

MAIS JE SEGURO



Saúde. As respostas necessárias para as doenças da civilização

Cerca de um terço dos portugueses acima dos 65 anos tem uma doença crónica. O que propõem os seguradores na área da saúde para jovens e seniores? E o que propõem numa altura em que o aumento da longevidade é um dado adquirido? Estas são algumas das questões que colocamos a técnicos e profissionais do setor segurador com a área da saúde. E quem irá financiar a saúde no futuro? Poderá ser possível parcerias entre o setor público e o privado nos seguros? E a mutualização dos seguros é possível e é a solução para responder às necessidades de prevenção e tratamento perante o aumento da longevidade?

No mais recente risco pandémico a despesa ficou por conta do Estado, pois poucos foram os seguradores que tinham cobertura para tratamentos e análises. França é um exemplo de primeira água com o trabalho feito entre o Estado e as mútuas, nomeadamente na obrigação de reconhecimento dos riscos pré-existentes. Ainda neste país e com o Covid os seguradores pagaram um imposto extraordinário para ajudar a financiar o sistema. Em Portugal os seguradores ficaram a ganhar e sem custos e os resultados de 2020 refletem isso mesmo.

Mas também ao nível do investimento, o tema da saúde e da de-

mografia está a mexer com tudo. Ainda recentemente uma nota do fundo BlackRock e do Millennium bcp revelava as megatendências de investimento no mundo, dividindo-as em cinco categorias: as alterações climáticas, a urbanização rápida, a mudança do poder económico, as alterações sociais e demográficas e os avanços tecnológicos disruptivos. Foi a enorme pressão sobre os hospitais nos meses de 2020 e que levou ao atraso nos tratamentos e testes de diagnóstico. A resposta dos sistemas de saúde foram o reforço no investimento em equipamento médico, refere o documento do mesmo grupo financeiro. O obje-

tivo foi a luta contra o Covid-19 e o tratamento de patologias comuns. A pandemia também impulsionou o investimento na investigação para encontrar vacinas e desenvolver tratamentos de diagnóstico para mitigar os efeitos da pandemia.

E a esta ótica de investimento liga-se a longevidade. É recorrente falar-se de esperança média de vida a crescer para os 100 anos e isso implica despesas acrescidas ao nível da saúde. Refere Teresa Bartolomeu, da Médis, que o aumento da idade significa o desenvolvimento de doenças crónicas com maiores custos no tratamento. E, por isso, recomenda “a aposta na

diferenciação tecnológica e na prevenção”, de forma a “ajudar a prevenir/adiar o aparecimento da doença crónica, encurtando esta fase de morbilidade até à morte e, portanto, mantendo a pessoa saudável mais tempo”. A Willis Towers Watson defende o aumento da mutualização, mas tal “implicará uma mudança de paradigma na nossa sociedade, com uma maior captação e retenção de pessoas mais novas na esfera dos seguros de saúde”. E alerta para a necessidade de ser repensada a política de tarifação de forma a que na terceira idade os prémios de seguros de saúde “não se revelem incompensáveis”. ●

ANÁLISE

O envelhecimento é uma oportunidade para os seguros

A demografia é um dos riscos futuros da sociedade e os seguros estão atentos com o reforço do mutualismo. O envelhecimento terá um impacto nuclear na economia.

VÍTOR NORINHA

vnorinha@jornaleconomico.pt

O envelhecimento é um risco para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e os seguros deverão ter um papel ativo na solução do problema. Cerca de 20% da população portuguesa atual está na idade da reforma e dentro de uma geração os analistas estimam que um terço da população estará a viver o período pós-ativo. Isto significa que o sistema de saúde terá um peso incrível. Os seguros de saúde são uma opção e uma parceria entre a parte pública e a parte privada nesta área é defendida por todos os intervenientes com quem falámos no tema deste mês. Saúde e envelhecimento está na ordem do dia. Refere Ricardo Raminhos, do segurador MGEN, que “o aumento da longevidade irá traduzir-se em necessidades diferentes na área da saúde. As seguradoras têm de ser capazes de acompanhar a tendência demográfica da sociedade, oferecendo soluções que deem resposta às necessidades das pessoas. Com o envelhecimento da população é expectável que exista um aumento na procura de cuidados de saúde e, subsequentemente, das soluções de proteção que as seguradoras oferecem. A sistemática

seleção do risco por parte das seguradoras tradicionais impede uma adequada resposta do sector na proteção da população mais sénior. Todos os seguros de saúde deveriam, assim, ser vitalícios e sem resolução unilateral do contrato por parte do segurador, protegendo sempre as pessoas ao longo da vida. É este o desafio que nos move, todos os dias”. Frisa Ana Aragão, da Victoria Seguros, que todos os seguros têm na sua base o mutualismo, embora defenda a renovação do conceito. As declarações são feitas a propósito do lançamento do seguro “Saúde Universal Top” e onde a gestora salienta que “o lançamento foi feito

apensar que tem de haver solidariedade entre gerações. Se só permanecerem com os seguros de saúde apenas as pessoas mais velhas não haverá capacidade para pagar o sistema. A grande questão é perceber como levar os mais novos a contratarem seguros de saúde”, remata. Embora diferente no conceito, surgiu recentemente um estudo do segurador MetLife que revela que os portugueses com mais de 55 anos são aqueles que mais adquirem seguros de acidentes pessoais. Aliás, a MetLife apresentou um novo sistema que permite disponibilizar a subscrição de seguros de vida e acidentes pessoais em menos de 24 horas, sendo que não é exigido exames para subscrições até 350 mil euros e 50 anos de idade.

Relativamente aos seguros de saúde, Ana Aragão salienta que no caso da Victoria Seguros os seus produtos acabam por ser “dois em um”, já que permite ao segurado olhar para o produto como um seguro de risco, e isso significa que precisa de um seguro de capital para internamento, mas já não se preocupa com as despesas de clínica geral. E tendo uma franquia permite fazer a gestão da sua utilização, sendo que parte do prémio pode ser devolvido ao segurado. A nível de doenças graves existe na

Se só permanecerem com os seguros de saúde apenas as pessoas mais velhas não haverá capacidade para pagar o sistema



Victoria uma cobertura médica internacional e estamos a falar em doenças relacionadas com transplantes e oncologia.

Novas práticas

Ricardo Raminhos defende que o setor segurador deverá ser “um excelente catalisador, e não um bloqueador, para novas práticas inovadoras na medicina”. Adianta que isso pode ser possível através do financiamento de novas terapêuticas ou de novos medicamentos como, por exemplo, os criados por

nanotecnologia (que prometem ser muito eficazes no tratamento de doenças crónicas ou mesmo oncológicas) ou através do uso de novos dispositivos médicos, como implantes, que permitem a vigilância e monitorização do estado da saúde sob formas nunca antes vistas, permitindo uma decisão médica adequada e em tempo útil. “No futuro as seguradoras vão ter de ser capazes de fazer esta adaptação rápida. Vários exemplos na Europa demonstram que o modelo tradicional está esgotado. O mode-

OPINIÃO

Seguros no Contexto de Hard Market



CRISPIN STILWELL
Senior Director – Risk

O mercado segurador está a levar a cabo uma correção a nível técnico quer da capacidade de subscrição quer de preços. O seguro está cada vez mais caro. E a expectativa é que esta tendência poderá prolongar-se até meados de 2024. Este aumento das taxas de prémio afetará vários ramos. Essas correções poderão chegar entre 20% a 30% consoante o tipo da apólice.

