



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Adelaide Raquel Correia Martinho

EVOLUÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE EM PORTUGAL NOS ÚLTIMOS 15 ANOS

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Doutor Luís Francisco

Co-orientado por:

Mestre Pedro Barroso

Docentes do Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Auditoria e Análise Financeira

Dedico este trabalho ...

Aos meus pais,

Por tudo o que fizeram

e fazem por mim.

RESUMO

A presente dissertação tem como principal objetivo o estudo do seguro de saúde em Portugal nos últimos quinze anos e o apuramento das motivações que levam à sua aquisição. De forma a atingir este propósito, primeiramente efetuou-se uma revisão teórica onde foi evidenciada a caracterização do mercado segurador, do seguro de saúde e do sistema de saúde português. Posteriormente é feita referência à metodologia utilizada no trabalho de campo. Por fim, é feita uma análise da evolução do ramo doença em Portugal e dos motivos emergentes na compra dos mesmos, onde os dados levantados através de relatórios cedidos pelo Instituto de Seguros de Portugal (ISP) e a realização de entrevistas, foram essenciais para a elaboração das conclusões finais deste trabalho. A ineficácia do sistema nacional de saúde português e a qualidade no serviço privado são alguns dos fatores apurados que estão na base do crescimento dos seguros de saúde em Portugal.

Palavras-Chave:

Mercado Segurador, Seguro de Saúde, Sistema de Saúde Português

ABSTRACT

This work aims to study the Portuguese health insurance business in the last fifteen years and to clear out the motivations behind its acquisition. In order to achieve this purpose, we first perform a theoretical review over the insurance industry, the health insurances and the Portuguese health system. Then we make reference to the methodology being applied in the fieldwork. Finally, we analyze the evolution of sicknesses in Portugal and the emerging motives in buying them, where the data collected from the reports granted by the Instituto de Seguros de Portugal (ISP) and the interviews conducted were essential to the elaboration of this work's final conclusions. The ineffectiveness of the Portuguese national health system and the quality of the private services are some of the determinant factors behind the evolution of the health insurance system in Portugal.

Keywords:

Insurance Industry; Health Insurance; Portuguese Health Insurance System

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTO:

É um obrigado pelo apoio, pela motivação?
É uma desculpa pela falta de tempo, atenção?

Quem o merece?

Os que valores me inculcaram
Os que independentemente das circunstâncias
me apoiam e admiram
Obrigada Mãe e Pai

Os que estão comigo
Mesmo quando estou sozinha
Obrigada Mana

Os que me fazem rir
Quando no fundo só me apetece chorar
Obrigada Amigos

Os que me mostraram que apesar da adversidades
Unidos somos capazes
Obrigada colegas de Mestrado

Os que me fazem acreditar
Quando só penso em desistir
Obrigada Catarina, Sandra e Cristina

Os que permanecem compreensivos
apesar da ausência e da distância
Obrigada João Bernardo

Os que me encaminharam
Quando me senti perdida
E me ensinaram a percorrer caminhos
Obrigada Dr. Luís Francisco e Dr. Pedro Barroso

Será isto um agradecimento?

Talvez apenas uma tentativa de demonstrar a minha gratidão.

Índice

Índice de Figuras	XV
Índice de Gráficos.....	XV
Índice de Tabelas	XVI
Lista de Abreviaturas e Siglas	XVII
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 Introdução.....	5
2.2 O Setor Segurador	6
2.2.1 <i>Abordagem Histórica</i>	<i>6</i>
2.2.2 <i>Abordagem ao Conceito de Seguro.....</i>	<i>13</i>
2.2.3 <i>Caraterização do Mercado Segurador</i>	<i>14</i>
2.3 O Seguro de Saúde	19
2.3.1 <i>Caraterização do Setor do Ramo Doença.....</i>	<i>19</i>
2.4 Sistema de Saúde Português	24
2.4.1 <i>Caraterização do Sistema de Saúde Português</i>	<i>24</i>
2.6 Síntese	33
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	35
3.1 Introdução	35
3.2 Análise Documental	36
3.3 Entrevista.....	37
4. TRABALHO DE CAMPO	41
4.1 Introdução	41
4.2 Análise Documental	41
4.3 Entrevista.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

Referências Bibliográficas.....	63
ANEXOS.....	69
Guião.....	71
Entrevistas.....	73
<i>Entrevista 1</i>	75
<i>Entrevista 2</i>	78
<i>Entrevista 3</i>	80
<i>Entrevista 4</i>	82
<i>Entrevista 5</i>	83
<i>Entrevista 7</i>	88
<i>Entrevista 8</i>	90

Índice de Figuras

Ilustração 1 – Classificação e Divisão dos Seguros.....	14
Ilustração 2 – Comportamento do Consumidor	18
Ilustração 3 – Adequação entre o Objetivo da Entrevista e o Método a Utilizar.....	39
Ilustração 4 – Vantagens e Desvantagens da Entrevista.....	40
Ilustração 5 – Identificação do Espaço Territorial das Entrevistas.....	50

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Proporção da Tipologia de Sistemas de Seguro de Saúde Individual no Ano de 2013	23
Gráfico 2 – Proporção da Tipologia de Sistemas de Seguro de Saúde Grupo no Ano de 2013	23
Gráfico 3 – <i>Health expenditure, public and private, as a share of GDP, OECD countries, 2012</i>	29
Gráfico 4 – <i>Expenditure on health by type of financing, 2010</i>	30
Gráfico 5 – <i>Private health insurance coverage, 2010</i>	31
Gráfico 6 – Evolução do Número de Pessoas Seguras para Contratos de Seguro de Saúde Individuais e de Grupo.....	43
Gráfico 7 – Apólices Emitidas no Ramo Doença.....	44
Gráfico 8 – Custos com Sinistros no Ramo Doença	46
Gráfico 9 – Prémios Brutos Emitidos no Ramo Doença	47
Gráfico 10 – Evolução do Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estrutura do Mercado Segurador em 2013	15
Tabela 2 – Evolução do Número de Pessoas Seguras para Contratos de Seguro de Saúde Individuais e de Grupo	42
Tabela 3 – Média dos Últimos Quinze Anos do Número de Pessoas Seguras com Contrato de Seguro de Saúde.....	43
Tabela 4 – Número de Apólices de Seguro de Saúde Emitidas	44
Tabela 5 – Custos com Sinistros (Montantes Pagos)	45
Tabela 6 – Prémios Brutos Emitidos do Ramo Saúde.....	47
Tabela 7 – Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença.....	48
Tabela 8 – Quadro Resumo da Identificação dos Entrevistados	52
Tabela 9 – Resumo dos Conteúdos da Entrevista	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

ISP – Instituto de Seguros de Portugal

APS – Associação Portuguesa de Seguradores

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SSMJ – Serviços Sociais do Ministério da Saúde

SAD-PSP – Serviços de Assistência na Doença - Polícia de Segurança Pública

SAD-GNR – Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana

ADM – Assistência na Doença aos Militares

SAMS – Serviços de Assistência Médico – Social do Sindicato dos Bancários do Norte,
do Sindicato dos Bancários do Centro

1. INTRODUÇÃO

“Uma pessoa inteligente resolve um problema, um sábio o previne.”

Albert Einstein

O futuro é um perfeito enigma para a Humanidade. É nesta conceção que o seguro é determinante, uma vez que a sua função passa por assegurar o perfeito cumprimento dos compromissos, num futuro próximo.

Hoje em dia o seguro está estruturado de uma forma que permite aos cidadãos repor quase todo o tipo de situações que venham a suceder, sendo este uma fonte de equilíbrio e tranquilidade, contribuindo para eliminar a ansiedade decorrente da insegurança face às incertezas do futuro. Porém o reconhecimento geral quanto às contribuições do seguro para a economia e a sociedade nem sempre acontece e a atividade seguradora torna-se por vezes uma das atividades profissionais mais incompreendidas junto dos consumidores. Neste sentido Leiria (2013,p.31) constata que *“a imagem que a sociedade tem das seguradoras não é, genericamente, tão favorável quanto seria expectável ... muitos consumidores não estabelecem relações de confiança profunda com as suas seguradoras nem lhes reconhecem o papel económico e social insubstituível que desempenham”*. Todavia quando se chega a reconhecer a importância do seguro, é apreciado e julgado melhor as capacidades deste instrumento único de previdência e de proteção.

De acordo com Gilberto (2012), o seguro foi evoluindo e ganhando importância ao longo do tempo, tendo como marco o desenvolvimento da atividade marítima. Atualmente as seguradoras apresentam uma grande diversidade de seguros, os quais cobrem vários tipos de riscos.

De toda a oferta existente no mercado segurador, considero como mais importante o seguro de saúde, uma vez que este segura o nosso maior bem, a saúde. Encarar a doença é algo sempre muito difícil mas o seguro de saúde pode ser uma mais-valia. Apesar dos seguros serem considerados caros por muitas pessoas, a verdade é que, em caso de necessidade podem ajudar em muito a diminuir o prejuízo de uma determinada situação.

A este respeito, a Constituição da República Portuguesa¹ estabelece que o direito à proteção da saúde é realizado “*através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*”. Contudo, a saúde não tem preço e este é um tipo de seguro que permite usufruir de uma maior qualidade em serviços de saúde.

De acordo com ISP (2014a), mais de 2 milhões de pessoas beneficiam atualmente desta proteção, o que corresponde a aproximadamente 22% da população portuguesa.

Tendo por base este valor, pretende-se apurar com este trabalho essencialmente as seguintes questões:

- Qual o comportamento da aquisição do seguro de saúde ao longo dos últimos quinze anos em Portugal?
- Quais as coberturas mais utilizadas pelos adquirentes do seguro de saúde?
- Quais os fatores que levam o consumidor a adquirir o seguro de saúde?
- Até que ponto a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE) e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?
- Qual a perceção por parte dos cidadãos, do nível de aquisição dos seguros de saúde na Europa?
- Será o seguro de saúde valorizado pelos portugueses?

De forma a ir ao encontro das respostas às questões acima indicadas, o trabalho foi dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro constituído pela presente introdução, o segundo constituído pela revisão de literatura, o terceiro pela metodologia de investigação, o quarto pelo trabalho de campo realizado e o quinto pelas considerações finais.

No primeiro capítulo é realizado o enquadramento do tema, o seu propósito, objetivos e a estrutura adotada ao longo do trabalho.

¹ Alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º

O segundo capítulo faz referência à abordagem ao setor segurador, onde é evidenciado a história do seguro em Portugal, o conceito de seguro, a caracterização e o papel do marketing no mercado segurador.

No que concerne ao terceiro capítulo é indicada a metodologia utilizada no trabalho de campo realizado, a qual assentou na análise documental e entrevistas.

Em relação ao quarto capítulo esta é composta pelo trabalho de campo realizado, no qual foram expostos e analisados os resultados obtidos quer a nível da análise documental, quer a nível das entrevistas.

O último capítulo expõe as conclusões retiradas ao longo do trabalho efetuado, constatando-se que o sistema de saúde português não apresenta a qualidade desejada pelos utentes e que a condição económica do país é um fator relevante na decisão de compra do seguro de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Introdução

Neste capítulo é realizado o enquadramento do tema com o objetivo de contextualizar o que se pretende expor. Desta forma, foram consultadas várias obras com o intuito de suportar diversos pontos de vista e analisados alguns estudos no âmbito dos seguros de saúde de forma a sustentar os textos redigidos.

Em concreto, o capítulo inicia com uma abordagem ao setor segurador onde é contextualizada a história, fazendo referência aos principais marcos da história dos seguros em Portugal. Seguidamente é feito o levantamento de conceitos relevantes à temática do seguro e posteriormente é caracterizado o mercado segurador, onde é feito o levantamento de algumas rúbricas essenciais para a compreensão da temática em estudo, bem como, a distinção de tática e estratégia e o processo de marketing no setor segurador.

Após abordar o setor segurador é definido o conceito de seguro de saúde e enunciado o seu enquadramento legal, as principais coberturas, exclusões e tipologia no âmbito de exploração. Por fim e dado que a ADSE e outros subsistemas são componentes cruciais na aquisição do seguro de saúde, considerou-se pertinente examinar as suas características.

Em última análise, verificou-se o comportamento do seguro de saúde na Europa, tendo por base, estatísticas e estudos elaborados pela OECD² (The Organisation for Economic Co-operation and Development).

² Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento

2.2 O Setor Segurador

2.2.1 Abordagem Histórica

São muitos os acontecimentos que marcaram e determinaram a história dos seguros em Portugal. O desenvolvimento da atividade marítima foi um deles. Segundo Nascimento (2010), a primeira forma de seguro, surgiu no ano de 1293, no reinado de D. Dinis, sendo apenas destinada aos riscos marítimos. Tal facto sucede após o rei D. Dinis celebrar um acordo entre os mercadores, tendo em vista o pagamento de certas quantias, ou seja, prémios³, sobre as embarcações. O cálculo do prémio a pagar era feito de acordo como porte da embarcação e a frequência da sua circulação. Estes montantes serviam para fazer face a sinistros⁴, que eventualmente pudessem ocorrer, nomeadamente em perdas de navios e de mercadorias. É desta forma, que através da proteção marítima nasce os seguros em Portugal. A este respeito surge no ano de 1370, reinado de D. Fernando, a regulamentação para os seguros marítimos, sendo promulgadas as primeiras leis sobre os seguros.

É ainda no tempo de D. Fernando, mais exatamente no ano de 1375, que o mesmo fixa por lei um pagamento de duas coroas por cento sobre o valor dos navios e constitui as bolsas no Porto e em Lisboa. Os fundos das referidas bolsas serviam para fazer face a prejuízos nos navios, como perdas ou posse por inimigos (Duarte, 2013).

O ano de 1380 é marcado pela criação da Companhia das Naus, a qual funcionava como companhia de seguros, cujo objetivo era proporcionar aos proprietários dos navios uma segurança em caso de sinistro. Para tal os navios tinham que ser todos registados, pagando uma percentagem dos lucros de cada viagem. Estes fundos seriam utilizados para cobrir prejuízos das embarcações, caso estas se afundassem ou sofressem avarias. Desta forma o nascimento da Companhia das Naus, criada pelo rei D. Fernando, foi um marco de extrema importância uma vez que contribuiu para a expansão ultramarina

³ É o custo do seguro, a importância devida pelo tomador (pessoa ou entidade que celebra o contrato com a seguradora e é responsável pelo pagamento de prémios) à seguradora em virtude do contrato efetuado e mediante a qual esta se compromete a garantir o risco transferido. Disponível em <http://www.segurosprivados.com.pt/?codNode=136>, acedido em 20 de julho de 2014.

⁴ Acontecimentos súbitos e fortuitos alheios à vontade da pessoa segura. Disponível em <http://www.segurosprivados.com.pt/?codNode=136> acedido em 20 de julho de 2014

portuguesa⁵. Decorridos três anos, publicou-se em Portugal a primeira lei nacional sobre seguros. O desenvolvimento da atividade marítima criou a necessidade de fazer seguros marítimos (Nascimento, 2010).

Em 1397, D. João I, o rei de Portugal promulga a carta régia, em que mais uma vez o monarca renova, confirma e amplia a instituição seguradora criada pelos seus antecessores. A 15 de Outubro de 1529 é criado o cargo de escrivão de seguros, através da carta régia. A este cargo competia o registo de todos os contratos de seguro e respetivas apólices, bem como a escrituração de todas as dúvidas e diferenças. O escrivão de seguros foi a primeira função de arbitragem a surgir no setor segurador e a primeira ação fiscalizadora na área (António, 2009).

Em 1552 é editado o primeiro tratado de seguros, escrito por Pedro Santarém⁶, intitulado como “*Tractatus de Assecurationibus et Sponsionibus Mercatorum*”, no qual é elaborado o primeiro estudo jurídico sobre o contrato de seguro (Duarte, 2013).

Em 1578 é criado em Portugal, o cargo de corretor de seguros, cuja principal função é agir como intermediário entre o segurado⁷ e a seguradora. O contrato de seguro só era considerado válido caso existisse a intervenção de um corretor. O ano de 1648 é marcado pela criação da Casa dos Seguros, a qual adquire as funções de corretor de seguros, no mesmo modo que já acontecia em relação à necessidade de validação por parte do corretor, a realização de contrato de seguro fora do âmbito da Casa dos Seguros, implicava a anulação do mesmo. No ano seguinte, em 1649, D. João IV, aprova por Alvará Régio datado de 10 de março, a Junta do Comércio Geral. Trata-se do primeiro código comercial português com o objetivo de fiscalizar todos os atos mercantis e seguros (Nascimento, 2010).

Pouco antes de 1755, ano do terramoto de Lisboa, a Casa de Seguros de Lisboa atingiu o declínio, chegando mesmo a ser apenas, uma simples repartição de registo. O

⁵ O antecessor do Rei D. Fernando, o rei D. Dinis, ordenou a plantação do pinhal de Leiria, cuja madeira foi utilizada para construção de embarcações, contribuindo também este para a expansão ultramarina em Portugal.

⁶ Pedro Santarém viveu no tempo de D. Manuel I, nasceu na cidade de Santarém e exerceu funções de agente de negócios de Portugal em Florença, Pisa e Liorne, escreveu várias obras sobre seguros, sendo notável e conhecido na Europa durante séculos o seu tratado sobre seguros.

⁷ Pessoa que serve de base ao contrato e sobre a qual tem incidência o risco. É sobre ela que a seguradora terá que obter todas as informações necessárias para a análise do risco.

Disponível em <http://www.segurosprivados.com.pt/?codNode=136>, acessado a 20 de julho de 2014.

terramoto foi depois responsável pela destruição das instalações, incluindo todo o arquivo e registos, não havendo, por essa razão, documentos desse período. Nesta época, a atividade seguradora abarcava somente os seguros marítimos. Passados três anos, é oficializado o restabelecimento da Casa de Seguros de Lisboa (António, 2009).

No que respeita ao ano de 1791, Duarte (2013), indica que o alvará régio de agosto de 1791 oficializa a Casa de Seguros de Lisboa e permite a constituição legal de companhias particulares dedicadas à atividade seguradora.

É assim que este ano marca o início do aparecimento das primeiras companhias de seguros, como é o caso da companhia Permanente, fundada em Lisboa com um capital inicial de 60 contos de reis. No ano seguinte, surgem em Lisboa, mais quatro seguradoras, sendo elas, Caldas, Machado, Gildemeester Diz & C^a, Carvalho Guillot & C^a, Esperança – companhia de seguros, Policarpo, Quintela, Caldas, Domingues & C^a (Nascimento, 2010).

