



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Determinantes da procura por Seguros de Saúde Privados em
Portugal**

Margarida Figueiredo de Sousa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo, Subdiretor

Departamento de Economia, Professor Associado, Investigador
Associado ISCTE Business School

Setembro, 2025

Esta página foi intencionalmente deixada em branco



Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Determinantes da procura por Seguros de Saúde Privados em Portugal

Margarida Figueiredo de Sousa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo, Subdiretor

Departamento de Economia, Professor Associado, Investigador

Associado ISCTE Business School

Setembro, 2025

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Dedico esta dissertação ao meu querido primo João Carlos

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Agradecimentos

Quero, primeiramente, prestar o meu agradecimento ao ISCTE e ao grupo docente responsável pelo Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde, pela Vossa disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e pela passagem de conhecimento ao longo desta etapa.

Ao meu orientador de dissertação, o Professor Doutor Nuno Crespo, pelos conselhos e orientações que me deu, expresso o meu profundo agradecimento. O feedback construtivo e o seu incentivo à finalização deste trabalho, foram essenciais nesta fase do mestrado. Eu sabia que seria o meu orientador desde que frequentei a sua cadeira. Acredite que uma das minhas preocupações passava por não o desiludir.

Farmácia Santo António, Farmácia Faria, Farmácia Barreiros Faria, Farmácia Sálvia e Farmácia Santo Adrião, obrigado por me terem permitido abordar os Vossos clientes para a aplicação do questionário e por me terem recebido tão bem.

Quero agradecer à minha mãe Elisabete e à minha tia-avó Fernanda pelo vosso apoio constante e amor infinito. Obrigado pelo vosso colo e por me aturarem todos os dias. Sem vocês na minha vida nada disto seria possível. Vocês são as melhores mãe e avó do mundo!

Ao meu pai João, obrigado por me ensinares a ser forte nos momentos mais duros da vida.

Agradeço também ao meu namorado Rúben por sempre acreditar em mim e incentivar-me a dar o meu melhor mesmo quando tudo parece difícil. Obrigado pelo teu amor e companheirismo constantes.

Aos amigos e restantes familiares, agradeço o Vosso carinho e apoio. Vocês tornam a minha vida ainda mais feliz e completa.

Agradeço, também, ao meu professor da primária, Professor Rui Carvalho, que me acompanha desde então, pelas dicas e disponibilidade para me ajudar.

Por último, como indicado anteriormente, dedico este trabalho ao meu querido primo João Carlos, que já não está presente fisicamente, mas que estará sempre no meu coração! Eu sei que estarias muito orgulhoso e serias uma das pessoas presentes na defesa da minha dissertação. Alexandra, Cátia e Olga, as minhas estrelinhas, obrigado pelo tempo que vivemos juntas, sei que estarão sempre a apoiar-me do céu.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Resumo

O mercado de Seguros de Saúde Privados (SSP) tem crescido nas últimas duas décadas de forma significativa em Portugal, abrangendo cerca de 31% da população em 2023 (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Para além do caso português, foi explorada, ao longo da revisão de literatura, a realidade do mercado de SSP noutras países do mundo. O principal objetivo desta dissertação é perceber quais os determinantes da procura por SSP em Portugal, de forma a definir o perfil do segurado. Além disso, foi averiguada a existência de relação entre a procura do SSP e a confiança no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e descobertas as razões de aquisição/manutenção do SSP mais prevalentes. Foi elaborado um questionário e, posteriormente, aplicado a clientes de cinco farmácias comunitárias. A amostra é constituída por 302 inquiridos (181 indivíduos sem SSP e 121 com SSP) e foi analisada estatisticamente com recurso ao software *IBM SPSS Statistics*. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a variável “possui SSP?” e as variáveis: “faixa etária”, “estado civil”, “número de agregado familiar”, “escolaridade”, “possui subsistema de saúde?”, “autoavaliação em saúde” e “confiança no SNS”. A pergunta “gostaria de possuir um SSP?” obteve uma maioria de respostas negativas (60%). As razões de aquisição/manutenção do SSP mais prevalentes são: “redução da espera: marcação de consulta/exame/tratamento/cirurgia” (20,3%), “dificuldade de acesso a serviços do SNS” (16,3%), “redução do tempo de espera para atendimento” (11,9%) e “por prevenção” (10,0%).

Palavras-Chave: Seguro de Saúde Privado; Modelos de Serviço de Saúde; Serviço Nacional de Saúde; Determinantes demográficos; Determinantes socioeconómicos; Confiança no Serviço Nacional de Saúde; Razões da procura do Seguro de Saúde Privado.

Classificação JEL: I130

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Abstract

The Private Health Insurance (PHI) market has grown significantly in Portugal over the last two decades, covering around 31% of the population in 2023 (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). In addition to the Portuguese case, the literature review also explored the reality of the PHI market in other countries worldwide. The main objective of this dissertation is to understand the determinants of demand for PHI in Portugal to define the profile of the insured. In addition, the existence of a relationship between demand for PHI and trust in the National Health Service (NHS) was investigated and the most prevalent reasons for purchasing/maintaining PHI were discovered. A questionnaire was developed and subsequently administered to customers of five community pharmacies. The sample consisted of 302 respondents (181 individuals without PHI and 121 with SSP) and was statistically analyzed using *IBM SPSS Statistics* software. A statistically significant relationship was found between the variable 'do you have PHI?' and the variables: "age group", "marital status", "number of household members", "education level", "do you have a health subsystem?", "self-assessment of health" and "trust in the NHS". The question "would you like to have a PHI?" received a majority of negative responses (60%). The most prevalent reasons for acquiring/maintaining PHI are: "reduction in waiting times: appointment scheduling/examination/treatment/surgery" (20,3%), "difficulty accessing NHS services" (16,3%), "reduction in waiting times for care" (11,9%) and "for prevention" (10%).

Keywords: Private Health Insurance; Health Service Models; National Health Service; Demographic determinants; Socioeconomic determinants; Trust in the National Health Service; Reasons for seeking private health insurance.

JEL Classification System: I130

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Glossário de Siglas

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

ASF – Associação de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

NHS – *National Health Service*

PIB – Produto Interno Bruto

SAMS – Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato Independente da Banca

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP – Seguro de Saúde Privado

SSS – Serviço de Saúde Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 - Revisão de Literatura	5
1.1 Características do mercado de Seguros de Saúde Privado	5
1.2 Caracterização do mercado de Seguros de Saúde Privados em Portugal	7
1.3 Caracterização do mercado de Seguros de Saúde Privados a nível internacional	11
1.3.1 Reino Unido	12
1.3.2 Espanha.....	14
1.3.3 República Popular da China.....	17
1.3.4 República do Uganda.....	19
1.3.5 Comparação entre o caso português e os estudos de caso anteriores	20
1.3.6 Outros países.....	25
Capítulo 2 - Metodologia	31
2.1 Modelo Conceptual	31
2.2 Design da investigação.....	31
2.3 Técnica de recolha de dados	32
2.4 População e amostra	33
Capítulo 3 - Resultados e Discussão.....	35
3.1 Determinantes	37
3.1.1 Faixa Etária.....	37
3.1.2 Género.....	38
3.1.3 Estado Civil.....	39
3.1.4 Agregado Familiar.....	40
3.1.5 Número de Filhos.....	42
3.1.6 Escolaridade	43
3.1.7 Condição Financeira	44
3.1.8 Meios complementares e/ou suplementares de acesso a serviços de saúde	47
3.1.9 Autoavaliação em saúde	48
3.2 Confiança no Serviço Nacional de Saúde	50
3.3 Gostaria de possuir um Seguro de Saúde Privado?.....	51
3.4 Razões para manter o Seguro de Saúde Privado	52
Conclusão	55
Limitações	56

Referências	57
Anexos	63
Anexo A – Questionário elaborado para o presente estudo	63
Anexo B – Quadro Percentis da variável “Idade”	70
Anexo C – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Número de agregado familiar”	71
Anexo D – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Número de filhos”	75
Anexo E – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Condição financeira”.....	79
Anexo F – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Confiança média”	83

Índice de quadros

Quadro 1.1 – Razões de aquisição do SSP.....	8
Quadro 1.2 – A evolução da prevalência dos SSP em Portugal desde 2006.....	9
Quadro 1.3 – Determinantes da procura por SSP – Observatório dos Seguros de Saúde	10
Quadro 1.4 – Razões de aquisição dos SSP.....	10
Quadro 1.5 – Despesa total em saúde por financiador no Reino Unido em 2023.....	12
Quadro 1.6 – Determinantes da procura por SSP no Reino Unido	14
Quadro 1.7 – Despesa total em saúde por financiador em Espanha em 2021	15
Quadro 1.8 – Determinantes da procura por SSP em Espanha.....	16
Quadro 1.9 – Determinantes da procura por SSP na China	18
Quadro 1.10 – Determinantes da procura por SSP no Uganda	20
Quadro 1.11 – Despesa total em saúde por país analisado	21
Quadro 1.12 – Pagamentos diretos efetuados pelas famílias e SSP por país analisado	22
Quadro 1.13 – Prevalência da população com SSP por país analisado	22
Quadro 1.14 – Determinantes da procura por SSP mais prevalentes por país analisado	23
Quadro 1.15 – Razões para aquisição de SSP por país analisado.....	24
Quadro 2.1 – Determinantes demográficos, sociais e económicos utilizados em estudo.....	31
Quadro 3.1 – Frequência dos determinantes em estudo	35
Quadro 3.2 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Faixa etária”）.....	38
Quadro 3.3 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Género”）.....	39
Quadro 3.4 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Estado civil”）.....	40
Quadro 3.5 – Testes Estatísticos ^a	41
Quadro 3.6 – Testes Estatísticos ^a	43
Quadro 3.7 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Escolaridade”）.....	44
Quadro 3.8 – Testes Estatísticos ^a	46
Quadro 3.9 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Possui plano de saúde?”）	47
Quadro 3.10 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” X “Possui subsistema de saúde?”).....	48
Quadro 3.11 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Autoavaliação em saúde”）	49
Quadro 3.12 – Testes Estatísticos ^a	51
Quadro 3.13 – Frequência de respostas à pergunta “Gostaria de possuir um SSP?” (amostra total)	51
Quadro 3.14 – Frequência de respostas à pergunta “Gostaria de possuir um SSP?” (amostra com plano e/ou subsistema de saúde).....	52

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Índice de figuras

Figura 3.1 – Prevalência das razões de aquisição/manutenção do SSP escolhidas pelos inquiridos.....	53
---	----

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Introdução

O Seguro de Saúde Privado (SSP) tem sido amplamente utilizado em vários países do mundo, observando-se o crescimento da sua procura ano após ano (OECD Publishing, 2023; Pinilla & López-Valcárcel, 2020; ReportLinker, 2023). No caso dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os SSP são responsáveis pelo pagamento de aproximadamente 10% dos gastos com a saúde, demonstrando o seu papel relevante na redução dos custos enfrentados pelos sistemas de saúde desses países (Trinh et al., 2023). No que diz respeito aos países com cobertura universal em saúde, estes entendem que os SSP podem ser um recurso complementar que auxilia o financiamento público (Shin, 2012). As três principais funções assumidas pelos SSP são: “fonte principal de financiamento de cuidados básicos de saúde para uma percentagem substancial da população em alguns países da OCDE, que não são elegíveis para seguro público de saúde; função suplementar, onde oferecem a cobertura de riscos fora do pacote básico para os indivíduos que vivem em países com cobertura de saúde universal apenas para serviços básicos de saúde; e função complementar, oferecendo uma cobertura adicional para indivíduos em vários países da OCDE com sistemas de seguro público de saúde que permitem a partilha de custos” (Trinh et al., 2023).

Embora os SSP tenham apresentado, por muitos anos, um papel relevante nos países com níveis de baixo e médio rendimento, observa-se um crescimento da sua procura em países com níveis elevados de rendimento e com um serviço de saúde universal (Pinilla & López-Valcárcel, 2020). Os países nórdicos são um exemplo desse crescimento, onde o SSP desempenha um papel complementar significativo na Dinamarca e na Finlândia e um papel suplementar relevante na Noruega e na Suécia (Pinilla & López-Valcárcel, 2020). Através de dados quantitativos, sabe-se que o seguro complementar é utilizado por mais de 90% da população na Bélgica, França e Eslovénia, e o seguro suplementar por mais de 80% em Israel e Países Baixos (OECD Publishing, 2023). Em Portugal, a prevalência de indivíduos com SSP também sofreu um rápido crescimento nas últimas duas décadas, atingindo 31% da população em 2023 (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023).

O desenvolvimento da procura por SSP em vários países do mundo, apesar de a ritmos diferentes, pode ser explicado pelas lacunas no acesso aos serviços públicos de saúde e a medidas governamentais direcionadas ao mercado dos SSP (OECD Publishing, 2023). No entanto, importa salientar que, apesar da dupla cobertura ter, em alguns casos, crescido inicialmente para dar soluções às dificuldades no acesso ao serviço público de saúde, neste

momento, os SSP ganharam terreno e, com a alteração de padrões culturais, a procura pelos mesmos não demonstra sinais de abrandamento (Pinilla & López-Valcárcel, 2020).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português foi criado com o objetivo de garantir o direito à proteção da saúde, assegurando o acesso a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva, sendo assim exemplo de um serviço universal (Serviço Nacional de Saúde, n.d.). Contudo, nos últimos tempos, o funcionamento do mesmo tem revelado alguns problemas, conduzindo a comunicação social a admitir a presença de um período de crise no SNS (Mondina, 2025; Pereira, 2024). As longas listas de espera para cirurgias e consultas, o fecho das urgências hospitalares e a insuficiente resposta dos cuidados primários, são algumas das dificuldades enfrentadas pelos portugueses no acesso aos cuidados de saúde (Pereira, 2024). Tal como foi supramencionado, as lacunas no acesso aos serviços públicos de saúde podem estar a contribuir para o aumento da procura por SSP em Portugal.

O impactante problema das listas de espera para os cuidados hospitalares no SNS, tanto para consulta, como para cirurgia, revela-se, nomeadamente, através da ultrapassagem dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Os TMRG “garantem o direito de acesso, dos utentes do SNS, aos vários tipos de cuidados de saúde sem carácter de urgência, em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição” (SNS 24, 2023). No que diz respeito às consultas agendadas e realizadas nos hospitais do SNS no 1º semestre de 2024, sabe-se que, excluindo as consultas de cardiologia e de suspeita ou confirmação de doença oncológica, os TMRG foram ultrapassados em 51,6% das consultas realizadas, tendo aumentado 2% face ao período homólogo de 2023. A situação ainda é mais grave relativamente às primeiras consultas com suspeita ou confirmação de doença, onde se verificou a transposição dos TMRG em 62% das consultas realizadas. Ao nível das cirurgias programadas e utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) nos hospitais do SNS durante o 1º semestre de 2024, verificou-se um aumento de 2,3% na percentagem do incumprimento dos TMRG, face ao período homólogo de 2023, excluindo as cirurgias cardíacas e oncológicas. Este aumento verificou-se também ao nível da cirurgia cardíaca, sendo que 33,2% dos utentes foram operados após o TMRG, e ao nível da cirurgia oncológica, com um incumprimento dos TMRG em 22,4% dos utentes operados (Entidade Reguladora da Saúde, 2024). Estes elevados tempos de espera podem ainda espelhar o impacto da crise da Covid-19, que provocou em vários países, o adiamento de tratamentos não urgentes, com o objetivo de libertar a quantidade máxima de recursos humanos e de equipamentos para a gestão da emergência.

No que diz respeito aos tempos de espera, para cirurgias não urgentes - cirurgia às cataratas, colocação de prótese da anca e colocação de prótese do joelho - até ao ano 2018, em Portugal,

na Polónia, na Estónia e no Chile verificou-se uma transposição do tempo médio de espera do grupo de dezassete países da OCDE (OECD Health Policy Studies, 2020). Estes dados confirmam que o problema dos tempos de espera encontra-se presente, não só em Portugal, mas também, em outros países do mundo.

Além disso, o SNS enfrenta também um problema ao nível das urgências hospitalares. A crise das urgências tem desencadeado o fecho temporário de vários serviços em todo o país nos últimos tempos, o que desencadeia uma fonte de incerteza e ansiedade entre os portugueses e aumenta o tempo de espera por cuidados de saúde. O serviço de urgência materno-infantil é o mais afetado, provocando um aumento da percepção de risco e de vulnerabilidade, não só para a grávida, mas também para o bebé (Gouveia, 2023). Esta problemática exacerba-se com a divulgação de novos dados em setembro de 2024, onde se observa o aumento da taxa de mortalidade materna por 100.000 nados-vivos de 8,8% no ano 2021 para 13,1% no ano de 2022 (Portal do INE, 2024).

A despesa total em saúde, apesar das dificuldades encaradas pelo SNS, é cada vez mais relevante em Portugal, sendo que no ano 2000, esta representava 8,6% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional e, em 2023, 10% do mesmo (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Gouveia, 2023). De uma forma mais realista, a despesa total em saúde *per capita* em 2023 rondava os 2.600,00€ (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Esta tendência crescente é também acompanhada pelo aumento do financiamento privado em saúde. Em 2000, as entidades privadas cobriam cerca de 30% da despesa total e em 2019, este valor atingiu os 36,9%. Por outro lado, o financiamento público decresceu, sendo que, no ano 2000, este era responsável por 69,8% do financiamento e em 2019, por aproximadamente 64% (Gouveia, 2023). O crescimento do financiamento privado pode ser explicado pela procura crescente de cuidados de saúde em prestadores privados por parte dos cidadãos portugueses. Nesta situação, os SSP surgem como uma possibilidade de apoio financeiro aos cidadãos nos seus gastos com a saúde.

Tendo em consideração a elevada e crescente procura por SSP e o contexto vivido pelo SNS português, será importante verificar o perfil do segurado e as razões que o conduzem à aquisição do seguro. Assim, o principal objetivo desta dissertação passa pela definição dos determinantes da procura por SSP em Portugal. Além disso, pretende-se perceber quais as principais razões de aquisição/manutenção do SSP e averiguar a existência de uma relação entre a detenção do SSP e a confiança do indivíduo no SNS. Estas descobertas permitirão a tomada de conhecimento por parte das seguradoras relativamente ao perfil do segurado e das razões de aquisição do seguro, conduzindo a uma tomada de decisão mais correta e, consequentemente, ao desenvolvimento

de medidas mais eficientes e eficazes para a angariação e manutenção de clientes. Posteriormente, procurar-se-á perceber a realidade dos sistemas e serviços de saúde de outros países do mundo, comparando-a com a realidade portuguesa.

Na revisão de literatura serão exploradas as características do mercado de SSP em geral, em Portugal e a nível internacional. Para além das informações recolhidas através da revisão de literatura, foi elaborado e aplicado um questionário para a obtenção de novos dados sobre a população portuguesa acerca dos determinantes da procura por SSP. Por fim, serão apresentados os resultados e efetuada a discussão sobre os mesmos.

Capítulo 1 - Revisão de Literatura

1.1 Características do mercado de Seguros de Saúde Privado

Primeiro importa definir o que distingue os SSP das restantes ofertas de apoio financeiro aquando da utilização dos cuidados de saúde por parte dos indivíduos. Atualmente, para além do conceito de seguro de saúde, surge-nos frequentemente o conceito de plano de saúde. O plano de saúde “é um 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” (ASF Portal do Consumidor, n.d.). Estes não estão abrangidos pelas regras legais do contrato de seguro e não sofrem a supervisão da *Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões* (ASF) (ASF Portal do Consumidor, n.d.). Os clientes pagam um certo valor mensal pelo plano de saúde e este permite o acesso, principalmente, a consultas através de um preço mais reduzido (Fernandes, 2021). Assim, a entidade gestora do plano de saúde não assume riscos e o cliente paga os serviços de forma direta e na sua totalidade (ASF Portal do Consumidor, n.d.).

Por outro lado, com os SSP, através do pagamento de um determinado prémio de seguro, os clientes podem possuir um regime de copagamento, de reembolso ou de ambos. O regime de copagamento, ou convencionado, permite que os clientes suportem apenas uma parte da despesa, sendo que a seguradora irá comparticipar de forma direta os atos realizados. Esta comparticipação existe caso a seguradora tenha um acordo com o estabelecimento. No caso do regime de reembolso, o cliente paga o serviço de forma integral e envia posteriormente a fatura à seguradora, que suporta a percentagem da despesa consoante o contrato existente (ASF Portal do Consumidor, n.d.). Os planos de saúde, apesar de não exigirem certas pré-condições e não possuírem *plafond* anual e franquias, apenas disponibilizam o regime de copagamento, revelando, assim, uma oferta mais limitada em termos de serviços de saúde (Fernandes, 2021; Gouveia, 2023).

Para além dos SSP e os planos de saúde, ainda importa explicar o papel dos subsistemas de saúde, como, por exemplo, o Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE) e o Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato Independente da Banca (SAMS). Os subsistemas de saúde são esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas, restringindo-se, normalmente, a colaboradores em instituições públicas ou privadas. Estes podem ser públicos ou privados, tendo em consideração a instituição responsável pela garantia da comparticipação dos cuidados de saúde recebidos pelos indivíduos. Tal como os SSP, os subsistemas disponibilizam o regime convencionado e o regime de reembolso (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

A procura por SSP cresceu exponencialmente, para dar resposta a problemas evidenciados no SNS, como as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, e também, pelo elevado gasto financeiro das famílias ao nível da saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Isabel Tavares, 2023; Paccagnella et al., 2012; Pinilla & López-Valcárcel, 2020).

Os SSP podem ser adquiridos de forma voluntária ou obrigatória pelos cidadãos. Os SSP assumem, principalmente, a função de suplemento ao seguro público, oferecendo cuidados que também se encontram disponíveis no SNS, mas com vantagens em termos de acesso (Silva, 2009). Para além disso, os SSP podem inserir-se também noutra categoria quando comparados com o SNS: cobrem serviços que não são cobertos pelo SNS, complementando o mesmo (Barros, 2022; Paccagnella et al., 2012).

Do ponto de vista das seguradoras, quando os indivíduos as abordam na procura por um seguro de saúde, estas deparam-se com uma barreira imediata provocada pela dificuldade na tomada de conhecimento relativamente ao historial comportamental e clínico dos indivíduos. A presença de informação assimétrica é um problema complexo, que se manifesta por dois modos principais: o risco moral e a seleção adversa (Isabel Tavares, 2023). O risco moral surge quando os indivíduos, após aquisição de um seguro de saúde, tendem a usufruir mais vezes dos cuidados de saúde do que o necessário, visto que as despesas são suportadas pela seguradora (Isabel Tavares, 2023; Wu et al., 2020). A seleção adversa ocorre quando a seguradora não está a par de todas as informações do estado de saúde e perfil de risco do indivíduo aquando da definição do prémio e cobertura do seguro (Bolhaar et al., 2012; Isabel Tavares, 2023; Wu et al., 2020). A seleção adversa revela-se um desafio para as seguradoras, na medida que pode “atrair uma proporção maior de indivíduos de alto risco, com consequências financeiras potencialmente adversas” (Isabel Tavares, 2023; Schmitz, 2011). De forma resumida, o risco moral e a seleção adversa “criam ineficiências no mercado de seguros e conduzem a uma correlação positiva entre a generosidade do seguro e o consumo de serviços de saúde” (Powell & Goldman, 2020).

