



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE ECONOMIA

OS SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS – O perfil dos utilizadores e determinantes da procura

Joana Filipa dos Reis Guiomar

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

Abril 2010

OS SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS – O perfil dos utilizadores e determinantes da procura

Joana Filipa dos Reis Guiomar

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde na Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Óscar Manuel Domingos Lourenço

Ao Pedro Manuel.

AGRADECIMENTOS

Todos nós aprendemos a viver e a ser quem somos através da interacção com os outros e da partilha de conhecimentos e emoções. Assim, só tenho a agradecer a todos os que conviveram e convivem comigo, e que de uma maneira ou de outra, contribuíram para eu chegar onde cheguei e ser quem sou.

Para atingir este grande objectivo começo por agradecer ao Professor Doutor Óscar Lourenço, orientador da dissertação, pela sua partilha do saber e pelas suas valiosas contribuições para a dissertação. Acima de tudo, muito obrigada pelo incondicional apoio, paciência e disponibilidade. O seu acompanhamento ao longo de todas as etapas deste trabalho foi precioso e muito agradável.

Sou muito grata ao meu Bruno pelo seu apoio e compreensão nas horas mais difíceis. Os nossos momentos foram muitas vezes comprometidos. Sem o teu amor seria muito mais difícil.

O meu profundo e sentido agradecimento à minha mãe. Este trabalho devo-o a ti, que sempre me motivaste e deste força em todos os dias da minha vida. Agradecer é pouco, comparado com tudo aquilo que fizeste por mim.

Agradeço do fundo do coração a toda a minha família. Ao meu pai, sempre disponível, ao meu irmão, que me mostrou que tudo era fácil, aos meus primos, Beatriz e Zezinho que me sorriem todos os dias, aos meus avós mestres e vitoriosos na arte de viver, aos meus tios, uns mais perto, outros mais longe, mas todos no meu coração.

Ao pessoal da Medicina Um do Hospital St. André, pelo seu espírito de companheirismo.

E por fim, ao meu filhote, que me acompanhou em todas as etapas. Primeiro ainda *in* útero e agora já cá fora. Perdemos alguns dias de brincadeira, mas tens como recompensa o meu profundo amor. E eu tenho muita sorte em te ter como meu filho. Muito obrigada.

ABSTRACT

Portugal has a National Health Service (NHS) that finances and provides health care to the Portuguese population on a free tendency basis. The total of the health expenses, public expenditure vs private expenditure shows that around 71% is public and 29% is private. In relation to the private expenditure the OCDE data shows that its composition has been changing over the time.

It has been verified that out-of-pocket payments have a tendency to decrease, while the expenses linked to Voluntary Health Insurances (VHI) have been increasing. In the year 2000 the VHI represented 3.1% of the total health expenditure and in 2006 this figure rose to 4.1%. Also the number of individuals that benefit from a health insurance have been increasing significantly. If in 1998 only 4.8% of the Portuguese population had a VHI, in 2005 the percentage of individuals with VHI was 7.6%.

Considering this background, a country with a NHS, where the individuals are gradually looking more for a health insurance, it is interesting to analyze the market of the VHI in Portugal. Therefore, in a first stage it is characterized the VHI market in Portugal, analyzing some of its main aspects and comparing it internationally. At an empirical level, it was defined the profile of the health insurance's user, using data from the two previous editions of the National Health Survey, comparing the both groups, individuals with and without VHI for different years. An analyze between both inquires was also realized, allowing to define the profile evolution of the individuals with VHI between 1998 and 2005. In a last section, it was estimated a Probit model that explored some of the relevant factors that influence the demand for VHI in Portugal, using data taken from the most recent INS edition from 2005/2006.

Relatively to the results it is possible to conclude that individuals with VHI are majority men, youngsters, almost always workers, with a high level of education and living in Lisbon and Vale do Tejo region.

RESUMO

Portugal tem um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que financia e presta cuidados de saúde à população portuguesa de forma tendencialmente gratuita. A composição das despesas totais em saúde, em despesa pública vs despesa privada revela que cerca de 71% da despesa é pública e 29% privada. Relativamente à despesa privada os dados da OCDE mostram que a composição desta se tem vindo a alterar ao longo do tempo.

Tem-se verificado que os pagamentos directos apresentam uma tendência para decrescerem, enquanto as despesas associadas a Seguros de Saúde Voluntário (SSV) têm vindo a crescer. No ano 2000 os SSV representavam 3,1% da despesa total em saúde e em 2006 este valor subiu para 4,10%. Também o número de indivíduos que beneficiam de um seguro de saúde tem crescido consideravelmente. Se em 1998 apenas 4,80% da população portuguesa beneficiava de um SSV, já em 2005 a percentagem de indivíduos com SSV é de 7,60%.

Dado este contexto, um país com um SNS, e em que os indivíduos estão cada vez mais a procurar seguros de saúde, interessa analisar o mercado dos SSV em Portugal. Assim, numa primeira fase caracterizamos o mercado dos SSV em Portugal, analisando alguns aspectos deste e comparando, no âmbito internacional. A nível empírico, determinamos o perfil do utilizador de seguros de saúde, com recurso a dados provenientes das duas edições anteriores do Inquérito Nacional de Saúde (INS), comparando os dois grupos populacionais, indivíduos com e sem SSV para os diferentes anos. Realizamos também uma análise comparada entre os dois inquéritos que nos permitiu traçar a evolução do perfil dos indivíduos com SSV no período de 1998 a 2005. Numa última secção, estimamos um modelo Probit que explorou alguns factores determinantes da procura de SSV em Portugal, utilizando os dados da mais recente edição do INS, 2005/2006.

Relativamente aos resultados obtidos podemos afirmar que os indivíduos com SSV são maioritariamente homens, jovens, quase sempre trabalhadores, com elevados graus de escolaridade e maioritariamente residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	SISTEMAS DE PROTECÇÃO EM SAÚDE	3
2.1	Financiamento da Saúde: Breve Caracterização Empírica.....	4
3.	SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS (SSV)	12
3.1.	Os Seguros de Saúde Voluntários	12
3.2.	Risco Moral, Selecção Adversa e Desnatação	19
3.3.	Os Seguros de Saúde Voluntários em Portugal – breve análise evolutiva.....	25
4.	ANÁLISE DE DADOS	36
4.1.	Fontes de Dados – O Inquérito Nacional de Saúde.....	36
4.2.	Análise Exploratória de Dados	38
4.3.	Factores Determinantes da Procura de Seguros de Saúde Voluntários em Portugal.....	57
4.3.1.	O Modelo de Análise de Dados	57
4.3.1.	Análise dos Resultados.....	60
5.	CONCLUSÕES.....	70
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
	ANEXOS	76
	ANEXO 1	77
	ANEXO 2	89

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: DESPESA TOTAL EM SAÚDE, EM PERCENTAGEM (%) DO PIB.	7
QUADRO 2: REPARTIÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO EM PORTUGAL, ENTRE OS ANOS 2000 E 2006.....	9
QUADRO 3: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	39
QUADRO 4: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA COM SSV (EM %) POR TIPO DE COBERTURA DO SEGURO DE SAÚDE NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	40
QUADRO 5: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O ESTADO CIVIL, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	45
QUADRO 6: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O GRAU DE ESCOLARIDADE, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	45
QUADRO 7: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE A ACTIVIDADE PROFISSIONAL, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	47
QUADRO 8: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE A REGIÃO, (EM %) COM SSV E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.....	51
QUADRO 9: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O ESTADO DE SAÚDE AUTO-AVALIADO, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	52
QUADRO 10: DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	59
QUADRO 11: PROPOÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, COM E SEM SSV NOS ANOS 2005/2006.....	60
QUADRO 12: MÉDIA DA POPULAÇÃO GERAL, DOS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV (TODOS COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS), RELATIVAMENTE ÀS VARIÁVEIS ANALISADAS.	61
QUADRO 13: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.....	65
QUADRO 14: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.....	67

QUADRO 15: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DA VARIÁVEL DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE AUTO-AVALIADO DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.	68
QUADRO 16: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ANTECEDENTES PESSOAIS DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: REPARTIÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO EM PORTUGAL, NOS ANOS 2002, 2003 E 2004.....	5
GRÁFICO 2: EVOLUÇÃO DO PESO DOS GASTOS COM A SAÚDE NO PIB (%) EM PORTUGAL, UE15 E OCDE ENTRE 1990 E 2006	6
GRÁFICO 3: DESPESA PÚBLICA VS DESPESA PRIVADA EM SAÚDE DA MÉDIA DA UE15, PARA OS ANOS 1980-2006.....	8
GRÁFICO 4: DESPESA PÚBLICA VS DESPESA PRIVADA EM SAÚDE DE PORTUGAL, PARA OS ANOS 1980-2006.....	9
GRÁFICO 5: VALORES PERCENTUAIS DOS SVV FACE AO TOTAL DA DESPESA PRIVADA EM SAÚDE, NA UE15 E PORTUGAL.....	10
GRÁFICO 6: PERCENTAGEM DA DESPESA COM SVV FACE AO TOTAL DA DESPESA EM SAÚDE .	14
GRÁFICO 7: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS COBERTOS COM SEGUROS DE SAÚDE EM PORTUGAL, ENTRE 1987 E 2008.	26
GRÁFICO 8: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS COBERTOS COM SEGUROS DE SAÚDE, INDIVIDUAIS E DE GRUPO, EM PORTUGAL, ENTRE 1987 E 2008.....	27
GRÁFICO 9: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 1996 E 2008.....	29
GRÁFICO 10: EVOLUÇÃO DOS MONTANTES PAGOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.	30
GRÁFICO 11: EVOLUÇÃO DOS PRÉMIOS AGREGADOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.	31
GRÁFICO 12: EVOLUÇÃO DA TAXA DE CRESCIMENTO DOS PRÉMIOS AGREGADOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.	31
GRÁFICO 13: EVOLUÇÃO DO Nº MÉDIO DE INDIVÍDUOS POR APÓLICE PARA OS SEGUROS INDIVIDUAIS EM PORTUGAL, ENTRE 1988 E 2002.....	32
GRÁFICO 14: EVOLUÇÃO DO Nº MÉDIO DE INDIVÍDUOS POR APÓLICE PARA OS SEGUROS DE GRUPO EM PORTUGAL, ENTRE 1988 E 2002.	33

GRÁFICO 15: VALORES PERCENTUAIS DOS DIFERENTES TIPOS DE COBERTURA DOS SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	41
GRÁFICO 16: PERCENTAGENS DE HOMENS COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	43
GRÁFICO 17: MÉDIA DE IDADE, EM ANOS, DOS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	44
GRÁFICO 18: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O GRAU DE ESCOLARIDADE, (EM %) COM E SEM SSV NO ANO 2005/2006.	46
GRÁFICO 19: EVOLUÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM SSV, QUANTO À ACTIVIDADE PROFISSIONAL EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	48
GRÁFICO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM SSV, FACE AO NÍVEL DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	49
GRÁFICO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS SEM SSV, FACE AO NÍVEL DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	50
GRÁFICO 22: NÚMERO DE VEZES QUE OS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV FORAM AO MÉDICO, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	53
GRÁFICO 23: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM ASMA/BRONQUITE ASMÁTICA, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	54
GRÁFICO 24: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM DIABETES, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	55
GRÁFICO 25: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.	56

1. INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde português assenta no Serviço Nacional de Saúde que garante cobertura e protecção social universal de forma tendencialmente gratuita a todos os seus cidadãos. Os impostos constituem-se como a principal fonte de financiamento em saúde, pelo que a contribuição para o sistema depende do rendimento individual, mas a utilização e o acesso aos cuidados de saúde depende apenas da necessidade de receber esses mesmos cuidados de saúde (equidade horizontal). Contudo, o mix de fontes de financiamento é norma, e também em Portugal existem outras fontes importantes, públicas e privadas, para financiar os cuidados de saúde dos seus cidadãos.

Nas últimas décadas as despesas com a saúde tem assumido um papel importante, e actualmente, Portugal encontra-se nos primeiros lugares, no âmbito internacional, com maior percentagem do PIB afectado a despesas em saúde. Ao analisar a composição da despesa total em saúde em despesa pública vs despesa privada verificamos que a despesa pública representa 71% e a despesa privada 29%; No entanto, estas têm apresentado um comportamento evolutivo diferente: enquanto a despesa pública tende a diminuir a despesa privada, em contrapartida, tende a aumentar, ainda que ligeiramente.

Numa análise mais pormenorizada às despesas efectuadas pelos privados verificamos que os pagamentos directos ainda constituem a principal fonte de financiamento; contudo, estes têm vindo a diminuir a sua despesa. Por outro lado, a despesa efectuada pelos Seguros de Saúde Voluntários (SSV), tem vindo a crescer substancialmente. Em 1996 os SSV representavam apenas 4,0% da despesa privada, mas em 2006 14,50% da despesa efectuada nos privados refere-se aos SSV (OCDE, 2009). Os seguros de saúde adquiridos de forma voluntária têm vindo a ganhar expressão no nosso país, manifestado não só pelo aumento da despesa efectuada, como também pelo aumento do número de segurados, abrangendo aproximadamente 1.920.000 (cerca de 20% da população portuguesa) indivíduos cobertos, no ano de 2008 (Instituto de Seguros de Portugal, 2009).

Assim, neste contexto sistémico consideramos particularmente interessante analisar o mercado dos Seguros de Saúde Voluntário em Portugal, tendo em mente os seguintes objectivos específicos:

- Analisar, ainda que de modo breve, alguns aspectos do mercado dos SSV;

- Traçar o perfil dos indivíduos que beneficiam de um Seguro de Saúde Voluntário, assim como analisar a sua evolução no período de 1998 a 2005.
- Determinar o efeito de diversas variáveis explicativas na decisão de adquirir um seguro de saúde.

No capítulo 2 procura-se caracterizar quantitativamente o sistema de saúde em Portugal, no âmbito internacional, mostrando o comportamento evolutivo dos SSV, como fonte concreta do financiamento em saúde.

No capítulo 3 analisa-se alguns aspectos do mercado dos seguros de saúde e caracteriza-se a sua evolução em contexto nacional. Os problemas subjacentes ao mercado dos SSV também foram analisados, por se considerarem pertinentes para a interpretação dos resultados do capítulo seguinte.

O capítulo 4 efectua a análise empírica que numa primeira fase traça o perfil dos indivíduos que beneficiam de um Seguro de Saúde Voluntário, com recurso às duas edições anteriores do Inquérito Nacional de Saúde e comparando entre os dois inquéritos os indivíduos com e sem Seguros de Saúde Voluntários (SSV). Analisa-se também a evolução do perfil dos indivíduos que usufruem de SSV no sentido de perceber se existe alguma alteração significativa. Numa segunda fase especificou-se um modelo econométrico para explorar alguns factores determinantes na procura de um SSV em Portugal. Com recurso ao modelo Probit a análise estimou o efeito isolado de uma variável na decisão de adquirir um seguro de saúde, de forma voluntária.

Por último, no capítulo 5 desenharam-se algumas conclusões e sugeriu-se futuros estudos nesta área.

2. SISTEMAS DE PROTECÇÃO EM SAÚDE

Na saúde, a imprevisibilidade do momento da ocorrência de eventos adversos que geram necessidade de cuidados de saúde, bem como a incerteza relativamente aos custos que esses mesmos cuidados de saúde implicam, motivam os indivíduos, individualmente ou em grupo, a procurar mecanismos que os protejam contra essas despesas de saúde inesperadas. Estes mecanismos de protecção podem seguir vários modelos, contudo, e de um modo relativamente simples, podem ser tipificados recorrendo à organização dos modelos de financiamento em saúde. Assim, e em termos de origem das fontes de financiamento para fazer face às despesas de saúde, estes podem ser agrupados em 4 grandes classes:

- Impostos (Serviço Nacional de Saúde)
- Seguros de Saúde Sociais
- Pagamentos Directos
- Seguros de Saúde Voluntários

Estes modelos de protecção contra riscos financeiros, decorrentes de problemas de saúde, são financiados a partir das contribuições monetárias da população em geral e partilham a característica de constituírem um modo de recolha de fundos. Contudo, os Pagamentos Directos não têm subjacente qualquer mecanismo de protecção, resultando apenas no pagamento no acto do consumo do bem cuidados de saúde.

O objectivo deste capítulo é o de caracterizar quantitativamente os sistemas de saúde em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) na dimensão das fontes de financiamento em saúde, com especial ênfase para o caso Português. Têm como objectivo último, mostrar a dinâmica de uma fonte concreta do financiamento em saúde – os Seguros de Saúde Voluntários – objecto do presente estudo.

2.1 Financiamento da Saúde: Breve Caracterização Empírica

Uma forma comum de caracterizar os sistemas de saúde dos países da OCDE é em sistemas de saúde modelo Beveridge, modelo Bismark ou modelos Mistos.

A classificação está relacionada com as fontes de financiamento predominantes em cada país. Nos países com sistemas de saúde tipo Beveridge, a principal fonte de financiamento são os impostos, e a organização mais comum é um Serviço Nacional de Saúde, que garante a cobertura e protecção social universal. Exemplos de países com este modelo são Portugal, Reino Unido, Espanha, Itália, Suécia, Dinamarca e Irlanda.

Por outro lado, nos países com sistemas de saúde tipo Bismark, a maior proporção dos fundos para financiar os cuidados de saúde provém de contribuições de empregados e empregadores, baseados no rendimento de cada um e independente da necessidade de consumo de cuidados de saúde. Neste tipo de modelo, a organização mais comum assenta num sistema descentralizado de seguro social, geralmente, de adesão obrigatória. Exemplos de países que assentam os seus serviços de saúde neste modelo são a Alemanha, Áustria, França, Holanda e Bélgica (OCDE, 2001).

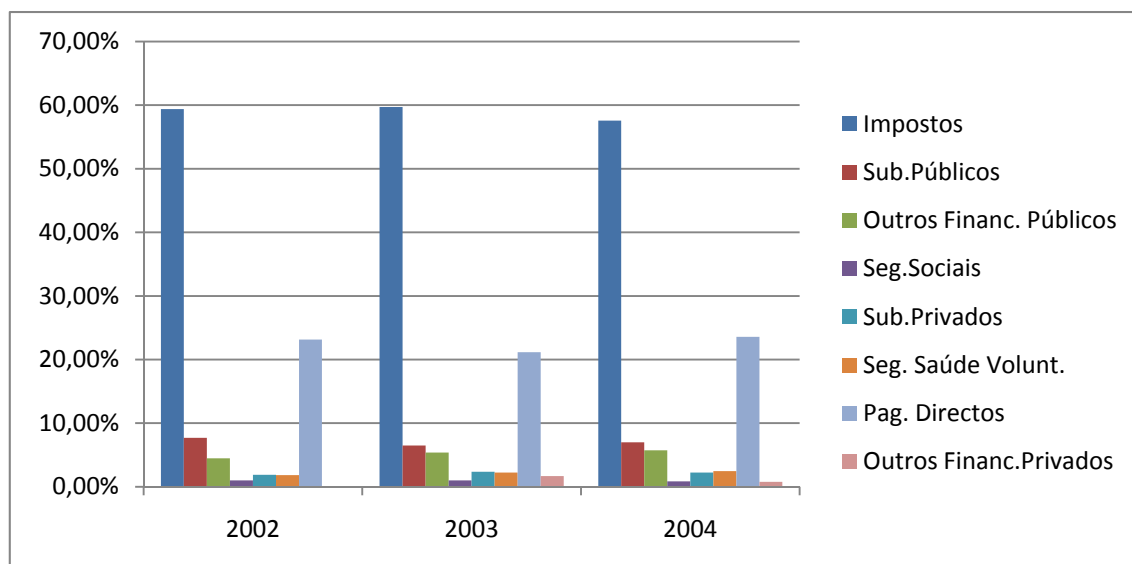
Contudo, refira-se que nenhum país apresenta, apenas e exclusivamente, uma fonte de financiamento. Em termos das fontes de financiamento o mix de diversas fontes é a norma, e de acordo com Barros (2007) este mix tem tendência para se acentuar. Como referido, nos sistemas dominantes, Bismark e Beveridge, a maior fatia do financiamento na Saúde provém dos Impostos ou dos Seguros Sociais, contudo, os Pagamentos Directos e os Seguros de Saúde Voluntários, também apresentam, em menor ou em maior escala, expressão em todos os países.

Portugal, à sombra do modelo Beveridge, optou por um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que assenta no princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não depende da capacidade de pagar, pelo que a contribuição para o sistema depende do rendimento individual, mas a utilização e o acesso aos cuidados de saúde depende apenas da necessidade de receber esses mesmos cuidados de saúde. Este tem sentido algumas mudanças ao longo das últimas décadas; contudo, mantém o princípio da cobertura universal e o acesso aos cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, consagrado no Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. Entre as variadas alterações sofridas pelo SNS ao longo do tempo, é de salientar,

no Governo Constitucional liderado pelo Professor Cavaco Silva, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993, que possibilitaram a privatização de sectores do financiamento da saúde, com a cedência de incentivos à possibilidade de criação de um Seguro de Saúde Voluntário (RELATÓRIO da Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Em Portugal, a principal fonte de financiamento é proveniente dos impostos, porém, existem para além desta, e como já referido anteriormente, outras fontes importantes para financiar os cuidados de saúde da população portuguesa: Subsistemas Públicos e Privados, Seguros Sociais, Seguros Saúde Voluntários e Pagamentos Directos, como ilustra o gráfico 1¹.

GRÁFICO 1: REPARTIÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO EM PORTUGAL, NOS ANOS 2002, 2003 E 2004.



Fonte: Elaboração própria, World Health Organization 2007.