No ano de 1794, surge a Comércio de Lisboa - companhia de seguros. Em 1796 surgem também em Lisboa a companhia de seguros Marítimos e União – companhia de seguros. Após um ano, é fundada em Lisboa a Tranquilidade Recíproca – companhia de seguros, bem como a Bom Conceito - companhia de seguros, a qual viria dar origem à Bonança (António, 2009).

O ano de 1798 é destacado pela extinção da primeira seguradora portuguesa Permanente e pela criação em Lisboa da companhia Queirós, Barbosa & C^a. Após quatro anos, nasce a companhia de seguros Ferreira, Rossi, Freire Dias & C^a e dois anos depois a Indemnidade – companhia de seguros, a Sossego Comum e a Bons Amigos – companhia de seguros. Em 1805 são criadas em Lisboa mais duas seguradoras: a companhia de seguros Indemnizadora e a Nova Companhia Bom Conceito, a qual resulta da extinção da companhia de seguros Bom Conceito (Duarte, 2013).

No ano de 1806, surgem mais duas companhias de seguros, a Boa Fé – companhia de seguros e a Salgado, Barros, Pedro, Sousa & C^a. Em 1807 iniciaram atividade em Lisboa as seguintes seguradoras: Bento José Pacheco & Filhos, a Caetano José De Sousa, Henrique José Batista, José Diogo Bastos, José Joaquim Da Costa & Filhos, José Luís Teixeira, Luís Gonçalves Teixeira Barros, Quesma & Filho. Um ano depois, em

1808, é constituída uma das mais antigas companhias de seguros portuguesa do mundo, a Bonança, atualmente conhecida por Império Bonança. Esta companhia integrava desde o ano de 2005, o grupo caixa geral de depósitos e extinguiu-se em 2013, passando a integrar a companhia de seguros Fidelidade (António, 2009).

Em 1811 surge a companhia de seguros Retidão e em 1819 a companhia de seguros Lisboa. Um ano depois, em 1820, é criada a companhia de seguros Restauração, que se limitava à exploração de riscos marítimos (Nascimento, 2010).

Em 1833, o código de comércio vem substituir as disposições da Casa de Seguros (António, 2009).

No ano de 1835 nascem mais companhias, com destaque para a Douro – companhia de seguros e Segurança – companhia de seguros, as primeiras a surgirem no Porto. Nasce também a companhia de seguros Fidelidade e a Sossego Comum, entre outras. A 24 de agosto do referido ano, encontrava-se terminado o projeto da seguradora Fidelidade, que para além de riscos marítimos pretendia assegurar os riscos contra incêndio e vida. Passados 10 anos, a companhia de seguros Fidelidade, inicia a exploração dos seguros de vida, tornando-se assim a pioneira, no que concerne ao ramo vida. Em 1871, surge no Porto, a Indemnizadora - companhia de seguros e a Tranquilidade – companhia de seguros, seguradora que está na origem da atual Tranquilidade (Nascimento, 2010).

A partir do séc. XIX a atividade seguradora desenvolveu-se consideravelmente, surgindo entre outros o seguro agrícola, o seguro de acidentes pessoais, o seguro de acidentes de trabalho e o seguro automóvel (António, 2009).

Entre 1871 e 1892 muitas foram as companhias de seguros que continuaram a surgir, destacando-se a Açoreana – companhia de seguros. A partir do século XIX, a atividade seguradora teve um progresso notável, surgindo entre outros, o seguro automóvel, o seguro agrícola, o seguro de acidentes pessoais e o seguro de acidentes de trabalho. A publicação do Decreto – Lei de 1907 referente a lei básica de seguros, foi um acontecimento relevante para o desenvolvimento das seguradoras, uma vez que é a partir desta publicação, que surgem as primeiras companhias a trabalhar com bases técnicas mais exigentes e rigorosas. O referido decreto foi marcante na forma como estabeleceu a atividade seguradora, definiu a supervisão de seguros, o exercício da

atividade e contextualizou o contrato de seguro. Nesse ano surgem oito novas seguradoras, destacando-se a Lusitânia - companhia de seguros, um ano depois é criada a Victoria - companhia de seguros (Duarte, 2013).

O ano de 1918 é assinalado pela criação da Metrópole - companhia de seguros, atualmente designada por Zurich. Com base no Decreto-Lei nº 135-A/75, de 15 de março de 1975, assiste-se à nacionalização de todas as companhias de seguros de capital português, passando a estar agrupadas por grupos, tendo assim o Grupo Segurador MSA, a Aliança Seguradora, que agregou a Argus, a Douro, a Mutual, a Ourique e a Tagos; a Bonança tendo integrado a Comércio e Indústria, a União e a Ultramarina; a Mundial que tinha integrado a Confiança e a Pátria e por fim a Império, a Tranquilidade, e a Fidelidade (Nascimento, 2010).

Em 1976 é criado o Instituto Nacional de Seguros, cuja principal função passava por coordenar toda a atividade seguradora e resseguradora em Portugal. No mesmo ano é fundada no Porto a Aprese – Associação Portuguesa de Produtores de Seguros. Em 1982, surge o Instituto de Seguros de Portugal (ISP) que assumiu as funções do Instituto Nacional de Seguros e da Inspeção Geral de Seguros. Também no referido ano é criada a Associação Portuguesa de Seguradores (APS), tendo como finalidade a defesa dos direitos dos seus associados. No ano de 1985 surge em Portugal, a seguradora Alico, atualmente designada por MetLife, sendo a primeira de origem estrangeira a estabelecer-se em território nacional. A 6 de junho de 1986 foi fundada, a Lusitânia - companhia de Seguros, SA. Nesse mesmo ano é inscrita no Instituto de Seguros de Portugal a filial da seguradora espanhola – a Mafre Portugal. Decorrido um ano, foi constituída a Lusitânia Vida - companhia de seguros, SA, empresa que se dedicava exclusivamente à exploração do ramo vida. Em 1988 foi constituída a Companhia de Seguros Global, empresa dedicada, em exclusivo, à exploração do ramo não vida. A Global acabou integrada na Açoreana. Nesse mesmo ano surge também a companhia de seguros Real, empresa que veio a ser integrada na Lusitânia em 2009 (Duarte, 2013).

O ano de 1990 é marcado pela transformação da companhia de seguros mundial confiança, em sociedade comercial anónima de capitais exclusivamente públicos. Um ano depois, em 14 de abril realiza-se a reprivatização da Mundial-Confiança, tendo o controlo acionista sido recuperado pelo grupo empresarial que detinha participação

maioritária no período anterior à nacionalização da seguradora. Em 4 de junho de 1992, é assinado pela companhia de seguros Lusitânia o contrato para a compra do capital social da Pearl de Portugal, companhia de direito português, propriedade da Pearl Assurance, de Londres. Esta compra possibilitou a ampliação da sua carteira e uma maior implantação regional, através do aumento da rede de agentes, alcançando assim uma nova dimensão no mercado segurador português. No ano de 1993 dá-se a constituição da Europ Assistance – companhia Portuguesa de Seguros de Assistência, S.A., para explorar o ramo assistência. Decorrido um ano, inicia atividade a companhia de seguros Tranquilidade Vida, S.A e a Rural Seguros, esta última veio a designar-se em 2006 de Crédito Agrícola Seguros – CA Seguros. Em 1995 é constituída a Aliança UAP. No ano de 1996 nasce a Espírito Santo - companhia de seguros, S.A e a Câmara Nacional dos Peritos Reguladores. Em 1997 é constituída a AXA Portugal, através da fusão de três companhias: Aliança Seguradora, Garantia e Aliança UAP. No mesmo ano é constituída a Via Directa – companhia de seguros S.A., garantindo uma posição de referência nos canais de distribuição remotos, em particular o telefone e a internet. Esta nova seguradora lançou no mercado, em Janeiro de 1998, a marca OK! Tele-seguro. Em 1998 a seguradora Metrópole adotou oficialmente a designação de Zurich Companhia de Seguros S.A. Inicia-se em 1999 um complexo processo de alteração da estrutura acionista da Companhia Mundial Confiança. A Caixa Geral de Depósitos passou a deter a totalidade do capital da referida companhia (Nascimento, 2010).

No ano de 2002, através da fusão jurídica das duas seguradoras do Grupo Caixa Geral de Depósitos, companhia de seguros Fidelidade e companhia de seguros Mundial Confiança é criada a companhia de seguros Fidelidade Mundial. No referido ano é incorporada a Império na Bonança, passando a denominar-se como Império Bonança – companhia de seguros S.A., ainda nesse mesmo ano e por fusão, a Açoreana incorporou as seguradoras Oceânica e Trabalho (Duarte, 2013).

Em 2003, a companhia de seguros Lusitânia adquire a carteira de seguros da Génesis. Também em 2003 a Liberty, empresa Americana, compra a companhia de seguros Europeia e passa a marcar presença no mercado nacional. No ano de 2006, a companhia Rural Seguros designa-se Crédito Agrícola Seguros – CA Seguros, indo ao encontro da imagem do Grupo Caixa Agrícola (Nascimento, 2010).

Em 2009, a seguradora Lusitânia, adquire as companhias de seguros, Real e N Seguros. Nesse mesmo ano, mais concretamente a 12 de novembro de 2009, o banco Banif acordou a compra de mais de 80% do capital das companhias de seguros Global e Global Vida. Com este negócio, o grupo, que já detinha a companhia de seguros Açoreana, reforçou a sua expansão no mercado segurador. Um ano depois a seguradora Açoreana integra a Global (Duarte, 2013).

Ainda em 2010, a Fundação Oriente alienou a sua posição na companhia de seguros Sagres, para a francesa Macif, tendo surgindo a necessidade de renovar a marca, optando por mudar o nome para Macif. No ano de 2011, a companhia de seguros Victoria foi vendida ao grupo francês SMABTP, mais conhecido pela afiliada companhia Asefa. No entanto, o grupo decide manter a marca Victoria. Também neste ano, a AXA abandona a sede do Porto, cidade que assistiu ao nascimento e desenvolvimento das principais seguradoras que fundaram a atual AXA Portugal, e muda-se para o Edifício AXA no Parque das Nações em Lisboa e a Alico Portugal deixou de pertencer ao universo AIG e passa a integrar a MetLife. Em 2012, ocorre a fusão entre a Império Bonança e Fidelidade Mundial, dando origem à Fidelidade – companhia de seguros S.A, mas a marca única Fidelidade só é lançada um ano depois (Nascimento, 2010).

Atualmente, o grupo chinês Fosun adquiriu 80% da Caixa Seguros, a qual reúne três seguradoras: Fidelidade, Multicare e Cares, considerada líder do setor em Portugal (Ferreira, 2014).

Presentemente a seguradora Tranquilidade foi comprada pelo fundo americano Apollo Global Management. Salienta-se, que em fevereiro deste ano Apollo Global Management esteve na corrida à compra dos seguros da Caixa Geral de Depósitos (Sambado, 2014).

Finalizando, foram inúmeras as companhias de seguros que foram nascendo ao longo do tempo. No subcapítulo seguinte proceder-se-á à definição do conceito de seguro e respetiva classificação.

2.2.2 Abordagem ao Conceito de Seguro

Segundo Gilberto (2012, p.4), “*desde sempre o sentimento de segurança representa uma das necessidades básicas do ser humano, sendo mesmo inerente à sua natureza*”.

Para o referido autor, o seguro é algo abstrato que satisfaz as necessidades e aspirações de segurança de cada potencial cliente, os quais abarcam diversos riscos que podem influenciar negativamente o nosso bem-estar. Neste sentido e de forma a mitigar tal situação surgiram os seguros.

O ISP (2013a) define seguro como:

“um acordo através do qual o segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência de sinistro, nos termos acordados. Em contrapartida, a pessoa ou entidade que celebra o seguro (o tomador do seguro) fica obrigada a pagar ao segurador o prémio correspondente, ou seja, o custo do seguro (...).”

Na definição supra indicada, depreende-se que a existência de um seguro pressupõe a possibilidade de um risco futuro, o qual caso ocorra será assumido pela seguradora.

No ponto de vista de Daniel (2008), risco consiste no fator que ameaça a continuidade normal da vida e que põe em perigo a nossa existência e a permanência dos bens adquiridos com o esforço do trabalho. Segundo o autor, risco é algo que não pode ser evitado, sendo que através da existência de um seguro as suas consequências serão atenuadas.

Segundo Gilberto (2012), os seguros podem ser obrigatórios ou facultativos. Os primeiros são aqueles cuja respetiva celebração é exigida por lei, enquanto os segundos são aqueles cuja celebração é uma opção do tomador.

Segundo o referido autor, os seguros dividem-se em dois grupos: seguros do ramo vida e seguros do ramo não vida, conforme Ilustração 1.



Ilustração 1 – Classificação e Divisão dos Seguros

Fonte: Elaboração Própria, Adaptado de Gilberto (2012)

Para Gilberto (2012), a forma de diferenciar os dois ramos (Ilustração 1) é muito simples. Os seguros do ramo vida são os seguros de vida risco (genericamente cobrem situações de morte e invalidez), os seguros financeiros (planos poupança reforma - PPR) e outros produtos de poupança. Já no que respeita aos seguros do ramo não vida são todos os outros. O autor defende que esta divisão deve-se ao facto de embora serem considerados todos seguros, existem conceções técnicas completamente diferentes, pelo que a sua divisão é obrigatória.

2.2.3 Caracterização do Mercado Segurador

De acordo com a ISP (2014a), Portugal viveu em crise macroeconómica durante o ano de 2013 e o período dos três últimos anos acumulou uma contração real do Produto Interno Bruto (PIB) na ordem dos 6%. A conjuntura económica desfavorável que afetou a economia portuguesa não deixou o setor segurador imune.

Porém segundo a referida fonte, em termos globais e do ponto de vista puramente económico, 2013 não foi um ano negativo para o setor. Pelo contrário, assistiu-se a um novo crescimento dos resultados líquidos ascendendo estes a quase 700 milhões de euros, conforme se observa na Tabela 1. No entanto, apesar deste panorama geral, o perfil evolutivo da atividade é diferente entre o segmento Vida e o segmento Não Vida, constatando-se que o segmento Vida, devido a um conjunto de circunstâncias

favoráveis, se assumiu como o principal motor da evolução positiva registada em 2013 pelo setor segurador português (Tabela 1).

ANO 2013			
Nº de Companhias	77	Ativo Líquido	55.663
Nº de Empregados	11.135	Ativos de Investimento	52.919
Nº de Mediadores	24.351	Capitais Próprios	5.050
		Prémios de Seguro Direto	13.105
		Ramo Vida	9.247
		Ramo Não Vida	3.858
		Resultado de Exercício	692
		Conta Técnica Vida	842
		Conta Técnica Não Vida	23

Valores em Milhões de Euros

Tabela 1 – Estrutura do Mercado Segurador em 2013

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de APS (2014)

2.2.4 Marketing no Setor Segurador

Estratégia e Tática

"Tática é saber o que fazer quando existe algo a ser feito. Estratégia é saber o que fazer quando não há nada a fazer."

Savielly Tartakover (Jornalista do Século XIX)

Atualmente no ambiente empresarial emergem novos desafios e exigências, tornando-se evidente a necessidade de resposta a tais exigências, devendo as organizações desenvolver estratégias de forma a manter a sua sobrevivência, crescimento e diferenciação competitiva.

A palavra estratégia deriva da palavra grega *strategos* que significa o chefe ou líder do exército, o general. Numa perspetiva militar a palavra estratégia tem como propósito, vencer o inimigo, conforme notou Freire (1998, p.18), definindo estratégia como *"a disposição das tropas com vista a alcançar a vitória sobre o inimigo"*.

Por outro lado, numa abordagem empresarial, esta tem como finalidade a vantagem competitiva sustentável. Nesta linha de pensamento, o conceito de estratégia, para o

referido autor, consiste na formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objetivos, as políticas e ações da organização com vista a alcançar o sucesso.

A este propósito, também Clausewitz (1832), citado por Santos (2008, p.111), vem reforçar a mesma ideia, uma vez que compara o termo guerra “*ao campo da competitividade empresarial*” alegando que esta é “*um conflito de interesses e atividades humanas*”.

Por outro lado, o autor Santos (2008, p.127) entende a estratégia como um “*conjunto das decisões relativas ao mercado – área geográfica, indústria e segmento*”.

Já o autor Ansoff (1990, p.93) define estratégia como sendo “*as novas regras e diretrizes para decisão, que orientam o processo de desenvolvimento de uma organização*”.

É muito frequente confundir-se o conceito de tática com estratégia, no entanto estes são bem distintos.

Santos (2008, p.115) define tática como:

“ um conjunto de planos (de preços, de promoção, de publicidade, de merchandising, de força de vendas, de produção, de controlo de gestão, de sistemas de informação, de inovação...) cuja execução é imprescindível à execução da estratégia.”

Assim se conclui que a tática só pode ser definida após definição da estratégia.

Marketing no Setor Segurador

Para Leiria (2013), o processo de Marketing divide-se em duas fases: primeiro o marketing estratégico e depois o marketing tático. Na primeira fase define-se a proposta de valor enquanto na segunda resulta a criação e comunicação de valor.

Segundo o mesmo autor, o valor resulta do saldo entre os benefícios e os custos decorrentes da aquisição do seguro. Os benefícios consistem na transferência de riscos para uma entidade externa, caso se esteja a referir a produtos de risco, ou pela gestão de poupanças, no caso dos produtos financeiros e de previdência.

No que concerne aos custos estes podem ser monetários, quando respeitantes ao pagamento do prémio, ou não monetários, quando estão relacionados com a procura e seleção do produto (tempo, cansaço) ou mesmo com o aspeto psicológico (risco da escolha de determinado produto em detrimento de outro).

Ainda no que se refere ao marketing de seguros, o autor Daniel (2008, p.117), vai mais longe e alega:

“Muita gente crê que a questão fundamental em marketing é convencer os consumidores de que possui o melhor produto e o melhor serviço. Não é verdade. Se possuímos um bom produto e uma pequena quota de mercado, provavelmente, não estamos a trabalhar com eficácia. A verdade é que, em termos “produtivos”, é preferível ser o primeiro a ser o melhor...”

O processo de Compra de Seguros

Segundo Leiria (2014) no que respeita ao processo de decisão de compra de um seguro, o estudo do comportamento do consumidor possibilita a análise da forma como os consumidores empregam os seus recursos disponíveis (tempo, dinheiro e esforço) na aquisição dos seguros, caracterizando:

- O que os clientes compram, (que tipo de seguros adquirem, que características subscrevem,...) com o intuito de desenvolver soluções que correspondam às necessidades, atuais e potenciais, dos diferentes segmentos.
- Porque compram, determinando as necessidades e motivações que os consumidores procuram satisfazer ao adquirirem um seguro. Através deste conhecimento é possível aumentar a eficácia das seguradoras na satisfação dessas necessidades e em simultâneo.
- Onde compram, de forma a disponibilizar os seguros nos locais convenientes para os clientes.
- A frequência de compra, aspeto determinante para identificar o momento em que os clientes estão mais vulneráveis às ofertas da concorrência, revelando a importância de gerir os contratos dos mesmos, devendo ser implementadas iniciativas de forma a conquistar clientes de seguradoras concorrentes.