Com o intuito de reduzir o impacto provocado pela informação assimétrica, as seguradoras têm adotado várias estratégias e medidas. As medidas criadas para minimizar o impacto do risco moral são distintas das que pretendem limitar o efeito da seleção adversa (Powell & Goldman, 2020). Os copagamentos e as franquias impõem uma proteção financeira limitada aos segurados e, por isso, são medidas que minimizam o risco moral (Paccagnella et al., 2012; Wu et al., 2020). Além disso, um exemplo prático da redução desse risco, é a estipulação do número de sessões de fisioterapia comparticipadas (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). No que diz respeito ao controlo da seleção adversa, o foco das medidas elaboradas pode recair sobre os prémios, coberturas e quotas pagas pelos segurados. Os prémios podem ser baseados no risco médio da

população, com o intuito de diminuir a prevalência de segurados com alto risco de utilização dos cuidados de saúde e os elevados prémios monetários (Wu *et al.*, 2020).

Por outro lado, também se podem verificar comportamentos positivos por parte dos indivíduos que adquirem o SSP. A seleção vantajosa é um exemplo disso, caracterizando-se pelo facto de os indivíduos mais avessos ao risco serem mais propensos a adquirir um seguro de saúde e exibirem comportamentos preventivos em saúde (Bolhaar *et al.*, 2012; Isabel Tavares, 2023; Schmitz, 2011). O conceito de aversão ao risco é bastante relevante para as seguradoras, pois “indivíduos avessos ao risco estão dispostos a pagar por um seguro para garantir a certeza e evitar uma perda potencial de tamanho incerto”. No entanto, este é um conceito difícil de medir (King & Mossialos, 2005; Schmitz, 2011).

1.2 Caracterização do mercado de Seguros de Saúde Privados em Portugal

O SNS português segue os princípios do modelo de sistema de saúde de Beveridge, tal como Espanha, Irlanda e Reino Unido. Este modelo permite o acesso aos cuidados de saúde independentemente da capacidade de pagamento dos cidadãos, pois verifica-se “o princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório por impostos, assegurada por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado os montantes de que necessita” (Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Isabel Tavares, 2023).

O modelo de sistema de saúde de Bismarck, adotado em países como a Alemanha, França e Países Baixos, “também visa assegurar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua capacidade de pagamento” (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). No entanto, o modelo Bismarckiano funciona através de seguros sociais de adesão obrigatória, que são financiados por contribuições de empregados e empregadores. O Estado garante, normalmente, as contribuições dos desempregados e grupos vulneráveis (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

No que diz respeito ao financiamento dos cuidados de saúde, ainda que o SNS português siga o modelo de Beveridge, este coexiste com outros dois sistemas: os esquemas especiais de seguro para determinadas profissões e empresas, como por exemplo, a ADSE, e os SSP. Para além destas fontes de financiamento, reconhece-se também os pagamentos diretos efetuados pelas famílias (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Num estudo elaborado pela *Entidade Reguladora da Saúde* (ERS), de 2015, verificou-se, em resultados compreendidos entre os anos de 2004 e de 2013, a tendência para o aumento do financiamento privado em saúde e a diminuição do financiamento público em saúde. O financiamento privado foi assegurado principalmente pelos pagamentos diretos efetuados pelas

famílias, seguido pelos SSP, tendo-se observado um aumento da percentagem de financiamento de ambos os grupos ao longo dos anos analisados (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Esta tendência mantém-se até à atualidade pois, recorrendo aos dados divulgados no *Observatório dos Seguros de Saúde*, de 2022 para 2023, verificou-se uma diminuição do financiamento do Serviço Nacional e Regional de Saúde e um aumento do financiamento privado, nomeadamente, os pagamentos efetuados pelas famílias e pelos SSP (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Ao comparar o financiamento dos cuidados de saúde do ano de 2004 com o ano de 2023, o financiamento público diminuiu cerca de 15% e, ao nível do financiamento privado, observou-se um aumento dos pagamentos diretos pelas famílias em 5% e dos pagamentos pelos SSP em 2,2% (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Entidade Reguladora da Saúde, 2015). O financiamento direto efetuado pelas famílias continua a ter um peso relativo, significativamente superior ao financiamento realizado pelos SSP, 29,8% e 4,3% respetivamente (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023).

No mesmo estudo supracitado da ERS, foram analisados os dados recolhidos através de um questionário sobre o tomador de SSP português que englobou vários pontos, como, por exemplo, o perfil e as razões da contratação dos SSP. A faixa etária entre os 30 e os 39 anos foi a mais prevalente, assim como o género feminino (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Relativamente às razões da contratação, as três respostas mais frequentes foram: o desejo de obtenção de tempos de espera mais curtos nas consultas (48%), por prevenção (46%) e o desejo de ter maior liberdade na escolha dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (45%) (Quadro 1.1) (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Quadro 1.1 – Razões de aquisição do SSP

Razões	% de pessoas seguras
Para tempos de espera mais curtos nas consultas	47%
Por prevenção	46%
Para maior liberdade de escolha	45%
Para tempos de espera mais curtos em cirurgias	30%
Para ter acesso a cuidados não disponíveis no SNS	27%
Para melhorar acesso a cuidados para os filhos	25%
Para não recorrer mais ao SNS	17%
Por outras razões	15%

Para partos em hospitais privados	13%
Para aproveitar as deduções fiscais	4%

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, 2015

Em 2013, 21% dos portugueses já haviam contratado um SSP (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Em comparação com os dados do ano de 2023, verificou-se um aumento de cerca de 10% da população portuguesa com SSP atingindo os 31% (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Barros, 2022). No Quadro 1.2 (informação disponibilizada pela ASF) é possível visualizar a evolução da sua prevalência nas últimas duas décadas.

Quadro 1.2 – A evolução da prevalência dos SSP em Portugal desde 2006

Ano	Prevalência dos SSP em Portugal	
		Nº pessoas seguras
2006		1 724 681
2007		1 867 645
2008		1 949 773
2009		2 030 806
2010		2 088 349
2011		2 086 382
2012		2 122 025
2013		2 196 160
2014		2 309 621
2015		2 654 232
2016		2 782 032
2017		2 818 296
2018		2 769 418
2019		3 020 215
2020		3 160 623
2021		3 453 760
2022		3 704 307
2023		3 920 390

Fonte: Dados disponibilizados pela Autoridade de Supervisão dos Seguros de Saúde

Em 2023, a faixa etária entre os 35 e os 54 anos é onde se verifica uma maior prevalência de população coberta por SSP. No que diz respeito ao género, verifica-se uma ligeira diferença entre o masculino (47,1%) e o feminino (52,9%). A maior parte da população com SSP está empregada (82,1%), terminou o ensino superior (48,8%) e o rendimento mensal líquido do agregado familiar é superior a 1500€ (79,8%) (Quadro 1.3) (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023).

Quadro 1.3 – Determinantes da procura por SSP – Observatório dos Seguros de Saúde

Determinantes da procura por SPP	
Idade	Entre os 35 e os 54 anos
Escolaridade	Elevada
Emprego	Empregado
Rendimento mensal líquido (agregado familiar)	Superior a 1500€

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023

As razões da contratação de SSP, em 2023, foram as seguintes: a dificuldade de acesso a serviços do SNS (38,8%), redução do tempo de espera: marcação de consulta/ exame/ tratamento (25,9%) e maior qualidade dos serviços prestados no privado (20,9%) (Quadro 1.4) (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023).

Quadro 1.4 – Razões de aquisição dos SSP

Razões	% de pessoas seguras
Dificuldade de acesso a serviços do SNS	38,8%
Redução da espera: marcação de consulta/ exame/ tratamento	23,0%
Maior qualidade dos serviços prestados no privado	20,9%
Pode ser seguido por um especialista em concreto	17,8%
O custo do serviço mais reduzido na rede de prestadores	9,8%
Redução do tempo de espera para atendimento	9,0%
Liberdade de escolha dos prestadores	8,5%
Maior qualidade dos profissionais de saúde do prestador	6,8%
Nenhuma motivação, faz parte do contrato	6,1%

A localização e acessibilidade da rede de prestadores	3,1%
Reembolso por serviços de saúde fora da rede de prestadores	3,0%
O conforto das instalações do prestador	1,1%
Possibilidade de um parto	0,8%
Reducir o custo suportado nos medicamentos	0,6%
Outra razão	16,0%
Não sabe/ Não responde	2,1%

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023

Ao nível das razões da contratação, mantém-se a preocupação pelos tempos de espera elevados no SNS, assim como, se verifica um aumento da procura de cuidados de saúde de maior qualidade. Enquanto em 2013, a população portuguesa procurava um seguro por prevenção, percebe-se que atualmente a razão mais prevalente é a dificuldade no acesso ao SNS.

Com o intuito de estimar os fatores motivadores da aquisição de um SSP em Portugal, num estudo português procuraram perceber os efeitos de vários determinantes demográficos e socioeconómicos, tidos em consideração noutras estudos de âmbito semelhante, como a idade, género, educação, rendimento, estado civil, entre outros. Os resultados obtidos revelam que a presença de rendimentos elevados, nível de escolaridade superior e residência em áreas urbanas, estão associados a uma maior propensão para a aquisição de um SSP, tal como já havia sido descoberto em outros estudos anteriores. Além disso, indivíduos que relatam tempos de espera elevados por uma consulta ou tratamento e adotam comportamentos preventivos ao nível da saúde, revelam também uma maior probabilidade na compra de um SSP. Em contrapartida, cidadãos desempregados, com barreiras financeiras e/ou detentores de subsistemas de seguros, como a ADSE e SAMS, são menos propensos a adquirir um SSP (Isabel Tavares, 2023).

1.3 Caracterização do mercado de Seguros de Saúde Privados a nível internacional

Ao longo desta secção será explorada a realidade do mercado de SSP internacional, com o intuito de tomar conhecimento dos determinantes da procura dos mesmos em alguns países do mundo. Com o objetivo de obter uma análise mais detalhada decidiu-se abordar um conjunto restrito de países, resultando no seguinte grupo: Reino Unido, Espanha, República Popular da China (adiante designada apenas por China) e Uganda. O Reino Unido e Espanha foram escolhidos por possuírem um Sistema Nacional de Saúde similar ao de Portugal, o que torna possível uma

comparação direta; a China por ser um exemplo da adoção de características do modelo Bismarckiano no seu serviço de saúde; e o Uganda por exemplificar a situação dos países de baixo desenvolvimento, onde se espera a existência de problemas no sistema de saúde díspares da realidade portuguesa.

1.3.1 Reino Unido

O Reino Unido gera o National Health Service (NHS), constituído pelos serviços dos seus quatro países, onde os cuidados de saúde são prestados de forma gratuita e financiados pelos impostos pagos pelos cidadãos empregados (King & Mossialos, 2005; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Em 2023, 10,9% do PIB do país foi alocado à despesa em saúde, sendo que, de uma forma mais realista, essa despesa *per capita* rondou os 5.100,00€. Verificou-se um ligeiro decréscimo entre o ano de 2022 e de 2023, sendo que em 2022 essa percentagem foi de 11,1%. O principal financiador em saúde é o governo, acarretando com 81,9% dos gastos em saúde, seguido dos pagamentos diretos efetuados pelas famílias (13,8%) e dos seguros de saúde voluntários (2,5%) (Quadro 1.5) (Office for National Statistics, 2024).

Quadro 1.5 – Despesa total em saúde por financiador no Reino Unido em 2023

Distribuição da despesa total em saúde	
Tipo de financiador	Peso relativo (%)
Esquemas governamentais	81,9%
Pagamentos diretos	13,8%
Seguros de Saúde Privados Voluntários	2,5%
Instituições sem fins lucrativos	1,6%
Financiamento empresarial	0,2%

Fonte: Office for National Statistics, 2024

O NHS baseou-se no modelo de Beveridge, e, assim como se verifica em outros países com o mesmo modelo, há também uma coexistência com os SSP (Bíró & Hellowell, 2016). Em 2019, 12% da população adulta tinha um SSP, tendo este número atingido os 22% no ano de 2022 (Statista, 2023). Esta percentagem de detenção de SSP é liderada pelos seguros fornecidos através das empresas (Anderson *et al.*, 2022). Uma possível explicação para este facto é a consciencialização das empresas que a diminuição da acessibilidade aos cuidados do NHS pode contribuir para um impacto negativo na saúde dos seus funcionários e conduzir à diminuição da sua produtividade (Kollewe, 2024).

Sabe-se que a população do Reino Unido tem demonstrado uma tendência crescente na pesquisa pela compra de um seguro de saúde e pelo seu preço. Ao mesmo tempo, a pesquisa por “tempos de espera do NHS” sofreu um aumento colossal, o que indica a crescente preocupação da população face à eficiência e pontualidade do NHS nos diagnósticos e tratamentos em saúde (Global Data Financial Services, 2024). A crise provocada pela COVID-19 contribuiu para o aumento dos tempos de espera dos cuidados de saúde no NHS já elevados, pois passou a incluir: pacientes em lista de espera que já teriam sido atendidos em condições normais, pacientes que não recorreram ao serviço por medos relacionados à COVID-19, pacientes cujos procedimentos foram cancelados, entre outros. Os dados divulgados em setembro de 2024 demonstraram que a lista de espera rondava os 6,34 milhões de pacientes a aguardar por procedimentos, sendo que antes da pandemia esta já era composta por 4,50 milhões de pacientes. De forma a combater este aumento no que ao diagnóstico e tratamento do cancro diz respeito, foram implementadas mudanças nos tempos máximos de espera que entraram em vigor em outubro de 2023. No entanto, em setembro de 2024 as percentagens de utentes diagnosticados com cancro e que receberam o primeiro tratamento dentro do tempo de espera estipulado, encontravam-se ainda abaixo dos padrões implementados (BMA, 2024).

Além do problema em torno dos tempos de espera, o NHS enfrenta outras dificuldades, como, por exemplo, o reduzido número de recursos humanos e de equipamentos para a realização de exames (Anderson *et al.*, 2022; BMA, 2024). O Reino Unido possui menos equipamentos, do que os restantes países da Europa. A título de exemplo, este possui apenas dez equipamentos de tomografia computorizada por um milhão de indivíduos, estando bastante abaixo do número médio dos países da União Europeia, que fazem parte OCDE, que é de 19,8 equipamentos por um milhão de indivíduos (BMA, 2024). Estas lacunas contribuem para as crescentes listas de espera e tornam o país vulnerável a fenómenos inesperados, como a COVID-19 (Anderson *et al.*, 2022).

Todos os problemas referidos anteriormente, podem influenciar positivamente a procura pelo SSP, sendo as principais razões para aquisição destes seguros: o acesso mais rápido aos cuidados de saúde, a ampla escolha de especialistas e melhores comodidades nas instalações de saúde (Bíró & Hellowell, 2016; Europe *et al.*, 2006; Global Data Financial Services, 2024; King & Mossialos, 2005).

No que diz respeito ao perfil do segurado, segundo um estudo publicado em 2005, com o intuito de averiguar as determinantes da prevalência dos SSP no Reino Unido, concluiu-se que o perfil é representado por um indivíduo do género masculino com elevados níveis de escolaridade. Adicionalmente, à medida que a idade aumenta e os indivíduos ficam mais preocupados com a

maior probabilidade de recorrerem aos cuidados de saúde, verifica-se um aumento da procura pelo SSP. Além disso, os resultados também sugerem que os tempos de espera são importantes para a tomada de decisão na aquisição do SSP (King & Mossialos, 2005).

Em 2016, foi divulgado um outro estudo de âmbito semelhante ao anterior, que utilizou dados de questionários aplicados aos cidadãos britânicos entre os anos de 2000 e de 2011. Assim, como já havia sido verificado no estudo mais antigo, também se observou que a aquisição de SSP está positivamente relacionada com os tempos de espera no NHS. Adicionalmente, detetou-se que a prevalência da posse de um SSP aumenta no caso do indivíduo empregado, especialmente como trabalhador independente, e com a deterioração da sua saúde. As dificuldades financeiras, por outro lado, são responsáveis pela diminuição desta prevalência (Bíró & Hellowell, 2016).

Quadro 1.6 – Determinantes da procura por SSP no Reino Unido

Determinantes da procura por SPP	
Idade	Elevada
Género	Masculino
Escolaridade	Elevada
Emprego	Empregado (principalmente, trabalhador independente)
Rendimento	Sem dificuldades financeiras

Fonte: Bíró & Hellowell, 2016; King & Mossialos, 2005

1.3.2 Espanha

O Serviço Nacional de Saúde espanhol rege-se também pelo modelo de Beveridge, oferecendo a cobertura universal, como um direito constitucional, financiada por taxas pagas pelos cidadãos (Cantarero-Prieto et al., 2017; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). O sistema de saúde espanhol é formado por três subsistemas: “o sistema nacional de saúde (*Sistema Nacional de Salud*); fundos mutualistas para funcionários públicos, forças armadas e sistema judicial (MUFACE, MUGEJU e ISFAS); e fundos mutualistas destinados à assistência a acidentes e doenças profissionais (*Collaborating Mutualities with the Social Security*) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Tal como o Reino Unido e Portugal, o SNS espanhol também coexiste com os SSP (Aguiar-Díaz & Ruiz-Mallorqui, 2022).

A despesa total em saúde em Espanha foi de 9,7% do PIB nacional em 2022, tendo sido a despesa per capita de aproximadamente 2.700,00€ (Eurostat, 2024). Em 2021, o governo financiou 71,6% do gasto em saúde, tendo os pagamentos diretos efetuados pelas famílias suportado 20,6% dos gastos e os SSP 6,9% (Quadro 1.7) (Bernal Delgado *et al.*, 2024; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Quadro 1.7 – Despesa total em saúde por financiador em Espanha em 2021

Distribuição da despesa total em saúde	
Tipo de financiador	Peso relativo (%)
Governo geral	68,2%
Pagamentos diretos	20,6%
Seguros de Saúde Privados	6,9%
Seguro de Saúde Obrigatório	3,5%
Outros	0,7%

Fonte: Bernal Delgado et al., 2024

No caso espanhol, também se verificam desafios ao nível da acessibilidade aos cuidados de saúde no SNS. O principal desafio da acessibilidade são os tempos de espera. No que diz respeito aos procedimentos cirúrgicos, verificou-se um aumento de 9% dos utentes, a aguardar por cirurgia não urgente em junho de 2023, face ao período homólogo de 2022. Adicionalmente, os dados do *Barómetro da Saúde* de 2023 revelaram a perspetiva dos utentes sobre a disponibilidade dos recursos no SNS, tendo cerca de 34% dos entrevistados referido a piora dos tempos de espera nos últimos doze meses. Por outro lado, apesar do número de médicos a exercer em Espanha estar significativamente acima da média da União Europeia, verifica-se a problemática da escassez de médicos, em algumas especialidades e a dificuldade no preenchimento de vagas nas zonas rurais, especialmente nos cuidados de saúde primários (Bernal Delgado *et al.*, 2024). As problemáticas anteriores vão de encontro à opinião pública espanhola sobre os principais problemas do SNS no ano de 2022. As listas de espera são assim o maior problema para os cidadãos espanhóis, tendo sido afirmado por 71% dos inquiridos, seguido da falta de profissionais de saúde, com um peso relativo de 59%. A população refere que após a pandemia, a partir do ano de 2022, existiu um agravamento da saúde pública em Espanha (Statista, 2024c). Em contrapartida, segundo dados apresentados no perfil de saúde do país em 2023, apenas 1,2% da população espanhola referiu que as suas necessidades relativas a exames médicos não foram satisfeitas devido a custos, distância ou tempos de espera, estando abaixo

da média da União Europeia de 2,2% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Os SSP surgem como forma de colmatar os problemas supramencionados, sendo o principal motivo da sua aquisição os tempos de espera do SNS (78%), segundo o *Barómetro de saúde espanhol* (Pinilla & López-Valcárcel, 2020). Os SSP possuem um papel duplo, na medida em que “fornecem uma cobertura adicional para serviços já cobertos pelo sistema de saúde espanhol e para benefícios não cobertos pelo mesmo, como o serviço de medicina dentária” (Pinilla & López-Valcárcel, 2020). A aquisição do SSP por parte dos cidadãos espanhóis tem vindo a aumentar de forma acelerada nos últimos anos, passando de 15,8% da população em 2015 para cerca de 26% em 2023 (Unespa, 2024). O seguro de saúde disponibilizado pelas empresas aos seus trabalhadores representava, no final de 2022, cerca de 34% do total de segurados. Geralmente, os segurados são tendencialmente indivíduos com idades entre os 31 e os 60 anos, que vivem em agregados familiares com uma melhor situação financeira. Sabe-se que, em 2019, aproximadamente 40% dos agregados familiares no quintil do rendimento mais elevado adquiriu um SSP, comparativamente a apenas 10% dos agregados do quintil mais baixo (Bernal Delgado *et al.*, 2024).

No mesmo sentido, em 2020, foi analisado o impacto da criação de riqueza pelo país, assim como pelos indivíduos, na procura pelos SSP. Durante muitos anos, esta procura era maior em países geradores de menor riqueza e sem serviço público de saúde. No entanto, em países com uma realidade contrária a esta, como Espanha, a utilização de um seguro duplo iniciou-se para dar respostas às dificuldades no acesso ao serviço público. Mais uma vez, observou-se que a tendência crescente da contratação de SSP pode depender da desigualdade progressiva da distribuição de riqueza, havendo uma prevalência mais elevada na aquisição de SSP por parte da população espanhola com mais posses. Por outro lado, é referido que a aversão ao risco, a qualidade e o acesso aos serviços públicos da área, assim como a oferta de seguros na região, o seu custo e o estado de saúde da população, também parecem influenciar a procura pelos SSP. Adicionalmente, a maior qualidade dos serviços de saúde privados e o preço acessível do SSP conduz a uma maior adesão deste tipo de seguros (Costa-Font & García, 2003; Pinilla & López-Valcárcel, 2020).

Quadro 1.8 – Determinantes da procura por SSP em Espanha

Determinantes da procura por SPP	
Idade	Entre os 31 e os 60 anos

Emprego	Empregado
Rendimento	Sem dificuldades financeiras

Fonte: Bernal Delgado et al., 2024; Pinilla & López-Valcárcel, 2020

1.3.3 República Popular da China

A China fornece um Seguro de Saúde Social (SSS) aos seus cidadãos, de forma a proporcionar-lhes uma cobertura universal em saúde. Este é composto por um conjunto de esquemas de seguros de saúde: o Seguro Médico Básico dos Empregados Urbanos, o Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos (para indivíduos dos meios urbanos não cobertos pelo esquema anterior) e o Novo Esquema Médico Cooperativo Rural (para populações rurais) (Bie et al., 2024). Estes esquemas fornecem uma proteção básica aos vários grupos populacionais e são obrigatórios (Wan et al., 2020; Wu et al., 2020). O SSS abrange atualmente mais de 95% da população chinesa (Chen et al., 2022). Em 2022, a despesa total em saúde foi de 7,08% do PIB nacional, tendo este número aumentado para 7,19% em 2023 (Statista, 2024a). A despesa *per capita* em 2023 foi de aproximadamente 840,00€ (Statista, 2024b).

