

NOTA

1. Junto se publica o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, solicitado por Despacho Conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, em 13 de Março de 2006.
2. O Governo reconhece o excelente trabalho realizado e agradece à Comissão o valioso resultado da sua actividade.
3. Atingidos seis meses de exercício orçamental no ano em curso, é já possível afirmar que estão criadas condições para ser continuada a linha de ganhos de eficiência até aqui prosseguida e também fortemente recomendada pela Comissão.
4. O Governo confirma o seu comunicado de 8 de Junho passado no sentido de que, estando controlada a execução orçamental no serviço nacional de saúde, não haverá lugar, no presente mandato, à alteração do actual modelo de financiamento do sistema de saúde estando pois excluídas a criação de qualquer novo imposto, e alterações ao sistema de isenções das actuais taxas moderadoras.
5. Dá-se assim cumprimento ao solicitado pela Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República, na sua comunicação ao Governo datada de 8 de Junho passado, com base no requerimento dos Senhores Deputados do Partido Socialista.
6. O presente Relatório será colocado no “Portal da Saúde” no dia imediato ao da sua remessa à Assembleia da República.

Lisboa, 22 de Junho de 2007



António Correia de Campos

**Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento  
do Serviço Nacional de Saúde**

**RELATÓRIO FINAL**

**Fevereiro de 2007**

## Sumário Executivo

- A. O presente Relatório responde à solicitação do Governo para se realizar uma reflexão aprofundada e sistemática sobre o financiamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), à luz da promoção dos ganhos em saúde e do imperativo constitucional de garantia do direito de todos à protecção na doença.
- B. A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, nomeada pelo Governo em Março de 2006, estudou as diversas alternativas que se colocam para garantir a sustentabilidade financeira do SNS. No entendimento da Comissão, o SNS só será financeiramente sustentável se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo.
- C. Constata-se um significativo consenso sobre o modelo constitucional de SNS e sublinha-se que o sistema de saúde português tem como objectivo central melhorar a saúde dos cidadãos.
- D. Observa-se que a generalidade dos sistemas de saúde dos países da OCDE se confronta com uma constante insuficiência de fundos, tendo sido criadas novas formas, complementares, de financiamento, mas sem pôr em causa, nos seus princípios gerais, o modelo inicial adoptado por cada país. Em países com um modelo de SNS tem-se registado uma progressiva separação dos papéis de financiador, regulador e prestador, assumindo o Estado os dois primeiros, e delegando a prestação noutras entidades, mediante mecanismos de contratualização. Não se observaram, porém, nos últimos anos, alterações importantes no modelo de captação de fundos.
- E. Em Portugal, a percentagem dos gastos com a saúde no PIB era, em 1980, de 5,6%, ao passo que em 2004 era já de 10%. Esta percentagem é superior ao valor médio da UE15 (9%) e da OCDE (8,9%). No período de 1980 a 2004, Portugal duplicou o peso dos gastos públicos com saúde face ao PIB (3,6% em 1980, 7,2% em 2004). Os ritmos de crescimento da despesa em saúde criaram, na passada década, instabilidade nas transferências orçamentais para o SNS. A manutenção dos ritmos históricos das últimas décadas configura uma situação de insustentabilidade financeira e, face às necessidades crescentes de cuidados de saúde, exige uma adequada organização na captação de fundos.

- F. Em Portugal, o enfoque das políticas de saúde não se tem situado na contenção de custos, embora várias medidas tomadas a partir do ano 2000 possam vir a ter um impacto importante neste domínio, mas ainda não devidamente quantificado.
- G. As despesas privadas dos cidadãos residentes em Portugal com entidades privadas representaram cerca de 22,5% da despesa total em saúde em 2004. Este valor contrasta fortemente com os pagamentos directos das famílias em sede de prestação pública, inferiores a 1%. Ressalta daqui que os co-pagamentos exigidos às famílias na prestação pública têm uma muito reduzida expressão em termos de contribuição para o financiamento. É no sector do medicamento que a participação dos utentes é relativamente elevada, o que se deve, por um lado, a taxas de comparticipação comparativamente baixas, com poucas isenções de pagamento, e por outro lado, a níveis de utilização de fármacos relativamente elevados. A análise dos dados de inquéritos aos orçamentos familiares demonstrou ainda que os pagamentos directos, na sua globalidade, são altamente regressivos no financiamento do sistema.
- H. Os subsistemas de saúde têm sofrido uma elevada pressão nos custos e estão dependentes de uma componente significativa de financiamento do Estado e das empresas. Têm procurado implementar um conjunto de medidas, de forma a controlar a utilização e o gasto, e a aumentar as contribuições dos seus beneficiários. Os subsistemas privados têm manifestado um desinteresse por constituir-se numa alternativa de cobertura integral ao SNS.
- I. O mercado de seguros voluntário tem registado uma expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS. Este é um sector lucrativo, com um nível substancial de concentração, que não tem revelado interesse em segurar as populações com maior nível de risco, nem em oferecer extensivamente produtos para cobertura integral e alternativa ao SNS.
- J. Em Portugal, o sistema de benefícios fiscais, em especial as deduções à colecta de IRS, caracteriza-se por regressividade, bem como por uma relativa generosidade quando inserido em contexto internacional.
- L. A discussão de possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado gerou duas grandes conclusões:

Conclusão 1: Para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar diversas medidas simultaneamente, não sendo identificável uma que, por si só, a assegure.

Conclusão 2: Há uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS em relação a factores exógenos ao sector da saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado.

M. Após a apreciação das várias alternativas de financiamento do SNS, a Comissão recomenda ao Governo:

1. Manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório, assente no pagamento de impostos.
2. Adopção de medidas que assegurem maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzidas por menor despesa pública em saúde e menor taxa de crescimento.
3. Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para estabelecimento de prioridades e definição das intervenções asseguradas pelo seguro público.
4. Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma sua redefinição baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde.
5. Actualização do valor das taxas moderadoras, como medida de disciplina da utilização do SNS e de valorização dos serviços prestados.
6. Redução dos benefícios fiscais associados às despesas em saúde, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE.
7. Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto-sustentação financeira.

N. Numa situação extrema de insustentabilidade financeira do SNS, a Comissão faz uma recomendação excepcional, que se traduz na imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direccionando as verbas obrigatoriamente para o SNS.

## Índice

Sumário Executivo .....	2
Apresentação .....	12
Introdução .....	15
<b>Parte I - Os sistemas de saúde e o seu financiamento .....</b>	<b>19</b>
1. Os modelos de financiamento da saúde .....	19
1.1. Introdução .....	19
1.2. O financiamento da saúde em alguns países .....	21
1.2.1. A Alemanha .....	21
1.2.2. A Espanha .....	24
1.2.3. A França .....	26
1.2.4. A Holanda .....	28
1.2.5. O Reino Unido .....	32
1.2.6. O Estado de Massachusetts (EUA) .....	36
1.3. Conclusão .....	37
2. Os estudos e as propostas de organizações internacionais. ....	39
2.1. A OCDE .....	39
2.2. A Comissão Europeia .....	41
2.3. O Banco Mundial .....	41
2.4. A Organização Mundial da Saúde .....	42
2.5. European Observatory on Health Care Systems .....	43
2.6. Conclusão .....	44
<b>Parte II - A situação em Portugal .....</b>	<b>46</b>
3. A saúde dos cidadãos .....	46
3.1. Introdução .....	46
3.2. A morbilidade, a mortalidade e a auto-percepção do estado de saúde ..	47
3.3 Conclusão .....	50
4. O sistema de saúde .....	51
4.1. Introdução .....	51
4.2. A criação e o desenvolvimento do modelo de sistema de saúde .....	51
4.3 Conclusão .....	56
5. Os estudos técnicos sobre financiamento .....	57
6. Os gastos com a saúde: Portugal no contexto internacional .....	61
6.1. Introdução .....	61
6.2. Os gastos públicos e os gastos dos particulares .....	61
6.2.1. A evolução dos gastos com a saúde no passado .....	61
6.2.2. Os gastos públicos com a saúde no futuro .....	67
6.3. Os factores determinantes do crescimento dos gastos com a saúde .....	69
6.4 As medidas de contenção dos gastos .....	71
7. O financiamento da saúde .....	76
7.1. Introdução .....	76
7.2. O financiamento do SNS .....	76
7.2.1. A cobertura .....	76
7.2.2. A gestão do financiamento .....	78

7.2.3. Os orçamentos e os gastos.....	80
7.3. Os subsistemas públicos e privados e os seguros de saúde privados voluntários .....	81
7.3.1. Introdução .....	81
7.3.2. Os subsistemas públicos e privados .....	84
7.3.2.1. A ADSE .....	85
7.3.2.2. Os Planos de Saúde do grupo Portugal Telecom .....	87
7.3.3. Os seguros de saúde privados voluntários .....	89
7.3.4. Relação entre dupla cobertura, níveis de saúde e utilização .....	95
7.3.5. Conclusão .....	96
7.4. Os pagamentos directos .....	97
7.4.1. Introdução.....	97
7.4.2. Pagamentos directos no sistema público .....	99
7.4.2.1. Taxas Moderadoras .....	99
7.4.2.2. Medicamentos .....	103
7.4.3. Análise das despesas directas em saúde em Portugal.....	105
7.4.4. Conclusão.....	110
8. O sistema fiscal e as deduções com as despesas em saúde.....	111
8.1. Introdução .....	111
8.2. Modalidades de benefício fiscal e despesas de saúde .....	112
8.3. Deduções fiscais associadas às despesas de saúde em Portugal .....	116
8.4. O impacto financeiro sobre a receita do Estado .....	118
8.5. Impacto redistributivo das deduções fiscais em saúde em Portugal.....	120
8.5.1. Medição da equidade do financiamento do sistema de saúde .....	120
8.5.2. Evidência empírica do impacto redistributivo .....	120
8.6. Conclusão .....	123
<b>Parte III - Alternativas de financiamento.....</b>	<b>125</b>
9. Definição de cenários.....	125
9.1. Introdução .....	125
9.2. Pressupostos macroeconómicos .....	127
9.3. Os cenários .....	129
9.4. Considerações finais .....	162
10. Recomendações .....	164
<b>Parte IV - Conclusões.....</b>	<b>171</b>
Referências .....	175

## Relação de Quadros

Quadro 1	- Resumo dos estudos de organizações internacionais sobre o financiamento da saúde .....	45
Quadro 2	- Taxa de mortalidade padronizada, no continente, homens e mulheres, em 1995, 2000 e 2003 e previsão para 2015, por 100.000 habitantes.....	48
Quadro 3	- Total de doentes saídos dos hospitais e demora média observada, por grupos de doenças (capítulos da CID-9), no Continente, nos anos de 1995, 2000, 2003, 2004 e previsão para 2015 .....	49
Quadro 4	- Resumo das propostas apresentadas por grupos de trabalho e associações científicas, na década de noventa, sobre financiamento da saúde .....	60
Quadro 5	- Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados, entre 1980 e 2004 .....	63
Quadro 6	- Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a OCDE .....	68
Quadro 7	- Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a Comissão Europeia .....	69
Quadro 8	- Contributo das principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002 .....	71
Quadro 9	- Decisões políticas tomadas entre 2000 e 2006, em Portugal, e o seu impacto esperado.....	75
Quadro 10	- Proporção de consultas privadas (2005) .....	78
Quadro 11	- Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários.....	83
Quadro 12	- Proporção do financiamento dos subsistemas e seguros voluntário no total do financiamento do sistema de saúde, e por tipo de prestador .....	83
Quadro 13	- Decomposição das receitas e despesas do ADSE por componente de despesa e de gasto, e pagamentos de serviços ao SNS.....	86
Quadro 14	- Total de receitas e sua decomposição .....	89
Quadro 15	- Despesa corrente na saúde por actividade prestadora e financiada pelos seguros privados (10 <sup>3</sup> euros), em 2003 .....	94
Quadro 16	- Contributo das taxas moderadoras para o financiamento da despesa do SNS - 2004 e 2005 .....	101
Quadro 17	- Utentes isentos de pagamento das taxas moderadoras - 2006 .....	102
Quadro 18	- Pagamentos dos utilizadores para consultas e internamento em países da UE - 2006 .....	103
Quadro 19	- Taxa média de financiamento de medicamentos no mercado do SNS (%) e consumo <i>per capita</i> de medicamentos (em euros).....	103



