

## **DESAFIOS PARA A SUPERVISÃO E REGULAÇÃO DOS SEGUROS DE SAÚDE EM PORTUGAL**

### **Documento para reflexão, discussão e consulta pública**

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) tem vindo a dedicar uma maior atenção ao acompanhamento e supervisão do ramo Doença, visando reforçar a proteção do consumidor. Neste contexto, a ASF definiu um programa de trabalhos que visa melhorar a supervisão e a regulação dos seguros de saúde (como habitualmente se denominam os seguros enquadrados naquele ramo), através de um conjunto de iniciativas, a primeira das quais o lançamento de inquéritos dirigidos aos profissionais de seguros, aos profissionais de saúde e aos consumidores em geral, nos quais se pretendia, por um lado, recolher informação que permitisse identificar as suas necessidades e a sua avaliação deste tipo de seguro e, por outro lado, enquadrar os desafios futuros, procurando-se um efetivo acompanhamento nestas matérias por parte do supervisor.

Na sequência do tratamento da informação proporcionada por estes inquéritos, a ASF promoveu a audição de *stakeholders* com o objetivo de equacionar a implementação de regulamentação mais contextualizada, baseada na realidade vivida pelo setor e mais centrada na governação dos seguros de saúde, sempre com o objetivo final de proteção dos consumidores e do equilíbrio do funcionamento do mercado.

A conjugação destas iniciativas permitiu agregar e consolidar um relevante acervo de dados e de informação cujo tratamento e análise contribuirá para valorizar este exercício tendo em vista a intervenção de regulação e supervisão num setor que apresenta um forte dinamismo e potencial de crescimento. Na sequência da conclusão das duas fases anteriores referidas, afigura-se desejável a concretização de uma consulta pública alargada para recolha de contributos do mercado e aferir a sua sensibilidade, face às questões que foram objeto dos trabalhos precedentes e que enquadram, no essencial, o contexto atual do mercado dos seguros de saúde em Portugal.

## SUMÁRIO EXECUTIVO

A evolução dos sistemas de saúde na Europa tem revelado uma crescente procura de cuidados de saúde resultante, em grande medida, dos processos de transformação demográfica e epidemiológica em curso, e da necessidade de aumentar e melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado.

Em Portugal, e à semelhança do que sucede na generalidade dos países mais desenvolvidos, verifica-se uma maior predisposição para a contratação de seguros de saúde, tanto a nível individual como a nível das empresas, através da inclusão deste tipo de produtos no pacote de benefícios sociais dos trabalhadores. Um dos fatores determinantes para este crescimento parece estar relacionado com a procura de uma maior liberdade de escolha de cuidados de saúde e, simultaneamente, com a necessidade de uma melhoria global das condições de acesso.

Considerando as seguradoras de direito português, foi reportada em 2019 a existência de cerca de 2,9 milhões de pessoas no âmbito de seguros de saúde registando-se uma taxa de crescimento anual superior a 4% no período compreendido entre 2006 e 2019. Em paralelo, os prémios e os custos com sinistros registaram um crescimento médio anual de 6% e de 10% em idêntico período, respetivamente. De acordo com a última informação disponível, e considerando o mesmo universo, o ramo Doença representa atualmente, no conjunto dos ramos Não Vida, 20,1%, valor que compara com os 9,6% registados em 2006.

Apesar de várias disposições específicas no regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, aprovado pela Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, e no regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, atualmente não existe um regime jurídico específico para o seguro de saúde.

É neste contexto que a ASF tem vindo a dedicar uma maior atenção ao acompanhamento e supervisão do ramo Doença, visando reforçar a proteção do consumidor de seguros de saúde, tendo definido um programa de trabalhos que visa melhorar a sua regulação e supervisão através da implementação de regulamentação mais contextualizada, baseada na realidade vivida por este setor e mais centrada na governação deste tipo de seguro, sempre com o objetivo final de proteção dos consumidores de seguros e de equilíbrio do funcionamento do mercado.