Na China os cuidados de saúde são financiados de quatro formas principais: impostos, SSS, SSP e pagamentos diretos efetuados pelas famílias (Meng et al., 2015). Em 2013, os pagamentos diretos efetuados pelas famílias representavam quase um terço da despesa total em saúde do país (Wu et al., 2020). Por outro lado, as despesas cobertas pelos diferentes SSP possuem um papel bastante mais pequeno (Chen et al., 2022).

No que diz respeito ao SSS, verificam-se algumas limitações provocadas pelos insuficientes copagamentos e coberturas máximas asseguradas, o que resulta numa cobertura incompleta e que não responde a todas as necessidades dos cidadãos (Bie et al., 2024). Esta preocupação intensifica-se com o aumento do envelhecimento da população chinesa, que recorre cada vez mais aos serviços de saúde. Para além disso, persiste a desigualdade na cobertura de cuidados de saúde, observando-se algumas diferenças, por exemplo, entre as zonas rurais e zonas urbanas (Meng et al., 2015). Em 2020, segundo o *Relatório do Inquérito à Segurança da Saúde Rural*, observou-se que mesmo com a cobertura total do seguro médico básico na zona rural, cerca de 30% dos residentes rurais consideram-no insuficiente e demonstram interesse na necessidade de um SSP suplementar (Bie et al., 2024). Como os SSS não fornecem uma cobertura suficiente aos seus cidadãos, isto origina o elevado peso dos pagamentos diretos efetuados pelas famílias, referido anteriormente, expondo-as a riscos financeiros associados à utilização dos cuidados de saúde.

De forma a contrariar esta tendência, o governo chinês considerou o papel dos SSP como fonte financeira do seu sistema de saúde e no preenchimento da lacuna verificada ao nível da cobertura atual dos SSS. Assim, em 2016, anunciou a *Estratégia de Saúde da China 2030*, com o intuito de incentivar o desenvolvimento dos SSP. Atualmente, no sistema de saúde chinês, o SSS exige uma cobertura mínima e permite a aquisição de um SSP adicional (Wan *et al.*, 2020). No entanto, uma vez que os SSP são, geralmente, caracterizados por elevados preços de aquisição e condições pouco flexíveis de reembolso, foi desenvolvido com o envolvimento do governo chines, um SSP, denominado de *Huimin*. Este SSP segue um modelo de parceria público-privada e surge com o intuito de apresentar preços mais acessíveis e elevado nível de cobertura. O seu principal objetivo passa por diminuir o peso financeiro para os indivíduos em tratamento de doenças graves e/ou crónicas. No entanto, como se verificou uma baixa adesão ao modelo, conduzindo ao aumento do risco de perdas monetárias excessivas, adotaram-se novas estratégias de reembolso que não vão de encontro às necessidades dos cidadãos (Chen *et al.*, 2022).

Mesmo tendo em conta os pontos negativos dos SSP supracitados, a percentagem de cidadãos chineses que adquirem um SSP aumentou de 7% em 2008 para 14% em 2018. Esta tendência positiva pode ser explicada pela procura de instituições médicas com maiores níveis de qualidade e pela cobertura suplementar (Bie *et al.*, 2024). Adicionalmente, apesar da China possuir um número estável de recursos humanos em saúde, equipamentos de saúde recentes e sistemas de informação, em rápido desenvolvimento, observa-se uma distribuição desigual dos profissionais de saúde, entre as zonas rurais e as zonas urbanas do país, sendo as zonas rurais as mais afetadas. Além disso, também se verifica a percepção de um elevado tempo de espera por uma consulta médica por parte dos cidadãos chineses, inquiridos num estudo da Ipsos em 2018 (Meng *et al.*, 2015; Statista, 2018).

No que respeita à procura por SSP na China, o estatuto financeiro familiar, os fatores geográficos e o esquema de SSS do indivíduo, são alguns exemplos dos fatores determinantes que possuem um papel relevante na decisão de aquisição do SSP. De uma forma mais pormenorizada, os indivíduos mais ricos, com uma “boa saúde” autoavaliada e/ou residentes em zonas urbanas são mais propensos a adquirir um SSP (Quadro 1.9) (Wan *et al.*, 2020).

Quadro 1.9 – Determinantes da procura por SSP na China

Determinantes da procura por SPP	
Rendimento	Elevado

Local de residência	Zonas urbanas
Autoavaliação em saúde	“Boa saúde”

Fonte: Wan et al., 2020

1.3.4 República do Uganda

O governo do Uganda fornece serviços de saúde gratuitos em todas as unidades de saúde governamentais. No entanto, a qualidade destes serviços é bastante baixa, observando-se o financiamento inadequado, a escassez de medicamentos e equipamentos médicos, a fraca disponibilidade de recursos humanos e infraestruturas precárias (Mugenyi et al., 2024; Nannini et al., 2021). Por outro lado, para além de ser um país de baixo desenvolvimento, o Uganda apresenta uma elevada taxa de doenças altamente transmissíveis, como a malária e a tuberculose e não se encontra preparado para eventos súbitos ao nível da saúde, como pandemias. Adicionalmente, este é o país africano que acolhe mais refugiados com necessidades em saúde e sem capacidade financeira para as cobrir (Mugenyi et al., 2024; World Health Organization, 2024).

No que diz respeito ao financiamento em saúde, é aplicado apenas 7% do PIB nacional na despesa total em saúde, ficando abaixo dos 15% indicados pela *Declaração de Abuja* com o intuito de satisfazer as necessidades em saúde dos cidadãos. O gasto em saúde *per capita* ronda os 0,02€ (The Republic of Uganda Ministry of Health, 2023). Neste país, o financiamento em saúde é repartido da seguinte forma: 25,6% do governo, 29% dos pagamentos diretos efetuados pelas famílias e setor privado, e 45,4% de parceiros de desenvolvimento (Otieno & Namyalo, 2023; World Health Organization, 2024). O país é altamente dependente dos pagamentos diretos realizados pelas famílias e do financiamento de parceiros (Nannini et al., 2021). Esta elevada dependência do financiamento externo, realizado por organizações humanitárias, provoca problemas na sustentabilidade dos serviços prestados, nomeadamente a alocação do dinheiro apenas para projetos específicos, o que diminui a capacidade de resposta para situações imprevistas em saúde (World Health Organization, 2024).

De forma a ir ao encontro dos *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável* para o alcance da cobertura universal em saúde para todos até 2030, surge o *Projeto de Lei do Plano Nacional de Seguro de Saúde*, já aprovado em parlamento em 2021 (Nannini et al., 2021). Além do atingimento da cobertura universal, este seguro visa também a proteção financeira, o acesso equitativo e o aumento da utilização dos cuidados de saúde pela população (Medard et al., 2022). O financiamento deste plano será realizado através do pagamento de impostos pelos cidadãos de Uganda e contribuições realizadas pelo governo e parceiros para os cidadãos indigentes.

Sabe-se que 77,5% dos ugandeses mostram-se dispostos a aderir a este novo esquema de seguro de saúde (Otieno & Namyalo, 2023).

A adesão aos SSP no Uganda é bastante baixa, não chegando a perfazer os 5% da população do país em 2019. Este valor indica a diminuta acessibilidade da população a estes seguros (Otieno & Namyalo, 2023). Num estudo elaborado em 2022, com o principal objetivo de desvendar os determinantes que conduzem à aquisição do SSP no Uganda, determinou-se que os indivíduos mais ricos são mais propensos a adquirir o SSP, comparativamente com o grupo populacional com menor rendimento, o qual normalmente é constituído por indivíduos desempregados ou com profissões menos qualificadas. Para além disso, observaram que os indivíduos com um maior nível de escolaridade e/ou com acesso a informação a partir da rádio, dos jornais e da televisão, possuem uma maior probabilidade de aquisição de um SSP (Medard et al., 2022). As mesmas tendências foram observadas noutro estudo, sobre os fatores que influenciam a procura pelo SSP no Uganda, acrescentando apenas, que os residentes de meios urbanos são mais propensos a possuir um SSP, do que os residentes de meios rurais (Ssempala, 2018). Assim, a existência de uma contribuição por parte do governo para disponibilizar um seguro de saúde à população mais vulnerável e com menor rendimento, parece ser necessária para atingir uma cobertura universal em saúde no Uganda, como também, a implementação de medidas educacionais, com o intuito de aumentar os níveis de consciencialização sobre a temática e o acesso à informação (Medard et al., 2022).

Quadro 1.10 – Determinantes da procura por SSP no Uganda

Determinantes da procura por SPP	
Escolaridade	Elevada
Emprego	Empregado
Rendimento	Elevado
Acesso à informação (jornais, rádio, televisão)	Maior acesso
Local de residência	Zonas urbanas

Fonte: Medard et al., 2022; Ssempala, 2018

1.3.5 Comparação entre o caso português e os estudos de caso anteriores

Como foi referido anteriormente, o Reino Unido e Espanha baseiam-se num modelo de serviço de saúde idêntico àquele de Portugal, o modelo de Beveridge, disponibilizando aos cidadãos a cobertura universal independentemente da capacidade de pagamento dos mesmos (Entidade

Reguladora da Saúde, 2015; Isabel Tavares, 2023). Esta característica comum permite a comparação direta entre os três países, o que não se verifica entre Portugal, China e Uganda. No caso chinês, este partilha características do modelo Bismarckiano, fornecendo aos seus cidadãos um SSS obrigatório que lhes confere uma cobertura básica em saúde e, no caso ugandês, estamos perante a inexistência de um serviço de saúde estruturado, verificando-se grandes lacunas na qualidade dos cuidados de saúde prestados e no seu financiamento (Bie et al., 2024; Mugenyi et al., 2024; Nannini et al., 2021; Wan et al., 2020; Wu et al., 2020). No Quadro 1.11 observa-se que os países que partilham o mesmo modelo de serviço, apresentam uma despesa total em saúde em percentagem do PIB similar, sendo o Reino Unido o país com maior gasto em saúde *per capita* (5.100,00€). A China e o Uganda, apesar da diferença nos anos analisados, têm uma despesa total em saúde em percentagem do PIB semelhante, mas ambos possuem uma despesa *per capita* inferior à dos países anteriores. O gasto em saúde *per capita* no caso ugandês, reflete as grandes limitações nos cuidados de saúde deste país, tal como foi supracitado.

Quadro 1.11 – Despesa total em saúde por país analisado

País	Despesa total em saúde (%PIB)	Despesa em saúde per capita (€)
Portugal (2023)	10%	2600€
Reino Unido (2023)	10,9%	5100€
Espanha (2022)	9,7%	2700€
China (2023)	7,19%	840€
Uganda (2021)	7%	0,02€

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Eurostat, 2024; Gouveia, 2023; Office for National Statistics, 2024; Statista, 2024a; The Republic of Uganda Ministry of Health, 2023

Em Portugal, Reino Unido e Espanha o financiamento público, nomeadamente, aquele que é efetuado pelo governo, ainda é o principal contribuinte do SNS. Os pagamentos diretos realizados pelas famílias têm um grande peso neste financiamento, sendo que em Portugal estes atingem quase 30% de peso relativo (Quadro 2.12). Estes dados sugerem a elevada carga financeira em saúde que os cidadãos acarretam, ao mesmo tempo que pagam impostos para o financiamento do SNS. No Quadro 1.12 verifica-se que os gastos em saúde suportados pelos SSP são menos significativos que os pagamentos diretos efetuados pelas famílias, sendo que

em Espanha esta cobertura é maior e no Reino Unido é menor comparativamente ao caso português.

Quadro 1.12 – Pagamentos diretos efetuados pelas famílias e SSP por país analisado

País	Pagamentos diretos	Seguros de saúde privados (%)
	efetuados pelas famílias (%)	
Portugal (2023)	29,8%	4,3%
Reino Unido (2023)	13,8%	2,5%
Espanha (2021)	21%	6,9%
China	-	-
Uganda	-	-

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Bernal Delgado et al., 2024; Office for National Statistics, 2024

Apesar das diferenças, na China, os pagamentos diretos efetuados pelas famílias também têm um peso significativo, como foi referido anteriormente. No caso ugandês, o papel dos gastos suportados pelas famílias e setor privado também é relevante, acrescentando o facto de cerca de 45% da despesa em saúde ser suportada por parceiros de desenvolvimento.

No que diz respeito à prevalência de indivíduos com SSP nos países analisados, observa-se que os países seguidores do modelo de Beveridge apresentam uma prevalência mais elevada, sendo Portugal o país com maior percentagem (Quadro 1.13). Na China e no Uganda, esta prevalência é menos significativa, mas importa referir que estes dados correspondem aos anos de 2018 e 2019, respetivamente.

Quadro 1.13 – Prevalência da população com SSP por país analisado

País	População com SSP (%)
Portugal (2023)	31%
Reino Unido (2022)	22%
Espanha (2023)	26%
China (2018)	14%
Uganda (2019)	~5%

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Bie et al., 2024; Otieno & Namyalo, 2023; Statista, 2023; Unespa, 2024

Relativamente aos determinantes mais prevalentes da procura por SSP, percebe-se que, colocando em perspetiva os casos de Portugal, Reino Unido e Espanha, o perfil dos indivíduos com SSP é caracterizado pelo indivíduo empregado e sem dificuldades financeiras (Quadro 1.14). Para além disso, a faixa etária desses indivíduos também ronda os 30 e os 60 anos. Por outro lado, quando analisados os casos da China e do Uganda, observa-se que os indivíduos com rendimentos elevados e residentes de zonas urbanas constituem o perfil mais comum dos compradores de SSP nesses países.

Quadro 1.14 – Determinantes da procura por SSP mais prevalentes por país analisado

Determinantes/ Países	Portugal	Reino Unido	Espanha	China	Uganda
Idade	Entre os 35 e os 54 anos	Elevada	Entre os 31 e os 60 anos	-	-
Género	-	Masculino	-	-	-
Escolaridade	Elevada	Elevada	-	-	Elevada
Emprego	Empregado	Empregado	Empregado	-	Empregado
Rendimento	Superior a 1500€ (mensal; agregado familiar)	Sem dificuldades financeiras	Sem dificuldades financeiras	Elevado	Elevado
Acesso à informação (media)	-	-	-	-	Maior acesso
Local de residência	-	-	-	Zonas urbanas	Zonas urbanas
Autoavaliação em saúde	-	-	-	“Boa saúde”	-

Fonte: Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Bernal Delgado et al., 2024; Bíró & Hellowell, 2016; Costa-Font & García, 2003; King & Mossialos, 2005; Medard et al., 2022; Pinilla & López-Valcárcel, 2020; Sempala, 2018; Wan et al., 2020

Como foi referido anteriormente, as razões mais comuns para a aquisição de um SSP em Portugal em 2023 foram: a dificuldade de acesso aos serviços do SNS, a redução do tempo de espera (consulta, tratamento) e a maior qualidade dos serviços prestados no privado. No Quadro 1.15 estão assinaladas as razões referidas para a obtenção de um SSP nos restantes países analisados, segundo o que foi encontrado na revisão de literatura. Importa referir que as razões expostas no Quadro 1.15 são as apresentadas nos dados do *Observatório de Seguros de Saúde* da ASF.

Quadro 1.15 – Razões para aquisição de SSP por país analisado

Razões \ Países	Reino Unido	Espanha	China
Dificuldade de acesso aos serviços do SNS		X	
Redução do tempo de espera	X		
Maior qualidade dos serviços prestados no privado		X	X
Poder ser seguido por um especialista em concreto			
O custo do serviço mais reduzido na rede de prestadores			
Redução do tempo de espera para atendimento	X		X
Liberdade de escolha dos prestadores			
Maior qualidade dos profissionais de saúde do prestador			
Nenhuma motivação, faz parte do contrato			

A localização e acessibilidade da rede de prestadores	X
Reembolso por serviços de saúde fora da rede de prestadores	
O conforto das instalações do prestador	X
Possibilidade de um parto	
Reducir o custo suportado nos medicamentos	
Outra razão	Cobertura suplementar; esquema de SSS do indivíduo

Fonte: Bernal Delgado et al., 2024; Bie et al., 2024; Bíró & Hellowell, 2016; Europe et al., 2006; Global Data Financial Services, 2024; King & Mossialos, 2005; Meng et al., 2015; Pinilla & López-Valcárcel, 2020; Statista, 2018; Wan et al., 2020

1.3.6 Outros países

No caso dos países em desenvolvimento, tal como já foi observado anteriormente, durante a análise do sistema de saúde do Uganda, é visado o atingimento da cobertura universal em saúde. Para além disso, é pretendido que sejam alcançados, o acesso adequado aos serviços de saúde e a proteção financeira dos residentes nacionais, uma vez que uma boa parte dos mesmos têm de recorrer aos pagamentos diretos para receberem cuidados de saúde. Este fator pode desencadear o agravamento das suas situações financeiras. O Gana, a Tanzânia, a Índia e o Irão são alguns dos países que também partilham as condições anteriores (Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Duku, 2018; Kagaigai & Grepperud, 2023; Nouraei Motlagh et al., 2015; Owusu-Sekyere & Chiaraah, 2014; Vellakkal, 2013).

O Gana possui um esquema nacional de seguro de saúde que pretende garantir o acesso equitativo, a um pacote de cuidados de saúde de qualidade, aos seus cidadãos, sendo financiado com impostos, investimentos e fundos do governo. A inscrição neste seguro é legalmente obrigatória, mas é voluntária na prática. Isto verifica-se, uma vez que não existem penalizações

para quem não adere e não existe uma base de dados com informação precisa sobre os cidadãos, em setor informal (Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Duku, 2018; Owusu-Sekyere & Chiaraah, 2014). Relativamente à prevalência de segurados, sabe-se que estes representavam 38% da população em 2013, tendo em 2017, apresentado um peso relativo de menos 3 pontos percentuais (35%). Os segurados têm de pagar a sua inscrição e o prémio anual do seguro (Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Duku, 2018).

Tendo em consideração o facto deste esquema de seguro nacional também ser, na prática, de adesão voluntária e possuir aquele tipo de pagamentos efetuados pelos segurados, foi explorada literatura sobre os determinantes que levam à adesão do mesmo.

Com dados obtidos através do *Projeto Sistema de Seguro de Saúde Orientado para o Cliente no Gana*, detetou-se que a idade, género, escolaridade, estado civil, estado de saúde e rendimentos são determinantes significativos na inscrição no esquema de seguro. Com o aumento da idade verifica-se um aumento da probabilidade de inscrição, mas importa referir que existem isenções para pessoas com mais de 70 anos. Além disso, também as pessoas casadas têm maior probabilidade de aderir ao esquema, assim como o género feminino. Esta tendência pode ser explicada pela existência da *Política de Saúde Materna* que fornece a isenção do prémio do seguro a gestantes e em período pós-parto. Finalmente, os indivíduos no quintil de riqueza mais pobre possuem uma menor probabilidade de adesão, do que aqueles mais ricos (Duku, 2018).

Noutro estudo mais recente, foi possível observar que a probabilidade de adesão ao esquema de seguro é maior naqueles que são mais avessos ao risco. Adicionalmente, os resultados indicam que os indivíduos com “pior saúde” também são mais propensos à inscrição, assim como os indivíduos com maior acesso à informação e níveis mais altos de escolaridade. As famílias com maior número de constituintes possuem uma menor tendência na adesão ao esquema. Por último, as famílias mais pobres têm uma maior probabilidade de aderirem ao seguro, do que aqueles com mais rendimentos. Este resultado contraria o que foi encontrado no estudo anterior e pode ser explicado pela isenção de pagamento de prémios, para os mais pobres e vulneráveis (Adjei-Mantey & Horioka, 2023).

No caso iraniano, a adesão ao SSP ocorre para ultrapassar as barreiras ao acesso aos serviços de saúde como, por exemplo, a incapacidade financeira, a má qualidade dos serviços e os longos tempos de espera. A procura por SSP no Irão possui uma relação positiva com o rendimento elevado, o alto nível de escolaridade e uma maior aversão ao risco. Além disso, o aumento da idade e um maior gasto com serviços de saúde também conduz a aumento da probabilidade de aquisição de seguro. Por outro lado, o aumento do agregado familiar e a

residência em regime de arrendamento tem um efeito negativo sobre essa procura (Nouraei Motlagh *et al.*, 2015).

Na Índia, tal como já foi supramencionado, os pagamentos diretos efetuados pelas famílias representam uma grande fatia do total de despesas com cuidados de saúde, sendo a aquisição de um SSP uma opção na qual os cidadãos recorrem, para diminuir o risco financeiro das famílias e obter maiores níveis de bem-estar. Os programas de apoio à saúde patrocinados pelo governo indiano dirigem-se sobretudo aos residentes abaixo do limiar de pobreza, deixando a restante população, incluindo o grupo da classe média, com despesas em saúde que os podem conduzir a uma má situação financeira. Segundo estudos anteriores sobre a procura de SSP na Índia, verificou-se que a pouca compreensão sobre os mesmos por parte dos indivíduos é uma restrição à sua adesão. Para além do nível de rendimentos, escolaridade e risco em saúde, também o nível de sensibilização dos cidadãos para os SSP e o papel desempenhado pelos consultores de seguros afetam a procura pelo mesmo. A desigualdade desencadeada pelo nível de rendimentos das famílias pode ser provocada pelos próprios consultores, uma vez que estes procuram famílias com rendimentos elevados e, consequentemente, com maior probabilidade de adquirirem este tipo de serviço (Vellakkal, 2013).

Tal como outros países referidos anteriormente, a Tanzânia é um país em desenvolvimento que procura dar resposta aos problemas da área da saúde, sendo o esquema de seguro voluntário e sem fins lucrativos, um meio de tentativa de resolução dos mesmos. No entanto, este esquema fornece apenas o acesso a serviços de ambulatório básicos, não incluindo os serviços mais caros. Como se trata de um seguro de saúde voluntário, também serão analisados os determinantes da procura do mesmo. Num estudo sobre o papel da aversão ao risco na procura do seguro neste país, verificou-se que os segurados são mais avessos ao risco do que os não segurados. Além disso, também se observou que as famílias com maiores rendimentos são ligeiramente mais avessas ao risco (Kagaigai & Grepperud, 2023).

No caso dos países desenvolvidos, os SSP desempenham normalmente um papel complementar e/ou suplementar, uma vez que se verifica a existência de um serviço de saúde minimamente estruturado. No entanto, também ao nível deste tipo de países tem existido uma preocupação crescente com a sustentabilidade desses serviços públicos de saúde.