Isto acontece porque as seguradoras estão a braços com uma quebra no retorno dos investimentos que fazem nos mercados financeiros, sinistralidade histórica, e a ne-

cessidade de reforçar as suas reservas técnicas. Além disso, os acionistas das seguradoras querem proteger as suas posições e garantir o retorno no investimento.

Resulta daqui que os subscritores de riscos estão sob grande pressão para selecionarem com maior rigor os riscos que vão segurar e para aplicar uma taxa de prémio tecnicamente adequada. A outrora margem de negociação de preços comercialmente atrativos é agora muito reduzida.

Neste panorama é importante que a apólice comprada seja eficaz,

quer tecnicamente, quer financeiramente e, nesse sentido, para bem negociar com a seguradora, é necessário alcançar um patamar de igualdade, ampliando a capacidade

Os subscritores de riscos estão sob grande pressão para selecionarem com maior rigor os riscos que vão segurar

de negociação. Tal é difícil de alcançar, porém, não impossível.

Acredito, por isso, que o melhor ponto de partida é fazer a pergunta-chave: Porquê comprar seguros?

Ao colocar esta pergunta iremos travar a ida automática para o mercado segurador; ajuda-nos a perspetivar que a apólice de seguros é apenas uma entre muitas formas de gerir risco. Em tempos “normais” a apólice representava a forma mais expedita de tratar o risco. Era barato e simples.

Agora não tanto. A seguradora



lo mutualista, por oposição ao modelo tradicional, tem demonstrado ser mais eficaz na proteção das pessoas. Normalmente, as seguradoras baseadas no modelo mutualista atingem o equilíbrio técnico de uma forma mais eficiente do que as seguradoras tradicionais, pois existe uma compensação natural entre os prémios de seguro e a proteção dos segurados. São organizações democráticas, sem acionistas, e estão, por isso, totalmente concentradas nos interesses das pessoas que protegem.”

pretende um prémio superior para alocar o seu capital o que deve forçar as empresas potencialmente compradoras de seguros a identificarem bem os riscos aos quais estão expostas e, de seguida, quantificarem as perdas expectáveis; tal permitirá deliberarem sobre formas alternativas de mitigarem os riscos. Este trabalho dará mais valor à decisão de optarem pelo seguro pois ajudará contextualizar melhor a apólice como componente e não solução única duma disciplina e programa maior de gestão de risco. ●

ENTREVISTA **FILIPA PALHA** Presidente da Encontrar+se

Há problemas estruturais nas ajudas

A saúde mental entrou na agenda política e os seguros estão a dar respostas.

O que tem feito a ENCONTRAR+SE ao nível da saúde mental?

A ENCONTRAR+SE foi fundada há 15 anos com a missão de contribuir para a promoção da saúde mental e para a implementação das melhores práticas no tratamento da doença mental. Inicialmente focados na implementação em Portugal das melhores práticas para promover a recuperação de um problema de saúde mental grave, o que temos a satisfação de ver acontecer desde 2009, também temos contribuído na formação de profissionais de saúde (ex. Mestrado em Reabilitação Psicossocial, desenvolvido em parceria com a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa); promoção da literacia em saúde mental e de competências socio emocionais em crianças e adolescentes; combate ao estigma (Movimento Unidos para Ajudar); promoção da saúde mental no local de trabalho Mind at Work, entre outras iniciativas.

Tem neste projeto o apoio da broker de seguros MDS. Na sua ótica a saúde mental é um dos problemas de relevo para os seguros do futuro?

Pensar na melhor forma de incluir uma cobertura para as questões da saúde mental é, foi, e será sempre uma área relevante a ser acautelada pelos seguros. Sabemos que ainda há muito caminho para andar, mas à medida que o tema da saúde mental passar a ser mais falado, e as pessoas passarem a assumir a importância que tem nas suas vidas, acredito que passarão a ser mais exigentes a este nível. E os seguros terão de se ajustar e encontrar respostas adequadas.

Que impacto teve o confinamento ao nível da saúde mental?

Qual o tipo de pessoas que foram mais afetadas?

De uma forma geral, sabemos que uma situação como a que vivemos é um acontecimento de vida stressante que tem impacto na nossa saúde mental e bem estar. Não é por acaso que se fala de fadiga pandémica, e todos nos apercebemos como no segundo confinamento as pessoas estiveram mais “desanimadas”. São muitas as exigências que a pandemia nos trouxe. De acordo com os estudos que têm sido realizados, o confinamento foi particularmente exigente para

quem já tinha um problema de saúde mental; para quem esteve / está na linha da frente, expostos a situações traumáticas de forma prolongada; para população mais jovem. E, claro, os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.

A resposta do SNS para a saúde mental é a adequada?

Há décadas que se sabe que não é, e não seria num contexto pandémico que passaria a ser. Apesar das respostas de apoio psicológico que foram implementadas por diferentes organismos, incluindo o SNS, continuamos com graves lacunas estruturais, e obstáculos para que os objetivos do Programa Nacional de Saúde Mental (definidos em 2007) sejam alcançados. Quem trabalha no terreno, depara-se diariamente com as muitas dificuldades vividas por quem é afetado direta, ou indiretamente, por um problema de saúde mental, incluindo nós profissionais de saúde que sabemos o muito mais que é preciso fazer.



“

Continuamos com graves lacunas estruturais, e obstáculos para que os objetivos do Programa Nacional de Saúde Mental (definidos em 2007) sejam alcançados

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador **SMA**

VICTORIA
Saúde
Universal
TOP

Conheça um
seguro diferente
e marque a diferença
na sua saúde.



TOP é...



Ter um **seguro flexível** que pode mudar consigo e com a sua vida, e sem idade limite de permanência.



Não ter de se preocupar com o Capital, porque ele é universal, e poder usar **€100.000** para internamento hospitalar e também para consultas, tratamentos e exames.



Poder gerir o seu seguro e ter acesso a um **benefício de 25%** sobre o prémio anual.



Ter **€1.000.000** para **doenças graves** no estrangeiro e **€200.000** em Portugal.



Ter um **seguro de saúde “portátil”**, válido em qualquer parte do mundo (Portabilidade).



Ter um **Médico online**, sempre disponível, em casa ou onde estiver.

Quer marcar
a diferença
na sua saúde?
Aceda ao
QRCode.



www.victoria-seguros.pt

VICTORIA - Seguros, S.A., sociedade anónima, com sede na Av. da Liberdade, n.º 198/200, em Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o número único de matrícula e pessoa coletiva 506 333 027, com o capital social de 34.850.000 Euros. Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida

PUB

PUB

ANÁLISE

Falta preocupação política na gestão de riscos

Perante epidemias e pandemias são necessárias soluções que envolvam o setor segurador, consideram analistas, e dão o exemplo do que está a ser estudado para catástrofes sísmicas.

VÍTOR NORINHA

vnorinha@jornaleconomico.pt

Por que não estudar uma solução semelhante ao que está a ser feito para catástrofes sísmicas mas aplicados às pandemias e epidemias?

A ideia é colocar o setor segurador na preocupação política de gestão de risco com um fundo para este tipo de situações catastróficas, e para o qual o setor segurador venha a ser chamado. A ideia é de analistas do setor e que Mónica Luís, responsável na Direção de Saúde Vida e Previdência da broker MDS Portugal, defende. Por enquanto tudo o que é epidemias e pandemias fica na esfera do Estado.

