

OBSERVATÓRIO DOS SEGUROS DE SAÚDE

Conceptualização do Observatório



2023

Ficha Técnica

Título:

Observatório dos Seguros De Saúde - Conceptualização do Observatório

Autoria:

Um relatório da NOVA *Information Management School* – Universidade Nova de Lisboa, encomendado pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

Ano de edição:

2023

Versão:

2023.v6

Índice

Índice de Figuras e de Quadros	5
Lista de siglas e abreviaturas	6
1 Introdução	7
2 Financiamento e cobertura dos sistemas de saúde	10
2.1 Financiamento dos sistemas de saúde	10
2.2 Cobertura dos sistemas de saúde	12
2.2.1 <i>População coberta pelos serviços de saúde</i>	13
2.2.2 <i>Pacote de produtos e serviços de saúde cobertos</i>	14
2.2.3 <i>A dimensão dos copagamentos</i>	14
2.2.4 <i>Cobertura do sistema de saúde em Portugal</i>	14
2.3 Definição de seguros de saúde	15
3 Dimensão do mercado dos seguros de saúde	17
3.1 Funções dos seguros de saúde	17
3.2 Contribuição dos Seguros de Saúde para a Despesa Total	20
3.3 População coberta pelos seguros de saúde	22
3.4 Pacotes de serviços e produtos cobertos pelos seguros de saúde	24
3.5 Dimensão do mercado de seguros de saúde em Portugal	24
4 Funcionamento do mercado de seguros de saúde	27
4.1 Os consumidores de seguros de saúde	27
4.2 Os comercializadores de seguros de saúde	30
4.3 Condições de acesso aos seguros de saúde	33
4.4 Cálculo dos prémios de seguro de saúde	34
4.4.1 <i>Prémios de seguro de saúde individuais</i>	36
4.4.2 <i>Prémios de seguros de saúde de grupos e comunidades</i>	37
4.5. Informação requerida aos candidatos à contratação de seguro de saúde e período de espera	38
4.6 Benefícios e copagamentos dos beneficiários de seguros de saúde	41
4.6.1 <i>Benefícios com teto e copagamento dos beneficiários</i>	41
4.6.2 <i>Pagamentos em dinheiro ou ao prestador</i>	42
4.7 Relações entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde	43
4.7.1 <i>Contratação seletiva e integração vertical</i>	44
4.7.2 <i>Pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde</i>	46

4.8. Receitas dos prémios de seguros de saúde afetas aos custos administrativos e de gestão e às despesas de saúde.	48
4.9 Funcionamento do mercado de seguros de saúde em Portugal	49
4.9.1 <i>Os consumidores de seguros de saúde</i>	49
4.9.2 <i>Os comercializadores de seguros de saúde</i>	50
4.9.3 <i>Condições de acesso e variáveis utilizadas no cálculo dos prémios dos seguros de saúde</i>	50
4.9.4 <i>Relações entre seguradores e prestadores de cuidados de saúde</i>	51
5 Regulação do mercado dos seguros de saúde	52
5.1 Os objetivos da regulação	52
5.2 Regulação ao nível da União Europeia	54
5.3 Regulação ao nível nacional	56
5.4 Incentivos fiscais à aquisição de seguros de saúde	60
5.5 Desenvolvimentos nas políticas nacionais na área dos seguros de saúde	62
5.6 Políticas públicas em relação aos seguros de saúde em Portugal	63
5.7 Preocupações e desafios colocados à regulação dos seguros de saúde	64
6 Possibilidade de escolha do consumidor e informação disponibilizada	68
6.1 Possibilidades de escolha	68
6.1.1 <i>Escolha do segurador e portabilidade do pacote de benefícios</i>	68
6.1.2 <i>Escolha das características do seguro de saúde</i>	69
6.1.3 <i>Escolha do prestador de serviço</i>	69
6.2 A informação disponibilizada	70
6.2.1 <i>A falta de transparência</i>	70
6.2.2 <i>As formas de minorar a falta de transparência</i>	71
7. Métricas e Indicadores sugeridos para integrar o observatório	72
7.1 Estrutura do mercado	72
7.2 Dimensão do mercado	73
7.3 Funcionamento do mercado	76
7.4 Caracterização do mercado	77
8 Bibliografia	80

Índice de Figuras e de Quadros

Figura 3.1 População portuguesa (em % do total) com seguros de saúde e prémio anual médio por pessoa segura (2000-2021)	25
Quadro 2.1 Modelos de sistemas de saúde na União Europeia	12
Quadro 3.1 Classificação funcional dos seguros de saúde	19
Quadro 3.2 Seguros de saúde na União Europeia no total das despesas em saúde por função dominante do seguro (2014) ⁽¹⁾	21
Quadro 3.3 População coberta pelos seguros de saúde em % do total, pelas diferentes funções do seguro nos países da União Europeia	23
Quadro 3.4 Distribuição da despesa corrente em saúde em Portugal por fonte de financiamento (em %)	26
Quadro 4.1 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Prémios dos seguros vendidos a Grupos (em % do total)	29
Quadro 4.2 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Tipo e número de entidades vendedoras e grau de concentração do mercado	32
Quadro 4.3 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Definição dos prémios e informação requerida	39
Quadro 4.4 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Copagamentos e limites aos benefícios	41
Quadro 4.5 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Benefícios em espécie e em dinheiro	43
Quadro 4.6 Seguros de saúde na União Europeia - Relação entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde	45
Quadro 4.7 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Pagamento ao prestador de serviço	47
Quadro 4.8 Seguros de saúde nos países da União Europeia. Percentagem das receitas gasta em despesas de saúde (claim ratios)	49
Quadro 5.1 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Entidades responsáveis pela regulação do mercado	57
Quadro 5.2 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Objetivos e medidas regulatórias	59
Quadro 5.3 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Incentivos fiscais associados à contratação de seguros de saúde	61

Lista de siglas e abreviaturas

ABI: Associação dos Seguradores Britânicos (*Association of British Insurers*)

ADSE: Assistência na Doença aos Servidores do Estado

ASF: Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

CAP: Capitação

EFTA: Associação Europeia de Comércio Livre (*European Free Trade Association*)

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

ESPN: Rede Europeia de Políticas Sociais (*European Social Policy Network*)

FFS: Pagamento com base no serviço prestado (*fee-for-service*)

LPS: Livre Prestação de Serviços

n/a: não aplicável

OECD: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos
(*Organisation for Economic Co-operation and Development*)

OMS: Organização Mundial de Saúde

OMS-Europa: região europeia da OMS

OOP: Pagamentos das Famílias em produtos e serviços de saúde (*out-of-pocket*)

PD: *Per Diem*

p.p.: pontos percentuais

PPH: Produto Padrão Harmonizado

PPN: Rede de Prestadores Preferenciais (*Preferred Provider network*)

SNS: Serviço Nacional de Saúde

VIH/SIDA: Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

1 Introdução

A contratação de seguros de saúde tem vindo a conhecer em Portugal, e à semelhança do que sucede na generalidade dos países da União Europeia, um crescimento significativo nos últimos anos. Este crescimento tem-se verificado quer ao nível do seguro individual, quer ao nível dos seguros de grupo contratados, em regra, por empresas que incluem este tipo de produtos no pacote de benefícios sociais dos trabalhadores.

É neste contexto que a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) tem vindo a dedicar uma maior atenção ao acompanhamento e supervisão do seguro de saúde, visando assegurar quer a estabilidade financeira do setor quer a proteção dos direitos dos segurados. Deste modo, a ASF decidiu criar um Observatório do mercado de seguros de saúde que visa cumprir dois objetivos principais:

1. Melhorar a regulação e supervisão do mercado de seguros de saúde;
2. Aumentar a transparência do mercado de seguros de saúde, disponibilizando um conjunto de informação sistematizada e atualizada para sustentar uma tomada de decisão consciente por parte dos consumidores.

O objetivo deste documento é apresentar a conceptualização do Observatório a qual deve designadamente permitir identificar, enquadrar e justificar a seleção das métricas a utilizar no Observatório. A referência geográfica dos países analisados será sistematicamente a dos países da União Europeia, dadas as estreitas relações destes países com Portugal.

Neste contexto, este documento contém seis capítulos para além desta introdução (**Capítulo 1**) e da bibliografia (**Capítulo 8**).

O **Capítulo 2** é um capítulo de enquadramento que apresenta o financiamento e a cobertura dos sistemas de saúde. Procede-se a uma classificação dos sistemas de saúde em função das fontes de financiamento (**secção 2.1**) e apresentam-se as três dimensões da cobertura dos sistemas de saúde (**secção 2.2**). O capítulo conclui-se com a definição adotada para seguros de saúde (**secção 2.3**).

O **Capítulo 3** foca-se nas formas de medir a dimensão do mercado de seguros de saúde. Começa por definir as quatro funções ou papéis que um seguro de saúde pode assumir (**secção 3.1**). Em seguida, (**secção 3.2**), apresenta, para os países da União Europeia, a contribuição dos seguros de saúde para o conjunto das despesas de saúde. As coberturas dos seguros de saúde, no que respeita à população e no que respeita aos produtos e serviços abrangidos, são apresentadas nas seções seguintes (**secção 3.3** e **secção 3.4**). A dimensão do mercado de seguros em Portugal merece um tratamento autónomo e conclui o capítulo (**secção 3.5**).

O **Capítulo 4** procura descrever como funciona o mercado de seguros de saúde. As primeiras quatro seções compreendem a análise das seguintes dimensões deste mercado: os consumidores de seguros (**secção 4.1**); os comercializadores de seguros (**secção 4.2**); as condições de acesso aos seguros (**secção 4.3**); as variáveis que entram no cálculo dos prémios de seguros de saúde (**secção 4.4**). A informação exigida pelos seguradores aos candidatos à aquisição de uma apólice do seguro de saúde, o pacote de serviços e produtos coberto pelo seguro, e as relações entre seguradores e prestadores de cuidados de saúde, são os temas das três secções seguintes (**secções 4.5, 4.6 e 4.7**). A **secção 4.8** foca-se na afetação das receitas dos seguros de saúde com particular destaque para o peso das despesas afetas ao pagamento de serviços de saúde e para o pagamento de custos administrativos e de gestão. Finalmente, a **secção 4.9** faz uma síntese do funcionamento do mercado de seguros em Portugal.

Os dois capítulos seguintes são dedicados aos dois objetivos principais do Observatório do mercado dos seguros de saúde, pelo que, de certo modo, complementam os outros capítulos.

O **Capítulo 5** é dedicado à regulação dos seguros de saúde. Os objetivos da regulação (**secção 5.1**), a regulação ao nível da União Europeia (**secção 5.2**), e a regulação ao nível nacional (**secção 5.3**), constituem as três primeiras secções. O papel que os incentivos fiscais têm tido na evolução do mercado de seguros de saúde (**secção 5.4**) e os principais desenvolvimentos verificados nos últimos anos nestes mercados na União Europeia (**secção 5.5**) constituem o objeto das duas seções seguintes. Tal como nos capítulos anteriores, uma das secções (a **secção**

5.6) é dedicada à regulação dos seguros de saúde em Portugal. A **secção 5.7** procura fazer uma síntese das preocupações e desafios colocados, no presente, à regulação dos seguros de saúde.

O **Capítulo 6** é dedicado às possibilidades de escolha concedidas ao consumidor de seguros de saúde (**secção 6.1**) e à informação a que ele tem acesso (**secção 6.2**). A falta de transparência de que padece muitas vezes esta informação e a forma de minorar esta falta de transparência são tratadas nesta secção e não podem deixar de constituir duas preocupações centrais do regulador.

O **Capítulo 7** constitui, de certo modo, a conclusão do documento com uma sugestão de métricas e indicadores a integrar o Observatório. Estas medidas estão organizadas de acordo com os temas analisados neste documento que constituem aliás a justificação para a seleção das referidas métricas e indicadores, as quais são apresentadas em função da principal utilização prevista (embora a mesma métrica ou indicador possa ter diferentes utilizações).

2 Financiamento e cobertura dos sistemas de saúde

2.1 Financiamento dos sistemas de saúde

Os cuidados de saúde nos países da União Europeia são financiados por um conjunto de fontes que incluem quatro principais (Baeten *et al.*, 2018):

- i. Em primeiro lugar a despesa do Estado em saúde, financiada pelos impostos pagos pelos cidadãos e empresas;
- ii. Em segundo lugar, as contribuições obrigatórias para seguros de saúde feitas por empregadores e empregados;
- iii. Em terceiro lugar os pagamentos das famílias em serviços e produtos de saúde;
- iv. Em quarto lugar, os seguros de saúde voluntários.

A despesa do Estado em saúde e as contribuições obrigatórias para os seguros de saúde (primeira e segunda fonte) correspondem ao financiamento público dos cuidados de saúde, enquanto os pagamentos das famílias e os seguros voluntários (terceira e quarta fonte) correspondem ao financiamento privado dos cuidados de saúde. De notar que os pagamentos das famílias em produtos e serviços de saúde (em inglês OOP - *out-of-pocket payments*) podem assumir diferentes modalidades:

- Pagamentos diretos: pagamento de produtos e serviços que não estão cobertos pelos sistemas de saúde;
- Participações ou copagamentos: pagamento da parte do custo que não é coberta pelo sistema de saúde;
- Valores excedentes: pagamento dos valores que ultrapassam os limites cobertos pelo sistema de saúde;
- Pagamentos informais: pagamentos não documentados (“por baixo da mesa”).

De acordo com a Comissão Europeia, em 2015, os sistemas de saúde dos países da ESPN (*European Social Policy Network*)¹ eram financiados em cerca de 80% através de financiamento público e em cerca de 20% através de financiamento

¹ Esta rede inclui todos os países da União Europeia e mais alguns países (ver Baeten *et al.*, 2018, Anexo 5)

privado (15% de pagamentos das famílias e 5% de pagamentos com os seguros voluntários).

Para o conjunto da União Europeia estas percentagens eram de 79% de financiamento público, 15% de despesas das famílias, 5% de despesas com os seguros voluntários e 1% de outras fontes. No entanto, as percentagens variam significativamente de país para país.

Os sistemas de saúde estatutários (i.e os “principais” sistemas de saúde da população, financiados com fundos públicos) dos países têm sido classificados de acordo com as suas fontes de financiamento. Temos então três tipos de sistemas (cf. Baeten *et al.*, 2018):

- Sistemas nacionais de saúde. Estes sistemas são principalmente financiados pelos impostos;
- Sistemas de seguro de saúde social. Estes sistemas são financiados por um *mix* de contribuições sociais e impostos com, em princípio, o Estado a compensar o sistema, substituindo-se aos grupos não contributivos como são os casos das crianças e dos pensionistas;
- Sistemas de seguros de saúde privados. Nestes sistemas, os seguradores privados desempenham um papel central ao fornecerem um pacote de serviços e produtos de saúde com contrapartida de um seguro de saúde obrigatório. Os prémios são pagos à companhia de seguros diretamente pelos membros segurados numa base individual ou então são pagos pelo empregador e deduzidos dos salários dos empregados.

O Quadro 2.1 fornece uma indicação da distribuição dos países da União Europeia pelos três sistemas. Como pode ser constatado, a maioria dos países adotou o primeiro ou o segundo sistema de saúde, com apenas um país (Países Baixos) a optar pelo sistema de seguros de saúde privados. Alguns países (de que é exemplo a Alemanha) optaram por sistemas mistos.

Quadro 2.1 Modelos de sistemas de saúde na União Europeia

Sistemas nacionais de saúde	Sistemas de seguro social de saúde	Sistemas de seguro privado de saúde
Chipre ⁽¹⁾	Alemanha ⁽³⁾	Países Baixos
Dinamarca,	Áustria	
Espanha	Bélgica	
Finlândia ⁽²⁾	Bulgária	
Grécia ⁽²⁾	Chéquia	
Irlanda	Croácia	
Itália	Eslováquia	
Letónia ⁽¹⁾	Eslovénia	
Malta	Estónia	
Portugal	França	
Suécia	Hungria	
	Lituânia	
	Luxemburgo	
	Polónia	
	Roménia	

Fonte: Baeten *et al.* (2018)

⁽¹⁾ País em transição para Sistema Nacional de Saúde

⁽²⁾ Sistema misto, Sistema Nacional de Saúde/ Sistema de Seguro Social de Saúde

⁽³⁾ Sistema misto, Sistema de Seguro Social de Saúde/ Sistema de Seguro Privado de Saúde

2.2 Cobertura dos sistemas de saúde.

A cobertura dos serviços de saúde por um sistema de saúde pode ser medida através de três dimensões (Baeten *et al.*, 2018):

- A proporção da população coberta pelo sistema de saúde (população coberta);
- A proporção da gama de produtos e serviços de saúde abrangidos pelo sistema de saúde (pacote de produtos e serviços) e;
- A proporção dos custos paga pelos consumidores desses produtos e serviços de saúde (copagamentos ou participações).