O Japão é um país que partilha as características anteriormente referidas. A partir dos dados da *Pesquisa sobre Proteção à Vida 2001-2013*, foram analisados os determinantes da procura por SSP no Japão. Indivíduos mais velhos apresentam uma maior probabilidade de adquirirem um seguro e foi possível perceber que a adesão aumentou na faixa etária entre os 50 e os 60 anos em 2013, comparativamente com o ano 2001. Para além disso, percebeu-se que a

probabilidade de adesão cresceu com o aumento do rendimento familiar (Masato & Masahide, 2017).

A Croácia constitui outro exemplo de um país desenvolvido, com problemas de sustentabilidade ao nível do seu serviço de saúde. Tal como é tendência em vários países do mundo, o crescimento da proporção de população mais velha e do número de residentes reformados, acompanhado com o aumento das necessidades em saúde, leva a perdas financeiras no sistema de saúde colocando sob pressão o orçamento do estado e a segurança social. O sistema de saúde da Croácia é composto por um seguro de saúde obrigatório e os seguros de saúde voluntários (Muslim & Bralić, 2023).

Um estudo foi elaborado na Croácia, para investigar a forma como os fatores económicos, demográficos e sociais afetam a decisão de adesão a um seguro voluntário. Foram preditores significativos da procura pelo seguro a idade, o preço da apólice, o rendimento, a autoavaliação em saúde e os hábitos alimentares. Os indivíduos, com pelo menos o rendimento suficiente, demonstraram uma procura decrescente por seguros de saúde. A possível razão para essa tendência é que estes cidadãos possuem recursos suficientes para cobrir os custos dos seus próprios cuidados de saúde. Quando o rendimento é mais baixo, verifica-se o contrário, sendo estes indivíduos menos capazes de assumir riscos financeiros e por isso, há uma maior probabilidade de aquisição de um seguro. Os indivíduos com uma “má saúde” autoavaliada, também apresentam uma maior tendência na procura de um seguro. Adicionalmente, os cidadãos mais preocupados com os hábitos alimentares têm maior probabilidade de aderir o SSP. Por último, o preço da apólice não influenciou significativamente a procura de um seguro (Muslim & Bralić, 2023).

No caso da Irlanda, há também um sistema de saúde estruturado que coexiste com os SSP. Este país apresenta características similares àquelas de Portugal, no que ao seu sistema de saúde diz respeito, uma vez que segue o modelo de Beveridge, disponibilizando à sua população o acesso universal à saúde (Finn & Harmon, 2006; Kapur, 2020). Cerca de metade da população irlandesa possui um seguro de saúde suplementar que, na prática, “permite uma redução do tempo de espera pelos cuidados de saúde e aumenta o acesso a especialistas” (Finn & Harmon, 2006; Kapur, 2020).

No início deste século, o indivíduo mais rico, com elevada escolaridade e mais saudável descrevia o perfil do segurado na Irlanda. Este facto devia-se também ao incentivo das políticas irlandesas, que apoiavam o setor de saúde privado, de diversas maneiras. As explicações para este incentivo público focam-se em dois pontos: os pacientes procurarem tratamento no setor privado, verificando-se uma renúncia dos seus direitos públicos, um alívio subsequente dos

recursos do setor público para os que neste permanecem e a transferência de receita direta do privado para o sistema público, através de pagamentos do seguro. A menor probabilidade de aquisição de um SSP demonstrada pelos indivíduos menos saudáveis indicava que na altura, a seleção adversa não era um problema, a ser tido em conta pelas seguradoras (Finn & Harmon, 2006).

Em contrapartida, num estudo mais recente, foram averiguados as tendências e os determinantes da procura pelo SSP na Irlanda, através dos dados obtidos num inquérito semestral aplicado entre os anos de 2009 e de 2017. Os resultados apresentados mostraram que os indivíduos mais velhos, com idades superiores a 65 anos, são mais propensos a ter um SSP, assim como, indivíduos mais qualificados e “pouco saudáveis” segundo a autoavaliação. A procura elevada por SSP pelos indivíduos mais velhos e mais doentes indicam que a seleção adversa pode ser um problema, no mercado de seguros irlandês. Estes determinantes combinados com a crescente tendência da procura de seguro, por parte do grupo etário mais velho, sugerem que o mercado de SSP continuará a atrair indivíduos com maior procura esperada de cuidados de saúde (Kapur, 2020).

Como tem sido descrito ao longo desta revisão, os países europeus possuem, geralmente, um serviço de saúde obrigatório e com cobertura universal, mas os SSP continuam a ser procurados pelos cidadãos. Este facto deve-se, essencialmente, aos problemas inerentes a estes serviços de saúde e também às regalias proporcionadas pelas seguradoras. De uma forma mais aprofundada, há três fatores relevantes que podem influenciar a probabilidade de aquisição de um SSP, sendo estes: a qualidade do sistema de saúde nacional, o estado clínico do indivíduo e o grau de aversão ao risco do mesmo. Com o intuito de analisar os fatores que conduzem à procura de SSP, incluindo os três pontos anteriormente mencionados, foi realizado um estudo com a utilização dos dados recolhidos com o *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*, que foi aplicado a pessoas com 50 ou mais anos (Tavares, 2020). As mulheres com um alto nível educacional, residentes em zonas rurais e/ou com filhos possuem uma maior probabilidade em adquirir um seguro de saúde. Enquanto os mais jovens, homens, com elevado nível educacional, altos rendimentos, casados ou empregados têm mais tendência a correr riscos e, por isso, a não possuir um SSP. Os inquiridos que se encontram mais satisfeitos com o sistema de saúde apresentam uma maior probabilidade de aquisição de seguros. Esta constatação pode ter várias explicações, tais como, compra de seguro por outro membro da família e uma dupla assistência de qualidade em saúde. Por outro lado, quanto melhor for a autoavaliação em saúde, menor é a tendência de vir a possuir um SSP (Tavares, 2020). Este estudo proporcionou a obtenção de informação referente a um grupo populacional específico. Como este grupo assume uma grande

proporção da população europeia, é extremamente relevante tomar conhecimento dos determinantes que conduzem à aquisição dos SSP por parte do mesmo.

Por último, foi analisado um estudo sobre os países pós-comunistas, onde os SSP também contribuem significativamente para o financiamento dos serviços de saúde, mas os pagamentos diretos efetuados pelas famílias, ainda representam a maior fatia das despesas privadas em saúde (Śliwiński & Borkowska, 2023). Estas famílias procuram o acesso mais rápido aos cuidados de saúde, uma ampla escolha e qualidade de serviços. Tomando como exemplo o caso da Polónia, também neste país o SSP desempenha uma função coadjuvante àquela do serviço público de saúde. Segundo dados recolhidos entre 2002 e 2018 sobre o mercado polaco, foi possível averiguar alguns dos fatores responsáveis pelo aumento da procura de SSP. Tal como foi referido anteriormente, os fatores que contribuem de forma positiva para essa procura são as regulamentações em vigor e as restrições no acesso ao serviço público de saúde, como por exemplo, os longos tempos de espera. Para além disso, verificou-se que o aumento dos rendimentos afeta positivamente a procura por SSP, assim como o aumento dos gastos com os cuidados de saúde privados por parte das famílias decorrentes de alterações demográficas, tais como, o envelhecimento e consequente aumento dos gastos em saúde privada. Por último, uma pior condição em saúde leva à diminuição da procura por SSP (Śliwiński & Borkowska, 2023).

Capítulo 2 - Metodologia

2.1 Modelo Conceptual

Através da revisão de literatura foi possível apurar a presença dos seguintes conceitos principais de investigação: Seguro de Saúde Privado; Modelos de Serviço de Saúde; Serviço Nacional de Saúde; Determinantes demográficos; Determinantes socioeconómicos (Quadro 2.1); Confiança no Serviço Nacional de Saúde e Razões de aquisição do Seguro de Saúde Privado.

Quadro 2.1 – Determinantes demográficos, sociais e económicos utilizados em estudo

Determinantes	Variável Independente
Demográficos	Idade, género
Sociais e/ou Económicos	Estado civil, escolaridade, agregado familiar, número de filhos, condição financeira, plano e/ou subsistema de saúde, autoavaliação em saúde

Fonte: Elaboração própria.

“Quais os determinantes da procura por SSP em Portugal?”, é a questão de investigação principal da presente dissertação. Pretende-se perceber, através deste estudo empírico, a relação entre os determinantes e a procura por SSP. Adicionalmente, procura-se explorar também a relação entre a confiança no SNS e a procura por SSP. A vontade em adquirir um SSP e as razões para o manter, constituem outros pontos que também serão analisados ao longo deste estudo.

2.2 Design da investigação

A presente investigação é um estudo correlacional, uma vez que se pretende perceber, principalmente, a existência de relação entre os determinantes demográficos, sociais e económicos e a procura por SSP. Com recurso aos dados recolhidos, serão avaliadas as associações entre as variáveis em estudo. Para isso, serão utilizados testes de forma a analisar a relação entre a variável qualitativa binária “possui seguro?” (0 - não, 1 - sim) e as restantes variáveis qualitativas ou quantitativas, que são os determinantes, a confiança no SNS e interesse na aquisição de um SSP.

Os dados recolhidos e utilizados no decorrer da investigação provêm da revisão de literatura, que é a principal base de compreensão dos conceitos teóricos sobre a temática em estudo, e das

respostas obtidas através de um questionário, que providenciará dados fornecidos pelos inquiridos.

2.3 Técnica de recolha de dados

Tal como foi referido anteriormente, será aplicado um questionário para recolha de dados qualitativos e quantitativos, sobre a temática em estudo. O questionário é de elaboração própria (Anexo A) e foi inspirado noutros questionários utilizados em estudos com objetivos similares ao presente: o estudo realizado pela ERS em 2015, que pretendeu examinar o perfil do segurado, as razões de contratação de um seguro e os problemas associados aos seguros na ótica dos clientes; o estudo irlandês elaborado em 2020, com o intuito de descobrir os determinantes da procura por SSP na Irlanda e o estudo anual efetuado pela ASF, que publica os resultados no *Observatório de Seguros de Saúde* (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Kapur, 2020).

O questionário (Anexo A) é composto pelas seguintes secções: Dados demográficos, Habitação, Meios complementares e/ou suplementares de acesso a serviços de saúde, Autoavaliação em saúde e Serviço Nacional de Saúde. Para uma resposta negativa à pergunta “Possui um SSP?” na secção “Meios complementares e/ou suplementares de acesso a serviços de saúde”, o inquirido é questionado se gostaria de adquirir um SSP e, para uma resposta positiva, surge a secção “Razões para manutenção de um SSP”, na qual é apresentada uma lista de razões, na qual os inquiridos são instruídos a escolher até três razões mais importantes para os mesmos. Esta lista compila as razões também referidas no estudo anual publicado no *Observatório de Seguros de Saúde* e no estudo elaborado pela ERS em 2015 (Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Na secção “Serviço Nacional de Saúde” são apresentadas cinco afirmações que são respondidas segundo a concordância do inquirido face às mesmas, através da escala de Likert de cinco pontos. Esta secção pretende analisar a confiança dos indivíduos no SNS, abordando os seguintes conceitos: preferência, acessibilidade geográfica, qualidade, tempo de espera para atendimento e segurança clínica.

O questionário será apresentado em *GoogleForms*, podendo ser preenchido de forma totalmente independente pelo inquirido, caso este consiga aceder ao mesmo através de um *QR Code* disponibilizado. O questionário também poderá ser respondido através do computador do indivíduo responsável pela recolha dos mesmos. Nos casos em que se verifique diminuição da acuidade visual e/ou desconhecimento/dificuldades na utilização das tecnologias de informação

e comunicação, as perguntas serão lidas aos inquiridos e as respostas inseridas pelo indivíduo responsável pela recolha dos questionários.

2.4 População e amostra

A população em análise, de forma a garantir a qualidade e a credibilidade dos dados recolhidos, são indivíduos residentes em Portugal com idade igual ou superior a 18 anos. O critério de residência é essencial para o indivíduo possuir experiência em ambiente de serviço de saúde público e/ou privado em Portugal e o critério da idade deve-se ao facto da aquisição de um SSP só poder ser realizado a partir desse marco temporal. Os mesmos critérios de seleção são implementados nos inquéritos realizados pela ASF, cujos resultados são demonstrados no *Observatório dos Seguros de Saúde* (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Além disso, o conhecimento da língua portuguesa também é exigido, uma vez que o questionário foi elaborado em português.

A amostragem não probabilística foi o tipo de amostragem escolhido, mais concretamente, o método de amostragem por conveniência. A amostra para o presente estudo será composta por clientes de farmácias da zona de Loures e de Odivelas, aos quais lhes será pedido o consentimento informado, antes do preenchimento do questionário. No primeiro momento da abordagem ao cliente, será explicado o objetivo do questionário e garantida a sua participação voluntária e confidencial.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Capítulo 3 - Resultados e Discussão

Para realizar a análise estatística apresentada ao longo deste capítulo utilizou-se o software *IBM SPSS Statistics*.

No Quadro 3.1 estão apresentados os dados obtidos através do questionário aplicado aos clientes de cinco farmácias comunitárias (Farmácia Santo António, Farmácia Faria, Farmácia Barreiros Faria, Farmácia Sálvia, Farmácia Santo Adrião) na zona de Loures e Odivelas. A amostra total é constituída por 302 inquiridos, sendo que 181 indivíduos não possuem SSP e 121 possuem SSP.

Quadro 3.1 – Frequência dos determinantes em estudo

	Determinantes	Sem SSP (n = 181)	Com SSP (n = 121)
Faixas Etárias	18-39 anos	44 (24,3%)	54 (44,6%)
	40-59 anos	67 (37,0%)	47 (38,8%)
	60-79 anos	59 (32,6%)	18 (14,9%)
	80-99 anos	11 (6,1%)	2 (1,7%)
Género	Feminino	127 (70,2%)	76 (62,8%)
	Masculino	54 (29,8%)	45 (37,2%)
Estado Civil	Casado/União de Facto	86 (47,5%)	66 (54,5%)
	Divorciado/Viúvo	43 (23,8%)	12 (9,9%)
	Solteiro	51 (28,2%)	43 (35,5%)
	Prefiro não responder	1 (0,6%)	0
Agregado Familiar	1	35 (19,3%)	18 (14,9%)
	2	65 (35,9%)	22 (18,2%)
	3	36 (19,9%)	38 (31,4%)
	4	31 (17,1%)	30 (24,8%)
	5	11 (6,1%)	12 (9,9%)
	6	2 (1,1%)	1 (0,8%)
	8	1 (0,6%)	0
Nº Filhos	0	46 (25,4%)	45 (37,2%)

	1	49 (27,1%)	28 (23,1%)
	2	63 (34,8%)	34 (28,1%)
	3	13 (7,2%)	12 (9,9%)
	4	5 (2,8%)	2 (1,7%)
	5	1 (0,6%)	0
	6	3 (1,7%)	0
	7	1 (0,6%)	0
	4º ano	27 (14,9%)	5 (4,1%)
	9º ano	31 (17,1%)	11 (9,1%)
	12º ano	73 (40,3%)	32 (26,4%)
Escolaridade	Licenciatura	28 (15,5%)	41 (33,9%)
	Pós-graduação	11 (6,1%)	5 (4,1%)
	Mestrado	11 (6,1%)	24 (19,8%)
	Doutoramento	0	3 (2,5%)
	<=0,5	32 (17,7%)	20 (16,6%)
Condição Financeira (agregado familiar/nºquartos)	>0,5 <= 1	85 (47%)	54 (44,5%)
	>1 <=1,5	34 (18,8%)	29 (23,9%)
	>1,5 <=2	24 (13,3%)	13 (10,7%)
	2,5	3 (1,7%)	4 (3,3%)
	3	3 (1,7%)	1 (0,8%)
Plano de Saúde	Possui	36 (19,9%)	17 (14,0%)
	Não possui	145 (80,1%)	104 (86,0%)
Subsistema de Saúde	Possui	59 (32,6%)	18 (14,9%)
	Não possui	122 (67,4%)	103 (85,1%)
	1	7 (3,9%)	1 (0,8%)
Autoavaliação em saúde (escala de likert 5 pontos)	2	11 (6,1%)	5 (4,1%)
	3	72 (39,8%)	27 (22,3%)
	4	57 (31,5%)	63 (52,1%)
	5	34 (18,8%)	25 (20,7%)

Fonte: Questionário próprio.

De seguida serão analisadas as variáveis em estudo de forma mais pormenorizada. Para as análises de associação será utilizado um nível de significância de $\alpha = 5\%$ e, consequentemente, um grau de confiança $1 - \alpha = 95\%$.

3.1 Determinantes

3.1.1 Faixa Etária

As idades dos inquiridos variam entre os 18 e os 91 anos, sendo que 50% da amostra possui até 49 anos de idade (Anexo B).

A variável “idade” foi transformada na variável “faixa etária”, de forma a tornar possível a comparação direta com outros estudos de âmbito semelhante. Na amostra total, a faixa etária mais prevalente é a dos 40 aos 59 anos de idade. No entanto, após a divisão dos inquiridos em dois grupos - os que não possuem SSP e os que possuem SSP - percebe-se que a faixa etária mais prevalente no grupo sem SSP é a mesma da amostra total e a do grupo com SSP é a faixa etária entre os 18 e os 39 anos. Importa referir que no grupo com SSP, mais de 80% dos inquiridos encontra-se entre as faixas etárias dos 18 aos 39 anos (44,6%) e dos 40 aos 59 anos (38,8%).

Estes resultados são concordantes com as conclusões de outros estudos da área em Portugal. Já em 2015, segundo o estudo da ERS, a faixa etária mais prevalente foi a dos 30 aos 39 anos e, em 2023, segundo os dados do *Observatório dos Seguros de Saúde*, verificou-se que a faixa etária entre os 35 e os 54 anos foi a mais prevalente, para a população coberta por SSP (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023; Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Ao analisar a realidade de outros países, com estruturas de serviço de saúde semelhantes às de Portugal, sabe-se que em Espanha os indivíduos com SSP têm tendencialmente idades entre os 31 e os 60 anos, o que coincide com o resultado obtido no presente estudo (Bernal Delgado *et al.*, 2024). Em contrapartida, no Reino Unido, Irlanda e Japão observam-se resultados diferentes. No Reino Unido, à medida que a idade aumenta e os indivíduos ficam mais receosos com a maior probabilidade de precisarem de cuidados de saúde, verifica-se um aumento da procura por SSP (King & Mossialos, 2005). No Japão a adesão ao SSP aumentou na faixa etária entre os 50 e os 60 anos, quando comparados os anos 2001 e 2013, e na Irlanda os indivíduos com idades superiores a 65 anos são mais propensos a possuir um SSP (Kapur, 2020; Masato & Masahide, 2017). No caso dos países em desenvolvimento, verifica-se esta mesma tendência. No Gana, com o aumento da idade há um aumento da probabilidade de inscrição no esquema de seguro nacional. No entanto, salienta-se que existem isenções para indivíduos com mais de 70 anos (Duku, 2018). Neste caso, importa referir novamente que este esquema de seguro foi analisado, uma vez que, na prática, o mesmo é de adesão voluntária e possui pagamentos idênticos ao estilo dos SSP. No Irão, também o aumento da idade conciliado com um maior gasto

com os cuidados de saúde conduz ao aumento da probabilidade de aquisição do SSP (Nouraei Motlagh et al., 2015).

No caso dos países anteriores, em que indivíduos mais velhos, com maior probabilidade de recorrerem aos serviços de saúde e/ou com maiores gastos em saúde apresentarem maiores níveis de adesão aos SSP, salienta-se o maior risco para as seguradoras enfrentarem o problema da seleção adversa (Kapur, 2020).

No sentido de analisar a relação entre as variáveis “possui SSP?” e “faixa etária”, tendo em consideração que se trata de uma variável qualitativa nominal e qualitativa ordinal, respetivamente, foi realizado o teste não paramétrico de Independência Qui-quadrado. Através do teste, foi possível averiguar a existência de uma relação entre a faixa etária e a detenção de um SSP ($\rho < 0,05$), ou seja, as variáveis não são independentes (Quadro 3.2).

Quadro 3.2 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Faixa etária”)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,520 ^a	3	< 0,001
Likelihood Ratio	22,410	3	< 0,001
Linear-by-Linear Association	21,149	1	< 0,001
N of Valid Cases	302		

^a 0 células (0%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

Assim, a distribuição de quem tem ou não tem SSP difere entre as faixas etárias existentes. Segundo os resultados deste estudo, a maior parte dos indivíduos com SSP situam-se entre as faixas etárias dos 18 aos 39 anos e dos 40 aos 59 anos.

3.1.2 Género

O género feminino é o mais prevalente da amostra em estudo, representando cerca de 67% da amostra total. A maior prevalência do género feminino também se verifica quando analisados os dois grupos em separado - sem SSP (70,2%) e com SSP (62,8%).

A maior prevalência do género feminino já tinha sido verificada noutros estudos de âmbito semelhante em Portugal (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023;

Entidade Reguladora da Saúde, 2015). O mesmo resultado foi também encontrado no estudo realizado com recurso aos dados recolhidos através do *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* que foi aplicado a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (Tavares, 2020). No Gana, exemplo que foi incluído neste estudo pelas razões já supramencionadas, também as mulheres têm maior probabilidade de aderir ao esquema de seguro nacional. No entanto, neste último caso, a elevada prevalência do género feminino pode ser explicada pela existência da Política de Saúde Materna que proporciona a isenção do prémio do seguro a gestantes e em período pós-parto (Duku, 2018). Em contrapartida, no Reino Unido os indivíduos do género masculino revelam uma maior probabilidade de possuírem um SSP (King & Mossialos, 2005).

De forma a analisar a associação entre as variáveis “possui SSP?” e “género”, duas variáveis qualitativas nominais, foi realizado o teste não paramétrico de Independência Qui-Quadrado. Através do mesmo foi possível verificar que não existe associação entre o género e a detenção de um SSP ($\rho = 0,182$), ou seja, as variáveis são independentes (Quadro 3.3). Assim, apesar de se verificar uma maior prevalência do género feminino no grupo com SSP, não se confirma uma relação entre o género e a detenção do SSP.

Quadro 3.3 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Género”)

	Value	df	Asymptotic	Exact Sig.	Exact Sig.
			Significance (2-sided)	(2-sided)	(1-sided)
Pearson Chi-Square	1,781 ^a	1	0,182		
Continuity Correction	1,463	1	0,227		
Likelihood Ratio	1,770	1	0,183		
Fisher's Exact Test				0,211	0,113
Linear-by-Linear Association	1,775	1	0,183		
N of Valid Cases	302				

^a 0 células (0%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

3.1.3 Estado Civil

Na amostra total, o estado civil mais prevalente é o “casado/união de facto”, representando cerca de 50% da mesma. O estado civil “solteiro” surge em segundo lugar com aproximadamente 31% dos inquiridos. Quando analisados os dados, segundo os dois grupos em estudo (sem SSP e

com SPP), observa-se a mesma conclusão da amostra total, com o primeiro lugar ocupado pelo “casado/união de facto” e o segundo lugar pelo “solteiro”.