Refere Mónica Luís que “todas as situações de catástrofe, na qual se incluem as epidemias e pandemias, são eventos que face à sua dimensão, transversalidade e grau de incerteza quanto ao seu impacto recaem de uma forma geral na esfera da responsabilidade dos Estados. No entanto, não quer com isto dizer que os seguradores tenham ficado fora da equação, muito pelo contrário. O setor segurador desempenhou um papel muito relevante no combate à pandemia, indo além das suas obrigações contratuais, e contribuindo para aliviar a pressão que recaiu sobre o SNS. Entre as várias iniciativas podemos destacar a comparticipação de testes de diagnóstico, reforço de linhas de apoio telefónico e criação de plataformas de avaliação de sintomas COVID-19, cujo acesso foi alargado a toda a população.

Por outro lado, se houvesse uma preocupação política de gestão de riscos, deveria existir um fundo para fazer face a situações catastróficas, em que o setor segurador poderia ser chamado a participar. É algo que tem sido equacionado, por exemplo, para catástrofes sísmicas e que poderia ser estudado para situações de epidemias e pandemias”. Por seu lado Rita Silva, Sênior Associate da Aon Portugal na área de HR Solutions refere que “a forma como cada país lidou com a pandemia acabou, por si só, por demonstrar de forma clara e muito objetiva o porquê de ser o Estado a controlar a forma como se reage a

um desafio desta complexidade e a importância de um sistema nacional de saúde público capaz. Basta olharmos para a forma como a situação evoluiu, por exemplo, nos EUA, comparativamente a qual quer outro país onde existe um modelo de sistema de saúde gratuito e acessível a toda a população, o que acontece também em países que foram considerados modelos no combate ao novo coronavírus (Japão e Coreia do Sul). Com um sistema de saúde público garante-se que as pessoas, independentemente da sua capacidade financeira, recorram a assistência de imediato – e não apenas quando os sintomas se agravam, colocando nessa fase os hospitais em maior sobrecarga – ao mesmo tempo que é garantido um sistema padrão de deteção, atuação e tratamento perante a doença.

É por isso também que a pandemia é uma exclusão geral nas apólices de saúde: compete ao Estado estabelecer as regras que vão ser aplicadas na deteção, controlo e tratamento das pessoas infetadas. A boa gestão de uma crise sanitária nesta escala é indissociável de um sistema nacional de saúde que defina e faça cumprir essas regras, agilize estruturas e coloque em ação

os mecanismos necessários para controlar o mais possível o contágio e garantir assistência a todos que dela necessitem”. Questionada sobre as respostas dos seguradores para uma população com um perfil de envelhecimento rápido e as necessárias respostas dos seguradores, diz ainda Rita Silva que “de uma forma transversal, o desafio do envelhecimento da população, do aumento da esperança média de vida, e da predominância das doenças relacionadas com estilos de vida menos saudáveis – de acordo com o 2021 Aon Global Medical Trends, no top de patologias com maior impacto nos custos com saúde em Portugal estão doenças cardiovasculares, patologias de foro oncológico e diabetes – tem levado a que o mercado segurador venha a fazer um caminho no sentido de adaptar a oferta de planos de saúde privados a este contexto.

Existe já uma oferta sólida ao nível de planos de saúde complementares, que podem ser subscritos “on top” dos planos mais standards, e que são focados em áreas específicas e de maior risco, como sejam as doenças graves ou a oncologia. Paralelamente, há uma série de novas tecnologias associada à componente de diagnóstico antecipado, que, ainda que sujeitas a análise e aprovação prévia, são enquadráveis no âmbito das coberturas mais tradicionais (ambulatório) e que permitem prestar um acompanhamento a estas doenças desde uma fase muito precoce.

Finalmente, há que destacar o investimento que tem sido feito pelo mercado segurador no sentido de passar a incluir nos planos de saúde serviços de assistência médica ao domicílio e protocolos que permitem aos utilizadores usufruir de benefícios em áreas que complementam os tratamentos destas doenças crónicas, como seja a nutrição ou as terapias alternativas”. Mónica Luís refere que “ao longo dos últimos anos as seguradoras têm ampliado a sua oferta, seja através do desenvolvimento de novas soluções, seja proporcionando o alargamento das idades limite de permanência e de subscrição dos seguros de saúde.

Contudo, face ao aumento da es-



Mónica Luís – MDS

perança média de vida e apesar das iniciativas já implementadas, será importante que o mercado segurador desenvolva soluções mais adequadas às necessidades da população com mais de 65 anos. É aqui que a vertente mutualista dos seguros poderá demonstrar a sua importância, alargando a base de segurados a todas as camadas etárias, conseguindo assim sustentabilidade financeira do ponto de vista atuarial para garantir que se consegue acomodar a cobertura mais alargada de doenças crónicas e também as faixas etárias mais elevadas. É um movimento que se tem verificado nos mercados mais maduros, como por exemplo em França, e que tem chegado ainda de forma tímida a Portugal.

Uma das apostas terá de incidir na prevenção, com o intuito de diminuir a incidência das doenças crónicas e minimizar o seu agravamento, melhorando a qualidade de vida dos doentes e reduzindo os custos associados ao tratamento destas doenças, em particular nas suas fases mais avançadas.

Em Portugal já temos várias iniciativas com o objetivo de promover hábitos de vida e de alimenta-

ção mais saudáveis, dirigidas essencialmente às camadas mais jovens, e que proporcionam inclusivamente benefícios financeiros para os que adotarem esses comportamentos. São iniciativas como estas que contribuirão para redução do impacto das doenças crónicas na população”.

E ligado a este tema estão as doenças pré-existentes. Existe uma sintonia relacionada com a sustentabilidade. Refere Rita Silva, da Aon, que “o contexto das doenças pré-existentes prende-se com a questão da anti seleção. Vejamos o cenário em que a subscrição de um plano de saúde privado prevê uma manifestação de interesse da pessoa que o subscrive no sentido de dispor de uma ferramenta de suporte, caso venha a necessitar, paralelamente ao que já lhe é oferecido pelo Serviço Nacional de Saúde. E imaginemos agora a situação em que a intenção de subscrição de um plano de saúde privado surge existindo já um diagnóstico relativamente a uma determinada patologia. Se no primeiro caso, a utilização da apólice acontecerá em função de alguma situação inesperada ou no contexto de uma consulta de

Rita Silva – AON



rotina, já no segundo é certo que a utilização será muito superior em termos de frequência e certamente mais dispendiosa. O prémio pago pelo seguro num dos casos poderá acomodar o consumo, e provavelmente até garantir margem para alguma situação mais grave numa anuidade posterior, enquanto que no outro será claramente escasso face a necessidade de utilização. Um dos maiores desafios atuais para indivíduos, empresas e seguradoras é procurar mecanismos que permitam a sustentabilidade dos planos de saúde a médio prazo. Isto porque estamos a falar de um seguro que é, tendencialmente, um seguro de “consumo” – as pessoas usam e vão usar sempre. O que leva a que, numa grande maioria dos casos, o prémio pago seja manifestamente inferior aos sinistros reclamados ao abrigo da apólice. Não estamos perante um seguro de “risco” em que apenas em situações não previstas poderá ser acionado – como, por exemplo, um seguro de acidentes pessoais, ou de vida – mas sim perante uma situação em que há utilização consecutiva pelas razões óbvias: além das doenças inesperadas, todos nós fa-

zemos consultas e tratamentos de rotina. Ao passarem a estar incluídas as pré-existências de uma forma lata, colocaremos de imediato mais peso de um dos lados da balança: o do consumo, que necessariamente teria de ser equilibrado pelo efeito preço/custo do seguro. Tendo em conta as tendências mais recentes ao nível dos planos de saúde privados, somos levados a crer que o caminho passará muito mais por uma ótica da prevenção, deteção precoce e promoção de hábitos de vida saudáveis, no sentido de evitar a escalada da percentagem de prevalência de doenças graves/crónicas, do que uma maior abertura à aceitação de doenças pré-existentes”. Uma posição semelhante tem Mónica Luís da MDS Portugal que afirma que “idealmente as pré-existências deveriam estar cobertas pelos seguros, ainda que com a definição de critérios associados à inclusão deste tipo de situações. No entanto, a eliminação total das pré-existências só será real se, e quando, o seguro for universal, cobrindo toda a população. Deverá ainda existir a colaboração do Es-