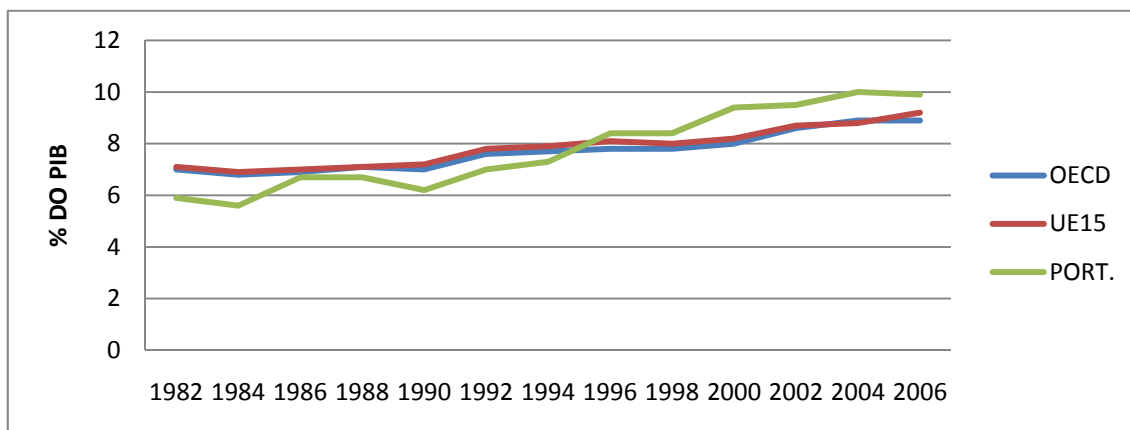
Para além de ser importante conhecer o peso de cada fonte de financiamento do nosso sistema de saúde, também é relevante analisar o peso das despesas globais em saúde. As despesas com a saúde parecem assumir um papel cada vez mais importante na nossa sociedade, quer em termos globais, quer em termos de despesa pública. O comportamento da

¹ O gráfico 1 apenas serve para mostrar que existem várias fontes de financiamento em Portugal, sendo que a fonte de financiamento dominante são os Impostos. As restantes fontes diluem-se com valores percentuais bastante aproximados, com excepção para os Pagamentos Directos que também apresentam percentagens consideráveis.

despesa em saúde, em proporção do PIB, tem evidenciado uma tendência de crescimento nas últimas décadas, não só em Portugal, como nos restantes países da UE (15 países) e da OCDE.

Se em 1980 as despesas com a saúde em Portugal estavam muito abaixo da média da UE e da dos países da OCDE, já em 2006 observamos que as nossas despesas em saúde são superiores a estas duas médias. O gráfico 2 indica que em 1980 a despesa total em saúde, em Portugal, foi de 5,6% do Produto Interno Bruto (PIB), muito inferior à média da União Europeia (7%). Contrariamente, em 2006 a despesa total em saúde, em Portugal, foi de 9,9% do PIB, valor superior tanto à média da UE15 (9,2%), como dos países da OCDE (8,9%).

GRÁFICO 2: EVOLUÇÃO DO PESO DOS GASTOS COM A SAÚDE NO PIB (%) EM PORTUGAL, UE15 E OCDE ENTRE 1990 E 2006



Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

Constata-se que, actualmente, Portugal encontra-se nos primeiros lugares, no âmbito internacional, com maior percentagem do PIB afectado a despesas de saúde, como ilustra o quadro 1.

QUADRO 1: DESPESA TOTAL EM SAÚDE, EM PERCENTAGEM (%) DO PIB.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
E.U.A.	13,9	14,7	15,1	15,2	15,2	15,8
França	9,7	10	10,9	11	11,2	11
Suíça	10,7	11	11,4	11,4	11,4	10,8
Canadá	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	10
Portugal	8,8	9	9,7	10	10,2	9,9
Holanda	8,3	8,9	8,9	9	9,2	9,7
Grécia	9,8	9,7	10	9,6	10,1	9,5
Nova Zelândia	8,3	8,5	8,4	8,5	8,9	9,4
Suécia	8,6	9	9,1	9,2	9,2	9,1
Itália	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9
Reino Unido	7,5	7,6	7,7	8	8,2	8,5
Espanha	7,2	7,3	7,8	8,1	8,2	8,4
Finlândia	6,7	7	7,3	7,4	7,5	8,3
Hungria	7,2	7,6	8,3	8,1	7,8	8,1
Rép.Checa	6,7	7,1	7,4	7,2	7,1	7,3
Polónia	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,3

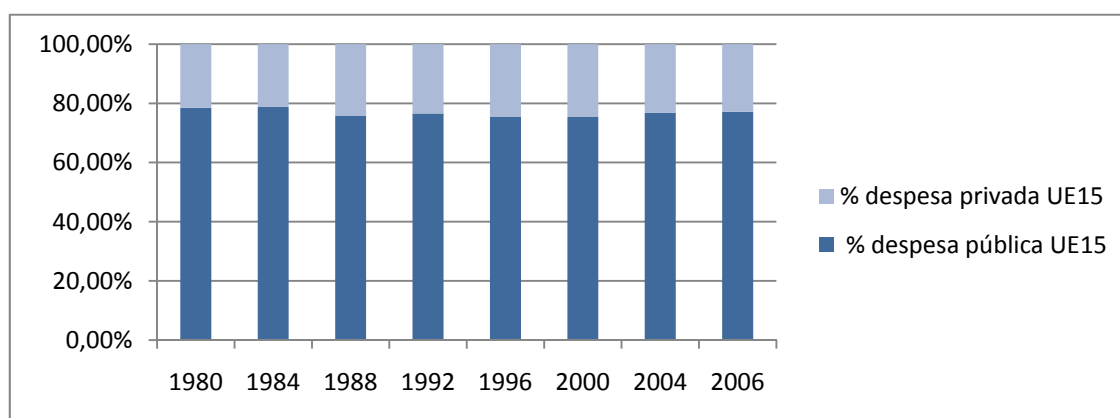
Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

Mais se nota, que alguns países – tais como a Bélgica, Hungria e República Checa, tendem a reduzir as despesas e outros há, ainda, que tendem a manter os valores da despesa total em saúde. Contrariamente, Portugal tem evidenciado um aumento sistemático destas desde o ano de 2001.

É de referir o caso dos EUA que apresenta, ao longo do tempo, percentagens do PIB afectado a despesas de saúde muito superior à dos restantes países. Nos EUA o sistema de saúde não é compulsório, não oferecendo o direito a cuidados de saúde gratuitos ou tendencialmente gratuitos aos seus cidadãos. Assim, a maioria da população está coberta por um Seguro de Saúde Voluntário; contudo, 15% da população não tem qualquer tipo de protecção em saúde (OCDE, 2001).

A despesa total em saúde inclui tanto a despesa pública como a despesa efectuada pelos privados². Também estas duas classes de despesa têm verificado um comportamento evolutivo diferente. O gráfico 3 ilustra a evolução das percentagens da despesa pública vs despesa privada da média da UE15, mostrando que estas sofreram ligeiras alterações ao longo do tempo. Em 1980, 21,6% da despesa total em saúde dizia respeito à despesa privada, já em 2006 este valor aumentou ligeiramente para 25%, no que concerne à média dos países das UE15.

GRÁFICO 3: DESPESA PÚBLICA VS DESPESA PRIVADA EM SAÚDE DA MÉDIA DA UE15, PARA OS ANOS 1980-2006.

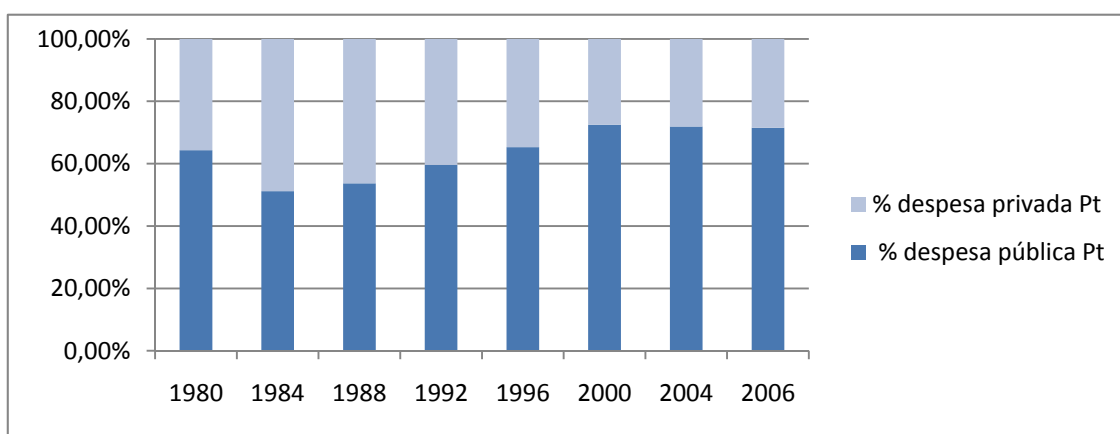


Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

É igualmente interessante analisar esta mesma repartição de despesa para Portugal, assim como a sua evolução no tempo. Ao analisar o gráfico 4, que ilustra a despesa pública *versus* despesa privada em Portugal, verificamos que a partir de 1984 a despesa privada registou uma diminuição relevante; contudo, desde o ano 2000 que se verifica um aumento, ainda que muito ténue, da despesa privada, mantendo-se superior à média de EU – em 2006, Portugal apresentou 28,5% de despesa privada, enquanto a média da UE foi de 25% da despesa privada face ao total da despesa em saúde.

² A despesa total em saúde é definida como a soma da despesa das actividades profissionais dos médicos, paramédicos, enfermeiros e outros técnicos, que têm como objectivos promover a saúde e prevenir a doença, curar a doença e reduzir a mortalidade prematura; cuidar de pessoas com doenças crónicas que requerem cuidados de enfermagem; cuidar de pessoas com algum tipo de deficiência ou dificuldade que exija cuidados de enfermagem; assistência a doentes em fase terminal de vida a fim de morrer com dignidade; administração de saúde pública; administração de programas de saúde, seguros de saúde e outras modalidades de financiamento (OCDE, 2009).

GRÁFICO 4: DESPESA PÚBLICA VS DESPESA PRIVADA EM SAÚDE DE PORTUGAL, PARA OS ANOS 1980-2006.



Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

Portugal, à semelhança da maioria dos países da UE, e apesar de o seu sistema de saúde assentar no modelo Beveridge, em termos de financiamento tem um sistema de saúde com um misto de público e privado. O quadro 2 exhibe, em valores percentuais, o total das despesas em saúde entre os anos 2000 e 2006, financiado através de fontes públicas (Imposto e Seguros Sociais) e de fontes privadas (Pagamentos Directos, Instituições Sem Fins Lucrativos e Cooperações e Seguros de Saúde Voluntários).

QUADRO 2: REPARTIÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO EM PORTUGAL, ENTRE OS ANOS 2000 E 2006.

	2000	2002	2004	2006
Financiamento público, do qual:	72,5%	72,2%	72,0%	71,5%
Impostos (SNS e Subsistemas Públicos)	71,6%	71,2%	71,2%	70,7%
Seguros sociais	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%
Financiamento privado, do qual:	27,5%	27,8%	28,0%	28,5%
Pagamentos Directos	22,2%	22,3%	22,2%	22,9%
Instituições Sem Fins Lucrativos e Cooperações	2,2%	1,8%	1,5%	1,4%
Seguros de Saúde Voluntários	3,1%	3,7%	4,2%	4,1%

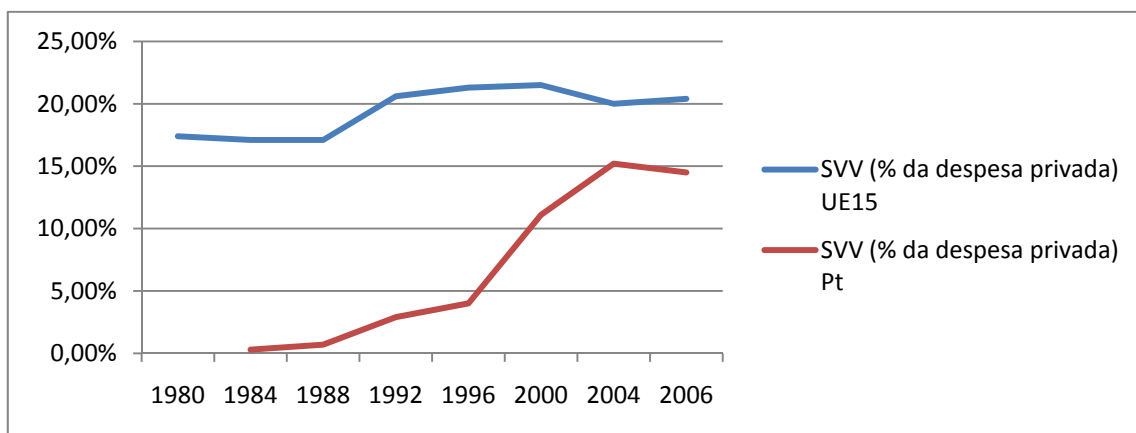
Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

As percentagens do financiamento público/financiamento privado comportam algumas alterações – enquanto o financiamento através de fontes públicas tende a diminuir, o financiamento privado tende a aumentar, embora que ligeiramente – sendo de salientar o progressivo aumento dos valores percentuais dos SSV, em Portugal.

A larga maioria do financiamento em Portugal provém do sector público, nomeadamente dos Impostos. Contudo, o financiamento privado também representa um papel importante, onde a principal fonte de financiamento é proveniente dos Pagamentos Directos.

Os Seguros de Saúde Voluntários (SSV) apesar de ainda contribuírem muito pouco para o financiamento da saúde em Portugal, em termos percentuais, parecem ganhar expressão no financiamento das despesas em saúde da população de Portugal. Em 2004, 2,47% da despesa total em saúde é financiada pelos SSV, mas se quisermos analisar o contributo dos SSV na despesa privada, o gráfico 5 ilustra a sua evolução, comparativamente com a média da UE15.

GRÁFICO 5: VALORES PERCENTUAIS DOS SVV FACE AO TOTAL DA DESPESA PRIVADA EM SAÚDE, NA UE15 E PORTUGAL.



Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

Reconhece-se que Portugal ainda apresenta valores percentuais inferiores à média da UE15 – sendo que 14,50% da despesa privada em saúde, em Portugal, diz respeito aos SSV, enquanto na média da UE este valor auferia os 20,4%. Contudo, é ainda de salientar a crescente representação dos SSV no nosso país. Se em 1984 tinham uma expressão de 0,3%, contra os 17,4% da média da UE, desde 1996 que os valores tendem a uma aproximação.

Tem-se assistido a uma tendência para o crescimento da despesa com a saúde, como proporção do PIB ao longo do tempo, quer em Portugal, quer nos restantes países analisados. As despesas com saúde, financiadas através dos Seguros de Saúde, adquiridos de forma voluntária, também têm apresentado um considerável crescimento. Assim sendo, parece poder dizer-se que estes também contribuem para a despesa total em saúde, dado a sua expressão na actualidade.

Este capítulo encerra após ter-se caracterizado quantitativamente e colocado em perspectiva uma análise dos sistemas de protecção da saúde e as suas fontes de financiamento. Descreveram-se e analisaram-se as despesas com a saúde em Portugal, contrastando-as com alguns países do âmbito internacional, dando especial ênfase aos Seguros de Saúde Voluntários e à sua importância no financiamento das despesas de saúde.

Demonstrou-se, ainda, que os SSV, como fonte de financiamento, estão a crescer, o que constitui uma razão válida para analisar este mercado e os factores que levam os indivíduos à procura deste tipo alternativo de protecção. No capítulo seguinte analisam-se os SSV e o seu contexto em Portugal.

3. SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS (SSV)

A presente dissertação apresenta como objectivo fundamental o de identificar os principais factores que estão subjacentes à decisão individual de subscrever um Seguro de Saúde Voluntário. Muitos são os factores que influenciam a decisão de compra de um seguro de saúde privado. No capítulo anterior, vimos que esta forma de financiamento da saúde tem vindo a ganhar importância, pelo que a análise dos factores que levam à procura deste tipo de produto parece-nos relevante. Contudo, nesta análise tem que se ter em consideração o contexto em que a procura de SSV se verifica, dado que se tem por base um país, não só com um SNS, mas também com subsistemas públicos e privados³.

Este capítulo tem como objectivo caracterizar, ainda que brevemente, o mercado dos Seguros de Saúde Voluntários em Portugal, bem como analisar a sua evolução no nosso país, comparando, sumariamente, com outros países membros da UE. Procurou-se também analisar os problemas subjacentes ao mercado dos seguros de saúde, nomeadamente, ao mercado dos SSV, uma vez que tal análise é importante e pertinente para a interpretação e compreensão da análise de dados realizada no capítulo seguinte.

3.1. Os Seguros de Saúde Voluntários

Assim, e no contexto dos SSV como uma das fontes do financiamento dos cuidados de saúde, é importante começar por definir o que se entende por SSV.

Pode definir-se Seguro de Saúde Voluntário como um seguro de saúde que é contraído e pago por cada pessoa singular ou por entidades patronais em nome dos seus empregados, onde a

³ De acordo com a Constituição e com a Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º48/90, de 24 de Agosto), os subsistemas funcionam como um sistema de saúde em que uma fracção da população beneficia de mecanismos de protecção em cuidados de saúde além do SNS. Existem actualmente 16 subsistemas de saúde, sendo responsáveis pelo financiamento/prestação de cuidados de saúde a quase 20% da população. O principal subsistema público é a ADSE, e os maiores subsistemas privados são os da Portugal Telecom, CTT e SAMS (RELATÓRIO da Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

decisão de contrair o seguro de saúde é voluntária. Estes tipos de seguros de saúde podem ser oferecidos por entidades públicas, semi-públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Normalmente, a existência de um Serviço Nacional de Saúde que fornece cobertura universal, de forma tendencialmente gratuita, e prestação de benefícios globais vem reduzir, em muito, a necessidade dos indivíduos para adquirir um SSV. Aliado à cobertura universal por parte do SNS, ainda são introduzidos elementos de dupla cobertura, por parte dos subsistemas públicos e privados, que coexistem com o SNS. Assim, e neste contexto sistémico, coloca-se a questão: como se justifica a existência de um mercado de SSV em Portugal, que em 2006 garantia o pagamento de 4,10% das despesas totais em saúde, correspondendo a cerca de 638 milhões de euros?

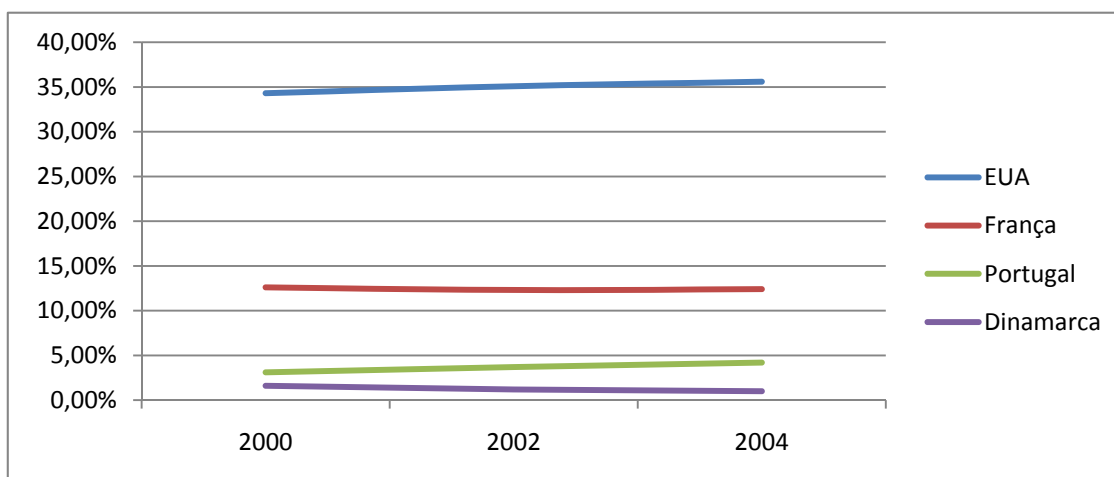
O mercado dos SSV é condicionado pelo contexto em que opera, nomeadamente pela participação coerciva do Estado e pelo financiamento público na saúde. A título de exemplo, o gráfico 6 ilustra a percentagem de despesas com os SSV (face ao total das despesas em saúde) dos EUA, França, Portugal e Dinamarca. Contrariamente ao caso Português, o sistema de saúde dos Estados Unidos da América não garantem cobertura de cuidados de saúde aos seus cidadãos, daí que as despesas com os SSV, e subjacentemente o seu mercado, têm comportamentos completamente distintos⁴. Em 2006, nos EUA, 35,30% da despesa total em saúde diz respeito a SSV, enquanto em Portugal esse valor desce para cerca de 4,10%⁵.

A despesa com SSV em França é substancialmente superior à de Portugal, dado que a maioria da população tem um SSV para cobrir os co-pagamentos e franquias no acesso aos cuidados de saúde, que não são tomados por conta do financiamento público (MOSSIALOS e THOMSON, 2004). Por fim, a Dinamarca, com um sistema de saúde semelhante ao português, apresenta valores percentuais da despesa com SSV inferiores a Portugal, com tendência para um aumento desta diferença, registando em 2004 1,0% da despesa total em saúde com SSV, contra os 4,20% de Portugal.

⁴ Contudo, actualmente os Estados Unidos da América estão em processo de reforma do seu sistema de saúde. A principal proposta do Presidente Barack Obama é a criação de um plano de saúde subsidiado pelo governo que seria acessível aos mais pobres e incentivaria a redução dos preços dos planos privados através da competição no mercado dos Seguros de Saúde (COUNCIL of Economic Advisers of the United States, 2009).

⁵ Apesar de o sistema de saúde dos EUA não assentar no princípio da gratuitidade dos cuidados de saúde, uma parte importante do financiamento em saúde (44,3% da despesa total em saúde) provém da despesa pública (OCDE, 2009).

GRÁFICO 6: PERCENTAGEM DA DESPESA COM SSV FACE AO TOTAL DA DESPESA EM SAÚDE



Fonte: Elaboração própria, base de dados da OCDE, 2009.

A questão que naturalmente emerge é a de saber qual o papel dos SSV em sistemas de saúde onde a fonte de financiamento predominante é a pública – quer através dos impostos, quer através dos seguros sociais – como acontece em Portugal e na maioria dos países da União Europeia.

Mossialos e Thomson (2002) sugerem que os SSV podem ter três funções predominantes. Podem ser de natureza substitutiva, complementar e suplementar.

Um SSV é de natureza substitutiva quando actua como um seguro de natureza privada que substitui o sistema público. Este tipo de cobertura apenas se verifica na Holanda (onde um terço da população é excluída da cobertura universal), na Alemanha e na Espanha, onde indivíduos com rendimentos elevados (Alemanha) e funcionários públicos (Espanha) podem contrair um SSV como substituto ao sistema de saúde público (SALTMAN *et al*, 2004).

Um SSV é de natureza complementar quando este vem complementar o sistema de saúde público, assegurando a cobertura total ou parcial de serviços que não são incluídos no pacote de benefícios do sistema público, ou que não são totalmente cobertos pelo sistema de saúde. Assim, pode cobrir os serviços excluídos pelo Estado, como o caso dos cuidados odontológicos, medicina alternativa, custos com transportes, entre outros. Pode, ainda, cobrir os co-pagamentos, como é o caso da Bélgica, Dinamarca (apenas farmacêuticos), França, Irlanda (cuidados de ambulatório), Luxemburgo (co-pagamentos hospitalares) (MOSSIALOS e THOMSON, 2004).

