de revisão ao prazo de 10 anos a contar da data da primeira decisão médica base da fixação da incapacidade permanente, salvo nos casos de doença, lesão ou perturbação funcional que, pela sua própria natureza, tenham carácter evolutivo; e,**
- **por outro lado, estabelecer que a revisão não só não pode ser requerida antes de decorrido um ano sobre a data dessa decisão médica como também não pode ser requerida senão uma vez em cada triénio.**

Assim se tentarão atenuar os efeitos perversos que poderiam advir da atual redação, caso se mantivesse, acreditando-se que o decurso de 10 anos, sem constatação intercalar de situação de agravamento das lesões, fará caducar o direito à revisão.

## **5 – INDEMNIZAÇÕES POR INCAPACIDADES TEMPORÁRIAS (ITs)**

O regime de indemnização por incapacidade temporária decorrente de acidente de trabalho é particularmente “generoso”. A partir de patamares de remuneração relativamente baixos leva mesmo à atribuição de uma indemnização diária líquida de montante superior à remuneração líquida do dia do acidente, em razão do quadro fiscal e parafiscal envolvente.

Segundo a Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro (n.ºs 1 e 3, do artigo 71º), tal indemnização é calculada com base na “retribuição anual ilíquida normalmente devida ao sinistrado à data do acidente”, sendo a “retribuição anual o produto de 12 vezes a retribuição mensal acrescida dos subsídios de Natal e de férias e outras prestações anuais a que o sinistrado tenha direito com carácter de regularidade”.

Diz, ainda, a mesma Lei (alíneas d) e e), do n.º 3, do artigo 48.º) que, em caso de incapacidade temporária absoluta (ITA), o sinistrado tem direito a “indemnização diária igual a 70% da retribuição nos primeiros 12 meses e de 75% no período subsequente” e que, em caso de incapacidade temporária parcial (ITP), a indemnização é igual a “70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho”.

Por outro lado, estabelece (n.º 3 do artigo 50.º) que “na incapacidade temporária superior a 30 dias é paga a parte proporcional correspondente aos subsídios de férias e de Natal, determinada em função da percentagem da prestação prevista nas alíneas d) e e) do n.º 3 do artigo 48.º”.

Importa ter presente que as prestações pagas pelo segurador de acidentes de trabalho são isentas de IRS e de taxa social única.

Ou seja, em caso de incapacidade temporária absoluta, no período que exceda 30 dias o sinistrado recebe sempre, pelo menos, sem sujeição a qualquer imposto ou taxa social, 70% de cerca de 116,7% do salário líquido do dia do acidente.

Logo, o regime reparatório das situações de incapacidade temporária é manifestamente excessivo, dado que, em muitos casos, conduz à obtenção de benefício, ou mesmo de benefício muito significativo, em desconformidade (por vezes chocante) com o princípio indemnizatório, quando se compare o que antes era recebido líquido com o que é recebido, sem sujeição a encargos sociais ou fiscais, depois, em situação de incapacidade. Isto mesmo sem considerar os efeitos indiretos na tributação em IRS dos rendimentos globais da pessoa ou do agregado familiar.

Tal situação de “benefício” se não induzir em geral – e pode, a benefício de raciocínio, admitir-se que não - à “provocação” de acidentes e ao “prolongamento” artificial das situações de incapacidade temporária, pelo menos não estimula, nem induz, como seria desejável, o regresso ao trabalho, quando haja, para tal, condições.

No regime de proteção social na doença (Decreto-Lei 28/2004, de 4 de fevereiro), a situação está melhor regulada.

Por um lado, as percentagens a usar no cálculo da prestação de doença são:

- / 55% nos primeiros 30 dias;
- / 60% do 31º dia até ao 90º dia;
- / 70% do 91º dia até ao 365º dia;
- / 75% a partir do 366º dia.

Por outro, a retribuição de referência é, grosso modo, correspondente à soma das remunerações registadas nos primeiros 6 meses que precedem o 2.º mês anterior ao mês em que teve início a incapacidade dividida por 180, sem considerar subsídios de férias e de Natal, ou remunerações análogas.

Acresce que o artigo 19.º (limites ao montante do subsídio) daquele diploma regulador estabelece uma regra fundamental de limitação da prestação ao valor líquido da remuneração de referência.

No direito comparado, constata-se que, em França, por exemplo, vigora uma norma que expressamente limita a prestação por incapacidade temporária absoluta ao salário líquido antes do acidente, sendo que, além disso, a retribuição base atendível está sujeita a uma regra de plafonamento (60.000 euros/ano para este tipo de incapacidade).

Na Bélgica, a indemnização por incapacidade temporária absoluta é calculada na base de 90% do salário do ano anterior, ou do *plafond* estabelecido (cerca de 40.000 euros/ano), se superior àquele. Mas, a indemnização está sujeita a IRS.

Em Espanha a percentagem pagável em caso de incapacidade temporária absoluta é, como em França, de 75%, incidente sobre a retribuição normalmente recebida até ao limite do *plafond* estabelecido (cerca de 40.000 euros/ano).

Na generalidade dos sistemas a regra da não reparação integral é vista, em geral, como “incentivadora” da moderação no uso dos direitos. Em Portugal, o princípio da “justa reparação”

dos sinistrados, consagrado na alínea f), do n.º 1, do artigo 59.º, da Constituição da República, não é confundível com o conceito de “reparação integral”, nem pode ser base para a previsão de prestações que representem, atento o modo como são calculadas, um benefício em termos líquidos, em certas situações, face ao regime fiscal e parafiscal envolvente.

Seja como for, a situação vigente em Portugal, na atual conjuntura e na previsível para os anos próximos, é manifestamente desequilibrada. **Impõe-se adotar cláusula geral impeditiva de que, em qualquer situação de incapacidade temporária absoluta ou parcial, o sinistrado possa auferir indemnização superior à retribuição anterior, líquida de IRS e de Taxa Social Única (TSU).**

**29 de agosto de 2017**