Leiria (2013) evidencia desta forma, que face ao comportamento do consumidor (Ilustração 2), as companhias de seguro podem definir as suas estratégias de mercado.

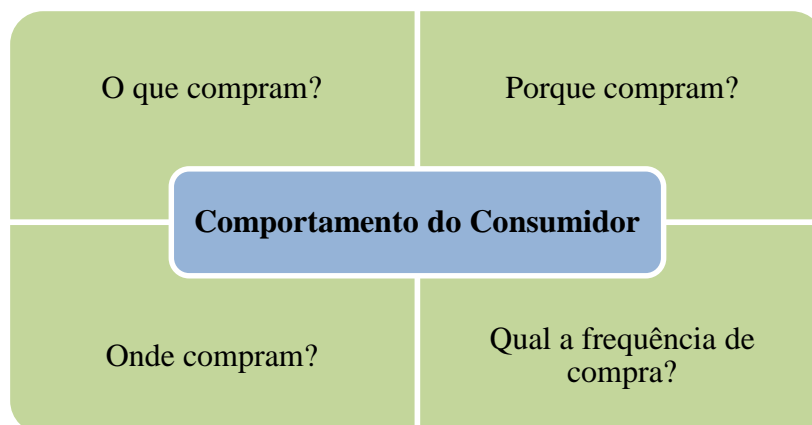


Ilustração 2 – Comportamento do Consumidor

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de Leiria (2013)

Para o autor mencionado, o conhecimento do processo de compra dos seguros permite assim que as seguradoras determinem as abordagens mais adequadas a cada um dos segmentos de clientes, nomeadamente:

- As melhores características das soluções;
- Os preços mais adequados;
- Os locais onde os clientes os querem adquirir;
- A forma e o conteúdo das mensagens utilizadas na comunicação.

Após a abordagem ao conceito de seguro e do seu mercado, proceder-se-á a análise de um ramo de atividade seguradora: o ramo Doença.

2.3 O Seguro de Saúde

2.3.1 Caracterização do Setor do Ramo Doença

O seguro de saúde está inserido no ramo Não Vida. De acordo com a classificação estabelecida no regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora, referida no artigo 123º do Decreto-Lei nº 94-B/98, de 17 de abril, o seguro de saúde é definido como “Ramo Doença” e compreende as modalidades de “Prestações Convencionadas, “Prestações Indemnizatórias” e “Combinações de Ambas”.

Atualmente ter um seguro de saúde é uma preciosa ferramenta de auxílio no cobrimento de todas as despesas relacionadas com cuidados de saúde.

De acordo com o disposto no artigo 213º do Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de abril, “*no seguro de saúde, o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde*”.

A este propósito, o autor Daniel (2008) afirma que o seguro de saúde consiste no reembolso das despesas médicas, farmacêuticas e hospitalares necessárias para o tratamento das doenças expressas na apólice, e de que seja vítima a pessoa segura indicada no respetivo contrato.

O autor vai mais além na definição e define também doença, como sendo “*toda a alteração involuntária do estado de saúde da pessoa segura, não causada por acidente e confirmada pelo médico*”.

Gilberto (2012), indica que as seguradoras disponibilizam diversas soluções com ou mais coberturas e capitais mais ou menos elevados a que correspondem também preços mais ou menos elevados.

Para o referido autor, as coberturas mais comuns no seguro de saúde são a hospitalização, a pequena cirurgia em ambiente hospitalar, o ambulatório, consultas em consultório, consultas no domicílio, serviços de atendimento permanente, exames auxiliares de diagnóstico, tratamentos, medicamentos, parto normal, cesariana ou

interrupção involuntária da gravidez, doenças graves, estomatologia, segunda opinião, terapêuticas não convencionais e extensão de coberturas ao estrangeiro.

Por sua vez, o autor Daniel (2008), indica como coberturas principais:

- a) A assistência hospital – internamento, intervenções cirúrgicas;
- b) Assistência ambulatoria – honorários, diagnóstico, tratamentos, assistência hospitalar;
- c) Parto;
- d) Próteses e ortóteses;
- e) Estomatologia;
- f) Medicamentos.

O referido autor menciona ainda que as coberturas variam de seguradora para seguradora, e associadas a estas existem períodos de carência para algumas doenças e situações. Devido à complexidade deste tipo de seguro, existe um conjunto de doenças que estão excluídas da apólice.

Para Gilberto (2012), períodos de carência correspondem ao tempo durante o qual as coberturas não funcionam. Existe contudo uma exceção no que respeita a estes períodos, o autor refere assim que em situações em que o segurado pretende anular o seu seguro e efetuar um novo noutra seguradora (transferência de seguro), não existe a aplicação destes períodos de carência às coberturas e capitais que forem comuns às duas seguradoras.

No que respeita às exclusões, o autor indica que as exclusões existem em qualquer seguro com um objetivo central: fazer com que o preço seja acessível ao consumidor, assim desta forma se não existissem exclusões, o preço do seguro seria elevadíssimo, pois a abrangência das coberturas seria maior, logo o risco também o seria e por sua vez o prémio a pagar também.

Segundo o autor, tal como as coberturas também as exclusões variam de seguradora para seguradora, sendo elas:

- Utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos pelo médico;
- Alcoolismo e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;

- Doenças infetocontagiosas, quando em situações de epidemia;
- Interrupção voluntária da gravidez;
- Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV);
- Tratamentos relacionados com infeção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;
- Doenças preexistentes;
- Tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, a não ser que tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou em doença manifestada durante a vigência do contrato;
- Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou ilícitos por parte da pessoa segura;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- Tratamentos de hemodiálise;
- Tratamentos cirúrgicos ou laser de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- Métodos anticoncecionais e de planeamento familiar;
- Transplantes;
- Participação em competições desportivas e respetivos treinos, como profissional ou amador;
- Prática de desportos de inverno, de desportos náuticos, artes marciais, caça, espeleologia, hipismo, para-quedismo, tauromaquia e quaisquer desportos radicais;
- Doença ou acidente verificados antes da entrada em vigor do seguro;
- Cirurgias destinadas à correção de anomalias, doenças ou malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato;
- Utilização de aeronaves de carreiras não comerciais;
- Cataclismos da natureza, atos de guerra, terrorismo e perturbação da ordem pública.

Na perspetiva de Gilberto (2012), os seguros de saúde são caros porque:

- Ao invés de serem um complemento ao sistema nacional de saúde são um substituto do sistema, o que corresponde a um grande volume de sinistralidade para a seguradora;
- Devido ao envelhecimento da população, pois ficam sujeitos a um maior risco, logo o prémio tem de ser mais elevado.

Leiria (2014, p.55) conclui como resposta à necessidade de adquirir um seguro:

”Os consumidores recorrem às suas experiências e memórias passadas e à «aprendizagem de baixo envolvimento» para tentarem identificar uma solução satisfatória que lhes permita ultrapassar essa necessidade, assim como as características e a forma de avaliar e comparar essas opções”.

Ramos & Silva (2009) indicam que existem diferentes tipos de sistemas no que respeita à exploração do seguro de saúde, sendo eles:

- **Sistema de reembolso:** a seguradora indemniza o segurado numa parte das despesas de saúde suportadas por este, mediante a apresentação dos respetivos comprovativos;
- **Sistema convencionado:** a seguradora dispõe de uma rede convencionada de profissionais ou entidades que se dedicam à prestação de cuidados de saúde, constando essa informação de um guia que é disponibilizado ao tomador de seguro aquando da subscrição do contrato e atualizado durante a vigência do mesmo;
- **Sistema misto:** reúne as características dos dois sistemas.

De acordo com o ISP (2013b), em relação ao ano de 2013, o sistema misto foi o sistema que apresentou um maior peso face a outros. Tal facto sucedeu tanto no seguro a nível individual (Gráfico 1) como no seguro de saúde de grupo⁸ (Gráfico 2).

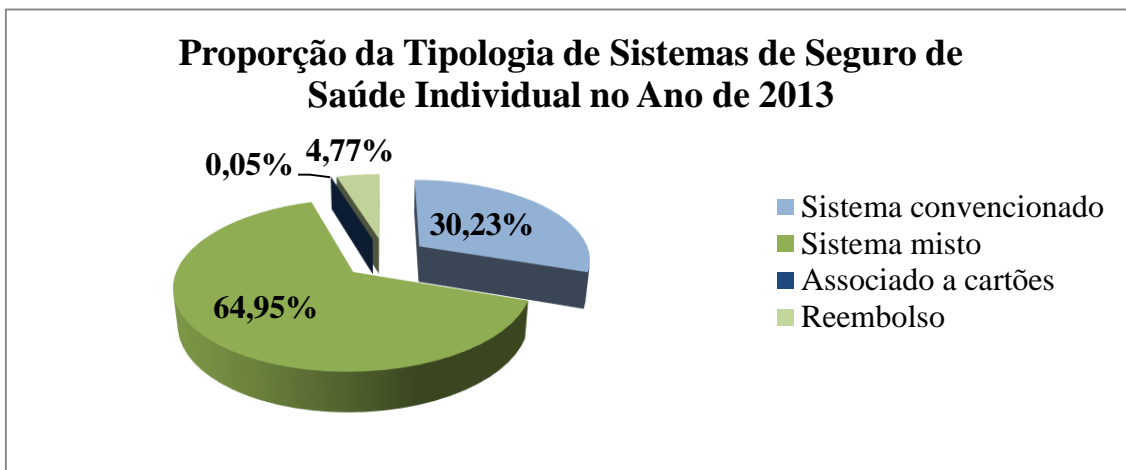


Gráfico 1 – Proporção da Tipologia de Sistemas de Seguro de Saúde Individual no Ano de 2013

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Estatísticas de Seguros do ISP (2013b)

Ainda com base nas informações cedidas pelo ISP (2013b), verifica-se que o seguro de saúde associado a cartões de desconto é o que apresenta um peso menor no que respeita a seguros individuais (Gráfico 1) e de grupo (Gráfico 2).

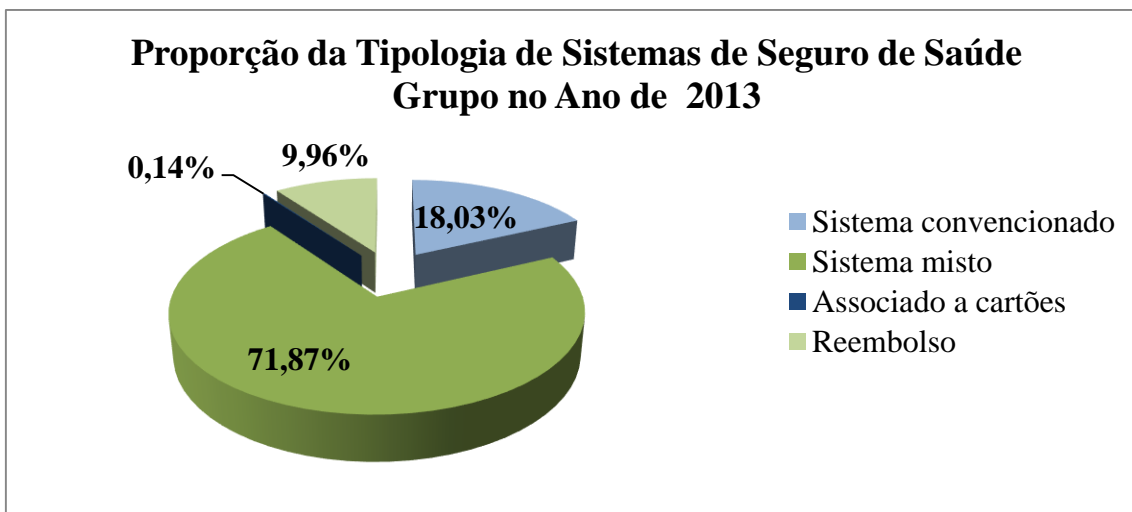


Gráfico 2 – Proporção da Tipologia de Sistemas de Seguro de Saúde Grupo no Ano de 2013

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Estatísticas de Seguros do ISP (2013b)

⁸O contrato de seguro de grupo cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao tomador do seguro, como é o caso de um seguro de saúde em que uma empresa é tomadora do seguro e os seus trabalhadores as pessoas seguras.

2.4 Sistema de Saúde Português

2.4.1 Caracterização do Sistema de Saúde Português

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (2011), os sistemas de saúde são aqueles que assimilam todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde.

De acordo com Silva (2009), o sistema de saúde português é composto por:

- Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- Subsistemas de Saúde Públicos e Privados
- Setor Segurador
- Setor Privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos

O Serviço Nacional de Saúde

De acordo com o disposto no nº 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa “ *todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”.

O nº 2 do referido artigo diz ainda que este direito à proteção é realizado

“ a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.”

Neste sentido e no que respeita à garantia do acesso à saúde, também a lei n.º 48/90 de 24 de agosto (Base I), vem reforçar que:

“ a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”.

Desta forma é imposto constitucionalmente, a garantia do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral tendo em consideração as condições económicas e sociais dos cidadãos.

O SNS é definido pelo Estatuto de Serviço Nacional de Saúde, mediante o artigo 1.º do capítulo I, Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, como sendo:

“ um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde”.

Já no que respeita ao objetivo do mesmo, o artigo 2.º do referido Decreto-Lei, identifica

“O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva”.

Devido à forte exigência dos utentes, no que respeita à qualidade e brevidade do serviço de saúde, surgiu a necessidade da gestão dos recursos ser realizada o mais próximo possível destes. Assim, nascem as regiões de saúde dirigidas por administradores com competências e atribuições reforçadas, de acordo com o disposto no artigo 3.º, do capítulo II, do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o qual menciona que o SNS se organiza em regiões de saúde, as quais se dividem em sub-regiões de saúde, integradas por áreas de saúde.

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados ”;

e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.”

Os Subsistemas de Saúde

Segundo a ERS⁹ (2011), os subsistemas de saúde consubstanciam outras formas de financiamento da prestação de cuidados de saúde, específicas de determinada categoria de cidadãos. Isto significa que existem cidadãos com específicos mecanismos de proteção na doença, os quais se apresentam como responsáveis por assegurar, a esses cidadãos, os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde. Segundo a referida entidade, os subsistemas são, assim, entidades financiadas através de descontos que incidem sobre os vencimentos dos respetivos beneficiários, as eventuais quotizações, ou outras contribuições efetuadas pelos respetivos beneficiários ou por outros sujeitos, designadamente pelas próprias entidades patronais ou pelas instituições onde exercem as suas funções.

Silva (2009) verifica que no ano de 2009, os subsistemas de saúde garantiam a cerca de 20% da população outros mecanismos de proteção para situações de doença para além do SNS. Neste estudo foram analisados a ADSE, alguns planos de saúde do grupo Portugal Telecom e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS).

⁹ Entidade Reguladora da Saúde

Subsistemas públicos de saúde

Segundo a ERS (2009), os subsistemas públicos de saúde consistem em entidades de natureza pública, criadas por lei, que participam financeiramente nos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que asseguram essa mesma prestação a esses mesmos beneficiários, regra geral através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde com os quais celebraram um acordo ou convenção ou através dos estabelecimentos hospitalares do SNS. Fazem parte do subsistema público:

- Serviços Sociais do Ministério da Saúde (SSMJ);
- Serviços de Assistência na Doença - Polícia de Segurança Pública (SAD-PSP);
- Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR);
- Assistência na Doença aos Militares (ADM).

De acordo com Carriço (2014), os subsistemas públicos de saúde dos polícias (PSP e GNR) são os que apresentam o maior custo por beneficiário. Segundo a autora, em 2012, o custo por beneficiário da SAD/GNR era de 527 euros, já o da SAD/PSP era de 621 euros, o custo mais alto por beneficiário dos subsistemas públicos de saúde.

Subsistemas Privados

Para a ERS (2009), os subsistemas privados de saúde, consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos. Fazem parte do subsistema público:

- Serviços de Assistência Médico – Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Norte, do Sindicato dos Bancários do Centro.

Seguros de Saúde Privados

Segundo Silva (2009), o mercado de seguros de saúde privados inclui todos os contratos cujos prémios são calculados em função do risco e para os quais a adesão é voluntária.

Este segmento funciona num regime de livre mercado, está sujeito à legislação geral do setor segurador.

Refira-se que a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXIII, considera o estabelecimento e exploração de seguros de saúde como uma atividade complementar à própria prestação de cuidados de saúde, colocando-a sob a disciplina e inspeção do Ministério da Saúde, na medida em que a mesma se destina a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis àquela prestação.

Por outro lado, e como forma de fomentar essa tal complementaridade, a Base XLII a Lei de Bases da Saúde, prevê que a lei fixe incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.

O Setor Privado

Segundo ERS (2011), o setor privado possibilita ao utente o recurso a prestadores de cuidados de saúde numa perspetiva “privada pura”. Neste caso, assiste-lhes irrestritamente o direito à liberdade de escolha do prestador privado com o qual pretende celebrar o contrato de prestação dos serviços de saúde.

O setor privado é composto essencialmente por pequenos consultórios individuais dedicados a cuidados em ambulatório, a prestação privada de cuidados de saúde tem vindo ao longo dos tempos a transformar-se num mercado organizado, dominado por grupos económicos detentores de estruturas prestadoras de grande dimensão e onde os profissionais de saúde são maioritariamente, assalariados. De forma a que o setor privado possa funcionar adequadamente, há que garantir que os prestadores cumprem os parâmetros mínimos de qualidade. Surge, por isso, a necessidade de atribuição de licenças de funcionamento, prevista na Lei de Bases da Saúde, não existindo um regime jurídico único para o licenciamento dos prestadores privados de cuidados de saúde, mas antes diplomas específicos para alguns tipos de entidades (Silva, 2009).

2.5 O Seguro de Saúde na Europa

Segundo a OECD (2014a), a despesa total em saúde representou no ano de 2012, em Portugal 9,5% do PIB, valor que está ligeiramente acima da média da OCDE (9,3%), como se constata no Gráfico 3.