Finalmente, um SSV é definido como um SSV de natureza suplementar quando este vem aumentar a escolha dos consumidores, bem como o acesso a serviços de saúde. Este tipo de seguros dá acesso privilegiado aos prestadores privados. Garante uma mais vasta escolha dos prestadores de cuidados, mais rápido acesso aos cuidados de saúde, particularmente em especialidades com longas listas de espera, como o caso das cirurgias, alojamento com qualidade superior (por exemplo escolha de quarto privativo e/ou casa de banho privativa). Indivíduos com um SSV suplementar podem ter acesso a especialistas privados, a cuidados em hospitais privados ou a camas privadas em hospitais públicos. Este tipo de cobertura suplementar é designado por alguns autores como fornecendo “dupla cobertura” aos seus subscritores (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Em Portugal, assim como nos estados membros na UE que têm por base um SNS – Grécia, Itália, Espanha e Reino Unido – prevalecem os SSV de natureza suplementar, funcionando maioritariamente como uma porta de acesso rápido a prestadores ou como um aumento das amenidades nos cuidados de saúde. Apesar de o SNS português não excluir, explicitamente, nenhum tipo de cuidado de saúde, é sabido que em algumas vertentes, como é o caso de cuidados odontológicos, oftalmologia, medicinas alternativas, entre outros, o acesso é extremamente complexo e moroso, desenvolvendo-se, assim, implicitamente, os SSV de natureza complementar. Este produto procura cobrir estas lacunas, proporcionando aos compradores de SSV o fácil e rápido acesso aos prestadores de cuidados de saúde (OLIVEIRA, 2001).

Neste contexto da análise dos SSV e numa definição muito geral, entende-se por contrato de seguro o *“acordo entre duas partes, em que o segurado paga à entidade seguradora uma contribuição monetária periódica, comprometendo-se, esta última, a cobrir total, ou parcialmente, os custos de utilização de cuidados de saúde efectuados pelo primeiro”* (PEREIRA, 2004).

A expressão escrita do contrato de seguro denomina-se por apólice de seguro e compreende as cláusulas que definem e regulamentam as obrigações genéricas e específicas de cada contrato. A apólice inclui todo o conteúdo do acordado entre as partes, nomeadamente as condições gerais, especiais e particulares. Devem constar de qualquer apólice de seguro, no mínimo a designação de «apólice» e a identificação completa dos documentos que a compõem e das partes do contrato, a natureza do seguro, os riscos cobertos, o âmbito territorial e temporal do contrato, os direitos e obrigações das partes, assim como do segurado e do beneficiário, o capital seguro, o valor do prémio, o início de vigência do contrato e

duração, o conteúdo da prestação do segurador, em caso de sinistro, ou o modo de o determinar, a lei aplicável ao contrato e as condições de arbitragem (INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL, 2007).

De acordo com o Instituto de Seguros de Portugal (2003) os benefícios podem ser proporcionados através diferentes tipos de modelos, designadamente: modelo de reembolso, modelo convencionado e modelo misto.

- Modelo de reembolso: a entidade seguradora reembolsa o segurado numa parte, estipulada contratualmente, das despesas de saúde suportadas por este, mediante a apresentação dos respectivos comprovativos de pagamento. Este sistema assegura que o segurado tem total liberdade de escolha em todos os prestadores privados.
- Modelo convencionado: a entidade seguradora dispõe de uma rede convencionada de profissionais e entidades de saúde, às quais o segurado deve recorrer suportando apenas uma parte dos custos, ficando a restante à responsabilidade da entidade seguradora que o liquida directamente com o prestador. Neste sistema considerando que os custos tendem a ser relativamente controlados, o valor do seguro a pagar é, em princípio, mais reduzido do que no sistema de reembolso. Contudo, a liberdade de escolha do consumidor fica mais limitada.
- Modelo misto: o segurado pode recorrer a uma rede convencionada de prestadores; contudo, também é possível recorrer a prestadores não convencionados (sistema de reembolso). Todavia, e em princípio, as condições de reembolso serão menos atractivas do que no recurso ao modelo convencionado, constituindo um incentivo a escolher os prestadores de rede.

Em Portugal, e relativamente aos SSV, o modelo de benefícios dominante é o de reembolso, com 52,3% do total dos SSV, seguido do modelo convencionado com 47,5% do total de apólices dos Seguros de Saúde Voluntários. O modelo misto tem fracos incentivos à sua realização, representando apenas 0,2% do total de apólices dos SSV (valores correspondentes a uma amostra de 90,9% do mercado, considerando o número de indivíduos seguros em 2002) (INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL, 2002).

Além de estabelecerem o sistema de benefícios, os contratos estabelecem ainda a cobertura desses mesmos benefícios, isto é, definem quais as tipologias de cuidados de saúde cobertos. As seguradoras podem oferecer vastas opções de benefícios, desde o total reembolso de uma hospitalização, ao pagamento de cirurgia estética ou às medicinas alternativas. Contudo, dado

que os contratos de seguro são escassamente regulados, as entidades seguradoras detêm a liberdade de desenhar as apólices relativamente ao âmbito e ao pacote de benefícios a oferecer a cada consumidor, bem como aos cuidados e serviços que se excluem da apólice. A cobertura dos cuidados de saúde pode ser total, não excluindo qualquer tipo de prestação, ou pode ser parcial – situação mais comum, como se irá demonstrar mais adiante.

As apólices de SSV têm duas características básicas: o pacote de benefícios (abordado nos parágrafos anteriores) e o prémio de seguro.

O prémio de seguro define-se como a contrapartida da cobertura acordada e inclui tudo o que seja contratualmente devido pelo comprador de seguros, nomeadamente os custos da cobertura do risco, os custos de aquisição, de gestão e de cobrança e os encargos relacionados com a emissão da apólice (INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL, 2007).

Um outro aspecto fundamental que as entidades seguradoras têm em consideração nas características dos seguros que oferecem é se estes se destinam a cobrir riscos colectivos (quando o seguro se destina a cobrir os cuidados de saúde de um grupo) ou individuais. No primeiro caso, designam-se por apólices de grupo, e no segundo, por apólices individuais.

As apólices de grupo dizem respeito a uma comunidade (por exemplo, os funcionários de uma empresa), cujos elementos estão ligados entre si à entidade seguradora por um vínculo ou interesse comum. Os riscos são colectivos, e o prémio é habitualmente o mesmo para todos os membros do grupo, sendo calculado com base nas características de risco dessa população. Ou seja, as características da apólice são as mesmas para todos os indivíduos. Por outro lado, no caso das apólices de seguros destinados a cobrir indivíduos isoladamente, o prémio é ajustado às características de risco do indivíduo, também isoladamente. Por norma, os indivíduos com uma distribuição de despesas em saúde mais desfavorável, que são também os indivíduos com piores estados de saúde, tendem a ser sujeitos a um prémio mais elevado, relativamente aos indivíduos com menos riscos, que têm prémios de SSV mais baixos.

Os prémios do seguro de natureza individual são, habitualmente, mais elevados do que os prémios do seguro de grupo. Basicamente, este facto pode ser explicado por duas razões: nos seguros de grupo verifica-se o princípio da solidariedade, isto é, o prémio é homogéneo na população coberta, sendo que os indivíduos com uma menor propensão para despesas em saúde contribuem para os indivíduos com uma maior propensão para estas mesmas despesas. Existe uma transferência de riscos entre os indivíduos cobertos pelo seguro de saúde; por outro lado, existe sempre a possibilidade de as seguradoras subsidiarem estes prémios por

razões comerciais. Por exemplo e de um modo genérico: uma empresa de camionagem com 30 camiões e 35 empregados. A companhia de seguros pode oferecer seguros de saúde com prémios mais baixos para os 35 trabalhadores, se, em troca, a empresa optar pela mesma seguradora para os seguros da frota 30 camiões.

Importa referir, igualmente de modo breve, a questão da regulação do mercado dos Seguros de Saúde Voluntários uma vez que esta também desempenha um papel importante em todos os aspectos de funcionamento deste mercado, nomeadamente, na procura por parte dos consumidores portugueses.

Inicialmente, subsistiam dois modelos principais de regulamentação das seguradoras: o regulamento material e o regulamento financeiro. O regulamento material controlava o tipo de contratos que as seguradoras ofereciam, bem como os prémios exigidos. O regulamento financeiro examinava detalhadamente as despesas e receitas financeiras das seguradoras (MOSSIALOS e THOMSON, 2004). A partir dos anos 70, procurou-se criar um mercado único para a UE, com o objectivo de promover uma óptima escolha por parte do consumidor e fomentar a competição entre as seguradoras, onde o regulamento material foi movido para o regulamento financeiro. Em 1994, novas directivas foram emitidas, dando a liberdade às seguradoras relativamente ao estabelecimento dos prémios, aos produtos e serviços a oferecer. Actualmente, não só em Portugal como nos restantes estados membros da UE, procura-se a existência de um mercado único, sendo para tal necessário a liberalização das entidades seguradoras relativamente aos prémios, aos produtos e serviços a oferecer. Contudo, esta frágil regulamentação, por parte de entidades superiores, parece favorecer a viabilidade financeira das entidades seguradoras, deteriorando a protecção dos consumidores (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Por fim, torna-se também pertinente examinar a legislação fiscal e o impacto que os incentivos fiscais podem ter na procura de SSV. As políticas fiscais são uma forma de política pública do país, que podem influenciar o mercado dos SSV. Os benefícios fiscais, relativamente aos prémios dos SSV, podem constituir-se como um forte incentivo à procura de SSV, estimulando os compradores através de prémios dedutíveis nos impostos; ou pelo contrário, podem desencorajar, ao impor um imposto sobre o rendimento do prémio.

A tendência da UE nos últimos 10 anos parece ser no sentido de circunscrever e até mesmo retirar os incentivos fiscais; contudo, Portugal contraria esta disposição de eliminar ou reduzir os benefícios fiscais. Assim sendo, actualmente não existem benefícios fiscais para SSV na

Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Espanha e Reino Unido. Existem benefícios fiscais muito limitados na Alemanha e Holanda, e na Áustria e Espanha tem havido um corte substancial na redução fiscal para os SSV. Irlanda e Portugal são os únicos países da EU que oferecem incentivos fiscais aos SSV (MOSSIALOS e THOMSON, 2002). Actualmente, o Governo Português apresenta benefícios fiscais de 30% dos prémios de todos os tipos de SSV, com o limite de 84€ para indivíduos solteiros e 168€ para indivíduos casados, a acrescer 41€ a estes limites, por cada dependente a cargo (GUIA FISCAL, 2009).

De acordo com Mossialos e Thomson (2002), provavelmente o argumento mais efectivo contra a redução dos benefícios fiscais para os SSV é que não parecem ter particularmente êxito no sentido de incentivar e assim aumentar o número de indivíduos que beneficiam de SSV. No Reino Unido, em 1990, introduziram-se benefícios fiscais para os SSV; contudo, após 7 anos, o número de consumidores de SSV apenas aumentou 1.6%, valor muito aquém do esperado, sendo os benefícios rapidamente abolidos. Todavia, e ainda de acordo com os mesmos autores, parece haver um impacto dos incentivos fiscais para os SSV, nomeadamente na estrutura do mercado e no seu desempenho em alguns países membros da UE. Particularmente, nos países em que as leis fiscais favorecem os SSV, como o caso da Irlanda e Portugal, que se por ventura se reduzisse os benefícios iria aumentar, pelo menos indirectamente, o preço do prémio a pagar pelo consumidor, desincentivando a procura de SSV.

Para uma boa interpretação e compreensão da análise de dados a realizar num capítulo mais adiante, é pertinente não só caracterizar os SSV e analisar o seu mercado e evolução no nosso país (tal como se ensaiou neste capítulo), mas também abordar três fenómenos intimamente relacionados com este mercado e que o influenciam – Risco Moral, Selecção Adversa e Desnatação – sendo eles analisados seguidamente.

3.2. Risco Moral, Selecção Adversa e Desnatação

As características das apólices de seguros oferecidas pelas entidades seguradoras e o comportamento tanto dos agentes de oferta, como os de procura são fortemente influenciados por três tipos de fenómenos, que surgem nos mercados dos seguros de saúde,

onde a adesão é facultativa, e os agentes de oferta estão fortemente desregulados. São eles, risco moral, selecção adversa e desnatação. Todos estes problemas decorrem da assimetria de informação entre segurado e segurador, podendo, de alguma forma, influenciar e formatar a procura deste tipo de seguros.

Seguidamente, pretende-se analisar, ainda que de modo breve, estes fenómenos, no contexto dos SSV, integrados num sistema de saúde baseado no SNS, definindo-os, explorando e tentando antecipar as suas potenciais implicações no mercado dos seguros de saúde voluntários.

Risco moral:

De uma forma geral, o fenómeno de risco moral surge quando a entidade seguradora assina um contrato com o segurado, mas posteriormente uma das partes (consumidor) realiza uma acção que afecta o valor desse contrato e que não é observável, pelo que a sua inclusão não pode ser passível na especificação do contrato (BARROS, 2006).

No contexto dos seguros de saúde, o risco moral pode ser definido em duas dimensões: risco moral *ex-ante* e *ex-post*. Embora em ambas as situações a decisão que afecta o valor do contrato sejam tomadas depois da assinatura deste, o risco moral designa-se por *ex-ante*, quando a acção é realizada antes da resolução da incerteza, afectando o valor do contrato devido à alteração da probabilidade de ocorrência do evento. A título de exemplo, nesta situação, o indivíduo adoptaria os seus hábitos de vida para “menos saudáveis” exigindo assim mais cuidados de saúde, situação não controlada pela seguradora. Contudo, coloca-se a questão: será que o indivíduo vai mudar os seus hábitos de vida para um padrão “menos saudável” só porque tem um seguro de saúde que lhe cobre as despesas médicas? Do ponto de vista empírico, é difícil provar se este fenómeno ocorre; contudo, e de acordo com a nossa convicção, este tipo de fenómeno parece-nos pouco sustentável, pois aquando um episódio de doença ocorrem muitos outros danos para além dos danos monetários.

Por outro lado, o risco moral é denominado *ex-post* quando a acção, que altera o valor do contrato e não é observada pela entidade seguradora, é tomada após a resolução da incerteza, afectando o valor do contrato devido à alteração na quantidade e na qualidade dos cuidados de saúde utilizados. Como exemplo, após a ocorrência de um episódio de doença, o segurado altera o seu comportamento (porque tem seguro de saúde) e em média vai mais vezes ao

médico, fenómeno não controlado pela seguradora, colocando-a, assim, numa posição desvantajosa nesta relação. Mas o risco moral também pode ter lugar do lado do prestador de cuidados de saúde: dado que o indivíduo não paga directamente os serviços de saúde, o médico, por exemplo, poderá ter tendência para sobre prescrever mais consultas ou meios complementares ou até medicamentos.

Diversos trabalhos empíricos têm confirmado este tipo de comportamento. Barros et al (2008) procuraram estimar o impacto da ADSE (seguro de saúde mais frequente em Portugal, disponível para todos os trabalhadores da função pública e seus dependentes) no número de consultas médicas, número de análises ao sangue e urina e na probabilidade de irem ao dentista até pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Concluíram que de uma maneira geral o impacto da ADSE é claramente positivo. Para a amostra total analisada e no grupo de indivíduos com ADSE verificou-se um aumento de 6% no número de consultas médicas, um aumento de 15,8% no número de análises ao sangue e à urina e um aumento de 7% na probabilidade de irem ao dentista pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Os mesmos autores ainda acrescentam que o efeito no grupo de indivíduos com ADSE ainda apresentou maior expressão na classe jovem (entre os 18-30anos) onde se verificou um aumento de 21,3% no número de consultas médicas, um aumento de 30% no número de análises ao sangue e à urina e um aumento de 11,6% na probabilidade de irem ao dentista pela menos uma vez nos últimos 12 meses. Outros estudos existem que vêm também confirmar este fenómeno.

Assumindo que os indivíduos alteram o seu comportamento, e que esse comportamento não é passível de ser completamente controlado pelas entidades seguradoras, estas adoptam alguns mecanismos para evitar a situação de risco moral. Assim sendo, as entidades seguradoras podem utilizar uma rede de prestadores, aplicar co-pagamentos (pagamentos por parte do consumidor, no acto do consumo), excluir determinados serviços, exigir uma autorização prévia para os serviços e até impor uma cobertura máxima nos consumos, entre outras.

A título de exemplo, ao analisar a apólice de seguro da Multicare, que pertence à seguradora Fidelidade Mundial, uma das maiores a operar no mercado dos seguros de saúde, (ver anexo I) podemos destacar várias tentativas de combate ao risco moral, contempladas nas “Informações Pré-contratuais”:

- Na secção C – COBERTURA destacamos o ponto 4 que mostra a cobertura do tipo de seguro seleccionado, impondo tectos de consumo máximo para situações de

internamento hospitalar, por exemplo; e o ponto 6 que informa as franquias ou co-pagamentos do segurado para cada serviço de saúde.

- Na secção D – EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS, como o próprio nome indica, apresentam-se uma série de exclusões aos indivíduos segurados que vai desde a exclusão de tratamentos terapêuticos não convencionais a tratamentos de enfermagem prestados no domicílio, bem como tratamentos ou cirurgias de regularização do peso.

Estas medidas de combate ao risco moral, uma vez que o mercado é escassamente regulado, podem levar a uma falha na procura de SSV, não só pela exclusão daqueles que mais precisam de cuidados de saúde, bem como pelo desencorajamento na compra de seguro provocado pelo aumento dos co-pagamentos, pela existência de *plafonds* ou tectos máximos de consumo e pela exclusão de determinados serviços de saúde.

Por sua vez, estas estratégias de combate ao risco moral, tem diferentes consequências, consoante o contexto em que operam. Assim sendo, num sistema de saúde baseado apenas em seguros de saúde (como é o caso dos EUA), estas estratégias podem ter efeitos nefastos para a saúde dos indivíduos, dado ficarem excluídos ou limitados no acesso aos diferentes cuidados de saúde. Além disso, algumas estratégias de combate ao risco moral, onde não há alternativas, podem fazer com que os indivíduos retardem a procura de cuidados de saúde, com as consequências que isso pode trazer para o seu estado de saúde.

Em países que têm por base um Serviço Nacional de Saúde – como acontece em Portugal – que cobre universalmente e de forma tendencialmente gratuita os cuidados de saúde a todos os seus cidadãos, as consequências do combate ao risco moral não se apresentam tão gravosas para os cidadãos. Por exemplo, quando um segurado atinge o limite da cobertura do seguro de saúde pode recorrer ao SNS, ou, quando as entidades seguradoras exigem prévia permissão para determinado serviço, podem incutir redes de prestadores de cuidados de saúde da sua preferência e com as quais definiram determinados protocolos *à priori*. Contudo, e dada a conjuntura, coloca-se a questão: Qual o papel dos seguros de saúde, nomeadamente em países que têm por base um SNS?

Seleccção adversa:

A selecção adversa é uma situação observada no mercado dos SSV que decorre da assimetria de informação entre o segurado e a seguradora. As seguradoras apresentam dificuldades em discriminar entre os riscos dos segurados, logo, frequentemente, calculam prémios de seguro homogéneos, pelo menos entre grupos. Nestas condições, alguns indivíduos (usualmente os mais jovens e saudáveis) tenderão a não adquirir o seguro, por considerarem o seu risco menor do que aquele implícito no prémio a pagar. Por outro lado, os indivíduos de mais alto risco terão interesse em participar no seguro, fenómeno este que se denomina pelo termo selecção adversa (PEREIRA, 2004). Quando os indivíduos de baixo risco tendem a recusar o SSV (ficando apenas os de alto risco) conduzem a um aumento no risco do grupo, que por sua vez conduz a um aumento do preço do prémio a pagar. Esta dinâmica leva a que outros indivíduos tendam a recusar, e a assim sucessivamente. Neste ciclo, aparentemente vicioso – que conduz à situação de selecção adversa – a procura de seguro parece não ser sustentável, especialmente porque o mercado dos SSV é fracamente regulado.

Contudo, parece que o fenómeno de selecção adversa não tem particular impacto no mercado de SSV nos países da UE. Segundo Mossiolo e Thomson (2002) *“Na Holanda e na Alemanha, os únicos estados membros em que é realmente possível testar a selecção adversa (uma vez que os SSV como substitutivos são voluntários) muito poucos são os indivíduos sem seguros de saúde.”* Para Portugal não conhecemos, até à data, qualquer estudo que analise empiricamente este fenómeno.

Desnatação/*Cream-skimming*:

Desnatação ou *cream-skimming* é o processo pelo qual as seguradoras procuram incentivar os indivíduos de baixo risco a efectuar um SSV, bem como a desencorajar, ou até, a recusar indivíduos que à partida apresentam um risco acima da média (MOSSIALOS e THOMSON, 2002). Existem diversas formas de incentivo à desnatação, tais como: limitar condições no contrato assinado *a priori*, oferecer um pacote de benefícios fixados, impor um tecto máximo de consumo de cuidados, oferecer um prémio muito acima do valor justo a pagar, recusar compradores à partida de alto risco, ou ainda, renovar automaticamente os contratos e oferecer coberturas mais amplas e vantajosas a consumidores de baixo risco.

Por exemplo, ao analisar a apólice do Seguro BES Saúde (ver anexo 2) podemos destacar o artigo 9º ponto 4 que refere “*não é permitida a subscrição do seguro a pessoas maiores de 65 anos de idade*”. A maioria das apólices analisadas exclui a subscrição dos indivíduos com idade superior a 65 anos, pelo que o fenómeno desnatação parece-nos evidente no mercado dos seguros de saúde em Portugal.

As entidades seguradoras a operarem num ambiente competitivo tentam com este processo de desnatação diminuir os custos, resultando num aumento dos lucros; melhorar a qualidade da cobertura, a fim de manter o mesmo nível de compradores, bem como atrair novos compradores; e até, reduzindo os custos e com a mesma qualidade de cobertura pode reduzir a taxa de prémio a fim de atrair novos compradores. Parece-nos, assim, que a competição passa pela desnatação e não pelo aumento de eficiência na prestação de serviços.

As consequências da desnatação passam por problemas na equidade do acesso, onde alguns indivíduos nunca conseguirão comprar a cobertura de SSV adequada às suas necessidades/riscos e pelo risco da ineficiência do mercado, onde as vantagens financeiras da selecção dos compradores mediante os riscos superam os potenciais benefícios da melhoria na eficiência, deixando as entidades seguradoras com fracos incentivos para a eficiência da gestão e qualidade (WHO, 2004). Deste modo, a procura de SSV fica também condicionada, uma vez que: ou pacote de benefícios oferecidos fica aquém do preço do prémio a pagar, ou encorajam apenas os consumidores de baixo risco, que por sua vez não têm tanto interesse/benefício em comprar um seguro de saúde.