Quadro 20	- Distribuição do consumo de medicamentos por grupos de utentes no mercado de medicamentos prescritos do SNS - 2004 .....	105
Quadro 21	- Evolução da estrutura da despesa directa em saúde por adulto equivalente, 1980,1990 e 2000 .....	107
Quadro 22	- Tratamento fiscal das despesas em saúde em países seleccionados.....	115
Quadro 23	- Deduções das despesas em saúde aos impostos sobre as famílias (pessoas singulares).....	117
Quadro 24	- Despesas fiscais em saúde e despesa pública em saúde - Portugal .....	119
Quadro 25	- Percentagem de despesa recuperada pelos agregados, ordenados por decis de rendimento líquido equivalente .....	121
Quadro 26	- Opinião dos cidadãos (cenário 2) .....	136
Quadro 27	- Opinião dos cidadãos (cenário 4) .....	141
Quadro 28	- Opinião dos cidadãos (cenário 5) .....	145
Quadro 29	- Opinião dos cidadãos (cenário 6) .....	147
Quadro 30	- Opinião dos cidadãos (cenário 6) - I.....	150
Quadro 31	- Opinião dos cidadãos (cenário 6) - II .....	150
Quadro 32	- Opinião dos cidadãos (cenário 6) - III.....	150
Quadro 33	- Opinião dos cidadãos (cenário 8) .....	155
Quadro 34	- Opinião dos cidadãos (cenário 9) - I.....	158
Quadro 35	- Opinião dos cidadãos (cenário 9) – II .....	159
Quadro 36	- Cenários e o rácio despesa pública em saúde/PIB .....	161
Quadro 37	- Saldo orçamental/PIB .....	162

## Relação de Figuras

Figura 1 - Os fluxos financeiros no sistema de saúde .....	16
Figura 2 - Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004 .....	62
Figura 3 - Evolução dos gastos totais, públicos e privados com a saúde <i>per capita</i> em Portugal, entre 1990 e 2004.....	64
Figura 4 - Evolução dos gastos com a saúde, <i>per capita</i> , em paridade de poderes de compra em Portugal, UE 15 e OCDE, entre 1990 e 2004 .....	65
Figura 5 - Fontes de Financiamento dos gastos com a saúde em 2004.....	66
Figura 6 - Evolução recente do peso de cada fonte de financiamento no total dos gastos com a saúde – Portugal.....	67
Figura 7 - Evolução das dotações do Orçamento do Estado para o SNS (inicial e final) .....	80
Figura 8 - Taxas de crescimento anual dos prémios brutos emitidos (milhões de euros) .....	91
Figura 9 - Crescimento via preço vs. crescimento via quantidade vs. crescimento total de mercado (taxas de crescimento anuais).....	93
Figura 10 - Despesas directas em percentagem das despesas totais em saúde em alguns países europeus (2004 ou ano mais próximo).....	98
Figura 11 - Evolução das despesas em saúde por decis de rendimento em 1980,1990 e 2000, a preços constantes.....	108
Figura 12 - Despesas directas em (a) medicamentos e (b) consultas e outros actos em ambulatório por decil de rendimento - 2000.....	109
Figura 13 - Curvas de Lorenz do rendimento e de concentração das despesas em saúde e da poupança fiscal – 2000 .....	122
Figura 14 - Poupança fiscal e despesas em saúde na população portuguesa – 2000 .....	123
Figura 15 - Evolução do sistema (tendência histórica).....	129
Figura 16 - Evolução natural (tendência dos últimos dois anos) .....	131
Figura 17 - As medidas do OE 2007 .....	134
Figura 18 - Ganhos de eficiência de 5% .....	135
Figura 19 - Efeito da generalização da aplicação da avaliação económica .....	138
Figura 20 - Eliminação dos subsistemas públicos do espaço orçamental.....	140
Figura 21 - Opting-out de 20% da população (redução de 15% nos custos <i>per capita</i> , redução de 0,5 p.p. na taxa de crescimento da despesa) .....	144
Figura 22 - Redução da taxa de benefício fiscal para 10% .....	146
Figura 23 - Aumento dos pagamentos directos (aumento das taxas moderadoras e redução das isenções) .....	148
Figura 24 - Efeito de preço diferenciado para elevada utilização .....	155
Figura 25 - Passagem para financiamento por seguro social.....	158
Figura 26 - Cenário conjunto.....	160

## Lista de Abreviaturas

ADFA	Assistência à Doença dos Militares da Força Aérea
ADMA	Assistência à Doença Militares da Armada
ADME	Assistência à Doença dos Militares do Exército
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AET	Avaliação Económica de Tecnologia
APES	Associação Portuguesa de Economia da Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AWBZ	<i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</i>
CNAMTS	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie</i>
CDS/PP	Centro Democrático Social/Partido Popular
CDU	<i>Christlich Demokratische Union Deutschlands</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGCI	Direcção-Geral dos Impostos
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DL	Decreto-lei
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
EVLI	Esperança de vida livre de incapacidade
EVN	Esperança de vida à nascença
GP	<i>General Practitioners</i>
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
INA	Instituto Nacional de Administração
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IOF	Inquérito aos Orçamentos Familiares
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MAS	<i>Mutuelle Sociale Agricole</i>
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute of Clinical Excellence</i>
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OGE	Orçamento Geral do Estado
OLS	Método dos mínimos quadrados
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCG	<i>Primary Care Groups</i>
PEC	Programa de Estabilidade e Crescimento

PIB	Produto Interno Bruto
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
PPP	Paridade de poder de compra
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PS	Partido Socialista
PSD	Partido Social Democrata
PT-ACS	Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde
RSI	<i>Régime Social des Independents</i>
SAD/GNR	Serviços de Assistência à Doença à GNR
SAD/PSP	Serviços de Assistência à Doença da PSP
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPD	<i>Sozial-demokratische Partei Deutschlands</i>
SSMJ	Serviços do Ministério da Justiça
UE	União Europeia
UNCAM	<i>Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie –</i>
UNOC	<i>Union Nationale des Organismes Complémentaires</i>
ZFW	<i>Ziekenfondswet</i>

## Apresentação

1. A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, adiante designada por Comissão, foi criada pelo Despacho conjunto n.º 296/2006, de 30 de Março, dos Ministros de Estado e das Finanças, e da Saúde, com um mandato de nove meses. Posteriormente, o Ministro da Saúde decidiu prolongar o mandato da Comissão por mais três meses, dando esta por findo o seu trabalho no dia 15 de Março de 2007.
2. Afirma-se no Despacho de criação da Comissão que “a protecção da saúde foi consagrada constitucionalmente como um direito fundamental dos cidadãos, baseando-se num serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económico-sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. [...] Em parte devido ao seu próprio sucesso, o modelo de provisão pública integrada dos cuidados de saúde pelo SNS tem sofrido o impacte das mudanças demográficas, económicas, tecnológicas e sociais dos últimos decénios, que desequilibram financeiramente o sistema e questionam alguns dos seus pressupostos. [...] Sem prejuízo da tomada de medidas já previstas no Programa de Governo justifica-se uma reflexão aprofundada e sistemática sobre o financiamento do SNS à luz do imperativo constitucional de garantia do direito de todos à protecção e dos “ganhos em saúde” em que se deve materializar...”.
3. Para apoiar tecnicamente esta reflexão foi criada a Comissão com os seguintes objectivos:
  - a) Documentar os debates e as novas orientações internacionais das políticas públicas de saúde, com especial atenção à União Europeia e ao domínio do financiamento sustentável dos cuidados;
  - b) Analisar a evolução recente das necessidades de financiamento do SNS, identificando os factores do lado da procura e do lado da oferta de cuidados de saúde que as determinam e que condicionam a sua sustentabilidade financeira;
  - c) Analisar as formas actuais de organização do SNS, identificando os aspectos críticos para o controlo de gastos na produção;
  - d) Analisar, à luz do enquadramento constitucional português, as diversas modalidades de partilha dos custos da saúde, alternativas possíveis e os seus impactes na procura de cuidados e na despesa agregada.

4. A Comissão, secretariada por Ana Mateus, é constituída pelos seguintes elementos, integrando os quatro primeiros o secretariado executivo:

Jorge Simões, Presidente;  
Manuel Teixeira, Vice-Presidente  
Pedro Pita Barros, Relator  
João Pereira, Relator  
Paulo Kuteev Moreira<sup>1</sup>  
Ana Sofia Ferreira  
Maria Asensio Menchero  
Mónica Oliveira  
Alberto Pinto Hespanhol  
Paulo Santos Ferreira  
Sofia Nogueira da Silva<sup>2</sup>

5. Os membros da Comissão responsáveis por cada um dos temas criaram, em alguns casos, equipas técnicas de apoio, devido à complexidade das matérias a analisar, à necessidade de actualizar informação e de investigar *ex novo* temas que não têm sido objecto de estudo. Integraram essas equipas técnica os Drs. Ana Luísa Cardoso, Fernando Pereira, Miguel Alves e Miguel Boucinha.
6. A especificidade do tema relacionado com os limites constitucionais à eventual alteração do modelo de financiamento do SNS conduziu à elaboração de um parecer por um perito externo à Comissão, o Professor Doutor Jorge Reis Novais, da Faculdade de Direito de Lisboa.
7. O mesmo aconteceu com a realização de uma sondagem sobre percepções e atitudes em relação ao financiamento do SNS realizada pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião, da Universidade Católica Portuguesa, com coordenação do Dr. Henrique Lopes e do Professor Doutor Pedro Magalhães.
8. Após os primeiros cinco meses de actividade, a Comissão apresentou o relatório intercalar de progresso, que teve como principal objectivo fornecer as primeiras reflexões do grupo de peritos, apresentar a metodologia utilizada e antecipar os trabalhos que iriam decorrer até à entrega do relatório final.
9. Nos termos do Despacho da sua criação, a Comissão elaborou, ainda, um conjunto de recomendações apresentadas ao Ministro da Saúde, no dia 15 de Outubro de 2006, relativas a orientações e medidas de médio e longo prazos que compatibilizem os desejados ganhos de saúde para a população com os ganhos de eficiência na

---

<sup>1</sup> Pediu a demissão no dia 7 de Fevereiro de 2007.

<sup>2</sup> Substituiu Maria Asensio Menchero, por Despacho Conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, de 27 de Outubro de 2006.

operação do sistema e a sustentabilidade a longo prazo das finanças públicas.

- 10.A Comissão agradece a diversas entidades os seus valiosos contributos e a prontidão com que responderam às várias solicitações que lhes foram dirigidas, em especial, ao Instituto Nacional de Estatística (INE), com destaque para a Dr.<sup>a</sup> Isabel Quintela e a sua equipa no que respeita à Conta Satélite da Saúde, ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, e à Direcção-Geral da Saúde, em especial ao Professor Doutor Paulo Ferrinho e à Dr.<sup>a</sup> Judite Catarino.
- 11.Agradece-se igualmente aos Presidentes do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e do INE a cedência da base de informação do 4º Inquérito Nacional de Saúde, sendo a utilização da informação da exclusiva responsabilidade da Comissão.
- 12.Este projecto de Relatório Final estará em discussão pública para recolha da opinião de todos os interessados, de forma a permitir a melhoria do seu conteúdo e atingir o maior consenso possível.
- 13.Depois, a Comissão introduzirá no texto as alterações consideradas adequadas e concluirá os seus trabalhos entregando ao Governo a versão definitiva do Relatório Final.

## Introdução

A estrutura do relatório assenta numa descrição, numa primeira parte, da problemática do financiamento da saúde no plano internacional, e na caracterização, na segunda parte, do caso português, para depois se concentrar, na terceira parte, nas alternativas de financiamento do SNS para Portugal.

No Relatório são remetidos para anexo um conjunto de textos que reflectem o aprofundamento de diversos temas e, ainda, a explicação de resultados apresentados no corpo principal.