Os produtos e serviços que são parcial ou totalmente excluídos do pacote de produtos e serviços com financiamento público são pagos pelos utentes seja diretamente, seja através da aquisição de um seguro de saúde.

A cobertura universal de um sistema de saúde corresponde, de acordo com os objetivos sustentáveis das Nações Unidas, a uma situação onde a totalidade da

população é coberta por uma larga gama de produtos e serviços de saúde e em que não existem copagamentos da parte dos consumidores.

2.2.1 População coberta pelos serviços de saúde

Uma grande maioria dos sistemas de saúde dos países da União Europeia cobre praticamente a totalidade da população. Os países com sistemas de financiamento baseados principalmente nos impostos (sistemas nacionais de saúde) adotam em regra o critério da residência. Por outro lado, nos países com sistemas baseados nos sistemas de seguro social de saúde, os empregadores e os empregados são automaticamente cobertos por estes seguros de saúde. A restante população subscreve obrigatoriamente, em regra, o mesmo tipo de seguros e os prémios são pagos pelos subscritores ou então, no caso das famílias com baixo rendimento, pelas autoridades públicas. Desta forma, na prática, a maioria dos países com sistemas de seguro social de saúde possui também uma cobertura universal. No caso dos sistemas de saúde baseados no seguro privado, a situação é diferente porque, em regra, os prémios são pagos diretamente ao segurador pelos segurados numa base individual ou então pagos pelo empregador e deduzidos do salário do empregado. Em princípio, os prémios não estão relacionados com o rendimento visto que os seguradores têm o dever de aceitar todos os segurados. Em alguns países (ex.: Países Baixos), os prémios são reduzidos, ou mesmo nulos, para grupos da população com baixos rendimentos, sendo nestes casos pagos pelas autoridades públicas.

Embora na maioria dos países europeus os sistemas de saúde garantam uma cobertura da população quase universal, nalguns países mais de 5% da população não é coberta pelo sistema de saúde estatutário. O Chipre tem a percentagem mais elevada da população não coberta, atingindo 20%. A população não coberta por um sistema de saúde para ter acesso aos produtos e serviços de saúde terá de pagá-los, seja através de pagamentos diretos, seja através da contratação de seguros de saúde voluntários.

2.2.2 Pacote de produtos e serviços de saúde cobertos

O pacote de produtos e serviços de saúde cobertos total ou parcialmente pelos sistemas de saúde dos países europeus é, em regra, abrangente, incluindo a prevenção, o ambulatório e os cuidados hospitalares. Na maioria dos países, os serviços dentários não estão abrangidos ou então abrangem apenas certos grupos específicos, como é o caso das crianças.

Se os cidadãos querem ter acesso a produtos e serviços de saúde que não estão cobertos pelo sistema de saúde, têm de os pagar integralmente, seja através de pagamentos diretos (*out-of-pocket*), seja através da aquisição de seguros de saúde.

2.2.3 A dimensão dos copagamentos

Na maioria dos países da União Europeia, os copagamentos são, em regra, aplicados aos serviços e produtos de saúde. Existem, no entanto, diferenças significativas entre os países. Enquanto nalguns países os copagamentos são poucos significativas ou mesmo inexistentes, noutros países os copagamentos aplicam-se à maior parte do atendimento hospitalar e/ou em ambulatório.

Uma forma de reduzir ou mesmo eliminar os copagamentos, é através dos seguros voluntários que se substituem ao utilizador nestes pagamentos.

2.2.4 Cobertura do sistema de saúde em Portugal

No caso de Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi introduzido em 1979. O artigo 64º da Constituição define “um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. O SNS assume-se como um modelo integrado, em que a mesma entidade é simultaneamente responsável pelas funções de financiamento, regulação e prestação de serviços. Ainda assim, a tendência é para a separação destas funções, sendo possível alargar (como, de resto, prevê a legislação que regula o SNS) a

liberdade de escolha individual - e, por isso, a concorrência (Nogueira da Silva, 2010).

Presentemente, o SNS coexiste com um conjunto de subsistemas muitos dos quais fornecem cobertura obrigatória. A existência de subsistemas de saúde é anterior à introdução do SNS, sendo ambos coexistentes com um mercado de seguros de saúde voluntários que cresceu nas últimas décadas (cf. **secção 3.5**).

Como especificado na Constituição portuguesa, o SNS cobre o conjunto da população. Em teoria, todos os produtos e serviços de saúde estão abrangidos pelo SNS. Existem, no entanto, falhas na provisão devido particularmente a assimetrias na cobertura geográfica e nos serviços prestados (por exemplo, os serviços dentários estão cobertos apenas em situações residuais). Por seu lado, os copagamentos ou comparticipações são praticados na maioria dos serviços e produtos do SNS. No entanto, até à crise financeira de 2011, e com exceção dos medicamentos, as comparticipações eram muito baixas e representavam apenas 1% da despesa do SNS (Barros e Almeida, 2007). A reforma de 2012 aumentou esta percentagem e também o leque dos produtos e serviços de saúde em que se pratica as comparticipações.

2.3 Definição de seguros de saúde

Neste documento são utilizados indistintamente os termos “seguro voluntário de saúde” e “seguro privado de saúde”, que designaremos genericamente por “seguros de saúde”. As definições utilizadas para os dois conceitos são as adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde que são idênticas. Assim, de acordo com Sagan e Thomson (2016, p.1): “Seguro voluntário de saúde é um seguro de saúde que é aceite e pago por indivíduos ou por empregadores em nome dos empregados, incluindo seguros de grupo patrocinados por empregadores que acompanham o emprego pelo que não são estritamente voluntários”. Por outro lado, num relatório preparado pelo *London School of Economics* para a Comissão Europeia em 2009 (cf. Thomson e Mossialos, 2009, p 13), o seguro privado de saúde é definido como “seguro

contratado voluntariamente e pago privadamente, seja por indivíduos ou por empregadores em nome de indivíduos”. Esta mesma definição de seguro privado de saúde aparece numa publicação mais recente do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (cf. Thomson *et al.*, 2020, p.3). Ambas as definições (de seguro privado e seguro voluntário) reconhecem que os seguros de saúde privados podem ser vendidos por uma ampla gama de entidades tanto públicas como privadas.

O carácter voluntário e o pagamento privado são duas características marcantes dos seguros de saúde. De facto, a distinção entre os seguros de saúde voluntários e os seguros de saúde obrigatórios é importante porque muitas das falhas de mercado associadas aos seguros de saúde ocorrem apenas, ou com mais probabilidade, quando os seguros de saúde são voluntários (Barr, 2004). Por outro lado, a referência ao pagamento privado assinala a outra característica marcante destes seguros de saúde: os prémios dos seguros privados de saúde estão, em regra, ligados ao risco de problemas de saúde dos indivíduos cobertos pelo seguro e, portanto, não ligados ao seu rendimento, enquanto as contribuições dos indivíduos para os serviços de saúde financiados publicamente estão quase sempre ligadas ao seu rendimento.

3 Dimensão do mercado dos seguros de saúde

A existência de um mercado para seguros de saúde está, como qualquer outro mercado, dependente de três condições bem conhecidas:

- A existência de uma procura positiva o que pressupõe que alguns indivíduos são adversos ao risco;
- O preço do seguro de que os indivíduos estão dispostos a pagar deve ser suficiente para cobrir os custos e proporcionar uma margem de lucro;
- A oferta de seguros deve ser tecnicamente possível.

3.1 Funções dos seguros de saúde

Os seguros de saúde podem desempenhar quatro papéis ou funções os quais constituem as motivações porque são adquiridos.

- Um papel suplementar. Neste caso, os seguros de saúde oferecem acesso a serviços de saúde que são já cobertos pelo sistema de saúde estatutário, mas fornece aos beneficiários do seguro uma maior oferta de prestadores (muitas vezes fornecedores privados) permitindo-lhes também ultrapassar listas de espera existentes para os serviços com financiamento público;
- Um papel complementar nos serviços. Neste caso, os seguros de saúde cobrem serviços que estão excluídos do pacote de produtos e serviços cobertos pelo sistema de saúde. Um exemplo deste papel é dado pelos serviços dentários que são excluídos do pacote de serviços dos sistemas de saúde estatutário de vários países;
- Um papel complementar nos copagamentos. Neste caso, os seguros de saúde reembolsam parte ou a totalidade dos copagamentos que são da responsabilidade dos utilizadores dos sistemas de saúde estatutários;
- Um papel substitutivo. Finalmente, neste caso, os seguros de saúde cobrem os indivíduos que não são cobertos pelos sistemas de saúde estatutários ou os indivíduos que podendo optar, decidiram não ser cobertos pelo sistema de saúde estatutário.

O Quadro 3.1 apresenta estas quatro funções, explicitando o respetivo impulsionador, e as principais características de cada tipo de seguros.

Os seguros de saúde têm mais de uma função na grande maioria dos países. Segundo Sagan e Thomson (2016, *Table 3.2*, p.33), na maioria dos países da União Europeia, a função dominante dos seguros de saúde é a de um papel suplementar, proporcionando uma maior oferta de produtos e serviços de saúde e um acesso mais rápido a estes produtos e serviços. O papel de substituto do sistema de saúde estatutário vigente verifica-se apenas num grupo muito reduzido de países e cobre, em geral, grupos de pessoas que não são cobertas pelo sistema estatutário. A função complementar dos seguros de saúde (seja nos serviços e produtos não cobertos pelo sistema de saúde estatutário, seja na cobertura dos copagamentos) aparece também num número restrito de países.

De salientar que esta classificação funcional dos seguros de saúde não tem um carácter obrigatório. Deste modo, apesar de ser adotada em documentos da OMS e do Observatório Europeu em Sistemas e Políticas de Saúde, não é adotada pelos reguladores de seguros em vários países, entre os quais Portugal.

Quadro 3.1 Classificação funcional dos seguros de saúde

Função do seguro	Impulsionador da procura do seguro	Principais características do seguro
Suplementar	Perceção sobre a qualidade e os tempos de espera dos serviços de saúde estatutários publicamente financiados.	Oferece um acesso mais rápido aos serviços de saúde e maior oferta de prestadores do que o sistema de saúde estatutário.
Complementar (serviços)	Âmbito dos serviços cobertos pelo sistema estatutário.	Cobre serviços que não estão abrangidos pelo sistema de saúde estatutário.
Complementar (copagamentos)	A proporção dos custos cobertos pelo utilizador.	Cobre as comparticipações do utilizador impostas pelo sistema de saúde estatutário.
Substituto	Proporção da população coberta pelo sistema de saúde estatutário.	Cobre os grupos da população não cobertos pelo sistema de saúde estatutária ou a quem foi dada a possibilidade de não escolher o sistema estatutário.

Fonte: Mathaauer e Kutzin (2018) e Thomson *et al.* (2020)

A dimensão do mercado dos seguros num país pode ser medida de três modos diferentes (Thoson e Mossialos, 2009, p.20): *i)* em termos da contribuição da despesa em seguros de saúde para a despesa total em saúde; *ii)* em termos da proporção da população coberta pelos seguros de saúde e ainda *iii)* em termos da contribuição das receitas dos prémios dos seguros de saúde para a receita total em prémios de seguros.

Nas **secções 3.2, 3.3** é apresentada uma síntese das duas primeiras medidas da dimensão do mercado e uma referência à terceira medida. Considera-se também,

como medida da dimensão do mercado, na **secção 3.4**, os pacotes de produtos e serviços cobertos pelos seguros de saúde.

3.2 Contribuição dos Seguros de Saúde para a Despesa Total

A despesa em saúde canalizada através dos seguros de saúde representa uma percentagem reduzida da despesa total em saúde na maior parte dos países. Em 2014, os seguros de saúde representavam mais de 5% da despesa total em saúde em apenas 11 dos 53 países da região europeia da OMS, OMS-Europa (ver Sagan e Thomson, 2016, p.4). Os maiores mercados para os seguros de saúde - em termos da contribuição para a despesa total em saúde - situavam-se na União Europeia e nos países da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA). Entre 2000 e 2014, a despesa nos seguros de saúde como percentagem do total das despesas em saúde aumentou em muitos países embora esse crescimento seja em regra moderado.

Segundo uma publicação mais recente e abrangendo todos os países pertencentes à OMS (cf. Thomson *et al.*, 2020, p.21), a contribuição da despesa em seguros de saúde para a despesa total em saúde é marginal para a grande maioria dos países. Assim, estima-se que, em 2017, a contribuição média para o conjunto dos 186 países é de 4,6%, variando entre 2,4% nos 30 países com baixos níveis de rendimento e 6,3% nos 57 países com elevado rendimento. Esta percentagem atinge valores superiores a 10% apenas em 23 países.

Se se cruzar o peso das despesas de seguros de saúde no total das despesas de saúde com o papel ou função dos seguros de saúde, obtém-se a informação do Quadro 3.2 para 26 países da União Europeia (todos com exceção do Luxemburgo). Como referido anteriormente, na grande maioria dos países, os seguros de saúde têm um papel suplementar, mas o peso destes seguros na despesa total em saúde é, em regra, inferior a 5% do total das despesas em saúde. As exceções neste caso são a Irlanda com um peso superior a 10% e Portugal com um peso estimado entre 5% e 10%.

Quadro 3.2 Seguros de saúde na União Europeia no total das despesas em saúde por função dominante do seguro (2014) ⁽¹⁾

Função do seguro	Percentagem da despesa total em saúde			
	<= 1%	<= 5%	<= 10%	>10%
Suplementar	Bulgária	Áustria	Portugal	Irlanda
	Eslováquia	Bélgica		
	Hungria	Espanha		
	Itália	Finlândia		
	Lituânia	Grécia		
	Roménia	Letónia		
	Suécia	Malta		
		Polónia		
Complementar (serviços)		Dinamarca	Países Baixos	
Complementar (copagamentos)		Dinamarca	Croácia	Eslovénia
		Finlândia		França
Substitutivo	Chéquia	Chipre	Alemanha	
	Estónia			

Fonte: Sagan e Thomson (2016, p.12)

⁽¹⁾ São apenas consideradas as funções dominantes dos seguros de saúde. Para os casos da Dinamarca e Finlândia não foi possível identificar a função dominante.

Nota: nos países a negrito, o seguro de saúde cobre mais de 20% da população.

Quando a dimensão do mercado de seguros de saúde é medida em termos da proporção da receita dos prémios pagos, a Alemanha tem, de longe, o maior mercado, representando cerca de metade do valor do total de prémios de seguros de saúde pagos na União Europeia².

² Thomson e Mossialos (2009, Figure 7)

3.3 População coberta pelos seguros de saúde

Existe uma larga variação na proporção da população coberta pelos seguros de saúde. O Quadro 3.3 mostra as percentagens de população coberta pelos diferentes tipos de seguros de saúde para os países da União Europeia. Assim, no caso dos seguros com função complementar, as percentagens variam entre 1% no caso da Lituânia e 60% no caso da Bélgica e, no caso dos seguros com função de substituição, a percentagem vai de 0% (no caso da Estónia) a 21% (no caso de Chipre). Nos outros dois casos as variações são também muito significativas embora menos intensas.

Quadro 3.3 População coberta pelos seguros de saúde em % do total, pelas diferentes funções do seguro nos países da União Europeia

Função do seguro	Percentagem da população coberta					
	0%-5%	6%-10%	11%-20%	21%-30%	31%-50%	51%-100%
Suplementar	Bulgária Eslováquia Lituânia Suécia	Espanha Itália Polónia	Dinamarca Finlândia Grécia Portugal	Letónia Malta	Áustria Irlanda	Bélgica
Complementar (serviços)				Alemanha	Dinamarca	Países Baixos
Complementar (copagamentos)			Finlândia	Alemanha	Dinamarca	Croácia Eslovénia França
Substitutivo	Chéquia Espanha Estónia		Alemanha	Chipre		

Fonte: Adaptado de Sagan e Thomson (2016)

Notas:

Não existem dados para alguns países da União Europeia (Bulgária, Hungria, Luxemburgo e Roménia).

No caso de alguns países (são os casos por exemplo da Alemanha e da Dinamarca) não foi possível distinguir as populações cobertas por diferentes tipos de seguros de saúde, razão por que aparece repetido o nome do país.

3.4 Pacotes de serviços e produtos cobertos pelos seguros de saúde

Os seguros de saúde cobrem um largo leque de serviços e produtos, e oferecem uma variedade de opções em termos de benefícios que abrangem os custos de hospitalização e tratamentos alternativos e complementares.