Neste sentido, a ASF delineou um conjunto de iniciativas, a primeira das quais resultou no lançamento de inquéritos dirigidos aos profissionais de seguros, aos profissionais de saúde e aos consumidores em geral, nos quais se pretendia, por um lado, recolher informação que permitisse identificar as suas necessidades e a sua avaliação deste tipo

de seguro e, por outro lado, enquadrar os desafios futuros, procurando-se um efetivo acompanhamento nestas matérias por parte desta Autoridade.

A consulta pública que agora se lança aproveita a informação recolhida até agora, colocando em perspetiva possíveis iniciativas a desenvolver no âmbito quer da regulação e supervisão daquele segmento de negócio quer do relacionamento com os consumidores, incluindo-se aqui a prestação de informação considerada necessária ao longo do ciclo de vida do seguro de saúde.

## **GLOSSÁRIO**

### **Código de conduta**

Documento que estabelece linhas de orientação em matéria de ética profissional, incluindo princípios para a gestão de conflitos de interesses, aplicáveis aos membros dos órgãos de administração e de fiscalização, aos responsáveis por funções-chave e aos demais trabalhadores e colaboradores de uma empresa.

### **Co-pagamento**

Valor, por ato médico, a cargo da pessoa segura e pago diretamente ao prestador do serviço clínico.

### **Custos com sinistros**

Custos assumidos pela seguradora com sinistros já ocorridos, correspondentes aos montantes pagos em cada exercício, bem como a variação da provisão para sinistros que se tenha verificado nesse mesmo exercício.

### **Direito de livre resolução**

Possibilidade de o tomador de seguro resolver o contrato de seguro sem necessitar de invocar um motivo para esse efeito.

### **Doença preexistente**

Doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de certeza, se haja revelado antes da celebração do seguro de saúde, ainda que não tenha dado lugar a qualquer tratamento.

### **Ortótese**

Aparelho destinado a suplementar ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, membro ou segmento de membro ou a deficiência de uma função.

### **Período de carência**

Prazo que decorre entre a data de inclusão de uma pessoa segura num contrato de seguro e a data de entrada em vigor das coberturas relativas aos diversos cuidados de saúde. Este período é diferente de cobertura para cobertura, não se aplicando em caso de acidente.

### **Pessoa segura**

No âmbito dos seguros de saúde, é a pessoa cuja saúde se segura, e que se encontra identificada na apólice de seguro.

### **Plano de saúde (ou cartão de saúde)**

Produto que funciona dentro de uma rede de prestadores e que permite ao cliente aceder a um conjunto de serviços de saúde a um valor mais reduzido, não havendo a assunção de risco por parte da plataforma gestora do plano (ou cartão) de saúde.

### **Pluralidade de seguros**

Situação que ocorre quando um mesmo risco, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período, está seguro por vários contratos de seguro.

### **Prática discriminatória**

Ação ou omissão, dolosa ou negligente, que viole o princípio da igualdade, implicando para as pessoas em determinada situação um tratamento menos favorável do que aquele que seja dado a outra pessoa em situação comparável.

### **Prótese**

Peça ou dispositivo artificial que substitui total ou parcialmente um órgão, um membro ou uma parte de um membro destruída ou gravemente afetada.

### **Provisionamento**

Constituição de provisões que servem para fazer face a sinistros que ainda não ocorreram ou que ainda não lhe foram participados, bem como a sinistros já ocorridos e participados, mas que ainda não foram pagos.

### **Rating de qualidade**

Classificação atribuída pelos diversos interessados, em função da sua perceção sobre a qualidade dos serviços prestados pelo operador.

### **Rede de prestadores**

Conjunto de médicos, hospitais ou outros prestadores de serviços que tenham celebrado acordo de prestação de serviços com o administrador da rede.