Refira-se, ainda, que a reflexão sobre Portugal se limita ao continente, não havendo referências aos casos particulares dos sistemas de saúde existentes nas regiões autónomas.

No plano internacional, analisam-se as tendências recentes na União Europeia, relativamente ao financiamento dos sistemas de saúde, bem como as perspectivas de organizações internacionais, sendo que existe uma preocupação comum aos vários países: como garantir um sistema de saúde de ampla cobertura e elevados níveis de qualidade e equidade que seja simultaneamente viável do ponto de vista financeiro?

No plano nacional parte-se da constatação de que um modelo de financiamento deve contribuir para a promoção da saúde dos cidadãos. De seguida estudam-se as circunstâncias que levaram à criação do modelo actual de sistema de saúde e à evolução de aspectos políticos, jurídicos, constitucionais e organizativos, com especial ênfase nas questões relacionadas com o financiamento da saúde, ao longo das últimas décadas.

Surge, de seguida, uma descrição do que tem sido a evolução recente das despesas com cuidados de saúde, em Portugal e num contexto internacional, a identificação das principais origens de fundos para o financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, a sua importância relativa e a sua dinâmica recente. Depois, analisa-se o papel dos subsistemas públicos e privados e dos seguros de saúde, importando nomeadamente compreender a interacção dos mesmos com o desenho do financiamento do SNS, a experiência de *opting-out* e a evolução corrente e o potencial papel futuro dos subsistemas e mercado de seguros no sistema de saúde português.

Mas, para além dos impostos, contribuições para os subsistemas e prémios de seguros privados, os portugueses contribuem para o financiamento da saúde através dos chamados pagamentos directos. Estes últimos compreendem todo o financiamento que é efectuado no acto de consumo, ou seja, que está directamente relacionado com a utilização de cuidados.

A terceira parte apresenta uma visão quantificada das principais opções equacionadas, dando origem a conclusões e recomendações, apresentadas na quarta parte.

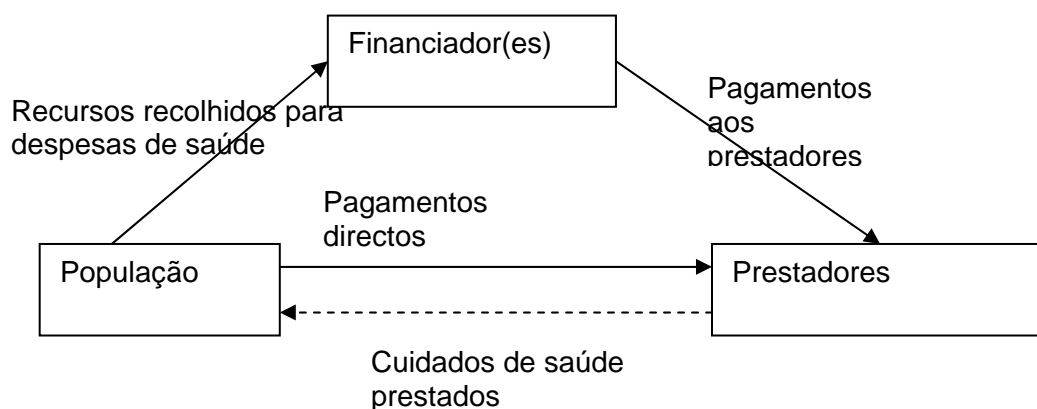


Este trabalho debruça-se, pois, sobre a sustentabilidade financeira do SNS, pelo que se procura, nesta introdução, explicar o ponto de partida e o percurso desta investigação.

O financiamento da saúde consiste na organização das fontes de captação de fundos junto da sociedade para fazer face às despesas com cuidados de saúde. A presença de entidades que asseguram protecção contra a imprevisibilidade do montante e momento da necessidade destes cuidados leva a que a captação de fundos possa ser realizada de diferentes formas.

De um modo muito simples, os fluxos financeiros num sistema de saúde circulam entre três tipos de entidades: a população, a(s) entidade(s) financiadora(s) e os prestadores de cuidados de saúde, conforme se descreve na figura 1.

**Figura 1 – Os fluxos financeiros no sistema de saúde**



Fonte: elaboração própria

Os cuidados de saúde prestados à população são pagos por duas grandes vias: pagamento realizado pela população no momento de consumo (podendo este ser eventualmente inexistente) e pagamento realizado pelos “financiadores” por conta dos cuidados prestados. Este último pagamento assenta numa prévia captação de fundos junto da população. É a captação de fundos que constitui o “financiamento” do sistema de saúde. Dentro desta descrição genérica incluem-se os diversos sistemas existentes, como o financiamento por impostos, o seguro social ou o prémio de seguro privado, podendo a entidade financiadora ser, respectivamente, o Estado, fundos de doença ou companhias seguradoras.

A divisão dos pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde de acordo com a forma de captação de fundos é o problema central da organização do financiamento, que é conceptualmente e na prática bastante distinto da questão de como organizar os pagamentos aos prestadores. Note-se que num serviço nacional de saúde a relação entre entidade financiadora e prestadores se encontra integrada, na medida em

que o SNS paga directamente aos prestadores. Medidas como o desenvolvimento da contratualização, por exemplo, actuam nesta relação, mas não na organização do financiamento.

Para uma melhor compreensão dos aspectos conceptuais do financiamento do SNS em Portugal apresenta-se uma descrição das formas de financiamento segundo as suas características de recolha de fundos da população:

- despesa privada familiar: corresponde à despesa directa das famílias residentes em Portugal;
- impostos: o financiamento é assegurado por verbas oriundas da colecta geral de impostos, via Orçamento do Estado. A contribuição para impostos é feita de acordo com o rendimento (pelos indivíduos e pelas empresas) e de acordo com a despesa (impostos sobre o consumo, como o IVA). É uma contribuição compulsória, não sendo específica para a saúde. É a principal fonte de fundos do SNS. Existe também esforço orçamental através de deduções à colecta em sede de imposto sobre o rendimento (benefícios fiscais), diferindo entre países, como se discutirá;
- seguros privados: as contribuições são calculadas de acordo com o risco (individual ou de grupo), sendo a adesão voluntária;
- seguro social: as contribuições são realizadas, usualmente de acordo com o rendimento, e a gestão dessas contribuições é assegurada por fundos próprios.

No caso português podem-se ainda identificar os subsistemas como agentes presentes no financiamento:

- subsistemas públicos de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias dentro do grupo profissional abrangido.
- subsistemas privados de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são compulsórias para os trabalhadores da empresa (ou grupo de empresas).

Por fim, existem ainda outras pequenas fontes de fundos, normalmente associadas com algum sistema de seguro implícito, no sentido em que o cidadão não realiza pagamentos no momento de consumo de cuidados de saúde. Constituem exemplos as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias, fundos de segurança social e outras instituições públicas e privadas.

A noção de sustentabilidade financeira de um serviço nacional de saúde, ou de uma forma mais geral, da despesa (pública) em saúde, não se encontra definida de um modo preciso na literatura económica.

A sustentabilidade financeira não pode, contudo, ser vista de forma independente da evolução da restante despesa e das receitas públicas, nem dos condicionalismos decorrentes dos compromissos assumidos por Portugal na União Europeia quanto à situação financeira das contas públicas. Deve, porém, recordar-se que esses compromissos foram criados de forma a que houvesse sustentabilidade financeira das contas públicas,

estando aqui a noção de sustentabilidade financeira associada, em última análise, à condição de que a dívida pública não cresça indefinidamente.

A Comissão considera que:

Existe sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo.

Note-se que esta definição de sustentabilidade do financiamento do SNS nada adianta sobre resultados de saúde nem sobre a sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde como um todo (e não apenas da sua componente pública).

A definição baseia-se na noção de equilíbrio orçamental, que para outros fins que não a análise de sustentabilidade financeira do SNS, pode ser considerada uma visão excessivamente redutora. Outros critérios relevantes passíveis de serem incluídos numa apreciação de sustentabilidade financeira de um sistema de saúde seriam, por exemplo, o impacto sobre a competitividade da economia via efeitos no mercado de trabalho e efeitos sobre o padrão de consumo das famílias. Um modo de financiamento do sistema de saúde que afecte de forma negativa muito pronunciada uma destas três componentes - saldo das contas públicas, produtividade e competitividade da economia ou consumo das famílias - não será sustentável no longo prazo.

Estes critérios adicionais invocados normalmente no contexto de países em desenvolvimento têm também aqui lugar. Assim, um aumento considerável de co-pagamentos poderá ser prejudicial a grupos da população especialmente vulneráveis em termos de capacidade de pagamento. De modo similar, alterações radicais na forma de financiamento, para sistemas de seguro privado associados com o posto de trabalho e com o empregador, introduzem potencialmente efeitos consideráveis de distorção do mercado de trabalho. Estes aspectos serão contemplados na discussão; não são porém de fácil incorporação numa definição objectiva de sustentabilidade financeira.

## **Parte I - Os sistemas de saúde e o seu financiamento**

Esta parte do Relatório pretende analisar as tendências recentes na União Europeia, relativamente ao financiamento dos sistemas de saúde, bem como as perspectivas de organizações internacionais, sendo que existe uma preocupação comum aos vários países: como garantir um sistema de saúde de ampla cobertura e elevados níveis de qualidade e equidade que seja simultaneamente viável do ponto de vista financeiro?

Actualmente, o debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões – a sustentabilidade, por um lado, e a equidade, por outro. No entanto, as escolhas disponíveis para o decisor geralmente afectam pelo menos uma destas dimensões, sendo certo que algumas das medidas que promovem a sustentabilidade financeira conduzem a uma maior despesa privada, colocando em risco o objectivo da equidade.

### **1. Os modelos de financiamento da saúde**

#### **1.1. Introdução**

Os actuais sistemas de saúde europeus desenvolveram-se à sombra de dois grandes modelos, associados, um a Bismarck, na Alemanha, nos finais do século XIX, e outro a Beveridge, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade.

Os sistemas de seguro social, nomeadamente os da Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda, inspiram-se na legislação de Bismarck, de 1883. À data, foi criado um sistema descentralizado que cobria trabalhadores das minas, transportes, construção e indústria, e o seu carácter inovador prendia-se nomeadamente com o facto de exigir contribuições por parte dos empregadores. Actualmente existem diversas variantes deste modelo mas, apesar de todas as diferenças, algumas características mantêm-se comuns aos vários países cujo sector da Saúde assenta num seguro social:

- os seguros sociais são de adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos de cobertura; ainda assim alguns destes seguros sociais não garantem a universalidade de cobertura da população;
- estes sistemas são financiados por contribuições de empregadores e empregados, baseadas no salário e independentes do nível de risco de doença individual;
- o Estado assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos particularmente vulneráveis;
- o Estado especifica um pacote básico de benefícios, deixando a recolha das contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença (quase) públicos, com maior ou menor grau de autonomia.

Os fundos de doença podem cobrir populações com base na área geográfica ou na profissão, ou pode haver concorrência entre eles, cabendo ao indivíduo escolher livremente. Em alguns países existem mecanismos de compensação de níveis de risco, que transferem recursos entre fundos.

Desde os anos oitenta do século XX, as reformas nos sistemas de seguro social têm enfrentado a dificuldade de conciliar esforços de aumento da equidade, eficiência e escolha e estabilização das contribuições, sem prejudicar demasiado o mercado de trabalho.

Por outro lado, os sistemas assentes num serviço nacional de saúde, tal como os do Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca, Itália, Espanha e Portugal, inspiram-se no relatório Beveridge de 1942, baseando-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório pela via dos impostos (nacionais e/ou regionais).

A gestão institucional de um serviço nacional de saúde é pública, podendo a prestação ser pública ou, cada vez mais, contratualizada. Geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso. A propriedade das unidades prestadoras é normalmente pública – ainda que tal não seja forçosamente assim - e o financiamento é assegurado por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado as verbas de que necessita.

Quando o financiamento é feito através dos impostos gerais, a contribuição para a saúde tende a ser progressiva, reflectindo o desenho do sistema fiscal, uma vez que indivíduos com elevados rendimentos pagam proporcionalmente mais, existindo uma preocupação explícita em assegurar a redistribuição entre diferentes níveis de rendimento e de saúde.