O pacote de serviços e produtos cobertos é particularmente importante no caso de os seguros de saúde substituírem o sistema de saúde estatutário do país. Nesse caso, as autoridades reguladoras impõem, em regra, que a cobertura do seguro de saúde seja idêntica à do sistema de saúde que substituem.

Pelo contrário, nos casos em que o seguro de saúde tem um papel complementar ou suplementar já existe pouca regulação ou até nem existe regulação na maioria dos países da União Europeia. Nestes casos, os seguradores são livres para definir os níveis de cobertura, o tipo de benefício (em dinheiro ou em espécie) e o nível de comparticipações.

3.5 Dimensão do mercado de seguros de saúde em Portugal

O mercado de seguros de saúde tem-se desenvolvido desde os anos 80. Desde 2000, o número de pessoas com seguros de saúde mais do que duplicou, tendo passado de 14%, em 2000, para 32% em 2022³ ⁴ (Figura 3.1) Segundo Duarte Oliveira e Nogueira Silva (2016), o papel dos seguros de saúde em Portugal é predominantemente suplementar, proporcionando um acesso mais rápido ao tratamento hospitalar e às consultas em ambulatório, e uma maior escolha do prestador de serviços. Existem também alguns poucos seguros com funções complementares seja cobrindo os serviços não abrangidos pelo SNS como seja ao nível das comparticipações.

³ De notar que estes números podem estar sobrestimados já que os membros de um agregado familiar podem estar cobertos por mais do que um seguro de saúde, sobretudo no caso de seguros de grupo contratados pelos empregadores. No entanto, estes números não incluem a parte da população que esteja coberta por subsistemas de saúde que funcionam como seguro de saúde, como é o caso da ADSE dos funcionários públicos (Barros e Costa, 2022).

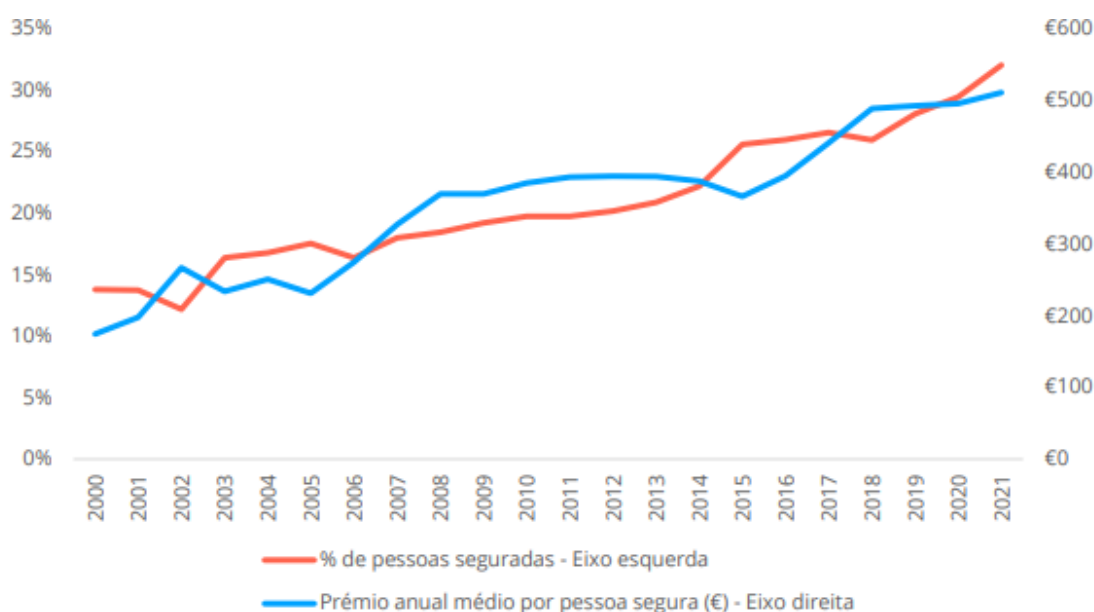
⁴ Salvo indicação em contrário, as estimativas dadas nesta secção têm como fonte a publicação conjunta do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e da Organização e da OMS-Europa (cf, Thomson e Sagan, 2016).

As despesas com os seguros de saúde em 2020 apontavam para uma estimativa de 3,6% do total das despesas de saúde, tendo esta percentagem mais do que duplicado (passou de 1,5% para 3,6%) no período 2000-2020 (Quadro 3.4⁵).

Se excluirmos do total, a despesa pública em saúde e deixarmos apenas a despesa privada em saúde, então a despesa em seguros de saúde representava, em 2020, 10,8% do total da despesa privada, tendo esta percentagem também duplicado no período 2000-2020 (passou de 5,1 % para 10,8%).

De notar que no período de 21 anos (2000-2021) o preço do prémio médio anual por pessoa segura teve um crescimento de 150% a que corresponde uma taxa de variação média anual de 4,5%. Este facto é tanto mais de evidenciar, na medida em que a taxa de inflação média anual foi, no mesmo período, menos de metade (1,9%).⁶

Figura 3.1 População portuguesa (em % do total) com seguros de saúde e prémio anual médio por pessoa segura (2000-2021)



Fonte: Barros, P. e Costa, E. (2022)

⁵ O valor deste quadro é inferior ao do Quadro 3.2. De notar, no entanto, que o ano de referência é diferente assim como a fonte pelo que os dados não são estritamente comparáveis.

⁶ O preço anual médio por pessoa segura da Figura 3.1 tem por base de cálculo o preço do seguro directo e o do resseguro aceite. De salientar que no Observatório dos Seguros de Saúde optou-se por calcular apenas com base no seguro direto.

Quadro 3.4 Distribuição da despesa corrente em saúde em Portugal por fonte de financiamento (em %)

	2000	2005	2010	2015	2020
Serviço Nacional de Saúde ⁽¹⁾	58,6%	57,3%	59,5%	57,3%	56,4%
Subsistemas de saúde pública	6,3%	7,9%	4,1%	3,7%	3,1%
Outros mecanismos públicos de proteção	4,7%	5,1%	5,2%	3,9%	5,0%
Segurança social pública	0,9%	0,8%	1,0%	1,2%	2,4%
Total Financiamento público	70,5%	71,1%	69,8%	66,2%	66,8%
Seguros de saúde privados	1,5%	2,2%	3,0%	3,7%	3,6%
Subsistemas de saúde privados	2,2%	2,4%	1,7%	1,5%	0,9%
Famílias	25,0%	23,3%	24,6%	27,7%	27,8%
Outros mecanismos privados	0,9%	0,8%	1,0%	0,9%	0,9%
Total financiamento privado	29,5%	28,7%	30,2%	33,8%	33,2%

Fonte: Barros e Costa (2022).

⁽¹⁾ Inclui Serviços Regionais de Saúde (Açores e Madeira)

4 Funcionamento do mercado de seguros de saúde

4.1 Os consumidores de seguros de saúde

Ao analisar os compradores de seguros de saúde é importante por um lado, distinguir entre os seguros de saúde individuais e os seguros de saúde de grupo e, por outro lado, analisar o estatuto socioeconómico dos consumidores de seguros de saúde.

Os seguros de saúde são contratados e pagos pelos indivíduos segurados ou então integrados em grupos os quais são em regra baseados no emprego pelo que, neste caso, os seguros são contratados e pagos pela entidade empregadora. A distinção é importante já que influencia as condições de acesso ao seguro e o grau e distribuição da população coberta.

O Quadro 4.1 apresenta informação para o ano 2006 e para o último ano em que existe informação comparável para os países da União Europeia.

Em 2006, nos 16 países da União Europeia analisados (para os quais existe informação), verifica-se que a população coberta por seguros de grupos era superior a 50% em 7 países, ou seja, era maior que a população coberta por seguros individuais (em Portugal a percentagem era de 49%). Esta percentagem tem vindo a crescer para a generalidade dos países. Assim, no último ano para o qual se tem informação, dos 18 países analisados, em mais de metade (10 países) a população coberta por seguros de grupo é superior a 50%. Entre os países em que a percentagem mostrou uma maior variação positiva são de destacar⁷: a Polónia (+32 p.p.), Malta (+30 p.p.) e Portugal (+15 p.p.). Em sentido oposto, é de destacar o caso da Alemanha com 0%, ou seja, neste país os seguros de saúde são apenas contratados e pagos por indivíduos.

Os seguradores têm tendência a preferir os seguros de grupo visto proporcionarem um maior volume de negócios com um menor custo administrativo unitário, pelo que os prémios de seguro tendem a ser inferiores (cf. **secção 4.4**). Convém, no entanto, realçar que um mercado dominado pelos seguros de grupo pode aumentar a

⁷ Estes valores não são estritamente comparáveis visto que o período a que respeitam varia de país para país.

desigualdade no acesso aos seguros de saúde (Sagan e Thomson, 2016, pp.51-52). Em primeiro lugar, os seguros de saúde individuais podem, nalguns países, de certo modo subsidiar os seguros de grupo dada a maior margem praticada pelos seguradores nos seguros individuais. Em segundo lugar, o pagamento dos prémios de seguros de saúde pode estar reservado ao grupo dos trabalhadores mais bem remunerados. Finalmente, nalguns países, os seguros de saúde de grupo têm benefícios fiscais, quer para os empregadores, quer para os empregados o que beneficia ainda mais este tipo de seguros e agrava a desigualdade.

Quadro 4.1 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Prémios dos seguros vendidos a Grupos (em % do total)

País	2006	Último ano disponível ⁽¹⁾
Alemanha		0
Áustria	18	28
Bélgica	75	71
Bulgária	97	98
Chéquia		
Chipre		40
Croácia		30
Dinamarca	80	
Eslováquia		100
Eslovénia	11	
Espanha	30	
Finlândia		14
França	40	44
Irlanda	45	13
Itália	38	42
Letónia	90	80
Lituânia	100	100
Luxemburgo	10	
Malta	40	70
Países Baixos	57	67
Polónia	58	90
Portugal	49	64
Suécia		94

Fonte: Thomson e Mossialos (2009) e Sagan e Thomson (2016)

⁽¹⁾ No caso de Chipre e Itália, o último ano disponível é 2009. No caso de Bélgica, Letónia, Malta e Portugal, o último ano disponível é 2010; Não há dados para os outros países.

A informação disponível sobre 30 países da OMS-Europa, incluindo a grande maioria dos países da União Europeia (Sagan e Thomson, 2016, Quadro 1.4, pp.53-54) aponta para que os tomadores de seguros de saúde pertençam, em regra aos estratos socioeconómicos mais elevados, aos grupos de pessoas mais educadas e com rendimentos mais elevados, vivendo na capital ou nas zonas mais ricas do país. Esta situação verifica-se quer no caso de os seguros de saúde serem substitutivos do sistema de saúde estatutário, quer no caso dos outros tipos de

seguros de saúde. Os estudos mostram que este perfil dos tomadores de seguros de saúde não se alterou muito ao longo do tempo.

4.2 Os comercializadores de seguros de saúde

Os comercializadores de seguros de saúde, genericamente designados como seguradores, constituem uma mistura de entidades comerciais com fins lucrativos e de entidades não comerciais (com fins não lucrativos), existindo neste mercado um nível significativo de concentração.

Historicamente, as associações mutualistas e de previdência dominaram o mercado dos seguros de saúde em muitos países da União Europeia. Contudo, o peso destas instituições tem vindo a diminuir desde os anos 90 do século passado, em resultado da entrada no mercado dos seguradores comerciais.

O Quadro 4.2 mostra que os seguradores comerciais se tornaram claramente dominantes na grande maioria dos países da União Europeia, sendo mesmo os únicos vendedores de seguros de saúde num número significativo de países (Bulgária, Chipre, Grécia, Hungria, Letónia, Lituânia, Países Baixos, Portugal e Suécia). Por outro lado, nalguns países existem seguradores especializados em saúde, os quais são quase sempre entidades não comerciais.

Nos países onde os seguradores comerciais e não comerciais estão em concorrência são por vezes tratados de modo diferente (por exemplo, no que respeita à fiscalidade e aos requisitos de solvência). Este tratamento discriminatório contraria a legislação europeia, tendo sido objeto de condenações por parte do Tribunal de Justiça Europeu.

Existe uma considerável variação no número de seguradores no mercado de seguros de saúde, tendo-se verificado nas duas últimas décadas um movimento de concentração na maioria dos países, principalmente através de fusões. Nalguns casos, como são os casos de Portugal e Espanha, esta concentração resultou do processo concentração da banca que arrastou a concentração no setor dos

seguros. Noutros países, a concentração resultou da necessidade de cumprir os requisitos de solvência (Sagan e Thomson, 2016, p.61).

Deste modo, se definirmos o grau de concentração do mercado, como a quota de mercado dos três principais seguradores, os graus de concentração são, em regra geral, elevados. O grau de concentração atinge valores inferiores a 50% apenas nos casos da França (20%), Roménia (32%) e Alemanha (38%), mas atinge 100% em vários países (Eslováquia, Eslovénia, Estónia e Irlanda).

Quadro 4.2 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Tipo e número de entidades vendedoras e grau de concentração do mercado

País	Seguradores comerciais	Seguradores não comerciais	Total (ano) ⁽¹⁾	Seguradores especializados na saúde	Grau de concentração ⁽²⁾
Alemanha	24	19	43 (2012)	n/a	38%
Áustria	8	1	9 (2011)		82%
Bélgica	26	13	39 (2010)	Não comerciais e alguns comerciais	63%
Bulgária	20	0	19 (2012)	Não	58%
Chéquia	52	8	60	Não comerciais e alguns comerciais	n/a
Croácia	20	1	21 (2010)	Não comercial	99%
Chipre	17	0	17 (2010)	Não	51%
Dinamarca	10	1	11 (2011)	Não comercial e alguns comerciais	0,53
Eslováquia	3	0	3 (2012)	1	100%
Eslovénia	3	1	4 (2010)	2	100%
Espanha	22	Algumas		Não comercial	n/a
Estónia	1	1	2 (2013)	Não comercial	100%
Finlândia	10	140	150 (2010)		75%
França	92	621	713 (2010)	Maioria não comercial e alguns comerciais	0,2
Grécia	24	0	24 (2011)	Muito poucas	71%
Hungria	5	0	5 (2012)	n/a	n/a
Irlanda	3	1	4 (2015)	Não comercial	100%
Itália	65	4	69 (2010)	Não comerciais e alguns comerciais	0,5
Letónia	8	0	8 (2012)	Não	65%
Lituânia	7	0	7 (2011)	Muito poucas	71%
Malta	7	1	8 (2011)	Não comercial	97%
Países Baixos	33	0	33 (n/a)	Poucos	n/a
Polónia	219	1	220 (2012)	Não comercial	n/a
Portugal	19	0	19 (2011)	Não ⁽³⁾	55%
Roménia	12	1	13 (2012)	Não comercial	32%
Suécia	17	n/a	17 (2013)	Muito poucas	50%

Fonte: Sagan e Thomson (2016)

⁽¹⁾ Ano mais recente para o qual existe informação disponível.

⁽²⁾ O grau de concentração é definido como a quota de mercado (em %) dos três maiores seguradores. Os valores referem-se a 2011

⁽³⁾ Esta informação não se encontra atualizada visto que existem presentemente vários seguradores especializados no seguro de saúde.

4.3 Condições de acesso aos seguros de saúde

Nos sistemas de saúde com financiamento público, a cobertura é obrigatória sendo caracterizados por um acesso automático (“*automatic enrolment*”) ou por um acesso aberto (“*open enrolment*”). O acesso automático significa que os indivíduos não precisam de tomar qualquer iniciativa para ter acesso ao sistema de saúde e o acesso aberto significa que o acesso não pode ser recusado a quem seja elegível.

No caso dos seguros de saúde, a situação é muito diferente não existindo em regra nem acesso automático nem acesso aberto. Os seguradores são, em regra, livres de definir as condições ou regras de acesso, podendo recusar a inscrição a quem não cumprir essas condições de acesso.

É costume apresentar dois tipos de razões para os seguradores terem esta liberdade de estabelecer as condições de acesso. Por um lado, os seguros de saúde na maioria dos países têm pouco peso no total da despesa da saúde e têm um papel suplementar com pouco impacto na proteção financeira das famílias. Por outro lado, as regras de acesso procuram evitar a seleção adversa de segurados⁸ e o surgimento de perigo moral⁹ o que tornaria inviável a longo prazo a existência de um mercado de seguros de saúde. Com efeito, na ausência de condições de acesso, o seguro de saúde podia atrair indivíduos com um risco de doença superior à média (seleção adversa) e que, visto estarem segurados, adotariam comportamentos imprudentes (perigo moral). Em razão desta situação, o segurador ver-se-ia obrigado a aumentar os prémios do seguro o que ainda reforçaria a seleção adversa e o perigo moral, acabando por tornar o seguro de saúde inviável por ser insustentável. Para evitar estas situações e, em particular a seleção adversa, os seguradores promovem uma análise de risco dos candidatos a seguros de saúde de modo a atrair pessoas com baixo risco de saúde e excluir pessoas com elevado risco¹⁰. Esta análise de risco levanta, no entanto, outras dificuldades que serão referidas à frente.