Num sistema de saúde baseado num Serviço Nacional de Saúde – e uma vez que as seguradoras competem com base na selecção dos riscos dos segurados e não numa aposta na eficiência do produto oferecido – este fenómeno pode ter impacto na eficiência do mercado dos seguros de saúde.

Alguns estudos sugerem que o ajustamento minucioso do risco de cada consumidor é a única solução que pode prevenir o *cream-skimming*. Contudo, a especificação e operacionalização de sistemas de ajustamento de risco é muito dispendioso e difícil, incentivando por esta via as entidades seguradoras à prática deste fenómeno (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Todos estes fenómenos económicos que emergem nos mercados dos seguros de saúde – risco moral, selecção adversa e desnatação – geram problemas de eficiência e distorções no mercado de seguros. Dada a fraca regulamentação do mercado dos SSV, e integrados num sistema de saúde compulsório, estes fenómenos podem atingir a procura deste tipo de

produto. Se estes fenómenos não existissem, em princípio, o mercado dos seguros de saúde seria muito maior, dado que a existência deles leva ao aumento do preço do prémio a pagar e, conseqüentemente, à diminuição da procura por parte dos indivíduos, levando a que este mercado apresente proporções bastante mais reduzidas.

3.3. Os Seguros de Saúde Voluntários em Portugal – breve análise evolutiva

Seguidamente, procura-se caracterizar o estado actual do mercado dos SSV em Portugal. Esta caracterização far-se-á sempre que exista informação relevante para tal, recorrendo a dados obtidos a partir de diversas fontes. Nesta análise serão tidas em conta as seguintes dimensões de análise:

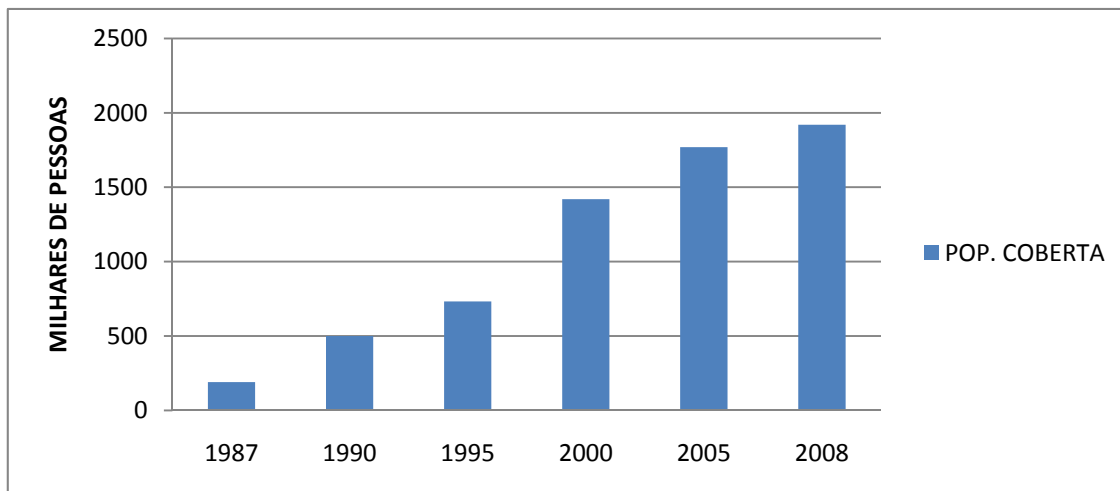
- Indivíduos cobertos
- Entidades seguradoras
- Montantes pagos pelas entidades seguradoras
- Prémios agregados
- Apólice de seguro e regras contratuais
- Marketing/publicidade das empresas
- Percepção dos indivíduos acerca da qualidade dos SSV.

Os Seguros de Saúde Voluntários em Portugal têm uma história recente, datada do final da década de 80 (OLIVEIRA, 2001). Desempenham, ainda, um papel reduzido no financiamento em saúde; contudo, têm vindo a apresentar, nos últimos anos, um desenvolvimento relevante, exercendo hoje em dia uma manifesta posição no sector privado da prestação de cuidados de saúde e uma referência no âmbito do sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal, garantindo, em 2006, o pagamento de 4,10% das despesas totais em saúde.

Indivíduos cobertos:

A expansão dos SSV no nosso país pode ser ilustrada através da análise da evolução do número de indivíduos cobertos desde 1987 (gráfico 7).

GRÁFICO 7: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS COBERTOS COM SEGUROS DE SAÚDE EM PORTUGAL, ENTRE 1987 E 2008.

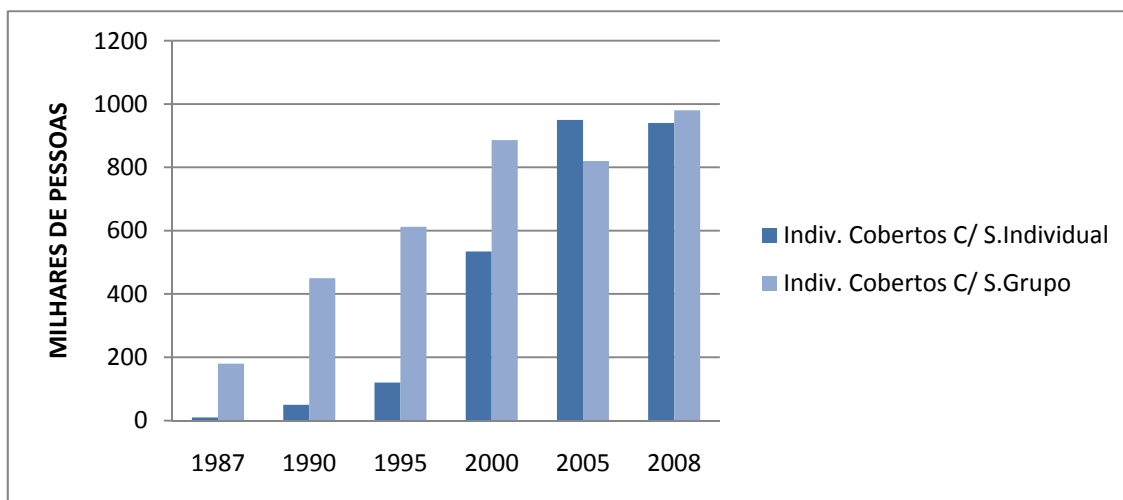


Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009.

Observa-se no período de 1987-90 um crescimento médio anual de 47,0% – em 1987 registou-se cerca de 200 mil indivíduos cobertos com Seguro de Saúde Voluntário, valor este que subiu para aproximadamente 500 mil indivíduos, em 1990. A taxa de crescimento abrandou a partir do ano 2000, contudo tem-se mantido positiva, com aproximadamente 1.920.000 (cerca de 20% da população portuguesa) indivíduos cobertos com seguros de saúde em Portugal, no ano de 2008.

O sector dos seguros de saúde está dividido entre seguros individuais e seguros de grupo. O gráfico 8 ilustra a evolução de ambos.

GRÁFICO 8: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS COBERTOS COM SEGUROS DE SAÚDE, INDIVIDUAIS E DE GRUPO, EM PORTUGAL, ENTRE 1987 E 2008.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009.

A evolução dos dois tipos de seguros é bastante diferenciada. Assim, no período de 1990 a 1999, em média, 83% dos segurados estavam abrangidos por seguros de grupo, estando os restantes 17% cobertos por seguros individuais. Contudo, a tendência de reforço do peso dos seguros individuais manifestou-se sobretudo a partir do ano 2000, tendo-se verificado, no ano 2005, um maior número de indivíduos cobertos por seguros individuais em relação aos seguros de grupo.

No final do ano 2008, a população abrangida por seguros de saúde em Portugal é de cerca 18,3% da população residente, ou seja, o dobro dos 9% verificados em 1996. Ainda assim, esta percentagem encontra-se abaixo da média europeia (cerca de 22% para o ano de 2006), o que por um lado pode ser explicado pelas diferenças no sistema de saúde, mas por outro lado pode significar que o nosso mercado ainda tem espaço para crescer, ou, ainda, um mix de ambas.

Contudo, importa ressaltar que os 18,3% dos indivíduos com SSV face à população em geral referem-se não só aos seguros individuais e de grupo, como também aos seguros associados a cartões bancários e a empréstimos bancários, no que diz respeito a seguros não-vida (INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL, 2009). Ou seja, estes 18,3% incluem os seguros de saúde associados a produtos financeiros, não tendo sido o seguro a principal motivação para adquirir o produto, mas sim os produtos adquiridos que o exigem. Assim, a sua utilização

efectiva pode ser limitada ao produto adquirido. Por exemplo, quando se faz um empréstimo bancário para habitação é, por vezes, exigido um seguro de saúde, contudo, este apenas se limita às situações de saúde que poderão por em causa o pagamento do empréstimo, como por exemplo uma situação de invalidez.

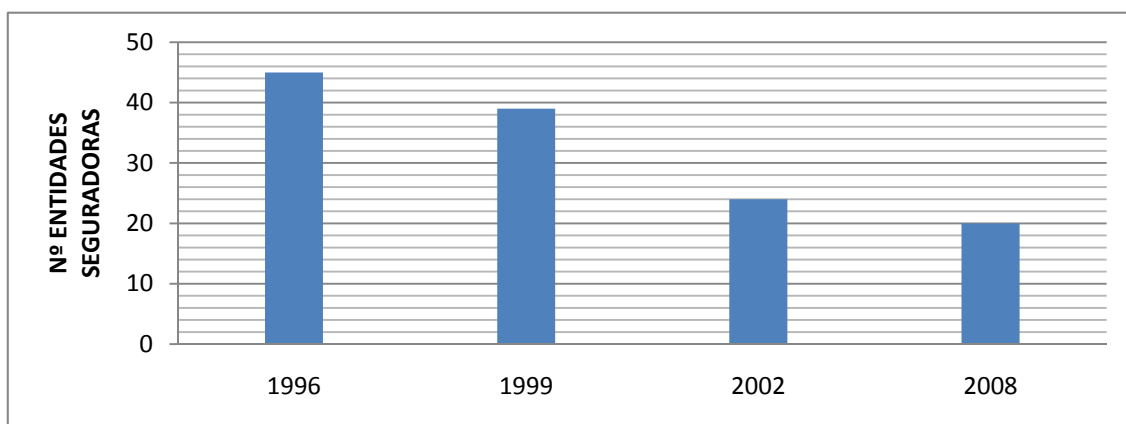
Entidades seguradoras:

O mercado está, desde o início, altamente inter-relacionado com o sector bancário – as grandes seguradoras estão ligadas a grupos financeiros, utilizando os balcões comerciais para publicitar também os seus produtos. A título de exemplo, temos o BES Seguros, ligado ao Grupo Financeiro Banco Espírito Santo, e a MultiCare ligada à Caixa Geral de Depósitos.

A estrutura do mercado dos seguros tem assumido mudanças significativas ao longo do tempo, não só provocado pelo movimento de concentração das entidades seguradoras ao sector bancário, como também pelos acordos entre várias entidades (por exemplo a AdvanceCare é uma rede de Victória e BES em parceria com a United Health Care of USA), bem como pela expansão de unidades de cuidados de saúde específicas para os seguros de saúde (OLIVEIRA, 2001).

Estas mudanças têm resultado numa diminuição no número das entidades seguradoras, ao longo do tempo. Assim, em 1996 havia 45 entidades a operar no mercado, valor este que diminui para 39 entidades seguradoras em 1999. Os últimos dados disponíveis dizem-nos que em 2008 este tipo de produto era explorado apenas por 20 entidades seguradoras nacionais (gráfico 9).

GRÁFICO 9: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 1996 E 2008.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009).

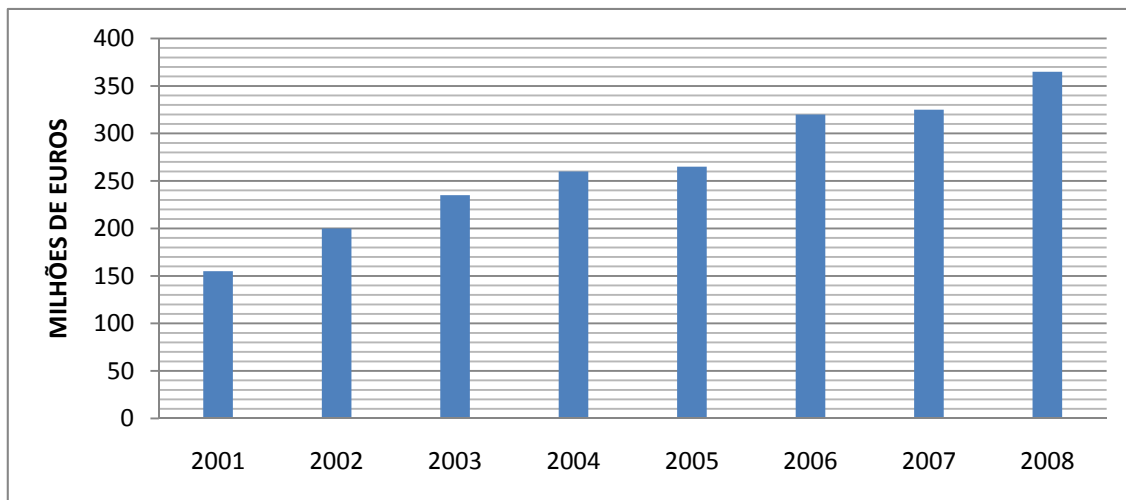
O mercado dos seguros de saúde é dos mercados que revela uma maior concentração, encontrando-se, em 2002, 57,5% da produção em apenas três entidades de seguros – Ocidental, Fidelidade Mundial e Victória (INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL, 2002). A concentração deste mercado resulta no fraco dinamismo concorrencial, que pode levar a menos variabilidade de produtos oferecidos e à escassa concorrência dos preços. Por outro lado, o monopólio deste mercado pode também proporcionar uma dificuldade crescente de entrada de novas seguradoras no mercado (RELATÓRIO da Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007). Contudo, e referenciando a mesma fonte, a concentração do mercado dos seguros de saúde em Portugal é similar à de outros mercados comparáveis, como o do Reino Unido.

Montantes pagos pelas entidades seguradoras:

A importância dos SSV, como instrumento de financiamento, pode ser aferida através das despesas das entidades seguradoras com o pagamento das despesas em saúde dos seus segurados.

Também os montantes pagos pelas entidades seguradoras (entenda-se por montantes pagos todas as despesas das seguradoras, no que diz respeito ao sistema de reembolso, sistema convencionado, sistema misto e até associado a cartões) têm vindo a evoluir significativamente ao longo do tempo (gráfico 10).

GRÁFICO 10: EVOLUÇÃO DOS MONTANTES PAGOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009).

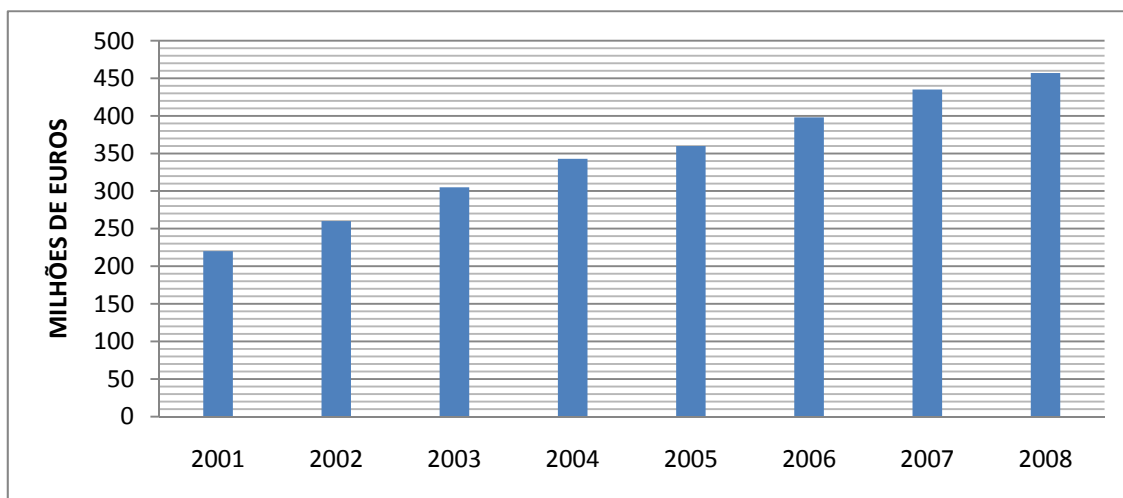
Observa-se então que, em 2008, as entidades seguradoras gastaram cerca de 365 milhões de euros, representando estas despesas um crescimento de 11,5% face ao ano anterior, duplicaram os montantes de 2001, que rondaram os 150 milhões de euros.

O aumento dos montantes pagos pelas entidades seguradoras podem dever-se a um aumento do número de apólices de seguros que, por sua vez, aumentam o volume de cuidados de saúde prestados, bem como ao aumento de coberturas e exigências de cuidados de saúde com mais qualidade e à taxa de inflação na saúde, que é elevada. Todos estes factores associados, concorrem para o aumento da despesa por parte das seguradoras.

Prémios agregados:

Também as receitas das seguradoras têm crescido a bom ritmo, cerca de 11% ao ano, no período compreendido entre 2001 e 2008, como ilustra o gráfico 11.

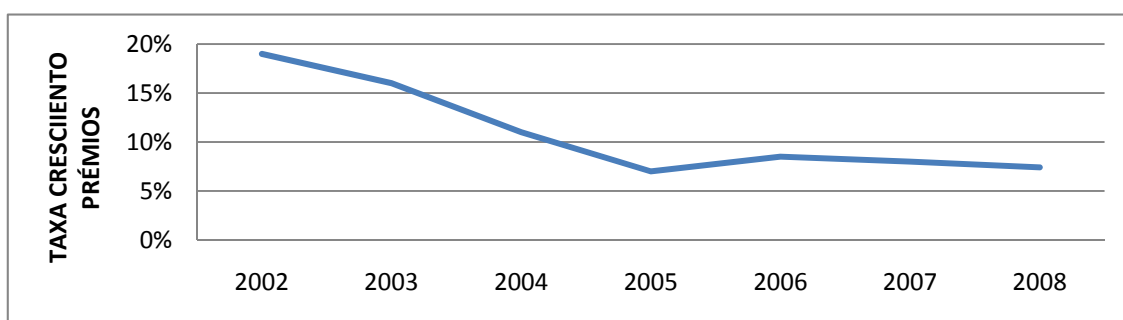
GRÁFICO 11: EVOLUÇÃO DOS PRÉMIOS AGREGADOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009).

Apesar do crescimento dos prémios agregados, assistiu-se a um abrandamento gradual da sua taxa de crescimento, o que, ainda assim, corresponde a uma taxa de crescimento da produção de 2008 relativamente elevada (7,5%; gráfico 12).

GRÁFICO 12: EVOLUÇÃO DA TAXA DE CRESCIMENTO DOS PRÉMIOS AGREGADOS PELAS ENTIDADES SEGURADORAS EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2008.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002 e 2009).

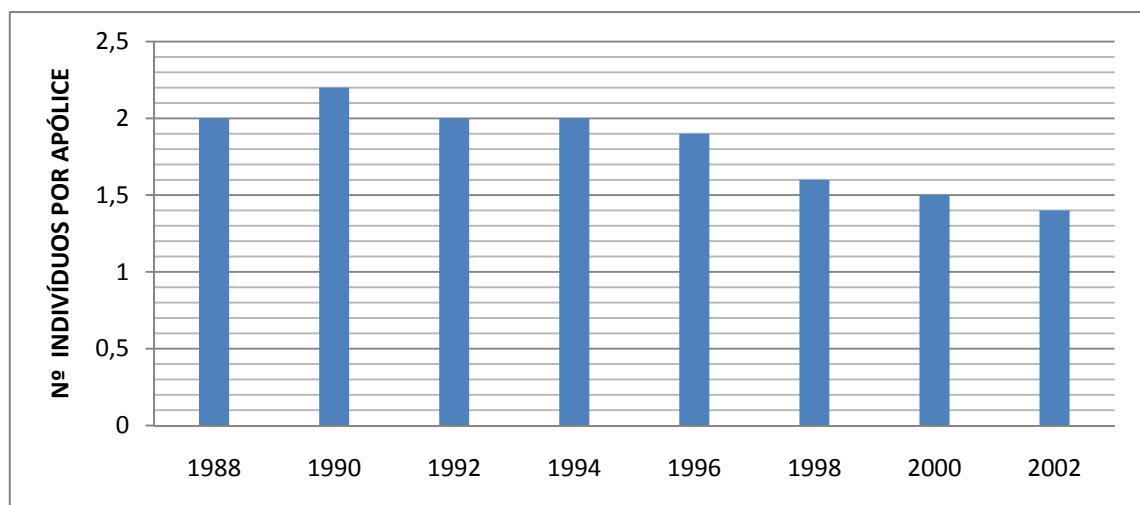
Apólice de seguro e regras contratuais:

A quantidade de apólices de seguro celebradas apresenta ainda um ritmo de crescimento mais elevado, com taxas médias anuais de 82,8% no período de 1986-90, de 22,5% em 1990-95 e de 39,8% em 1995-01, sendo o valor verificado neste último período devido certamente à maior procura de apólices individuais.

Em consequência desta evolução, os seguros individuais têm vindo a reforçar a clara predominância que desde sempre assumiram. No entanto, também se deve ter em conta o número de segurados por apólice, quer nos seguros individuais, quer nos seguros de grupo.

Assim sendo, o número de indivíduos por apólice para os seguros individuais tem reduzido substancialmente. Em 1990 a média é de 2,2 indivíduos por apólice, enquanto para 2001 este valor atenuou para uma média de 1,4 indivíduos por apólice (gráfico 13).