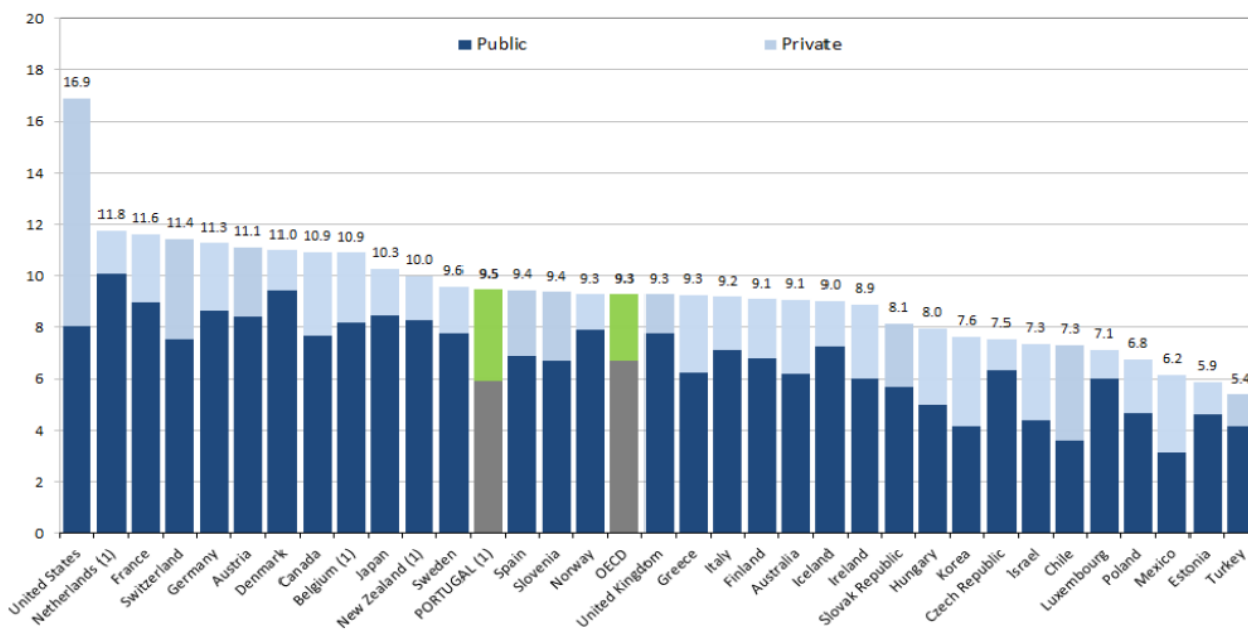


Gráfico 3 – Health expenditure, public and private, as a share of GDP, OECD countries, 2012

Fonte: OECD (2014a)

De acordo com a OECD (2014a) os Estados Unidos são o país que mais gasta com saúde, com 16,9% do seu PIB destinado à saúde em 2012, seguido pelos Países Baixos (11,8%), França (11,6%) e Suíça (11,4%).

Em Portugal, 65% dos gastos com saúde foi financiado em 2012 por fontes públicas, abaixo da média de 72% nos países da OECD (2014a), evidenciando também que existe um gasto superior no setor público face ao privado.

Segundo a OECD (2012), todos os países europeus utilizam uma mistura de financiamento público e privado para pagar os cuidados de saúde. O setor público é a principal fonte de financiamento dos cuidados de saúde em todos os países europeus, com exceção de Chipre. Em 2010, em média, na União Europeia, 73% dos cuidados de saúde foi financiada publicamente. O financiamento público foi responsável por mais de 80% na Holanda, países nórdicos (exceto Finlândia), Luxemburgo, República Checa,

Reino Unido e Roménia, verificando-se uma menor incidência deste tipo de financiamento em Chipre (43%), e Bulgária, Grécia e Letónia (55% a 60%).

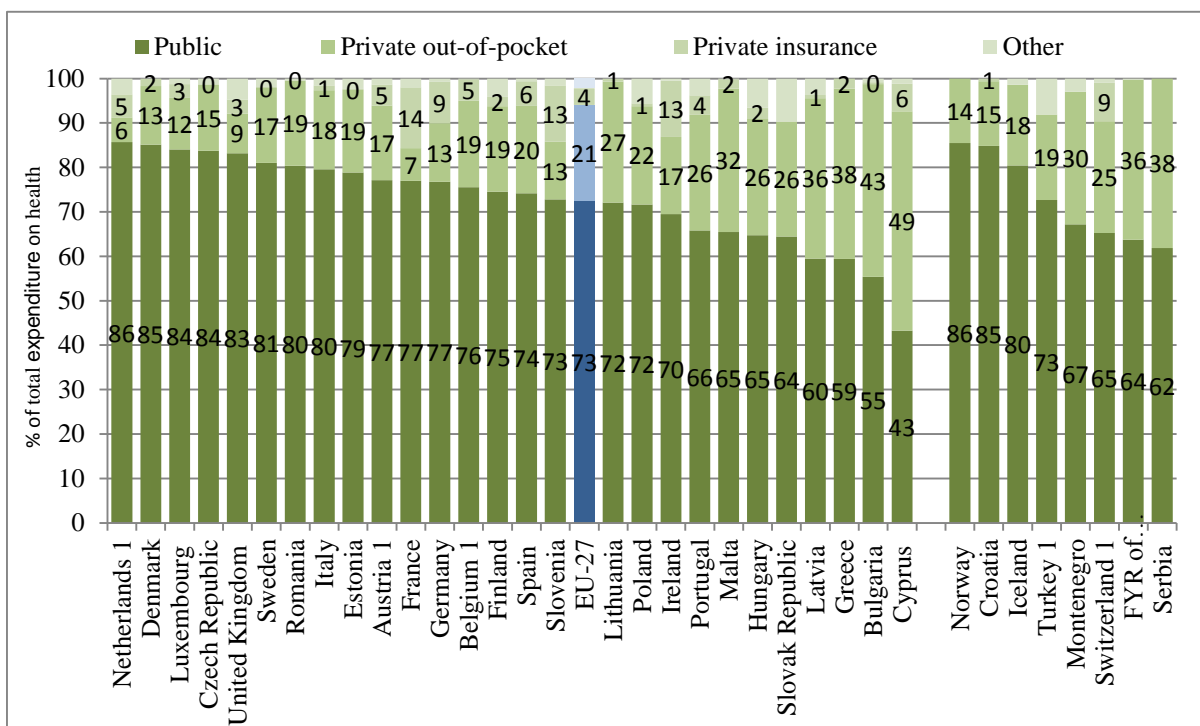


Gráfico 4 – Expenditure on health by type of financing, 2010

Fonte: OECD (2012)

De acordo com a OECD (2012), a parcela da população com cobertura de seguro de saúde varia de país para país. A cobertura de saúde básica primária¹⁰, geralmente cobre benefícios definidos, em muitos casos, com a partilha de custos. Em alguns países, a cobertura de saúde suplementar¹¹ pode ser adquirido através de seguros privados para cobrir qualquer partilha de custos após a cobertura básica, ou adicionar serviços complementares¹² ou fornecer um acesso mais rápido ou uma maior escolha de prestadores de saúde (duplicar¹³ o seguro).

¹⁰ Representa o único acesso disponível para a cobertura de saúde, dado que não existe cobertura social ou caso exista o indivíduo opte por subscrever a cobertura.

¹¹ Oferece cobertura para serviços de saúde adicionais, os quais não são cobertos pelo governo / sistema social.

¹² Seguro de saúde privado, que complementa a cobertura do governo/sociais serviços de segurados, cobrindo a totalidade ou parte dos custos residuais de outra forma não reembolsados (por exemplo, em termos de copagamentos).

¹³ Cobertura para serviços de saúde já incluídos pelo seguro de saúde do governo, além de oferecer acesso a diferentes fornecedores (por exemplo, hospitais privados) ou níveis de serviço (por exemplo, um acesso mais rápido aos cuidados de saúde).

Na maioria dos países europeus, apenas uma pequena proporção da população tem um seguro adicional de saúde privado. Mas em seis países, metade ou mais da população tinha um seguro de saúde privado em 2010, conforme gráfico 5, abaixo indicado. Em França, quase toda a população (96%) tem um seguro complementar de saúde privado para fazer face ao sistema de segurança social. Uma grande parte da população da Bélgica, Luxemburgo e Eslovénia também fazem uso do seguro de saúde complementar.

A Holanda tem o maior mercado suplementar, 89% da população, segundo o qual o seguro privado cobre produtos farmacêuticos prescritos e tratamentos dentários que não são reembolsados ao público.

Duplicar mercados, proporcionando um acesso mais rápido do setor privado para serviços médicos onde existem tempos de espera em sistemas públicos, são maiores na Irlanda (50%).

Segundo a mesma fonte, a população coberta pelo seguro de saúde privado tem vindo a crescer ao longo da última década, em alguns países, incluindo França, Bélgica e Alemanha, mas não na Irlanda e Luxemburgo.

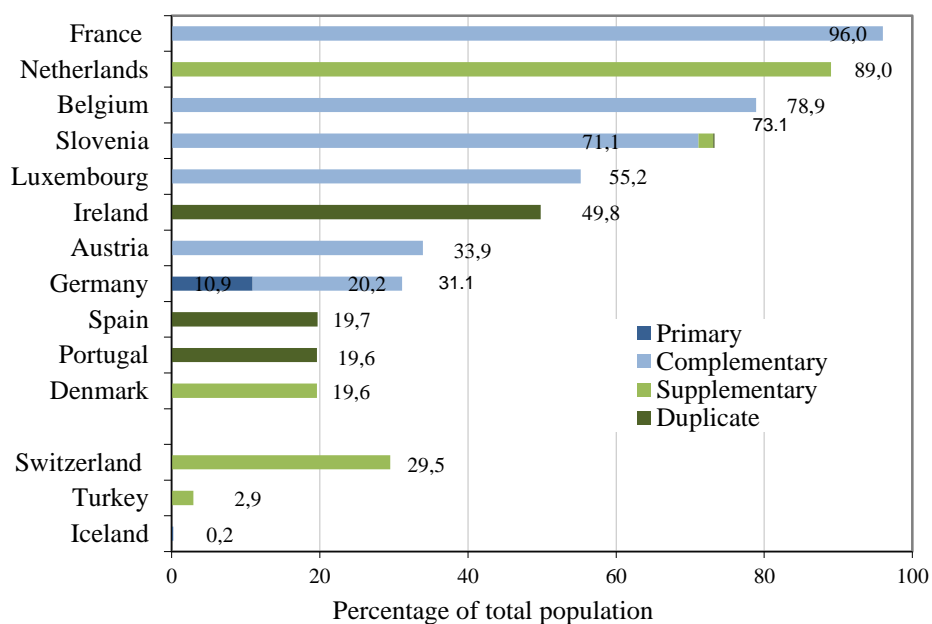


Gráfico 5 – Private health insurance coverage, 2010

Fonte: OECD (2012)

2.6 Síntese

A atividade seguradora teve como marco importante o desenvolvimento da atividade marítima. Verificando-se que desde cedo os reis portugueses perceberam a importância dos seguros para as pessoas, para as organizações e para a economia.

A última década do século XX foi caracterizada pelo surgimento das designadas seguradoras *lowcost*, a tendência continuou até à primeira década do século XXI, a par de várias fusões e aquisições, que moldaram o tecido segurador português. Este facto revela que as companhias de seguros apostam em produtos mais acessíveis, dirigindo os seus produtos para um público-alvo mais sensível à situação económica do país.

Hoje verifica-se no mercado segurador um elevado grau de concentração, fruto das aquisições e fusões que foram surgindo com os anos, com o intuito das seguradoras se tornarem mais rentáveis e produtivas no mercado. Através da literatura, verifica-se que atualmente as seguradoras devem ser inovadoras, pois não é a qualidade que faz a diferença mas a novidade. O marketing no setor segurador assenta numa ótica de comercialização do “primeiro produto” e não do “melhor produto”.

Com a evolução do seguro e do mercado segurador nascem novas formas de seguro e novas coberturas. O seguro de saúde apresenta uma vasta gama de coberturas, oferecendo várias alternativas, sendo o sistema misto o mais requisitado pelos adquirentes do seguro de saúde.

Por fim, verifica-se que os países europeus utilizam uma mistura de financiamento público e privado para pagar os cuidados de saúde, sendo o setor público a principal fonte de financiamento dos cuidados de saúde em todos os países europeus, com exceção do Chipre. Constata-se também que, de todos os países da Europa, França é o país onde a maioria da população (96%) tem um seguro complementar de saúde privado para fazer face ao sistema de segurança social.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Introdução

Ao longo deste capítulo será apresentada a metodologia que foi adotada. Segundo Fortin (2009), a metodologia é entendida como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Nesta linha de pensamento Carmo e Ferreira (1998) define metodologia como o processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de poderem ser comparados e analisados posteriormente.

São muitas as técnicas que podem ser utilizadas num trabalho de investigação. Marconi e Lakatos (1996, p. 57) definem técnica como sendo:

“ um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática. Toda ciência utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos.”

O presente estudo trata-se de um estudo qualitativo, segundo Richardson (1999, p.80) os estudos que utilizam uma metodologia qualitativa podem “*contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos*”.

Uma vez que a componente do trabalho reside no estudo da motivação na compra de seguros de saúde, optou-se por uma abordagem qualitativa, de forma a aprofundar o conhecimento nesta área, tendo por base, duas técnicas:

- Análise Documental;
- Entrevista.

Através da utilização destas técnicas pretende-se verificar fundamentalmente:

- Qual a evolução do seguro de saúde em Portugal nos últimos quinze anos?
- Quais as motivações e aspirações da aquisição do seguro de saúde?

3.2 Análise Documental

Segundo Raupp e Beuren (2006, p.89), a pesquisa documental “ *baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.*”

De acordo com Gil (2002), a pesquisa documental oferece várias vantagens e limitações. No que concerne às vantagens, os documentos são uma fonte rica e estável de informação. O facto de permanecerem ao longo dos tempos, tornam a pesquisa documental numa fonte importante quando se está perante uma pesquisa de natureza histórica. Uma outra vantagem da pesquisa documental reside no seu custo, uma vez que para se fazer a análise de documentos apenas é necessário tempo, tornando-se o custo da pesquisa significativamente baixo, quando comparado com o de outras pesquisas. A pesquisa documental não impõe o contato com outro sujeito.

Mas a pesquisa documental também apresenta desvantagens. Segundo o referido autor, este tipo de pesquisa é criticado pela falta de representatividade e objetividade. Contudo o mesmo indica que existem formas de atenuar estas críticas. Assim, no que respeita à representatividade o investigador pode recolher um grande número de documentos e posteriormente seleciona uma parte dos mesmos recorrendo ao critério da aleatoriedade.

Mas já no que respeita à objetividade, esta já é mais difícil de obter, sendo que o investigador deverá estar atento as implicações por parte deste tipo de pesquisa.

3.3 Entrevista

A Técnica de Inquérito comporta duas técnicas: entrevistas e questionários, as quais são distintas entre si, apresentando diferentes modalidades. A primeira é um método qualitativo, sendo a segunda quantitativo. A escolha da técnica mais adequada, depende do conhecimento prévio que se tenha sobre o tema em estudo e da exatidão da informação obtida (Chiglione e Matalon, 2001).

Uma vez que não existe informação suficientemente credível para o pretendido optou-se pela técnica da entrevista, com o intuito de se obter informação junto de especialistas na área, indo ao encontro do ponto de vista de Carmo e Ferreira (1998, p.128), as entrevistas devem ser realizadas

“nos casos em que o investigador tem questões relevantes, cuja resposta não encontra na documentação disponível ou tendo-a encontrado, não lhe parece fiável, sendo necessária comprová-la; em situações em que o investigador deseja ganhar tempo e economizar energias recorrendo a informadores qualificados como especialistas no campo da sua investigação ou líderes da população-alvo que pretende conhecer”.

De acordo com Barañano (2004, p.93), a entrevista

“consiste no encontro entrevistador-entrevistado, onde o entrevistador coloca uma série de questões ou temas a que o entrevistado deverá responder ou desenvolver, mais ou menos extensivamente, segundo o tipo de entrevista.”

No que concerne ao tipo de entrevista, Chiglione e Matalon (2001) refere que a entrevista pode assumir vários tipos, nomeadamente:

- **Entrevista não diretiva ou livre:** O entrevistador apresenta um tema e o entrevistado desenvolve livremente o seu ponto de vista.

- **Entrevista semidiretiva:** O entrevistador propõe o tema e áreas a serem exploradas e o entrevistado aborda espontaneamente um ou vários temas do esquema e a ordem dos mesmos.
- **Entrevista diretiva ou Estandarizada:** Aproxima-se a um questionário. Neste tipo de entrevista o entrevistador coloca várias questões numa ordem pré-definida.

Nesta linha de pensamento, Barañano, afirma que cada um dos métodos acima descritos é diferente e utilizado para atingir determinados objetivos, sendo eles:

- Controlo;
- Verificação;
- Aprofundamento;
- Exploração.

Portanto, caso o investigador queira validar os resultados obtidos anteriormente, o seu objetivo será o controlo e assim será conveniente optar por uma entrevista diretiva, de forma a obter dados e opiniões com vista à confirmação ou rejeição dos resultados anteriores. No caso do objetivo da entrevista ser a verificação de conhecimentos, será conveniente optar-se ou por uma entrevista semidiretiva ou diretiva. Recorre-se à primeira quando o caso em estudo é essencialmente qualitativo e à segunda quando é quantitativo. Se o objetivo se focar no aprofundamento dos conhecimentos, numa área onde apenas existe o conhecimento geral utilizar-se-á a entrevista semidiretiva (caso o conhecimento inicial seja maior) ou não diretiva (caso o conhecimento inicial seja menor). Mas caso o objetivo se centre na exploração de uma área ainda não conhecida para o entrevistador, o mais conveniente será recorrer à entrevista não-diretiva.

Em suma, consoante o objetivo que se pretenda face aos conhecimentos obtidos sobre a área em estudo, deverá utilizar-se um ou outro tipo de entrevista (Ilustração 3).



Ilustração 3 – Adequação entre o Objetivo da Entrevista e o Método a Utilizar

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de Chiglione e Matalon (2001)

Desta forma optou-se pela entrevista semidiretiva, dado que esta tem por base a verificação e o aprofundamento do tema em estudo.

Vantagens e desvantagens da entrevista

Segundo Barañano (2004), o método da entrevista apresenta vantagens e desvantagens relativamente a outros métodos. No que respeita às vantagens, as entrevistas são mais flexíveis quanto ao tempo de duração, possibilitando ao entrevistador repetir, formular as questões, adaptam-se a novas situações e a diferentes tipos de entrevistados, como os analfabetos, os cegos. No que concerne às limitações deste método, este exige que o investigador possua um grau de especialização maior. Além disso é um método mais caro e também mais demoroso, uma vez que ocupa muito e é difícil de ser realizada (Ilustração 4).