Nos vários países europeus, tenham eles um seguro social ou um SNS, os seguros privados tendem a ser complementares face ao seguro público. O financiamento da saúde por seguro privado assenta no nível de risco, individual ou de grupo, sendo os prémios fixados em conformidade. Tratando-se de seguros de adesão voluntária, a questão da universalidade não se coloca, e não está garantida a cobertura da totalidade dos riscos. Em alguns países, existem benefícios fiscais para a aquisição de seguros privados, mas estes têm vindo a ser gradualmente eliminados.

Finalmente, muito embora o seguro público (seja ele um seguro social ou um SNS) constitua a fonte de financiamento dominante nos vários países, os pagamentos directos das famílias têm, ainda assim, um peso significativo nas despesas com saúde.

Serão, de seguida, caracterizados os modelos de financiamento dos seguros públicos de saúde de alguns países, bem como as medidas de reforma recentemente introduzidas em cada um deles.

## **1.2. O financiamento da saúde em alguns países**

### **1.2.1. A Alemanha**

A Alemanha tem o terceiro sistema de saúde mais caro do mundo (depois dos EUA e da Suíça). O seguro social é a principal fonte de financiamento de cuidados de saúde cobrindo, em 2006, cerca de 70 milhões de pessoas, numa população de 82 milhões, e sendo constituído por cerca de 250 fundos de doença, responsáveis pela recolha das contribuições, pela compra de benefícios e pelo pagamento aos prestadores. Cerca de 10% da população está coberta por um seguro privado e 2% tem a cobertura de esquemas governamentais sectoriais (militares, polícia, entre outros). Actualmente, cerca de 300.000 pessoas não estão cobertas por qualquer seguro de saúde (Schmidt, 2006).

As contribuições para o seguro social cobrem cerca de 64% das despesas de saúde, existindo três grandes fontes complementares de financiamento: os impostos, que cobrem cerca de 7,8% das despesas, os seguros privados, que cobrem cerca 8,3%, e os pagamentos directos das famílias. Estes, que se repartem entre co-pagamentos para benefícios cobertos parcialmente pelos vários esquemas de seguro e pagamentos para benefícios não cobertos, correspondem a cerca de 12,3% da despesa total com saúde.

Os impostos, cuja contribuição para o sistema de saúde é reduzida, são utilizados para financiar investimentos nos hospitais, a investigação nos hospitais universitários, a formação dos profissionais de saúde e os esquemas de seguros para elementos da polícia, militares, reclusos, imigrantes e cidadãos com deficiência profunda.

Qualquer empregado por conta de outrem cujo rendimento anual seja inferior a um determinado limite – 47.250€, em 2006 (Schmidt, 2006) – está automática e obrigatoriamente segurado. O seguro social também cobre, sem que haja lugar a contribuições adicionais, o cônjuge do titular, desde que não aufera rendimentos de trabalho, e os seus descendentes.

Indivíduos que trabalham por conta própria ou que auferem salários superiores a 47.250€ podem optar por aderir voluntariamente ao seguro social, ou escolher um seguro privado.

Membros voluntários que decidam transferir-se para um seguro privado só serão aceites novamente no esquema estatal em circunstâncias muito específicas.

As contribuições para o seguro social variam consoante o fundo de doença, e são dependentes do rendimento, e não do nível de risco. Caso o seu salário mensal seja igual ou inferior a 400€, o indivíduo está isento de contribuição, devendo o empregador contribuir com 11% do salário. Caso contrário, o indivíduo é responsável por pagar uma contribuição média equivalente a 7,5% do seu salário, devendo o empregador contribuir com

6,6% (sendo ainda, em caso de doença, responsável pelo pagamento do salário durante 6 semanas). Para indivíduos com salários superiores a um determinado tecto mensal - que, em 2006, era de 3.562,50€ - as contribuições são calculadas com base nesse valor.

Indivíduos assalariados e segurados voluntariamente (por excederem o limite de rendimento), são responsáveis pelas respectivas contribuições, ainda que recebam do empregador um pagamento suplementar equivalente a metade da contribuição que este teria que pagar para um segurado compulsório.

Segundo o *website* do Ministério da Saúde alemão ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)), estão previstas isenções nos co-pagamentos, e estes estão, regra geral, limitados a um máximo de 2% do rendimento bruto do agregado familiar por ano (incluindo rendimentos de capital).

Estima-se que, no primeiro trimestre de 2006, os fundos de doença registaram um défice de 1.2 mil milhões de euros, correspondente a 3% da sua despesa. Este défice resulta da redução de receitas (devido a alterações demográficas e a uma maior taxa de desemprego), e do aumento dos gastos (em particular, com tratamentos com internamento e produtos farmacêuticos).

Em Janeiro de 2006, a Ministra da Saúde, Ulla Schmidt, apresentou algumas propostas de reforma, defendendo que o objectivo último é o de garantir um sistema de seguro de cobertura universal. A grande falha do seguro social alemão é, segundo ela, o facto das contribuições se basearem apenas nos salários (ou seus substitutos, como sejam as pensões), ignorando outros tipos de rendimento.

Existiam, à data, dois caminhos alternativos. Os Democratas Cristãos (CDU) pretendiam estabelecer um prémio único (suplementado por subsídios públicos, para indivíduos de baixos rendimentos), independente do rendimento, pelo menos para aqueles actualmente cobertos pelo seguro social; os Social-Democratas (SPD), por outro lado, pretendiam manter um pagamento indexado ao rendimento, e defendiam que todos os cidadãos deviam contribuir para a saúde, e que todos os tipos de rendimento deviam ser considerados.

Os objectivos explícitos da reforma seriam, então, estabilizar o financiamento do sistema de saúde, garantir a partilha do esforço de pagamento, e reduzir os custos com mão-de-obra, promovendo a competitividade da economia alemã.

Em Julho de 2006, foi acordado um plano de reforma, resultante de um compromisso entre as duas perspectivas acima apresentadas, contemplando o aumento das contribuições dos trabalhadores (a partir de Janeiro de 2007); a partir de Abril de 2007, quer os fundos de doença, quer as seguradoras privadas serão obrigadas a garantir um pacote mínimo de benefícios a indivíduos que não tenham cobertura ou tenham perdido o seu

seguro por uma situação de desemprego, divórcio, ou emprego de baixo rendimento de forma a que, no futuro, toda a população venha a estar coberta por algum tipo de seguro de saúde (Lisac e Schlette, 2006); a partir de 2009, as taxas de contribuição deixarão de ser definidas pelos vários fundos de doença, passando a ser determinadas centralmente; será criado um Fundo Central para a Saúde, para onde serão direccionadas automaticamente as contribuições (incluindo as dos clientes de seguradoras privadas), e a parte dos impostos destinada à saúde, ao contrário do que se passa actualmente (até agora, estes pagamentos eram feitos directamente aos fundos de doença e às seguradoras); e serão obtidas receitas suplementares pela via dos impostos, pretendendo-se que estes se tornem progressivamente responsáveis pelo financiamento dos cuidados prestados a crianças.

Os fundos de doença e as seguradoras privadas receberão, do Fundo Central para a saúde, um valor fixo de 150€ a 170€ por pessoa segurada, tendo ainda direito a pagamentos adicionais de ajustamento de risco, caso segurem relativamente mais idosos e pessoas doentes. Os fundos mais eficientes poderão devolver parte das contribuições aos seus segurados, ou oferecer benefícios adicionais. Os custos em excesso poderão ser cobertos, cobrando um prémio nominal aos seus membros (Bertelsmann Stiftung, 2006).

Existem fortes oposições a esta reforma, nomeadamente por parte dos representantes dos fundos de doença - que afirmam que os custos administrativos serão demasiado elevados - e das seguradoras privadas. Uma das dificuldades esperadas é a definição da forma de cálculo das contribuições, uma vez que enquanto as contribuições para o seguro social dependem do rendimento, os prémios dos seguros privados dependem do risco.

O SPD gostaria de eliminar, para os empregadores, o tecto máximo sobre o qual são calculadas as contribuições (3.562,50€, em 2006), de forma a que as suas contribuições fossem superiores para empregados com salários elevados. Por outro lado, gostaria de limitar a 1% do rendimento do agregado familiar o prémio adicional que as seguradoras venham a cobrar aos seus clientes, caso não sejam capazes de cobrir as suas despesas com o valor a elas afectado pelo Fundo Central para a Saúde. O CDU opôs-se a este tecto, argumentando que este viria restringir a concorrência entre os fundos de doença (Lisac e Schlette, 2006). Devido a estas questões, ainda não resolvidas, foi decidido adiar a criação do Fundo Central para a Saúde até 2009, ano em que haverá eleições.

Por outro lado, não é ainda claro quais serão os impostos de onde virão os recursos adicionais para a saúde, sabendo-se apenas que não está prevista a criação de um imposto específico. Ora, em 2007, vai haver um forte aumento na taxa de IVA, pelo que será de esperar alguma resistência a aumentos noutros impostos.



### 1.2.2. A Espanha

A Constituição de 1978 atribuiu a todos os espanhóis o direito à protecção de saúde, e definiu um novo enquadramento de base regional para a organização do sector. Em 1986, Espanha iniciou assim a transição de um sistema de seguro social – com o financiamento baseado no rendimento dos indivíduos - para um serviço nacional de saúde – com o financiamento baseado nos impostos. Isto envolveu uma separação progressiva da Saúde em relação ao sistema de segurança social, de cujos fundos o SNS dependeu até 1989. Definiu-se, ainda, que grande parte dos poderes locais do sector da saúde deveriam ser transferidos progressivamente para as 17 Comunidades Autónomas.

Os cuidados de saúde são actualmente financiados essencialmente através dos impostos gerais. Os fundos são recolhidos centralmente, sendo depois distribuídos através de um sistema de capitação pelas comunidades autónomas (European Observatory on Health Systems and Policies, 2000).

A cobertura é quase universal para os cidadãos espanhóis (abrangendo cerca de 99,4% da população, no ano 2000), garantindo o acesso a um pacote de benefícios independente do rendimento de cada um. Apenas uma pequena percentagem da população não está coberta pelo SNS, sendo essencialmente constituída por profissionais liberais e empregadores (European Observatory on Health Systems and Policies, 2000). Tal acontece porque a inclusão no SNS está ligada à inclusão no sistema de segurança social ou ao emprego, e não à cidadania ou residência no país.

Os funcionários públicos estão cobertos por sistemas mutualistas que, no ano 2000, eram financiados em 70% pelo Estado (através dos impostos) e em 30% pelas contribuições dos seus membros (European Observatory on Health Systems and Policies, 2000). Os funcionários públicos podem optar entre estar cobertos pelo seus fundos mutualistas ou pelo SNS; caso optem por este último, os fundos mutualistas pagam um valor *per capita* ao SNS. Caso contrário, esse valor é pago às seguradoras privadas com quem os fundos tiverem contratado a prestação de serviços.

Só em 1995 foi claramente definido o pacote de serviços coberto pelo SNS.

Os indivíduos podem livremente aderir a seguros de saúde privados, suplementares ao SNS e, em 1997, estimava-se que cerca de 9% da população tinha optado por fazê-lo (European Observatory on Health Systems and Policies, 2000).

Existe há algum tempo uma preocupação em incorporar princípios de racionalização e de avaliação económica na utilização dos recursos disponíveis, pelo que a eficiência e efectividade de novas tecnologias são avaliadas pela Agência de Avaliação de Tecnologias da Saúde enquanto, por sua vez, a Agência de Produtos Farmacêuticos avalia, desde 1999, a efectividade clínica de novos medicamentos.

As reformas recentes verificadas no sistema de saúde espanhol, mais do que levarem a alterações estruturais do modelo de financiamento, têm acentuado uma preocupação com a descentralização progressiva e sustentada dos poderes ligados ao sector da saúde, com as inerentes medidas de contenção de custos, de preservação da equidade a nível nacional, e da garantia da eficiência e qualidade dos serviços prestados nas várias Comunidades Autónomas.