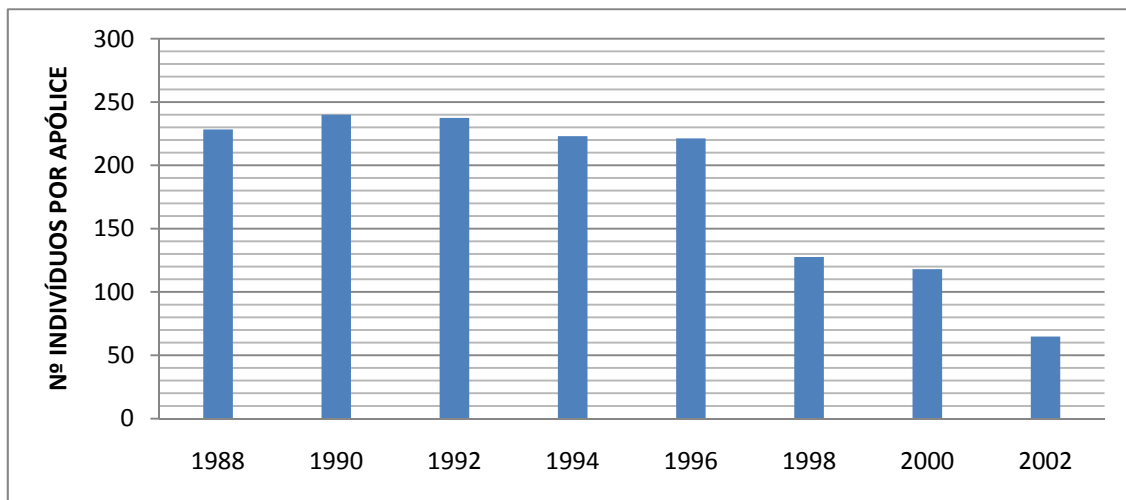
GRÁFICO 13: EVOLUÇÃO DO Nº MÉDIO DE INDIVÍDUOS POR APÓLICE PARA OS SEGUROS INDIVIDUAIS EM PORTUGAL, ENTRE 1988 E 2002.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002).

Os seguros de grupo verificam uma diminuição bastante significativa do número de indivíduos por apólice, já que em 1991 temos uma média 253,5 indivíduos por apólice, evolução esta que culminou com apenas 64,8 indivíduos por apólice em 2001 (gráfico 14).

GRÁFICO 14: EVOLUÇÃO DO Nº MÉDIO DE INDIVÍDUOS POR APÓLICE PARA OS SEGUROS DE GRUPO EM PORTUGAL, ENTRE 1988 E 2002.



Fonte: Elaboração própria, Instituto de Seguros de Portugal, 2002).

Quanto às apólices de seguro, importa ainda salientar a evolução do seu conteúdo, nomeadamente os benefícios incluídos e excluídos. Se antigamente as apólices tinham limitadas condições pré-existentes, actualmente tendem a descrever inúmeras condições pré-existentes e a excluir alguns serviços de saúde, tais como: cuidados odontológicos, medicina alternativa, tratamentos psiquiátricos, entre outros. Por outro lado, tendem a restringir e até a excluir o mercado para idosos e doentes crónicos (com doenças como a diabetes, asma, HIV, insuficiência renal, etc.).

Marketing/publicidade das empresas:

Este é um outro grupo de factores que podem influenciar os indivíduos nas suas decisões de adquirir um SSV. O marketing/publicidade a SSV tem uma expressão muito recente no nosso país, daí que a informação existente sobre a sua evolução no mercado seja muito escassa. Contudo, e tendo por base a percepção e senso comum, verifica-se a crescente expressão do marketing neste domínio. As campanhas publicitárias surgem através dos canais de comunicação mais mediáticos, tais como a televisão, *internet* e *outdoors*, recorrendo até a figuras públicas para publicitar os seus produtos. Por outro lado, também é visível o aumento dos patrocínios por parte das entidades seguradoras em eventos desportivos, tais como, futebol, Volta a Portugal em bicicleta, entre outros. Todas estas acções e estratégias de

marketing e publicidade ilustram o investimento e o esforço crescente das entidades seguradoras dos seus produtos no mercado.

Percepção dos indivíduos acerca da qualidade dos Seguros de Saúde Voluntários:

Não se encontrou informação que permitisse avaliar a percepção e a opinião dos indivíduos sobre os SSV. No entanto, a Associação Portuguesa para a Defesa dos Consumidores (DECO) realizou um estudo, em 2007, onde apontou duras críticas à actividade seguradora em Portugal, concluindo que os “seguros de saúde abundam, mas poucos valem o que custam”.

O mesmo estudo identifica vários “pontos fracos” nos seguros de saúde, tais como: elevado número de exclusões, os limites de idade, os períodos de carência alargados e a duração anual dos contratos. Ainda assim, os seguros de saúde podem ser uma alternativa ao SNS no que se refere a consultas de especialidade e a despesas de elevado valor, como o caso de internamentos e partos no sector privado. Relativamente à duração dos contratos, a DECO aponta que, sendo a maioria de renovação anual, a entidade seguradora pode pôr fim a um contrato se o comprador der muita despesa, por exemplo, devido a uma doença prolongada. “os seguros deveriam tornar-se vitalícios após três ou quatro anos de vigência” (DECO, 2007).

Outra das críticas apontadas às entidades seguradoras diz respeito a demasiadas excepções das apólices, que maioritariamente não cobrem despesas relacionadas com doenças psiquiátricas, tuberculose, hepatite, transplante de órgãos, hemodiálise, doenças sexualmente transmissíveis, hérnias, fisioterapia e tratamentos de obesidade e fertilidade. “*Realidade esta inaceitável no mercado das seguradoras*” (DECO, 2007).

O período de carência de 90 dias para a maioria das apólices de seguro, e a extinção automática do seguro de saúde a partir dos 65/70 anos de idade são também “factores que retiram muita da utilidade dos seguros de saúde”(DECO, 2007).

A Associação Portuguesa para a Defesa dos Consumidores alertou para as vicissitudes do mercado dos seguros de saúde e para a importância da regulação deste sector, a fim de criar produtos que interessem e protejam os compradores.

No próximo capítulo procede-se à análise empírica que pretende determinar o perfil dos compradores de SSV e a sua evolução no período de 1998/2005, bem como estimar o efeito de

diversas variáveis (tais como: idade, sexo, rendimento, grau de escolaridade, etc.) como determinantes da procura de um Seguro de Saúde Voluntário.

4. ANÁLISE DE DADOS

A nível empírico, a dissertação propõe-se atingir dois objectivos:

1. Traçar o perfil dos indivíduos que beneficiam de um SSV. A evolução do perfil no período de 1998/2005 também será objecto de análise.
2. Estimar o efeito de diversas variáveis explicativas na decisão de adquirir um Seguro de Saúde Voluntário.

Esta análise empírica será realizada com dados provenientes das duas edições anteriores do Inquérito Nacional de Saúde, realizadas em 1998/1999 e em 2005/2006.

O capítulo foi dividido em três secções: uma primeira secção descreve as fontes de dados; uma segunda secção analisa e apresenta as características dos indivíduos que subscrevem SSV, analisando, também, a evolução desse perfil de 1998 a 2005; e por fim, na terceira secção, procurar-se-á estimar um modelo para explorar os factores determinantes da procura de Seguros de Saúde Voluntários em Portugal. Para este último objectivo utilizamos os dados da mais recente edição do INS, 2005/2006.

4.1. Fontes de Dados – O Inquérito Nacional de Saúde

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é realizado periodicamente por amostragem e entrevista directa, no domicílio dos indivíduos, que visa recolher informação acerca do estado de saúde e utilização de cuidados de saúde da população portuguesa. O inquérito recolhe ainda dados acerca do estilo de vida e qualidade de vida do indivíduo. É um projecto do Sistema Estatístico Nacional que contribuiu para o planeamento e avaliação dos Programas de Saúde Nacionais, assim como para responder a solicitações de organismos internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Organismo Estatístico Europeu (Eurostat) e a Organização para o Desenvolvimento e Cooperação na Europa (OCDE). Por outro lado, o INS constitui-se, também, como fonte de dados utilizados em estudos epidemiológicos por investigadores, como acontece na presente dissertação (INS, 2009).

O inquérito, propriamente dito, questiona os indivíduos nas seguintes dimensões:

- estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades (estado de saúde auto-avaliado, peso e obesidade, incapacidade temporária, incapacidade física de longa duração, doenças crónicas, sofrimento psicológico), com vista à caracterização do estado de saúde e doença da população residente;
- cuidados de saúde e prevenção (consultas médicas, saúde oral, utilização de medicamentos, saúde reprodutiva, vacinação contra a gripe, monitorização do colesterol e tensão arterial, doação de sangue, utilização dos subsistemas de saúde e seguros de saúde), com vista à caracterização dos residentes sobre comportamentos preventivos e curativos;
- determinantes da saúde relacionados com estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alimentos, consumo de bebidas alcoólicas, actividade física), com vista à caracterização dos hábitos dos residentes que podem constituir elementos preventivos da doença;
- qualidade de vida (qualidade de vida auto-apercebida).

(INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, 2009).

Os primeiros inquéritos realizados entre 1983 e 1985 foram de âmbito regional, sendo que o primeiro Inquérito se realizou no ano de 1987 e cobriu todo o território continental. Até à data foram realizadas quatro edições (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006), utilizando amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental (1.º, 2.º e 3.º INS) e também das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (4.º INS). (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, 2007).

Relativamente ao INS de 1998/1999 a população abrangida é constituída por 21 808 unidades de alojamento, o que corresponde a 48.606 indivíduos entrevistados entre Fevereiro de 1998 e Janeiro de 1999. No que concerne à 4.º edição do INS, esta foi realizada em 2005/2006, abrange 19.950 unidade de alojamento, o que corresponde a 41.195 indivíduos entrevistados entre Fevereiro de 2005 e Janeiro de 2006.

4.2. Análise Exploratória de Dados

Nesta secção pretende-se, em primeiro lugar, analisar a evolução dos SSV, tanto em percentagem de beneficiários como nas características das apólices, no período 1998/1999 a 2005/2006, e em segundo lugar traçar o perfil dos indivíduos que usufruem de SSV, analisando também as tendências dessa evolução dentro do referido período.

A informação que o INS contém acerca da situação dos indivíduos em termos de terem, ou não, um SSV, é caracterizada com as seguintes questões:

- “O(a) Sr.(a) tem algum seguro de saúde?” (Sim/Não)
- Se sim, “Quais os riscos cuja cobertura ele lhe garante?”

A questão “Quais os riscos cuja cobertura ele lhe garante?” dá a possibilidade de resposta em 5 categorias:

- “apenas Internamento”
- “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica”
- “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos”
- “outras combinações de risco”
- “todos os riscos”.

A forma como a questão está formulada poderá apresentar algumas desvantagens uma vez que algumas características importantes dos seguros de saúde permanecem desconhecidas. Assim, o inquérito não permite determinar:

- se o seguro de saúde é fruto de uma decisão individual ou se se refere a um seguro de saúde associado a cartões de crédito, a empréstimos bancários, etc.;
- se o seguro de saúde é de natureza individual ou de grupo;
- se os benefícios são proporcionados através de um sistema de reembolso, convencionado ou misto;
- o valor do prémio de seguro;
- que exclusões e co-pagamentos a apólice de seguro apresenta;
- se tem um tecto máximo para despesas por período de tempo ou acto (internamento).

No entanto, e mesmo com as limitações acima identificadas, a informação revelada pelo INS constitui-se um importante repositório de informação para a análise dos SSV em Portugal.

Para analisar a evolução dos SSV utilizaram-se as duas variáveis acima identificadas⁶.

QUADRO 3: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

INS 1998/1999		INS 2005/2006	
IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV
N=46.213	N=2.330	N=38.001	N=3.126
95,20%	4,80%	92,40%	7,60%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Como já visto em capítulos anteriores, os seguros de saúde são uma opção para uma reduzida percentagem da população portuguesa (quadro 3). Em 1998/1999, 4,80% (cerca de 1 em cada 20) dos indivíduos declararam ter um SSV. Em 2005/2006 a cobertura aumenta para 7,60% (cerca de 1 em cada 13) da população. Este crescimento percentual dos indivíduos com SSV demonstra a crescente procura de SSV no nosso país.

Refira-se que o Instituto de Seguros de Portugal (2009) contabiliza em cerca de 20% da população portuguesa a usufruir de um Seguro de Saúde⁷. Este valor é notoriamente diferente dos 7,60% de indivíduos que responderam ter um Seguro de Saúde na 4ª edição do INS. Esta diferença de magnitudes poderá residir em dois argumentos principais.

- Primeiro, o Instituto de Seguros de Portugal considera como Seguro de Saúde não só os Seguros de Saúde Voluntários de natureza individual ou de grupo, como também os seguros de saúde associados a cartões de crédito e empréstimos bancários.
- Segundo, os dados do INS não permitem concluir que todos os indivíduos que responderam ter seguro de saúde, se referiam apenas aos SSV ou se também incluíram os seguros implícitos a cartões de crédito ou a empréstimos bancários. Contudo, estamos convictos que quando o indivíduo tem um seguro de saúde associado a um

⁶ O Instituto de Seguros de Portugal, com base nos seus valores, realizou análises semelhantes à aqui apresentada, daí que sempre que seja possível se faça uma comparação entre os nossos valores e os do ISP.

⁷ Ver capítulo 3.3, página 28.

produto financeiro este, com alguma probabilidade, poderá não o referir uma vez que este não foi adquirido de forma voluntária e não houve motivação para adquirir este tipo de produto.

Para a nossa análise, e no nosso ponto de vista, estamos convictos que o INS, como fonte de dados, reflecte melhor as nossas necessidades, a fim de atingir os objectivos desta dissertação.

Relativamente à pergunta “Quais os riscos cuja cobertura lhe garante” elaborou-se o quadro 4 que mostra a percentagem de indivíduos em cada tipo de cobertura.

QUADRO 4: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA COM SSV (EM %) POR TIPO DE COBERTURA DO SEGURO DE SAÚDE NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

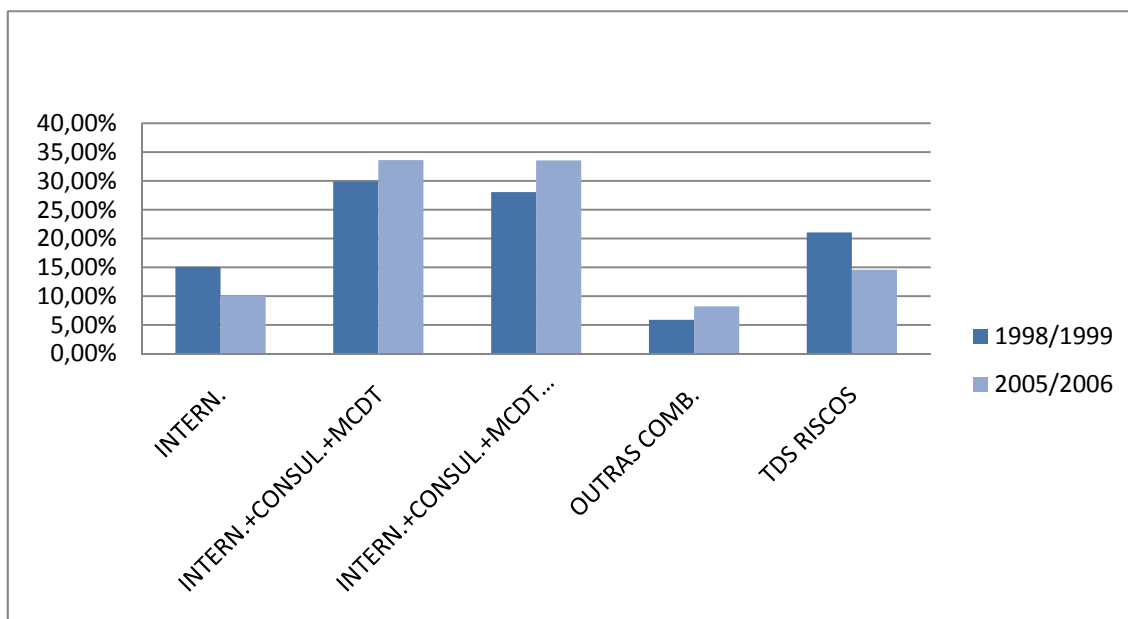
	1998/1999	2005/2006
INTERNAMENTO	15,09%	10,02%
INTERN.+CONSUL.+MEIOS.COMP.DIAGN.TERAP.	29,91%	33,61%
INTERN.+CONSUL.+MCDT+MEDICAMENTOS	28,06%	33,57%
OUTRAS COMBINAÇÕES	5,88%	8,21%
TODOS OS RISCOS	21,06%	14,59%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Dos indivíduos que responderam ter seguro de saúde, a maioria, em ambos os inquéritos, refere ter uma das seguintes combinações: “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica” ou “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos”.

O gráfico 15 ilustra a evolução, em valores percentuais, dos diferentes tipos de cobertura dos SSV.

GRÁFICO 15: VALORES PERCENTUAIS DOS DIFERENTES TIPOS DE COBERTURA DOS SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

As coberturas “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica” e “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos”, além de serem as mais frequentes, verificaram um aumento dos seus valores percentuais, enquanto os restantes tipos de cobertura tendem a ter menor expressão nos SSV. Por exemplo, a cobertura de “Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos” era de 28,06% em 1998/1999, e em 2005/2006 já apresentou valores de 33,57% do total dos SSV. Em contrapartida a cobertura de apenas “Internamento” teve uma redução, de mais de 5%, nos referidos anos.

Este facto poderá ser explicado pela crescente oferta do mercado dos seguros de saúde. Os SSV funcionam numa grande parte dos países da UE, maioritariamente, como uma porta de acesso rápido ou como um aumento das amenidades e não como melhoria dos cuidados de saúde ou tratamentos. Apesar da inovação do produto não parecer ser uma evidência nos seguros de saúde (MOSSIALOS e THOMSON, 2004) parece haver uma crescente procura e/ou oferta dos tipos de seguros mais abrangentes, isto é, que cobrem vários tipos de serviços ou cuidados de saúde.

O número de indivíduos que usufruem de SSV aumentou de 1998/1999 para 2005/2006, mostrando o crescente interesse da sociedade portuguesa e das entidades seguradoras no domínio dos seguros de saúde. As coberturas “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica” e “internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos” são as mais frequentes, constituído, em conjunto, a maioria dos tipos de cobertura dos SSV.

Um outro objectivo desta secção é o de determinar o perfil dos indivíduos que beneficiam de um SSV, assim como a sua evolução no período de 1998 a 2005.

A metodologia para atingir esse objectivo ilustra-se a seguir. A variável “seguro de saúde” permite-nos dividir a população portuguesa em dois grandes grupos: os que não beneficiam de um SSV e os que beneficiam de um SSV.

Assim, procedeu-se ao cruzamento desta variável com outras variáveis dos inquéritos, a fim de explorar as diferenças entre estes dois grupos populacionais e, assim, traçar o perfil dos indivíduos cobertos por SSV. O principal intuito é o de verificar se existem diferenças sistemáticas nas características dos indivíduos que constituem os dois grupos. Apesar de ser uma abordagem simples e de carácter exploratório poderá revelar informação interessante. Para analisar a tendência da evolução, dentro do referido período, utilizou-se como metodologia a comparação entre os dados de ambos os inquéritos com recurso a gráficos de colunas agrupadas e a quadros que ilustram os valores percentuais para os diferentes grupos. Nesta análise utilizámos todas as observações válidas no inquérito.

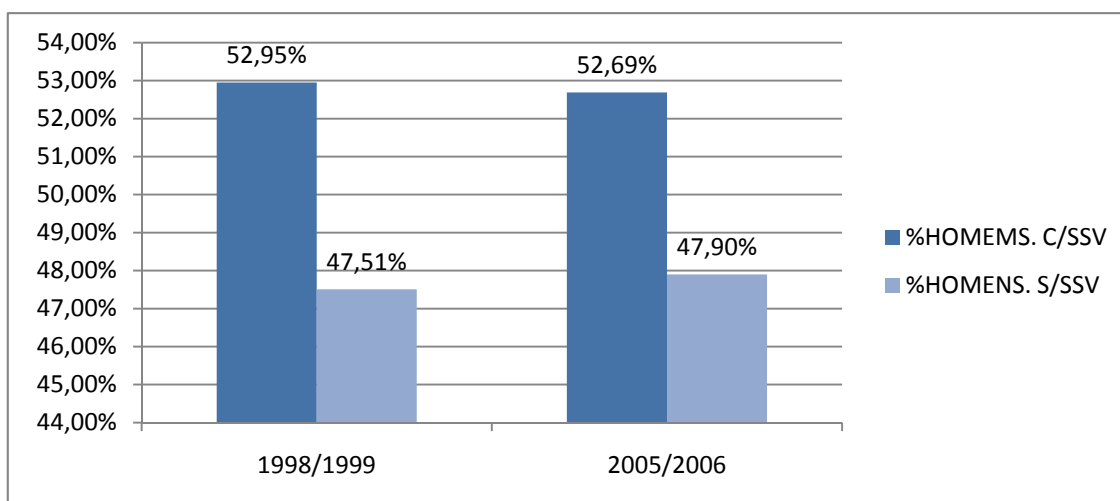
Foram seleccionadas diversas variáveis que se consideraram importantes para determinar o perfil dos indivíduos que usufruem de SSV, designadamente:

- caracterização sócio-económica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, rendimentos e actividade profissional);
- caracterização demográfica (por regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve (e Açores e Madeira no caso apenas do INS 2005/2006);
- estado de saúde auto-avaliado;
- caracterização do padrão de uso de cuidados de saúde;
- caracterização dos antecedentes pessoais (nomeadamente, as doenças crónicas asma, diabetes e hipertensão arterial);

Caracterização sócio-económica:

Apesar da população portuguesa ser, maioritariamente, constituída por mulheres, o mesmo não acontece com os indivíduos que usufruem de um SSV, que são maioritariamente homens (gráfico 16).

GRÁFICO 16: PERCENTAGENS DE HOMENS COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



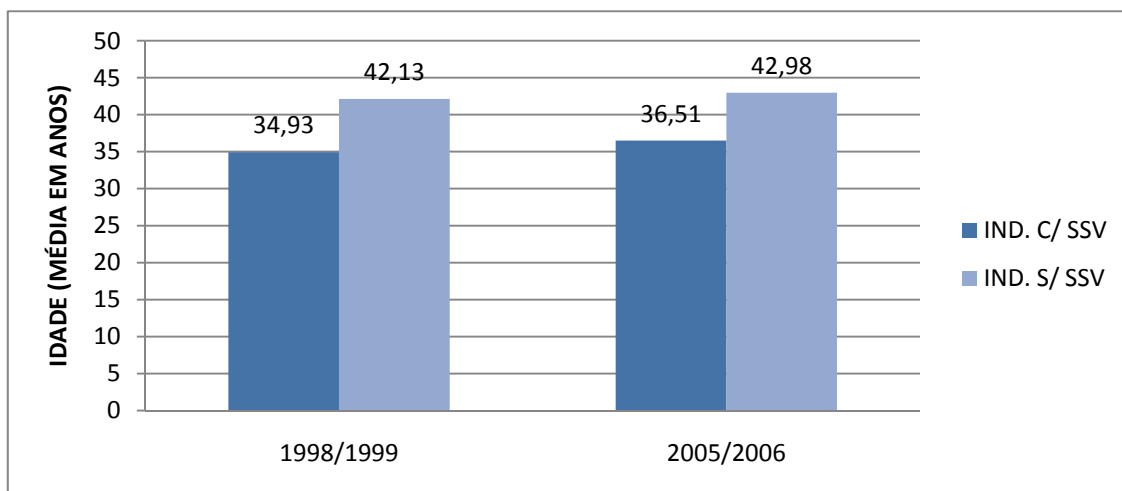
Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Observa-se que em 1998 a população de indivíduos com SSV era, maioritariamente, constituída por homens (52,95%), enquanto no grupo populacional de indivíduos sem SSV, para o mesmo ano, a percentagem de homens é apenas de 47,51%, sendo, então, maioritariamente constituída por mulheres. O mesmo fenómeno se pode verificar para o ano de 2005, em que os indivíduos que beneficiam de um SSV são maioritariamente homens, enquanto a população que não usufruiu de um SSV é constituída, maioritariamente, pelo género feminino.