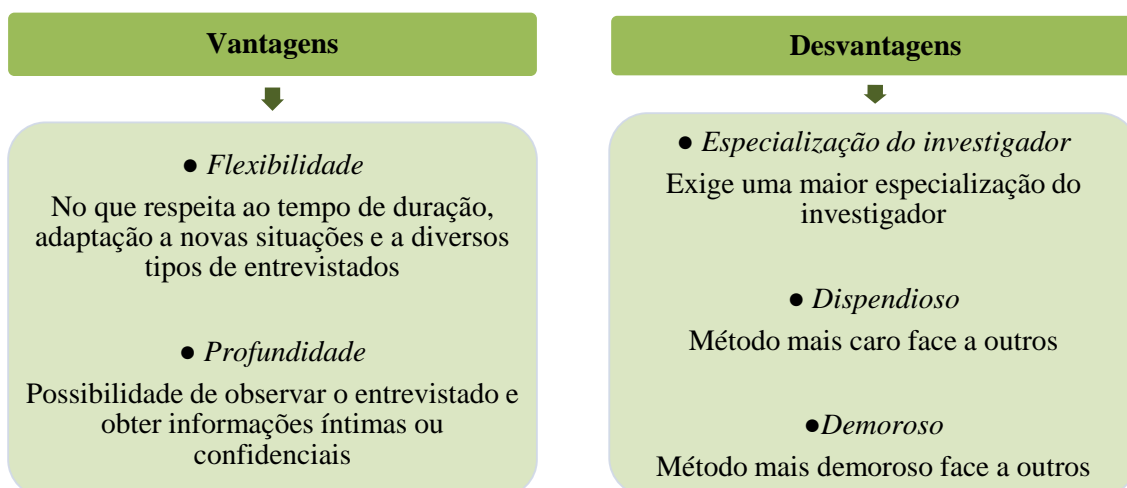


Ilustração 4 – Vantagens e Desvantagens da Entrevista

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de Carmo e Ferreira (1998)

A preparação da entrevista é uma etapa essencial do trabalho de investigação. De acordo com Marconi e Lakatos (1996) a preparação da entrevista exige algumas medidas, sendo elas:

- Planeamento da entrevista: o qual deve ter em consideração o objetivo que se pretende atingir;
- Conhecimento prévio do entrevistado: em que se pretende perceber qual o domínio do entrevistado com o assunto em estudo;
- Oportunidade da entrevista: deverá ser marcada com a devida antecedência a hora e o local, para assegurar-se de que a entrevista será realizada;
- Condições favoráveis: deverá ser assegurado ao entrevistado confidencialidade e a sua identidade;
- Contato com líderes: deverá obter-se a maior diversidade de informações sobre o tema em estudo;
- Conhecimento prévio do campo: de forma a precaver perdas de tempo e evitar o desencontros;
- Preparação específica: deverá ser redigido um guião das questões a serem colocadas durante a entrevista.

4. TRABALHO DE CAMPO

4.1 Introdução

4.2 Análise Documental

A análise documental foi realizada tendo por base relatórios estatísticos cedidos pelo ISP, os quais, na sua maioria não estavam disponíveis na internet, tendo sido preciso efetuar uma visita à biblioteca do ISP, de forma a recolher informações e dados necessários de forma a construir tabelas, gráficos e as respetivas conclusões.

Com base na recolha efetuada, analisou-se primeiramente as rúbricas que tinham bases coerentes durante o período em análise, fazendo-se o levantamento de valores, posteriormente construíam-se tabelas que permitiram elaborar gráficos, com o intuito de verificar a forma como o produto seguro de saúde evoluiu ao longo dos anos no mercado.

De realçar que os valores apurados após análise aos relatórios do ISP foram tratados tendo em conta o valor mais atual, uma vez que se detetou algumas discrepâncias de valores nos relatórios.

A análise documental teve como base um espaço temporal de quinze anos. A escolha deveu-se ao facto dos relatórios anteriores ao ano de 1999 apresentarem valores em escudos. Desta forma com o intuito de se trabalhar com uma base coerente e homogénea e considerando quinze anos um espaço suficiente para construir tabelas, gráficos e respetivas conclusões utilizou-se como ponto de partida o ano de 1999.

Evolução da População Segura

A estrutura da população segura com contratos de seguros de saúde tem vindo ao longo dos anos a sofrer alterações consideráveis. Desde 1999 até ao ano passado, verifica-se um aumento significativo no que concerne ao número total de pessoas com seguro de saúde, evidenciando a importância que este tipo de seguro tem vindo a assumir na área de prestação de cuidados de saúde em Portugal, conforme Tabela 2 indicada.

Ano	População com Apólices Individuais	População com Apólices de Grupo	Total de Apólices
1999	281.893	971.271	1.253.164
2000	534.854	886.527	1.421.381
2001	710.018	714.672	1.424.690
2002	558.024	712.796	1.270.820
2003	906.849	805.805	1.712.654
2004	895.986	863.754	1.759.740
2005	963.145	880.712	1.843.857
2006	863.838	860.844	1.724.682
2007	934.046	963.599	1.897.645
2008	930.315	1.019.458	1.949.773
2009	984.671	1.046.135	2.030.806
2010	1.015.307	1.073.042	2.088.349
2011	993.863	1.092.519	2.086.382
2012	998.411	1.123.614	2.122.025
2013	1.079.267	1.116.893	2.196.160

Valores em unidades

Tabela 2 – Evolução do Número de Pessoas Seguras para Contratos de Seguro de Saúde Individuais e de Grupo

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Note-se que em 1999 estavam seguras cerca de um milhão duzentas e sessenta mil pessoas e que em 2013 o valor quase duplicou, refletindo-se uma maior aquisição deste tipo de seguros ao longo dos anos. Os seguros de saúde de grupo apresentam, em termos gerais, um peso maior face aos seguros individuais mas importa referir que os seguros de saúde individuais assumiram relevância entre o ano de 2003 até 2006, tendo-se verificado neste período, um maior número de pessoas seguras abrangidas por seguros individuais em relação aos seguros de grupo.

A partir de 2006 a proporção de seguros individuais e coletivos tornou-se mais equilibrada.

Em 1999 e 2013, verificou-se que em média 53% do total de pessoas seguras estavam abrangidas por seguros de grupo, estando as restantes 47% abrangidas por um seguro individual, conforme Tabela 3 apresentada.

Média dos Últimos Quinze Anos do Número de Pessoas Seguras com Contrato de Seguro de Saúde		
	Média N° de Apólices	% Média Apólices
População com Apólices Individuais	843.520	47%
População com Apólices de Grupo	939.204	53%
Total de Apólices	1.782.725	100%

Tabela 3 – Média dos Últimos Quinze Anos do Número de Pessoas Seguras com Contrato de Seguro de Saúde

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Conclui-se que o seguro de saúde tem vindo a ganhar importância com o tempo e são cada vez mais as pessoas seguras, quer em termos individuais quer em termos de grupo, conforme se constata através do Gráfico 6, abaixo indicado.

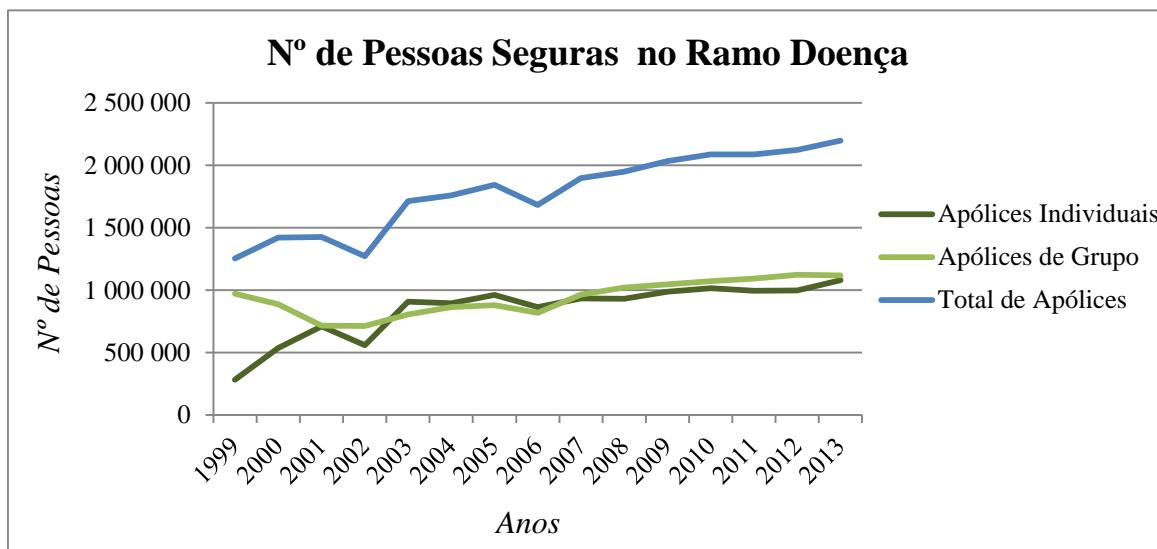


Gráfico 6 – Evolução do Número de Pessoas Seguras para Contratos de Seguro de Saúde Individuais e de Grupo

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Evolução do Número de Apólices Emitidas

Em relação ao número de contratos existentes no final do exercício, verifica-se que existe uma maior proporção de apólices individuais face a apólices de grupo. Isto porque uma apólice de grupo agrega várias pessoas seguras, enquanto o número de pessoas seguras abrangidas numa apólice individual é inferior, conforme se observa na Tabela 4.

Ano	Apólices Individuais	Apólices de Grupo	Total de Apólices
1999	157.892	6.238	164.130
2000	355.449	7.511	362.960
2001	496.945	11.027	507.972
2002	340.417	19.442	359.859
2003	612.303	18.505	630.808
2004	612.137	17.151	629.288
2005	674.057	18.897	692.954
2006	612.403	22.548	634.951
2007	617.805	26.802	644.607
2008	655.831	36.161	691.992
2009	694.562	37.880	732.442
2010	745.484	33.770	779.254
2011	729.941	35.667	765.608
2012	704.379	37.328	741.707
2013	747.219	40.353	787.572

Valores em Unidades

Tabela 4 – Número de Apólices de Seguro de Saúde Emitidas

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

As apólices emitidas do Ramo Doença apresentam um crescimento crescente ao longo dos últimos anos (Gráfico 7), esta evolução acompanha o crescimento do número de pessoas seguras, já que tanto o número de apólices como o número de pessoas seguras estão relacionados diretamente. Se existem mais apólices emitidas, vai existir mais pessoas seguras. Também através do número de apólices emitidas quer a nível individual, quer a nível coletivo se verifica a crescente valorização do seguro de saúde.

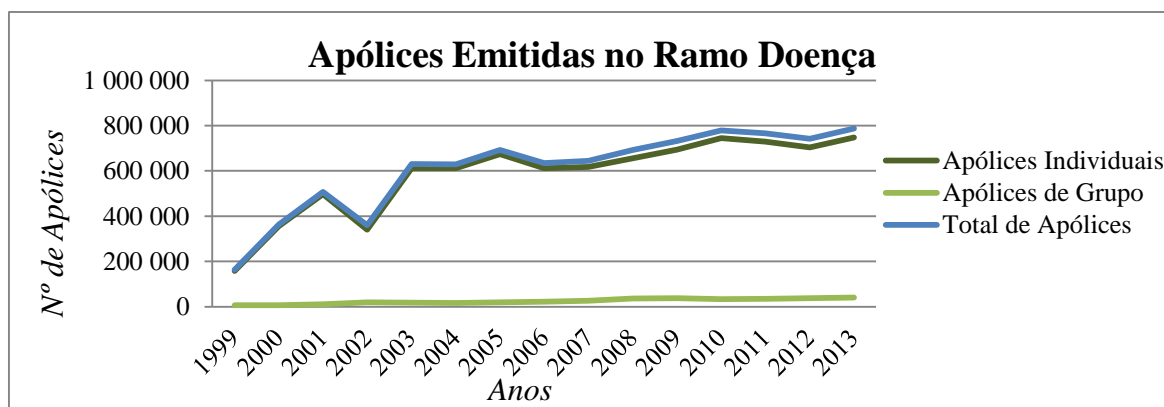


Gráfico 7 – Apólices Emitidas no Ramo Doença

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Evolução dos Custos com Sinistros

O valor dos montantes pagos pelas seguradoras é um dos indicadores utilizados para avaliar a importância social dos seguros de saúde. A estrutura dos custos com sinistros de seguro de saúde tem sido crescente ao longo dos anos, conforme se apresenta na Tabela 5, abaixo indicada. Saliente-se, que a evolução dos custos com sinistros apresenta um comportamento que é determinado pela evolução do Ramo Doença.

Ano	Custos com sinistros
1999	125.186 €
2000	129.838 €
2001	149.346 €
2002	194.932 €
2003	222.829 €
2004	267.621 €
2005	272.598 €
2006	307.177 €
2007	322.075 €
2008	371.706 €
2009	395.648 €
2010	404.805 €
2011	438.739 €
2012	412.177 €
2013	419.283 €

Valores em Milhares de Euros

Tabela 5 – Custos com Sinistros (Montantes Pagos)

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Constata-se que em 2013, as seguradoras despenderam aproximadamente 420 milhões de euros, mais do que o triplo do valor do montante pago no ano de 1999. Como se observa no gráfico seguinte, em Portugal, os custos com sinistros do ramo doença têm vindo a evoluir de forma bastante assinalável.

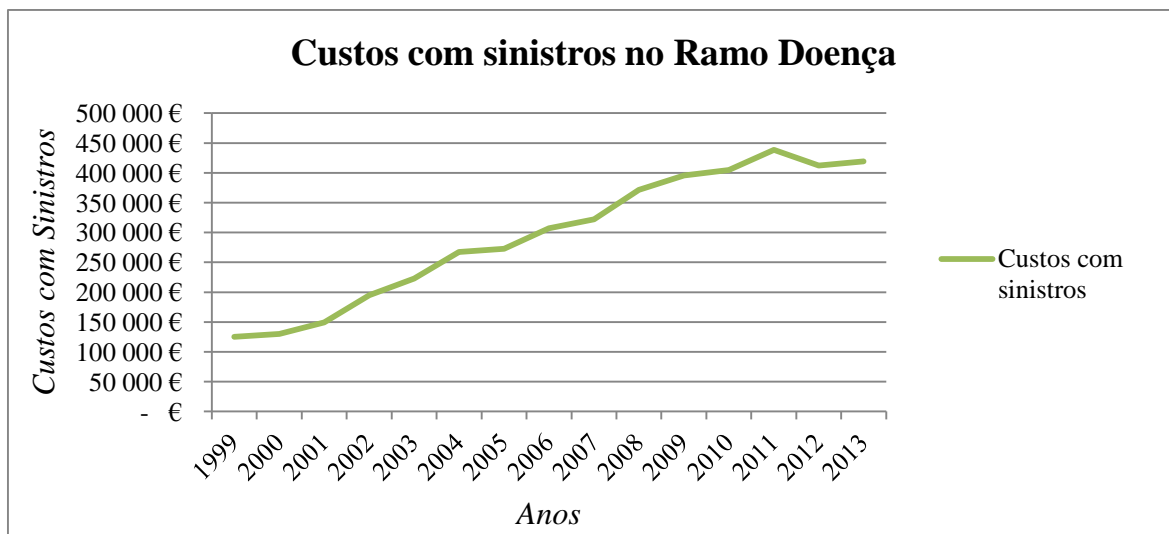


Gráfico 8 – Custos com Sinistros no Ramo Doença

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Evolução dos Prémios Brutos Emitidos

No quadro seguinte apresenta-se os prémios brutos emitidos pelas seguradoras, durante estes últimos quinze anos. Note-se que pelo facto de existir um aumento dos prémios emitidos de um ano para o outro, não significa necessariamente que o seguro de saúde tenha aumentado, ou seja, que o valor pago pelo tomador de seguro tenha vindo a aumentar.

Compreende-se que o aumento desta rúbrica deve-se ao aumento da aquisição dos seguros de saúde, demonstrando o crescente interesse dos consumidores por este tipo de proteção. Assim existindo mais pessoas seguras, existem mais apólices emitidas e consequentemente o valor a receber por parte das seguradoras é maior.

Ano	Prémios Brutos Emitidos
1999	205.513 €
2000	248.058 €
2001	281.821 €
2002	339.341 €
2003	400.769 €
2004	441.861 €
2005	426.534 €
2006	473.667 €
2007	621.243 €
2008	721.475 €
2009	751.389 €
2010	804.433 €
2011	820.659 €
2012	837.667 €
2013	862.059 €

Valores em Milhares de Euros

Tabela 6 – Prémios Brutos Emitidos do Ramo Saúde

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Como se verifica no gráfico seguinte é visível o crescimento dos prémios brutos emitidos pelas seguradoras, no ramo doença.

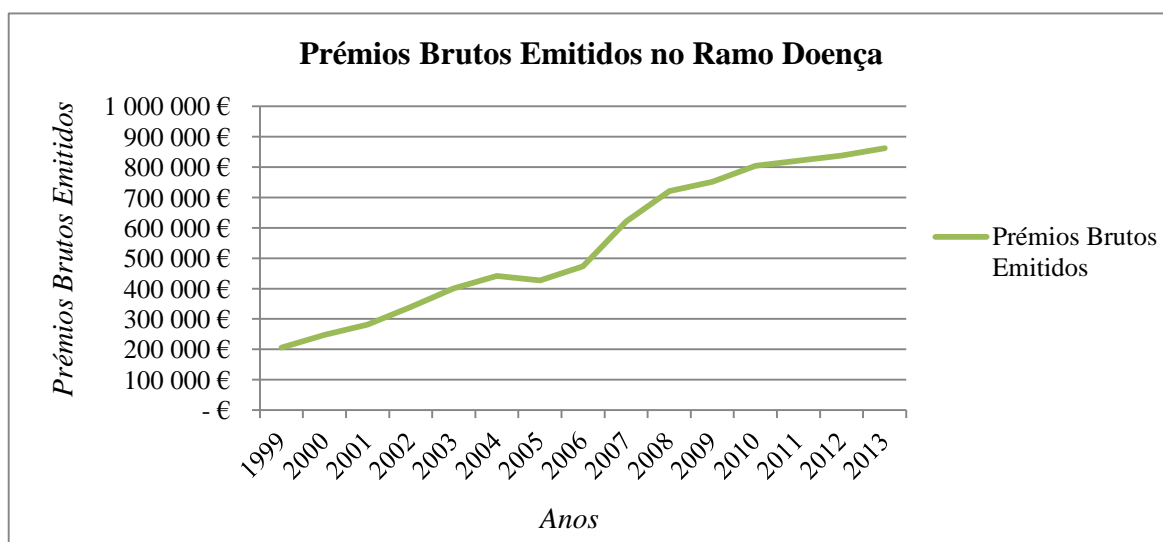


Gráfico 9 – Prémios Brutos Emitidos no Ramo Doença

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Evolução do Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença

O Resultado da conta técnica relativa ao seguro de saúde, evidencia o saldo das contas de gastos e rendimentos. Este resultado tem-se mantido, em termo gerais, negativo, ao longo dos últimos anos, no entanto, no que respeita ao ano de 2007 e 2010, o resultado foi positivo, conforme se pode visualizar na Tabela 7.