A associação dos indivíduos casados com uma maior probabilidade de adesão a um esquema de seguro, já tinha sido detetada no Gana (Duku, 2018). Além disso, segundo os dados obtidos através do *National Health Interview Survey* em 2007, também se observou que as mulheres não casadas (divorciadas ou que nunca casaram) entre os 25 e 65 anos de idade revelam maior probabilidade de não possuir seguro do que as mulheres casadas (*Bernstein et al.*, 2008). Por outro lado, num estudo focado na população europeia, elaborado com dados do *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*, afirmou-se que os mais jovens, do género masculino, com elevado nível educacional, altos rendimentos, casados ou empregados possuem maior tendência para não possuir um SSP (Tavares, 2020).

Para averiguar a associação entre as variáveis “possui SSP?” e “estado civil”, variáveis qualitativas nominais, foi realizado o teste não paramétrico de Independência Qui-quadrado. Através dos resultados obtidos, percebeu-se que existe uma relação entre o estado civil e a detenção de um SSP ($\rho < 0,05$), ou seja, a distribuição da detenção de um SSP não é igual entre os vários estados civis (Quadro 3.4). Estas variáveis não são independentes. Segundo os resultados obtidos, os indivíduos com SSP são maioritariamente casados/união de facto.

Quadro 3.4 – Testes Qui-quadrado (“Possui SSP?” x “Estado civil”)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,589 ^a	2	0,008
Likelihood Ratio	10,221	2	0,006
Linear-by-Linear Association	6,762	1	0,009
N of Valid Cases	301		

^a 0 células (0%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

3.1.4 Agregado Familiar

O número de elementos do agregado familiar da amostra em estudo varia entre o 1 e os 8 indivíduos, sendo que 50% da amostra possui até 3 indivíduos no seu agregado familiar consigo inclusive (Anexo C).

Além disso, mais de 90% dos inquiridos inserem-se em agregados familiares até 4 elementos. Ao analisar os dois grupos em estudo (sem SSP e com SSP), verifica-se o mesmo resultado da amostra total para o grupo com SSP, com 50% dessa amostra a apresentar até 3 indivíduos no agregado familiar (inclui inquirido). Por outro lado, no grupo sem SSP observa-se que 50% da amostra tem até 2 indivíduos. Estes dados revelam que os indivíduos com SSP tendem a pertencer a agregados familiares com mais elementos do que aqueles do grupo sem SSP.

De forma contrária ao que foi apresentado anteriormente, tanto no caso do Gana, como no caso do Irão, as famílias com maior número de elementos estão associadas a uma menor tendência de adesão ao seguro de saúde (Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Nouraei Motlagh et al., 2015). A mesma conclusão verificou-se num estudo elaborado na Finlândia, onde uma maior adesão ao SSP foi associada a agregados familiares com menor número de elementos (Lavaste, 2023). Uma explicação para esta tendência pode ser o aumento das necessidades financeiras da família associado ao elevado número de elementos, que se traduz na incapacidade de aquisição de um SSP.

Com o intuito de escolher o teste mais adequado para perceber a associação entre as variáveis “possui SSP?” (qualitativa nominal) e “número de agregado familiar” (quantitativa), foi analisada a normalidade da distribuição da última variável em ambos os grupos em estudo (sem SSP e com SSP). Para isso, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se detetado a inexistência de distribuição normal em ambos os grupos ($\rho < 0,05$) (Anexo C). Por outro lado, parece verificar-se uma distribuição normal da variável ao analisar o histograma e o Q-Q plot do grupo com SSP. No entanto, como ambos os grupos têm de seguir uma distribuição normal e o grupo sem SSP parece não cumprir esse requisito, quando se analisa o histograma e o Q-Q plot, optou-se por realizar o teste não paramétrico de Mann-Whitney (Anexo C).

Como o $\rho < 0,05$ no teste de Mann-Whitney, então verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no número de agregado familiar entre o grupo sem SSP e o grupo com SSP (Quadro 3.5). Adicionalmente, observa-se um $Z = -2,939$, o que indica que os indivíduos sem SSP tendem a possuir um número de agregado familiar menor do que os indivíduos com SSP, tal como já havia sido verificado com os dados anteriormente referidos.

Quadro 3.5 – Testes Estatísticos^a

Testes	Número de Agregado Familiar
Mann-Whitney U	8823,000
Wilcoxon W	25294,000

Z	-2,939
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,003

^a Grouping variable: Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)

Fonte: Questionário próprio.

3.1.5 Número de Filhos

O número de filhos dos inquiridos em estudo variou entre o 0 (zero) e os 7 filhos, sendo que 50% da amostra possui até 1 filho e 75% apresenta até 2 filhos (Anexo D). Ao analisar os dois grupos em estudo (sem SSP e com SSP) observa-se que 2 filhos é o número mais prevalente para o grupo sem SSP e 0 (zero) filhos é o mais prevalente para o grupo com SSP.

Seria de esperar que a presente variável estivesse de certa forma associada à variável “agregado familiar”. Por outras palavras, pode admitir-se que a variável “agregado familiar” é mais generalista, sendo que a variável “número de filhos” poderia estar contida na anterior. Foi utilizado o verbo “poder”, uma vez que, os filhos podem, em certos casos, já não fazer parte do agregado familiar dos pais. No entanto, os dados não condizem com esta associação, visto que, apesar dos indivíduos sem SSP apresentarem a tendência de possuir um número de agregado familiar menor do que os indivíduos com SSP, a percentagem de 0 (filhos) é a mais prevalente no grupo com SSP. Por outro lado, isto poderá indicar que os inquiridos com SSP têm agregados familiares maiores, não pelo número de filhos, mas porque vivem em casa dos pais.

De forma contrária aos resultados deste estudo, em que os inquiridos com SSP têm de forma mais prevalente 0 (zero) filhos, as mulheres com elevado nível educacional, residentes em zonas rurais e/ou com filhos possuem uma maior probabilidade em adquirir um seguro de saúde, tal como foi descrito no estudo com os dados do *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (Tavares, 2020). Por outro lado, no Irão, o aumento do agregado familiar produz um efeito negativo sobre a procura por SSP (Nouraei Motlagh et al., 2015). Esta última afirmação foi aqui apresentada, pois a frase “o aumento do agregado familiar” pode ser interpretada como o nascimento de filhos. Aproveitando esta última linha de pensamento, num estudo finlandês também se observou uma relação negativa entre o número de crianças na família e a adesão ao seguro de saúde (Lavaste, 2023).

Para analisar a associação entre a variável qualitativa nominal “possui SSP?” e a variável quantitativa “número de filhos”, foi inicialmente averiguado o requisito da normalidade, com o intuito de escolher o teste mais apropriado a ser realizado. Tendo em conta que $p < 0,05$ no teste de Kolmogorov-Smirnov para os dois grupos, então a normalidade foi rejeitada (Anexo D). Para além disso, a mesma conclusão é retirada quando analisados os seus histogramas e Q-Q Plots

de ambos os grupos (Anexo D). Assim, optou-se pela realização do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Ao analisar os resultados do teste verificou-se a inexistência de uma diferença estatisticamente significativa ($\rho = 0,065$) no número de filhos entre o grupo sem SSP e o grupo com SSP, ou seja, parece verificar-se uma distribuição do número de filhos semelhante entre os dois grupos (Quadro 3.6). Assim, as diferenças supramencionadas entre os dois grupos, não são estatisticamente relevantes.

Quadro 3.6 – Testes Estatísticos^a

Testes	Número de Filhos
Mann-Whitney U	9631,000
Wilcoxon W	17012,000
Z	-1,848
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,065

^a Grouping variable: Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)

Fonte: Questionário próprio.

3.1.6 Escolaridade

No que diz respeito à escolaridade dos indivíduos, a mais prevalente é o 12º ano representando 34,8% da amostra total, seguida da licenciatura com 22,8%. Além disso, sabe-se que 50% da amostra possui até ao 12º ano de escolaridade. No grupo sem SSP observa-se o mesmo resultado anterior, mas no grupo com SSP 50% dos indivíduos têm até a licenciatura. O 12º ano é a escolaridade mais prevalente no grupo sem SSP representando 40,3% da amostra, seguido do 9º ano com 17,1%. Já no caso do grupo com SSP, a licenciatura é a escolaridade mais prevalente com 33,9% da amostra, seguida do 12º ano com 26,4%. Para níveis mais elevados de escolaridade, percebe-se que no grupo com SSP, 24 indivíduos (19,8%) possuem mestrado e 3 (2,5%) possuem doutoramento, em oposição ao grupo sem SSP onde 11 (6,1%) possuem mestrado e nenhum possui doutoramento. Assim, sabe-se que a maior parte dos indivíduos do grupo com SSP (60,3%) terminou o ensino superior.

Os dados obtidos corroboram com os resultados divulgados no *Observatório de Seguros de Saúde*, que detetaram que cerca de 50% da amostra com SSP concluiu o ensino superior (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). O nível de escolaridade

superior também já tinha sido associado a uma maior tendência para a aquisição de um SSP noutra estudo do mesmo âmbito (Isabel Tavares, 2023).

Ao analisar a literatura referente a outros países do mundo, foi possível perceber que, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, também os indivíduos com elevado nível de escolaridade são mais propensos a adquirir um SSP (Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Kapur, 2020; King & Mossialos, 2005; Medard et al., 2022; Nouraei Motlagh et al., 2015). Este resultado foi observado em estudos realizados no Reino Unido, Irlanda, Gana, Uganda e Irão. Ao nível da Europa, numa amostra de indivíduos com 50 ou mais anos, detetou-se, assim como nos estudos anteriores, que o perfil do segurado era caracterizado pelo indivíduo com alto nível educacional (Tavares, 2020).

Com o intuito de esclarecer a associação entre as variáveis “possui seguro?” (qualitativa nominal) e “escolaridade” (qualitativa ordinal) foi realizado o teste de Independência Qui-quadrado. Através dos resultados do teste, percebeu-se que existe uma associação entre a escolaridade e a detenção de um SSP ($\rho < 0,05$), ou seja, a distribuição da detenção de um SSP não é igual entre os diferentes níveis de escolaridade (Quadro 3.7). Estas variáveis não são independentes. Assim, segundo os dados recolhidos, parece que os indivíduos com SSP revelam uma maior probabilidade de terem completado o ensino superior do que aqueles sem SSP.

Quadro 3.7 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Escolaridade”)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,961 ^a	6	< 0,001
Likelihood Ratio	44,863	6	< 0,001
Linear-by-Linear Association	31,760	1	< 0,001
N of Valid Cases	302		

^a 2 células (14,3%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

3.1.7 Condição Financeira

Para analisar a condição financeira dos inquiridos, não foram utilizadas questões diretas sobre os seus rendimentos, com o intuito de não ferir suscetibilidades. Assim, foi criada uma variável proxy, que representa o número de pessoas por quarto, com o propósito de estimar de forma indireta a condição financeira dos inquiridos. Assumindo que maiores níveis de densidade

habitacional correspondem, geralmente, a uma menor capacidade socioeconómica, podemos utilizar a nova variável como substituta razoável da condição financeira dos inquiridos.

Segundo a OCDE, considera-se que existe superlotação habitacional quando existe menos de um espaço para: cada casal; uma pessoa solteira com idade igual ou superior a 18 anos; cada par de indivíduos do mesmo género com idades entre os 12 e os 17 anos e cada par de crianças com idades inferiores a 12 anos (OECD, n.d.). Tendo em conta este indicador, pode-se determinar que existe uma baixa condição financeira quando se verificam mais de duas pessoas por quarto.

Ao analisar os dados da amostra total, foi possível observar que 50% da amostra vive com a proporção igual ou menor a um indivíduo do agregado familiar para cada quarto da habitação (Anexo E). O mesmo se verifica quando analisados os dois grupos em estudo (sem SSP e com SSP) em separado. Apenas 3,4% dos inquiridos do grupo sem SSP e 4,1% do grupo com SSP vivem em casas com mais de duas pessoas por quarto, o que, seguindo a escala supracitada, pode indicar dificuldades financeiras na vida destes indivíduos.

De uma forma concreta, segundo a ASF, 86,9% da população com SSP possui um rendimento mensal líquido do agregado familiar superior a 1500€ (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023). Este valor de partida (1500€) representa quase o dobro do salário mínimo nacional português de 2023 (Caixa Geral de Depósitos, 2025). Noutro estudo português, também foi possível averiguar que o rendimento elevado está associado a uma maior probabilidade de aquisição de um SSP, assim como os indivíduos com barreiras financeiras são menos propensos a adquiri-lo (Isabel Tavares, 2023).

A nível internacional, de forma idêntica ao que foi referido anteriormente, as dificuldades financeiras conduzem a uma diminuição da prevalência de indivíduos com SSP e o aumento da riqueza traduz-se no aumento da tendência de aquisição de um SSP (Bernal Delgado et al., 2024; Bíró & Hellowell, 2016; Masato & Masahide, 2017; Medard et al., 2022; Nouraei Motlagh et al., 2015; Śliwiński & Borkowska, 2023; Wan et al., 2020). De uma forma quantitativa, sabe-se que na Espanha, em 2019, aproximadamente 40% dos agregados familiares no quintil do rendimento mais alto adquiriu um SSP, comparativamente a apenas 10% dos agregados do quintil mais baixo (Bernal Delgado et al., 2024). Na Índia, a diferença provocada pelo nível de riqueza das famílias pode ser desencadeada pelos próprios consultores de seguros, visto que estes procuram encontrar as famílias mais ricas por possuírem uma maior probabilidade de adquirir um seguro (Vellakkal, 2013).

Para além da literatura anterior, também foram analisados estudos que relacionam a aversão ao risco com o nível de rendimentos e/ou aquisição de SSP. Supõe-se que a aversão ao risco é

diretamente proporcional à probabilidade de aquisição de seguro. Na Tanzânia, detetou-se que as famílias com maiores rendimentos são ligeiramente mais avessas ao risco (Kagaigai & Grepperud, 2023). No caso europeu, em indivíduos com 50 ou mais anos de idade, os mais jovens com altos rendimentos têm mais tendência a correr riscos e, por isso, a não adquirirem um SSP (Tavares, 2020). Contrariamente ao que foi descrito até ao momento, num estudo focado na população croata, os indivíduos com pelo menos rendimento suficiente foram associados a uma procura decrescente por seguros de saúde. O facto de os indivíduos com recursos suficientes serem capazes de cobrir os custos dos seus cuidados de saúde, é uma explicação viável para esta tendência. De uma outra perspetiva, os indivíduos com rendimentos mais baixos são menos capazes de assumir riscos financeiros e, assim, mais propensos a adquirir um SSP (Muslim & Bralić, 2023).

Primeiramente, foi efetuado o teste de normalidade, com o intuito de decidir o melhor teste de associação para as variáveis “possui seguro?” (qualitativa nominal) e “número de pessoas por quarto” (quantitativa). Para os dois grupos em análise (sem SSP e com SSP) observou-se que $\rho < 0,05$ no teste Kolmogorov-Smirnov, o que indica que a variável não segue uma distribuição normal em ambos os grupos (Anexo E). Os respetivos histogramas e o Q-Q plots confirmam a conclusão anterior (Anexo E).

Assim, optou-se pela realização do teste não paramétrico de Mann-Whitney para analisar a associação entre as variáveis. Como $\rho = 0,582$, não existe uma diferença estatisticamente significativa, na distribuição da variável “número de pessoas por quarto” entre os grupos sem e com seguro (Quadro 3.8).

Quadro 3.8 – Testes Estatísticos^a

Testes	Número de Agregado Familiar/ Número de Quartos
Mann-Whitney U	10549,000
Wilcoxon W	27020,000
Z	-0,550
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,582

^a Grouping variable: Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)

Fonte: Questionário próprio.

3.1.8 Meios complementares e/ou suplementares de acesso a serviços de saúde

No questionário realizado aos inquiridos, foi-lhes questionado se possuíam algum plano de saúde e/ou subsistema de saúde. Apurou-se que aproximadamente 82% da amostra não possuía plano de saúde e 74% da amostra não possuía subsistema de saúde. Além disso, observou-se que apenas um indivíduo possui dupla cobertura com plano e subsistema de saúde e três indivíduos possuem tripla cobertura, adicionando um SSP ao conjunto anterior. Dos indivíduos com apenas plano de saúde, sabe-se que cerca de 71% não possui SSP. No caso dos indivíduos com apenas subsistema de saúde, verifica-se que cerca de 80% não possui SSP. Através destes resultados deteta-se uma diferença entre quem tem seguro de saúde e plano de saúde ou subsistema de saúde, sendo que quem possui um subsistema de saúde parece ter menos tendência para possuir um SSP do que quem tem um plano de saúde, com uma diferença de aproximadamente 9 pontos percentuais.

A detenção de um subsistema de saúde já foi associada à menor propensão para adquirir um SSP no passado (Isabel Tavares, 2023). Esta menor propensão pode dever-se ao facto de os subsistemas de saúde serem disponibilizados aos indivíduos sem estes precisarem, geralmente, de fazer um pagamento a partir dos seus capitais diretamente para a seguradora. Além disso, os subsistemas fornecem regimes idênticos aos SSP, o regime convencionado e o regime de reembolso, o que pode proporcionar um maior apoio e segurança aos indivíduos comparativamente aos planos de saúde, onde os clientes têm um desconto pré-estabelecido, principalmente em consultas, e pagam o restante de forma direta (ASF Portal do Consumidor, n.d.; Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Para avaliar a associação existente entre a variável “possui seguro?” e a variável “possui plano de saúde?”, ambas qualitativas nominais, foi realizado o teste de Independência Qui-quadrado. Através deste foi possível averiguar que não existe associação estatisticamente significativa entre ter plano de saúde e ter SSP ($\rho > 0,05$) (Quadro 3.9).

Quadro 3.9 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Possui plano de saúde?”)

	Value	df	Asymptotic	Exact Sig.	Exact Sig.
			Significance	(2-sided)	(1-sided)
			(2-sided)		
Pearson Chi-Square	1,709 ^a	1	0,191		
Continuity Correction	1,329	1	0,249		
Likelihood Ratio	1,747	1	0,186		

<i>Fisher's Exact Test</i>			0,219	0,124
<i>Linear-by-Linear Association</i>	1,704	1	0,192	
<i>N of Valid Cases</i>	302			

^a 0 células (0%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

O mesmo teste foi aplicado para verificar a existência de associação entre “possui seguro?” e “possui subsistema de saúde?” (variáveis qualitativas nominais). Como $\rho < 0,05$, as variáveis não são independentes (Quadro 3.10). Logo, a distribuição da detenção de um SSP não é igual entre ter ou não ter um subsistema de saúde. Segundo os dados, os inquiridos com SSP revelam uma menor tendência a possuir um subsistema de saúde do que os sem SSP.

Quadro 3.10 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” X “Possui subsistema de saúde?”)

	Value	df	Asymptotic	Exact Sig.	Exact Sig.
			Significance (2-sided)	(2-sided)	(1-sided)
<i>Pearson Chi-Square</i>	11,988 ^a	1	< 0,001		
<i>Continuity Correction</i>	11,074	1	< 0,001		
<i>Likelihood Ratio</i>	12,608	1	< 0,001		
<i>Fisher's Exact Test</i>				< 0,001	< 0,001
<i>Linear-by-Linear Association</i>	11,949	1	< 0,001		
<i>N of Valid Cases</i>	302				

^a 0 células (0%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

3.1.9 Autoavaliação em saúde

Com o intuito de saber a avaliação em saúde fornecida pelos próprios inquiridos, foi-lhes questionado “De 1 (muito mau) a 5 (muito bom), como avalia o seu estado de saúde?”. Tal como é sugerido na própria pergunta, a resposta foi dada segundo uma escala de concordância de 5 pontos de Likert. Sendo o 1 - “muito mau” e o 5 - “muito bom”, poderá deduzir-se as seguintes interpretações para as restantes pontuações: o 2 - “mau”; o 3 - “nem bom, nem mau” ou “não sei” ou “mediano”; e o 4 - “bom”.

Ao analisar a amostra total, o valor mais comum de resposta é o número 4 em aproximadamente 40% dos inquiridos, seguido do número 3 com cerca de 33%. Quando analisados os dados segundo os grupos em estudo (sem SSP e com SSP), existem algumas diferenças. No grupo sem SSP a resposta mais prevalente é o número 3 (39,8%) e a segunda resposta é o número 4 (31,5%). Por outro lado, no grupo com SSP, a resposta mais prevalente é o número 4 (52,1%), seguida do número 3 (22,3%) e o número 5 (20,7%). Assim, no grupo sem SSP cerca de 50% dos inquiridos considera o seu estado de saúde como pelo menos “bom”, o que revela ser menos do que os 73% observados no grupo com SSP. Os indivíduos do grupo com SSP tendem a expressar autoavaliações em saúde mais positivas do que aqueles do grupo sem SSP.

Esta tendência já havia sido observada na China, onde os indivíduos com uma “boa saúde” autoavaliada são mais propensos a adquirir um SSP (Wan et al., 2020). Contudo, em estudos desenvolvidos na Croácia e na Irlanda detetou-se o contrário, ou seja, os indivíduos com “má saúde” ou “pouco saudáveis”, segundo autoavaliação, revelam uma maior tendência para aquisição de um SSP (Kapur, 2020; Muslim & Bralić, 2023). O mesmo resultado foi apresentado no estudo realizado com recurso aos dados obtidos através do *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe*, onde quanto melhor foi a autoavaliação em saúde, menor era a tendência de vir a possuir um SSP (Tavares, 2020). A maior procura de SSP por parte dos indivíduos com autoavaliação negativa em saúde pode ser sugestivo, caso o estado clínico seja compatível com a autoavaliação realizada, da presença do problema de seleção adversa.

De forma a analisar a associação entre a variável qualitativa nominal “possui SSP?” e a variável qualitativa ordinal “autoavaliação em saúde” foi realizado o teste de Independência Qui-quadrado. Como $\rho < 0,05$, verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a autoavaliação em saúde e a detenção de um SSP (Quadro 3.11). Assim, a distribuição de indivíduos com SPP não é igual entre os diferentes níveis da autoavaliação em saúde, ou seja, estas variáveis não são independentes. Pode sugerir-se, baseado nos dados obtidos, que os indivíduos com SSP parecem ter autoavaliações mais positivas dos que os indivíduos do grupo sem SSP.

Quadro 3.11 – Testes Qui-quadrado (“Possui seguro?” x “Autoavaliação em saúde”)

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)

<i>Pearson Chi-Square</i>	17,654 ^a	4	0,001
<i>Likelihood Ratio</i>	18,271	4	0,001
<i>Linear-by-Linear Association</i>	8,673	1	0,003
<i>N of Valid Cases</i>	302		

^a 2 células (20%) têm contagem esperada inferior a 5.

Fonte: Questionário próprio.