⁸ A seleção adversa (*adverse selection*) é a seleção de indivíduos com elevado risco de doença.

⁹ O perigo moral (*moral hazard*) é um fenómeno em que os segurados por se sentirem seguros, alteram o comportamento, tornando-se mais imprudentes.

¹⁰ Na prática, contudo, de acordo com Sagan e Thomson (2016) a seleção adversa pode ser um problema menor porque são em regra as pessoas com mais elevados rendimentos e menores riscos de saúde que subscrevem os seguros de saúde.

As variáveis mais frequentemente utilizadas para definir os critérios de acesso são, para além do rendimento e, portanto, a capacidade de pagar, o prémio de seguro, a idade, a duração do contrato, as condições clínicas preexistentes¹¹ e a definição de períodos de carência.

Os seguradores estabelecem frequentemente uma idade limite para subscrever seguros de saúde. Este limite nos países da União Europeia varia em regra entre 65 e 70 anos. Por outro lado, a grande maioria dos contratos têm uma duração curta, sendo em regra geral de um ano. Os seguradores também rejeitam os candidatos, ou então impõem prémios de seguro mais elevados, quando o seu estado de saúde apresenta elevados riscos. Constitui também quase uma regra, impor um período de carência¹². Para além das condições preexistentes, existem em vários países listas de exclusões de coberturas que incluem, a título de exemplo, o abuso de drogas, o VIH/SIDA, a infertilidade, a cirurgia estética, a mudança de sexo e o transplante de órgãos.

Estas restrições ao acesso aos seguros de saúde são interpretadas como falhas de mercado visto que o acesso à saúde é baseado mais na capacidade de pagar do que na necessidade de cuidados de serviços e produtos de saúde. Estas falhas de mercado estão na base do reforço da regulação do mercado dos seguros de saúde que se tem verificado desde os anos 90 e que será objeto de análise no **Capítulo 5**.

4.4 Cálculo dos prémios de seguro de saúde

A contribuição dos indivíduos para os sistemas de saúde financiados com dinheiros públicos é feita, em regra, por via do pagamento de impostos ou contribuições e, portanto, baseada no seu rendimento ou nos seus salários. Deste modo, estas contribuições são pagas em função da capacidade financeira dos indivíduos e não dos seus riscos de saúde. Em contraste, os valores dos prémios dos seguros estão

¹¹ As condições preexistentes correspondem a problemas de saúde do candidato a seguro de saúde que foram identificados na altura da realização do contrato de seguro de saúde.

¹² Trata-se de um período, após a contratação do seguro durante o qual o pacote de benefícios do seguro não é pago. Um exemplo clássico do período de carência reporta-se à cobertura dos custos de maternidade que em muitos seguros só são pagos se o seguro foi contratado pelo menos nove meses antes do nascimento da criança.

raramente associados ao salário ou rendimento de quem contrata o seguro. Com efeito, estes prémios estão em regra associados ao risco de saúde apresentado pelo indivíduo candidato ao seguro, ou então, no caso de seguros de grupo, baseados no risco da comunidade, ou do grupo, podendo ou não tomar em conta a experiência passada.

A legislação comunitária introduzida em 1994 impede os governos da União Europeia de intervir na definição dos prémios de seguros de saúde, quando estes seguros não têm funções de substituição do sistema de saúde estatutário o que, como se referiu, é, de longe, a situação mais frequente.

Os prémios dos seguros de saúde são uma função da probabilidade de doença e dos custos esperados com o tratamento dos problemas de saúde. Segundo Thomson *et al.* (2020, p.9), estes prémios são considerados actuarialmente justos quando refletem o risco de saúde do grupo de pessoas coberto pelo seguro, permitem ao segurador cumprir as suas obrigações para com os segurados, e evitam que o segurador incorra em perdas financeiras. Esta justiça atuarial é, no entanto, difícil de conseguir no caso dos seguros de saúde devido a, principalmente, três razões. Em primeiro lugar, é difícil manter um mercado de seguros de saúde voluntários com pessoas que ou já estão doentes ou existe uma elevada probabilidade de ficarem doentes. Segundo, se as pessoas escondem informação e contratam um seguro de saúde por um preço que não reflete com rigor o seu risco de saúde, a viabilidade financeira da cobertura de todo o grupo de segurados será prejudicada: os prémios subirão ao longo o tempo e os segurados com baixo risco de doença deixarão o grupo para adquirir um seguro mais barato a outros seguradores. Esta situação corresponderia à já referida seleção adversa que poderá levar ao colapso do mercado. Em terceiro lugar, para impedir a seleção adversa, os seguradores procedem a uma análise de risco, procurando atrair indivíduos com baixo risco e evitar indivíduos de elevado risco de saúde, no seu grupo de segurados. Em razão da análise de risco, alguns indivíduos podem não conseguir obter um seguro de saúde por a sua candidatura ser rejeitada devido, por exemplo, à existência de determinadas doenças não cobertas pelo seguro. Por outro lado, a candidatura do individuo pode não ser rejeitada, mas o prémio do seguro a pagar ser demasiado elevado para a sua capacidade financeira. A análise do risco levado

a cabo na atribuição de seguros de saúde leva a uma segmentação entre os segurados, e entre os segurados e os não segurados, impondo assim limites à redistribuição entre ricos e pobres e entre saudáveis e doentes.

Deste modo, o acesso aos cuidados de saúde é baseado na capacidade de pagar mais do que na necessidade de cuidados de saúde, o que viola o princípio de equidade de acesso e acentua a desigualdade no sistema de saúde.

Algumas destas consequências podem ser evitadas ou minoradas através de adequada regulação envolvendo regras sobre os prémios, benefícios e outras condições contratuais.

A análise de risco tem outros efeitos colaterais indesejados. Constitui um puro custo na perspetiva do sistema de saúde, porque falha na produção de qualquer benefício social, e pode reduzir os incentivos dos seguradores para aumentar a eficiência das organizações, visto que incentiva a obtenção de margens pela seleção de indivíduos de baixo risco, em vez de ser pela via da racionalização das operações e da influência positiva sobre os prestadores de serviço.

Dada a diferente metodologia de cálculo dos prémios de seguros de saúde individuais e dos seguros de saúde de grupos e comunidades, estes dois tipos de seguro serão apresentados separadamente.

4.4.1 Prémios de seguro de saúde individuais

Os prémios de seguros de saúde individuais são calculados com base na análise de risco do candidato à contratação do seguro.

Conforme mostra o Quadro 4.3, os fatores de risco mais frequentemente considerados nos países da União Europeia são a idade e o estado de saúde atual (o que pode implicar a realização de um exame médico), seguidos pela história médica (quer do próprio, quer da família) e pelo tipo de ocupação. Embora menos comum, outros indicadores de risco são considerados, como sejam o local de residência, o estatuto no emprego e o rendimento. O género, a religião e a

orientação sexual podem também ser considerados fatores de risco, mas fora da União Europeia visto que a legislação europeia (Diretiva Antidiscriminação de Julho de 2008) proíbe a diferenciação de prémios de seguros de saúde com base no género, religião e orientação sexual.

O valor dos prémios do seguro de saúde tem em conta os fatores de risco individuais, mas também o pacote de produtos e serviços de saúde cobertos pelo seguro e o nível de copagamentos que fica a cargo do beneficiário do seguro.

4.4.2 Prémios de seguros de saúde de grupos e comunidades

Os prémios dos seguros de saúde dos indivíduos pertencentes a grupos (em regra empresas) e a comunidades são, em ambos os casos, baseados no risco médio do conjunto dos membros do grupo ou da comunidade. O prémio pago pelos membros do grupo ou da comunidade é o mesmo, independentemente dos fatores individuais de risco. No caso do cálculo dos prémios dos membros da comunidade, não é realizada, em regra, uma avaliação específica do risco, mas no caso do grupo ou empresa essa avaliação do risco pode ser realizada. Quando é tomada em conta a avaliação do grupo, os prémios são ajustados com base no histórico de eventos de saúde no grupo.

De notar que a oferta de seguros de saúde de comunidades é muito rara particularmente no caso dos seguradores comerciais, sendo em regra apenas disponibilizada por alguns seguradores não comerciais.

Os seguradores, como se referiu, favorecem muitas vezes os seguros de grupo, face aos seguros individuais, visto proporcionarem um volume de negócios superior sem um correspondente acréscimo nos custos. Do mesmo modo, ao oferecer descontos nos prémios e outras condições favoráveis aos grupos, os seguradores conseguem cobrir uma população mais jovem e saudável, tornando menos interessante a venda de seguros de saúde a indivíduos.

Assim, os valores dos prémios de seguro de saúde de grupos e comunidades são, em regra, inferiores aos prémios de seguros de saúde individuais. De modo a

reduzir a desigualdade de tratamento existe, nalguns países, um limite máximo às diferenças entre os prémios dos dois tipos de seguros (por exemplo, no caso da Irlanda, o limite é de 10%).

O cálculo dos prémios de seguros de saúde de grupos e comunidades depende, tal como no caso dos prémios dos seguros de saúde de indivíduos, do pacote de produtos e serviços de saúde cobertos pelo seguro, bem como do nível dos copagamentos a cargo dos beneficiários dos seguros.

Em razão desta dependência, torna-se difícil comparar preços dos prémios dos seguros de saúde entre seguradores, e ainda mais entre países, visto os pacotes de produtos e serviços cobertos serem em regra diferentes. Na maioria dos países, os prémios aumentam com a idade e os seguradores comerciais praticam, em regra, preços mais elevados.

4.5. Informação requerida aos candidatos à contratação de seguro de saúde e período de espera

A informação requerida aos candidatos à contratação de um seguro de saúde depende naturalmente da metodologia adotada para avaliar o risco e para definir o montante do prémio do seguro. Os seguradores que utilizam o estado de saúde para avaliar o risco e definir o prémio do seguro, exigem aos candidatos o preenchimento de um detalhado questionário médico que pode também incluir questões sobre a sua história médica e sobre a família. Nalguns países, torna-se mesmo necessário acompanhar o questionário de um exame médico (cf. Quadro 4.3). Noutros casos, os seguradores não pedem informação médica, mas impõem períodos de espera ou períodos de carência (ver abaixo).

A inscrição aberta (*open enrolment*) é, em regra, acompanhada de um período de espera que vai desde um mês a um ano para acesso à maioria dos cuidados médicos, mas pode ter uma duração maior para cobrir cuidados de longo prazo.

Em alguns países, os seguradores introduzem um período de carência que substitui a informação e exame médico, e segundo o qual durante um certo período qualquer condição preexistente não é coberta¹³.

Por outro lado, na grande maioria dos países da União Europeia, os dependentes não estão cobertos pelos seguros.

Quadro 4.3 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Definição dos prémios e informação requerida

País	Variáveis usadas para definir prémios	Informação médica	Período de espera	Cobertura de dependentes
Alemanha	Idade, estado de saúde	História médica	3-8 meses	Não
Áustria	Idade, lugar de residência, estado de saúde	História médica	Em regra, não	Ocasionalmente
Bélgica	Idade, lugar de residência, (às vezes)	Declaração médica	3-6 meses	Não
Bulgária	Idade, estado de saúde	Declaração médica e /ou Certificado	n/a	Não
Chéquia	Idade, estado de saúde	Exame médico (substitutivo)	n/a	Não
Chipre	Idade, estado de saúde	História médica exame permitido	Sim, em alguns casos.	Não
Croácia	Idade, estado de saúde ^(a)	Declaração médica e /ou Certificado ⁽¹⁾	Em regra, não	n/a
Dinamarca	Mútuas: idade, estado de saúde; Comerciais: Idade, tipo de emprego; Grupos: nº de empregados, natureza do trabalho, políticas de saúde	Declaração médica (para elegibilidade ou exclusão de condições preexistentes)	Em regra, não	Mutual: Sim (<16) Comercial: Varia (<16)
Eslováquia	Idade, estado de saúde	História médica	Não	Não
Eslovénia	Idade, estado de saúde	Exame médico	2-24 meses	Não
Espanha	Idade, estado de saúde	História médica	6 meses	Não
Estónia	Idade, estado de saúde (Comercial)	Exame médico	1-9 meses (comercial)	Não
Finlândia	Idade	História médica	n/a	Não

¹³ Os exemplos dados sobre a subscrição de períodos de carência (*moratorium underwriting*) em Sagan e Thomson (2016, p.67) são Portugal e o Reino Unido. Nestes casos, as condições preexistentes são identificadas pelo tipo de tratamentos médicos que os segurados tiveram antes de contratarem o seguro.

País	Variáveis usadas para definir prémios	Informação médica	Período de espera	Cobertura de dependentes
França	Idade, estado de saúde (comercial), lugar de residência	História médica	Não	Em regra
Grécia	Idade, estado de saúde, ocupação	História médica (incluindo história da família), Exame médico, Raio X	Sim	Não
Hungria	Idade, estado de saúde	História médica Exame médico	3-6 meses	Não
Irlanda	Penalizações por não adquirir seguro quando jovem	n/a	6-12 meses 5 anos para condições preexistentes	n/a
Itália	Idade, estado de saúde, local de residência (comercial)	História médica (comercial)	1-9 meses	Não
Letónia	Varia	Exame médico (para alguns)	n/a	Não
Lituânia	Idade, ocupação	História médica	n/a	Varia
Luxemburgo	Idade, estado de saúde (comercial)	História médica (comercial)	3-8 meses (comercial)	Não (comercial)
Malta	Idade	História médica e exame (para mais velhos)	Não	Não
Países Baixos	Idade, estado de saúde	História médica	n/a	Não
Polónia	Idade, estado de saúde	Exame médico e história família	Não	Varia
Portugal	Idade, estado de saúde	História médica (inclui histórico de família) e exame médico (pode ser exigido)	Sim	Não ⁽²⁾
Roménia	Idade, estado de saúde	História médica (inclui histórico de família) e exame médico (pode ser exigido)	Sim	Varia
Suécia	Idade	Declaração médica. Exame médico (raro)	Sim	Não

Fonte: Thomson e Mossialus (2009) e Sagan e Thomson (2016)

⁽¹⁾ Apenas no caso dos seguradores comerciais.

⁽²⁾ Esta informação está desatualizada já que alguns seguros cobrem os dependentes.

4.6 Benefícios e copagamentos dos beneficiários de seguros de saúde

Os beneficiários de seguros de saúde, a exemplo do verificado com outros seguros, têm direito, em caso de doença, a um conjunto de benefícios que se traduz no alargamento da lista dos prestadores de serviço e no pagamento por parte do segurador dos custos incorridos. No entanto, o pagamento não é em regra integral, ficando uma parte a cargo dos beneficiários do seguro, constituindo a sua participação ou copagamento.

4.6.1 Benefícios com teto e copagamento dos beneficiários

Os seguradores em muitos países impõem tetos aos reembolsos recebidos e um copagamento dos custos por parte dos beneficiários do seguro. Esta situação verifica-se na grande maioria dos países da União Europeia (cf. Quadro 4.4). Por outro lado, os bónus para os beneficiários que não reclamam benefícios são raros.

Quadro 4.4 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Copagamentos e limites aos benefícios

País	Existência de copagamentos	Limite superior aos benefícios
Alemanha	Sim	
Áustria	Sim	Sim
Bélgica	Sim	Sim
Bulgária	Não	Sim
Chéquia	Varia	Sim
Chipre	Sim	Sim
Croácia	Sim	Sim
Dinamarca	Em regra, não comercial	n/a
Eslováquia	Não	Sim
Eslovénia	Sim	Não
Espanha	Sim	Não
Estónia	n/a	Não
Finlândia	Sim	Sim
França	Sim	Não
Grécia	Sim	Sim
Hungria	Não	Sim
Irlanda	Sim	Sim
Itália	Sim	Sim

País	Existência de copagamentos	Limite superior aos benefícios
Letónia	n/a	Sim
Lituânia	Sim	Sim
Malta	Sim	Sim
Países Baixos	Sim	Não
Polónia	Varia	n/a
Portugal	Sim	Sim
Roménia	Não	Não
Suécia	Varia	Não

Fonte: Sagan e Thomson (2016, *Table 5.6*)

4.6.2 Pagamentos em dinheiro ou ao prestador.

Os benefícios pagos pelos seguradores podem ser proporcionados em dinheiro (através do reembolso) ou por pagamento direto ao prestador de produtos ou serviços de saúde (Sagan e Thomson, 2016, p.73). No caso dos reembolsos, o segurado tem de, numa primeira fase, pagar integralmente os produtos ou serviços de saúde para, numa segunda fase, ser reembolsado pelo segurador. Esta é a opção normal no caso de seguro de saúde ser complementar e cobrir as comparticipações. O Quadro 4.5 apresenta as modalidades de pagamento dos benefícios nos países da União Europeia. O sistema mais largamente adotado (cobrindo a quase totalidade dos países) é o pagamento em dinheiro através dos reembolsos. Nalguns países (incluindo Portugal) são praticados os dois sistemas.