Ano	Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença
1999	- 18.323 €
2000	- 14.020 €
2001	- 20.892 €
2002	- 28.919 €
2003	- 17.875 €
2004	- 10.444 €
2005	- 13.250 €
2006	- 1.544 €
2007	5.274 €
2008	- 1.600 €
2009	- 25.570 €
2010	1.405 €
2011	-15.578 €
2012	- 652 €
2013	- 8.445 €

Valores em Milhares de Euros

Tabela 7 – Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

Em linha com as tendências acima descritas os seguros de saúde apresentam, em termos genéricos, prejuízo para as seguradoras. Este é sem dúvida um ramo extremamente complexo para as companhias de seguro, que apesar de demonstrarem uma evolução crescente ao longo destes quinze anos, como se tem vindo a verificar, no que respeita ao número de pessoas seguras, apólices emitidas, prémios brutos recebidos, continuam a apresentar resultados negativos. Este facto pode ocorrer devido aos elevados valores pagos em sinistros pelas seguradoras. O Gráfico 10, permite analisar a evolução do resultado técnico no período em análise.

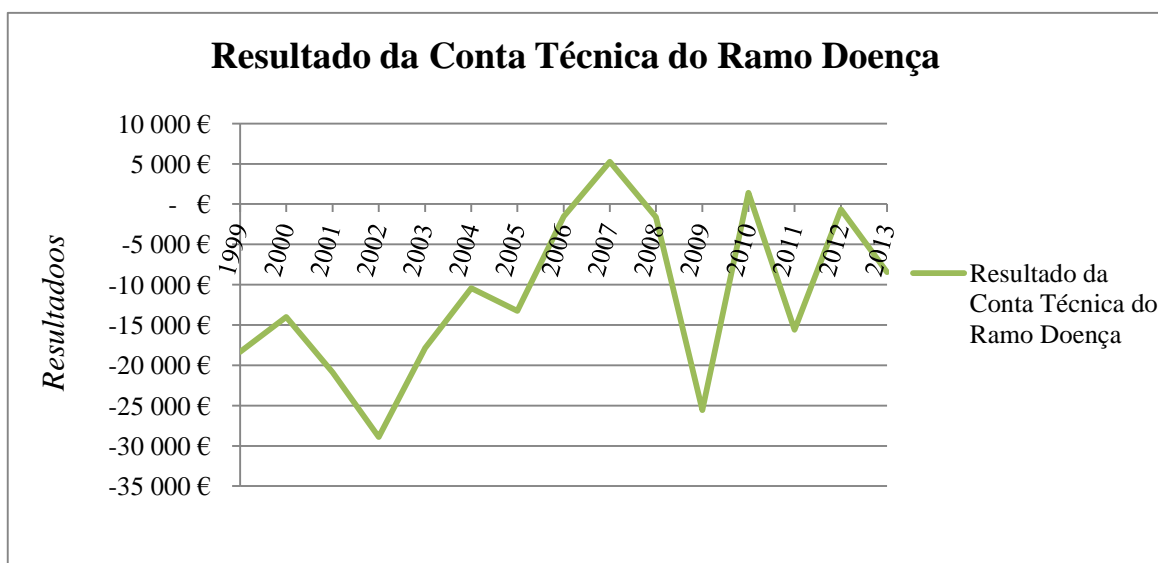


Gráfico 10 – Evolução do Resultado da Conta Técnica do Ramo Doença

Fonte: Elaboração Própria, com base nas Estatísticas de Seguros do ISP (1999 a 2013)

4.3 Entrevista

No trabalho de investigação foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas, conforme referido no capítulo anterior, cujo método de elaboração foi idêntico ao modo de elaboração de um questionário.

O referido trabalho de investigação iniciou-se com a construção de um guião de entrevista, no qual foram mencionadas às questões a realizar, os participantes da entrevistas e o objetivo da mesma.

No que respeita ao espaço territorial, todas as entrevistas foram efetuadas no distrito de Santarém e abarcaram os concelhos indicados na Ilustração 5, abaixo exposta.



Ilustração 5 – Identificação do Espaço Territorial das Entrevistas

Fonte: Elaboração Própria

As entrevistas foram realizadas nos dias 13 e 14 de Outubro de 2014 e tiveram uma duração média de 10 minutos. Para a realização da entrevista houve necessidade de

deslocação às localidades acima indicadas (Ilustração 5) e de forma aleatória procurou-se entidades onde se comercializava o seguro de saúde, nomeadamente mediadores e companhias de seguros, bem como público em geral. Após aceitação verbal por parte dos mesmos, foi dada informação antecipada das questões que seriam abordadas na conversa. Foi também acordado que o nome dos entrevistados seria omissis e que após a gravação o respetivo diálogo seria transcrito.

Relativamente aos sujeitos a entrevistar, a entrevista foi realizada tendo em conta duas óticas:

- **Ótica do comprador:** de forma a compreender o que leva o consumidor a adquirir o seguro de saúde;
- **Ótica do vendedor:** de forma a entender qual a perceção por parte dos profissionais de seguros da aquisição do produto.

Realce-se que, para a realização da entrevista na ótica do comprador, foi feito um pré-inquérito ao público aleatório, de forma a apurar se tratava efetivamente de um consumidor de seguro de saúde, assim só após confirmação desta parte se avançou para a entrevista.

Identificação dos Entrevistados

COMPRADORES – ADQUIRENTES DO SEGURO DE SAÚDE				
Entrevistado	A	B	C	D
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Profissão	Enfermeira	Desempregada	Formadora	Cozinheira
Localidade	Tomar	Entroncamento	Tomar	Ferreira do Zêzere
Anos com seguro	3 Anos	10 Anos	1 Mês	6 Anos
Seguradora/Prestador	Metlife	Victoria	Medicare	Fidelidade
ESPECIALISTAS – VENDEDORES DO SEGURO DE SAÚDE				
Entrevistado	E	F	G	H
Entidade	Mediador Exclusivo ¹⁴	Mediador Multimarca ¹⁵	Mediador Multimarca	Companhia de seguros
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Localidade	Entroncamento	Chamusca	Torres Novas	Tomar
Função	Comercial			Gerente
Anos de Experiência	10 Anos	11 Anos	3 Anos	25 Anos
Seguradoras (com que a entidade trabalha)	Fidelidade	Fidelidade Açoreana Zurich Tranquilidade Lusitânea	Fidelidade Mafre Zurich Liberty Allianz Tranquilidade Metlife	Fidelidade

Tabela 8 – Quadro Resumo da Identificação dos Entrevistados

Fonte: Elaboração Própria

¹⁴ Um mediador de seguros exclusivo é um mediador de seguros que trabalha exclusivamente com uma única companhia de seguros.

¹⁵ Um mediador de seguros multimarca é uma mediador que trabalha com várias companhias de seguros.

COMPRADORES – ADQUIRENTES DO SEGURO DE SAÚDE				
QUESTÕES	ENTREVISTADOS			
	A	B	C	D
1. Motivo da compra	- Reduzir tempo de espera - Consultas mais acessíveis	- Colmatar a ineficiência do SNS	- Acesso a consultas de especialidade	- Atendimento mais rápido
2. Coberturas mais utilizadas	- Dentista - Consultas de especialidade	- Pediatria - Dentista - Ginecologista	- Estomatologia - Oftalmologia	- Consultas de clínica geral
3. Efeito da ADSE e outros subsistemas na aquisição dos seguros de saúde	Compromete a aquisição do seguro de saúde			
4. Nível de aquisição dos seguros de saúde em Portugal em relação à Europa	Em Portugal é menor	Em Portugal é maior	Menor aquisição face a França	Desconhece
5. Valorização do seguro de saúde	Sim: falta de confiança nos médicos de SNS, demora do SNS	Sim: ineficiência do SNS	Sim: consultas de especialidade acessíveis	Sim: rapidez no atendimento
ESPECIALISTAS – VENDEDORES DO SEGURO DE SAÚDE				
QUESTÕES	ENTREVISTADOS			
	E	F	G	H
1. Motivo da compra	- Falta de qualidade do SNS	- Rapidez no atendimento	- Insatisfação com o SNS	- Rapidez no atendimento
2. Coberturas mais solicitadas	- Consultas	- Consultas - Estomatologia	- Consultas - Estomatologia	- Consultas
3. Efeito da ADSE e outros subsistemas na aquisição dos seguros de saúde	Compromete	Não Compromete	Compromete	Compromete
4. Nível de aquisição dos seguros de saúde em Portugal em relação à Europa	Em Portugal é menor	Desconhece	Em Portugal é menor	Desconhece
5. Valorização do seguro de saúde	Sim: qualidade do serviço	Sim: ineficiência do SNS	Sim: ineficiência do SNS	Sim: rapidez no atendimento

Tabela 9 – Resumo dos Conteúdos da Entrevista

Fonte: Elaboração Própria

4.4 Análise dos Resultados

Ao longo destes 15 anos, o seguro de saúde permaneceu em crescimento, quer no que respeita ao número de pessoas seguras, quer a nível de volume de apólices emitidas, resistindo assim às adversidades que foram surgindo no contexto económico em Portugal. Este crescimento demonstra que a sociedade tem valorizado este produto, dado que mais de 2 milhões de pessoas beneficiam atualmente desta proteção em relação ao serviço nacional de saúde, uma vez que lhes permitem uma maior liberdade de escolha no acesso a cuidados de saúde.

Constata-se que de ano para ano a aquisição deste tipo de seguro tem sido maior, quer contratado como opção individual ou como regalia atribuída pela empresa aos seus colaboradores. As entrevistas foram realizadas com o propósito de encontrar as causas que justifiquem a evolução encontrada na análise documental.

Tanto na ótica de quem compra como na ótica de quem vende, verifica-se uma homogeneidade em todas as respostas dadas, conforme se verifica na tabela supra-indicada (Tabela 9).

Conclui-se que as razões que levam as pessoas a adquirir um seguro de saúde, genericamente são:

- Ineficiência do SNS;
- Obtenção de consultas de especialidade mais acessíveis em termos de preço, no setor privado.

Estas razões mostram que de facto as pessoas sentem-se insatisfeitas com o SNS, tornando-se constrangedor a longa espera pelo atendimento, a falta de qualidade e o mau funcionamento do sistema de saúde público. Assim, através da aquisição de um seguro de saúde as pessoas tentam colmatar as falhas existentes no SNS. É neste sentido que se direcionam as respostas dadas por todos os entrevistados, como é o caso do entrevistado G, que garante a respeito da aquisição do seguro:

“Tem a ver com o facto de as pessoas não reconhecerem na parte pública a qualidade de serviço que deveriam merecer... esse motivo leva a procurar um seguro de saúde para que tenham tratamentos mais condignos, com melhor qualidade.”

No que respeita às coberturas mais utilizadas/solicitadas pelos adquirentes verifica-se que estas incidem essencialmente em:

- Consultas (Ambulatório);
- Estomatologia.

Verificando-se assim que a população adquire um seguro de saúde tendo em vista uma perspetiva de consumo, ou seja, de forma a terem acesso a uma variedade de consultas de especialidade, tendo uma preocupação a curto prazo e não a médio e longo prazo, preocupando-se essencialmente com aquilo que é imediato.

No ponto de vista de um profissional da área dos seguros, o entrevistado H, este menciona que de facto as consultas são das coberturas mais solicitado pelos clientes, mas este crítica fortemente esta visão, valorizando pessoalmente a cobertura do internamento hospitalar, considerando-a a mais importante: “... nós tentamos valorizar a parte do internamento hospitalar ... para mim, o risco principal é o internamento hospital, o resto é consumo... a verdadeira essência do seguro de saúde é o internamento hospital.” De forma a reforçar o valor desta cobertura, o entrevistado ainda refere: “E no dia em que os meus filhos deixarem de estar ao abrigo da apólice da companhia, no dia a seguir vão ter uma apólice própria, essencialmente virada para o internamento hospitalar. Isso de certeza absoluta.”

Ainda nesta linha de pensamento, o entrevistado E partilha da mesma opinião que o entrevistado acima referido, indicando: “A hospitalização é muito importante, sabemos ou quem já passou por isso, sabe quanto custa uma pequena cirurgia ... e infelizmente a maioria das pessoas não tem esse dinheiro disponível para pagar.”

Constata-se que perante os profissionais da área de seguros, a cobertura mais importante incide no internamento hospitalar, tal facto vai de encontro ao que fora indicado na revisão de literatura, uma vez que o autor Daniel (2008) indica como coberturas principais “ a) A assistência hospital – internamento; intervenções cirúrgicas; b) Assistência Ambulatória – Honorários; diagnóstico; tratamentos; assistência hospitalar; c) Parto (...) ”.

No que concerne a abordagem da terceira questão, respeitante, ao efeito da ADSE e outros subsistemas na aquisição dos seguros de saúde, esta foi respondida de forma uniforme pelos entrevistados das duas óticas, confirmando estes que a existência da ADS e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde. Note-se contudo que houve um entrevistado, que refutou esta teoria manifestando “ *neste momento não comprometem nada, até ajuda ... já várias companhias com que trabalhamos têm seguros de saúde que são complementos da ADSE. Agora até ajudam a vender um seguro de saúde. Porque é um seguro de saúde que é complementar ao sistema, só, mais nada*”.

A quarta questão foi aquela onde surgiu mais dúvidas, uma vez que em termos gerais existe um desconhecimento do impacto dos seguros de saúde na Europa, por parte das pessoas entrevistadas. Salienta-se que tanto na ótica dos compradores como na ótica dos especialistas apurou-se que ambos têm a noção que o seguro de saúde tem evoluído ao longo dos anos, o que realmente se verifica, conforme já foi referido. No entanto constata-se que este não é um tema que seja do domínio de todos. Os entrevistados D, F e H desconhecem qual a posição do seguro na Europa, conforme afirma o entrevistado H: “*Pois, eu gostava de saber responder a essa pergunta mas não tenho nenhuma noção do que é que existe nos outros países a nível dos seguros de saúde ... não consigo responder a essa pergunta*”.

Contudo a maioria dos entrevistados desconhece o funcionamento deste produto fora de Portugal, mas entendem que o nível de aquisição de seguros de saúde é menor em Portugal, conforme refere o entrevistado E: “*A posição de seguros de saúde tem vindo a crescer. Tem crescido muito em Portugal mas ainda assim muito aquém da Europa.*”, apenas o entrevistado B, refere que em Portugal a aquisição deste tipo de seguro é maior: “*A ideia que eu tenho é que nós somos um pouco dependentes disto até porque o nosso SNS não funciona...eu penso que adquirimos mais do que os outros países, é a ideia que eu tenho.*”

Desta forma conclui-se que existe a perceção de que a aquisição de seguros do ramo doença tem vindo a aumentar e que existe a consciência que esta aquisição é menor em Portugal do que nos restantes países da Europa, o que de facto corresponde à realidade.

No que concerne à última questão, verifica-se que todos os entrevistados valorizam e consideram que o seguro de saúde é valorizado pela sociedade.

A este respeito são apontadas várias razões, as quais se destacam:

- Permite uma maior liberdade de escolha no acesso a cuidados de saúde;
- Permite colmatar as falhas do SNS;
- Oferece uma maior qualidade de serviço;
- Possibilita um atendimento mais rápido.

É ainda de salientar, que a valorização do seguro de saúde tem vindo a evidenciar um crescimento bastante assinalável ao longo dos últimos anos, o qual se confirmou com as entrevistas realizadas, no entanto notou-se, especialmente pelo depoimento efetuado pelos vendedores/comerciais de seguros de saúde que a aquisição de seguros de saúde não é maior devido à instabilidade financeira da sociedade.

Muitos deles testemunharam que não são apenas as pessoas que usufruem do seguro de saúde que o valorizam mas também pessoas que não o tendo, não o adquirem por motivos económicos, conforme é referido pelo entrevistador G:

“Eu acho é que não se vende tanto pelo motivo das pessoas estarem a atravessarem dificuldades económicas ... não quer dizer com isto que não haja a vontade, não haja aquela vontade de realmente ficar melhor ao nível de saúde, mas depois têm aquela vertente do poder económico que cada vez é menor.”

A este propósito, o entrevistador H partilha da mesma opinião, afirmando: *“Quando nós apresentamos o seguro de saúde, a pessoa diz que sim, queria, não pode é porque não tem dinheiro para pagar.”*

Em Suma, depreende-se que a aquisição deste produto não é maior devido à situação económica com que se depara a sociedade. É que caso o país estivesse financeiramente mais estável e que consequentemente existisse um aumento do poder de compra dos portugueses, sem dúvida que a aposta nos seguros de saúde iria ser constante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A saúde é uma das maiores preocupações dos cidadãos nas sociedades modernas, justificando uma acrescida contribuição direta e indireta da sua parte para encontrar os níveis de prestação de serviços por si considerados adequados, ou no mínimo, possíveis”.

Pedro Seixas Vale, Presidente da APS

Conforme afirmação supra mencionada, conclui-se com a realização deste trabalho que o seguro de saúde tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos. Desde cedo se percebeu a importância do seguro, tal facto é verificado através da revisão de literatura, onde se constata que ao longo dos tempos o mercado segurador ganhou uma grande expansão, demonstrando o valor deste mercado junto da sociedade. Os números do ISP mostram também que no final de 2012 existiam 2,1 milhões de portugueses com um seguro de saúde, este representa a valorização que o seguro de saúde tem tido ao longo dos anos. O mesmo se veio a apurar com a análise documental realizada, verificando-se que a aquisição de seguros de saúde tem sido crescente, e com o estudo das entrevistas realizadas, onde se verifica que todos os entrevistados valorizam o seguro de saúde. Através do trabalho de campo, realizado com base em entrevistas, de uma forma geral, constata-se que os cidadãos consideram o SNS ineficiente e recorrem ao seguro de saúde, de forma a obter serviços de saúde de maior qualidade e rapidez. Um outro aspeto apurado respeita às coberturas solicitadas/utilizadas pelos adquirentes de um seguro de saúde, destacando-se as consultas de especialidade (ambulatório) e estomatologia. Realce-se no entanto que os profissionais de seguros, de forma geral, consideram a cobertura de internamento hospitalar como a mais importante.