tado, caso contrário o modelo não será financeiramente sustentável. O setor segurador deve ainda apostar numa maior literacia ao nível dos seguros de saúde, para que os consumidores possam tomar decisões informadas e estejam mais conscientes dos impactos da utilização dos seguros na sustentabilidade dos mesmos”. E um tema final respeita aos rácios de solvabilidade e impacto das novas coberturas. Mónica Luís, da MDS Portugal, refere que “os seguradores podem adotar diferentes estratégias com vista a otimizar os serviços disponibilizados e assegurar a sustentabilidade do setor. Por um lado, podem continuar a aposta na dinamização de programas de prevenção e promoção da saúde e bem-estar, e no desenvolvimento e adoção de modelos preditivos que permitam uma gestão de risco mais personalizada e adequada a cada indivíduo. Por outro lado, a participação da indústria seguradora na investigação de novos métodos de diagnóstico mais eficazes pode ser uma aposta, bem como a oferta de Planos de Saúde com alocação exclusiva a unidades clínicas próprias”. ●

OPINIÃO

A medicina dos robots e os profissionais da tecnologia



DUARTE ANDRÉ LIMA
Web/Frontend Developer

A Inteligência Artificial está a ganhar importância em serviços e negócios do dia-a-dia. A área da Medicina não é exceção a esses avanços. Irá a saúde resistir a este (suposto) “ataque”?

Está familiarizado com o anúncio da Nike – Nike Futebol: O Último Jogo – em que um cientista decide substituir jogadores humanos pelos seus clones? Pois bem, será este o presságio relativamente à atividade médica? Não julgo que assim seja.

A Inteligência Artificial (IA) consiste em avanços tecnológicos com o intuito de simular a inteligência humana a partir de sistemas. Ora, a Medicina é a área ideal onde estes avanços devem ser aplicados em prol dos profissionais de saúde e não contra os mesmos. Nos dias que correm, a IA consegue estar mais sofisticada que humanos com decisões mais eficazes e rápidas. Não é de estranhar que esta tecnologia já seja usada em áreas como deteção precoce de doenças, tratamentos ou até mesmo em diagnósticos médicos. Na verdade, a IA já não pode ser considerada uma ameaça para a saúde pois existem milhares, arrisco-me a dizer, milhões de pessoas que a usam sem saberem. Aplicações que são capazes de controlar o que um humano ingeriu numa refeição e classificar como excesso ou não, detetar de cancro de pele ou detetar problemas oculares tão eficazes como médicos, não passam de algoritmos e IA a trabalhar em prol da saúde.

Mas então, se a IA é tão poderosa, porque é que não tem uma maior utilização? Não são lineares, mas existem algumas respostas que podem ser dadas. Uma delas são os dados. A IA alimenta-se de dados, muitos dados. No entanto, devido à dificuldade em os obter, ou por questões de

privacidade ou por questões de complexidade e desorganização, essa tarefa torna-se num grande desafio. A desconfiança também é uma resposta. Apesar de estudos recentes, mas também opiniões de especialistas, indicarem que a IA irá instalar-se em força na área da saúde, é preciso ultrapassar a desconfiança dos pacientes e dos profissionais de saúde. Para que a IA vingue, é necessário criar pequenas conquistas de forma a ganhar a confiança de quem a vai usar. Médicos não vão ceder a decisões tomadas por uma tecnologia e pacientes não vão levar a sério diagnósticos criados por algoritmos se não existir confiança nos mesmos.

Um exemplo do contrário de criar pequenas conquistas foi o Watson, a IA desenvolvida pela IBM. Estudos indicam que esta solução consegue diagnosticar doenças cardíacas melhor que um especialista. No entanto, o esforço de tornar o Watson numa solução sólida para a saúde resultou apenas em desilusão, com a ideia de atacar doenças como o cancro a tornar-se excessivamente ambiciosa. Não é de admirar que a IBM esteja a ponderar a sua venda.

É certo que a IA vai-se instalar nos nossos hospitais e assumir tarefas que hoje são praticadas por humanos, mas nunca os irá substituir. Não com a tecnologia que temos hoje e muito menos nos próximos 10-15 anos. A IA na saúde nunca foi um ataque, mas sim uma ajuda. A empatia e o contacto humano nunca poderão ser substituídos por um robot. Afinal de contas, e citando o Dr. Bertalan Meskó, nunca se tratou de uma questão de tecnologia vs humanos. ●

Mas então, se a IA é tão poderosa, porque é que não tem uma maior utilização?

FÓRUM DE SEGURADORES, BROKERS E CONSULTORAS

COBERTURA DE NOVAS PATOLOGIAS IMPLICA AUMENTO DO PREÇO DO SEGURO

A cobertura de alguns tipos de doenças e de novas doenças implica um aumento significativo do preço dos prémios de seguros, alertam analistas neste fórum dedicado ao setor da saúde. **VÍTOR NORINHA**

OS GRANDES TEMAS DA SAÚDE PASSAM POR PERCEBER QUAIS OS FUTUROS PLANO QUE VIRÃO A SER INCLuíDOS NOS CONTRATOS? DOENÇAS GRAVES, DOENÇAS CIVILIZACIONAIS E OUTRAS DOENÇAS QUE HABITUALMENTE NÃO ESTÃO NOS PLANOS DE SAÚDE APRESENTADOS PELOS SEGURADORES, PASSARÃO A SER O NOVO NORMAL NAS PROPOSTAS? E VIVENDO NÓS AINDA NUM AMBIENTE PANDÉMICO A QUESTÃO QUE SE COLOCA PARA O FUTURO É SE ESTAS PANDEMIAS QUE DE ALGUMA FORMA SÃO RECORRENTES EMBORA COM MUTAÇÕES, FARÃO PARTE DOS PLANOS DOS SEGURADORES OU CONTINUARÃO A SER UMA RESPONSABILIDADE ÚNICA DO SERVIÇO PÚBLICO. COLOCA-SE AINDA A QUESTÃO LIGADA À LONGEVIDADE E À NECESSIDADE DOS SEGUROS TEREM CAPACIDADE DE RESPOSTA. O GRANDE DESAFIO ESTÁ NA SUSTENTABILIDADE DOS SEGUROS PARA ESTE SEGMENTO ETÁRIO. O DESAFIO PASSA PELAS GERAÇÕES JOVENS ACEITAREM A MUTUALIZAÇÃO DO RISCO.