3.2 Confiança no Serviço Nacional de Saúde

De forma a avaliar a consistência interna do conjunto de afirmações utilizadas no questionário aplicado para determinar a confiança dos inquiridos no SNS, foi calculado o *Alfa de Cronbach*, com recurso às respostas obtidas nesta secção. Esta análise é bastante relevante, uma vez que se pretende verificar se as cinco afirmações estão a medir o mesmo construto, ou seja, garantir se os itens podem ser analisados em conjunto como medida holística de confiança no SNS (Tavakol & Dennick, 2011).

O *Alfa de Cronbach* obtido foi 0,8, o que se traduz numa consistência interna robusta e indica a fiabilidade da escala (Tavakol & Dennick, 2011). Os itens utilizados estão inter-relacionados e podem ser unidos numa medida única de confiança do SNS. Assim, foi criada uma nova variável - a “confiança média” - que corresponde ao nível de confiança do inquirido no SNS, sendo a escala de 1 - “confiança muito baixa” a 5 - “confiança muito alta”.

Através da análise desta nova variável, foi possível observar que 50% dos indivíduos possuem uma confiança até 3,40 (Anexo F). Como a escala varia de 1 - “confiança muito baixa” a 5 - “confiança muito alta”, então presume-se que o valor 2 corresponde a “confiança baixa”, o 3 a “nem baixa, nem alta” ou “não sei” ou “nível médio de confiança” e o 4 a “confiança alta”. Assim, pode-se concluir que 50% da amostra possui uma confiança pelo menos razoável no SNS.

Tal como foi apresentado ao longo da revisão de literatura, quer em Portugal, quer em países como a Espanha e o Reino Unido, o serviço nacional de saúde apresenta problemas, nomeadamente, os longos tempos de espera, que podem colocar em causa a confiança que os indivíduos têm no mesmo. No entanto, já se verificou no passado, não ao nível da confiança, mas em relação à satisfação, que os indivíduos que se encontram mais satisfeitos com o sistema de saúde apresentam uma maior probabilidade de aquisição de seguro. As explicações para esta constatação poderão ser a compra de seguro por outro membro da família e uma dupla assistência de qualidade em saúde (Tavares, 2020).

De forma a avaliar a relação entre as variáveis “possui SSP?” (qualitativa nominal) e “confiança média” (quantitativa), foi averiguada a normalidade, com o intuito de escolher o teste

mais adequado. Para analisar a normalidade da variável “confiança média” em ambos os grupos foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov, verificando-se que o requisito da normalidade não se cumpre ($\rho < 0,05$) (Anexo F). Adicionalmente, os histogramas e os Q-Q Plots também não indicam normalidade, o que confirma a conclusão anterior (Anexo F). Assim, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar o nível de confiança dos inquiridos com ou sem SSP.

Com a execução deste teste, foi possível perceber que existe uma diferença estatisticamente significativa na confiança média entre os inquiridos sem e com SSP ($\rho < 0,05$) (Quadro 3.12). Além disso, também se observou que os indivíduos sem seguro apresentam níveis de confiança inferiores àqueles indivíduos que possuem seguro ($Z = -5,6$).

Quadro 3.12 – Testes Estatísticos^a

Testes	Confiança Média
Mann-Whitney U	6801,500
Wilcoxon W	14182,500
Z	-5,592
Asymp. Sig. (2-tailed)	< 0,001

^a Grouping variable: Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)

Fonte: Questionário próprio.

3.3 Gostaria de possuir um Seguro de Saúde Privado?

Aos indivíduos sem um SSP foi-lhes perguntado, posteriormente, se “gostaria de possuir um SSP?”, com o intuito de perceber o seu interesse na aquisição do mesmo. No Quadro 3.13 é possível observar que mais de 60% dos inquiridos deram uma resposta negativa. Por outro lado, aproximadamente 24% dos indivíduos deram uma resposta positiva e apenas cerca de 13% responderam “talvez”.

Quadro 3.13 – Frequência de respostas à pergunta “Gostaria de possuir um SSP?” (amostra total)

Respostas	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem acumulada (%)
Não	114	63,0	63,0

Sim	43	23,8	86,7
Talvez	24	13,3	100,0
Total	181	100,0	

Fonte: Questionário próprio.

Quando analisada a amostra composta apenas por indivíduos com plano de saúde e/ou subsistema de saúde, verifica-se que a resposta negativa possui uma prevalência ainda maior (70,2%) do que a amostra total (Quadro 3.14). Além disso, a prevalência de respostas positivas mantém-se semelhante e há uma diminuição de indivíduos indecisos na aquisição de um SSP. O menor interesse em adquirir um SSP, por parte dos indivíduos com um plano de saúde e/ou subsistema de saúde, pode ser explicado pelo que já foi mencionado anteriormente - a detenção de um subsistema de saúde parece estar associada à menor propensão para adquirir um SSP (Isabel Tavares, 2023).

**Quadro 3.14 – Frequência de respostas à pergunta “Gostaria de possuir um SSP?”
(amostra com plano e/ou subsistema de saúde)**

Respostas	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem acumulada (%)
Não	66	70,2	70,2
Sim	21	22,3	92,6
Talvez	7	7,4	100,0
Total	94	100,0	

Fonte: Questionário próprio.

3.4 Razões para manter o Seguro de Saúde Privado

No que diz respeito às razões escolhidas pelos inquiridos como as mais importantes para a manutenção do seu SSP, observou-se que a razão mais prevalente foi a “redução da espera: marcação de consulta/exame/tratamento/cirurgia” (20,3%) (Figura 3.1). A esta razão seguem-se as seguintes: “dificuldade de acesso a serviços do SNS” (16,3%), “redução do tempo de espera para atendimento” (11,9%) e “por prevenção” (10,0%).

Os dados obtidos diferem dos resultados expostos pela ERS, em 2015, onde para além do desejo de obtenção de tempos de espera mais curtos para consultas, as outras respostas mais frequentes foram: por prevenção e o desejo de ter maior liberdade na escolha dos

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Por outro lado, os resultados obtidos neste estudo assemelham-se aos dados apresentados pela ASF em 2023, onde as razões mais importantes, por ordem decrescente, são: a dificuldade de acesso a serviços do SNS, redução do tempo de espera: marcação de consulta/ exame/ tratamento e maior qualidade dos serviços prestados no privado (Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões, 2023).

Ao nível das razões da contratação, verifica-se a manutenção da preocupação pelos tempos de espera elevados no SNS, assim como, pela dificuldade de acesso a serviços do SNS. Tendo em consideração os resultados do inquérito, importa também salientar que a razão “por prevenção” assume um lugar elevado, tal como já havia sido verificado em 2015. Dadas as razões que ocupam o pódio como mais prevalentes, poderá sugerir-se a preocupação dos portugueses face ao SNS, em termos de acesso e tempos de espera.

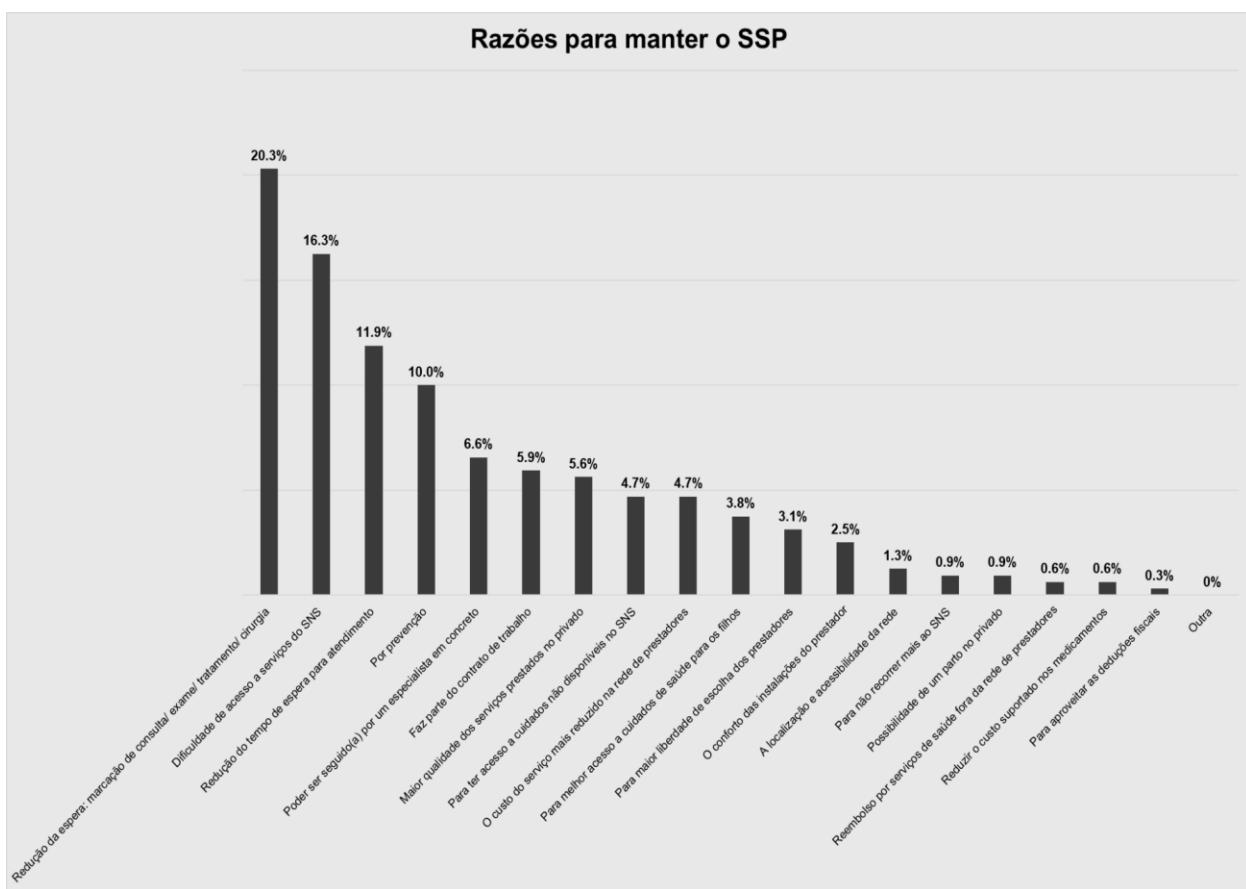


Figura 3.1 – Prevalência das razões de aquisição/manutenção do SSP escolhidas pelos inquiridos

Fonte: Questionário próprio.

Noutros países, como o Reino Unido e a Espanha, também “o acesso mais rápido aos cuidados de saúde” é uma das principais razões de aquisição de SSP. No caso do Reino Unido, as outras razões principais são a ampla escolha de especialistas e melhores comodidades nas instalações de saúde, e, no caso espanhol, são a maior qualidade dos serviços de saúde privados e o preço acessível do SSP (Bíró & Hellowell, 2016; Costa-Font & García, 2003; Europe et al., 2006; Global Data Financial Services, 2024; King & Mossialos, 2005; Pinilla & López-Valcárcel, 2020).

O facto de o Reino Unido e a Espanha, países com serviços de saúde semelhantes ao de Portugal, partilharem a mesma razão principal para a obtenção de um SSP por parte dos inquiridos, pode significar a partilha de problemas semelhantes decorrentes de contextos parecidos, tal como já tinha sido verificado na revisão de literatura inicial.

Conclusão

No que diz respeito aos determinantes da procura por SSP analisados neste estudo, foi possível perceber que existe uma relação estatisticamente significativa entre a variável “possui SSP?” e as seguintes variáveis: “faixa etária”, “estado civil”, “número de agregado familiar”, “escolaridade”, “possui subsistema de saúde?” e “autoavaliação em saúde”. De uma forma mais pormenorizada, a maior parte dos indivíduos com SSP situam-se entre as faixas etárias dos 18 aos 39 anos e dos 40 aos 59 anos, são casados/união de facto e terminaram o ensino superior. Além disso, tendem a pertencer a agregados familiares com mais elementos, a não possuir um subsistema de saúde e a expressar autoavaliações mais positivas do que os inquiridos sem SSP. Relativamente à variável “confiança no SNS”, observou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na confiança média entre os inquiridos sem e com SSP, sendo que os indivíduos sem SSP parecem apresentar níveis de confiança inferiores aos indivíduos com SSP. Ao analisar a variável “gostaria de possuir um SSP?”, pergunta colocada aos inquiridos sem SSP, foi possível detetar uma maioria de respostas negativas representadas por mais de 60% dessa amostra. Este número sofreu um crescimento quando analisada a amostra composta por indivíduos com plano de saúde e/ou subsistema de saúde, atingindo os 70%. Por último, as razões de aquisição/manutenção do SSP mais prevalentes foram: a “redução da espera: marcação de consulta/exame/tratamento/cirurgia” (20,3%), a “dificuldade de acesso a serviços do SNS” (16,3%), a “redução do tempo de espera para atendimento” (11,9%) e “por prevenção” (10,0%).

A prevalência elevada das faixas etárias dos 18 aos 39 anos e dos 40 aos 59 anos pode ser um indicador positivo para as seguradoras, na medida em que contribui, de certa forma, para o decréscimo do risco da seleção adversa. Tal como foi referido na discussão, os indivíduos mais velhos apresentam, normalmente, uma maior probabilidade de recorrer aos serviços de saúde e de produzirem maiores gastos com a mesma.

Além disso, o facto de os indivíduos com SSP serem maioritariamente casados/união de facto e tenderem a pertencer a agregados familiares maiores, pode ser revelador da importância da continuidade da aposta das seguradoras em campanhas de incentivo à adesão de elementos do agregado familiar.

A predominância de pessoas com SSP que terminaram o ensino superior em união com as autoavaliações positivas em saúde, pode também conduzir a certas conclusões. A elevada escolaridade detida pelos indivíduos com SSP pode ser indicadora de uma maior literacia em saúde, levando-os a ter comportamentos preventivos e a detetarem de forma precoce sinais

efetivos de doença. Os comportamentos preventivos permitem o adiamento do aparecimento de doença e, consequentemente, à necessidade de cuidados de saúde, e a deteção precoce dos sinais efetivos de doença conduzem à redução da utilização inadequada dos cuidados de saúde e à atuação clínica no momento certo, evitando maiores custos com serviços não necessários ou mais caros decorrentes do estado avançado de doença. Caso tivesse sido analisada a aversão ao risco e fosse detetada a presença de elevada aversão nos indivíduos com SSP, poderia concluir-se a presença de seleção vantajosa, uma condição benéfica para as seguradoras.

As principais razões de procura por um SSP centram-se nos tempos de espera e na dificuldade de acesso a serviços do SNS, transparecendo, de certa forma, o seu descontentamento do funcionamento do SNS no que a esses pontos diz respeito. No entanto, quando analisada a variável “confiança média” percebe-se que 50% da amostra apresenta pelo menos uma pontuação de 3 (“nem baixa, nem alta” ou “não sei” ou “nível médio de confiança”), sendo que os indivíduos com SSP tendem a revelar níveis de confiança maiores do que os sem SSP. Isto pode dever-se ao facto de os inquiridos deterem SSP através da compra realizada por outro familiar, procurarem uma dupla assistência em saúde e/ou obterem-no através do contrato de trabalho. Este último caso é reforçado pela prevalência de cerca de 6% da razão de aquisição/manutenção do SSP “Faz parte do contrato de trabalho”.

Futuramente, de forma a completar o presente estudo, seria bastante relevante averiguar a relação da procura por SSP com a aversão risco, explorar as razões que conduzem os portugueses a não quererem adquirir um SSP e analisar de forma separada os indivíduos que possuem SSP através do empregador daqueles que adquiriram de forma voluntária. Adicionalmente, também seria importante efetuar uma regressão logística binária com os dados obtidos, de forma a prever a probabilidade de os inquiridos possuírem ou não um SSP consoante o efeito provocado por cada variável em estudo.

Limitações

A amostragem por conveniência, utilizada neste estudo, permitiu um fácil acesso aos inquiridos. Contudo, esta abordagem conduziu a algumas limitações, nomeadamente, a representatividade da amostra face à população portuguesa e a possibilidade de viés causado pelo perfil dos clientes que utilizam aquelas farmácias em específico. Além disso, a leitura e preenchimento do questionário pelo indivíduo responsável pela recolha dos mesmos, nos casos em que se verificava diminuição da acuidade visual e/ou desconhecimento/dificuldades na utilização das tecnologias de informação e comunicação, pode ter conduzido, apesar da imparcialidade do responsável, a respostas menos honestas por constrangimento ou vergonha dos inquiridos.

Referências

- Adjei-Mantey, K., & Horioka, C. Y. (2023). Determinants of health insurance enrollment and health expenditure in Ghana: an empirical analysis. *Review of Economics of the Household*, 21(4), 1269–1288. <https://doi.org/10.1007/S11150-022-09621-X/TABLES/4>
- Aguiar-Díaz, I., & Ruiz-Mallorqui, M. V. (2022). Private Health Insurance and Financial Risk Taking in Spain—The Moderating Effect of Subjective Risk Tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16248. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192316248>
- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N. *, Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: health system review 2022. *Health Systems in Transition*, 24. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022>
- ASF Portal do Consumidor. (n.d.). *Seguro de Saúde - Perguntas Frequentes*. Retrieved September 14, 2025, from <https://www.consumidor.asf.com.pt/seguros/seguro-de-sa%C3%BAde>
- Autoridade de Supervisão dos Seguros e Fundos de Pensões. (2023). *Observatório dos Seguros de Saúde*. <https://www.observatoriosegurosaude.pt/>
- Barros, P. C. E. (2022). Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos. *Observatório Da Despesa Em Saúde*.
- Bernal Delgado, E., Angulo Pueyo, E., Rida López, M., M Urbanos Garrido, R., Oliva Moreno, J., García Abiétar, D., & Hernández Quevedo, C. (2024). Spain: health system review 2024. *Health Systems in Transition*, 26. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024>
- Bernstein, A. B. (Amy B.), Brett, K. M. (Kate M.), Bush, M. A. 1954-, & Cohen, R. A. (2008). *Marital status is associated with health insurance coverage for working-age women at all income levels*, 2007. <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/5346>
- Bie, F., Yan, X., Qiu, W., Mao, A., Meng, Y., Cai, M., Yang, R., & Zhang, Y. (2024). Does supplemental private health insurance impact health care utilization and seeking behavior of residents covered by social health insurance? Evidence from China National Health Services Survey. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12939-024-02158-8/TABLES/3>
- Bíró, A., & Hellowell, M. (2016). Public–private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom. *Health Policy*, 120(7), 840–847. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2016.05.002>
- BMA. (2024). *An NHS under pressure*. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/an-nhs-under-pressure>
- Bolhaar, J., Lindeboom, M., & Van der Klaauw, B. (2012). A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review*, 56(4), 669–690. <https://doi.org/10.1016/J.EUROCOREV.2012.03.002>
- Caixa Geral de Depósitos. (2025, February 4). *Salário mínimo 2025: o que muda com a subida?* <https://www.cgd.pt/Site/Saldo-Positivo/trabalho/Pages/o-que-muda-subida-salario-minimo.aspx>
- Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M., & Gonzalez-Prieto, N. (2017). Effect of having private health insurance on the use of health care services: The case of Spain. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12913-017-2667-4/FIGURES/1>
- Chen, N., Bai, J., Nicholas, S., Maitland, E., Tan, J., & Wang, J. (2022). Preferences for private health insurance in China: A discrete choice experiment. *Frontiers in Public Health*, 10, 985582. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.985582/BIBTEX>

- Costa-Font, J., & García, J. (2003). Demand for private health insurance: how important is the quality gap? *Health Economics*, 12(7), 587–599. <https://doi.org/10.1002/HEC.756>
- Duku, S. K. O. (2018). Differences in the determinants of health insurance enrolment among working-age adults in two regions in Ghana. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12913-018-3192-9/TABLES/5>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde*.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no SNS (1o Semestre 2024)*. <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informa%C3%A7%C3%A3o-de-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-sobre-tempos-de-espera-no-sns-1%C2%BA-semestre-2024/>
- Europe, W. H. Organization. R. O. for, Policies, E. O. on H. S. and, Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E., & McGuire, A. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326537>
- Eurostat. (2024). *Healthcare expenditure statistics - overview*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview
- Fernandes, S. (2021). *Quais as diferenças entre um seguro de saúde e um plano de saúde?* Doutor Finanças. <https://www.doutorfinancas.pt/seguros/seguro-de-saude/quais-as-diferencias-entre-um-seguro-de-saude-e-um-plano-de-saude/>
- Finn, C., & Harmon, C. P. (2006). A Dynamic Model of Demand for Private Health Insurance in Ireland. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.950918>
- Global Data Financial Services. (2024). Consumer demand for private health insurance is increasing in the UK. *Life Insurance International*. <https://www.lifeinsuranceinternational.com/analyst-comment/consumer-demand-private-health-insurance-uk/>
- Gouveia, M. (2023). *Saúde e Hospitais Privados em Portugal* (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.).
- Isabel Tavares, A. (2023). Who is Buying Voluntary Private Health Insurance in Portugal: A Comparative Analysis for 2014 and 2019. *Health Insurance Across Worldwide Health Systems*. <https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.1003745>
- Kagaigai, A., & Grepperud, S. (2023). The role of risk preferences: voluntary health insurance in rural Tanzania. *Health Economics Review*, 13(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S13561-023-00432-Z/TABLES/12>
- Kapur, K. (2020). Private Health Insurance in Ireland: Trends and Determinants. *The Economic and Social Review*, 51(1, Spring), 63–92. <https://www.esr.ie/index.php/esr/article/view/1386>
- King, D., & Mossialos, E. (2005). The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997–2000. *Health Services Research*, 40(1), 195. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6773.2005.00349.X>
- Kollewe, J. (2024). Private health insurance market grows by £385m in a year amid NHS crisis | Private healthcare |. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2024/apr/18/uk-private-health-insurance-market-nhs-crisis-dental-cover>
- Lavaste, K. (2023). Private health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland. *Health Policy*, 132, 104820. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2023.104820>
- Masato, K., & Masahide, K. (2017). The determinants of demand for private health insurance in Japan. *Japanese Journal of Health Economics and Policy*, 29(1), 58–83. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjhep/29/1/29_2017.05/_article/-char/en#