Um outro ponto importante na análise de entrevistas foi a verificação do nível de conhecimento do posicionamento de seguro de saúde na Europa, confirmando-se, na generalidade, um desconhecimento do tema. Apenas o entrevistado C, foi assertivo: *“Eu tenho noção, que comparativamente a França, Portugal tem muito menos aderência aos seguros de saúde, agora não faço ideia em relação aos outros. Porque cada país tem os seus subsistemas. Agora em França conheço a realidade e sei que eles praticamente só têm seguros de saúde”.* Esta linha de pensamento vai de encontro à

realidade, uma vez que em França, quase toda a população (96%) tem um seguro complementar de saúde privado para fazer face ao sistema de segurança social. No que respeita a esta temática, verifica-se que atualmente todos os países europeus utilizam financiamento público e privado para pagar os cuidados de saúde, destacando-se uma maior relevância no setor público.

A lacuna do seguro de saúde reside em conseguir perceber, no meio da vasta oferta que existe no mercado português, qual é o seguro que melhor se adapta ao perfil de cada pessoa. Este ponto de vista é confrontado pelo entrevistador H, *“as pessoas é que associam seguro de saúde, caro e depois...vão para os portais fazer simulações... colocar os produtos top de gama e assustam-se. E depois não têm a capacidade de ver que aquilo que elas mais precisam não é bem os produtos top de gama mas talvez com um preço baixo ou intermédio conseguiam um nível de proteção muitíssimo elevado”*.

Em suma, contratar um seguro ou plano de saúde é cada vez mais uma necessidade, especialmente devido aos altos custos dos tratamentos médicos de qualidade e à precariedade de atendimento na rede pública, mas ao contratá-lo dever-se-á ter em consideração quais as coberturas que melhor se adaptam as suas necessidades.

Por fim, depreende-se que a condição económica do país é um fator relevante na decisão de compra do seguro de saúde e que caso a situação financeira dos portugueses fosse mais estável, a aposta nos seguros de saúde iria ser ainda maior.

Limitação do Estudo

Importa desde logo destacar a limitação principal à elaboração deste trabalho, a qual assenta no fator tempo, uma vez que um trabalho que impõe restrições temporais, condiciona uma análise mais abrangente e cuidada.

Uma outra limitação concerne no trabalho de campo realizado, dado que foram realizadas oito entrevistas mas face ao tempo disponível não foi possível alargar o tamanho da amostra, a mesma poderia ter sido um pouco mais extensa, de forma, a reforçar o estudo efetuado e oferecer-lhe uma maior consistência.

Propostas para Trabalhos Futuros

Este trabalho pode constituir um ponto de partida para trabalhos futuros, propondo-se a realização de inquéritos com vista à verificação dos resultados obtidos, sugere-se assim que a partir das conclusões retiradas seja efetuada uma análise quantitativa.

Referências Bibliográficas

- Ansoff, I. (1990). *A Nova Estratégia Empresarial*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- António, J. M. (2009). *Sinistros Automóvel: Complexidade versus Conflituosidade*. Obtido em 3 de agosto de 2014, de Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/1758?mode=simple>
- APS. (2014). *Panorama do Mercado Segurador 2013/2014*. Associação Portuguesa dos Seguradores.
- Assembleia da República. (2008). *Constituição da República*. Obtido de Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão - Manual de Apoio à Realização de Trabalhos de Investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cardoso, L. (2006). *Estratégia e Competitividade*. Verbo.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cariço, M. (2014). "Governo Está a Estudar Custos dos Subsistemas de Saúde dos Polícias". Obtido em 03 de setembro de 2014, de Negócios Online: http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/governo_esta_a_estudar_custos_dos_subsistemas_de_saude_dos_policias.html
- Chiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Daniel, L. (2008). *Dinâmica Comercial na Atividade Seguradora*. Porto: Vida Económica.
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, aprova o estatuto do Serviço Nacional de Saúde. (1993). *Diário da República, 1ª série A - N.º 12*. Ministério da Saúde.

- Decreto-Lei n° 72/2008, de 16 de abril, estabelece o regime jurídico do contrato de seguro. (2008). *Diário da República, 1ª série - N° 75*. Ministério das Finanças e da Administração Pública.
- Decreto-Lei n° 94-B/98, de 17 de abril, que regula as condições de acesso e de exercício da atividade seguradora e resseguradora no território da Comunidade Europeia. (1998). *Diário da República, 2º Suplemento, 1.ª série A – N.º 90*. Ministério das Finanças.
- Duarte, A. (2013). *História dos Seguros em Portugal*. Obtido em 11 de agosto de 2014, de <http://www.segurosmais.com/seguros/historia-dos-seguros-em-portugal/>
- ERS. (2009). *Relatório sobre "A Carta dos Direitos dos Utentes"*. Obtido em 11 de setembro de 2014, de Entidade Reguladora da Saúde: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/b728835740d469726edcd5ee88f1362d.pdf>
- ERS. (2011). *Relatório sobre "A Carta dos Direitos dos Utentes"*. Obtido em 10 de setembro de 2014, de Entidade Reguladora da Saúde: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/41/Relatorio_Carta_Direitos_Utententes.pdf
- Ferreira, C. (2014). *Governo Vende por Mil Milhões a Caixa Seguros à Chinesa Fosun*. Obtido em 30 de julho de 2014, de Jornal Público: <http://www.publico.pt/economia/noticia/governo-vende-caixa-seguros-a-chinesa-fosun-1619047>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freire, A. (1998). *Estratégia - Sucesso em Portugal*. Braga: Verbo.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gilberto, F. (2012). *Manual Prático dos Seguros*. Lisboa: Lidel.
- Horta, J. M. (2014). *A Gestão (com lucro) da Seguradora*. Vida Económica.
- ISP. (1999). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2000). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2001). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.

- ISP. (2002). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2003). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2004). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Institutos de Seguros de Portugal.
- ISP. (2005). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2006). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2007). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2008). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Institutlo de Seguros de Portugal.
- ISP. (2009). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2010). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal .
- ISP. (2011). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2012). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2013). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP. (2013a). *Contrato de Seguro*. Obtido em 07 de agosto de 2014, de Portal do Consumidor - Instituto de Seguros de Portugal: <http://www.isp.pt/NR/exeres/E527B387-8D5D-4701-8143-EF1EF088CC56.htm>
- ISP. (2013b). *Estatísticas de Seguros*. Obtido de Instituto de Seguros de Portugal: http://www.isp.pt/Estatisticas/seguros/estatisticas_anuais/historico/ES%202013/C6.pdf
- ISP. (2014a). *Relatório da Evolução da Atividade Seguradora*. Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.
- Lei nº 48/90 de 24 de agosto, que estabelece a lei de bases da saúde. (1990). *Diário da República, 1ª série - Nº 195*. Assembleia da República.
- Leiria, M. (2013). *Marketing de Seguros*. Lisboa: Escolar Editora.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Nascimento, L. C. (2010). *A História dos Seguros em Portugal*. Obtido em 14 de Julho de 2014, de <http://historiadoseguro.com/>

- OECD. (2012). *Health at a Glance: Europe 2012 - Health expenditure and financing*. Obtido em 20 de setembro de 2014, de Organisation for Economic Co-operation and Development: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/05/06/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2f9789264183896-56-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f23056088&accessItemIds=%2fcontent%2fbook%2f9789264183896-en>
- OECD. (2014a). *Health Statistics 2014*. Obtido em 15 de setembro de 2014, de Organisation for Economic Co-operation and Development: <http://www.oecd.org/portugal/Briefing-Note-PORTUGAL-2014.pdf>
- OECD. (2014b). *Health at a Glance: Europe 2012*. Obtido em 02 de setembro de 2014, de Organisation for Economic Co-operation and Development: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/05/06/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2f9789264183896-56-en>
- OMS. (2011). *Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde*. Organização Mundial da Saúde.
- Porter, M. E. (2007). *Estratégia e Vantagem Competitiva*. Editora Planeta DeAgostini,SA.
- PRIVY - Corretores de Seguros, S. (2011). *Seguros Privados*. Obtido em 20 de julho de 2014, de <http://www.segurosprivados.com.pt/?codNode=136>
- Ramos , A. R., & Silva, C. (2009). *Evolução do Seguro de Saúde em Portugal*. ISP - Instituto de Seguros de Portugal.
- Raupp, M. F., & Beuren, I. M. (2006). Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren, *Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade - Teória e Prática* (pp. 76 - 97). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social - Métodos e Técnicas 3ª Edição*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Sambado, C. (2014). *Seguradora Tranquilidade Comprada pelo Fundo Americano Apollo*. Obtido em 02 de setembro de 2014, de RTP Notícias:

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=761548&tm=6&layout=121&visual=49>

Santos, A. J. (2008). *Gestão Estratégica - Conceitos, Modelos e Instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora.

Silva, S. N. (2009). *Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português*. Associação Portuguesa de Seguradores.

ANEXOS

Guião

**GUIÃO DE ENTREVISTA DE INVESTIGAÇÃO AOS ADQUIRENTES E
PROFISSIONAIS DO SEGURO DE SAÚDE**

TEMA:

- ✓ A Evolução do Seguro de Saúde em Portugal

OBJETIVO DA ENTREVISTA:

- ✓ Apurar as motivações e aspirações da aquisição do seguro de saúde

ESPAÇO TERRITORIAL:

- ✓ Distrito de Santarém

SUJEITOS A ENTREVISTAR:

- ✓ 4 Pessoas aleatórias que tenham seguro de saúde
- ✓ 4 Profissionais de venda de seguros de saúde (técnicos comerciais de várias companhias de seguro) – Especialistas

Pessoas com Seguro de Saúde	Técnicos Comerciais
1.O que o levou a adquirir um seguro de saúde?	1.O que leva as pessoas a comprar um seguro de saúde?
2. Quais as coberturas que mais utiliza?	2.Quais as coberturas mais solicitadas?
3. Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?	3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a venda do seguro de saúde?
4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?	4.Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?
5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?	5.Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Entrevistas

As entrevistas estão transcritas literalmente, conforme as respostas dadas pelos entrevistados, encontrando-se as mesmas numa linguagem mais “oral” do que “escrita”. Foram realizadas cinco questões a cada entrevista, as quais são evidenciadas a negrito e às quais se seguem as respostas dos entrevistados.

Entrevista 1

Entrevistado A

Profissão: Enfermeira

Localidade: Tomar

Anos com Seguro: 3 anos

Companhia: Metlife

1. O que o levou a adquirir um seguro de saúde?

O facto de atualmente os hospitais, a nível do serviço nacional de saúde, não darem grande resposta ao atendimento de consultas de especialidade, por exemplo, ou mesmo a nível dentário, os seguros de saúde têm alguns benefícios, nomeadamente a nível económico as consultas de especialidade ficam mais caras e por exemplo a nível do serviço nacional temos de estar muito tempo à espera para uma consulta de especialidade, se quisermos adquirir alguma tem que ser a nível do privado e são muito caras. E portanto nesse aspeto foi o que me levou a adquiri-lo.

Então a nível relação qualidade / preço face ao valor que vai pagar compensa?

Sim, compensa.

2. Quais as coberturas que mais utiliza?

A nível dentário, sem dúvida, e as consultas de especialidade.

Quais consultas de especialidade?

Por exemplo dermatologia... sim mais dermatologia neste momento.

3. Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?

Ahhh... (pausa)

Ou seja, uma pessoa que tenha o seguro da ADSE acha que vai adquirir um seguro de saúde?

Claro que não. Nesse aspeto compromete. Se calhar essas pessoas como têm esse tipo de sistema e têm alguns benefícios já não vão adquirir o seguro de saúde. Aliás essas pessoas, julgo eu, não tenho bem a certeza, tem muito mais benefícios do que quem tem um seguro de saúde, portanto não tem lógica essas pessoas terem seguro.

Então quem tem ADSE nunca tem seguro de saúde?

Pode ter mas tendo em conta os benefícios que tem não lhes interessa ter o seguro de saúde porque já têm benefícios.

Então uma pessoa que tem ADSE não vai adquirir um seguro de saúde?

À partida não. Só se for algum tipo de cobertura específica que a pessoa queira e que haja um seguro de saúde específico para esse tipo de necessidade.

Então acaba por ser um complemento?

Sim. Só se for nesse aspeto, sim. A um nível geral julgo que não.

4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

É assim, não tenho noção neste momento do nível de aquisição do seguro de saúde a nível da Europa. Em Portugal, julgo, a meu ver, que a aquisição é maior, atualmente, e cada vez mais.

Em Portugal consume-se mais?

Sim, neste momento há uma maior aquisição por parte dos seguros de saúde e julgo que a resposta está devido ao serviço nacional de saúde que neste momento está implementado.

Em relação aos outros países consumimos mais? Qual a sua perspetiva?

A minha perspetiva é que atualmente estamos a consumir mais, estou a dizer em Portugal, estamos a consumir mais do que há alguns anos, mas em relação aos outros países da Europa, em princípio não. Porque nos tínhamos um serviço nacional saúde que até funcionava bem e eu não tenho a certeza como é que os outros países funcionam. Mas eu julgo, que eles não têm serviço nacional de saúde, eles gerem-se só por seguros de saúde, nós em relação aos outros países da Europa estamos muito a baixo, portanto a gestão da saúde deles e só a base de seguros de saúde, julgo eu, nós e que neste momento estamos a usar mais porque o nosso sistema de saúde esta pior.

5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Sim Atualmente como as pessoas não têm acesso a consultas de especialidades para um determinado problema, as listas de espera são enormes, para além de que as pessoas

hoje em dia não confiam tanto nos médicos do serviço nacional saúde, então preferem ir a uma consulta de especialidade, ou porque são mais bem tratados ou porque não tem filas de espera. Mesmo a nível dentário tendo em conta também a crise que atravessamos, as pessoas, julgo, que juntam o útil ao agradável, uma vez que conseguem ser mais bem assistidas a nível do privado.

Hoje em dia existe uma maior valorização?

Sim. Há sem dúvida uma maior valorização.

Entrevista 2

Entrevistado B

Profissão: Desempregada

Localidade: Entroncamento

Anos com Seguro: 10 anos

Companhia: Victoria

1.O que o levou a adquirir um seguro de saúde?

Como o SNS é ineficaz pelo menos no meu caso, adquirimos este seguro de saúde para colmatar as minhas necessidades a nível de saúde.

2.Quais as coberturas que mais utiliza?

Pediatria, dentista e ginecologia.

3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?

Para mim não comprometem, porque eles são ineficazes. A ADSE não tem nada a ver comigo porque tem a ver com o público e os outros subsistemas de saúde, que eu conheço é só o SNS e para mim ele é ineficaz, não compromete a aquisição de um seguro de saúde.

Uma pessoa que tenha ADSE não vai adquirir um seguro de saúde?

Acho que sim, normalmente quem tem a ADSE e outros subsistemas não vai adquirir o seguro de saúde, eu falo isto por pessoas que conheço.

Tendo ADSE não vai adquirir o seguro de saúde?

Não.

4.Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

A ideia que eu tenho é que nós somos um pouco dependentes disto até porque o nosso SNS não funciona como eu disse. Eu penso que adquirimos mais do que os outros países, é a ideia que eu tenho.

5.Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Precisamente por isso, pelo SNS não funcionar para a maioria dos portugueses.

Entrevista 3

Entrevistado C

Profissão: Formadora

Localidade: Tomar

Anos com Seguro: 1 mês

Companhia: Medicare

1.O que o levou a adquirir um seguro de saúde?

Porque tenho SNS que não me abrangia nem estomatologia e algumas das especialidades, o que me levou a aderir a este novo plano de saúde.

2.Quais as coberturas que mais utiliza?

Estomatologia, oftalmologia, praticamente só estas.

3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?

É assim se formos a analisar as vantagens que têm o seguro em relação a estes sistemas eu acho que é muito mais vantajoso, temos muito mais participações a nível do seguro embora a ADSE já faço uma grande participação pelo menos nas especialidades que eu estou a falar. Mas não quer dizer que não se complementem. Podem fazer a aquisição pelos dois sistemas em simultâneo.

O facto de algumas pessoas terem ADSE, faz com que essas pessoas fiquem renitentes a aquisição de um seguro de saúde?

Sem dúvida, só pessoas com um rendimento elevado é que conseguem manter estes dois sistemas. Porque a ADSE já abrange uma boa percentagem nas necessárias especialidades.

4.Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

Eu tenho noção, que comparativamente a França, Portugal tem muito menos aderência aos seguros de saúde, agora não faço ideia em relação aos outros. Porque cada país tem os seus subsistemas. Agora em França conheço a realidade e sei que eles praticamente só têm seguros de saúde.

5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Sim porque a maior parte das pessoas tem o SNS e que acaba por não tem qualquer tipo de percentagem de descontos a nível de consultas, de apoio a nível de estomatologia, de acesso a oftalmologia e isso faz com que as pessoas acabem por tentar arranjar uma solução para esta falha deste sistema. Enquanto por exemplo nos subsistemas da ADSE ou no SAMS sabemos que a comparticipação nas consultas tem uma margem muito elevada e as pessoas aderem neste caso a maior parte das pessoas que tem um seguro de saúde é por que estão ligadas ao SNS. É a ideia que eu tenho e foi isso que me levou a aderir a este plano de saúde.

Entrevista 4

Entrevistado D

Localidade: Ferreira do Zêzere

Anos com Seguro: 6 anos

Companhia: Fidelidade (Multicare)

1.O que o levou a adquirir um seguro de saúde?

As consultas são mais rápidas, somos atendidos mais rapidamente.

2.Quais as coberturas que mais utiliza?

Consultas de clínica geral.

3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a aquisição do seguro de saúde?

Porque quem tem não vai comprar seguros de saúde, vai gastar mais dinheiro.

4.Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

Pois isso é que eu não sei. Porque desconheço como é que é lá fora na Europa. A gente cá em Portugal conhece mas fora da Europa não funciona como Portugal.

5.Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Sim, tem mais vantagens e o atendimento é mais rápido.

Entrevista 5

Entrevistado E

Entidade: Mediador Exclusivo

Localidade: Entroncamento

Categoria: Comercial

Anos de Experiência: 10 anos

Companhias com que trabalha: Fidelidade (Multicare)

1.O que leva as pessoas a comprar um seguro de saúde?

Tem a ver com o facto de as pessoas não reconhecerem na parte pública a qualidade de serviço que deveriam merecer, pelo facto de pagarem para a segurança social ou para os diversos sistemas da segurança social. Esse motivo leva a procurar um seguro de saúde para que tenham tratamentos mais condignos, com melhor qualidade.

2.Quais as coberturas mais solicitadas?

É assim a cobertura mais solicitada é o ambulatório, ou seja a parte das consultas digamos assim. São essas que levam a maior parte do dinheiro das pessoas, ou seja o elevado preço que as consultas têm a título particular leva a que as pessoas procurem um seguro de modo a rentabilizar, digamos esse valor e a pagarem menos.

Há mais alguma?