### **Risco moral**

Situação em que a pessoa segura, por estar abrangida por uma apólice, passa a agir de forma menos cautelosa, aumentando o risco de dar origem a um sinistro.

### **Segunda opinião internacional**

Em determinadas doenças, mais graves, a pessoa segura tem direito a uma segunda opinião médica internacional, junto de especialistas, sobre o diagnóstico realizado ou sobre o melhor tratamento a seguir.

### **Seleção adversa**

Situação que ocorre quando os indivíduos utilizam informações sobre os seus próprios riscos, que a seguradora não previu, para optarem por um seguro ou por outro. Por exemplo, se uma seguradora agrava um risco e outra não, as pessoas com esse risco procuram celebrar o seguro com a segunda seguradora e não com a primeira.

### **Tarifação**

Função, habitualmente desempenhada por atuários, que tem como principal objetivo a quantificação do prémio necessário para a cobertura de determinado risco.

### **Tomador de seguro**

Pessoa, singular ou coletiva, que celebra o contrato de seguro com a seguradora, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

## **ENQUADRAMENTO E RATIONALE**

O trabalho em curso, desenvolvido pela ASF, tem presente o mercado de seguros de saúde no contexto europeu e dos países que integram a OCDE, o contexto de dificuldades que os sistemas públicos de saúde atravessam e as consequências decorrentes da transição dos sistemas de saúde e o papel do financiamento privado e social na proteção da saúde.

A oportunidade deste trabalho justifica-se ainda pelo facto de, em Portugal, as componentes privada e social da despesa de saúde representarem um crescente peso no contexto da despesa total.

No âmbito do conjunto de iniciativas em curso, a ASF tem estado a trabalhar na caracterização do mercado dos seguros de saúde em Portugal, individuais e de grupo, do ponto de vista do impacto na proteção na saúde dos cidadãos, tendo em conta a tendência global crescente na extensão das coberturas de acesso a cuidados de saúde de forma universal à totalidade dos cidadãos. Com efeito, os seguros de saúde assumem um papel cada vez mais importante na complementaridade das coberturas públicas, contribuindo para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo adequado, bem como para garantir um maior grau de liberdade de escolha aos respetivos beneficiários.

Os trabalhos visam, de igual forma, caracterizar o mercado dos seguros de saúde no contexto da transição demográfica em curso e do aumento da longevidade, da modificação das condições sociais e profissionais bem como do crescente peso das doenças crónicas e do seu impacto na utilização dos recursos de saúde.

Merece também atenção a análise das estratégias de implementação e desenvolvimento no mercado dos seguros de saúde ao nível dos seguros individuais e dos seguros de grupo, procurando enquadrar os aspetos essenciais relativos ao desenho dos produtos bem como implicações éticas, clínicas e legais. Em particular, merecem especial atenção as questões relativas aos períodos de carência e pré-existências, coberturas e exclusões gerais, copagamentos e franquias, risco moral e seleção adversa.

Numa perspetiva de evolução, merece igualmente interesse a análise do mercado dos seguros de saúde no que se refere às limitações temporais da respetiva vigência tendo presente a transição demográfica e epidemiológica. Um dos aspetos mais relevantes refere-se ao potencial de desenvolvimento de novos produtos sem limite temporal e de cobertura graduada nomeadamente no que se refere à cobertura de doenças crónicas e doenças graves.

A reflexão e análise em curso pretendem enquadrar ainda as tendências de evolução do mercado de seguros de saúde em áreas específicas como a saúde mental, as terapêuticas não convencionais, e os métodos experimentais e inovadores e o papel das tecnologias e dos sistemas de informação, nomeadamente, o papel da saúde digital, da tele saúde, dos sensores, da monitorização à distância através do recurso crescente às novas plataformas digitais. Neste domínio, merece atenção o importante papel da transformação digital na alteração do modelo de relação entre as seguradoras e os seus clientes, nomeadamente, a problemática relativa aos riscos emergentes associados à posição dominante dos fornecedores de plataformas digitais bem como os riscos de perda de contato direto com o cliente, a perda de dados relevantes, as questões relacionadas com a proteção de dados pessoais e os riscos associados à utilização destes dados e o risco potencial de fraude.