Quadro 4.5 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Benefícios em espécie e em dinheiro.

País	Pagamentos em dinheiro (reembolsos) ⁽¹⁾	Pagamentos ao prestador ⁽²⁾
Alemanha	Sim	Não
Áustria	Consultórios médicos	Alguns Hospitais
Bélgica	Sim	Não
Bulgária	Sim	Sim
Chéquia	Sim (seguro substituto)	Sim
Chipre	Ambulatório	Internamentos
Croácia	Principalmente	Não
Dinamarca	Sim	Sim
Eslováquia	Principalmente	Não
Eslovénia	Sim	Sim
Espanha	Não	Sim
Estónia	Sim	Sim
Finlândia	Sim	Não
França	Principalmente	Não
Grécia	Principalmente	Sim
Hungria	Não	Sim
Irlanda	Não	Sim
Itália	Sim	Sim
Letónia	Desde 2008	Não
Lituânia	Sim	Não
Malta	Sim	Principalmente
Países Baixos	Sim	Sim
Polónia	Sim	Não
Portugal	Sim	Principalmente
Roménia	Sim	Sim
Suécia	Sim	Não

Fonte: Sagan e Thomson (2016, *Table 5.7*)

⁽¹⁾ Reembolso da totalidade ou duma parte do valor dispendido.

⁽²⁾ Pagamento direto ao prestador do produto ou serviço de saúde.

4.7 Relações entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde

Na análise das relações entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde (*providers*), apresenta-se de seguida a distinção entre o caso da contratação e o caso dos pagamentos.

4.7.1 Contratação seletiva e integração vertical

A maior parte dos seguros de saúde procura alargar a oferta de serviços médicos disponíveis, possibilitando a utilização de hospitais e a consulta de médicos e outros profissionais de saúde que trabalham no privado, mas também muitas vezes no setor público.

Nalguns países a escolha dos segurados é limitada pelas Redes de Prestadores Preferenciais do Segurador (*PPN: Preferred Provider Network*) ou mesmo pelos serviços prestados pelo próprio segurador, visto este ter assegurado uma integração vertical com os prestadores de cuidados de saúde. Contudo, estas limitações na escolha de prestadores de cuidados de saúde são pouco frequentes visto não serem populares entre os segurados. Deste modo, mesmo quando estas facilidades existem nalguns países, os segurados não são, em regra, obrigados a recorrer a essas facilidades.

Conforme o Quadro 4.6 mostra, os seguradores contratam, em regra, seletivamente os prestadores de cuidados de saúde, e a integração vertical entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde constitui a exceção e não a regra. Em alguns países, vários seguradores são eles próprios prestadores de cuidados de saúde (como é o caso da Croácia) ou têm acordos com redes de prestadores (Dinamarca) mas os segurados não têm obrigação de recorrer a estes prestadores. Noutros países (como é o caso da Alemanha), os seguradores não podem mesmo ser proprietários de policlínicas, o que na prática proíbe a integração vertical.

Quadro 4.6 Seguros de saúde na União Europeia - Relação entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde

País	Contratação Seletiva	Integração vertical
Alemanha	Sim	Não ⁽¹⁾
Áustria	Sim	Misto ⁽²⁾
Bélgica	Sim, mas uso limitado	Não
Bulgária	Sim	Misto ⁽²⁾
Chéquia	Sim, mas não usado	Não
Chipre	Sim	Não ⁽³⁾
Croácia	Sim no caso suplemento	Misto ^{(2) (4)}
Dinamarca	Sim, com frequência	Não ⁽⁴⁾
Eslováquia	Sim	Não
Eslovénia	Sim, com frequência	Não
Espanha	Sim, com frequência	Sim
Estónia	Sim, mas uso limitado	Não
Finlândia	Sim, mas não usado	Não
França	Não	Não
Alemanha	Sim	Não ⁽¹⁾
Grécia	Sim, com frequência	Misto ^{(2) (4)}
Hungria	Sim	Não ⁽³⁾
Irlanda	Sim	Sim. Exceção
Itália	Sim (setor privado)	Não
Letónia	Sim, mas uso limitado	Não
Lituânia	Não	Não
Malta	Sim, mas uso limitado	Não
Países Baixos	Sim, mas uso limitado	Não
Polónia	Sim	Não ⁽³⁾
Portugal	Sim, com frequência	Misto ^{(2) (3)}
Roménia	Sim, com frequência	Sim. Exceção
Suécia	Sim, com frequência	Não

Fonte: Sagan e Thomson (2016)

⁽¹⁾ Os seguradores não podem deter policlinicas.

⁽²⁾ Os seguradores têm facilidades, mas os segurados não são obrigados a usá-las.

⁽³⁾ Alguns seguradores têm PPN - *Preferred Provider Networks*.

⁽⁴⁾ Os seguradores têm acordos exclusivos com prestadores de cuidados de saúde, mas os segurados não são obrigados a usá-los.

4.7.2 Pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde

Os seguradores, na sua grande maioria, optam por pagar aos prestadores na base do serviço executado (em inglês FFS - *fee-for-service*). A fixação dos preços dos serviços nos países da União Europeia resulta na maioria dos casos de negociação entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde (Quadro 4.7). De acordo com Sagan e Thomson (2016, p.82), nalguns países (os exemplos dados são Espanha e Portugal)¹⁴, embora continue a haver negociação, os seguradores, dado o seu peso, estão em condições de impor os preços pelo que na prática os prestadores de serviços de saúde aceitam os preços dos seguradores. Já noutros países (os exemplos dados são a República Checa e a Finlândia), os preços são definidos pelos prestadores de cuidados de saúde. Finalmente, noutros países (o exemplo mais claro que é dado é o da Alemanha) os preços são definidos pelo governo. De modo geral, os prestadores podem cobrar preços superiores aos pacientes com seguro de saúde do que os preços praticados com os pacientes financiados publicamente, o que pode encorajar a priorização dos pacientes com seguro de saúde, tendo por esta via um impacto negativo na eficiência e equidade do uso dos serviços de saúde.

Os prestadores de cuidados de saúde médicos são, em muitos países, uma mistura de prestadores públicos e privados, com os prestadores privados a dominar sobretudo nos países em que os seguros de saúde têm uma função essencialmente suplementar (Sagan e Thomson, 2016, p.80).

De salientar que, em muitos países, os seguradores dispõem de camas privadas em hospitais públicos (camas reservadas para pacientes financiados privadamente), havendo nalguns países (por exemplo na Áustria e na Grécia) um limite superior (nos dois exemplos é de 20% e de 10% respetivamente). Os médicos estão autorizados a trabalhar no setor público e no setor privado em todos os países, com as exceções do Chipre e da Dinamarca.

¹⁴ A informação sobre Portugal está desatualizada. Com efeito, o poder negocial dos seguradores varia consoante o tipo de prestador e até com a zona do país do prestador.

Quadro 4.7 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Pagamento ao prestador de serviço

País	Método de pagamento	Quem define os preços?	Comparação com os preços públicos
Alemanha	FFS, DRGs	Governo	Mais elevados
Áustria	FFS	Negociação ⁽¹⁾	Mais elevados
Bélgica	FFS principalmente	Negociação ⁽¹⁾	Iguais, com exceções
Bulgária	FFS	Vários ⁽²⁾	Semelhantes
Chéquia	FFS	Prestadores	n/a
Chipre	FFS	Prestadores exceto. PPNs	Mais elevados
Croácia	FFS	Negociação ⁽¹⁾	Diferentes
Dinamarca	FFS	Negociação	Dobro (para especial.)
Eslováquia	FFS	Negociação	Diferentes
Eslovénia	FFS	Negociação	n/a
Espanha	FFS, <i>some</i> CAP	Negociação	Mais elevados
Estónia	CAP, DRG, FFS, PD	Governo	20% mais elevados
Finlândia	n/a	Prestadores	Diferentes
França	FFS, DRGs	Vários ⁽³⁾	Iguais, com exceções
Grécia	FFS, CAP, <i>Salary</i>	Negociação	Mais elevados
Hungria	FFS	Negociação	Mais elevados
Irlanda	FFS, principalmente	Negociação	Diferentes
Itália	FFS, principalmente	Vários ⁽⁴⁾	Mais elevados
Letónia	FFS	Negociação	Mais elevados
Lituânia	FFS	Prestadores	Diferentes
Malta	FFS, PD, <i>block payments</i>	Negociação	Iguais, com exceções
Países Baixos	CAP, FFS, <i>Stand Tariffs</i>	n/a	n/a
Polónia	FFS, DRGs	Negociação	n/a
Portugal	FFS	Negociação	n/a
Roménia	FFS, <i>Salary</i>	Negociação	Mais elevados
Suécia	FFS	Negociação	Mais elevados

Fonte: Sagan e Thomson (2016, *Table 5.10*)

⁽¹⁾ As negociações são em regra entre os seguradores e os prestadores de cuidados de saúde.

⁽²⁾ Reembolsos: Prestadores; Compras: negociação; Seguradores definem preços das suas facilidades.

⁽³⁾ Os preços dos hospitais definidos pelo governo; os outros preços definidos por negociação.

⁽⁴⁾ Os preços para os prestadores creditados são definidos a nível regional ou local. Os preços dos prestadores não creditados são negociados com os seguradores.

Notas:

FFS: *fee-for-service*; CAP *Capitation*; DRG: *Diagnosed Related Group* (usado para pagar hospitais)
PD: *per diem* (usado para pagar hospitais).

Na Grécia e na Roménia, o pagamento de salários ocorre onde existe integração vertical.

4.8. Receitas dos prémios de seguros de saúde afetas aos custos administrativos e de gestão e às despesas de saúde.

A informação disponibilizada pela OECD para os países europeus membros mostra que os custos administrativos e de gestão dos operadores públicos na área da saúde representam cerca de 5% das receitas. No entanto, no caso da gestão dos seguros de saúde, os seguradores despendem uma percentagem claramente mais elevada (variando entre 5 e 30%) das receitas dos prémios pagos pelos segurados¹⁵.

A percentagem dos prémios dos seguros de saúde gasta em despesas de saúde (*claims ratio*) é relativamente baixa (Quadro 4.8)¹⁶. A média para os países apresentados é de 67,3% em 2006 que desce para 61,2% em 2013. Por outro lado, em 2/3 dos países para os quais existe informação (24 países), os seguradores gastam em média menos de 70% do seu rendimento em despesas de saúde com os segurados (Sagan e Thomson, 2016, p.21). Estes números sugerem que a atividade seguradora na área dos seguros de saúde poderá ser lucrativa em muitos países apesar das elevadas despesas administrativas e de gestão¹⁷.

¹⁵ De acordo com Mathauer e Kitzin (2018), estes maiores custos devem-se aos recursos gastos na análise do risco dos candidatos, na publicidade e nas comissões

¹⁶ A consideração dos dois fatores (elevada percentagem gasta nos custos administrativos e de gestão, e baixa percentagem gasta em despesas da saúde) pode indiciar um problema de eficiência na gestão destes seguros (cf. **Capítulo 5**).

¹⁷ Esta conclusão não se aplicará a Portugal se adotarmos o rácio combinado (rácio da sinistralidade e das despesas sobre os prémios retidos ou líquidos de resseguros). Com efeito, de acordo com os dados da ASF este indicador alcança, em 2022, um valor de 100,8% em grande parte devido a elevados custos administrativos e de gestão, o que indicia pouca lucratividade deste segmento do negócio dos seguros.

Quadro 4.8 Seguros de saúde nos países da União Europeia. Percentagem das receitas gasta em despesas de saúde (*claim ratios*)

País	2006	2013
Alemanha	63	68
Áustria	69	65
Bélgica	56	69
Chipre	72	49
Eslovénia	88	86
Finlândia	77	78
França	78	83
Hungria	54	22
Letónia	61	68
Luxemburgo	56	70
Malta	80	38
Polónia	39	27
Portugal ⁽¹⁾	82	78
Média	67,31	61,62

Fonte: Thomson e Mossialos (2009, *Figure 10*) e Sagan e Thomson (2016, *Figure 5.4*) - só são apresentados os valores comuns às duas fontes e referentes a países da União Europeia.

⁽¹⁾ ver a nota de rodapé anterior, referente a Portugal, em 2022

4.9 Funcionamento do mercado de seguros de saúde em Portugal¹⁸

Seguiremos a mesma ordem adotada neste capítulo.

4.9.1 Os consumidores de seguros de saúde

Em 2010, 64% das apólices de seguros de saúde eram apólices de grupo contratadas pelos empregadores, e as restantes apólices correspondiam a contratos individuais. Contrariamente às apólices individuais, as apólices de grupo cobrem frequentemente os dependentes e cerca de metade do total de apólices foram

¹⁸ Salvo indicação em contrário, o reporte e as estimativas dadas nesta secção têm como fonte: Duarte Oliveira e Nogueira da Silva (2016) que relata a experiência portuguesa na publicação conjunta do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e da Organização e da OMS-Europa (cf, Thomson e Sagan, 2016b). Apesar dos dados estarem um pouco desatualizados, como aliás já foram dados vários exemplos, a utilização desta fonte tem a vantagem de permitir comparação com os outros países da OMS e, em particular, com os países da União Europeia. Informação mais recente sobre a saúde em Portugal, e também comparável com a dos outros países da União Europeia, pode ser encontrada na publicação de 2021 da OECD e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (OECD, 2021). No entanto, esta informação trata a saúde numa perspetiva geral e não se refere especificamente aos seguros de saúde.

adquiridas através de canais bancários. O indivíduo que contrata um seguro de saúde tem uma idade que é em regra entre 20 e 54 anos, vive numa área urbana com rendimento entre o médio e o elevado e trabalha em grandes ou médias empresas.

4.9.2 Os comercializadores de seguros de saúde

O mercado dos seguros de saúde tornou-se ao longo do tempo mais concentrado, seguindo a tendência do setor bancário e do conjunto do setor segurador. Em 2022 havia 25 seguradores comerciais (não especialistas) no mercado de seguros de saúde. Em termos de volume de negócios, o mercado registava em 2022 um valor total das apólices de 12127 milhões de euros (incluindo acidentes e doença) em regime de livre prestação de serviços (LPS) e a maior parte dos seguradores registavam lucros. Já em termos de grau de concentração, os três maiores seguradores (Fidelidade, Ageas e General) tinham em 2022 uma quota de mercado de 70%.

4.9.3 Condições de acesso e variáveis utilizadas no cálculo dos prémios dos seguros de saúde

Os seguros de saúde básicos que cobrem custos de internamento, cuidados ambulatoriais e/ou consultas externas dominam o mercado. As coberturas não abrangem, em regra, o reembolso das participações no SNS e apenas um conjunto reduzido e caro de seguros cobre participações nos medicamentos. A maioria dos seguros de saúde oferece cobertura limitada e múltiplas exclusões são aplicáveis (sobretudo para doenças preexistentes, crónicas e psiquiátricas). Também muito poucos seguros de saúde estão disponíveis para indivíduos com mais de 70 anos e elevados riscos de saúde. Do mesmo modo, existem limites superiores para os benefícios, períodos de carência e a necessidade de pré-autorização para o uso de alguns serviços. O preenchimento de um questionário com a história médica (incluindo a história médica da família) e a realização de um exame médico são, em regra, exigidos para obter um seguro médico individual.

Os prêmios dos seguros de saúde são calculados com base na análise de risco dos candidatos ao seguro. A idade e o estado de saúde são as variáveis principais utilizadas no cálculo dos prêmios.