A hospitalização é muito importante, sabemos ou quem já passou por isso, sabe quanto custo uma pequena cirurgia, por mais pequena que seja, é muito fácil disponibilizarmos quatro, cinco mil euros numa cirurgia e infelizmente a maioria das pessoas não tem esse dinheiro disponível para pagar.

3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a venda do seguro de saúde?

Compromete. Embora nós, Multicare, temos acordo com a ADSE, com as ADM, ou seja subsistemas que compartilham em grandes percentagens aos seus contribuintes mas enquanto a ADSE e a ADM continuarem a participarem em tão elevadas percentagens vai ser complicado vender seguros de saúde a essas pessoas. Mas como o caminho não será esse e ao que parece vai ser diminuir as participações a essas pessoas portanto cada vez mais essas pessoas procuram os seguros de saúde também.

De forma a complementarem o que têm ou desistem do que têm e fazem somente aqui?

Não podem desistir. Ou seja na ADM já existe essa possibilidade, mas não estou a ver ninguém, pelo menos até hoje que tenha desistido.

Então serve de complemento?

Sim, até porque os nossos acordos têm diversas opções, as opções de participações de totalidade e as opções de participação da parte que o subsistema não participa, ou seja, o complemento para o subsistema. E daí nesse sentido ter sido um sucesso.

4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

A posição de seguros de saúde tem vindo a crescer. Tem crescido muito em Portugal mas ainda assim muito aquém da Europa. Uma vez que na maioria dos países da Europa as pessoas podem optar ou por sistemas públicos ou sistemas privados, ou juntar os dois portanto existe essa opção. Cá como não existe, nós ainda continuamos a comprar muito menos, o nosso poder de compra também não é muito grande para seguros de saúde tradicionais.

5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Quem o tem valoriza bastante, sim.

Porquê?

Devido à qualidade do serviço, devido à rapidez das consultas, devido à rapidez dos reembolsos quando assim é exigido, devido à facilidade de encontrar clínicas e médicos privados já não só nos grandes centros mas também na chamada “província”, já temos uma rede bastante implantada. As companhias de seguros estão preocupadas nesse sentido e estão a constituir uma rede muito grande, embora seja difícil na província, mas por exemplo a Multicare só no distrito de Santarém já tem cerca de cento e sessenta prestadores de serviços, portanto já revela alguma preocupação, já é um número muito bom para o distrito de Santarém, se falarmos que há cinco anos tínhamos cerca de trinta. Portanto é um número bastante elevado, revela a preocupação das companhias de seguro e revela que as pessoas dão valor ao seguro de saúde.

Entrevista 6

Entrevistado F

Entidade: Mediador Multimarca

Localidade: Chamusca

Categoria: Comercial

Anos de Experiência: 11 anos

Companhias com que trabalha:

- Fidelidade (onde efetua mais seguros de saúde);
- Açoreana;
- Zurich;
- Tranquilidade;
- Lusitânia.

1.O que leva as pessoas a comprar um seguro de saúde?

Eu acho que é mais para terem facilidade no sistema de saúde.

Facilidade como assim?

A nível de atendimento e acaba por compensar. Por exemplo quem tem crianças à pouco tempo gasta muito dinheiro em consultas e com seguro de saúde secalhar no primeiro ano vai buscar todo o dinheiro que foi despendido no seguro de saúde. Se por acaso aparecer um problema e que tenha de fazer uma cirurgia ou alguma coisa, de certeza que é bastante mais rápido do que estar a espera do SNS, listas de esperas, tudo mais.

2.Quais as coberturas mais solicitadas?

É o normal ... ambulatório, que são as consultas e depois pedem muito estomatologia. Até há quem tenha seguro de saúde e depois procure um seguro específico de estomatologia.

3.Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a venda do seguro de saúde?

Neste momento não comprometem nada, até ajuda.

Ajuda porquê?

Ajuda por exemplo, já várias companhias com que trabalhamos, a tranquilidade por exemplo e a Açoreana têm seguros de saúde que são complementos da ADSE. Em que por exemplo, a minha esposa, trabalha no Município, tem ADSE, vai ao médico, a ADSE, comparticipa um tanto, o seguro depois vai comparticipar cerca de 80% do restante daquilo que a ADSE não pagou.

Agora até ajudam a vender um seguro de Saúde. Porque é um seguro de saúde que é complementar ao sistema, só mais nada.

4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

Não faço a mínima ideia. Eu sei que ultimamente, e tive um encontro à pouco tempo na Lusitânia e daquelas coisas que têm vindo a crescer é os seguros de saúde.

Em Portugal tem vindo a crescer, agora se as pessoas consomem mais aqui ou nos outros países não sabe?

Como não conheço, não sei.

5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Se é valorizado?! Acho que se está a tornar um bocado banal, mas continua a ser valorizado.

Mais valorizado do que há uns anos atrás?

Sim.

E porquê?

Secalhar porque é uma escapatória, não sei...

Uma escapatória?

E assim, é uma coisa onde nós gastamos o dinheiro mas depois temos lá o serviço. O SNS não.

Porquê? O SNS não funciona?

Funciona, mas temos de esperar ou funciona mal...também tenho conhecimentos de listas de espera, todas essas situações... e o seguro de saúde é valorizado por causa disso.

Entrevista 7

Entrevista G

Entidade: Mediador Multimarca

Localidade: Torres Novas

Categoria: Comercial

Anos de Experiência: 3 anos

Companhias com que trabalha:

- Fidelidade;
- Mafre;
- Zurich;
- Liberty;
- Allianz;
- Tranquilidade;
- Metlife.

1.O que leva as pessoas a comprar um seguro de saúde?

Principalmente o descontentamento com o SNS. As pessoas sentem-se insatisfeitas. Portanto é muito ingrato, cada vez ter mais despesas com as taxas moderadoras, que subiram de preço, com as esperas, até com a história da falta de materiais nos hospitais para poderem trabalhar. Então realmente isso tudo leva as pessoas a procurarem cada vez mais os seguros de saúde.

2.Quais as coberturas mais solicitadas?

O Seguro dental e também consultas. Ou seja estão à procura de um produto que tenha x consultas por ano e que possa abranger várias áreas. Ou seja o que é ideal para quem tem um problema de saúde mais específico e então procura algo que possa servir nesse sentido ou seja tem um certo problema, por exemplo, precisa de um cardiologista, precisa de habitualmente de x consultas por ano, então normalmente é o produto mais procurado.

3. Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a venda do seguro de saúde?

O que compromete é o encargo. Ou seja, já têm um encargo mensalmente com ADSE e ao contratar um seguro de saúde vão ter mais um encargo, principalmente é a despesa. Embora que na minha opinião já haja bastante procura, porque os que têm ADSE sentem que já não estão totalmente protegidos, sentem que a ADSE cada vez mais comparticipa menos e então começam a pesquisar outras alternativas, que será os seguros de saúde.

4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

Menor. Porque as pessoas ainda não têm a ideia que os seguros de saúde podem ser mais rentáveis do que o SNS e pelo facto de não haver a obrigatoriedade no nosso país. É de conhecimento geral que noutros países realmente já existe seguros obrigatórios e cá isso ainda não acontece.

5. Considera que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

Sim, começa a ser bastante valorizado. Tendo em conta que as pessoas se encontram insatisfeitas pelo SNS também de certa forma valorizam mais o seguro de saúde. Eu acho é que não se vende tanto é pelo motivo das pessoas estarem a atravessarem dificuldades económicas porque se estivessem num país mais estável financeiramente, mais poder de compra, eu penso que as pessoas também iriam apostar mais nos seguros de saúde. Não quer dizer com isto que não haja a vontade, não haja aquela vontade de realmente ficar melhor ao nível de saúde, mas depois têm aquela vertente do poder económico que cada vez é menor.

Entrevista 8

Entrevista H

Entidade: Companhia de Seguros Fidelidade

Localidade: Tomar

Categoria: Gerente

Anos de Experiência: 25 anos

1.O que leva as pessoas a comprar um seguro de saúde?

Bem, basicamente, a necessidade de ter uma alternativa à segurança social, porque a maior parte das pessoas hoje em dia já começa a não estar disposta a esperar meses por uma consulta, meses ou anos por uma cirurgia e então os que tem possibilidade financeira de o fazer ainda vão fazendo seguros próprios e para já há muitas pessoas que não têm médico de família. Basicamente as razões são essas.

2.Quais as coberturas mais solicitadas?

O consumo. Quando as pessoas nos procuram para fazer um seguro de saúde, a essência do seguro de saúde para nós é o risco, ou seja, aquilo que é imprevisível, portanto podíamos nós associar a cobertura de hospitalização. Aquilo que as pessoas procuram é, o que é que eu tenho acesso a consultas, o que é que eu tenho acesso ao dentista, ou seja coisas para consumir no imediato, não naquela ótica de se eu tiver uma problema e se tiver internado tenho um seguro. Não, a preocupação da pessoa é: eu preciso de ir ao médico, o que é que vocês me reembolsam?

Portanto não é o internamento?

Não, o que leva as pessoas a fazer o seguro de saúde é o ambulatório. Essencialmente o ambulatório. Aliás basta ver que há muitas pessoas que estão a fazer a aquisição de descontos de acesso à rede, não é seguro nenhum, é apenas um cartão de desconto, o que só confirma a teoria do consumo.

3. Até que ponto a ADSE e outros subsistemas comprometem a venda do seguro de saúde?

Em algumas classes profissionais sim, há pessoas que nós contactamos que nos argumentam que por ter a ADSE inibe. Mas há muitos que analisando bem as vantagens ou aquilo que a ADSE garante aliando aquilo que o seguro também garante nós conseguimos fazer seguros a associados da ADSE. Mas que inibe, inibe. Na semana passada falei com um professor que tive a explicar as vantagens que poderia ter a utilizar simultaneamente o seguro de saúde, lá está na ótica das consultas, e o posterior envio para reembolso para efeitos da ADSE, mas mesmo assim não o consegui convencer porque lá está é mais um custo que a pessoa vai ter. A pessoa conhece a vantagem do seguro, porque se for a uma consulta a pessoa paga e depois manda para a ADSE que reembolsa uma parte. A vantagem do seguro aqui neste caso seria, ao utilizar a nossa rede, já ia pagar logo menos pelo custo da consulta e depois mesmo aquela parte mais baixa que já pagava iria para a ADSE para reembolso. Aí o cliente valoriza. O problema é que as pessoas acham que há uma duplicação de custos. Estar a fazer descontos para a ADSE e depois pagar um seguro à parte, acham que há uma duplicação de custos, quando não é bem isso que acontece, até porque a ADSE, eu não sei bem como funciona em termos de internamentos e cirurgias mas acho que não é muito completo, mas também não conheço.

Então a sua última palavra em relação a esta questão é que compromete?

Compromete, sim em alguns casos sim.

E alternativas a isso? Há algumas?

Alternativas a ADSE? Já temos, porque entretanto quando se começou a desenhar esta nova realidade de deixar de ser obrigatório fazer descontos para a ADSE, nós também reestruturamos a nossa oferta em termos do saúde. Porque nós tínhamos seguros que funcionavam basicamente em complementaridade com a ADSE, ou seja as pessoas iam a ADSE, e a parte que a ADSE não pagavam mandavam para a seguradora e ainda reembolsavam uma parte, agora temos uma realidade diferente: já temos ao nível dos juízos e professores produtos que lhes dão uma garantia total, ou seja já não estão dependentes de serem fim complementar à ADSE mas já temos seguros que quem quiser sair da ADSE já tem um seguro completo para isso, não está dependente de haver complementaridade no sistema, ou seja, nós só pagamos se a ADSE participar. Era

assim que funcionava em alguns setores. Começamos com os juízes e já vamos também com os professores, o ensino em geral. Já temos soluções para isso.

4. Na sua opinião existe uma maior ou menor aquisição dos seguros de saúde em Portugal face a outros países da Europa?

Pois, eu gostava de saber responder a essa pergunta mas não tenho nenhuma noção do que é que existe nos outros países a nível dos seguros de saúde, não faço ideia a percentagem de pessoas que tem, a percentagem de pessoas que utilizam, não faço ideia como funcionam os regimes de segurança social desses países. Não consigo responder a essa pergunta.

5. Acha que atualmente o seguro de saúde é valorizado? Porquê?

O seguro de saúde é valorizado por várias razões. A primeira é a possibilidade que a pessoa tem de decidir de como é que quer ser tratado, não quer disser que as pessoas não tenham direito a ser assistidas pela segurança social mas o tempo que ainda hoje de manhã ouvi na rádio, que uma consulta de dermatologia demorava dois anos, portanto quem tem um seguro de saúde, valoriza com certeza telefonar para um prestador e daqui a uma semana, três, quatro dias ter uma consulta e secalhar por essa consulta pagar quinze euros ou trinta euros, depende do tipo contrato que tiver. A mesma coisa acontece nas cirurgias, eu conheço casos de pessoas que não têm seguro de saúde e nunca tiveram e tiveram à espera um ano e meio para fazer uma pequena cirurgia às cataratas. Eu também costumo dizer não é necessariamente obrigatório que a pessoa por ter um seguro de saúde que tendo um problema que vá logo para o seguro de saúde, há muitas situações que o SNS até responde bem, se uma pessoa tiver um acidente e tiver que ser operada no SNS, de forma urgente e imediata, pois com certeza que o seguro de saúde não vai substituir esse serviço. Mas na maior parte das vezes o que acontece e que a pessoa tem um acidente ou tem uma doença, entra no hospital e entre a entrada e até decidirem aquilo que lhe devem fazer a pessoa morre. Quem tem seguro de saúde mesmo que tenha de dar entrada no SNS no hospital, contata o seguro de saúde e é transferido e quando há necessidade de cirurgia a rapidez é imediata. Portanto indo concretamente à sua pergunta, claro que quem tem valoriza e quem não tem também valoriza porque conhece o sistema das pessoas que têm seguro de saúde.

Então não têm porquê?

Não têm por várias razões, a maior parte das pessoas é por razões económicas. Quando nós apresentamos o seguro de saúde, a pessoa diz que sim, queria, não pode é porque não tem dinheiro para pagar. Por isso é que nos últimos tempos, secalhar nos últimos dois, três anos, o que se vende mais são os cartões de acesso à rede, que é aquilo que as pessoas ainda podem pagar. Porque entre o não ter nada e ter consultas a trinta euros, é preferível ter consultas a trinta euros do que ir pagar setenta, oitenta, noventa, cento e vinte euros, por uma consulta. Nós temos alguns clientes que antes de fazer o cartão exatamente no mesmo médico pagavam cento e vinte euros e agora pagam trinta. O que nós tentamos sempre mostrar às pessoas é que quando querem comprar apenas o acesso à rede nós tentamos valorizar a parte do internamento hospitalar. Há produtos específicos para isso, há produtos a preços bastante baixos que garantem hospitalização e depois garantem as consultas que é aquilo que as pessoas procuram, mas fazemos ver às pessoas que o seguro principal é aquilo que pode acontecer numa forma grave. Porque cinquenta, sessenta, setenta, oitenta euros para uma consulta as pessoas arranjam, agora se a pessoa tiver que ser internada e operada a uma operação de cinco, seis, dez mil euros as pessoas não podem pagar, mas se a pessoa tiver que ir a uma consulta, pagar noventa euros, se calhar até vai, se for urgente a pessoa vai, agora se for uma cirurgia urgente quem é que vai pagar sete, oito dez mil euros por uma cirurgia urgente, quem é que vai pagar, ninguém paga, portanto se não tiver seguro de saúde...tem de esperar pela segurança social.

Mais algum apontamento que queira deixar?

Hoje em dia a oferta de produtos de saúde é tão vasta, que se as pessoas soubessem bem como é que funcionam e quais os verdadeiros custos do seguro de saúde, possivelmente haveria mais pessoas a ter seguros de saúde. As pessoas é que associam seguro de saúde, caro. E depois normalmente quando vão para os portais fazer simulações vão logo colocar os produtos *top de gama* e assustam-se. E depois não têm a capacidade de ver que secalhar aquilo que elas mais precisam não é bem os produtos *top de gama* mas talvez com um preço baixo ou intermédio conseguiam um nível de proteção muitíssimo elevado. Isto é como ter um carro, há pessoas que gastam setenta, oitenta, mil euros por um carro e outras que compram um carro aparentemente igual por menos vinte mil, só não estaciona sozinho, não tem aquelas luzes que acendem sozinhas, não fala, não tem

GPS, mas secalhar tem as mesmas funções principais do que o outro que é vinte mil euros a menos. Nos seguros de saúde também é assim, há coberturas acessórias que também têm de ser pagas, há coberturas de reembolso de farmácias, há coberturas de reembolso disto e daquilo, de fisioterapias. Agora para mim, o risco principal é o internamento hospitalar, o resto é consumo. Quem procura um seguro na sua essência não é muito caro o seguro de internamento hospitalar, o problema depois é aquilo que se tem de acrescentar ao seguro para tornar aquilo “aos olhos das pessoas”. Mas a verdadeira essência do seguro de saúde é o internamento hospitalar. E as pessoas procuram é o imediato: que desconto é que eu vou ter se for ao dentista? Dificilmente perguntam: se eu tiver que ser internado e operado o que é que o seguro me garante? Algumas pessoas conseguem discernir e quando fazem o seguro fazem-no com o internamento hospitalar, secalhar em vez de pagar oitenta ou noventa euros por ano pagam cento e vinte ou cento e trinta euros e levam um seguro de internamento hospitalar para casa. Para mim vale mais o internamento hospitalar que custa mais trinta ou quarenta euros a mais, do que o resto das consultas. Porque consultas é como eu lhe disse, consultas posso precisar de uma por ano, posso não precisar de nenhuma. Agora internamento hospitalar é uma coisa que eu posso ir aqui a descer as escadas, tropeço e caio com a cabeça no chão. E o seguro de saúde garante acidentes também, com algumas exceções, acidentes de trabalho e acidentes de viação em que haja seguro obrigatório, está excluído mas isso como é obrigatório alguém paga. Agora acidentes é uma coisa que pode acontecer a qualquer pessoa, se a pessoa tiver que ser internada no hospital pode ir daqui para o hospital de Abrantes, estar a espera quinze dias para decidir quem é que a opera e ao quê. E depois passado um mês ou dois a pessoa ainda está à espera para ser operada. Com o seguro de saúde é operada na hora.

É só o que tenho a dizer, não tenho assim mais nada de especial a acrescentar.

Então pessoalmente valoriza o seguro de saúde?

Sim, sem dúvida. Eu tenho aquele que a companhia me paga e tenho aquele que pago para a minha família. E no dia em que os meus filhos deixarem de estar ao abrigo da apólice da companhia, no dia a seguir vão ter uma apólice própria, essencialmente virada para o internamento hospitalar. Isso de certeza absoluta.