Diversas perspetivas contribuem para o trabalho em curso: as relacionadas com o modelo de negócio utilizado e com o nível de coberturas e exclusões; as iniciativas levadas a cabo pelo mercado segurador numa ótica de autorregulação; as iniciativas regulatórias que, em complemento àquelas últimas, visam dotar o seguro de saúde de um enquadramento legal que permita o desenvolvimento de novas soluções, e a supervisão considerada mais adequada a esse novo enquadramento; e por último, mas não menos importante, a comunicação com o cliente, incluindo-se aqui a informação prestada antes e ao longo da vigência dos contratos, que se pretende mais regular e adequada às necessidades dos beneficiários do seguro de saúde.



## BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE

O seguro de saúde está enquadrado no ramo Doença previsto na alínea *b)* do artigo 8.º do regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora. Os riscos de doença podem também ser explorados em conjunto com os riscos classificados no ramo Acidentes, sendo neste caso o contrato classificado no seguro de Acidentes e Doença previsto na alínea *a)* do artigo 12.º do mesmo regime. Esta é a forma predominantemente comercializada pelas seguradoras autorizadas em Portugal.

Atualmente não existe um regime específico para o seguro de saúde. As principais disposições existentes no regime jurídico atrás mencionado, para além dos artigos 8.º e 12.º, estão relacionadas com aspetos prudenciais, nomeadamente a existência de um módulo de risco específico de acidentes e doença para efeitos do requisito de capital de solvência de base (cf. artigo 120.º e seguintes).

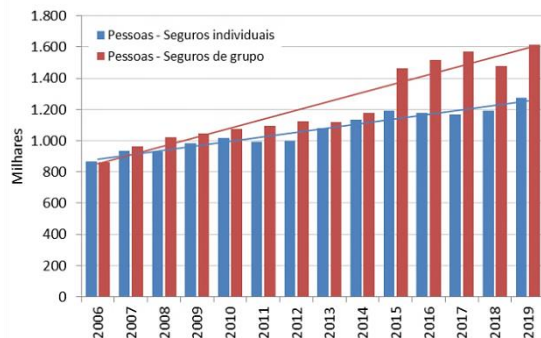
Já no regime jurídico do contrato de seguro, importa principalmente mencionar as seguintes disposições:

- artigo 15.º, relativo a práticas discriminatórias;
- artigo 117.º, que afasta o seguro de saúde da possibilidade de o contrato ser resolvido em caso de sucessão de sinistros;
- artigo 118.º, relativo ao direito de livre resolução;
- artigo 215.º, que afasta o seguro de saúde: do regime do agravamento do risco previsto nos artigos 93.º e 94.º, relativamente às alterações do estado de saúde da pessoa segura; da obrigação de informação da pluralidade de seguros, prevista nos n.ºs 2 e 3 do artigo 180.º;
- artigo 216.º, relativo a doenças preexistentes;
- artigo 217.º, relativo à cessação do contrato, determinando que em caso de não renovação do contrato, e não estando o risco coberto por uma nova apólice, a seguradora não pode, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, recusar as prestações resultantes de doença manifestada ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.