É possível que este facto tenha uma relação com uma maior população activa do sexo masculino e com uma maior exposição ao risco de algumas profissões desempenhadas por homens. (GIRALDES, 2002).

O gráfico 17 ilustra a média de idade (em anos) dos indivíduos com e sem SSV.

GRÁFICO 17: MÉDIA DE IDADE, EM ANOS, DOS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Os indivíduos que beneficiam de SSV são, claramente, mais novos – em 1998/1999 a sua idade média era de 34,9 anos, e em contrapartida, os indivíduos sem SSV apresentavam como idade média 42,1 anos. Esta divergência mantém-se em 2005/2006; contudo, com valores ligeiramente mais próximos, sendo também de notar que a idade média, em ambos os grupos populacionais, aumentou.

O facto dos indivíduos com SSV serem, em média, mais novos, pode ser explicado pela dificuldade das pessoas mais velhas em fazer um SSV, dadas as cláusulas de exclusão, relativas à idade, da maioria ou até da totalidade, das apólices de seguros de saúde, devido às suas características de risco (fenómeno desnatação, como já explicado em capítulo anterior). Por outro lado, Christiansen *et al* (2001) aponta para um menor interesse, por parte das pessoas mais velhas, em adquirir um seguro de saúde, sendo que se trata de um produto recente no mercado. Por outro lado, também têm mais experiência com o SNS e confiam mais neste. Funcionando os SSV maioritariamente como uma porta de acesso rápido e uma escolha alargada a diferentes profissionais de saúde também se pode justificar o menor interesse, por parte dos indivíduos mais velhos, já que, em princípio, o custo de oportunidade do seu tempo é menor, logo não valorizam a diminuição do tempo de espera e têm menos informação sobre a qualidade dos prestadores, não valorizando igualmente a liberdade de escolha.

A análise por estado civil evidencia que a maioria dos indivíduos com SSV são casados. A menor percentagem diz respeito aos viúvos – tendência que se mantém no período de 1998/2005 (quadro 5).

QUADRO 5: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O ESTADO CIVIL, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

ESTADO CIVIL	1998/1999		2005/2006	
	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV
Casado	61,79%	53,93%	58,82%	51,73%
Solteiro	34,76%	35,67%	36,40%	36,68%
Viúvo	1,07%	8,22%	1,44%	8,59%
Divorciado	2,37%	2,17%	3,33%	2,99%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Em 2005/2006 apenas 1,44% dos indivíduos com SSV são viúvos, enquanto os indivíduos sem SSV 8,59% são viúvos. Esta diferença de valores poderá ser justificada dado que o estado civil viúvo é mais frequente em indivíduos mais velhos.

Em relação à escolaridade, verifica-se uma clara associação entre os graus de escolaridade mais elevados com a aquisição de seguros de saúde (quadro 6).

QUADRO 6: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O GRAU DE ESCOLARIDADE, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

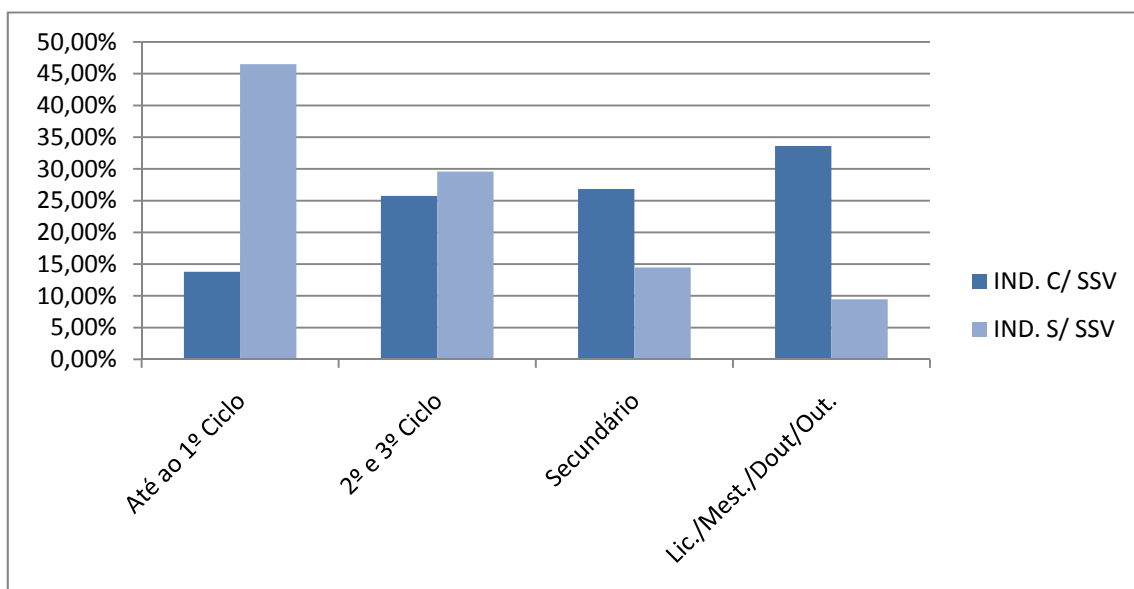
ESCOLARIDADE	1998/1999		2005/2006	
	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV
Até ao 1º Ciclo	15,70%	53,05%	13,79%	46,50%
2º e 3º Ciclo	28,42%	27,56%	25,75%	29,58%
Secundário	26,22%	11,90%	26,84%	14,47%
Licenc./Mest./Dout./Outro	29,67%	7,49%	33,61%	9,45%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Em ambos os anos dos inquéritos é notória a diferença de valores nos graus “até ao 1º ciclo” e “licenciatura, mestrado, doutoramento, outro”: em 1998, apenas 15,70% dos indivíduos com SSV apresentavam grau de escolaridade até ao 1º ciclo, enquanto os indivíduos que não beneficiam de um SSV este valor acresce até aos 53,05%. Em contrapartida, no último escalão de formação, que diz respeito aos graus de escolaridade mais elevados, temos 29,67% dos indivíduos com SSV e apenas 7,49% dos indivíduos sem SSV.

O gráfico 18 ilustra, claramente, as diferenças relativamente ao grau de escolaridade, entre os dois grupos populacionais estudados, para o ano 2005/2006.

GRÁFICO 18: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O GRAU DE ESCOLARIDADE, (EM %) COM E SEM SSV NO ANO 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Existe uma propensão crescente para a aquisição de seguros de saúde à medida que o grau de escolaridade aumenta. Tal facto, poderá ser explicado por várias razões, desde o conhecimento mais vasto e acesso privilegiado à informação por parte dos indivíduos com graus de escolaridade superior, ao facto de, habitualmente, os indivíduos com escolaridade mais baixa exercerem profissões com remunerações também mais baixas. Por outro lado, é provável que os indivíduos com escolaridade mais elevada procurem mais os seguros de saúde dado que a valorização da liberdade de escolha é, em princípio, maior, assim como o custo

oportunidade do seu tempo deverá ser maior, relativamente aos indivíduos com anos de escolaridades baixos.

A actividade profissional dos indivíduos com e sem um Seguro de Saúde Voluntário apresenta-se no quadro 7.

QUADRO 7: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE A ACTIVIDADE PROFISSIONAL, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

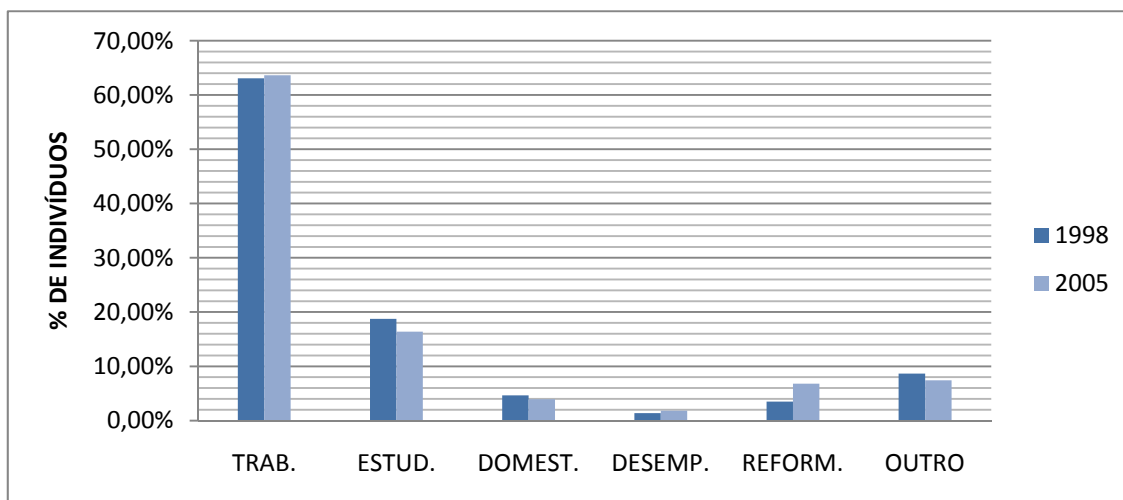
ACTIVIDADE PROFISSIONAL	1998/1999		2005/2006	
	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV
Trabalhador	63,08%	42,53%	63,63%	41,96%
Estudante	18,76%	15,84%	16,39%	16,35%
Doméstico	4,65%	10,50%	3,94%	9,17%
Desempregado	1,37%	2,98%	1,82%	3,83%
Reformado	3,49%	18,83%	6,80%	22,09%
Outro	8,65%	9,32%	7,42%	6,60%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Os indivíduos que beneficiam de SSV são na sua maioria trabalhadores (63,63%) e estudantes (16,39%). Em ambos os anos dos inquéritos, verifica-se que a percentagem de reformados com SSV é notoriamente inferior à percentagem de reformados sem SSV. Em 1998/1999 apenas 3,49% dos indivíduos com SSV são reformados, enquanto os indivíduos sem SSV 18,83% são da categoria profissional reformados. Já em 2005/2006 esta diferença parece não ser tão acentuada – 6,80% dos indivíduos com SSV são reformados e 22,09% dos indivíduos sem SSV são reformados – contudo, ainda se apresentam valores bastante diferentes. Mais uma vez, se poderá justificar o facto dos reformados não adquirirem tantos seguros de saúde com a idade da reforma corresponder, habitualmente, a mais de 65 anos de idade, ou seja, indivíduos com dificuldade em adquirir um seguro de saúde e, talvez, com menor interesse neste produto recente no mercado, como já foi referido.

O gráfico 19 ilustra a evolução do perfil dos indivíduos que beneficiam de SSV, relativamente à actividade profissional.

GRÁFICO 19: EVOLUÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM SSV, QUANTO À ACTIVIDADE PROFISSIONAL EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Parece não haver alterações significativas no período de 1998/2005 – a maioria dos indivíduos que beneficiam de SSV são trabalhadores, seguido dos estudantes. Com menor expressão aparece o grupo profissional desempregado – estando este facto, provavelmente, relacionado com as baixas remunerações associadas a este grupo profissional.

Os inquéritos medem o nível de rendimento mensal familiar com recurso a uma escala de 1 a 10. A classe 1 é a classe de menores rendimentos e a classe 10 a dos indivíduos inseridos em agregados familiares com rendimentos mais elevados. Contudo, os valores de casa em dos escalões foi definido de maneira diferente nos inquérito de 1998/1999 e 2005/2006. Assim, as escalas do rendimento mensal familiar são as que a seguir se apresentam:

Escala do INS 1998/1999

Escala do INS 2005/2006

1 – até 218 €

1 – até 150 €

2 – 219 a 315 €

2 – 151 a 250 €

3 – 316 a 423 €

3 – 251 a 350 €

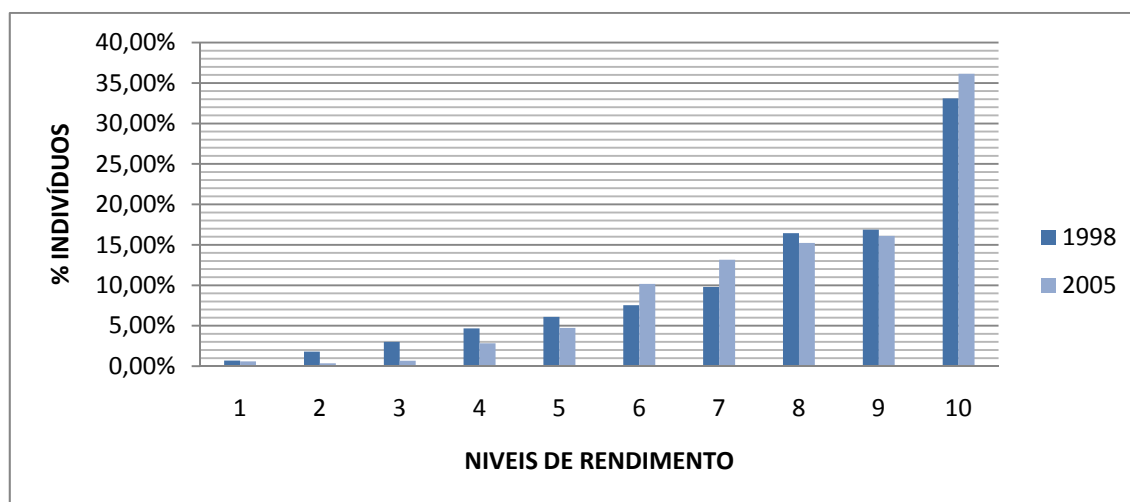
4 – 424 a 548 €

4 – 351 a 200 €

5 – 549 a 680 €	5 – 501 a 700 €
6 – 681 a 815 €	6 – 701 a 900 €
7 – 816 a 993 €	7 – 901 a 1200 €
8 – 994 s 1235 €	8 – 1201 a 1500 €
9 – 1236 a 1690 €	9 – 1501 a 2000 €
10 – mais de 1691 €	10 – mais de 2000 €

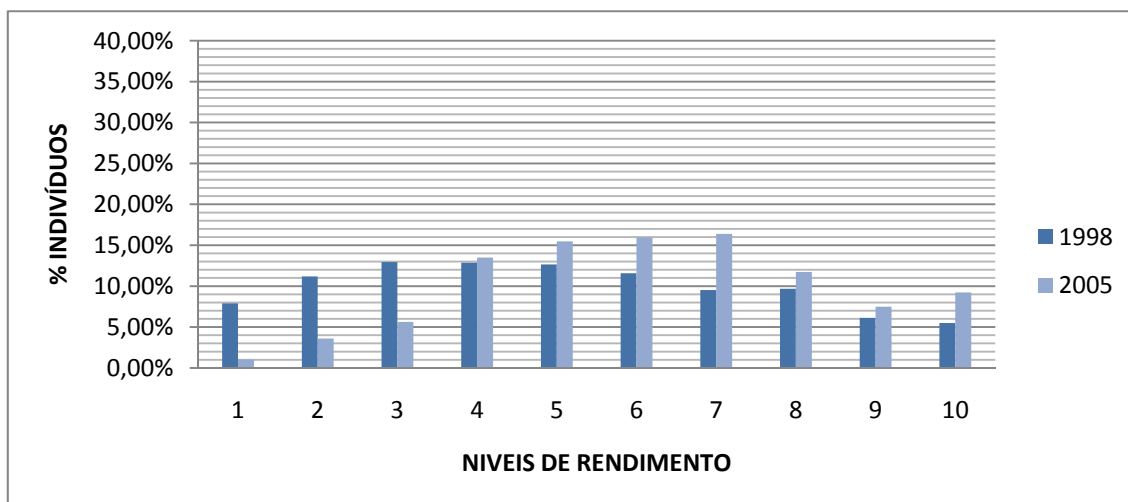
Relativamente ao nível de rendimento mensal familiar foram elaborados dois gráficos distintos, onde no primeiro (gráfico 20) se apresenta a distribuição dos indivíduos com SSV face ao nível de rendimento familiar, e no segundo (gráfico 21) se apresenta essa mesma distribuição, mas para o grupo de indivíduos que não beneficiam de um SSV.

GRÁFICO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM SSV, FACE AO NÍVEL DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

GRÁFICO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS SEM SSV, FACE AO NÍVEL DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

As diferentes formas como as escalas foram construídas para os diferentes inquéritos, assim como o facto de também não sabermos se foi feita qualquer correcção para a inflação ou para os aumentos do salário, não nos permite uma análise comparativa entre ambos. Contudo, o que interessa aqui reter é a propensão crescente, notória no gráfico 20, para a aquisição de seguros de saúde à medida que o nível de rendimento aumenta. Na população de indivíduos sem SSV (gráfico 21) as diferentes significativas apresentadas em cada um dos escalões devem-se à diferença dos parâmetros; no entanto, em cada um dos anos a distribuição é relativamente homogênea, pelos diferentes níveis de rendimento mensal familiar.

Caracterização demográfica:

Antes de iniciar a caracterização demográfica, importa relembrar que só o 4º INS (2005/2006) abrange as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, já que os inquéritos anteriores apenas se reportaram ao continente. Torna-se, assim, difícil fazer uma comparação sustentável entre os dois inquéritos, daí a análise ter sido feita separadamente.

O quadro 8 ilustra a distribuição dos indivíduos com e sem SSV face à sua área de residência.

QUADRO 8: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE A REGIÃO, (EM %) COM SSV E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

REGIÕES DE PORTUGAL	1998/1999		2005/2006	
	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV
Norte	21,86%	30,94%	17,38%	14,56%
Centro	16,95%	19,96%	12,57%	14,51%
Lisboa e Vale do Tejo	43,12%	25,07%	26,79%	13,50%
Alentejo	10,73%	12,10%	12,67%	14,08%
Algarve	7,34%	11,91%	16,42%	14,82%
Madeira			8,05%	13,36%
Açores			6,12%	15,17%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Para o ano 1998/1999, a análise regional evidência que os indivíduos de Lisboa e Vale do Tejo têm uma maior propensão para adquirir seguros de saúde, seguido dos residentes na região Norte, com percentagens de 43,12% e 21,86%, respectivamente. Os indivíduos que menos adquirem SSV residem no Algarve, com percentagens de apenas 7,34%.

Para o ano 2005/2006, a análise por regiões de Portugal, mostra que a região de Lisboa e Vale do Tejo mantém-se com a que mais indivíduos beneficiam de SSV, seguida, novamente, pela região Norte. Contudo, é de salientar nesta análise a alteração verificada na região do Algarve. Se em 1998/1999 ocupava o último lugar da tabela, com a menor propensão para adquirir seguros de saúde, em 2005/2006, acontece precisamente o contrário. 16,42% dos indivíduos com SSV são da região do Algarve, enquanto os indivíduos sem SSV apenas 14,82% são desta mesma região.

Relativamente às regiões autónomas Madeira e Açores, e não havendo dados comparativos, apenas se pode concluir que, em ambas, a expressão dos SSV parece ainda ser reduzida. Por exemplo, dos indivíduos com SSV apenas 8,05% são da região autónoma da Madeira, enquanto os indivíduos sem SSV representam 14,82%.

Estado de saúde auto-avaliado:

O estado de saúde auto-avaliado diz respeito à percepção que cada indivíduo tem relativamente ao seu estado de saúde, tendo a hipótese de resposta entre: muito bom, bom, razoável, mau e muito mau. Relativamente ao estado de saúde auto-avaliado foi elaborado o quadro 9.

QUADRO 9: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, CONSOANTE O ESTADO DE SAÚDE AUTO-AVALIADO, (EM %) COM E SEM SSV NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

	1998/1999		2005/2006	
	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV	IND. C/ SSV	IND. S/ SSV
ESTADO SAUDE AUTO-AVAL.				
Muito Bom	10,92%	3,97%	15,83%	10,41%
Bom	54,70%	36,79%	52,65%	37,28%
Razoável	30,59%	37,77%	27,95%	35,22%
Mau	2,94%	17,06%	2,85%	13,21%
Muito Mau	0,85%	4,41%	0,72%	3,88%

Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

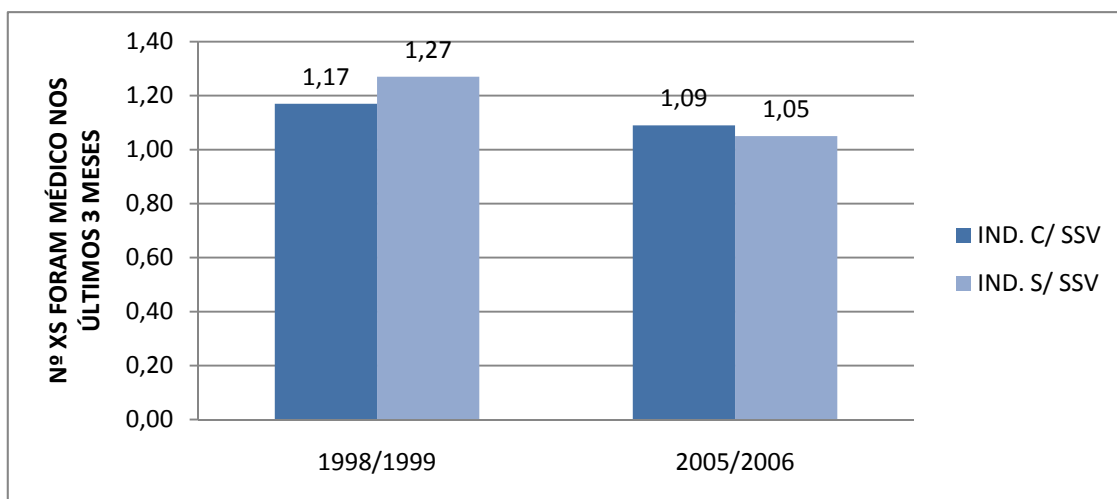
A análise por estado de saúde auto-avaliado evidencia que os indivíduos que beneficiam de um SSV apresentam uma maior tendência para considerar o seu estado de saúde bom ou muito bom. Relativamente ao grupo populacional que não usufruir de um SSV os valores percentuais são mais uniformes nas 5 categorias; contudo, é de salientar as diferenças na categoria “estado de saúde muito mau”: enquanto nos indivíduos com SSV este valor é inferior a 1% em ambos os inquéritos, nos indivíduos sem SSV este valor ronda os 4%.