- Medard, T., Yawe, B. L., & Bosco, O. J. (2022). Determinants of Demand for Private Health Insurance in Uganda. *African Journal of Economic Review*, 10(3), 25–47. <https://www.ajol.info/index.php/ajer/article/view/226621>
- Meng, Q., Yang, H., Chen, W., Sun, Q., & Liu, X. (2015). People's Republic of China health system review. *Health Systems in Transition*, 5. <https://iris.who.int/handle/10665/208229>
- Mondina, G. (2025, March 5). SNS: o colapso que Portugal finge não ver – Observador. Observador. <https://observador.pt/opiniao/sns-o-colapso-que-portugal-finge-nao-ver/>
- Mugenyi, N., Oduoye, M. O., & Akilimali, A. (2024). Supporting health systems in Uganda: a call for action. *International Journal of Surgery: Global Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1097/GH9.0000000000000376>
- Muslim, K., & Bralić, N. (2023). Socioeconomic status is the main predictor of the demand for voluntary health insurance in Croatia. *ST-OPEN*, 4, 1–10. <https://doi.org/10.48188/SO.4.11>
- Nannini, M., Biggeri, M., & Putoto, G. (2021). Health Coverage and Financial Protection in Uganda: A Political Economy Perspective. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(9), 1894. <https://doi.org/10.34172/IJHPM.2021.116>
- Nouraei Motlagh, S., Abolghasem Gorji, H., Mahdavi, G., & Ghaderi, H. (2015). Main Determinants of Supplementary Health Insurance Demand: (Case of Iran). *Global Journal of Health Science*, 7(6), 285. <https://doi.org/10.5539/GJHS.V7N6P285>
- OECD. (n.d.). *Housing overcrowding*. Retrieved August 5, 2025, from <https://www.oecd.org/en/data/indicators/housing-overcrowding.htm>
- OECD Health Policy Studies. (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. *OECD iLibrary*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- OECD Publishing. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* (Health at a Glance). OECD. <https://doi.org/10.1787/7A7AFB35-EN>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *United Kingdom: Country Health Profile 2019*. <https://doi.org/10.1787/744DF2E3-EN>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Spain: Country Health Profile 2023*. https://www.oecd.org/en/publications/spain-country-health-profile-2023_71d029b2-en.html
- Office for National Statistics. (2024). *Healthcare expenditure, UK Health Accounts*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2022and2023>
- Otieno, E., & Namyalo, J. (2023). The Paradox of the Ugandan Health Insurance System: Challenges and Opportunities for Health Reform. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(1), 91. <https://doi.org/10.3961/JPMPH.23.110>
- Owusu-Sekyere, E., & Chiaraah, A. (2014). Demand for Health Insurance in Ghana: What Factors Influence Enrollment? *American Journal of Public Health Research*, 2(1), 27–35. <https://doi.org/10.12691/AJPHR-2-1-6>
- Paccagnella, O., Rebba, V., & Weber, G. (2012). Voluntary private health insurance among the over fifties in Europe. *Health Economics*, 22(3), 289. <https://doi.org/10.1002/HEC.2800>
- Pereira, L. (2024, April 14). *Os problemas de fundo do SNS e forma de os solucionar*. SOL. https://sol.sapo.pt/2024/04/14/os-problemas-de-fundo-do-sns-e-forma-de-os-solucionar/#goog_rewarde
- Pinilla, J., & López-Valcárcel, B. G. (2020). Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: Empirical evidence in Spain, 2008–2014. *BMC Public Health*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09362-5/TABLES/4>
- Portal do INE. (2024). *Taxa de mortalidade materna*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2

- Powell, D., & Goldman, D. (2020). Disentangling Moral Hazard and Adverse Selection in Private Health Insurance. *Journal of Econometrics*, 222(1), 141. <https://doi.org/10.1016/J.JECONOM.2020.07.030>
- ReportLinker. (2023). *Global Private Health Insurance Coverage by Country*. <https://www.reportlinker.com/dataset/8ed1b6e607e34523bfaa998c9d7da276cc2cc5a>
- Schmitz, H. (2011). Direct evidence of risk aversion as a source of advantageous selection in health insurance. *Economics Letters*, 113(2), 180–182. <https://doi.org/10.1016/J.ECONLET.2011.06.016>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Serviço Nacional de Saúde – SNS*. Retrieved September 14, 2025, from <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Shin, J. (2012). Private health insurance in South Korea: An international comparison. *Health Policy*, 108(1), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.011>
- Silva, S. (2009). *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*.
- Śliwiński, A., & Borkowska, I. (2023). Demand for private health insurance: an empirical study of post-communist countries. *Journal of Management and Financial Sciences*, 50, 109–129. <https://doi.org/10.33119/JMFS.2023.50.6>
- SNS 24. (2023). *Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/#>
- Ssempala, R. (2018). Factors Influencing Demand for Health Insurance in Uganda. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.3124179>
- Statista. (2018). *China: perception of waiting times for doctors appointments 2018*. <https://www.statista.com/statistics/915773/china-perception-waiting-time-appointment/>
- Statista. (2023). *Chart: Overburdened NHS Pushes More Brits To Go Private*. <https://www.statista.com/chart/29261/share-of-uk-paying-for-private-health-insurance/>
- Statista. (2024a). *China: health expenditure GDP share*. <https://www.statista.com/statistics/279402/health-expenditure-in-china-as-a-proportion-of-gdp/>
- Statista. (2024b). *China: health expenditure per capita*. <https://www.statista.com/statistics/279401/per-capita-health-expenditure-in-china/>
- Statista. (2024c). *Spain: opinions healthcare problems 2022*. <https://www.statista.com/statistics/1390107/spain-public-opinion-healthcare-problems/>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53. <https://doi.org/10.5116/IJME.4DFB.8DFD>
- Tavares, A. I. (2020). Voluntary private health insurance demand determinants and risk preferences: Evidence from SHARE. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 685–703. <https://doi.org/10.1002/HPM.2922>
- The Republic of Uganda Ministry of Health. (2023). *Annual Health Sector Performance Report*.
- Trinh, C. T., Chao, C. C., & Ho, N. Q. (2023). Private health insurance consumption and public health-care provision in OECD countries: Impact of culture, finance, and the pandemic. *The North American Journal of Economics and Finance*, 64, 101849. <https://doi.org/10.1016/J.NAJEF.2022.101849>
- Unespa. (2024). *La aplicación del Impuesto sobre las Primas de Seguro a los seguros privados de salud perjudicaría a 12,4 millones de personas*. <https://www.unespa.es/notasdeprensa/aplicacion-ips-seguro-salud/>
- Vellakkal, S. (2013). Determinants of Enrolment in Voluntary Health Insurance: Evidences from a Mixed Method Study, Kerala, India. *International Journal of Financial Research*, 4(2). <https://doi.org/10.5430/IJFR.V4N2P99>

- Wan, G., Peng, Z., Shi, Y., & Coyte, P. C. (2020). What Are the Determinants of the Decision to Purchase Private Health Insurance in China? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5348. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17155348>
- World Health Organization. (2024). *Refugee and migrant health system review: challenges and opportunities* for long-term health system strengthening in Uganda. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098824>
- Wu, R., Li, N., & Ercia, A. (2020). The Effects of Private Health Insurance on Universal Health Coverage Objectives in China: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2049. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17062049>

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Anexos

Anexo A – Questionário elaborado para o presente estudo

Determinantes da procura por Seguros de Saúde Privados em Portugal

Caro(a) participante,

O seguinte questionário surge no âmbito da dissertação "Determinantes da procura por Seguros de Saúde Privados em Portugal" do Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE. O principal objetivo deste questionário é conhecer os determinantes e as razões que levam os participantes a procurar um Seguro de Saúde Privado.

Este questionário demorará cerca de 5 minutos a ser preenchido.

A sua participação é voluntária. Todas as suas respostas serão analisadas de forma anónima e confidencial.

Agradeço a sua colaboração.

Margarida Sousa

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Consinto que as minhas respostas sejam utilizadas neste estudo *

Marcar apenas uma oval.

- Consinto
 Não consinto

Dados demográficos

2. Idade *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Não Binário
- Prefiro não responder
- Outro

4. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro
- Casado/União de Facto
- Divorciado/Viúvo
- Prefiro não responder

5. Número de agregado familiar (consigo inclusive) *

6. Número de filhos *

7. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- 4º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

Habitação

8. Tipo de habitação

Marcar apenas uma oval.

- Apartamento
- Moradia
- Outra

9. Número de quartos *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou +

Meios complementares e/ou suplementares de acesso a serviços de saúde

Além do Serviço Nacional de Saúde (SNS), possui outro(s) meio(s) complementar(es) e/ou suplementar(es) para ter acesso a serviços de saúde (e.g. Seguro de Saúde Privado, Plano de Saúde e/ou Subsistema de Saúde)?

10. Possui um Seguro de Saúde Privado (e.g. Médis, Multicare, Advance Care, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim Avançar para a pergunta 13
 Não Avançar para a pergunta 15

11. Possui um Plano de Saúde (e.g. Medicare, Plano+CUF, Plano EDP Saúde, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

12. Possui um Subsistema de Saúde (e.g. ADSE, SAMS, SAD/PSP ou SAD/GNR, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Razões para aquisição de Seguro de Saúde Privado

13. Quais são as razões que o motivam a manter um Seguro de Saúde Privado? (escolha até * 3 razões)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Dificuldade de acesso a serviços do SNS
- Redução da espera: marcação de consulta/ exame/ tratamento/ cirurgia
- Maior qualidade dos serviços prestados no privado
- Por prevenção
- Poder ser seguido(a) por um especialista em concreto
- Para ter acesso a cuidados não disponíveis no SNS
- O custo do serviço mais reduzido na rede de prestadores
- Redução do tempo de espera para atendimento
- Para maior liberdade de escolha dos prestadores
- Para melhor acesso a cuidados de saúde para os filhos
- Para não recorrer mais ao SNS
- Para aproveitar as deduções fiscais
- Possibilidade de um parto no privado
- A localização e acessibilidade da rede de prestadores
- Reembolso por serviços de saúde fora da rede de prestadores
- O conforto das instalações do prestador
- Reduzir o custo suportado nos medicamentos
- Nenhuma razão, faz parte do contrato de trabalho
- Outra

14. Tem o Seguro de Saúde Privado através do seu empregador? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Avançar para a pergunta 16

Secção sem título

15. Gostaria de possuir um Seguro de Saúde Privado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

Autoavaliação em saúde

16. De 1 (muito mau) a 5 (muito bom), como avalia o seu estado de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

muit muito bom

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Classifique as seguintes afirmações de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente):

[1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-nem concordo, nem discordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente]

17. Se eu tiver um problema de saúde prefiro recorrer ao Serviço Nacional de Saúde. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

disc concordo totalmente

18. *Eu penso que se tiver um problema de saúde há instalações do Serviço Nacional de Saúde onde posso chegar rapidamente.*

*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

disⁱ concordo totalmente

19. *Eu acho que os cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde são de qualidade.*

*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

disⁱ concordo totalmente

20. *Eu acredito que se tiver algum problema de saúde sou rapidamente assistido(a) nas instalações do Serviço Nacional de Saúde (e.g. hospital).*

*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

disⁱ concordo totalmente

21. *Eu acredito que se o meu problema de saúde for tratado no Serviço Nacional de Saúde não ocorrerão erros.*

*

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

disⁱ concordo totalmente

Anexo B – Quadro Percentis da variável “Idade”

Quadro - Percentis da variável “Idade”

Percentis	Idade (anos)
25%	33,00
50%	49,00
75%	62,25

Fonte: Questionário próprio.

Anexo C – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Número de agregado familiar”

Quadro - Percentis da variável “Número de agregado familiar”

Percentis	Número de Agregado Familiar (inclui inquirido)
25%	2,00
50%	3,00
75%	4,00

Fonte: Questionário próprio.

Quadro - Testes da Normalidade (“Possui seguro?” x “Número de agregado familiar”)

Número de Agregado Familiar	Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
0	0	0,235	181	< 0,001	0,891	181	< 0,001
1	1	0,172	121	< 0,001	0,922	121	< 0,001

Fonte: Questionário próprio.

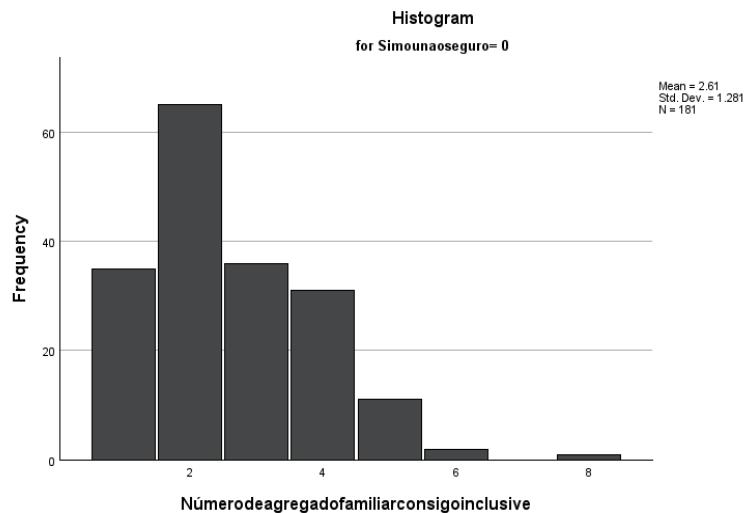


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

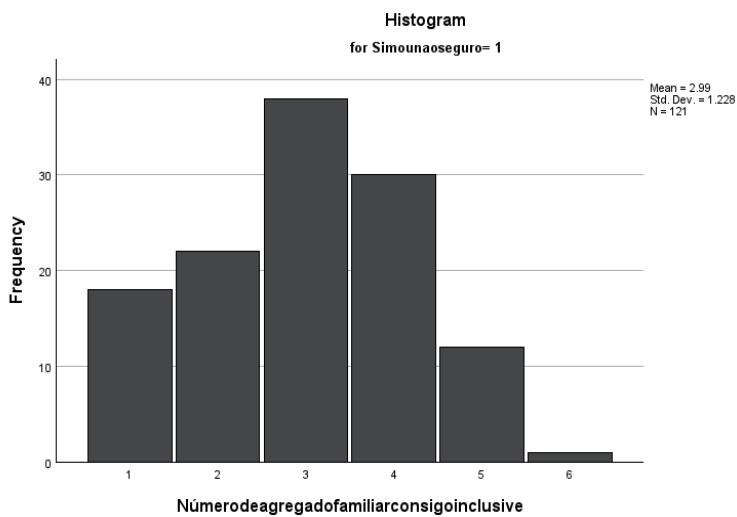


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

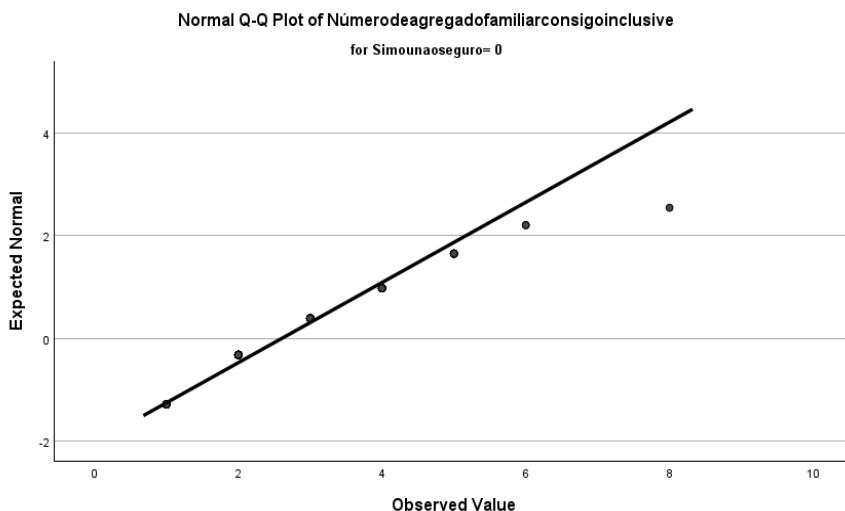


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

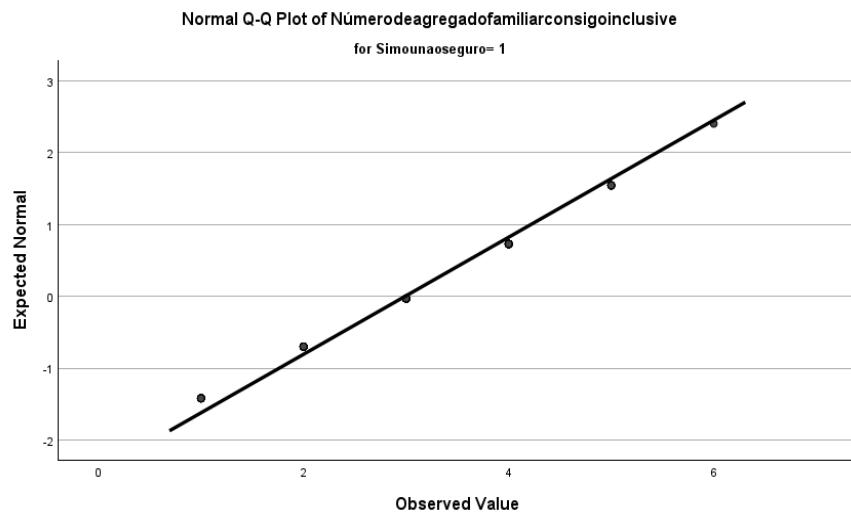


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

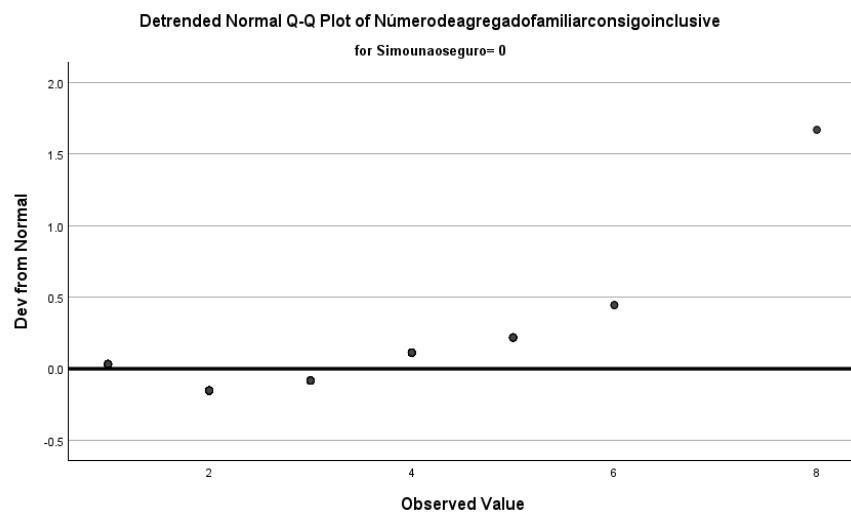


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

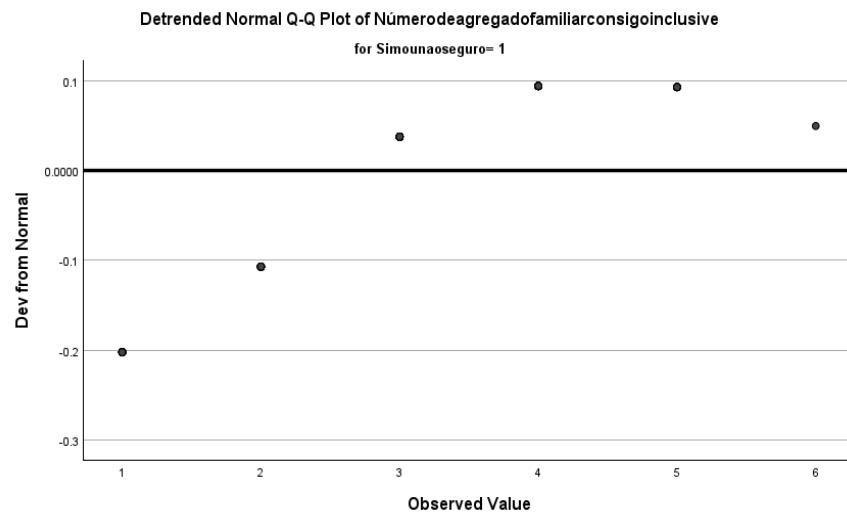


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

Anexo D – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Número de filhos”

Quadro - Percentis da variável “Número de filhos”

Percentis	Número de Filhos
25%	0,00
50%	1,00
75%	2,00

Fonte: Questionário próprio.

Quadro - Testes da Normalidade (“Possui seguro?” x “Número de filhos”)

Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Número de Filhos 0	0,209	181	< 0,001	0,842	181	< 0,001
1	0,228	121	< 0,001	0,852	121	< 0,001

Fonte: Questionário próprio.