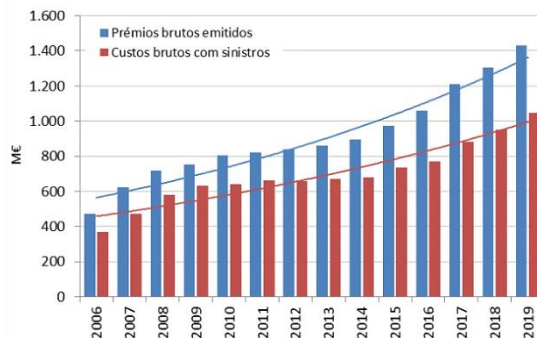
Como já mencionado anteriormente e se pode verificar nos gráficos *infra*, e sem prejuízo de duplicação nos casos em que a mesma pessoa possua vários seguros de saúde, as seguradoras de direito português reportaram em 2019 cerca de 2,9 milhões de pessoas seguras [a maior parte (56%) em seguros de grupo], registando-se uma taxa de crescimento médio anual no período de 2006 a 2019 de 6% nos prémios e de

10% nos custos com sinistros. O peso do ramo Doença no conjunto dos ramos Não Vida é atualmente de 20,1%, valor que compara com os 9,6% registados em 2006.

**Pessoas seguras 2009-2019**

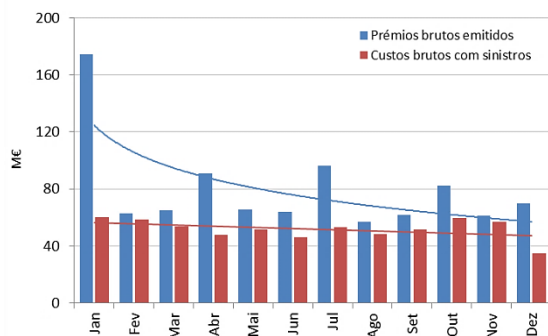


**Prémios e custos com sinistros 2006-2019**



Por sua vez, considerando os movimentos mensais, é possível verificar a existência de um padrão sazonal nos prémios processados, já que grande parte dos contratos vence no dia 1 de janeiro ou no primeiro dia dos trimestres subsequentes. Esta sazonalidade não ocorre do lado dos custos com sinistros, que em 2020 se mantiveram relativamente regulares, como se pode constatar no gráfico seguinte.

**Prémios e custos com sinistros 2020**



O rácio “Custos com sinistros/Produção” reflete a percentagem dos custos com sinistros suportados pelas seguradoras na sua produção, considerando se aqui os “prémios brutos emitidos”, de acordo com a informação reportada periodicamente à ASF. Para o ramo Doença aquele rácio foi de 65,4% em 2020, valor que compara com 72,0% em 2019.

Apresentam-se de seguida outros indicadores úteis para caracterizar o ramo Doença no nosso país, considerando 2019:

- número médio de pessoas seguras por apólice de 1,5 nos seguros individuais e de 22,3 nos seguros de grupo;
- prémio médio anual por pessoa segura de 334,5 € nos seguros individuais e de 268,8 € nos seguros de grupo.

Finalmente, no âmbito da gestão de reclamações por parte da ASF, foram tratadas 653 reclamações no âmbito dos seguros de saúde em 2020, que correspondem a 7,1% do total de reclamações, incidindo na sua maior parte em questões ligadas ao conteúdo do contrato (28,2%), à regularização do sinistro ou à indemnização (22,2%), a diversos aspetos relacionados com o prémio (11,8%) e aos deveres de informação, quer na celebração do contrato (4,1%) quer durante a sua vigência (7,5%).

## **CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO**

O mercado dos seguros de saúde, em Portugal, adquiriu volume e dimensão fruto de um crescimento continuado ao longo dos últimos 20 anos. Trata-se de um mercado maduro onde as relações entre a oferta e a procura aparentam alguma estabilidade. Existem, contudo, desafios e oportunidades que devem ser explorados nos domínios da transparência e da adequação às condições sociais, económicas e demográficas do país, nomeadamente através da criação de novos produtos ou do desenvolvimento dos seguros já existentes.

Na maior parte dos países que dispõem de sistemas públicos de saúde, os seguros de saúde complementam as respostas às necessidades em saúde dos cidadãos, decorrentes das limitações associadas aos sistemas de cobertura geral, mas também à maior exigência que a sociedade coloca na liberdade de escolha dos prestadores de serviços e na garantia de acesso aos cuidados de saúde. Em Portugal, o mercado de seguros de saúde ainda representa uma pequena parte do financiamento e das coberturas em saúde.