4.9.4 Relações entre seguradores e prestadores de cuidados de saúde

Os seguradores geralmente negociam contratos com hospitais privados e pagam pelos cuidados ambulatoriais privados com base no serviço executado (FFS). Vários seguradores usam redes de prestadores preferenciais para minimizar custos e aumentar a eficiência, embora não haja evidências de que isso tenha sido alcançado. Essas redes geralmente não exigem exclusividade e os prestadores pertencem, em regra, a mais de uma rede (ou seja, trabalham com mais de um segurador) e também podem ter contratos com o SNS, bem como fornecer serviços privados ao público em geral com base em pagamentos diretos das famílias (*OOP - out-of-pocket*). Os prestadores de cuidados de saúde devem aplicar e adequar-se às regras do segurador para entrar na sua rede de prestadores preferenciais. Normalmente, os acordos com a rede de prestadores preferenciais envolvem o pagamento apenas da parte do segurado, enquanto o co-seguro e a conta corrente envolvem o pagamento integral, seguido de reembolso. Alguns dos maiores seguradores integram os seus próprios prestadores de cuidados de saúde (integração vertical), o que lhes dá melhor controle sobre custos e qualidade. Os preços dos serviços são negociados entre prestadores de cuidados de saúde e seguradores.

5 Regulação do mercado dos seguros de saúde

5.1 Os objetivos da regulação

Até ao início dos anos 90, as autoridades públicas prestavam pouca atenção ao mercado dos seguros de saúde e à sua regulação. Embora o mercado tenha crescido de forma sustentada, a atitude das autoridades públicas podia, dum modo geral, ser classificada benevolente com um implícito encorajamento ao desenvolvimento do mercado visto o mesmo acarretar benefícios. Com efeito, dada a elevada pressão sobre o financiamento público dos serviços de saúde, o aparecimento de outras fontes de financiamento, como era o caso dos seguros de saúde, minorava a necessidade do recurso a medidas impopulares, como sejam o aumento das participações ou copagamentos por parte dos utilizadores dos serviços de saúde.

Contudo, uma série de fatores contribuiu para alterar profundamente a situação do mercado e a necessidade de regulação a partir do início dos anos 90. Entre estes fatores, destacam-se três (cf. Thomson *et al.*, 2020) conforme se descreve em seguida.

Em primeiro lugar, o aumento da concorrência, derivado, designadamente, da entrada de seguradores comerciais no mercado de seguros de saúde. Em segundo lugar, a segmentação do risco dos candidatos a seguros conduziu a que uma parte destes candidatos fosse excluída e não conseguisse obter seguros, visto que o seu estado de saúde e (ou) a sua idade implicavam, ou uma exclusão automática, ou o pagamento de prémios de seguro de que a sua situação financeira não lhe permitia pagar. Assistia-se, assim, à violação do princípio de equidade de acesso aos cuidados de saúde, o qual deve ser baseado na necessidade de cuidados de saúde em vez da capacidade para pagar esses serviços (Culyer, 1989). Esta desigualdade de acesso era, ainda, acentuada pelo facto de os prestadores de cuidados de saúde serem melhor remunerados quando prestavam serviço aos pacientes financiados pelos seguros de saúde, do que aos pacientes financiados pelos fundos públicos e, em consequência, serem incentivados a darem prioridade aos primeiros. Finalmente, em terceiro lugar, a segmentação de risco provocava outros efeitos indesejáveis na eficiência do sistema de saúde, visto poder tornar-se um mero custo

se os seguradores procurarem margens elevadas através da seleção de segurados com baixo risco de saúde e elevados níveis de rendimento, em vez de procurarem racionalizar e simplificar o fornecimento de serviços por parte dos prestadores de cuidados de saúde (Rice, 2003). A eficiência do sistema era também afetada, na medida em que os prestadores de cuidados de saúde aos segurados dos seguros de saúde, tinham capacidade financeira para atrair profissionais do sistema de saúde estatutário, o que reduzia a capacidade deste sistema para prestar serviços à maioria da população que não era coberta pelos seguros de saúde.

A regulação dos seguros de saúde tem três objetivos principais (cf. Chollet e Lewis, 1997):

- i. Assegurar a estabilidade do mercado. Esta estabilidade é assegurada através designadamente da imposição de normas (*standards*) para a entrada, saída e operações dos seguradores, bem como através da imposição de requisitos para o reporte financeiro e para o escrutínio dos mesmos seguradores;
- ii. Proteger os consumidores. Esta proteção é, designadamente, feita pela monitorização das práticas de *marketing* dos seguradores e das suas relações com os prestadores de cuidados de saúde;
- iii. Propiciar um acesso fácil e justo aos seguros de saúde. Este acesso exige a adoção de um conjunto alargado de regras, de que são exemplos as que constam do Quadro 5.2, e que serão explicitadas mais à frente.

As medidas destinadas a alcançar o primeiro objetivo são conhecidas como regulação financeira ou prudencial e as medidas destinadas a alcançar os outros dois objetivos são conhecidos como regulação contratual, material ou comportamental.

5.2 Regulação ao nível da União Europeia

A primeira legislação comunitária na área dos seguros de saúde foi a Diretiva 92/49/CEE do Conselho de 18 de junho de 1992, que afirma a liberdade de estabelecimento e de prestação dos serviços de seguro de saúde na União Europeia¹⁹. As disposições desta diretiva deviam ser adotadas pelos Estados membros o mais tardar até 31 de dezembro de 1993, de modo a poderem entrar em vigor o mais tardar em 1 de julho de 1994. Esta diretiva não se aplica aos seguros de saúde que fazem parte do sistema de segurança social, mas todas as outras formas de seguros de saúde caem dentro do seu âmbito.

A competência da União Europeia nesta área dos seguros de saúde resulta de a atividade seguradora ser considerada uma atividade económica. As decisões do Tribunal de Justiça Europeu confirmam que as atividades seguradoras caem dentro do âmbito da Diretiva quando são realizadas por seguradores com “objetivos lucrativos e assumindo os riscos” (ECJ, 2000) e não caem no âmbito da Diretiva, no caso das “atividades com um objetivo exclusivamente social, abrangendo solidariedade” (ECJ, 2004).

A Diretiva 92/49/CEE estabelece pela primeira vez um quadro de referência da regulação dos seguros de saúde ao nível comunitário, com duas componentes essenciais:

- Os governos devem abrir o mercado de seguros de saúde à concorrência seja ao nível nacional, seja ao nível comunitário. Isto significa que a venda de seguros de saúde não pode ser limitada a determinados tipos de seguradores, ou apenas a seguradores nacionais ou seguradores com presença local;
- Os governos não devem incluir normas regulatórias dos seguros de saúde, para além das necessárias para a regulação financeira, com algumas exceções.

¹⁹ As diretivas anteriores sobre seguros não vida não se aplicavam aos seguros de saúde. Para uma análise aprofundada do impacto da legislação comunitária no mercado de seguros de saúde, ver Thomson e Mossialos (2010).

Segundo Mossialos *et al.* (2010), a regulação ao nível europeu dos seguros de saúde pode ser interpretada, de modo geral, como permitindo a regulação no caso dos seguros de saúde terem uma função substitutiva dos sistemas de saúde estatutários e, portanto, proibindo a regulação nos casos em que os seguros de saúde têm funções complementares ou suplementares em relação aos sistemas de saúde estatutário²⁰.

Por outro lado, os desenvolvimentos em vários países levaram a um esbatimento da fronteira entre a atividade económica normal e a segurança social, com uma clara intenção de colocar a gestão dos seguros de saúde fora da jurisdição comunitária (Sagan e Thomson, 2016, p.87).

Para clarificar o alcance do quadro de referência da regulação dos seguros de saúde ao nível comunitário, definido pela Diretiva 92/49/CEE, tem vindo a ser publicada legislação como é o caso da Diretiva 2011/24/EU que se concentra no acesso aos cuidados de saúde das populações que vivem nas zonas fronteiriças. Segundo esta diretiva, no caso de existirem tempos de espera pelos tratamentos médicos demasiado longos no seu país, os pacientes têm o direito de procurar no país vizinho esses cuidados, incluindo os prestadores privados que não fazem parte do sistema de saúde público, e serem em seguida reembolsados no seu país. No entanto, o impacto desta diretiva tem sido, até ao presente, reduzido.

Em 2011 foi criada a *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA). Em conjunto com a *European Banking Authority* (EBA) e com a *European Securities and Market Authority* (ESMA) constituem as três autoridades europeias de supervisão financeira.

A EIOPA é uma agência da União Europeia responsável por supervisionar e regular o setor dos seguros e pensões complementares de reforma em toda a União Europeia. Nestes doze anos que leva de atividade, a EIOPA tem desempenhado um papel fundamental na supervisão e regulamentação do setor de seguros e pensões complementares de reforma, visando promover a estabilidade financeira, a proteção

²⁰ As decisões do Tribunal de Justiça Europeu mostram, no entanto, que esta separação não é rigorosa, sendo dados exemplos em que não é estritamente seguida (Sagan e Thomson, 2016, p.87).

dos consumidores e a harmonização das práticas regulatórias em toda a União Europeia.

5.3 Regulação ao nível nacional

O mercado de seguros de saúde é regulado exclusivamente como um serviço financeiro na maioria dos países da União Europeia. As entidades reguladoras deste mercado são tipicamente autoridades financeiras de supervisão, bancos centrais e reguladores do setor dos seguros, sendo todas estas entidades tuteladas pelo Ministério das Finanças (ver Quadro 5.1). Apenas num número reduzido de países, os Ministérios da Saúde ou entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde desempenham também um papel com algum relevo, mas sendo sempre com a participação conjunta das entidades referidas anteriormente²¹. Com as exceções da Hungria e da Bélgica, os seguradores com fins não lucrativos são regulados pelas mesmas entidades que os reguladores com fins lucrativos.

²¹ De acordo com Mathauer e Kutzin (2018), da OMS, a opção por estas entidades reguladoras constitui um desafio, já que pode conflitar com os esforços do Ministério da Saúde de lançar políticas de financiamento da saúde destinadas a garantir uma cobertura universal da população.

Quadro 5.1 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Entidades responsáveis pela regulação do mercado²²

País	Autoridade Supervisão Financeira	Banco Central	Regulador Seguros	Ministério Saúde	Outra
Alemanha	V				
Áustria	V				
Bélgica	V (comercial)				Mútuas
Bulgária	V				
Chéquia		V (comercial)			
Chipre		V			
Croácia	V			V	
Dinamarca	V				
Eslováquia		V			
Eslovénia			V	V	
Espanha		V		V	
Estónia	V				
Finlândia	V				
França			V		
Grécia		V			
Hungria	V (comercial)				ERS
Irlanda		V		V	
Itália			V	V	
Letónia	V				
Lituânia		V			
Malta	V				
Países Baixos		V			
Polónia	V				
Portugal			V		
Roménia			V		
Suécia	V				

Fonte: Sagan e Thomson (2016)

Nota: ERS – Entidade Reguladora da Saúde

As abordagens regulatórias variam de país para país. Em cerca de metade dos países da União Europeia, as regulações nacionais não vão além do que é exigido ao nível europeu, e a regulação dos seguros de saúde é feita do mesmo modo que a regulação de um outro qualquer seguro, não incluindo o quadro regulatório qualquer referência específica aos seguros de saúde. Esta abordagem verifica-se

²² Muito embora os conceitos de regulação e supervisão sejam próximos apresentam diferenças significativas, designadamente quanto ao foco e objetivo: a regulação está mais centrada na criação de regras e diretrizes para orientar as atividades, enquanto a supervisão concentra-se no acompanhamento das mesmas atividades, pelo que é mais reativa.

principalmente nos países em que os seguradores comerciais são dominantes, e em que os seguros de saúde têm uma função predominantemente complementar.

Nos países em que a regulação nacional dos seguros de saúde é mais ativa, indo além do exigido para a regulação dos outros seguros, a regulação procura, sobretudo, facilitar o acesso aos seguros de saúde e minorar outras consequências negativas da segmentação do risco levada a cabo pelos seguradores, e que foram atrás mencionadas. Esta abordagem está concentrada nos mercados em que os seguros de saúde têm uma função substitutiva (como é o caso da Alemanha) ou complementar em termos de cobertura das participações, e com uma forte presença de seguradores não comerciais ou com fins não lucrativos (como é o caso da França). A intensidade da regulação aumentou nos últimos anos (em particular na Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Itália e Eslovénia). O objetivo desta regulação tem sido, sobretudo, facilitar o acesso (“*accessibility*”) e a aquisição (“*affordability*”) dos seguros de saúde bem como o âmbito e profundidade da cobertura destes seguros.

O Quadro 5.2 elenca os objetivos e as principais medidas regulatórias associadas, apresentando também alguns exemplos destas medidas. Entre as medidas regulatórias incluem-se: inscrição livre²³ (ou garantia de acesso); contrato sem limite temporal²⁴ (ou garantia de renovação); mudança de segurador sem penalização; *rating* de comunidade²⁵ (e portanto a desvinculação dos prémios do seguro dos riscos de doença do segurado); mínimos obrigatórios (em regra nos benefícios); proibição da exclusão da cobertura de condições preexistentes; aprovação de limites superiores para as participações²⁶; proibição de limites superiores sobre os benefícios²⁷.

²³ *Open enrolment*

²⁴ *Lifetime cover*

²⁵ *Community rating*

²⁶ *User charges*

²⁷ *Prohibition of benefit ceilings.*

Quadro 5.2 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Objetivos e medidas regulatórias

Objetivos	Medidas regulatórias	Exemplos
Facilitar o acesso	Tornar a contratação obrigatória Inscrição livre Contrato sem limite temporal (ou com renovação automática) Mudança de segurador sem penalização	Na Alemanha para as pessoas que optem por abandonar o sistema de saúde estatutário Áustria, Bélgica e Irlanda Países Baixos
Facilitar a aquisição	Os prémios são calculados de acordo com o risco da comunidade /grupo e não de acordo com o risco individual Constituição de fundos de reservas ligadas ao envelhecimento Fixar um limite superior para os prémios dos seguros Impor descontos nos prémios para determinados grupos Dispensar do pagamento ou pagamento pelo governo dos prémios.	Irlanda e Eslovénia Na Alemanha, os seguradores devem constituir fundos de reserva para fazer face a aumento de custos decorrentes do envelhecimento. Na Itália os Fundos de saúde do SNS devem praticar prémios que são inferiores aos dos seguradores comerciais Na Itália os reformados seguros na <i>Societa di Mutuo Soccorso</i> pagam prémios inferiores A França oferece às famílias com baixos rendimentos vouchers para adquirir seguros de saúde com funções complementares
Âmbito e profundidade da cobertura	Cobertura de condições preexistentes Benefícios mínimos ou Padronizados Limites às participações dos utentes Proibição de limites aos benefícios	A Alemanha para os casos em que o seguro tem funções substitutivas. França para determinados contratos A Alemanha para os casos em que o seguro tem funções substitutivas. França para determinados contratos

Fonte: Sagan e Thomson (2016, *Table 6.2*, pp.91-92)

5.4 Incentivos fiscais à aquisição de seguros de saúde.

Os incentivos fiscais traduzem-se, em regra, na dedução na matéria coletável das empresas ou dos indivíduos, dos montantes dos prémios pagos. O Quadro 5.3 mostra que em mais de metade dos países da União Europeia estudados (16 em 26), existe alguma forma de incentivos fiscais à aquisição de seguros de saúde. Na maioria dos países, os beneficiários dos incentivos são os empregadores (10 países), seguidos dos indivíduos (8 países). Em alguns países, os incentivos são extensivos aos indivíduos, aos empregadores e aos empregados.

Nos últimos anos, a tendência tem sido para reduzir ou mesmo abolir os incentivos fiscais à aquisição de seguros de saúde. Esta tendência baseia-se principalmente em três argumentos (Sagan e Thomson, 2016). Por um lado, representam um custo para o orçamento do Estado, já que não existe evidência de que os incentivos sejam autofinanciados por permitirem a redução da procura dos serviços de saúde financiados por fundos públicos e, portanto, a redução da despesa pública. Por outro lado, os incentivos fiscais têm reduzida equidade já que beneficiam os grupos sociais mais ricos, visto serem estes grupos que tendem a adquirir mais os seguros de saúde, verificando-se mesmo que nalgumas empresas apenas os quadros superiores tinham direito a seguro de saúde pago pela empresa²⁸. Em terceiro lugar, os incentivos fiscais são pouco eficientes, já que nos países em que se verificou uma redução nos incentivos, registou-se um impacto reduzido na contratação de seguros de saúde.

²⁸ De modo a incentivar a equidade dentro das empresas, alguns países alteraram esta situação através da concessão de benefícios fiscais apenas quando os seguros de saúde são oferecidos a todos os colaboradores da empresa.