Assim, em 2002, a responsabilidade da gestão dos cuidados de saúde foi transferida do governo central para dez Comunidades Autónomas. As restantes sete tinham já ganho essa autonomia ao longo dos anos noventa. A responsabilidade pelo financiamento dos serviços de saúde passou também para os governos regionais, que obtêm os fundos necessários de três fontes: os impostos regionais, os impostos partilhados, e transferências do governo central. Vale a pena realçar que todos os orçamentos regionais para a saúde cresceram, nos anos seguintes, mais rapidamente do que o PIB, tendo a despesa *per capita* aumentado 3,5% entre 2003 e 2004. As diferenças *per capita* entre regiões são significativas indo, em 2004, de 787€ nas Baleares a 1227€ em La Rioja.

Em 2004, o governo central criou uma comissão para avaliar a sustentabilidade do financiamento do SNS. No entanto, a perspectiva adoptada foi algo restrita, tendo-se limitado a uma análise dos gastos públicos com saúde, e não de eventuais alterações do modelo de financiamento global. Ainda assim, as recomendações da comissão levaram à aprovação de um diploma legal que define a necessidade de medidas urgentes para garantir a sustentabilidade financeira do SNS (Centre de Recerca en Economia i Salut, 2005).

Uma das decisões do governo central foi apoiar as Comunidades Autónomas a reduzir o défice dos sistemas de saúde regionais, e travar o crescimento das suas despesas. Foram definidas novas transferências do governo central para as Comunidades Autónomas, sendo dada uma maior liberdade para estas gerarem receitas próprias, nomeadamente através da subida dos impostos regionais.

Em 2005, o governo da Catalunha criou uma outra comissão, para avaliar o estado do sector da saúde nesta região, com o objectivo de renegociar com o governo central a forma de financiamento dos serviços públicos de saúde descentralizados. As propostas apresentadas foram variadas, incluindo alterações no sistema de comparticipações e nas taxas de alguns impostos, aumento da participação dos governos regionais nas receitas centrais, alterações no mecanismo de pagamento a prestadores, mudanças na articulação dos sectores público e privado na região e nas condições de trabalho dos médicos no sector público, e alterações no sistema de distribuição de medicamentos (Centre de Recerca en Economia i Salut, 2005).

Algumas das medidas que foram imediatamente implementadas foram o aumento do peso relativo dos cuidados primários, o aumento dos impostos

sobre os combustíveis, e a atribuição de um maior papel aos vários actores – públicos e privados – envolvidos na prestação, compra e financiamento de cuidados de saúde.

Em Setembro de 2005, o governo central decidiu atribuir, nesse ano e no seguinte, mais fundos às comunidades autónomas para o financiamento dos sistemas de saúde regionais.

Finalmente, em Junho de 2006, foi aprovada a Lei de Garantias e Uso Racional dos Medicamentos e Produtos de Saúde que, juntamente com o Plano Estratégico de Política Farmacêutica, favorece o uso adequado dos recursos, através de medidas propiciadoras de prescrição e consumo de medicamentos eficientes.

### **1.2.3. A França**

O sistema de saúde francês assenta num seguro social, criado em 1945. Em Julho de 1999 foi implementada a universalidade do seguro para todos os residentes no país através da criação da CMU (*Couverture Maladie Universelle*) – Lei n.º 99-641 - que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2000, visando garantir a cobertura do 1% da população que estivera excluída até então.

O seguro social inclui três esquemas, que cobrem cerca de 95% da população: o regime geral (*Régime Général*) cobre trabalhadores do comércio e indústria e suas famílias, e beneficiários da CMU, que em 2001 representavam, respectivamente, cerca de 84% e 1,6% da população; o esquema agrícola (*Mutuelle Sociale Agricole* - MSA) cobre agricultores, trabalhadores agrícolas e suas famílias, que representavam cerca de 7% da população; e o fundo nacional para trabalhadores por conta própria não agrícolas (*Régime Social des Independents* - RSI), que representavam cerca de 5% da população. Os funcionários públicos, mineiros, empregados da companhia de caminhos de ferro nacional, o clero, e trabalhadores do banco central têm sistemas de cobertura autónomos, já existentes antes de 1945 (Sandier *et al.*, 2004).

Cada um dos esquemas principais tem um fundo de doença nacional. O *Régime Général*, claramente maioritário, é composto pela *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* – CNAMTS e por 16 fundos regionais e 129 fundos locais, responsáveis pela angariação de beneficiários e gestão operacional do seguro.

Até 1996, o financiamento do seguro social dependia, tal como a segurança social, quase exclusivamente de contribuições dos trabalhadores e empregadores, baseadas no salário. Desde 1998, têm vindo a ser feitos esforços no sentido de alargar a base de contribuição e torná-la menos dependente do emprego. Assim se, por um lado, a contribuição assente no salário foi reduzida de 6,8% para 0,75%, por outro foi criada uma “contribuição social geral” (CSG), baseada nos rendimentos totais. Em

2001, as suas taxas eram de 5,25% para os salários, rendimentos de capital e ganhos de jogo, e de 3,95% para pensões e subsídios. Os empregadores contribuem com 12,8% dos salários dos seus trabalhadores (Sandier *et al.*, 2004).

Em 2004, as contribuições dos trabalhadores, empregadores e CSG representavam cerca de 88% da receita total do seguro social. O restante era obtido através de subsídios estatais, impostos consignados (cobrados na utilização de automóveis, e no consumo de tabaco e álcool), e contribuições da indústria farmacêutica, obtidas em grande medida através de um imposto sobre a publicidade.

Em 2004, 85% dos gastos do seguro social deviam-se ao reembolso de cuidados de saúde, resultando os restantes 15% da atribuição de subsídios de maternidade, doença e recuperação após acidentes de trabalho, e pensões de invalidez.

Os beneficiários do seguro social são, regra geral, responsáveis por co-pagamentos, que variam consoante o tipo de cuidados de saúde. Existem, no entanto, isenções para estes co-pagamentos, baseados em três variáveis: o estado de saúde (sendo aqui incluídas trinta doenças de longa duração e/ou incapacitantes, como sejam a SIDA, a diabetes, o cancro e doenças psiquiátricas); a natureza dos cuidados (como sejam alguns tratamentos hospitalares e de infertilidade); e algumas características do indivíduo (nomeadamente grávidas, vítimas de acidentes de trabalho, e crianças com deficiência). Convém realçar que não estão previstas isenções com base no rendimento; no entanto, a CMU oferece um seguro voluntário complementar a pessoas de baixo rendimento (definido de acordo com um tecto mínimo, actualizado regularmente).

Em 2000, o seguro social era responsável por 75,5% das despesas totais com saúde, os pagamentos directos cobriam outros 11,1%, e os restantes 12,4% eram da responsabilidade dos seguros voluntários. Estes últimos – oferecidos nomeadamente por associações mutualistas e seguradoras privadas - cobriam, no mesmo ano, cerca de 86% da população, e asseguravam essencialmente os co-pagamentos exigidos pelo seguro social (Sandier *et al.*, 2004). Em 2004, a maioria dos beneficiários de seguros complementares eram-no por via do emprego, tratando os empregadores de contratar pacotes colectivos de cobertura com as seguradoras.

Em Agosto de 2004, a Lei 2004-810 veio estabelecer novos objectivos para o seguro social:

- retomar o equilíbrio das contas até 2007 (mais tarde adiado para 2008);
- introduzir o princípio de *gatekeeping* no acesso a cuidados de saúde, promovendo a adopção de um médico de família por cada beneficiário;
- criar um dossier médico personalizado electrónico;
- criar uma entidade única (a *Union Nationale des Organismes Complémentaires*- UNOC) que agregasse todos os prestadores de seguros

complementares, tornando-a num dos principais actores na definição da política do seguro social. A UNOC só foi criada em meados de 2005.

Em finais de 2005, o fundo de doença nacional do regime geral determinou que a taxa de reembolso para beneficiários que não seguissem o percurso aconselhado para o acesso a cuidados (começando pelo médico de família) seria reduzida em 10%, de forma a promover a racionalização na utilização de cuidados garantidos pelo seguro social.

O seguro social tem vindo sistematicamente a apresentar défices, tendo mostrado uma tendência clara de crescimento até 2004 (tendo passado de 6 mil milhões de euros em 2002 para 11,2 mil milhões de euros em 2004). Ainda assim, tornou-se possível reduzi-lo novamente para 9,1 mil milhões de euros em 2005, e estima-se que o défice em 2006 tenha descido novamente, para 7,3 mil milhões de euros (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Tal foi conseguido, em parte, devido a subidas dos rendimentos e, por outro lado, por reduções nos reembolsos (nomeadamente, em alguns medicamentos, após uma revisão dos medicamentos incluídos na lista positiva de comparticipação). Ainda assim, o impacto destas últimas medidas foi reduzido, uma vez que os pagamentos directos das famílias aumentou apenas de 8,47% em 2004 para 8,74% em 2005, depois de uma tendência de descida nos anos anteriores.

Num esforço de consolidar o seguro social, os três esquemas principais (o *Régime Général*, a MSA e o RSI) estão agora agregados numa estrutura federativa (a *Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie* – UNCAM), que surge como única entidade nas negociações com o Estado e os prestadores (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Por outro lado, o Estado transferiu para os fundos de doença a responsabilidade da definição dos pacotes de cobertura a oferecer para cuidados em ambulatório. Estes são apoiados nas suas decisões pela *Haute Autorité de Santé* – HAS, que assegura a avaliação científica de procedimentos de diagnóstico e terapêutica, e a criação de *guidelines* clínicas (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

São também os fundos de doença quem agora define os co-pagamentos, vindo estes substituir as taxas de co-seguro, anteriormente definidas pelo Estado. Os fundos passam ainda a ser responsáveis pelos níveis de gasto com cuidados em ambulatório, devendo garantir o cumprimento de objectivos financeiros pré-definidos. Assim, a tendência é para o seguro social se transformar progressivamente numa agência independente do controlo do Estado.

#### **1.2.4. A Holanda**

A prestação de serviços de saúde na Holanda é maioritariamente financiada através de esquemas de seguro públicos (geridos por cerca de

20 fundos de doença) e privados (geridos por seguradoras independentes). Até 31 de Dezembro de 2005, o sistema de seguro de saúde estava dividido em três grandes blocos de cobertura, definidos com base numa classificação dos cuidados de saúde: os cuidados de saúde excepcionais, os cuidados de saúde normais, e os cuidados de saúde suplementares (Den Exter *et al.*, 2004).

O Acto de Despesas Médicas Excepcionais (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* - AWBZ) cobria as situações de doenças prolongadas, cuidados continuados e tratamentos particularmente caros, cujas despesas se considerava que os indivíduos não deveriam suportar do seu bolso, e não seriam cobertas de forma adequada por seguros privados.

A cobertura pelo AWBZ, e as contribuições correspondentes, eram obrigatórias. As contribuições eram calculadas com base no rendimento sujeito a imposto e, em 2004, correspondiam a 10,25% desse valor. Para os trabalhadores por conta de outrem, as contribuições eram retidas na fonte. Pessoas que não auferissem rendimentos sujeitos a imposto estavam também isentas de contribuições para o AWBZ.

Desde 2003, eram atribuídos, consoante os níveis de necessidade, orçamentos aos indivíduos que podiam, eles próprios, comprar alguns dos cuidados cobertos pelo AWBZ (nomeadamente, apoio domiciliário e cuidados de enfermagem de curta duração). Estes orçamentos eram transferidos para a conta bancária de cada beneficiário, sendo o seu comportamento monitorizado regularmente por uma entidade pública.

As despesas decorrentes de cuidados de saúde ditos normais eram cobertas pelo Acto de Fundos de Doença (*Ziekenfondswet* - ZFW), por seguros privados, e pelo esquema em vigor para os funcionários públicos (que abrangia, em 2004, cerca de 5% da população).