Apesar de a dimensão absoluta ainda não ser muito expressiva – em 2019, a taxa de penetração do seguro de saúde (proporção dos prémios daquele segmento de negócio no PIB) era, em Portugal, de 0,4%, sendo que a média europeia estará perto de 0,8% –, o mercado dos seguros de saúde em Portugal revelou um dinamismo acentuado nos últimos anos, sendo patente a necessidade de uma regulação mais discriminativa nos aspetos relacionados com a qualidade do serviço prestado e das garantias contratadas.

O seguro de saúde transformou o seu papel na sociedade na medida em que passou a desempenhar um papel complementar ou supletivo na proteção na saúde dos indivíduos e das famílias. Ao longo dos últimos anos, tem sido discutida a questão dos limites de idade, dos seguros vitalícios e das coberturas associadas à doença crónica e aos cuidados de longa duração.

As seguradoras poderão melhorar os níveis de autorregulação face à natureza facultativa da adesão no sentido de enquadrar e minorar os riscos associados ao risco moral, à assimetria de informação, à seleção adversa e às práticas de desnatação, considerando-se neste conceito a menor disponibilidade das seguradoras para aceitar maus riscos.

Tendo em conta as características mistas do sistema nacional de saúde, é provável que se mantenha o crescimento do mercado dos seguros de saúde. Tal crescimento é, em parte, independente da dinâmica de resposta da cobertura pública uma vez que se situa no domínio complementar e supletivo das respostas às necessidades de saúde.

O mercado dos seguros de saúde deverá evoluir para um quadro de maior transparência das regras contratuais, acompanhado de um alargamento de opções tanto ao nível do desenho dos produtos como das regras de subscrição.

O crescimento da economia funciona como um poderoso indutor para o crescimento das despesas em saúde. De uma forma geral, os ciclos de crescimento económico são acompanhados pelo crescimento da despesa total em saúde e, em consequência, pelas suas componentes: despesa pública e despesa privada. O crescimento económico constitui, igualmente, um fator determinante no aumento da procura de cuidados de saúde e de um aumento das preocupações dos cidadãos com a saúde individual e das famílias.

Os ciclos de crescimento da economia favorecem o aumento do investimento privado em saúde ao nível das entidades prestadoras de cuidados de saúde induzindo, ainda, um aumento da contratação de seguros de saúde de grupo, por parte das empresas a título de benefício social para os colaboradores e respetivos agregados familiares.

Em termos futuros, o crescimento do mercado dos seguros de saúde estará dependente da conjugação de múltiplos fatores. O peso crescente da doença crónica, o envelhecimento populacional, a inovação terapêutica e tecnológica determinarão uma pressão contínua no financiamento público. Para o atual modelo poder manter o seu carácter universal e tendencialmente gratuito necessita do potencial de criação de riqueza resultante do crescimento económico.

Os pagamentos diretos, por parte dos cidadãos, em Portugal, de despesas de saúde assumem características singulares, no contexto Europeu, particularmente penalizadoras em termos de encargos e de impacto no rendimento das famílias. A percentagem de pagamentos diretos, em Portugal, aproxima-se dos 30% o que representa, em si mesmo, um fator de indução de desigualdades e de limitação no acesso.

Para além das questões que decorrem da preferência ligada à liberdade de escolha dos prestadores de serviços, a maior parte destes encargos está relacionada com a parte não comparticipada de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, cuidados de saúde oral e consultas, exames e cirurgias realizadas nos setores privado e social por dificuldades de acesso ao sistema público.

Uma maior assunção dos encargos com as despesas em saúde por parte do mercado segurador poderá representar ganhos de eficiência e reduções de custos para o Estado, reduzindo os custos diretos do Serviço Nacional de Saúde, sem comprometer os princípios da universalidade e da cobertura geral. No quadro de aumento da participação privada no financiamento da proteção da saúde, através de seguros de

saúde, persistem em aberto os temas dos limites de idade e das doenças graves, embora neste último caso existam já algumas soluções disponíveis.