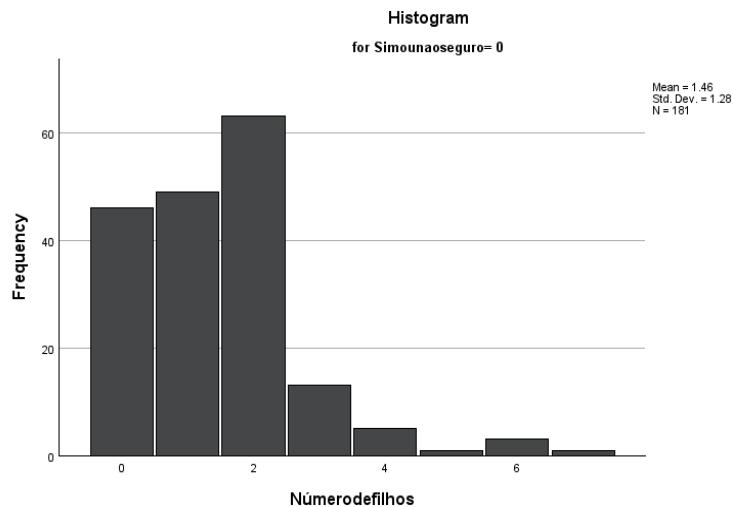


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

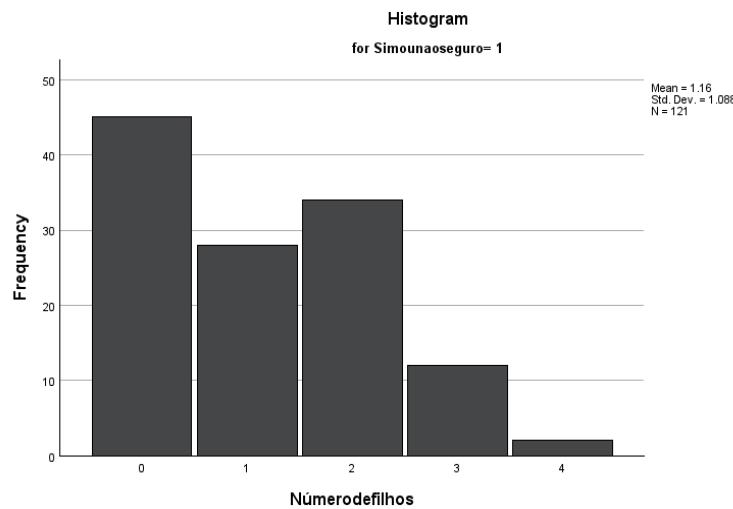


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

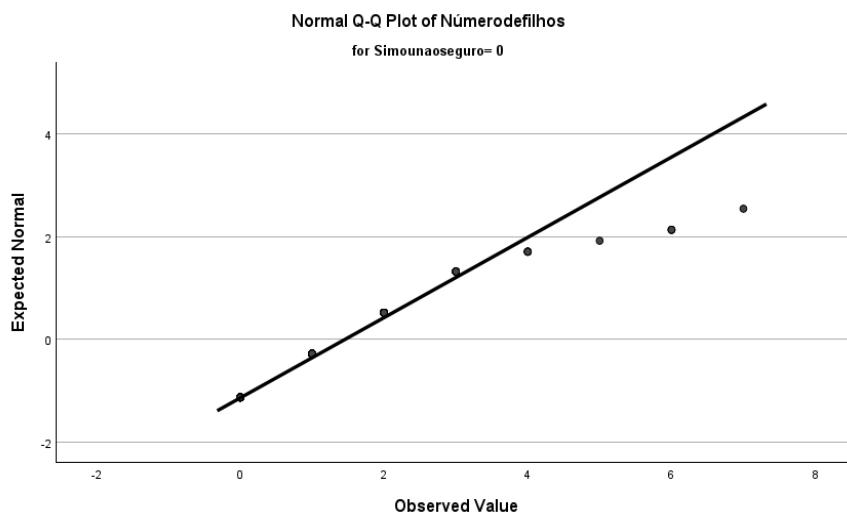


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

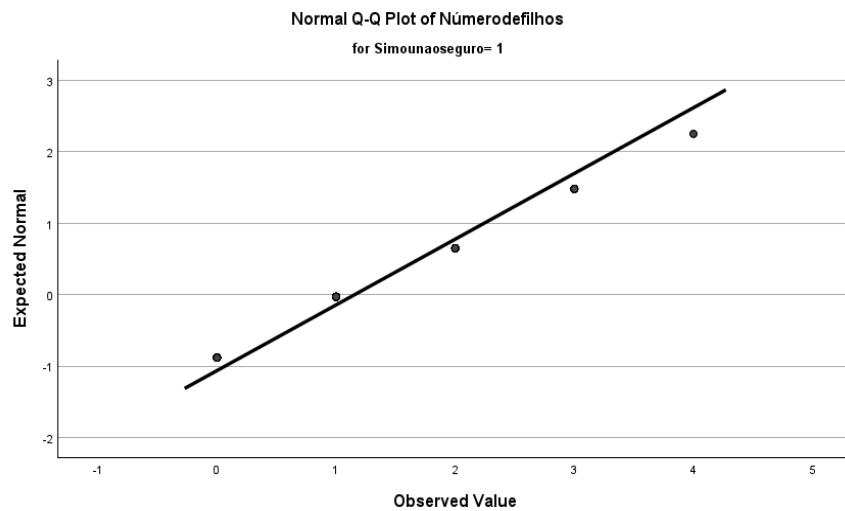


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

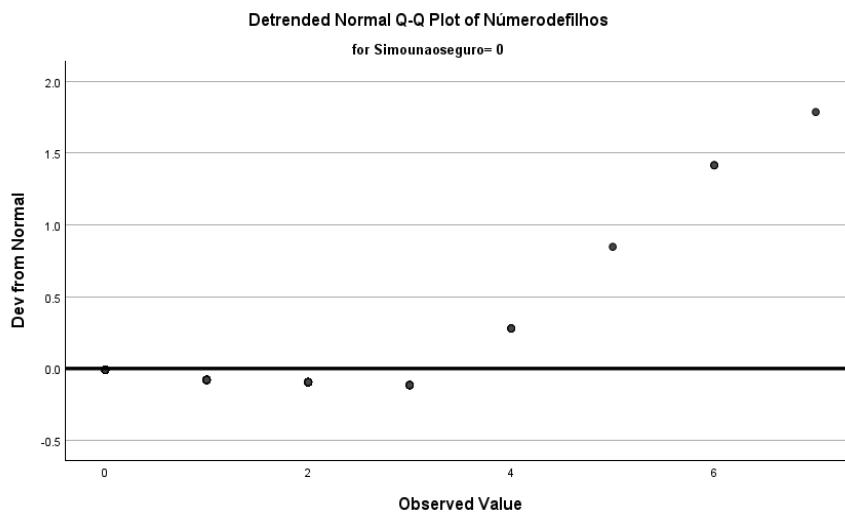


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

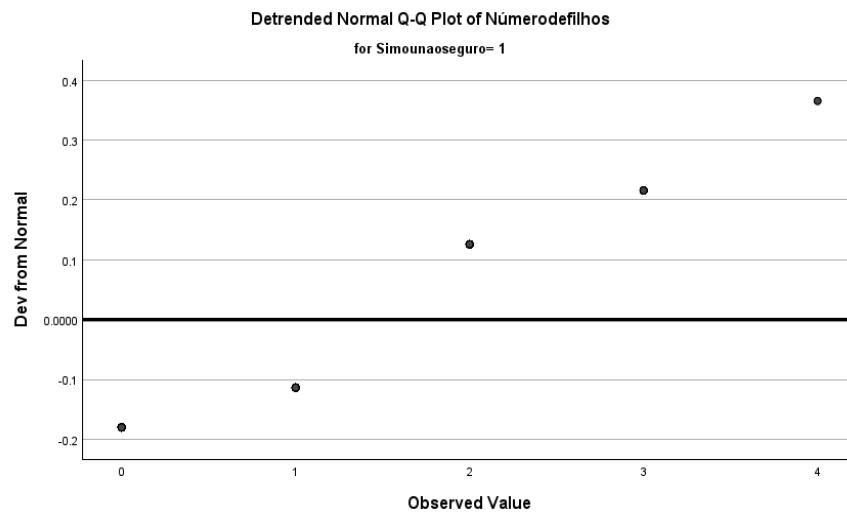


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

Anexo E – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Condição financeira”

Quadro - Percentis da variável proxy “Condição financeira”

Percentis	Número de Agregado Familiar/Número de Quartos
25%	0,667
50%	1,000
75%	1,500

Fonte: Questionário próprio.

Quadro - Testes da Normalidade (“Possui seguro?” x “Condição Financeira”)

Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)	Número de Agregado Familiar/ Número de Quartos	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
0	0	0,220	181	< 0,001	0,912	181	< 0,001
1	1	0,198	121	< 0,001	0,934	121	< 0,001

Fonte: Questionário próprio.

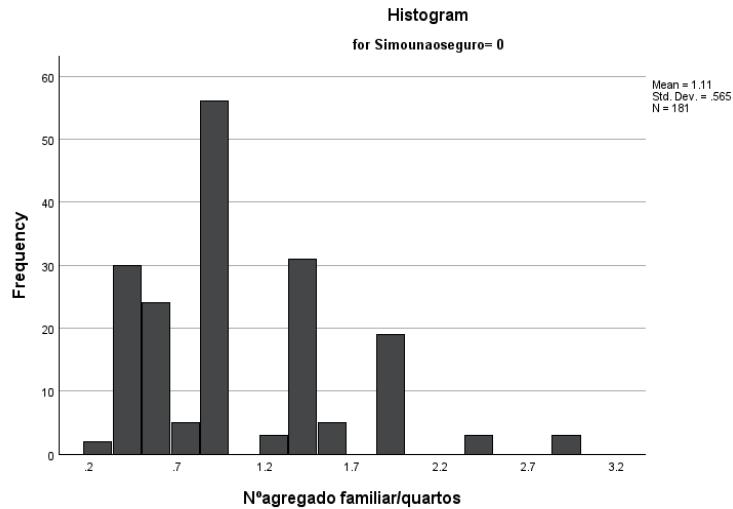


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

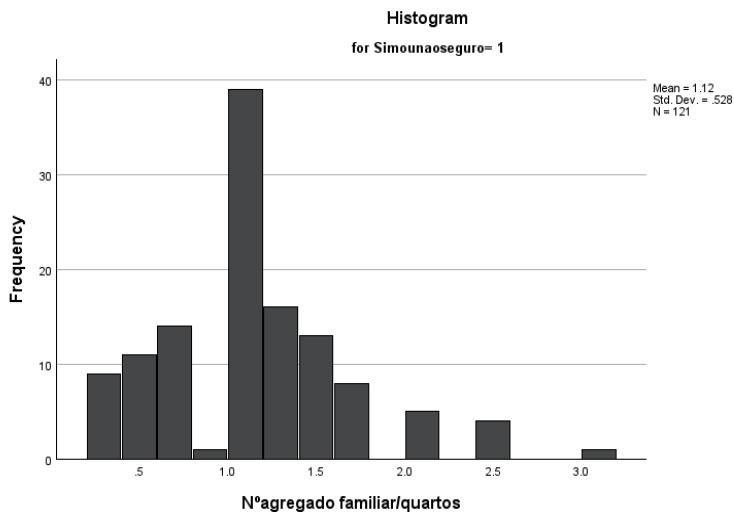


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

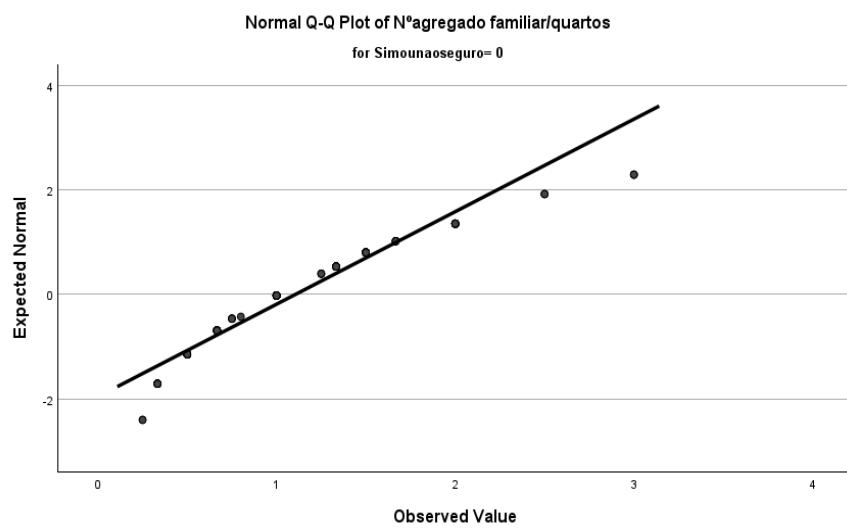


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

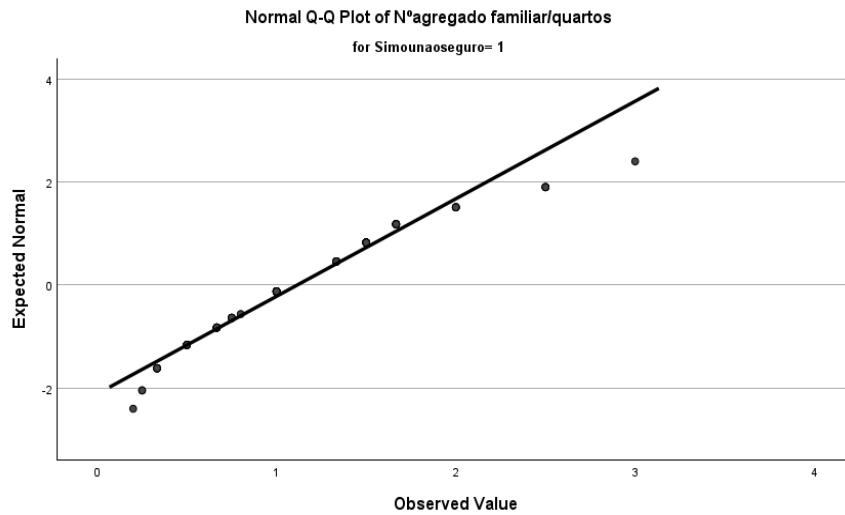


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

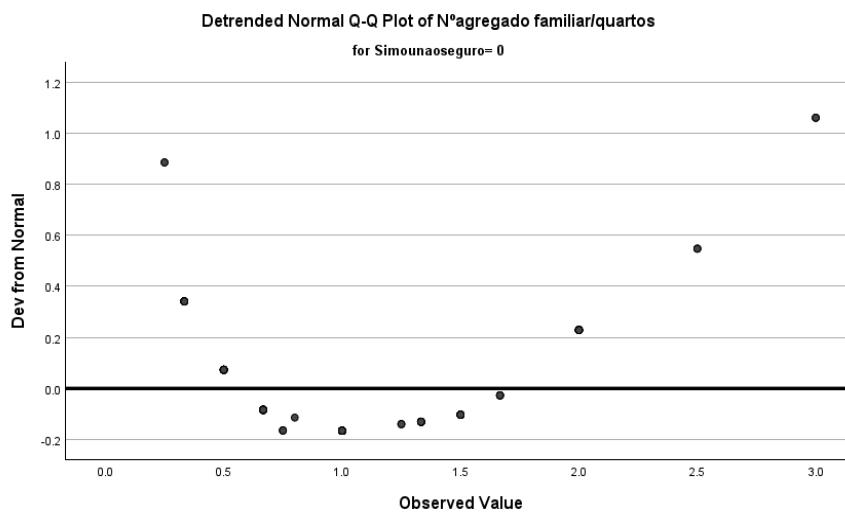


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

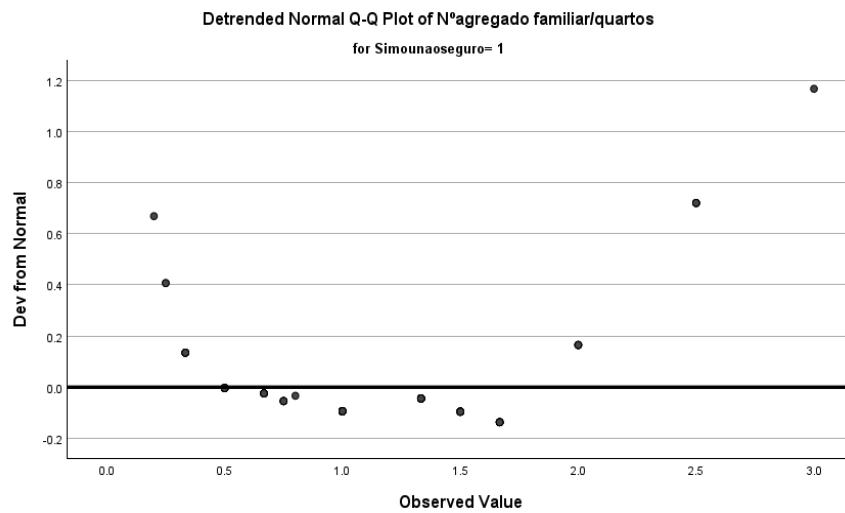


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

Anexo F – Quadros e figuras referentes à análise da variável “Confiança média”

Quadro - Percentis da variável “Confiança média”

Percentis	Escala Likert (1-5)
25%	2,80
50%	3,40
75%	4,20

Fonte: Questionário próprio.

Quadro - Testes da Normalidade (“Possui SSP?” x “Confiança média”)

Tem seguro? (0=Não, 1=Sim)	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Confiança	0,110	181	< 0,001	0,959	181	< 0,001
Média	0,131	121	< 0,001	0,976	121	0,029

Fonte: Questionário próprio.

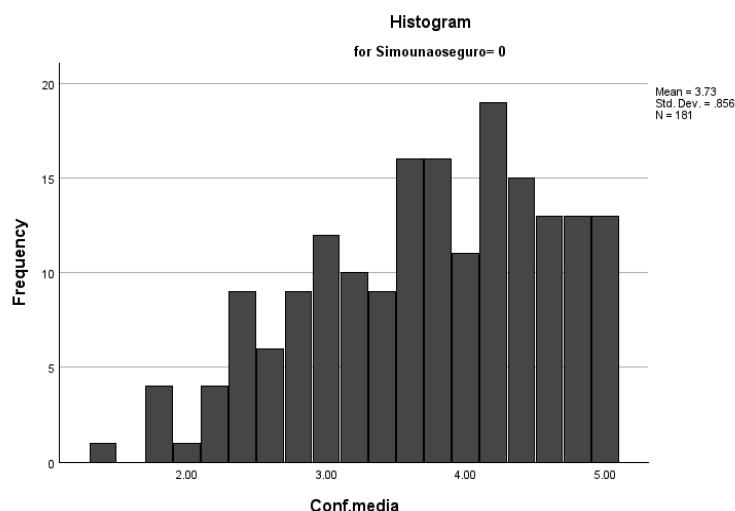


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

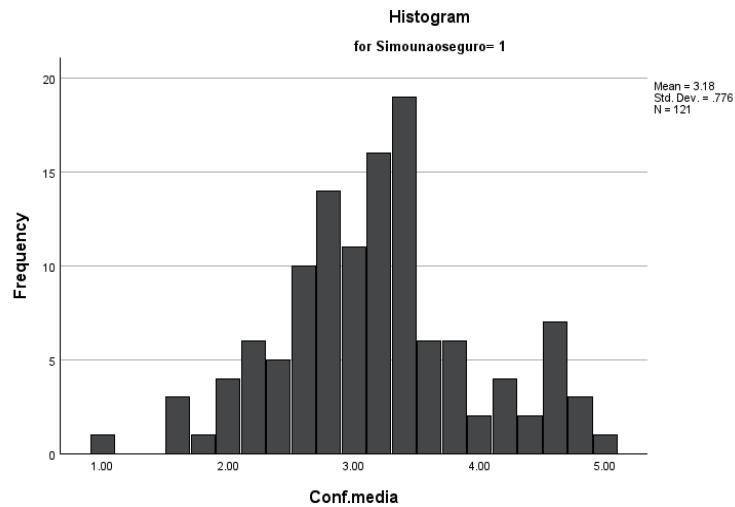


Figura – Histograma para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

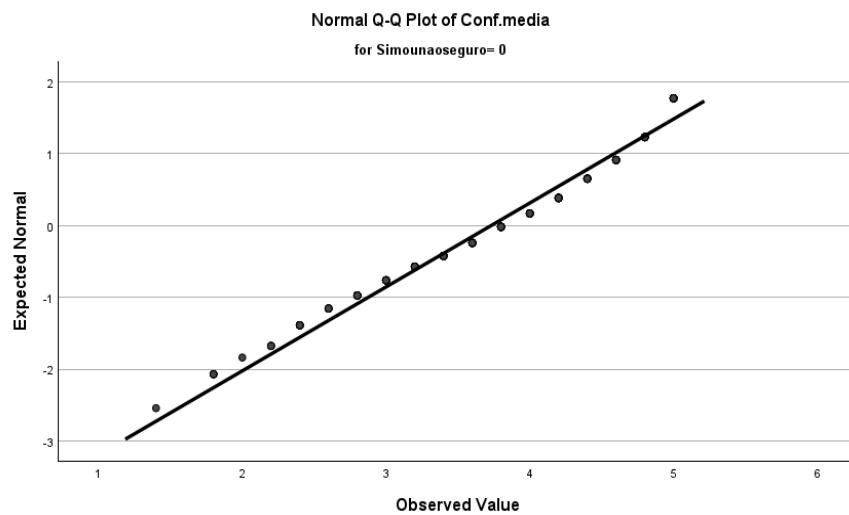


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

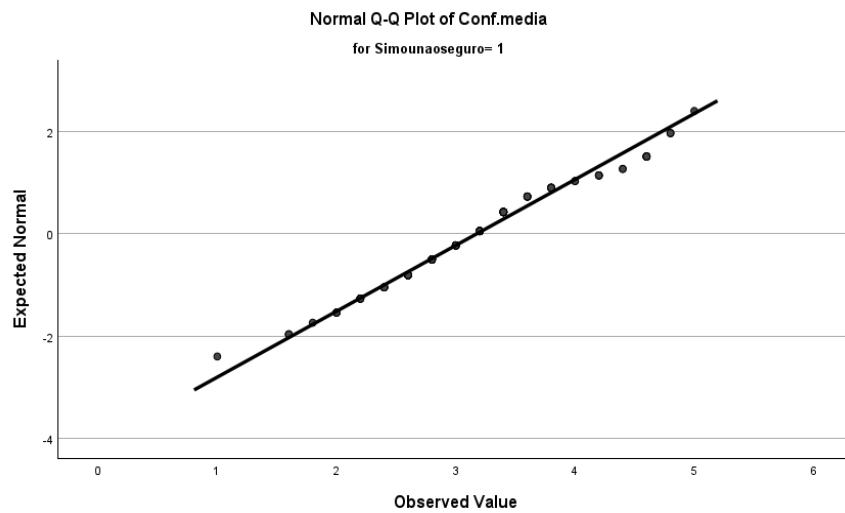


Figura – Normal Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

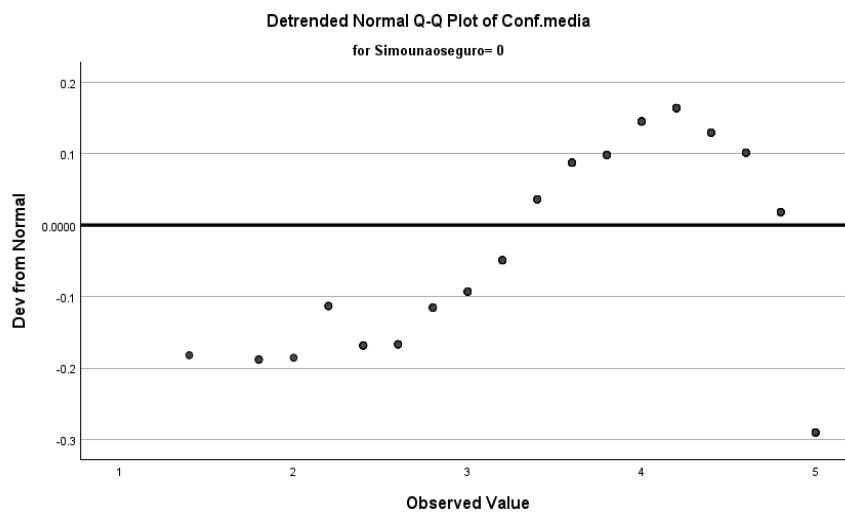


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 0

Fonte: Questionário próprio.

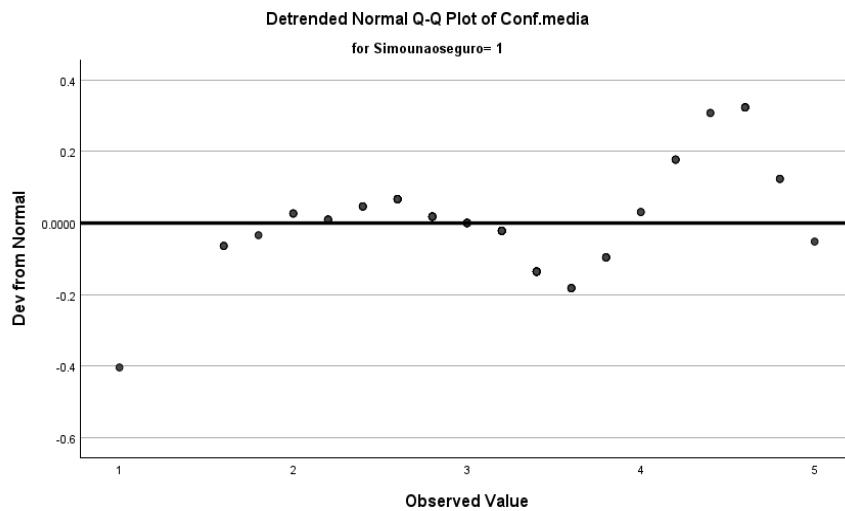


Figura – Detrended Q-Q Plot para “Possui seguro?” = 1

Fonte: Questionário próprio.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Margarida Figueiredo Sousa termina os seguros privados em Portugal

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