O ZFW assegurava a cobertura para pessoas (fossem elas trabalhadoras por conta de outrem ou por conta própria) com salários abaixo de um tecto definido anualmente, e beneficiários da segurança social. Indivíduos que, ao atingirem os 65 anos, estivessem abrangidos pelo ZFW podiam também, à partida, continuar cobertos. Indivíduos com mais de 65 anos que tivessem um seguro privado tinham a opção de se registar num fundo de doença voluntariamente (*opting-in*). Indivíduos com rendimentos superiores ao tecto anual estavam automaticamente excluídos do ZFW sendo, para o cálculo deste rendimento, consideradas também as poupanças, os dividendos, e os rendimentos de propriedades. Em 2004, o ZFW cobria cerca de 63% da população (Den Exter *et al.*, 2004).

Para os cidadãos não cobertos pelo ZFW ou pelo esquema de seguro para os funcionários públicos, havia uma grande variedade de seguradoras privadas e de planos de cobertura disponíveis. Em 2004, cerca de 30% da população tinha um seguro privado para cobertura de cuidados de saúde que seriam, para os restantes, cobertos pelo ZFW. No mesmo ano, cerca de 2% da população eram militares, reclusos ou pessoas não seguradas.

A cobertura pelo ZFW, bem como as correspondentes contribuições, eram obrigatórias para quem cumprisse os requisitos de inclusão, independentemente do indivíduo pretender, ou não, usar os seus benefícios.

Para assegurar o financiamento do ZFW, os segurados pagavam, até aos 65 anos, contribuições correspondentes a 8% do seu rendimento (fosse este ganho ou decorrente de benefícios da segurança social), sendo que parte era da responsabilidade do segurado, e o restante do seu empregador (ou entidade de quem obtivesse os benefícios). Os trabalhadores por conta própria, abrangidos pelo ZFW desde o ano 2000, pagavam também 8% do seu rendimento.

Todas estas contribuições eram pagas para um Fundo Central, que por sua vez atribuía, a cada fundo de doença, um orçamento definido com base numa capitação ajustada para o nível de risco.

Todos os segurados pagavam ainda uma contribuição fixa e independente do rendimento, definida por cada fundo de doença e por si recebida directamente. Este pagamento pretendia cobrir a diferença entre as suas despesas com os segurados e o orçamento recebido do Fundo Central. Em média, esta contribuição representava 10% da totalidade recebida pelos fundos de doença.

O governo também contribuía para o financiamento do ZFW, com um valor definido anualmente. Em 2002, esse valor correspondia a cerca de 24% da despesa total do ZFW.

As despesas com cuidados de saúde suplementares, considerados menos necessários do que os restantes, eram suportadas maioritariamente por seguros privados. Existia um esquema de seguro voluntário em que o segurador – fosse ele um fundo de doença ou uma seguradora privada – tinha liberdade para definir a composição dos pacotes disponíveis, os prémios e as condições de acesso. Geralmente, este seguro suplementar cobria cuidados dentários, óculos, melhores condições de alojamento nos hospitais e medicinas alternativas. Em 2004, mais de 90% da população coberta pelo ZFW tinha também um seguro suplementar.

Algumas receitas dos impostos nacionais, provinciais e municipais eram também canalizadas para o sector da Saúde. No entanto, não se destinavam ao financiamento de cuidados de saúde, sendo utilizadas essencialmente para assegurar a investigação e para a promoção da saúde pública.

Finalmente, estima-se que, em 2001, cerca de 9% do gasto total com saúde eram suportados directamente pelos indivíduos.

A partir de 1 de Janeiro de 2006, todos os residentes no país passam a estar obrigatoriamente cobertos por um novo esquema de seguro – o Acto de Seguro de Saúde – que veio integrar os seguros públicos (fundos de

doença) e privados para cuidados curativos num esquema único, obrigatório e universal, regulamentado pelo direito privado. As diferenças entre os fundos de doença e as seguradoras privadas dissolvem-se, passando todos a ser chamados seguradoras e a concorrer no mercado (Bartholomé *et al.*, 2006, e University of Technology, 2006).

A introdução deste esquema único tinha já sido sugerida pelo relatório Dekker, em 1987, que defendia também a introdução de concorrência regulada no mercado dos seguros, como forma de promover a contenção dos custos com a Saúde. Na altura, as recomendações do relatório, encomendado pelo governo, não foram adoptadas, mas foram-no sendo gradualmente ao longo dos anos noventa.

Todos os residentes são agora obrigados a pagar um prémio nominal - independente do rendimento, da idade ou do estado de saúde - definido por cada seguradora e por ela recebido directamente, para acederem a um pacote básico de cobertura, cujos benefícios são idênticos aos do antigo ZFW. Os indivíduos são livres de escolher a seguradora que entenderem, podendo mudar uma vez por ano.

As seguradoras são obrigadas a aceitar qualquer indivíduo que deseje aderir, e a soma dos prémios de todos os seus segurados deve ser equivalente a 50% dos seus custos com o pacote básico. Os jovens até aos 18 anos são financiados pelo governo, estando isentos do pagamento do prémio (University of Technology, 2006).

Os empregadores são responsáveis pelo pagamento dos restantes 50% dos custos das seguradoras pagando, para cada trabalhador, uma contribuição correspondente a 6,5% do rendimento, até um máximo de 1950€. Estas contribuições são encaminhadas para um novo Fundo de Seguro de Saúde que, após um ajustamento pelo nível de risco, as distribui pelas seguradoras. Reformados, pessoas com deficiência e desempregados pagam, para este Fundo, 6,5% dos seus rendimentos ou pensões, e trabalhadores por conta própria pagam 4,4%. A contribuição do governo para menores de 18 anos, referida acima, é também canalizada para aqui (Bartholomé *et al.*, 2006).

Grupos populacionais com baixos rendimentos recebem um subsídio do Estado, dependente do rendimento, para poderem adquirir um plano de saúde, sendo assim compensados pelo pagamento do prémio nominal obrigatório.

Segurados com mais de 18 anos (com excepção dos doentes crónicos) que sejam responsáveis por uma despesa para a seguradora inferior a 255€ por ano serão reembolsados, no máximo, por esse valor (Bartholomé *et al.*, 2006).

Para além do pacote básico, as seguradoras podem oferecer seguros adicionais, para os quais definem livremente os benefícios, os prémios e as condições de adesão. Caso deseje fazê-lo, o indivíduo pode adquirir um



seguro adicional de qualquer seguradora, e não necessariamente daquela com quem tem o contrato básico.

Com estas reformas, o governo holandês espera criar um mercado mais eficiente e com uma maior liberdade por parte dos consumidores. Prevaecem neste modelo os princípios da equidade e da redistribuição, quer entre diferentes níveis de risco – obrigando as seguradoras a aceitar todos os potenciais clientes, e a cobrar um prémio independente do risco pela cobertura do pacote básico -, quer entre diferentes níveis de rendimento – mantendo contribuições dependentes do rendimento, e atribuindo subsídios a grupos mais desfavorecidos. Por outro lado, espera-se que a concorrência leve as seguradoras a negociar cuidadosamente os seus contratos com os prestadores, levando em linha de conta, não só o preço e o volume, mas também a qualidade dos serviços, que irá naturalmente atrair mais clientes. Para que seja possível uma escolha informada por parte dos potenciais clientes, serão regularmente publicadas comparações entre prestadores.

Os prémios nominais aumentaram significativamente em relação ao modelo antigo, tendo passado de cerca de 320€ em 2005, para 1050€ em 2006, em parte como estratégia para reduzir o risco moral, tornando os indivíduos mais sensíveis ao real custo dos seus cuidados de saúde (Bartholomée *et al.*, 2006).

Note-se que, uma vez que a desnatação não é possível no pacote básico, é natural que as seguradoras façam uma selecção de risco nos seguros adicionais voluntários. Poderão, por exemplo, oferecer condições menos vantajosas nos pacotes adicionais a potenciais clientes de mais alto risco, esperando assim desincentivá-los a adquirir o pacote básico.

### **1.2.5. O Reino Unido**

O sistema de saúde do Reino Unido assenta num serviço nacional de saúde, criado em 1948, e baseado no princípio da responsabilidade da sociedade por assegurar um serviço gratuito no ponto de acesso e acessível a todos os residentes.

Até às reformas de Margaret Thatcher, a partir do final dos anos oitenta, o modelo de financiamento e organização do SNS mantinha-se praticamente inalterado desde a sua criação. Nessa altura, produziu-se uma das maiores reformas de sempre no mecanismo de transferências financeiras no âmbito do SNS, através da introdução do conceito de mercado interno no SNS. Não se registou, todavia, alteração no modelo de captação de fundos.

O mercado interno no SNS veio separar a responsabilidade de comprar serviços – atribuída, na altura, às várias *Health Authorities* e, de forma crescente, aos *GP Fundholders* - da responsabilidade de os prestar – atribuída essencialmente aos hospitais (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999). Esperava-se, assim, que estes concorressem

entre si pelos contratos com os compradores, fomentando a eficiência, a qualidade e a contenção de custos.

Os *GP Fundholders* eram grupos de centros de saúde responsáveis pela aquisição de serviços para os seus doentes. A experiência mais ambiciosa deste conceito foi um esquema piloto em que alguns *GP Fundholders* foram responsabilizados pela gestão de orçamentos com os quais podiam adquirir, inclusivamente, cuidados hospitalares, tornando-se assim responsáveis pela gestão integral da saúde e acesso a cuidados dos utentes a seu cargo.

Com a vitória do partido trabalhista, em 1997, as prioridades alteraram-se, passando-se de processos baseados no mercado para um maior ênfase no planeamento, colaboração e parcerias. Entre outras reformas, foram abolidos os *GP Fundholders*, com base em argumentos de equidade e nos elevados custos de transacção envolvidos. Estes foram substituídos, em 1999, por *Primary Care Groups* (PCG), compostos por grupos de centros de saúde da mesma área geográfica e cobrindo entre 50.000 e 250.000 beneficiários (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999).

O SNS é financiado em cerca de 79% pelos impostos gerais, e em 16% pelas contribuições para o *National Insurance* (equivalente à Segurança Social). As contribuições foram fixadas, em 1989, em 0,95% das remunerações para os trabalhadores - sujeitas a um tecto máximo – e em 0,8% das remunerações - sem tecto máximo - para os empregadores. Os trabalhadores independentes pagam 1,75% do seu rendimento.

Note-se que, ainda que formalmente separado, na prática este seguro nacional funciona como mais um imposto sobre o rendimento, sendo a cobertura pelo SNS independente do pagamento das suas contribuições.

O SNS obtém ainda cerca de 2% das suas receitas através de co-pagamentos dos doentes<sup>3</sup>. Para além disso, existem pagamentos directos pelos medicamentos não sujeitos a receita médica (Office of Fair Trading, 2003).

Para além do SNS, os indivíduos são livres de adquirir um seguro privado adicional, de entre a grande variedade de seguradoras e planos alternativos disponíveis. Cerca de 11% da população tem algum tipo de seguro privado suplementar, sendo que os seguros baseados no emprego são o sector que maior crescimento tem apresentado. Em 2002, cerca de 16,5% das despesas totais com saúde eram privadas.

Todos os residentes no Reino Unido têm, à partida, acesso aos serviços assegurados pelo SNS. Estes serviços nunca foram formalmente explicitados, existindo um elevado grau de liberdade nas decisões sobre

---

<sup>3</sup> Este valor inclui as taxas de prescrição dos medicamentos pagas pelos utentes, se bem que, em 2003, 85% dos itens vendidos estavam isentos dessa taxa, devido a características do indivíduo (nível de rendimento, idade, doentes crónicos ou, no caso das mulheres, por gravidez ou por terem tido um filho recentemente).

que serviços oferecer. Assim sendo, assume-se simplesmente que estes devem ser tais que, segundo o *National Health Service Act*, de 1977 - que define o estatuto do SNS – “respondam a todos os requisitos razoáveis”.

O SNS tem sido sistematicamente sub-financiado, o que tem levantado grandes entraves ao seu desenvolvimento e sustentabilidade. Para compensar este problema, o primeiro-ministro Tony Blair comprometeu-se, em 2000, a atingir os níveis europeus de gasto, fazendo com que a despesa com cuidados de saúde atinja os 9% do PIB em 2008. Para tal, estava previsto um aumento orçamental de 93,5 mil milhões de euros em 2003/2004 para 151 mil milhões de euros em 2007/2008. Tem vindo a ser questionado se a injeção recente de fundos não se traduziu unicamente num aumento de remunerações de profissionais e não em investimento, não sendo ainda visíveis resultados em termos de saúde das populações (Maynard e Street, 2006).