O desenvolvimento de novos produtos, no âmbito dos seguros de saúde, terá de incorporar a transição demográfica e epidemiológica adaptando, progressivamente, a maturidade dos produtos ao ciclo de vida e ao perfil de saúde e de distribuição da carga de doença.

A mutualização do risco deverá ser assegurada tendo em vista o alinhamento da proteção garantida pelos seguros de saúde nas condições extremas de longevidade e de doenças graves. A inovação nos modelos de negócio deve ter em conta as necessidades específicas de subgrupos populacionais em faixas de rendimento mais baixo de modo a salvaguardar a equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde.

O perímetro de coberturas e de garantias deverá ser reequacionado tendo em vista a minimização do impacto da despesa direta das famílias (*out of pocket*) substituindo-a ou incorporando parte dessa despesa em produtos específicos de natureza complementar ou suplementar.

Os novos modelos de seguros de saúde deverão ter em conta a qualidade dos *outcomes*, introduzindo incentivos à responsabilidade individual, à participação nas decisões, ao empoderamento e ao incremento da literacia em saúde.

A importância crescente do setor da saúde resultante do grande desenvolvimento da medicina e das ciências da saúde, bem como o grande impulso da inovação tecnológica, contribuíram para um significativo aumento da procura de cuidados de saúde. A dinamização do mercado de seguros de saúde tornou mais evidente a importância da regulação e supervisão no sentido de prevenir práticas inadequadas tanto ao nível dos aspetos estritamente comerciais como ao nível técnico, no que diz respeito ao *pricing* e ao desenho dos produtos, sem esquecermos obviamente todos os aspetos do relacionamento com o cliente.

A preocupação extrema com a minimização, por parte das seguradoras, do risco moral e de seleção adversa tem conduzido, em muitos casos, a processos de desenho de produto que não salvaguardam totalmente as necessidades individuais das pessoas seguras. O desenho de produto e as implicações éticas, clínicas e legais está indissociavelmente ligado às questões de análise de risco praticadas no setor segurador e, em particular, no mercado dos seguros de saúde.

Para além dos aspetos técnicos e legais e da análise de risco efetuado pela seguradora, é fundamental a qualidade da informação prestada aos consumidores quer no momento pré-contratual quer durante a execução do mesmo. A insatisfação por parte dos utilizadores decorre, por vezes, da insuficiente fundamentação das exclusões ou

da restrição de garantias decorrente das técnicas de avaliação, seleção e aceitação de riscos próprios do mercado segurador.

A complexidade dos produtos delineados, no contexto de seguros de saúde, torna difícil a harmonização absoluta dos critérios de cobertura e de garantias. Os fenómenos que caracterizam o ciclo de vida, nomeadamente, a natalidade, a morbilidade, a mortalidade e a invalidez impactam nos modelos de financiamento e de organização dos sistemas de proteção na saúde.

No que concerne às limitações temporais por idade, importa distinguir entre, por um lado, limitações na subscrição e, por outro, na permanência do contrato. O envelhecimento populacional reflete-se nas características das pirâmides etárias que compõem os sistemas de proteção na saúde com particular importância nos subsistemas e nos seguros de saúde onde o efeito “idade média” é mais sentido nos seguros individuais quando comparados com os seguros de grupo.

Uma das questões discutidas no que diz respeito aos limites de idade impostos pela maior parte dos seguros de saúde está relacionada com o princípio da solidariedade intergeracional. O envelhecimento da população tem um impacto muito significativo nos modelos atuariais gerando uma tensão técnica e económica relevante no desenho dos produtos que compromete a viabilidade de produtos de longa duração nos quais sejam flexibilizados os limites de permanência relacionados com a idade.