ANA ARAGÃO
Diretora para as áreas saúde, pessoas e vida da Victoria Seguros

“Existiu nos últimos anos um movimento por parte das seguradoras no sentido de reforçar a cobertura das doenças graves, nomeadamente as doenças oncológicas, que estão genericamente cobertas pelos seguros, com exceção de algumas que são tratadas exclusivamente no âmbito do SNS (como a hemodiálise, por exemplo). Importa referir que, uma alteração do âmbito dos seguros de saúde como, por exemplo, o alargamento a alguns tipos de patologias como as doenças ditas civilizacionais terá necessariamente um impacto significativo no preço do seguro, uma vez que altera a sua perceção e gestão do risco. Entre outros fatores, será necessário aumentar os capitais das apólices que atualmente tendem a ser reduzidos ou mesmo insuficientes para o acompanhamento de algumas destas doenças, sendo que o seu risco e custos associados aos tratamentos terão de ser mutualizados pelos segurados. A pandemia que temos vindo a viver desde março de 2020 demonstrou de forma clara que a gestão de situações de Saúde Pública deve ser centralizada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pensamos que ainda é muito cedo para equacionar o papel dos seguros de saúde em situações de pandemia. Mas todo o setor, nacional e internacional, está atento a este tema. A criação de condições para que os segmentos etários mais jovens cheguem aos seguros de saúde deve ser uma prioridade para as seguradoras. As seguradoras têm vindo a ajustar as suas soluções de seguros de saúde para dar resposta ao aumento da esperança de vida através de uma oferta alargada de seguros sem limite de idade de permanência e com produtos específicos para um segmento etário mais avançado. No entanto, pensamos que o grande desafio se prende com a sustentabilidade dos seguros para este segmento etário. As soluções não são fáceis nem lineares, mas passarão certamente por uma mutualização do risco entre gerações. Devendo ser encarado como um investimento na saúde, em idades jovens, por forma a que possam aplicar esse investimento à medida que a idade avança. Será para esta perceção de investimento e gestão de cada pessoa na sua saúde, e no seu seguro, que temos que evoluir e que ir passando a mensagem.”



VANESSA SERRÃO
Manager, Financial Services da EY

“O ano 2020, que ficará para sempre associado à pandemia, trouxe desafios extra para as seguradoras, mas também acelerou algumas das tendências já observadas num contexto pré-pandemia, nomeadamente ao nível dos serviços digitais. Neste período foi possível observar uma crescente aposta das ofertas de produtos e serviços digitais na saúde por parte das seguradoras. Este contexto veio também revelar um aumento do interesse das gerações mais jovens pela saúde e outros produtos de proteção, e de uma forma transversal uma maior preocupação da sociedade em garantir os seus cuidados de saúde. Como resposta a esta preocupação as seguradoras têm vindo a alargar as coberturas dos seus produtos, nomeadamente ao nível das doenças graves e das doenças oncológicas, que podem ser adquiridas isoladamente ou em complemento a seguros de saúde já existentes. Esta preocupação da sociedade portuguesa pela saúde, traduziu-se também no crescimento nos prémios de seguro do ramo Doença, que de acordo com os dados publicados pela ASF, teve um incremento de 8,3% face ao ano anterior, sendo de destacar que este ramo passou a deter um peso relativo de 17,7%, ultrapassando a produção do seguro de Acidentes de Trabalho. No mesmo sentido também os indicadores publicados pela APS, apontam para um crescimento de 4,4%, em 2020, no número de pessoas seguras do ramo Doença, face ao período homólogo anterior. Os números revelam que a pandemia veio intensificar a perceção dos consumidores para a necessidade de proteção. Neste contexto antecipamos que o acesso aos cuidados de saúde, a cobertura dos seguros de saúde e os planos de saúde vão ter grandes mudanças. Também o regulador nacional, a ASF, tem vindo a sinalizar a atenção que tem prestado a este segmento de negócio, através de diversas iniciativas. Em Portugal, as doenças infetoc contagiosas em situação de pandemia, estão geralmente excluídas de um contrato de seguro de saúde. Ainda assim e como resposta a esta preocupação algumas das seguradoras alargaram as suas coberturas por forma a incluir, entre outros, o pagamento do teste de diagnóstico à COVID-19, reforço de consultas online, envio de medicamentos ao domicílio, consultas pós-COVID. O contexto atual veio também alertar para a necessidade de encontrar soluções por

forma a aumentar a cobertura de riscos que a sociedade se encontra exposta, sendo claro para o setor segurador e em particular no que respeita ao nível do risco de pandemia que a mesma terá de passar pela partilha da cobertura do risco com os governos à semelhança do que acontece para outros riscos e eventos extremos. Embora indiretamente relacionado com este tema, a EIOPA emitiu em fevereiro de 2021, o documento “EIOPA staff paper on measures to improve the insurability of business interruption risk in light of pandemics” que inclui a análise de possíveis abordagens para melhorar a segurabilidade do risco de interrupção da atividade como consequência de pandemia. Este documento inclui propostas de medidas de prevenção para redução de perdas, transferência de risco de mercados capitais e apresenta soluções multiriscos para riscos sistémicos. Nos últimos anos temos observado um aumento significativo da esperança de vida da população portuguesa. As pessoas vivem mais tempo e com a melhoria dos cuidados de saúde espera-se que a esperança de vida continue a aumentar. Mas com o aumento da esperança de vida aumentam também a frequência de doenças graves e doenças crónicas, assim como problemas de saúde associados ao estilo de vida. Neste contexto as seguradoras têm aumentado a sua oferta de produtos de proteção da população sénior quer através de seguros de acidentes de pessoas quer através de seguros de saúde, com coberturas adaptadas às necessidades específicas desta população. Também a saúde mental tem sido uma aposta das empresas de seguros, através da promoção de check ups regulares, lançamento de programas para promoção de estilos de vida mais saudável, programas de psicologia online ou programas de nutrição, entre outros. É importante o papel que o setor pode ter na prevenção. Estimular estilos de vida saudáveis e promover o diagnóstico precoce permite melhorar as condições de vida e saúde, e, a longo prazo, reduzir os custos com os cuidados de saúde. Há já ofertas no mercado que premeiam estilos de vida saudáveis, mas antecipamos que sejam incrementadas. Observamos também um incremento na inovação, com gadgets que permitem uma monitorização contínua de doentes e cuidadores, tornando os cuidados de saúde remotos e o procedimento cirúrgico uma realidade e permitindo agir atempadamente, o que em muitas doenças é crítico para a recuperação. Em resumo, o incremento da perceção da necessidade dos clientes para a proteção da sua saúde, o interesse do público em geral para resposta do setor na área da saúde que a pandemia trouxe e ainda as consequências para a saúde, ainda pouco conhecidas, que a COVID-19 está a trazer, trazem muitos desafios para o setor segurador, em particular no que respeita ao seguro de saúde, mas também oportunidades.”



PAULO FRADINHO
Business Leader da Mercer Marsh Benefits

“Os consumidores não procuram o seguro de saúde apenas por ser um instrumento de financiamento e poupança. Pretende-se, cada vez mais, flexibilidade de escolha das coberturas e serviços, para acomodar as preferências de cada cliente, bem como um elemento de promoção de bem-estar e de vidas mais saudáveis. De acordo com a última edição do nosso survey MMB Health Trends Survey, a pandemia Covid-19 veio acelerar algumas das tendências que influenciam os seguros de saúde. Primeiro, a digitalização, com cada vez mais seguradoras a oferecer consultas virtuais e serviços de telemedicina (38% em 2019 vs 59% em 2020), depois uma melhor gestão do risco de saúde. Hoje em dia, as seguradoras não se limitam a ser a entidade que paga as faturas, 55% do mercado tem iniciativas de prevenção de doença ou promoção de saúde e mais 20% considera lançar abordagens semelhantes no espaço de um ano. A melhoria da saúde e bem-estar passa também pela inclusão de serviços relacionados com a saúde mental, possibilidade de upgrade do grau de proteção do plano em contratos de grupo, e coberturas para situações de doenças graves como a oncologia. Finalmente, espera-se um aumento da eficiência através da negociação de pacotes de atos médicos (56% das seguradoras) e dos pricings dos prestadores de saúde (76% das seguradoras). Há sempre algumas restrições para a cobertura de atos catastróficos como um tremor de terra, um contexto de guerra ou uma pandemia, pelo potencial de disrupção para toda a indústria, uma vez que o volume de prémio cobrado e a capacidade financeira das seguradoras poderia ser insuficiente para suportar os custos daí resultantes. Porém, é de se esperar um aumento do papel dos privados, prestadores de saúde e seguradoras em situações futuras, como forma de proteção, também, a sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde. Para esse efeito, tem que se rever as exclusões, o âmbito das garantias, os valores dos prémios, bem como a própria cobertura de risco das seguradoras, através de mecanismos mais transversais e orientados para o longo prazo. Os contratos de saúde vigoram por períodos de um ano e os custos com a saúde crescem exponencialmente com a idade, por esta razão os seguros de saúde individuais têm o prémio definido por escalão etário, com limites na idade de adesão e permanência. Assim, a cobertura na idade de reforma está