Mais uma vez podemos procurar explicar a diferença de valores nos estado de saúde “mau” e “muito mau”, pelo facto de os indivíduos com mais idade e, habitualmente com estados de saúde mais degradados, terem dificuldade em comprar seguros de saúde, associado às suas características de risco.

Caracterização do padrão de uso de cuidados de saúde:

O gráfico 22 permite-nos analisar os dois grupos populacionais – indivíduos com SSV e sem SSV – tendo em conta o número de vezes que foram ao médico nos últimos 3 meses.

GRÁFICO 22: NÚMERO DE VEZES QUE OS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV FORAM AO MÉDICO, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



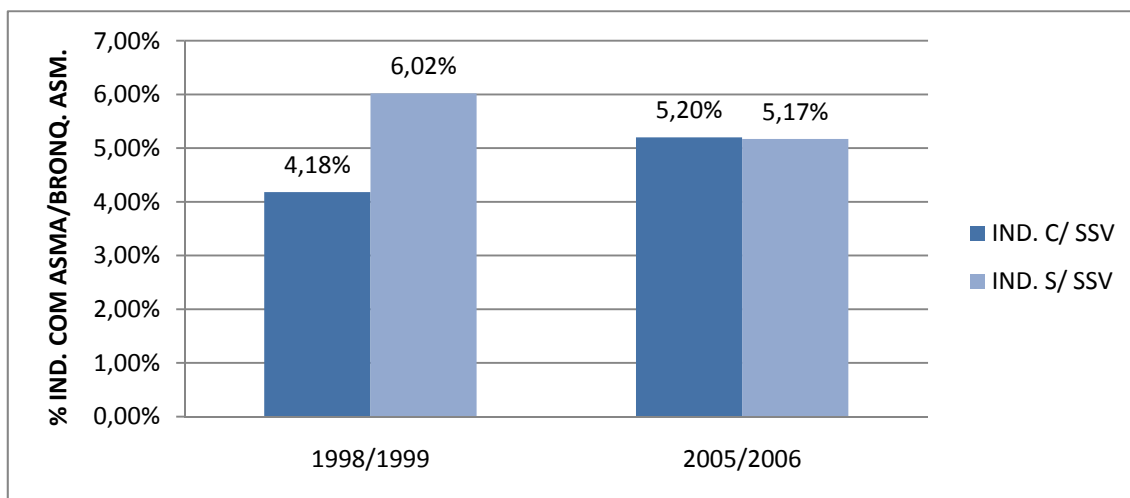
Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Percebe-se que se em 1998/1999 a tendência seria dos indivíduos sem SSV recorrerem mais ao médico do que os indivíduos com SSV, em 2005/2006 essa tendência parece inverter-se; contudo, com valores muito próximos. Pode-se falar do fenómeno de risco moral *ex-post*, no entanto, e dada a grande similitude dos valores, este parece não ser evidente nesta situação.

Caracterização dos antecedentes pessoais (nomeadamente as doenças crónicas asma/bronquite asmática, diabetes e hipertensão arterial):

O gráfico 23 ilustra a comparação entre os dois inquéritos e mediante se tem ou não um Seguro de Saúde de carácter voluntário, para os indivíduos que referem ter asma/bronquite asmática.

GRÁFICO 23: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM ASMA/BRONQUITE ASMÁTICA, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

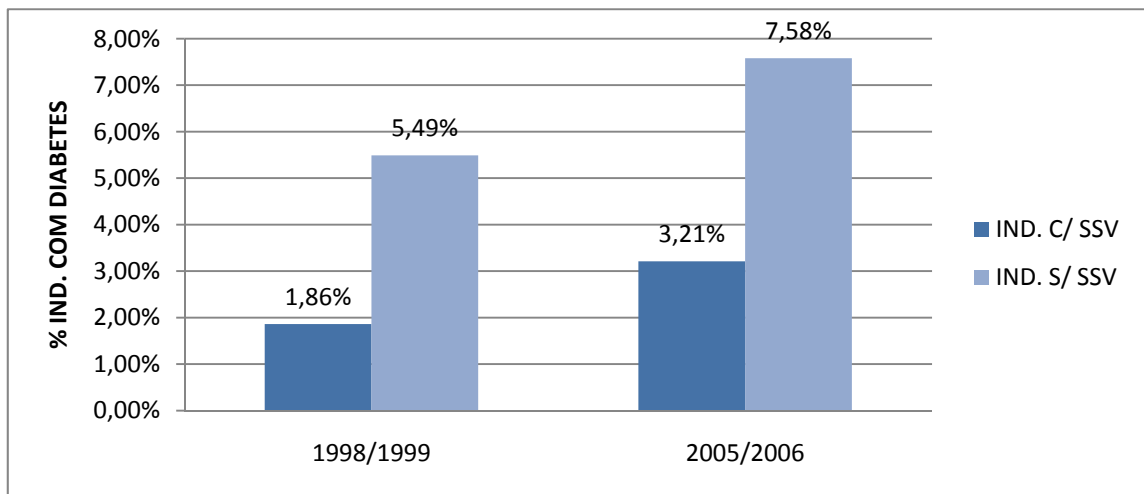


Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

A análise comparada dos dois inquéritos, relativamente à presença de asma/bronquite asmática mostra que nos anos 1998/1999 existia uma percentagem de indivíduos com asma inferior nos indivíduos com SSV. Contudo, em 2005/2006 os valores percentuais são idênticos: 5,20% dos indivíduos com SSV tem asma/bronquite asmática, e 5,17% dos indivíduos sem SSV tem esta mesma doença crónica. Assim, parece que o facto de os indivíduos terem asma/bronquite asmática não afecta a decisão, nem a capacidade de adquirir um SSV, não evidenciando assim o fenómeno da desnatação em função desta doença crónica. No entanto, tal facto também poderá ser explicado dado que a asma/bronquite asmática é relativamente frequente em crianças e jovens, ao contrário da larga maioria das outras doenças crónicas.

Contrariamente à análise anterior, na doença crónica diabetes existe uma clara diferença de valores percentuais entre os dois grupos populacionais (gráfico 24).

GRÁFICO 24: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM DIABETES, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.

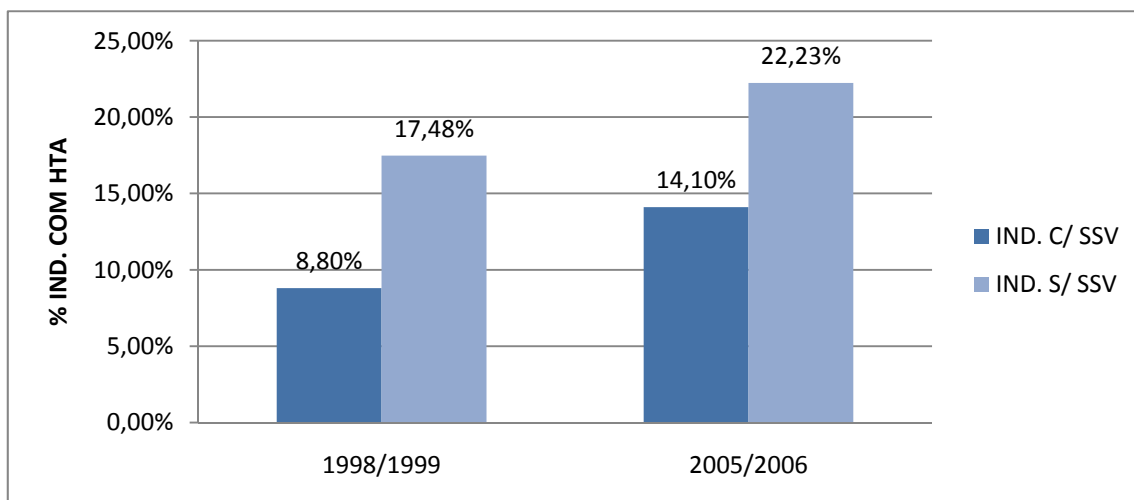


Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Os indivíduos com SSV apresentam, francamente, menos casos de diabetes do que os indivíduos sem SSV. Diferença esta que cresceu no período 1998/2005. Em 2005/2006 apenas 3,21% dos indivíduos com SSV admitiram ter diabetes, enquanto os indivíduos sem SSV 7,58% têm diabetes. Este facto, poderá revelar um sinal para o potencial fenómeno desnatação, onde as seguradoras procuram desencorajar ou até recusar indivíduos que à partida apresentam um risco acima da média – como o caso da doença crónica diabetes (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Por último, e em relação à doença crónica hipertensão arterial (HTA) verifica-se que os indivíduos que usufruem de um SSV têm claramente menos casos de HTA (gráfico 25).

GRÁFICO 25: VALORES PERCENTUAIS DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, COM E SEM SSV, EM PORTUGAL, NOS ANOS 1998/1999 E 2005/2006.



Fonte: Elaboração própria, INS 1998/1999 e 2005/2006.

Em 1998/1999 17,48% dos indivíduos sem SSV tem HTA, enquanto apenas 8,80% dos indivíduos com SSV referem ter HTA. Esta diferença matém-se no ano 2005/2006, onde 22,23% dos indivíduos sem SSV referem ter HTA e apenas 14,10% dos indivíduos com SSV dizem ter esta mesma doença crónica.

A análise dos indivíduos com e sem SSV consoante se têm ou não HTA mais uma vez evidencia uma notória diferença de valores percentuais entre os dois grupos populacionais, onde os indivíduos sem SSV apresentam mais casos de HTA. Assim, parece-nos que o facto de os indivíduos terem HTA influenciam a capacidade de adquirir um SSV, podendo, mais uma vez revelar o fenómeno desnatação, tal como a diabetes.

Através da análise realizada foi possível traçar o perfil dos indivíduos que beneficiam de um SSV, bem como a sua evolução nos anos 1998/2005. Os indivíduos que usufruem de um SSV são maioritariamente homens jovens, casados ou solteiros. A maioria é trabalhadora com níveis de rendimento acima da média e apresentam elevados graus de escolaridade. Em termos demográficos concentram-se na região de Lisboa e Vale do Tejo, com percentagens também relevantes na região Norte. A maioria dos indivíduos que beneficiam de um SSV considera o seu estado de saúde “bom” e apresentam francamente menos casos de diabetes e HTA. Relativamente à evolução no período de 1998/2005 pode-se concluir que o perfil dos indivíduos com SSV se manteve mais ou menos homogéneo em ambos os anos analisados.

Para atingir todos os objectivos propostos para esta dissertação é necessário agora estimar o efeito destas diversas variáveis na aquisição de um Seguro de Saúde Voluntário.

4.3. Factores Determinantes da Procura de Seguros de Saúde Voluntários em Portugal

Na terceira e última secção deste capítulo, especificou-se e estimou-se um modelo econométrico para explorar os factores determinantes na procura de um SSV em Portugal. A análise anterior estabeleceu a relação entre a presença de um SSV e várias variáveis suas determinantes. Esta análise, simples e de cariz exploratório, não nos permite identificar o efeito isolado de um factor na decisão de adquirir um SSV. Para atingir este objectivo é necessário estimar um modelo de regressão que explique a decisão individual e que controle, em simultâneo, para os diversos factores que afectam essa decisão.

São múltiplos os factores que contribuem para explicar a decisão de comprar um SSV. Factores de oferta, tais como o prémio, o esforço de marketing das empresas, etc., factores individuais como a educação, a idade, o estado de saúde, o nível de aversão ao risco, o rendimento, etc. Para além destas classes de factores existe ainda um terceiro conjunto de variáveis que podem influenciar a decisão de comprar um Seguro de Saúde, tais como a organização e oferta de cuidados de saúde do SNS, oferta dos serviços privados na região, aversão ao risco, a valorização da liberdade de escolha, o custo oportunidade do tempo de cada indivíduo entre outros.

Naturalmente nem todos estes factores podem ser incluídos no modelo pois não temos dados para tal. Nesta dissertação estamos limitados à utilização de dados individuais provenientes da última edição do INS.

4.3.1. O Modelo de Análise de Dados

Dada a natureza binária da variável que vamos analisar, SSV, que se pode representar da seguinte forma,

$$SSV = \begin{cases} 1 & \text{se indivíduo tem SSV} \\ 0 & \text{caso contrário} \end{cases}$$

os modelos de regressão para variáveis binárias são os adequados para esta situação.

O modelo por nós especificado tem como ponto de partida que subjacente à variável binária observada (SSV) existe uma variável latente, designe-se por SSV^* , que reflecte a propensão do indivíduo para aderir a um Seguro de Saúde Voluntário. O modelo assume que SSV^* e as variáveis explicativas partilham uma relação linear, como a seguir se apresenta,

$$SSV = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon$$

x_1, \dots, x_k são as variáveis explicativas, isto é, aquelas que influenciam a propensão para comprar um SSV, β_1, \dots, β_k são os parâmetros do modelo a estimar e ε é um termo de erro que absorve todos os factores que influenciam a propensão para comprar um Seguro de Saúde, mas que não são observados. Assume-se que o termo de erro segue uma distribuição normal standard.

O modelo descrito e adoptado por nós corresponde ao modelo Probit. Detalhes acerca deste modelo, tanto a sua especificação, justificação para este contexto, estimação e interpretação, podem ser consultados, por exemplo em Long (1997).

Na análise aos resultados do modelo os coeficientes obtidos β_1, \dots, β_k surgem com sinal positivo ou negativo. Na nossa análise apenas explicamos a relação entre a variável dependente e as variáveis explicativas consoante o sinal (positivo ou negativo) do coeficiente obtido pelo modelo, não valorizando a magnitude do coeficiente. Se o sinal do coeficiente do modelo for positivo para uma determinada variável explicativa dizemos que essa variável influencia positivamente a aquisição de um SSV. Por outro lado, se o modelo nos dá um coeficiente negativo dizemos que essa variável independente influencia negativamente esta relação. Naturalmente que um aspecto adicional que teremos em atenção é a significância estatística do parâmetro.

Na nossa análise a amostra foi limitada no que diz respeito à idade, onde excluimos os indivíduos com idade inferior a 18 anos e com idade superior a 65 anos, ficando apenas os indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos e com idade inferior ou igual a 65 anos (idade adulta). Esta opção foi tomada uma vez que é nesta faixa etária que a compra de um Seguro de Saúde corresponde a uma decisão individual e voluntária.

Relativamente às variáveis explicativas/independentes foram consideradas as que constam no quadro 10.

QUADRO 10: DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		DEFINIÇÃO
SEXO		1 se feminino, 0 se masculino
IDADE		idade do indivíduo medida em anos de vida
ESTADO CIVIL		
	Casado	1 se é casado, 0 se não é casado
	Solteiro	1 se é solteiro, 0 se não é solteiro
	Viúvo (categoria omitida)	1 se é viúvo, 0 se não é viúvo
	Divorciado	1 se é divorciado, 0 se não é divorciado
ESCOLARIDADE		estudos do indivíduo medido em anos
RENDIMENTOS		
	Escalão 1 (categoria omitida)	1 se o rendimento médio familiar é até 150€, 0 caso contrário
	Escalão 2	1 se o rendimento médio familiar é entre 151 a 250€, 0 caso contrário
	Escalão 3	1 se o rendimento médio familiar é entre 251 a 350€, 0 caso contrário
	Escalão 4	1 se o rendimento médio familiar é entre 351 a 500€, 0 caso contrário
	Escalão 5	1 se o rendimento médio familiar é entre 501 a 700€, 0 caso contrário
	Escalão 6	1 se o rendimento médio familiar é entre 701 a 900€, 0 caso contrário
	Escalão 7	1 se o rendimento médio familiar é entre 901 a 1200€, 0 caso contrário
	Escalão 8	1 se o rendimento médio familiar é entre 1201 a 1500€, 0 caso contrário
	Escalão 9	1 se o rendimento médio familiar é entre 1501 a 2000€, 0 caso contrário
	Escalão 10	1 se o rendimento médio familiar é mais de 2000€, 0 caso contrário
ACT. PROFISSIONAL		
	Trabalhador	1 se é trabalhador, 0 se não é trabalhador
	Estudante	1 se é estudante, 0 se não é estudante
	Doméstico	1 se é doméstico, 0 se não é doméstico
	Desempregado	1 se é desempregado, 0 se não é desempregado
	Reformado	1 se é reformado, 0 se não é reformado
REGIÕES DE PT		
	Norte	1 se reside no Norte, 0 se não reside no Norte
	Centro	1 se reside no Centro, 0 se não reside no Centro
	LVT (categoria omitida)	1 se reside em Lisboa e Vale do Tejo, 0 se não reside em LVT
	Alentejo	1 se reside no Alentejo, 0 se não reside no Alentejo
	Algarve	1 se reside no Algarve, 0 se não reside no Algarve
	Madeira	1 se reside na Madeira, 0 se não reside na Madeira
	Açores	1 se reside nos Açores, 0 se não reside nos Açores

CM CONS. O SEU EST. SAÚDE	
Muito Bom	1 se considera o seu estado de saúde muito bom, 0 caso contrário
Bom	1 se considera o seu estado de saúde bom, 0 caso contrário
Razoável	1 se considera o seu estado de saúde razoável, 0 caso contrário
Mau	1 se considera o seu estado de saúde mau, 0 caso contrário
Muito Mau (catg. omitida)	1 se considera o seu estado de saúde muito mau, 0 caso contrário
DOENÇAS CRÓNICAS	
Diabetes	1 se tem diabetes, 0 se não tem diabetes
HTA	1 se tem hipertensão arterial, 0 se não tem HTA
Asma/Bronq. Asmática	1 se tem asma/bronquite asmática, 0 se não tem asma/bronq. asm.

Outras variáveis deveriam ter sido incluídas, já que existem muitos outros factores que contribuem para a decisão de adquirir um Seguro de Saúde, tais como os referidos no início desta secção; contudo não nos foi possível recolher dados.

4.3.1. Análise dos Resultados

As estatísticas descritivas da variável dependente são as seguintes (quadro 11). Os indivíduos que não beneficiam de um SSV representam 90,48%, e 9,52% dos indivíduos tem um SSV.

QUADRO 11: PROPOÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, COM E SEM SSV NOS ANOS 2005/2006.

INS 2005/2006	
IND. S/ SSV	IND. C/ SSV
90,48%	9,52%

Seguidamente procedeu-se a uma breve análise comparativa entre a população em geral, os indivíduos que beneficiam de um SSV e o grupo de indivíduos que não têm um SSV (quadro 12). No capítulo anterior realizou-se uma análise semelhante, em certa medida, com esta, contudo nesta secção a análise comparativa é feita também com a população geral e apenas para os indivíduos adultos (isto é, com idade ≥ 18 e ≤ 65 anos).

QUADRO 12: MÉDIA DA POPULAÇÃO GERAL, DOS INDIVÍDUOS COM E SEM SSV (TODOS COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS), RELATIVAMENTE ÀS VARIÁVEIS ANALISADAS.

VARIÁVEIS IIINDEPENDENTES	MÉDIA POP. GERAL	MÉDIA IND. S/ SSV	MÉDIA IND. C/ SSV	P *
SEXO	50,94%	51,38%	47,19%	<0,01
IDADE	41,94 anos	42,00 anos	41,41 anos	<0,05
ESTADO CIVIL				
Casado	64,66%	63,92%	72,02%	<0,01
Solteiro	27,97%	28,49%	22,72%	<0,01
Viúvo	3,05%	3,26%	1,12%	<0,01
Divorciado	4,32%	4,33%	4,14%	ns
ESCOLARIDADE	7,59 anos	7,29 anos	10,84 anos	<0,01
RENDIMENTOS				
Escalão 1	0,98%	1,03%	0,55%	<0,05
Escalão 2	2,02%	2,20%	0,42%	<0,01
Escalão 3	3,54%	3,85%	0,63%	<0,01
Escalão 4	9,72%	10,49%	2,45%	<0,01
Escalão 5	13,87%	14,78%	5,10%	<0,01
Escalão 6	16,29%	16,95%	9,91%	<0,01
Escalão 7	17,47%	17,94%	13,32%	<0,01
Escalão 8	13,67%	13,42%	16,06%	<0,01
Escalão 9	9,42%	8,70%	16,23%	<0,01
Escalão 10	13,02%	10,64%	35,33%	<0,01
ACT. PROFISSIONAL				
Trabalhador	67,05%	65,54%	81,08%	<0,01
Estudante	5,69%	5,75%	5,05%	ns
Doméstico	10,01%	10,59%	4,59%	<0,01
Desempregado	5,90%	6,28%	2,36%	<0,01
Reformado	9,04%	9,45%	5,30%	<0,01
REGIÕES DE PT				
Norte	15,19%	15,03%	16,71%	<0,05
Centro	14,38%	14,45%	13,29%	ns
LVT	14,73%	13,59%	25,50%	<0,01
Alentejo	13,10%	13,10%	12,75%	ns
Algarve	14,79%	14,64%	16,31%	<0,05
Madeira	13,00%	13,45%	9,11%	<0,01
Açores	14,81%	15,74%	6,33%	<0,01
CM CONS. O SEU EST. SAÚDE				
Muito Bom	8,68%	8,34%	11,75%	<0,01

Bom	40,32%	39,13%	51,32%	<0,01
Razoável	38,61%	39,23%	33,05%	<0,01
Mau	9,83%	10,55%	3,20%	<0,01
Muito Mau	34,59%	34,65%	32,74%	ns
DOENÇAS CRÓNICAS				
Diabetes	5,93%	6,19%	3,36%	<0,01
HTA	18,65%	18,95%	15,91%	<0,01
Asma/Bronq. Asmática	4,59%	4,56%	4,85%	ns

*P-value associado ao teste de hipóteses, $H_0: \mu_{SSV=1} = \mu_{SSV=0}$ vs $H_1: \mu_{SSV=1} \neq \mu_{SSV=0}$

Ns – não significativo estatisticamente

Pretende-se com esta análise das médias entre os três grupos populacionais relativamente às variáveis observadas comparar os seus valores, destacando as diferenças entre eles. Assim:

- Quanto ao sexo dos indivíduos, a maioria da população em geral e dos indivíduos sem SSV é do sexo feminino, enquanto o grupo com SSV o sexo feminino é minoritário com 47,19%, com significância estatística;
- A idade apresenta valores próximos entre os três grupos populacionais; contudo, destacamos o facto do valor mais baixo (média de idade de 41,41 anos) pertencer aos indivíduos que beneficiam de um SSV, apresentando os resultados significância estatística;
- No estado civil do indivíduo, as maiores diferenças residem nos casados (onde 64,66% da população geral é casada e no grupo com SSV este valor sobe para os 72,02%) e no estado civil viúvo (a população geral é representada por 3,05% de viúvos e os indivíduos sem SSV 3,26% são viúvos, enquanto que dos indivíduos que usufruem de um SSV apenas 1,12% referem ser viúvos, com significância estatística);
- Analisando a escolaridade entre os três grupos populacionais verificamos que a população em geral e a população sem SSV apresentam valores próximos com 7,59 e 7,29 anos de estudo, respectivamente. A maior diferença surge quando comparamos estes valores com os dos indivíduos que beneficiam de um SSV, que apresentam, em média, 10,84 anos de estudo, com significância estatística;
- Relativamente à variável rendimento mensal familiar, mais uma vez se apresentam valores próximos entre a população em geral e o grupo de indivíduos que não beneficia de um SSV. Contudo, quanto comparando com os indivíduos com um SSV verificamos diferenças que nos parecem significativas. Por exemplo, 3,54% dos

indivíduos da população em geral apresentam o seu rendimento mensal familiar no escalão 3, enquanto os indivíduos com SSV este valor chega apenas aos 0,63%, com significância estatística. Nos escalões de rendimentos elevados sucede-se precisamente o contrário, por exemplo, dos indivíduos sem SSV apenas 10,64% se encontram no escalão de maior rendimento, mas no grupo de indivíduos que usufruiu de um SSV este valor sobe para os 35,33%, estatisticamente significante;

- Na actividade profissional, as maiores diferenças estão no estatuto de trabalhador e reformado. 67,05% dos indivíduos da população geral são trabalhadores, enquanto 81,08% dos indivíduos com SSV referem ser trabalhadores. Nos reformados, a população geral apresenta valores mais altos, com 9,04%, e no grupo de indivíduos com SSV este valor apenas chega aos 5,30%;
- Analisando os três grupos populacionais por regiões de Portugal, destacamos a maior diferença na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Enquanto que 25,50% dos indivíduos com SSV são residentes em LVT, com significância estatística, este valor desce para os 14,73% da população em geral. Destacamos também as regiões autónomas dos Açores e Madeira que em ambos os casos apresentam menos indivíduos com SSV;
- Relativamente à variável como considera o seu estado de saúde os resultados obtidos apresentam valores mais ou menos semelhantes à excepção do estado de saúde “mau” com apenas 3,20% dos indivíduos com SSV contra os 10,55% dos indivíduos que não beneficiam de um SSV, apresentando-se os resultados estatisticamente significativos;
- Por último, e em relação às doenças crónicas verificamos que os indivíduos com SSV apresentam menores percentagens de diabetes e hipertensão arterial, comparativamente com a população em geral e com os indivíduos que não usufruem de um SSV. Quanto á asma/bronquite asmática, os valores entre os três grupos populacionais apresentam-se próximos, não se verificando significância estatística.