A nível público, os sistemas de proteção social incorporam no regime de contribuições e de quotizações um fator de sustentabilidade indexado ao aumento da esperança média de vida. O grande dilema estratégico dos seguros de saúde reside no facto de os produtos se destinarem a cobrir riscos individuais ou coletivos onde as características da população coberta se podem afastar, por vezes significativamente, da população geral.

Este aspeto, muito mais acentuado nos seguros individuais, compromete a “diluição” do risco potencial tornando mais provável a ocorrência de eventos ligados ao risco moral ou à seleção adversa. Os seguros de saúde poderão assumir um papel importante de partilha de risco com a cobertura universal pública pelo que o enquadramento legal e regulatório poderá favorecer a criação de produtos sustentáveis que assegurem a continuidade da proteção em regime de complementaridade.

O envelhecimento populacional e o, conseqüente, agravamento dos quadros co-morbilidade decorrentes da carga de doença crónica representam, atualmente, um dos maiores desafios que se colocam na relação entre oferta e procura. A doença oncológica, cuja evolução se tem vindo a fazer, em grande número dos casos, para

uma doença crónica representa um dos grupos diagnósticos onde esta questão se coloca com maior intensidade.

As seguradoras utilizam modelos de ajustamento do risco com o objetivo de determinar os encargos estimados para um determinado indivíduo ou grupo, recorrendo a modelos preditivos com incorporação das variáveis demográficas e clínicas. A generalização do conceito doença crónica conduz à inclusão numa mesma categoria concetual de um conjunto muito diverso de condições, de complexidade e de duração.

Em Portugal, a existência de um sistema público de cobertura universal bem como de diferentes tipos de subsistemas (públicos e privados) de cariz socioprofissional e matriz mutualista acentua a indefinição das relações de fronteira entre os diferentes agentes conduzindo a uma transferência nem sempre adequada de riscos entre setores.

A nível internacional, regista-se uma tendência de incorporação nos seguros de saúde de coberturas específicas para as usualmente denominadas “terapêuticas não convencionais”. As características deste tipo de respostas tornam muito difícil a análise de risco bem como a estimativa de encargos associados uma vez que, em parte dos casos, não existindo comprovação científica, coloca-se a questão da utilização sem critério numa ótica de consumo associado a bem-estar.

A tendência identificada, a nível nacional e internacional, vai no sentido de limitar o acesso em sede de cobertura com financiamento incorporando este tipo de serviços em redes complementares de saúde e bem-estar integradas por prestadores previamente credenciados que atuam, num quadro de adesão, a preços controlados.

O mercado dos seguros de saúde tem, igualmente, pela frente um outro desafio relacionado com os métodos experimentais, as técnicas inovadoras diagnósticas e terapêuticas em áreas tão diversas como a robótica ou os medicamentos inovadores.

A saúde mental representa uma das áreas mais importantes de possível cobertura por parte dos seguros de saúde. Neste domínio, persiste em algumas apólices a limitação de acesso a cuidados de saúde especializados, como por exemplo as consultas de psicologia clínica ou de psiquiatria bem como o financiamento de atos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos associados.



## QUESTÕES PARA DISCUSSÃO

Esta consulta pública e a consequente reflexão destinam-se aos diversos interessados, sejam eles consumidores, profissionais do setor segurador ou profissionais do sistema de saúde, ou entidades que os representam.

Na sequência do tratamento das respostas recebidas, a ASF irá prosseguir com o trabalho em curso, ponderando devidamente as diversas questões elencadas no questionário.

Existindo, em alguns casos, questões mais direcionadas a um perfil específico de respondentes, a ASF pede contributos a todas as partes interessadas quanto a todas ou a algumas das questões.

Todas as respostas são limitadas a 1.500 caracteres (incluindo espaços), podendo ser utilizada a questão 7 para apresentar informação adicional, se for o caso.

Aceda ao formulário para responder a esta consulta pública [aqui](#).