praticamente restrita a algumas apólices de grupo que não têm limite de idade, ou a clientes individuais que transitaram de contratos anteriores e que suportam prémios bastante elevados, para manter a proteção do seguro. A nível internacional já há algumas soluções de long-term care, que passam pelo financiamento de um seguro de saúde vitalício, ao longo de toda a vida. Desta forma, quanto mais cedo o cliente adere, menor é a anuidade do seguro. Os termos de permanência e financiamento do contrato são definidos por períodos longos, tal como sucede com alguns lares de idosos, o que contrasta com a natureza de curto prazo que define o mercado de seguros atualmente. Na nossa opinião, hoje pode ser um produto de nicho para empresas ou pessoas com maior capacidade financeira, mas com o aumento da esperança média de idade e o crescimento da saúde privada, evoluirá de nice to have para must have, podendo, inclusive, estar ligado a planos de pensões ou qualquer outro benefício pós-reforma.”



MIGUEL ALBUQUERQUE
Director - Health & Benefits
da WTW Portugal

Na opinião da WTW o futuro dos planos de saúde passa por um reforço significativo dos limites e indemnização (sobretudo nas apólices de empresas) para fazer face a situações complexas, como as doenças graves (em particular as oncológicas), e algumas doenças civilizacionais que, na sua generalidade, já estão abrangidas pelos seguros de saúde, apesar de existirem algumas exceções como é o caso da obesidade. Um dos grandes desafios que antecipamos que este modelo terá é o da sustentabilidade do seguro de saúde e dos respetivos prémios, dado que estas doenças mais complexas acarretam, normalmente, custos de tratamento elevados. Para se fazer face ao desafio da sustentabilidade, esta evolução para a garantia do grande risco tem sido acompanhada por um crescente foco nos programas de prevenção e na promoção e premiação de comportamento saudáveis, incentivando a fidelização. A atual experiência de contexto pandémico demonstrou que a magnitude deste tipo de ocorrências exige uma resposta coordenada e conjunta do SNS e do setor privado de saúde, existindo uma clara pressão política e social nesse sentido. Os seguros de saúde poderão assim, na perspetiva da WTW, desempenhar um papel relevante, como veículo financiador do acesso aos prestadores privados de saúde, em crises pandémicas, contribuindo para o aligeirar da pressão subjacente ao SNS — o que já acontece em diversos outros países, como por exemplo França, Alemanha, Bélgica, Suíça e Itália. Será, no entanto, importante que os limites de indemnização estejam ajustados às necessidades decorrentes de uma pandemia e também que o mercado segurador consiga manter o necessário equilíbrio dos seus resultados, através de prémios de seguro adequados e de mecanismos que permitam acautelar e gerir este tipo de risco catastrófico (acessíveis via mercado ressegurador). A longevidade coloca-nos o desafio do inerente aumento da frequência e da complexidade dos cuidados de saúde, o que por sua vez acarreta um aumento significativo dos custos. Da perspeti-

va da WTW, a resposta a este desafio passará por um aumento da mutualização, o que implicará uma mudança de paradigma na nossa sociedade, com uma maior captação e retenção de pessoas mais novas na esfera dos seguros de saúde. O mercado segurador terá de repensar a sua política de tarifação, por forma a que na 3ª idade os prémios dos seguros de saúde não se revelem incomportáveis, levando ao abandono pelos mais saudáveis ou por quem tenha menor capacidade financeira, independentemente do seu histórico. Os seguros de saúde deverão passar assim, a ser vistos como algo que acompanha os vários estágios da vida de uma pessoa, um pouco em linha como a poupança para a reforma, que deve começar a ser feita o mais cedo possível. Nesse sentido é necessário criar condições / incentivos para que tal aconteça.”



TERESA BARTOLOMEU
Responsável
de Marketing da Médis

“Nos últimos anos temos assistido a uma evolução na forma como é percecionada a necessidade de proteção na saúde. Por um lado, uma grande preocupação com as doenças graves como o cancro. O cancro continua a estar no topo das doenças que mais preocupam as pessoas pelo aumento da incidência e defendemos que a proteção por parte das seguradoras deverá ser abrangente. Na Médis estamos já hoje em dia a apostar em respostas globais: a deteção precoce com a realização de rastreios e planos de prevenção que permitam diagnosticar a doença numa fase inicial garantindo melhores taxas de tratamento; uma proteção ilimitada nos tratamentos hospitalares; o acompanhamento por uma linha de enfermeiros especializada e ainda serviços de assistência durante a doença. Por outro lado, observamos que a maioria dos custos com a nossa saúde resultam diretamente da não adoção de hábitos de vida saudáveis e/ou da não adesão aos tratamentos que são recomendados. A resposta a este desafio deverá fazer parte das soluções apresentadas pelas seguradoras que, mais do que o tradicional papel de financiadoras, funcionarão como parceiras na saúde dos seus clientes. Com este objetivo a Médis tem trabalhado nos últimos anos na construção de planos de literacia que permitem a disponibilização 24h de informação de saúde credível nos seus canais digitais, fundamentais para a promoção da saúde física e mental. Esta aposta na prevenção deve ser trabalhada ao longo da vida da pessoa, de que são exemplos: os programas de saúde como o Bebê Médis que suporta a grávida e os pais recentes na sua jornada; e uma Rede de Médicos assistentes que acompanha de forma próxima todas as necessidades de saúde da pessoa. No contexto da prevenção, a parceria em saúde ganha um âmbito maior quando falamos das empresas onde, além do trabalho de promoção de saúde individual, o desafio passa por suportar a empresa na adoção de uma cultura de saúde. O programa Empresa Saudável lançado nos últimos anos pela Médis tem mostrado crescente adesão das empresas a ações nas áreas da promoção da atividade física, alimentação saudável e saúde mental. E porque falamos de saúde, além de coberturas e serviços de proximidade,