Quadro 5.3 Seguros de saúde nos países da União Europeia - Incentivos fiscais associados à contratação de seguros de saúde

País	Empregadores	Empregados	Indivíduos
Alemanha	X	X	V
Áustria		V	V
Bélgica	X	X	X
Bulgária		X	V
Chéquia	X	X	X
Chipre	X	X	X
Croácia	X	X	X
Dinamarca	V	X	X
Eslováquia	X	X	X
Eslovénia	X	X	X
Espanha	V	V	X
Estónia	X	X	X
Finlândia	V	X	X
França	V	V	X
Grécia	X	X	X
Hungria	V	X	X
Irlanda	V	V	V
Itália	V	X	V
Letónia	V	V	X
Lituânia	V	V	X
Malta	X	X	X
Países Baixos	X	X	X
Polónia	V	X	X
Portugal	X	X	V
Roménia	X	X	V
Suécia	X	X	V

Fonte: Sagan e Thomson (2016, *Table 6.4*, p.95)

Nota: V – presente; X – ausente.

5.5 Desenvolvimentos nas políticas nacionais na área dos seguros de saúde

O período 2000 a 2015 foi marcado por desenvolvimentos nas políticas nacionais em quatro principais áreas dos seguros de saúde²⁹:

- Alguns países reforçaram e expandiram a cobertura dos serviços de saúde financiada publicamente abolindo os seguros de saúde na parte em que eram substitutivos dos serviços financiados publicamente. Este desenvolvimento aconteceu na Croácia (2001), Países Baixos (2006), Bélgica (2008) e, em menor escala, na Alemanha (2000 e 2009);
- Outros países (incluindo a Bulgária, a Grécia e a Hungria) tentaram promover os seguros de saúde, mas com pouco sucesso, o que se poderá dever à presença de pagamentos informais nesses países e à limitada capacidade das famílias para pagar seguros de saúde;
- Vários países com mercados de seguros de saúde já bastante desenvolvidos, e onde os seguros assumem um papel substitutivo ou complementar (como são os casos da França, Irlanda, Itália e Alemanha), tomaram medidas para facilitar o acesso e a aquisição dos seguros de saúde;
- Os desafios legais têm aumentado em particular no que respeita ao tratamento a dar aos diferentes tipos de seguradores (comerciais e não comerciais), e a maioria dos governos tem vindo a reduzir os incentivos fiscais dados à aquisição de seguros de saúde.

²⁹ Esta síntese é feita pela OMS-Europa e pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (Sagan e Thomson, 2016, pp.97-98). À data da preparação deste documento de Conceptualização do Observatório, não foi encontrada informação mais atualizada sobre esta temática.

5.6 Políticas públicas em relação aos seguros de saúde em Portugal ³⁰

Em Portugal, não há legislação específica sobre os seguros de saúde, sendo aplicada a legislação geral do setor dos seguros. Este setor é regulado pela ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (que, em 2015, substituiu o Instituto de Seguros de Portugal), sendo presentemente a única entidade reguladora e de supervisão de seguros quer na vertente comportamental, quer na vertente prudencial³¹.

Desde 1988, as reformas tributárias incluíram nos benefícios fiscais sobre a forma de dedução ao rendimento tributável pessoal, a maior parte das despesas com a saúde, incluindo as comparticipações dos utilizadores no pagamento de serviços ao SNS, pagamentos diretos de serviços ao setor privado e prémios de seguros de saúde. Esta política de benefícios fiscais teve, muito provavelmente, um impacto positivo no mercado de seguros de saúde e nos gastos privados com saúde.

Em 2012, no âmbito das reformas destinadas a combater o défice público e aumentar a receita fiscal, a dedução fiscal dos prémios de seguros de saúde foi reduzida de 30% para 10% e o valor máximo do benefício fiscal foi reduzido, tendo também sido estabelecido um limite superior para as deduções. Estas alterações não tiveram impacto significativo no crescimento do mercado de seguros de saúde, o que indicia que outros fatores contribuem para o crescimento deste mercado.

Desde a década de 1990 que a possibilidade de saída voluntária do SNS (*opting out*) tem sido amplamente discutida em Portugal. A título experimental, entre 1998 e 2007, alguns trabalhadores da Portugal Telecom, para os quais existia um subsistema privado de saúde, foram autorizados a sair do SNS. Um pequeno número de funcionários optou por fazê-lo. Sendo o SNS financiado através da tributação geral, tal implicava a transferência de uma taxa de capitação do SNS para

³⁰ Salvo indicação em contrário, o reporte e as estimativas apresentadas nesta secção têm, tal como na secção 4.9, como fonte a Duarte Oliveira e Nogueira da Silva (2016) que relata a experiência portuguesa na publicação conjunta do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e da Organização e da OMS-Europa (cf, Thomson e Sagan, 2016b). Apesar dos dados estarem um pouco desatualizados, a utilização desta fonte tem também neste caso a vantagem de permitir comparação com os outros países da OMS e, em particular, com os países da União Europeia.

³¹ Sem prejuízo destas competências, os Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, estabelecem, no seu artigo 15º, que esta entidade tem poderes para se pronunciar e emitir recomendações sobre os requisitos e as regras relativos aos seguros de saúde, e para cooperar com a ASF, com vista a zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

o subsistema privado, que passava a ser responsável pelo pagamento integral dos serviços do SNS sempre que o beneficiário decidisse utilizá-los. No entanto, a negociação desta taxa de capitação revelou-se extremamente difícil e gerou reclamações regulares por parte do subsistema, que argumentava que o valor proposto era muito baixo. O subsistema acabou por abandonar este modelo em 2007. Desde então, a desvinculação do SNS, embora permitida por lei, não mais ocorreu.

5.7 Preocupações e desafios colocados à regulação dos seguros de saúde.

As preocupações relativamente aos seguros de saúde incluem, frequentemente, uma ou mais das seguintes componentes:

- Os elevados custos administrativos e de gestão dos seguradores. Esta situação leva alguns (Thomson *et al.*, 2020) a afirmar que os seguradores comerciais não trouxeram eficiência, mas aumentaram a complexidade dos sistemas de saúde, em particular nos países com maiores mercados de seguros de saúde.
- O acesso desigual aos serviços de saúde. Os indivíduos com seguros de saúde gozam de um acesso mais fácil e mais rápido ao tratamento. Como estes indivíduos pertencem, de modo geral, aos estratos socioeconómicos mais elevados, uma tal desigualdade de acesso coloca em questão o princípio do acesso, que deveria ser com base na necessidade de cuidados de saúde, em vez de ser com base na capacidade para pagar esses serviços;
- A necessidade de assegurar o acesso aos seguros de saúde a alguns grupos. Este desafio é particularmente importante no caso dos idosos, das pessoas com deficiência ou com doenças crónicas, e das famílias mais pobres;
- A excessiva magnitude dos subsídios públicos que por vezes é concedida direta ou indiretamente aos detentores de seguros de saúde. Em alguns casos estes subsídios têm um carácter regressivo, ou seja, são mais significativos para as famílias com rendimentos mais elevados. Com efeito os subsídios assumem, em regra, a forma de redução da matéria coletável, e pelo que a taxa aplicável à parte isenta é a taxa de imposto marginal, que é mais elevada

no caso das famílias com rendimentos mais elevados. Esta situação gera preocupações a vários níveis, designadamente ao nível da quebra das receitas fiscais (e, portanto, do financiamento do sistema de saúde estatutário), e da equidade da utilização dos dinheiros públicos;

- A contratação dos seguros substitutivos permite, nalguns casos, a opção de saída do sistema de saúde estatutário a quem contrata o seguro, e consequentemente, a opção de não contribuir para este sistema. O problema com esta opção, que existe em alguns países (por exemplo na Alemanha)³², é de que são, em regra, os indivíduos com rendimentos mais elevados que acionam esta opção, o que reduz os recursos disponíveis para o sistema de saúde estatutário;
- A contratação de seguros de saúde complementares (para efeito de reembolso dos copagamentos) pode induzir um recurso excessivo aos serviços de saúde do sistema estatutário. Com efeito, a ausência ou o valor muito baixo dos copagamentos, pode estimular a procura exagerada de serviços do sistema estatutário, o que coloca uma pressão indevida sobre este sistema com prejuízo para os utilizadores sem seguro de saúde;
- O recebimento, pelos prestadores de serviço, de preços mais elevados por parte dos pacientes com seguros de saúde do que pela parte dos pacientes não segurados. Esta situação pode incentivar os prestadores a dar prioridade ao primeiro grupo em detrimento do segundo grupo, o que constitui uma fonte adicional de desigualdade de acesso aos serviços de saúde;
- A existência de alguns produtos de mercado que, apesar de serem similares aos seguros de saúde, não são vendidos por seguradores pelo que, em regra, não estão abrangidos pela supervisão das entidades reguladoras. Esta situação tem-se desenvolvido muito nos últimos anos, e abrange situações como os produtos de seguros associados a cartões de crédito e a cartões de fidelidade a empresas e a serviços.

³² Como já se referiu, esta opção existe também em Portugal, mas não tem sido exercida (cf. **secção 5.6**)

Estas preocupações colocam um conjunto de desafios ao conjunto da sociedade e, designadamente, às autoridades reguladoras que podem ser expressos sobre a forma de nove tipos de questões³³:

1. Como facilitar o acesso aos seguros de saúde aos idosos e aos que têm problemas de saúde? Até que ponto deve ser limitada a análise de risco dos candidatos a seguros de saúde sem incorrer na seleção adversa dos segurados?
2. Como facilitar o acesso aos seguros de saúde aos que têm rendimentos baixos sem que essa facilidade implique dificuldades financeiras para os seguradores?
3. Qual deve ser a duração dos contratos e a forma de renovação?
4. Como facilitar a gestão dos seguros de saúde de modo a reduzir os custos administrativos e de gestão e garantir uma maior eficiência no mercado dos seguros de saúde e no conjunto do sistema de saúde?
5. Como limitar os benefícios fiscais que tendem a favorecer os grupos mais ricos?
6. Como evitar que os seguros de saúde provoquem uma redução líquida nos recursos financeiros disponíveis, para os serviços de saúde que servem a maior parte da população que utiliza o sistema financiado publicamente?
7. Como evitar que os prestadores priorizem e prefiram o tratamento de utentes com seguros de saúde porque oferecem pagamentos mais elevados?
8. Como pode ser evitado que os beneficiários de seguros com funções complementares (para efeito de reembolso de copagamentos) façam tratamentos desnecessários?
9. Como acompanhar a evolução dos produtos no mercado da saúde que são semelhantes aos seguros de saúde, mas não são comercializados por seguradores?

³³ Estas questões dizem respeito ao conjunto de países analisados, não se referindo a um país específico nem a nenhum tipo de regulador. No caso de Portugal, as respostas às quatro primeiras questões (assim como às preocupações referidas em primeiro e último lugar) cabem, pelo menos parcialmente, dentro das competências da ASF.

Para responder a estas questões torna-se necessário que o Observatório de Seguros de Saúde disponha de informação adequada. O **Capítulo 7** fornece uma proposta de métricas e indicadores a incluir no Observatório.

6 Possibilidade de escolha do consumidor e informação disponibilizada

Neste capítulo serão analisadas as possibilidades de escolha do consumidor, em termos dos seguros de saúde disponíveis no mercado e a informação a que ele tem acesso sobre estes seguros. A falta de transparência da informação e a forma de minorar esta limitação receberão uma atenção particular.

6.1 Possibilidades de escolha

Os consumidores que pretendam adquirir um seguro de saúde dispõem, em regra, de possibilidades de escolha, seja ao nível do segurador, da cobertura e do pacote de benefícios, ou do leque de prestadores de serviço de saúde. Esta possibilidade de escolha pode, no entanto, ser limitada pelos critérios de elegibilidade e aceitação adotados pelos seguradores (cf. **Capítulo 4**), e pela capacidade de o consumidor pagar o prémio do seguro.

6.1.1 Escolha do segurador e portabilidade do pacote de benefícios

Na quase totalidade dos países da União Europeia, os consumidores podem escolher pelo menos entre dois seguradores (cf. Quadro 4.2.), o que assegura alguma concorrência no mercado. De modo geral, os consumidores podem mudar de segurador sem custos diretos desde que aceitem um período de transição (em regra de um a três meses). O problema está, como refere Thomson e Mossialos (2009, p.52), nos custos indiretos que estão associados a uma mudança de segurador. Estes custos podem ser elevados para os segurados mais idosos e para aqueles que apresentam problemas de saúde. De facto, ao tomar em conta a idade e o estado de saúde, o novo segurador pode exigir prémios mais elevados ou mesmo rejeitar estes segurados, o que torna a sua situação particularmente difícil. O problema da portabilidade dos benefícios do seguro, pode ainda tornar-se mais difícil quando existem fundos de garantia dos seguros, para cobrir o envelhecimento

dos segurados, e não existe possibilidade de transferir esses fundos de garantia para os novos seguros³⁴.

6.1.2 Escolha das características do seguro de saúde

A possibilidade de escolher as características dos seguros de saúde coloca-se sobretudo no caso de seguros individuais. Com efeito, no caso dos seguros de grupo, os segurados podem ter pouca ou mesmo nenhuma possibilidade de escolha do tipo de seguro, já que as opções sobre a escolha do seguro (incluindo a cobertura, as participações a cargo do segurado, a rede de prestadores de serviço e o preço da apólice) são da responsabilidade do empregador.

Conforme apresentado na **secção 6.2**, a existência de seguros de saúde com uma grande variedade de características não beneficia, em geral, os consumidores, podendo conduzir à falta de transparência que dificulta a escolha acertada.

6.1.3 Escolha do prestador de serviço

A maioria dos seguros de saúde e, em particular, dos seguros de saúde com função suplementar, procura alargar a possibilidade de escolha a uma rede de prestadores que inclui, em regra, prestadores do setor público e, sobretudo, do setor privado.

A escolha pode ser restringida pela obrigatoriedade de escolher dentro de uma rede de prestadores preferenciais (PPN), e pela integração vertical entre seguradores e prestadores de serviço. Embora estas restrições variem de país para país, elas têm no seu conjunto e, como já se referiu, um papel menor.

A escolha do prestador pode também estar condicionada pela necessidade de uma autorização prévia por parte do segurador (que pode utilizar esta autorização como uma oportunidade para encaminhar o segurado para a rede de prestadores preferenciais). No entanto, na maioria dos países da União Europeia, a autorização

³⁴ Esta situação existiu na Alemanha com os seguros de saúde de substituição do sistema de saúde público. Até 2009 não existia portabilidade dos fundos de garantia, o que tornava impraticável a mudança de segurador.

prévia é apenas necessária no caso de tratamentos no estrangeiro. Em alguns países, o recurso a médicos especialistas está também condicionado pela existência de um parecer prévio por parte de um médico de clínica geral.

6.2 A informação disponibilizada

6.2.1 A falta de transparência

Os seguradores são, em regra, livres de oferecer seguros de saúde com uma gama muito variada de características e utilizam esta possibilidade para, numa perspetiva de *marketing*, segmentarem o mercado. O consumidor é, assim, confrontado com uma variedade de seguros associados aos diferentes seguradores, com grande multiplicidade de características, como sejam o preço, o grau de cobertura dos produtos e serviços de saúde, os copagamentos a cargo dos beneficiários e a rede de prestadores de cuidados de saúde.

Se esta multiplicidade de características dos seguros de saúde pode ser benéfica para alguns consumidores, causa muitas vezes uma falta de transparência, e acarreta elevados custos de transação para a grande maioria dos consumidores que pretendem adquirir um seguro de saúde. A comparação de seguros em termos de custo-benefício torna-se difícil, o que mina a concorrência e a eficiência do mercado, e conduz a uma perda para o consumidor, resultante da tomada de decisões de escolha erradas porque pouco ou nada informadas³⁵.

Deste modo, quando existe falta de transparência sobre as características dos seguros (seja nas coberturas, nos copagamentos a cargo do segurado, noutras condições de uso do seguro, e mesmo no preço da apólice), as pessoas podem exagerar ou, pelo contrário, refrear-se na contratação de seguros de saúde, sendo ambos os comportamentos errados e de evitar.

³⁵ Segundo Sagan e Thomson (2016) durante os anos 90 do século passado, as associações de consumidores e as autoridades de concorrência encontraram evidência desse tipo de perdas para os consumidores em quatro países: Alemanha, Portugal, Espanha e Reino Unido.