Estes resultados obtidos parecem-nos coerentes com os resultados do capítulo anterior e apenas relativamente aos grupos de indivíduos com e sem SSV. Apesar dos valores percentuais serem sempre diferentes nota-se que o perfil dos indivíduos com SSV é em tudo semelhante ao aqui apresentado. A título de exemplo, no capítulo anterior analisamos que os indivíduos com SSV apresentavam menos casos de HTA relativamente aos indivíduos sem SSV (com

14,10% e 22,23% respectivamente). Aqui nesta secção observamos que para os indivíduos em idade adulta se mantém a tendência do grupo de indivíduos com SSV apresentar menos casos de HTA relativamente aos indivíduos que não beneficiam de um SSV (com 15,91% e 18,95% respectivamente).

Depois da breve comparação entre a população em geral, os indivíduos sem SSV e os indivíduos que beneficiam de um SSV procurou-se estimar o efeito destas variáveis na aquisição de um SSV, por interpretação dos coeficientes do modelo Probit. As variáveis independentes/explicativas foram agrupadas, para uma mais fácil leitura, nas categorias que se apresentam de seguida:

- caracterização sócio-económica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, rendimentos e actividade profissional);
- caracterização demográfica (por regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Açores e Madeira);
- estado de saúde auto-avaliado;
- caracterização dos antecedentes pessoais (diabetes, hipertensão arterial e asma/bronquite asmática).

Note-se que apesar deste agrupamento dos factores nas diferentes categorias apenas foi estimado um modelo que engloba todas as variáveis explicativas.

Caracterização sócio-económica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, rendimentos e actividade profissional):

O quadro 13 ilustra os coeficientes do modelo Probit relativamente à caracterização socioeconómica.

QUADRO 13: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.

Variáveis de Caracterização Socioeconómica do INS 2005/2006 - Modelo Probit			Significân.
SEXO (feminino)		-0,177	<0,05
IDADE		-0,046	<0,05
	Idade ²	-0,005	<0,05
ESTADO CIVIL			
	Casado	0,162	
	Solteiro	0,404	
	Viúvo	----	
	Divorciado	0,127	
ESCOLARIDADE (anos)		0,641	<0,05
RENDIMENTOS			
	Escalão 1	----	
	Escalão 2	-0,381	
	Escalão 3	-0,488	<0,05
	Escalão 4	-0,27	
	Escalão 5	-0,189	
	Escalão 6	-0,031	
	Escalão 7	0,019	
	Escalão 8	0,219	
	Escalão 9	0,421	<0,05
	Escalão 10	0,54	<0,05
ACTICIDADE PROFISSIONAL			
	Trabalhador	0,136	
	Estudante	0,096	
	Doméstico	0,102	
	Desempregado	-0,117	
	Reformado	0,008	

O facto de ser mulher exerce uma influência negativa na aquisição de um SSV. Ou seja, os homens, em Portugal, têm maior propensão para beneficiar de um SSV, relativamente às mulheres. O facto de os homens exercerem profissões habitualmente com maior exposição ao risco, bem como ainda constituírem a maior percentagem de população activa pode estar na base destes resultados.

Ao factor idade o que os resultados nos revelam é que o efeito desta na propensão de SSV apresenta a forma de uma parábola invertida. Até a uma determinada idade esta aumenta a propensão para ter um SSV, e a partir dessa idade, essa relação passa a ser negativa – quanto maior a idade menos SSV têm (parábola invertida). Nesta situação podemos falar do fenómeno selecção adversa, se pensarmos que os indivíduos mais novos, dado o seu baixo risco, não estão interessados em adquirir SSV e por outro lado, também o fenómeno desnatação pode ser abordado pois a partir de uma determinada idade o nível de risco aumenta, logo as seguradoras procuram excluir esses indivíduos.

Quanto ao estado civil, os coeficientes do modelo Probit não apresentam significância estatística para os níveis padrão, logo o factor estado civil (seja casado, solteiro, viúvo ou divorciado) não influencia na decisão de comprar um SSV;

Por sua vez, a escolaridade (analisada por anos de estudo do indivíduo) influencia de forma positiva a aquisição de um SSV. Quanto mais os anos de estudo do indivíduo, maior será a propensão para beneficiar de um SSV. Os resultados obtidos podem ser relacionados com o facto de os indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados terem acesso privilegiado à informação, darem mais valor à liberdade de escolha, valorizarem o custo oportunidade do seu tempo, entre outros.

Sendo o nível de rendimento medido através de uma variável nominal (onde 1 é o de menores rendimentos e 10 o de maiores rendimentos) os resultados mostram que apenas os escalões 9 e 10 (os de maiores rendimentos) são os que influenciam positivamente a aquisição de um SSV. O rendimento é um factor com peso decisivo na aquisição de um SSV, demonstrando que o prémio de seguro provavelmente não está acessível aos indivíduos com níveis de rendimento mais baixos.

Por último, e ainda relativamente à caracterização sócio-económica, na actividade profissional não foi possível estabelecer uma relação entre este parâmetro e a aquisição de um SSV já que os coeficientes do modelo Probit não apresentam valores significativos estatisticamente.

Caracterização demográfica (por regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira):

Quanto às regiões de Portugal, os resultados obtidos encontram-se no quadro 14.

QUADRO 14: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.

Variáveis de Caracterização Demográfica do INS 2005/2006 - Modelo Probit			Significân.
REGIÕES DE PORTUGAL			
	Norte	0,088	
	Centro	-0,023	
	LVT	0,245	<0,05
	Alentejo	----	
	Algarve	0,051	
	Madeira	-0,104	
	Açores	-0,437	<0,05

Neste conjunto de parâmetros o modelo apenas apresenta significância estatística para os das regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Açores. O facto de residir em Lisboa ou Vale do Tejo, relativamente a quem vive no Alentejo, influencia positivamente a aquisição de um SSV, ou seja, os indivíduos aí residentes têm maior propensão para adquirir um SSV. Contudo, e relativamente à região autónoma Açores, os resultados demonstram o contrário: os residentes nos Açores têm menor propensão para beneficiar de um SSV, comparativamente aos residentes no Alentejo. Estes resultados podem estar relacionados não só com oferta de serviços de saúde como também com a pressão do marketing e publicidade. A região de Lisboa e Vale do Tejo é a que proporciona uma escolha mais alargada e possivelmente rápida dos serviços privados enquanto na região autónoma dos Açores e dada a sua disposição geográfica a oferta é ainda escassa e limitada. Por sua vez também as estratégias de marketing e publicidade estão muito mais presentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A residência nas outras regiões parece não exercer influência na decisão de comprar um SSV, dado que os parâmetros da variável não apresentam significância estatística, à luz do modelo Probit.

Estado de saúde auto-avaliado:

Os coeficientes do modelo Probit relativamente à variável estado de saúde auto-avaliado apresentam-se no quadro 15.

QUADRO 15: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DA VARIÁVEL DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE AUTO-AVALIADO DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.

Variável do Estado de Saúde Auto-avaliado do INS 2005/2006 - Modelo Probit			Significân.
COMO CONSIDERA O SEU ESTADO DE SAÚDE			
Muito Bom	0,425		<0,05
Bom	0,407		<0,05
Razoável	0,427		<0,05
Mau	0,134		
Muito Mau	----		

Através da análise do quadro conclui-se que o facto de os indivíduos considerarem o seu estado de saúde muito bom, bom ou razoável, relativamente aos que consideram o seu estado de saúde muito mau, influencia positivamente a decisão de comprar um SSV.

Estes resultados estão contra o fenómeno selecção adversa, pois seria de esperar que os indivíduos de mais alto risco (com piores estados de saúde) tivessem maior propensão para adquirir um SSV. Em contrapartida, parecem ser a favor de outro fenómeno também já analisado num capítulo anterior, a desnatação. As entidades seguradoras procuram incentivar os indivíduos com estados de saúde muito bom, bom e razoável ou desencorajar e até recusar indivíduos que à partida apresentam estados de saúde mau ou muito mau, e com um risco acima da média (MOSSIALOS e THOMSON, 2002).

Caracterização dos antecedentes pessoais (diabetes, hipertensão arterial e asma/bronquite asmática):

O quadro 16 ilustra os coeficientes do modelo Probit para as variáveis Diabetes, Hipertensão Arterial e Asma/Bronquite Asmática.

QUADRO 16: COEFICIENTES DO MODELO PROBIT DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ANTECEDENTES PESSOAIS DOS INDIVÍDUOS COM SSV E COM IDADE ≥ 18 ANOS E ≤ 65 ANOS, EM PORTUGAL, NOS ANOS 2005/2006.

Variáveis de Caracterização dos Antecedentes Pessoais do INS 2005/2006 - Modelo Probit			Significân.
DOENÇAS CRÓNICAS			
	Diabetes	-0,153	<0,05
	HTA	0,009	
	Asma/Bronq Asmática	0,107	

Relativamente aos antecedentes pessoais, os indivíduos com diabetes têm menor propensão para comprar um SSV. Quanto às outras doenças crónicas analisadas os resultados não apresentam significância estatística pelo que não influenciam a compra de SSV. Mais uma vez os resultados obtidos vão ao encontro do fenómeno desnatação, onde as seguradoras possivelmente desencorajam ou recusam indivíduos que referem ter diabetes dado que estes à partida iram consumir mais cuidados de saúde.

A análise realizada permitiu-nos estimar o efeito de alguns factores na decisão de comprar um Seguro de Saúde Voluntário. Assim, e de acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que os homens têm maior propensão para comprar seguros de saúde, relativamente às mulheres. Até uma determinada idade (em principio a meia-idade) a propensão para adquirir SSV é positiva, e depois de uma certa idade já exerce uma influência negativa na compra de um seguro de saúde. Quanto mais os anos de estudo maior a propensão para adquirir um seguro de saúde. Também os níveis mais altos de Rendimento Médio Familiar influenciam positivamente a compra de SSV, assim, os indivíduos de altos rendimentos são os que procuram seguros de saúde, comparativamente aos de mais baixo rendimento. Quanto às regiões de Portugal podemos afirmar que os indivíduos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo têm maior propensão para comprar um SSV, quando comparados com os residentes no Alentejo. O facto de considerarem o seu estado de saúde muito bom, bom e razoável influencia positivamente a aquisição de um seguro de saúde, relativamente aos que consideram o seu estado de saúde muito mau. Já os indivíduos que referem ter diabetes tem menor propensão para comprar este tipo de produto.

5. CONCLUSÕES

No início desta dissertação analisamos as despesas em saúde, no âmbito internacional, e observamos que Portugal encontra-se nos primeiros lugares, com maior percentagem do PIB afectado a despesa total em saúde. Contudo, ao analisarmos a despesa total em saúde por despesa pública vs despesa privada verificou-se que a despesa pública tende ligeiramente a decrescer e em contrapartida a despesa privada tem registado aumentos, pequenos mas sistemáticos. Ao analisarmos a despesa efectuada nos privados verificou-se que os pagamentos directos, apesar de ainda constituírem a principal fonte de financiamento privado tendem a reduzir a sua despesa; em contrapartida, os SSV como fonte de financiamento apresentam um crescimento significativo, sendo que, em 2006, garantiram o pagamento de 638 milhões de euros (4,10% das despesas totais em saúde).

Assim, e num contexto de um país com um SNS, e em que os indivíduos estão cada vez mais a procurar seguros de saúde, estabelecemos como primeiro objectivo determinar o perfil dos indivíduos que compram SSV. Com recurso às duas edições anteriores do Inquérito Nacional de Saúde concluímos que os indivíduos que beneficiam de SSV são maioritariamente do sexo masculino, jovens, casados ou solteiros, com elevados graus de escolaridade. A maioria é trabalhadora e apresentam níveis de rendimento muito acima da média. Concentram-se na região de Lisboa e Vale do Tejo; contudo, a região Norte também começa a tornar-se relevante neste mercado. Relativamente ao estado de saúde auto-avaliado a maioria dos indivíduos que beneficiam de um SSV consideram o seu estado de saúde “bom”, apresentando francamente menos casos das doenças crónicas diabetes e hipertensão arterial. A análise comparada das duas edições do INS permitiu-nos ainda traçar a evolução do perfil dos indivíduos com SSV no período de 1998 a 2005, onde concluímos que este se manteve mais ou menos homogéneo em todos os parâmetros analisados, não se tendo verificado nenhuma alteração significativa.

Numa segunda etapa desta dissertação o propósito foi o de determinar alguns factores que influenciam a aquisição de SSV. Para este objectivo utilizamos o modelo Probit que estimou o efeito de diversas variáveis independentes retiradas da última edição do INS. Uma dificuldade que encontramos foi a medição dos múltiplos factores que contribuem para explicar a decisão de comprar SSV, nomeadamente os factores de oferta (como o prémio e o esforço de marketing das empresas), a satisfação com o SNS, a oferta de serviços privados na região a aversão ao risco, a valorização da liberdade de escolha, entre outros.

Os resultados deste modelo sugerem que o aumento observado no número de indivíduos que beneficiam de SSV pode ser explicado por diversos factores que influenciam positiva, ou negativamente a sua relação com a aquisição de SSV. Assim, podemos concluir que a idade, o aumento dos níveis de escolaridade, o aumento dos escalões de rendimento, o aumento dos estados de saúde muito bom, bom e razoável, e o aumento dos indivíduos na região de Lisboa e Vale do Tejo, isoladamente, exercem uma influência positiva na aquisição de um SSV. Por outro lado, outros factores existem que influenciam negativamente a aquisição de um seguro de saúde, sendo eles o facto de ser mulher, ter diabetes e residir na região autónoma dos Açores. A nossa análise sugere ainda que a actividade profissional exercida, o estado civil dos indivíduos, assim como o facto de terem hipertensão arterial e asma/bronquite asmática não explicam a decisão de aquisição de Seguros de Saúde Voluntários.

Este modelo também vem confirmar que os indivíduos que usufruem de um Seguro de Saúde Voluntário caracterizam-se por serem jovens, homens, trabalhadores, com altos níveis de rendimento e com elevados graus de escolaridade. Assim, conclui-se que a livre escolha de um seguro de saúde não é realizada pela população em geral, mas sim por um grupo populacional com características muito específicas que de todo não vão ao encontro das características gerais da população portuguesa.

Apraz-nos assim dizer que, no nosso ponto de vista, as entidades seguradoras não caminham no sentido de satisfazer as necessidades da população portuguesa, limitando-se e focando o seu mercado num grupo restrito de indivíduos, com características bem definidas. Este mercado ainda dá sinais de crescimento e ainda gastamos menos em seguros de saúde do que a média da União Europeia; contudo, acreditamos – dada a conjectura e o facto de nos parecer que este mercado parece contribuir mais para os lucros monetários, do que propriamente para os interesses dos indivíduos, que procuram este produto – que o crescimento deste mercado, mais cedo ou mais tarde, e considerando que mantém as características da actualidade, irá abrandar o seu crescimento.

Como investigações futuras nesta área sugerimos a realização de outros estudos, em tudo semelhantes ao aqui apresentado, mas com as futuras edições do INS, mas que permitissem incluir nos modelos outras variáveis que influenciam a decisão de comprar um SSV e que não foram incluídas nesta dissertação. Pretende-se assim tentar perceber se o perfil do indivíduo tende a sofrer alterações significativas num período de tempo maior, ou se, pelo contrário, mantém o mesmo perfil do aqui traçado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOCK, A. (2008) a Gentle Introduction to Stata. A Stata Press Publication.
- ALVES, F. (2009) O regime de contrato de seguro de saúde no Direito Português. Instituto de Seguros de Portugal.
- BARROS, P. P. (2006) Economia da saúde. Conceitos e Comportamentos. Edições Almedina, SA.
- BARROS, P. P. (2007) The slow and unnoticed changes in the funding mix. *Health Economics*, **16**, 437-440.
- BARROS, P. P. e SIMÕES, J. (2007) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, **9(5)**, 1-140.
- BARROS, P.P. et al (2008) Moral Hazard and the demand for health services: A matching estimator approach. *Journal of Health Economics*, **27**, 1006-1025.
- CHIAPPORI, P. et al (1998) Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment, **42**, 499-511.
- CHRISTIANSEN, T. et al (2001) Demand for Private Health Insurance and Demand for Health Care by Privately Insured in Denmark – With a Specific View to Equity, Department of Public Health, University of Southern Denmark.
- COLOMBO, F. e TAPAY, N. (2004) Private health insurance in OECD countries: the benefits and cost for individuals and health systems. *OECD Health Working Papers nº15*, 1-66.
- COMISSÃO para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2006). Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS.

- COUNCIL of Economic Advisers (2009) The Economic Case for Health Care Reform. Executive Office of the President of the United States. Data da consulta: 03.03.2010. Endereço: http://www.politico.com/static/PPM41_cea_health_care_report_embargoed.pdf.html
- DECO (2007) Seguros de Saúde: Muita oferta, pouca qualidade. Data da consulta: 02.09.2009. Endereço: http://www.deco.proteste.pt/20070701/saude-Attach_s488701.pdf.
- FOUBISTER, T. (2006) Private Medical Insurance in the United Kingdom. European Observatory on Health Systems and Policies European, 45-54.
- GIRALDES, M. (2003) Seguro privado de saúde em Portugal: que evolução? Análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- GLADWELL, M. (2005) Why health care sucks for so many here in America. The New Yorker.
- IPS, Instituto de Seguros de Portugal (2007) A supervisão de seguros e de fundos de pensões, 1-95.
- GUIA FISCAL (2009) Data da consulta: 17.12.2009. Endereço: http://www.aciso.pt/files/Tax%20Guide%202009_PT.pdf.
- INS, Inquérito Nacional de Saúde (1998/1999) Inquérito Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.
- INS, Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) Ministério da Saúde.
- INS, Inquérito Nacional de Saúde (2007) Destaque de Informação À Comunicação Social. Ministério da Saúde.
- IPS, Instituto de Seguros de Portugal (2003) Relatório anual sobre o sector segurado e fundos de pensões: estudos específicos – o mercado de seguros de doença, 173-181.

- JUTTING, J. (2001) The impact of health insurance on the access to health care and financial protection in rural areas of developing countries: The example of Senegal. Center for Development Research.
- LONG, J.S. (1997) Regression models for categorical and limited dependent variables, Sage Publications, Inc.
- MOSSIALOS, E. e THOMSON, S. (2002) Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, **32**(1), 19-88.
- MOSSIALOS, E e THOMSON, S. (2004) Voluntary health insurance in the European Union, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- OCDE (2001) Summary on Private health insurance in OECD countries, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE (2001) Insurance and private pensions compendium for emerging economics – private health insurance on OCDE countries: compilations of national reports, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE (2004) Proposal for a taxonomy of health insurance, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE (2006) Base de Dados da OCDE – Statistics and indicators for 30 countries. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE (2009) Base de Dados da OCDE – Statistics and indicators for 30 countries. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OLIVEIRA, M. (2001) Voluntary health insurance in the European Union: a study for the European Commission – Questionnaire for national experts. London School of Economics and Political Science.

- OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007) Luzes e sombras: A governação em saúde. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- PEREIRA, J. (2004) Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- RAMOS, A. e Silva, C. (2009) Evolução do Seguro de Saúde em Portugal. Instituto de Seguros de Portugal.
- SALTMAN, R. et al (2004) Social health insurance systems in western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 227-247.
- SISKOU, O. et al (2009) Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. European Journal of Health Economics, **10**, 467-474.
- SOUSA, J. (2002) OECD Health Data 2002 – a Comparative Analysis of 30 countries, Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- WHO (2004) Health Care Systems in Transition: Hit summary. European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (2008) World Health Statistics 2008. Data de consulta: 13.08.2009 Endereço: <http://www.who.int/whosis/whostat/en/>.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2