será fundamental que as seguradoras apostem na melhor experiência de cliente. Estamos a falar de infraestruturas que libertem as pessoas para se focarem na sua saúde. Os serviços de agendamento de consultas online e check in - check out da Clínica Médis são um exemplo de funcionalidades que impactam na rapidez e na facilidade de acesso a um prestador de cuidados de saúde. Mas todo o ecossistema digital da Médis, ao permitir acesso e interação 24h/dia garante que a pessoa aceda a informação sobre o seguro onde quer que esteja assim como à marcação de uma consulta online no momento. Quando pensamos numa pandemia temos que ter em consideração que estamos perante uma situação em que uma doença traz a nível global elevada mortalidade, elevada morbilidade e rutura a nível social e económico. Tudo isto num contexto de crescimento exponencial da doença colocando os serviços de saúde sobre grande pressão. Tendo por base o histórico de situações pandémicas, sabemos que a adesão às recomendações das autoridades nacionais, o isolamento dos doentes e o distanciamento social continuam a ser as diretrizes fundamentais para controlar o contágio de um qualquer vírus. Neste contexto, a resposta a uma situação como esta, não passará por uma seguradora trabalhar de forma isolada, terá de passar pelo trabalho conjunto entre todas as companhias do mercado e as autoridades de saúde nacionais. Será com base neste trabalho colaborativo que se poderão desenvolver modelos que possam definir no futuro a responsabilidade de cada entidade na cobertura dos cuidados de saúde. O aumento gradual da esperança de vida tem colocado grandes desafios aos financiadores de saúde quer públicos quer privados, uma vez que, com o avançar da idade, existe maior probabilidade de se desenvolverem doenças crónicas com múltiplos impactos e maiores custos no seu tratamento. A aposta na diferenciação tecnológica e na prevenção, poderão ajudar a prevenir/adiar o aparecimento da doença crónica, encurtando esta fase de morbilidade até à morte e, portanto, mantendo a pessoa saudável mais tempo. Neste contexto será fundamental trabalhar com cada pessoa de forma precoce nesta promoção da saúde assim como na adesão a programas de acompanhamento da doença crónica. Por outro lado, será importante criar soluções de seguro diversificadas no preço e nível de proteção de forma a poderem funcionar em complementaridade com o serviço público de acordo com as necessidades e poder de compra de cada pessoa. Na Médis desenvolvemos um portefólio de soluções que pretendem dar resposta a este equilíbrio: por um lado soluções com capitais mais reduzidos e prémios constantes ao longo do tempo (a partir de 33 meses no seguro Vintage) que permitem um acesso rápido às primeiras consultas, exames e tratamentos e por outro lado soluções mais abrangentes que chegam a incluir capitais ilimitados para hospitalização e tratamento em centros de referência internacional. Outro aspeto a destacar, e para o qual a Médis foi pioneira em Portugal, tem a ver com a abolição da data de termo no seguro. Tal significa por exemplo que, subscrevendo o seguro individual antes dos 55 anos de idade, a pessoa poderá permanecer no mesmo sem limite.”



TIAGO DO COUTO VENÂNCIO
CEO da Aegon/Santander

“Importa ter presente a diferença entre um Plano de Saúde e Seguro de Saúde. Um Seguro Saúde é uma solução completa que aceita os riscos relativos à Saúde das Pessoas Seguras, apoiando e indemnizando o mesmo caso seja necessário recorrer a algum tratamento médico. Um Plano de Saúde dá acesso a um conjunto de preços convencionados, ou seja, está próximo de uma rede de descontos. Respondendo à questão, os Planos de Saúde podem incluir Doenças Graves, no entanto, promovendo apenas acesso a preços convencionados e face aos elevados custos dos tratamentos e recuperação de uma doença grave, acabam por não ser uma solução efetiva. A resposta a uma Doença Grave passará sempre por um Seguro de Saúde, é o único mecanismo que permite a mutualização do risco entre os utilizadores, pessoas seguras, tornando, por este motivo, o acesso a uma proteção real e transversal a uma larga maioria da população. Na oferta Safecare Saúde da Aegon Santander esta necessidade está coberta. O grau de exigência nos serviços de saúde tem acompanhado o desenvolvimento da sociedade. É um mercado com potencial de crescimento, mas já com maturidade relativamente à expectativa e grau de satisfação do cliente. A pandemia talvez tenha trazido maior visibilidade à importância de se terem alternativas no acesso aos cuidados de saúde. Num contexto em que a capacidade do SNS tem sido testada, o seguro de saúde é uma alternativa que pode fazer a diferença. A Aegon Santander, como se preocupa sempre com o bem-estar dos seus clientes assumimos que queremos estar ao seu lado nos momentos de maior incerteza. Logo em Março de 2020, deixámos de aplicar exclusão de pandemias no nosso seguro de saúde, Safecare Saúde. Abrimos também a todos os clientes do Banco Santander, independentemente de terem ou não seguro conosco, a App Safecare, possibilitando consultas médicas por telefone ou vídeo-chamada 24h/7dias sem custos e sem limite de utilização. Na Aegon Santander os desafios colocados por eventuais episódios pandémicos futuros, estou certo que terão a resposta adequada, ajustaremos mais uma vez a oferta para acomodar estas necessidades cumprindo sempre o nosso propósito, cuidar do cliente. A longevidade é um dos fatores importantes a ter em conta nas projeções das despesas de saúde, pela frequência de utilização e custo dos serviços de saúde. Para manter a viabilidade económica de um modelo que inclua as despesas de saúde associadas à longevidade, doenças crónicas e evolução tecnológica em meios de diagnóstico e medicamentos, temos uma chave: focar na prevenção, estimulando e promovendo a adoção de hábitos de vida saudáveis. Este ponto tem mais relevância quando sabemos que o peso das doenças crónicas é uma parte significativa da despesa de saúde, representando já em alguns países cerca de 70%. Por outro lado, é cada vez mais consensual junto dos investidores que as doenças não transmissíveis estão estreitamente relacionadas com fatores de riscos que podem ser evitados, ou seja, estilos de vida não saudáveis. Exige-se mudar a arquitetura do sistema de saúde centrada na doença e abraçar a prevenção.”



RICARDO RAMINHOS
Administrador executivo da MGEN

“Os planos de saúde não têm grande futuro, por oposição aos seguros de saúde. Não é suficiente disponibilizar descontos no acesso aos prestadores de saúde. As famílias portuguesas continuam a suportar, diretamente, uma parte importante (certa de 30%) do total das despesas nacionais em saúde, muito acima da média europeia e da OCDE. Os seguros de saúde são o melhor veículo para garantir uma proteção completa e complementar ao SNS. A relação de futuro com a saúde, muito por fruto da atual situação pandémica, será irremediavelmente alterada. Os seguros de saúde passaram a ter um papel preponderante na sociedade, sendo algo essencial no universo familiar. A prevenção e o bem-estar são eixos fundamentais na mitigação do risco e na melhoria da proteção da saúde. Atualmente os principais players do mercado estão focados no tratamento da doença, sendo que o papel das seguradoras deverá estar cada vez mais relacionado com a prevenção - à longevidade deverá estar também associada a qualidade de vida. As pessoas têm necessidades diferentes na proteção da saúde, querem estar cada vez mais informadas e conscientes das opções, procuram serviços flexíveis ao melhor valor possível. O setor segurador na saúde tem mostrado capacidade na adoção de práticas inovadoras, como é o caso da medicina online. Até há bastante pouco tempo para muitos era impensável fazer uma consulta médica por vídeo. Não era uma barreira tecnológica, era uma barreira cultural. A indústria seguradora na saúde foi um excelente catalisador dessa mudança, pelas inúmeras iniciativas de medicina online disponibilizadas no período pré-pandemia. Apesar dos seguros tradicionais já incluírem de alguma maneira a proteção de doenças graves ou oncológicas, todas as situações pré-existentes à celebração do contrato de seguro são sistematicamente suprimidas, ficando essas pessoas desprotegidas. Basta pensarmos que uma em duas pessoas com mais de 65 anos, sofre de, pelo menos, uma doença crónica, ficando excluídas da proteção privada e complementar ao SNS devido à seleção de risco. O mesmo se passa com as doenças congénitas. Em situações mais vulneráveis as pessoas não devem estar sujeitas a determinadas incertezas. Os seguros de saúde do futuro devem ser mais inclusivos, mais complementares ao SNS e não devem selecionar o risco, deixando de fora uma grande parte da população. Para garantir uma proteção efetiva de todos, sem discriminação, os seguros de saúde têm de mudar. O equilíbrio técnico é fundamental no modelo mutualista defendido pela MGEN o que permite que as suas soluções de proteção da saúde não excluam doenças graves ou pré-existentes. De um modo geral as seguradoras tradicionais excluem situações de pandemia, quando deveriam colocar-se ao lado das famílias nestas situações de maior fragilidade. Em contexto grave, como o de uma de pandemia, esta resposta deve ser concertada e organizada como um todo, não podendo ser apenas uma obrigação do serviço público. A articulação entre o setor público e privado permite uma maior complementaridade que se traduz em mais benefícios para a sociedade.”