6.2.2 As formas de minorar a falta de transparência

Os problemas causados pela excessiva multiplicidade de tipos de seguros de saúde oferecidos e, de modo geral, pela falta de transparência na informação disponibilizada pelos seguradores, podem ser minorados de várias formas, designadamente através:

- Do uso de termos normalizados e de clara compreensão;
- Da adoção de um pacote normalizado dos produtos e serviços cobertos pelo seguro;
- Da obrigação imposta aos seguradores de informarem os segurados, e os candidatos a segurados, de todas as opções que lhe estão acessíveis;
- Da existência de uma fonte independente e credível com informação comparável sobre os preços, as coberturas e demais características dos principais seguros de saúde oferecidos pelos seguradores;
- Da disponibilização de um guia que informe o consumidor de seguros de saúde sobre a forma como deve fazer as suas escolhas, e dos aspetos e cuidados que deve ter quando subscrive um seguro de saúde³⁶.

Algumas das abordagens para ultrapassar o problema da falta de transparência da informação disponibilizada incluem, para além das medidas regulatórias atrás referidas, um conjunto de medidas voluntárias. Assim, em alguns países, as associações de consumidores, os *websites* independentes e outros media, procuram substituir as autoridades regulatórias, fornecendo informação comparativa sobre os seguros de saúde disponibilizados³⁷.

De acordo com Sagan e Thomson (2016, p.77), as apólices dos seguros de saúde de grupo apresentam, em regra, menos problemas de comparação que as apólices dos seguros individuais, visto existir uma escolha comparativamente reduzida de seguros com menos variação entre as características.

³⁶ Este guia pode ser completado com um simulador que permite comparar várias propostas do mercado.

³⁷ Os países europeus com bases de dados que comparam a informação sobre as características dos seguros de saúde disponibilizados eram, em 2012, segundo Sagan e Thomson (2016), a Finlândia, a França, a Alemanha, a Irlanda, a Itália, os Países Baixos e a Suíça (cf. Quadro 5.8, p.78).

7. Métricas e Indicadores sugeridos para integrar o observatório

Neste capítulo são sugeridos conjuntos de métricas e indicadores a integrar o Observatório. A sua organização segue a estrutura deste documento, onde se encontra também a justificação para a sua inclusão. Estas métricas e indicadores são apresentadas em função da principal utilização prevista, embora seja importante referir que a mesma métrica ou indicador possa ter diferentes utilizações³⁸. A escolha do período em que as métricas e indicadores estão disponíveis depende da disponibilidade da informação. Na classificação de seguros de saúde, será mantida a classificação adotada ao longo do documento que distingue os seguros individuais dos seguros de grupo.

7.1 Estrutura do mercado

- I. Seguradores que comercializam os seguros de saúde
 1. Tipo e número de seguradores que comercializam seguros de saúde no período...
 2. Receitas dos prémios de seguros de saúde em percentagem do total das receitas dos seguros não vida
 3. Distribuição dos prémios de seguro direto por canais de distribuição
 4. Quotas de mercado em seguros de saúde dos principais seguradores
 5. Quotas de mercado em seguros de saúde individuais dos principais seguradores
 6. Quotas de mercado em seguros de saúde de grupo dos principais seguradores

³⁸ Estas métricas e indicadores podem ser completados com indicadores sobre a saúde disponíveis quer no Instituto Nacional de Estatística (designadamente na Conta Satélite da Saúde) quer nas organizações internacionais, sendo neste caso de mencionar a publicação conjunta da OECD e da Comissão Europeia- *Health at a Glance Europe 2022* (OECD (2022)).

7.2 Dimensão do mercado

I. Fontes de financiamento da saúde e respetiva contribuição

1. Despesa total em saúde como percentagem do PIB no período...
2. Despesa total em saúde per capita no período ...
3. Distribuição da despesa total em saúde por fonte de financiamento no período...
4. Despesa pública em saúde como percentagem do total das despesas em saúde no período...
5. Despesa privada em saúde como percentagem do total das despesas em saúde no período...
6. Despesa das famílias em saúde (OOP - *out-of-pocket*) como percentagem do total das despesas de saúde (e por condição de pobreza) no período...
7. Despesa em seguros de saúde como percentagem do total das despesas de saúde no período...
8. Despesa em seguros de saúde como percentagem da despesa privada total em saúde no período...
9. Despesas em seguros de saúde *per capita* no período...
10. Índice de preços ao consumidor em Saúde, no que respeita a produtos, aparelhos e equipamentos médicos (produtos farmacêuticos, outros produtos e material farmacêutico, aparelhos e material terapêutico) no período ...
11. Índice de preços ao consumidor em Saúde, no que respeita a serviços para doentes ambulatoriais (serviços médicos, serviços de medicina dentária, serviços de paramédicos, serviços hospitalares, serviços hospitalares) no período ...

II. Repartição das despesas em seguros de saúde entre os vários tipos de seguros de saúde

1. Despesa em seguros de saúde individuais como percentagem do total das despesas em seguros de saúde no período...
2. Despesa em seguros de saúde de grupo como percentagem do total das despesas em seguros de saúde no período...

- III. Evolução da percentagem de população coberta pelos seguros de saúde
 - 1 População coberta por seguros de saúde individuais (em % do total) no período...
 - 2 População coberta por seguros de saúde de grupo (em % do total) no período...
 - 3 População coberta (em % do total) por pelo menos um tipo de seguro de saúde no período...
 - 4 População coberta (em % do total) por planos de saúde privados no período ...
 - 5 População coberta (em % do total) por subsistemas de saúde no período...
- IV. Pacotes de produtos e serviços cobertos pelos seguros de saúde³⁹
 - 1. Pacote de produtos e serviços cobertos pelo seguro de saúde individual no período...
 - 2. Pacote de produtos e serviços cobertos pelo seguro de saúde de grupo no período...
- V. Variação dos copagamentos a cargo dos segurados
 - 1. Valor total dos copagamentos pagos pelos segurados nos seguros individuais no período...
 - 2. Valor total dos copagamentos pagos pelos segurados nos seguros de grupo no período...
 - 3. Valor total dos copagamentos pagos pelos segurados no período...
- VI. Evolução ao nível da acessibilidade a prestadores de cuidados de saúde no país
 - 1. População residente com 16 ou mais anos por frequência de consultas médicas (por região NUTSII) no período ...
 - 2. População residente com 16 ou mais anos por frequência de consultas médicas de clínica geral ou médico de família (e características da população) no período ...
 - 3. População residente com 16 ou mais anos por frequência de consultas com dentista ou ortodontista (e características da população) no período ...

³⁹ Estes pacotes de serviços e produtos dependem do segurador (cf métricas e indicadores da seção 7.1.2). Nestas métricas e indicadores a informação é agregada integrando todos os seguradores

4. População residente com 16 ou mais anos por frequência de consultas com outros especialistas (e características da população) no período ...
- VII. Nível de utilização dos seguros em consultas, urgências, internamentos, cirurgias em ambulatório, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e medicamentos
1. Valor total coberto pelos seguros de saúde em consultas no período...
 2. Valor total coberto pelos seguros de saúde em urgências no período...
 3. Valor total coberto pelos seguros de saúde em internamentos no período...
 4. Valor total coberto pelos seguros de saúde em cirurgias em ambulatório no período...
 5. Valor total coberto pelos seguros de saúde em ambulatório no período...
 6. Valor total coberto pelos seguros de saúde em meios complementares de diagnóstico e terapêutica no período...
 7. Valor total coberto pelos seguros de saúde em medicamentos no período...
- VIII. Receitas, número de apólices e preços médios das apólices dos seguradores que comercializam seguros de saúde
1. Prémios em seguros de saúde individuais
 2. Prémios em seguros de saúde de grupo
 3. Prémios totais em seguros de saúde
 4. Número de apólices de seguros de saúde individuais no período...
 5. Número de apólices de seguros de saúde de grupo no período ...
 6. Número total de apólices de seguros de saúde no período...
 7. Número médio de pessoas seguras por apólice
 8. Preço médio da apólice de seguro de saúde individual no período...
 9. Preço médio da apólice de seguro de saúde de grupo (por pessoa segura) no período...
 10. Preço médio da apólice de seguro por pessoa segura no período...

7.3 Funcionamento do mercado

- I. Evolução do desempenho financeiro dos seguradores
 1. Crescimento dos prémios no período ...
 2. Taxa de sinistralidade no período ...
 3. Custos de funcionamento no período ...
 4. Rácio Combinado no período ...
 5. Função financeira no período ...
 6. Resultado técnico / Prémios no período ...
 7. Índice de provisionamento no período ...
 8. Passivo e Capital Próprio do conjunto de seguradores, no que respeita a Provisões técnicas no período ...
- II. Forma como são proporcionados os benefícios
 1. Forma de proporcionar os benefícios: (pagamento direto aos prestadores, reembolso das despesas incorridas pelo segurado, outra), no período...
- III. Peso das receitas dos prémios de seguro de saúde afeta a custos administrativos e de gestão e ao pagamento dos custos com a saúde dos segurados
 1. Custos administrativos e de gestão dos seguros de saúde individuais (Seguro direto)⁴⁰, em percentagem do total de prémios de seguros individuais pagos
 2. Custos administrativos e de gestão dos seguros de saúde de grupo (Seguro direto), em percentagem do total de prémios de seguro de grupo pagos
 3. Custos administrativos e de gestão do conjunto dos seguros de saúde (Seguro direto), em percentagem do total de prémios de seguro pagos
 4. Custos com sinistros (Seguro direto), em percentagem dos prémios de seguro de saúde individual pagos⁴¹.
 5. Custos com sinistros (Seguro direto), em percentagem dos prémios de seguros de grupo pagos, por pessoa segura.
 6. Custos com sinistros, em percentagem dos prémios de seguro pagos, por pessoa segura.

⁴⁰ Para evitar duplicações, as estatísticas serão apresentadas apenas para o Seguro direto

⁴¹ *Claim ratio*

7. Resultado técnico (Seguro direto)
 8. Provisões técnicas (Seguro direto), para prémios não adquiridos, sinistros, envelhecimento, riscos em curso, participação nos resultados.
- IV. Copagamento dos segurados no pagamento de despesas de saúde
1. Copagamento dos detentores de apólices de seguros de saúde individual, em percentagem do custo total do serviço de saúde.
 2. Copagamento dos detentores de apólices de seguros de saúde de grupo, em percentagem do custo total do serviço de saúde.
 3. Copagamento dos detentores de apólices de seguros de saúde, em percentagem do custo total do serviço de saúde por pessoa segura.
- V. Condições de acesso aos seguros de saúde
1. Idade limite e idade de permanência nos contratos, e outras condições de acesso

7.4 Caracterização do mercado

- I. Razões para adquirir e não adquirir seguros de saúde
 1. Razões para adquirir seguros de saúde, desagregadas por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego).
 2. Razões para não adquirir seguros de saúde, desagregadas por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego).
- II. Satisfação dos utentes com o SNS e com os seguros de saúde
 1. Satisfação com o SNS, desagregada por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego)
 2. Satisfação com o conjunto dos seguros de saúde, desagregada por tipo de seguros (individual e de grupo) e por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego).
 3. Satisfação com os seguros de saúde, desagregada por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego), por tipo de seguro (individual e de grupo).

4. Lealdade com os seguros de saúde, desagregada por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego), por tipo de seguro (individual e de grupo).
5. Confiança nos seguros de saúde, desagregada por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego), por tipo de seguro (individual e de grupo).
6. Perceção sobre a acessibilidade e a Qualidade dos seguros de saúde, desagregada por categorias socioeconómicas (sexo, idade, rendimento, habilitações literárias e tipo de emprego), por tipo de seguro (individual e de grupo).
7. Caracterização das reclamações apresentadas pelos segurados: número de reclamações concluídas em Seguros de Saúde; número das reclamações concluídas por matéria de objeto, por tipo de reclamante, por tipo de operador.
8. Desfecho das reclamações apresentadas pelos segurados: número das reclamações concluídas em Seguros de Saúde por desfecho, por tipo de intervenção do operador, por posição do operador (incluindo com ou sem justificação legal ou contratual no caso da resposta desfavorável)

III. Caracterização dos compradores de seguros de saúde?

1. Valor total das apólices pagas pelas famílias em % do seu Rendimento por escalões de rendimento
2. Proporção de famílias com despesas monetárias em saúde superiores a 25% do rendimento monetário líquido (%), por local de residência
3. Proporção de famílias com despesas monetárias em saúde superiores a 10% do rendimento monetário líquido (%), por local de residência
4. Caracterização socioeconómica (por sexo, idade, rendimento, habilitações e tipo de emprego) da população coberta por seguros de saúde individuais.
5. Caracterização socioeconómica (por sexo, idade, rendimento, habilitações e tipo de emprego) da população coberta por seguros de saúde de grupo

IV. Comunicação e apoio ao consumidor (reclamações, pedidos de esclarecimento, publicidade, Portal do Consumidor)

1. Número de reclamações apreciadas, no global e por desfecho
2. Número de reclamações apreciadas no ramo Doença pelos provedores do cliente das empresas de seguros
3. Rácio de reclamações abertas Seguro de Doença / média UR (1 000 pessoas seguras), incluindo ranking
4. Número de anúncios publicitários analisados em Seguros de Saúde
5. Número de anúncios e situações irregulares em Seguros de Saúde
6. Número de comunicações e pedidos de esclarecimento dos consumidores analisados
7. Número de pedidos de esclarecimento sobre Seguros de Saúde, respondidos através do serviço de atendimento ao público (telefónico e presencial)
8. Número de visualizações do canal temático de Seguros de Saúde no Portal do Consumidor

8 Bibliografia

Baeten, R; Spasova,S; Vanhercke, B& Coster, S. *Inequalities in Access to healthcare. A study of National Policies*, European Commission- European Social Policy Network,2018

Barr, N. *The economics of the welfare state* (4th edition). Oxford, Oxford University Press, 2004

Barros, P. & Almeida Simões. *Portugal: health system review*. Health Systems in Transition, 9 (5):1-40

Barros, P. & Costa, E. Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e realidades, Observatório da Despesa em Saúde, 02, Dez 2022

Chollet D, Lewis M (1997). *Private insurance: principles and practice*. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, 10–11 March 1997. Washington, DC, World Bank

Culyer, A *The normative economics of health care finance and provision*. Oxford Review of Economic Policy, 5(1), 34-58,1989

Diretiva 2009/138/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de Novembro de 2009

Duarte Oliveira, M& Nogueira da Silva, S. *Portugal* in Sagan e Thomson (2016b), pp.115-119.

ECJ (2000). Case C-206/98, 18 May 2000, Commission v Belgium. Judgment of the Court (Sixth Chamber) of 18 May 2000. Commission of the European Communities v Kingdom of Belgium. Failure by a State to fulfil its obligations– Directive 92/49/EEC – Direct insurance other than life assurance. Case C-206/98.

(<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A61998CJ0206&qid=1695992453770>, accessed 4 February 2016).

ECJ (2004). Case C-264/01, Case C-306/01 and Case C-355/01 AOKBundesverband [2004], joined cases, ECR I-2493. References for a preliminaryruling: Oberlandesgericht Düsseldorf and Bundesgerichtshof – Germany.Competition – Undertakings – Sickness funds – Agreements, decisions andconcerted practices – Interpretation of Articles 81 EC, 82 EC and 86 EC – Decisions of groups of sickness funds determining maximum amounts paid inrespect of medicinal products. Joined cases C-264/01, C-306/01, C-354/01and C-355/01 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1449571901493&uri=CELEX:62001CJ0264>, accessed 4 February 2016)

Mathauer, I & Kutzin, J. *Voluntary Health Insurance: Potentials and Limits in Moving Towards UHC*, World Health Organization, 2018

Mossialos E, *et al.*, eds. (2010). *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Nogueira Silva, S. *Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português*, APS, 2010

OECD Health Statistics 2022 Definitions, Sources and Methods

OECD- Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the EU Cycle, 2022 joint publication with European Commission https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe_pt

OECD-State of Health in the EU Portugal Country Health Profile 2021, joint publication with European Observatory on Health Systems and Policies https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_english.pdf

Rice, T. *The Economics of Health Reconsidered*, 2nd Edition, Chicago Health Administration Press, 2003

Sagan, A. & Thomson, S. *Voluntary health Insurance in Europe: Role and Regulation*. World Health Organization-Regional Office for Europe and European Observatory on the Health Systems and Policies, 2016.

Sagan, A. & Thomson, S. *Voluntary health Insurance in Europe: Country Experience*. World Health Organization-Regional Office for Europe and European Observatory on the Health Systems and Policies, 2016.

Thomson, S & Mossialus, E. *Private Health Insurance in the European Union*, Final Report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, London School of Economics and Political Science, 2009

Thomson S, Mossialos E (2010). Private health insurance and the internal market. In: Mossialos E *et al.*, eds. *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy*. Cambridge, Cambridge University Press:419–460.

Thomson, S; Sagan, A & Mossialus, E. *Private Health Insurance. History, Politics and Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge University Press, 2020.



2023