Ao longo das últimas décadas, têm sido introduzidas alterações pelos vários governos (nomeadamente aumentos dos co-pagamentos para produtos farmacêuticos, cuidados de oftalmologia e medicina dentária, e incentivos fiscais para a adesão a seguros privados), mas não estão actualmente previstas reformas estruturais no modelo de financiamento.

Se, por um lado, defende o serviço público de saúde, por outro o governo trabalhista tem dado grande destaque ao sector privado do lado da oferta, quer enquanto prestador de cuidados de saúde a doentes do SNS, quer enquanto financiador de novas instalações hospitalares, através das *Private Finance Initiatives* (responsáveis pela construção e manutenção de instalações e equipamentos, gestão dos hospitais e prestação de serviços não clínicos, como sejam o *catering* e os serviços de limpeza). Prevê-se que as parcerias público-privadas ganhem peso, nomeadamente através da celebração, por parte do SNS, de contratos com hospitais privados. A tendência é, pois, para o Estado assumir cada vez mais um papel de regulação, afastando-se progressivamente da prestação directa de cuidados de saúde.

Tem havido uma crescente preocupação com a inclusão de princípios de racionalização e avaliação económica na adopção de novas tecnologias (nomeadamente tratamentos, equipamentos e medicamentos) no SNS, estando o *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) responsável pela análise da sua efectividade clínica e custo-efectividade, de forma a decidir quais devem ser tornados disponíveis para os doentes do SNS.

De forma a promover a equidade e idênticos níveis de acesso e qualidade em todo o país, foi também criada uma entidade independente, a *Commission for Health Improvement* (depois transformada na *Healthcare Commission*), cuja finalidade principal é a avaliação do desempenho individual das várias instituições do SNS.

Outra área que tem vindo a ser promovida é a liberdade de escolha dos doentes. Assim, a partir de Dezembro de 2005, os doentes referenciados

para cirurgia programada podem escolher entre uma lista de quatro ou cinco prestadores. A partir de 2008, a escolha vai passar a ser ilimitada, desde que os prestadores cumpram os standards definidos pelo SNS, e aceitem os preços por este oferecidos (Lang *et al.*, 2004)..

Torna-se assim claro que o mercado e a concorrência, juntamente com uma crescente liberdade de escolha, são os pilares em que o governo assenta actualmente as suas medidas para promover melhorias da qualidade e do desempenho dos serviços públicos de saúde.

Em 2004, uma grande reforma teve lugar no pagamento dos cuidados primários, passando a maioria dos médicos de família (*General Practitioners* – GP) a estar sujeitos a um novo contrato nacional (Smith e York, 2004).

Note-se, antes de mais, que os GP são responsáveis, desde a fundação do SNS, pelo papel de *gatekeeper*, sendo portanto peças fundamentais no racionamento no interior do sistema e na articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares. São trabalhadores independentes, organizados livremente em centros de saúde e estabelecendo contratos de prestação de serviços com o SNS.

Vale a pena salientar que a reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, a decorrer neste momento, veio beber muito a este modelo, uma vez que o esquema de remunerações dos profissionais de saúde nas novas Unidades de Saúde Familiar será muito próximo do dos GP.

Também ao nível dos cuidados hospitalares tem havido algumas reformas de relevo. No seguimento da introdução do mercado interno no SNS foram estabelecidos, no início dos anos 90, os *NHS Trusts*. Estas entidades, compostas por um ou mais hospitais e, por vezes, por outras instituições de saúde, tinham níveis de autonomia de gestão consideráveis mas dependiam, ainda assim, em larga medida do Ministério da Saúde.

Em 2004, num esforço de lhes dar maior liberdade e independência, nomeadamente na utilização dos seus recursos financeiros, alguns *NHS Trusts* (aqueles que foram, à data, considerados melhores) foram transformados em *Foundation Trusts*, passando a ser responsáveis apenas perante os seus doentes e as autoridades locais. Estes organismos, ainda que continuem a ser de propriedade pública, são agora livres de definir os seus planos de investimento, retendo ainda as receitas da eventual venda de terrenos.

Ainda que o modelo de obtenção de fundos para a saúde não tenha sofrido grandes alterações, a sua afectação no interior do SNS tem mudado significativamente. Assim, actualmente a maior parcela do orçamento do SNS é atribuída directamente aos maiores compradores de cuidados, os *Primary Care Trusts*, que adquirem cuidados para as populações a seu cargo, pagando por eles aos prestadores - essencialmente hospitais (*NHS*

*Trusts e Foundation Trusts*) e GP, mas incluindo também prestadores privados.

Assim, os fundos públicos são canalizados para prestadores públicos e privados; pelo contrário, os fundos privados para a saúde (sejam eles pagamentos directos das famílias ou pagamentos de seguradoras) destinam-se exclusivamente a prestadores privados, uma vez que os prestadores públicos não podem legalmente recebê-los.

#### **1.2.6. O Estado de Massachusetts (EUA)**

Num país onde a saúde não é vista como um bem social e que não oferece, por isso, um sistema de saúde com cobertura universal, vários estados norte-americanos têm vindo a fazer esforços no sentido de oferecer resposta a cidadãos não cobertos por qualquer tipo de seguro de saúde. No entanto, os não segurados continuam, ainda hoje, a representar percentagens significativas da população dos vários estados, o que causa fortes pressões nos programas públicos de saúde (essencialmente o *Medicare* e o *Medicaid*), destinados conceptualmente a franjas relativamente reduzidas da população.

Em 1974, o Hawai aprovou uma lei que pretendia garantir o acesso universal a cuidados de saúde, exigindo que os empregadores oferecessem um seguro a empregados que trabalhassem mais de 20 horas por semana; ainda assim, 10% da população continua sem seguro. Esforços no mesmo sentido foram feitos em Massachusetts em 1988, e no Minnesota e em Vermont em 1992, mas em meados dos anos noventa a ideia foi abandonada, por ter sido recusado o princípio da cobertura universal. Em 2003, o Maine criou uma lei que alargava a cobertura de seguro, combinando pagamentos dos empregadores com programas governamentais, com resultados limitados. Também em 2003, a Califórnia criou uma lei que exigia as contribuições dos empregadores, mas a decisão foi cancelada por referendo no ano seguinte.

No dia 12 de Abril de 2006, o Governador do Estado de Massachusetts assinou uma proposta de legislação, que permitirá garantir uma cobertura quase universal de cuidados de saúde para os 6,4 milhões de residentes no Estado. Esta decisão deveu-se, em parte, à ameaça do governo federal de retirar 385 milhões de dólares dos fundos do *Medicaid*, caso o Estado não demonstrasse progressos significativos na redução do número de não segurados. A proposta pretende, através da implementação de um conjunto de reformas ao longo dos próximos três anos, cobrir 515.000 dos 550.000 cidadãos não abrangidos actualmente por qualquer tipo de seguro, reduzindo assim para menos de 1% da população o número de não segurados (Institute for Global Health, 2006).

Indivíduos e empresas com menos de 50 trabalhadores poderão adquirir um seguro com benefícios fiscais, e serão dados incentivos às seguradoras para oferecerem planos básicos a baixo preço a pessoas entre os 19 e os

26 anos que não estejam já cobertas por um seguro através de um empregador. A inclusão destas pessoas, jovens e saudáveis, para além de as proteger em caso de doença, deverá levar a uma descida dos prémios médios, através da partilha de risco.

Serão ainda subsidiados outros planos privados de seguro para pessoas com rendimentos abaixo de 300% do limiar de pobreza federal, e as crianças dessas famílias serão elegíveis para cobertura gratuita do *Medicaid*, o que representa uma expansão do sistema actual. Os jovens poderão ainda permanecer cobertos pelo seguro dos pais durante os dois anos após a sua perda de dependência ou até aos 25 anos, consoante o que ocorra primeiro.

A maior reforma em curso é a obrigatoriedade, a partir de 1 de Julho de 2007, de cobertura por algum tipo de seguro de saúde para toda a população (National Health Law Team, 2006).

Indivíduos que optem, ainda assim, por não adquirir um seguro, serão penalizados, nomeadamente através da perda de isenção de pagamento de impostos no ano fiscal de 2007. Nos anos seguintes, a penalização poderá ir até aos 50% do prémio de um seguro de saúde. Por sua vez, empresas com mais de 11 trabalhadores que não lhes ofereçam um seguro terão que pagar 295 dólares por ano e por trabalhador a tempo inteiro, que serão direccionados para o pagamento de cuidados de saúde dos não segurados (Institute for Global Health, 2006).

Caso estas medidas venham a ter os resultados esperados, Massachusetts será o primeiro Estado norte-americano a exigir que toda a sua população esteja coberta por um seguro de saúde<sup>4</sup>.

### 1.3. Conclusão

Pela análise dos vários modelos de financiamento possíveis, e das medidas de reforma adoptadas nos diferentes países, torna-se claro que não existe uma fórmula milagrosa para a manutenção de um sistema de saúde financeiramente sustentável, geral, equitativo e de qualidade. Em larga medida, o que se observa actualmente decorre do percurso histórico de cada país. Ainda assim, é possível detectar tendências nas diversas alterações recentemente sofridas pelos vários seguros públicos.

---

<sup>4</sup> No dia 8 de Janeiro de 2007, o governador da Califórnia, Arnold Schwarzenegger, anunciou um plano que, a ser aprovado, viria também a garantir a cobertura universal de um seguro de saúde para a população estadual. De uma população de 36 milhões, cerca de 18% não têm qualquer tipo de seguro de saúde, o que representa a percentagem de não segurados mais elevada do país. Estima-se por isso que esta proposta possa vir a custar 12 mil milhões de dólares por ano, comparados com cerca de 1,3 mil milhões estimados para o estado de Massachusetts.

Por um lado, os países que não garantiam, até recentemente, a universalidade da cobertura, têm vindo a fazer esforços nesse sentido, tentando pelo menos garantir um pacote mínimo de serviços a toda a população.

Por outro lado, tem havido uma preocupação clara em aumentar a eficiência da prestação, racionalizando a utilização dos recursos disponíveis. Isto tem sido tentado de várias formas, seja através da introdução de princípios de avaliação económica na decisão de adoptar, ou não, novas tecnologias e medicamentos, seja na promoção de um percurso pré-definido na utilização de cuidados - de que é exemplo a introdução de princípios de *gatekeeping* -, seja através de alterações dos métodos de pagamento a prestadores (profissionais de saúde, hospitais e outras instituições), introduzindo remunerações baseadas na actividade e incentivos ao desempenho.

Tem-se ainda verificado um esforço de consolidação dos seguros sociais, agregando fundos de doença dispersos em entidades capazes de negociar com o Estado, por um lado, e os prestadores, por outro.

Já nos países com um SNS tem-se dado a progressiva separação dos papéis de financiador, regulador e prestador, assumindo o Estado, cada vez mais, os dois primeiros, e delegando a prestação noutras entidades, mediante mecanismos de contratualização. Não se observaram, porém, nos últimos anos, nestes países, alterações importantes no modelo de captação de fundos.

Ainda assim, os vários sistemas têm sido confrontados com uma constante insuficiência de fundos, pelo que têm sido criadas novas formas, complementares, de financiamento, mas sem colocar em causa, nos seus princípios gerais, o modelo inicial. A título de exemplo, a Alemanha decidiu recentemente que os impostos, tradicionalmente não utilizados para o financiamento de cuidados de saúde, passassem a pagar os serviços prestados a crianças, enquanto a França, numa tentativa de tornar as contribuições menos dependentes do emprego, criou uma contribuição adicional baseada num grupo mais alargado de rendimentos, e a Holanda impôs a todos os beneficiários uma contribuição nominal, independente do rendimento.

Finalmente, existe uma tendência clara de atribuição de uma maior liberdade de escolha ao indivíduo, tornando-o num participante activo no processo de decisão. Mas uma consequência desta tendência tem sido o crescimento do peso da responsabilização financeira dos utentes no momento do consumo de cuidados de saúde.