ANÁLISE

Como escolher um seguro de saúde?

A saúde não tem preço, é um facto, e há cada vez mais portugueses a recorrer aos seguros de saúde para se protegerem de eventuais emergências.

De certeza que muitas dúvidas se levantam na hora de escolher a solução que melhor se adequa às necessidades de cada pessoa. É com isso em mente que o ComparaJá.pt explica em exclusivo para o Jornal Económico quais os fatores que devem ser tidos em conta e que facilitarão a tomada desta decisão, bem como a análise das principais ofertas no mercado.

Vantagens dos seguros de saúde

Por cada prestação de cuidados médicos que seja necessária e que não é abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) gera-se um montante de despesas avultado a pagar. Sem seguro, cada consulta ou tratamento ficará num preço muito superior àquele que é coberto pelo mesmo. Estes custos tornam-se particularmente incomportáveis quando se trata de famílias.

“Uma proteção deste género compensa especialmente para fa-

mílias e pessoas com maior propensão para adoecer. Ganhar tempo em filas de espera e em marcações, bem como poupar dinheiro em consultas sucessivas e de especialidade já são, por si só, benefícios que valem a pena. Existe sempre uma percentagem de desconto para famílias e pode haver redução no valor do seguro, o chamado “prémio”, caso já existam outros seguros contratualizados na mesma companhia”, explica José Figueiredo, diretor geral do ComparaJá.pt.

Contrariamente ao que acontece no SNS, surge a possibilidade de escolher o médico, a clínica ou o hospital pretendidos. Habitualmente, verificam-se ainda benefícios fiscais. A maior parte dos seguros inclui também descontos nos seus parceiros (spas e ginásios, por exemplo).

O acompanhamento diário por telefone, disponível 24 horas, é igualmente uma benesse, uma vez que se constitui como uma ajuda permanente para qualquer proble-

ma que surja. Ademais, a maior parte dos seguros conta com um sistema de reembolso fora da rede, para além das enormes participações dentro da rede.

Como procurar e comparar? Na pesquisa de um produto desta

natureza, o mais importante a ter em conta é a relação qualidade-preço: quantas coberturas e modalidades estão incluídas na apólice do seguro pelo valor do prémio contratado.

Porém, o montante total do mesmo não é apenas influenciado pelas necessidades da pessoa segura, mas também por questões que têm que ver com fatores de risco que agravam o custo, tais como o historial clínico, a presença de doenças crónicas, antecedentes familiares ao nível de doenças, consumo de substâncias como o tabaco e o álcool e até a prática regular de exercício físico.

Passo 1: Conhecer as suas especificidades

Quem usa óculos ou lentes de contacto é normal que procure um seguro que abranja consultas de oftalmologia e que cubra despesas nesta especialidade. Se o objetivo for apenas estar-se protegido face a urgências, então talvez seja mais benéfico escolher uma solução com uma cobertura elevada de cirurgia e hospitalização. Cada pessoa sabe quais são as suas maiores necessidades.

“É importante ter em atenção o facto de estarem geralmente excluídos dos seguros de saúde os acidentes de trabalho, perturbações do foro psicológico, tratamentos de fertilização e de excesso de peso, por exemplo”, afirma José Figueiredo.

Passo 2: Comparar opções (focando-se no máximo de coberturas pelo menor preço)

A primeira tentação é a de olhar para o preço acima de tudo. Todavia, a melhor opção muitas vezes não passa pelo montante mais reduzido do prémio, devendo, ao invés, haver um enfoque naquele pacote que cobre todas as necessidades do indivíduo pelo valor máximo que ele está disposto a pagar –

a oferta e a procura a gerarem o preço de equilíbrio.

Há que ter ainda em conta a possibilidade de se baixar o valor do prémio se se praticar desporto e o acesso a uma rede de cuidados de bem-estar com desconto em spas e ginásios, por exemplo.

“Caso se tenha filhos, compensa juntar toda a família no mesmo produto pois permite poupanças substanciais no valor do prémio. Estes seguros permitem, normalmente, incluir até cinco pessoas na mesma apólice – é um descanso que pode valer muito a pena. Convém ainda ter noção de que o valor do prémio costuma aumentar se se incluir o parto nas coberturas”, explica o responsável do ComparaJá.pt.

Atenção às coberturas e exclusões

As coberturas que usualmente fazem parte de todos os pacotes de seguros de saúde são a hospitalização, referente aos gastos de internamento hospitalar, e a assistência ambulatória, que abarca consultas, tratamentos e exames médicos.

“É importante salientar o facto de as seguradoras poderem exigir que o cliente solicite uma autorização prévia em situações de internamento, para que se avalie se todas as despesas associadas se encontram abrangidas pela apólice”, alerta José Figueiredo. “Atenção também que o seguro de saúde não cobrem acidentes decorrentes da prática de desportos radicais, por exemplo, sendo os seguros de acidentes pessoais mais adequados a esse tipo de casos”, acrescenta o diretor geral da plataforma gratuita de comparação.

Veja as principais ofertas do mercado

A plataforma ComparaJá.pt comparou os planos base das principais seguradoras a nível nacional. Com estes produtos poderá ter acesso a hospitalização, preços convencionados nas consultas de especialidade e ainda aos serviços de estomatologia através das respectivas redes médicas.

De forma a comparar as diferentes ofertas no mercado, como exemplo, foram utilizados valores que seriam cobrados a um casal com ou sem filho pela adesão a um plano base de um seguro de saúde. Na tabela abaixo poderá consultar as diferenças entre cada produto:

Passo 3: Decidir o modo de pagamento

Pode ser efetuado através de um destes três sistemas:

Direto ou rede convencionada: no qual existe uma rede de cuidados médicos (com acesso a hospitais, médicos e laboratórios) de que o cliente pode usufruir, liquidando um prémio anual, mensal, trimestral ou semestral;

De reembolso: sendo o segurado que paga as despesas que efetuar nos hospitais, clínicas e laboratórios da rede ou fora da mesma e esses custos depois são comparticipados pela seguradora;

Misto: combinando ambas as modalidades acima descritas, sendo o mais flexível e abrangente. ●

COMPARATIVO DE AGREGADO SEM FILHO E COM FILHO

Seguradora	Mensalidade base (sem filho)	Mensalidade base (com filho)	Capital segurado para hospitalização	Acesso a preços convencionados nas consultas de especialidade	Acesso a consultas de estomatologia
Tranquilidade	16,70 €	21.85 €	15.000 € / 90 dias	Sim	Rede AdvanceCare ou Dentinet
Real Vida	19,28 €	25.31 €	20.000 € / 90 dias	Sim	Rede AdvanceCare
MGEN	26,76 €	34.63 €	30.000 € / 90 dias	Assistência ambulatória com capital de 500 com custo até 35 por consulta (1)	Rede Dentinet
Fidelidade	29,80 €	34.30 €	25.000 € / 180 dias	Sim	Rede Multicare
Médis	23,93 €	31.61 €	15.000 € / 90 dias	Sim	Rede Médis