## 2. Os estudos e as propostas de organizações internacionais

### 2.1. A OCDE

A OCDE dedica pouco espaço à reflexão sobre o tema do financiamento dos cuidados de saúde.

A informação publicada por esta organização privilegia o estudo dos resultados na saúde das populações, a evolução dos factores de risco e a necessidade de conferir maior ênfase à prevenção para continuar a melhorar a saúde, a análise dos custos e a identificação dos factores que determinam o seu crescimento, a pressão sobre os orçamentos públicos e os problemas causados pela insuficiência de recursos (OCDE, 2005).

Estes estudos têm vindo a ser elaborados pelo Departamento de Economia e pela Direcção de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE. Anualmente é publicado o *OCDE Health Data*, que representa um instrumento indispensável para o conhecimento dos sistemas de saúde no espaço da OCDE.

O Departamento de Economia da OCDE publicou em 2006 um documento que identifica os factores que justificarão os gastos públicos em saúde e em cuidados continuados, até 2050. Dois cenários principais foram considerados: um sem intervenção política activa – o cenário de pressão dos custos – e outro que toma em consideração o resultado de políticas que pretendem evitar o crescimento das despesas públicas - o cenário de contenção dos custos, embora sem explicitação de quais as medidas que levam a essa contenção de custos.

No cenário de pressão de custos, as despesas em saúde e nos cuidados continuados, nos países da OCDE, quase duplicariam, de cerca de 7% em 2005 para cerca de 13% em 2050; no cenário de contenção de custos, as despesas situar-se-iam em, aproximadamente, 10% do PIB, em 2050.

Em relação a Portugal, as despesas públicas com estes dois tipos de encargos – saúde e cuidados continuados - cresceriam de 6,9% para 13,1, no cenário de pressão de custos, ou para 10,4, no cenário de contenção de custos.

Em publicação de 2003, da Direcção de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais, Elizabeth Docteur e Howard Oxley sustentam que as reformas da saúde são avaliadas de acordo com o seu impacto nos seguintes objectivos: assegurar o acesso aos cuidados de saúde necessários; melhoria da qualidade e dos resultados nos cuidados de saúde; assegurar um nível adequado de recursos para a saúde (eficiência macro-económica); assegurar que os serviços são prestados de uma forma eficiente e efectiva (eficiência micro-económica).



Afirmam estes autores que as reformas que promoveram a partilha de custos reduziram o crescimento dos gastos públicos, conduzindo-os para o âmbito privado, mas poderão ter comprometido o objectivo de igual acesso para iguais necessidades, ao transferir o pagamento de cuidados de saúde das pessoas saudáveis para as doentes e dos mais ricos para os mais pobres (OCDE, 2003).

Em outro relatório, de 2005, sobre a Finlândia, preparado por Jeremy Hurst e Peter Scherer, da Divisão de Saúde, a propósito da eficiência macro-económica na saúde, afirma-se que o seu objectivo é o de encontrar o equilíbrio entre benefícios e custos e a sua sustentabilidade fiscal ao longo do tempo. E acrescenta-se que, tomando em consideração o papel reduzido do sector privado no sistema de saúde finlandês, competirá, em especial, ao governo encontrar esse equilíbrio.

Os autores estimam que o envelhecimento da população na Finlândia se fará de uma forma mais rápida do que em outros países da OCDE, entre 2010 e 2020, e que, tomando em consideração apenas as razões demográficas, o crescimento dos gastos de saúde nos centros de saúde será, por ano, de cerca de 1,7%, sendo de 0,6% nos hospitais e de 2% nos cuidados continuados. Nesse sentido, as recomendações gerais vão no sentido de as autoridades manterem o controlo do crescimento dos gastos, nomeadamente tomando as seguintes medidas: cumprimento dos limites orçamentais, limitação do pacote de cuidados suportados pelo Estado, crescimento da partilha de custos e melhoria da eficiência do sistema de saúde.

Porém, a propósito da partilha de custos é dito que a investigação vai no sentido de demonstrar que ela desencoraja o consumo de cuidados desnecessários, mas que pode evitar também a utilização de serviços essenciais por parte da população mais pobre. E concluem: há melhores maneiras de gerir a procura, por exemplo desenvolvendo programas de prevenção, pois o actual nível de repartição de custos na Finlândia pode explicar já algumas iniquidades no acesso a serviços médicos (OCDE, 2005).

Sobre o sistema de saúde português, um relatório de 1998 apontava sérias ineficiências e iniquidades no seu funcionamento, estrangimentos orçamentais e ausência de avaliação e de autonomia na gestão. As recomendações iam no sentido da melhoria da estrutura de gestão, da coordenação e integração de unidades públicas, da mudança da retribuição dos médicos, da promoção da competição no sector privado prestador e nos medicamentos, no estabelecimento de uma clara linha de distinção entre as esferas pública e privada, utilizando o sistema privado como um esquema *topping-up* ou permitindo a possibilidade do *opting-out* em relação ao SNS (OCDE, 1998).

Um outro relatório sobre Portugal, de 2004, apontava algumas iniquidades no acesso aos serviços de saúde, sublinhando o carácter regressivo da distribuição dos pagamentos de cuidados de saúde, mas não deixava de

elogiar a reforma encetada em 2002 e de referir que medidas adicionais deveriam ser tomadas para melhorar a eficiência e reduzir a pressão dos custos. A este respeito, o relatório era claro ao sugerir medidas para limitar a procura excessiva de cuidados de saúde, por via do aumento dos co-pagamentos (com salvaguarda da equidade de acesso) e da racionalização dos sistemas de participações.

## **2.2. A Comissão Europeia**

A Comissão Europeia publicou o Relatório Especial n.º 1/2006, de Economia Europeia, sobre o impacto do envelhecimento da população nas despesas públicas, com projecções para os 25 Estados membros no que respeita a pensões, cuidados de saúde, cuidados continuados, educação e subsídios de desemprego.

As projecções da União Europeia para 2050 apontam para uma população um pouco menor e significativamente mais velha.

As projecções são realizadas com base na premissa de *no policy change* e utiliza um cenário que toma em consideração os efeitos combinados do envelhecimento, do estado de saúde das pessoas mais velhas e da elasticidade da procura por efeito dos rendimentos. Nestes termos os gastos públicos na saúde poderão crescer 1 a 2 pontos percentuais no PIB, na maior parte dos Estados membros, até 2050.

O Relatório conclui que o crescimento dos gastos em saúde no PIB, nas últimas décadas, não foi influenciado, de forma significativa, por desenvolvimentos demográficos; que existem grandes diferenças nos Estados membros em relação aos gastos *per capita*, que parece não ter correlação com os resultados em saúde; que, apesar da idade não constituir um factor causal, o envelhecimento da população pode pressionar no sentido do aumento das despesas públicas com saúde; que a idade constitui apenas um dos factores que determinam os gastos em saúde e que outros determinantes não demográficos têm igual significado nas despesas com saúde; que o envelhecimento da população tem um forte impacto no tipo de serviços que serão necessários no futuro; que acções preventivas para provocar a diminuição da obesidade, do consumo de tabaco e do abuso de drogas poderão ter um largo efeito no estado de saúde das populações.

## **2.3. O Banco Mundial**

O Banco Mundial publicou, em 1993, o “World Development Report” com o título “Investing in Health”, (Banco Mundial, 1993) que examina a relação entre a saúde das populações, a política de saúde e o desenvolvimento económico e que, ainda hoje, se pode considerar o seu documento mais relevante na área da saúde (Beyer *et al.*, 2000).

Nos países em desenvolvimento, o Banco Mundial assumiu um papel de importante financiador de projectos de saúde, que integravam, por sua vez, os programas de ajustamento estrutural (PAE). O papel relevante do Banco Mundial nos projectos de saúde, na década de noventa, resultou, em parte, segundo alguns autores, do impacto negativo que os próprios PAE provocaram nos resultados em saúde de estratos mais vulneráveis das populações (Baru e Jessani, 2000). Estes desenvolvimentos levaram o Banco Mundial a alterar a sua estratégia de defesa de privatizações para uma “intervenção selectiva do Estado”, como já era, aliás, defendido no relatório “Investing in Health”.

Outros documentos do Banco Mundial dão conta de situações de excesso nas intervenções do Estado ou do sector privado, em países da Europa Central e do Leste, no sector da saúde, concluindo pela necessidade de uma combinação de recursos mais equilibrada<sup>5</sup>.

Em 2006, o Banco Mundial publicou o relatório “Health Financing Revisited” que percorre as políticas, as tendências e os instrumentos para financiar a saúde, em especial nos países em desenvolvimento (Banco Mundial, 2006).

A este propósito, o documento é claro ao afirmar que a principal lição que os países mais desenvolvidos podem fornecer consiste na afirmação da cobertura universal como o principal objectivo que as reformas do financiamento devem apoiar.

## **2.4. A Organização Mundial da Saúde**

Um documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1996, traçou um modelo de reforma dos sistemas de saúde com uma estratégia global - a melhoria da saúde dos cidadãos - e com o abandono doutrinal do princípio de "mais mercado" nos sistemas de saúde europeus, presente, ou até dominante, ao longo da década anterior, no pensamento político das grandes organizações internacionais (OMS, 1996).

É referido neste texto que um grande desafio para os decisores políticos consiste no esforço para alcançar um financiamento equitativo dos serviços de saúde com recursos insuficientes, mas os autores não escondem a sua preferência por um sistema de financiamento baseado em impostos, por contribuir, segundo é dito, para a solidariedade social.

No seu relatório do ano 2000, a OMS utiliza cinco indicadores para avaliar os sistemas de saúde: o nível geral de saúde, a distribuição da saúde na

---

<sup>5</sup> Na década de noventa alertava-se para o “risco das más reformas”, em alguns destes países: “a República Checa serve de exemplo de um sistema de reembolso totalmente incontrolado. Criou em 1992 um sistema de seguro-doença ocupacional, com base em contribuições patronais e salariais e quando o seguro começou a remunerar médicos e hospitais em regime de pagamento ao acto, em 5 meses esgotou o orçamento do ano” (Campos, 1996).

população, o nível geral de resposta, a distribuição da resposta e a repartição da contribuição financeira (OMS, 2000).

Os cuidados de saúde seriam financiados de forma perfeitamente equitativa se a razão entre o total das despesas de saúde e o total das despesas não alimentares fosse idêntica para todos os agregados familiares, independentemente do seu rendimento, do seu estado de saúde ou da sua utilização do sistema de saúde.

Afirma-se, pois, que a melhor forma de garantir a equidade financeira consiste em privilegiar o pré-pagamento e um pré-pagamento progressivo, por oposição ao pagamento directo. E este deve ser reduzido não só em valor absoluto, mas também em relação à capacidade de pagar das famílias.

## **2.5. European Observatory on Health Care Systems**

O European Observatory on Health Care Systems publicou, em 2002, um documento sobre o financiamento da saúde e no derradeiro capítulo, Elias Mossialos e Anna Dixon passam em revista as diversas opções de financiamento na Europa, considerando sete objectivos na avaliação de cada um dos sistemas de financiamento, quatro deles relacionados com a equidade (o sistema de financiamento é progressivo? O sistema de financiamento é horizontalmente equitativo? O sistema de financiamento resulta em redistribuição? Como é que o sistema de financiamento afecta a cobertura e o acesso aos cuidados de saúde?) e três relacionados com a eficiência (como é que o sistema de financiamento afecta a contenção de gastos? Como é que o sistema de financiamento afecta o conjunto da economia? Como é que o sistema de financiamento afecta a eficiência económica e a eficiência técnica?) (Mossialos e Dixon, 2002).

Os autores constatarem o facto de que quase todos os sistemas de financiamento são, na prática, mistos, tornando difícil a avaliação do desempenho de um sistema de saúde baseado nas fontes de financiamento.

Depois, é discutida a dependência de percurso na fixação dos modelos de financiamento, ou seja, para além de se analisar os efeitos dos sistemas de financiamento, é necessário compreender o contexto no qual os sistemas de financiamento foram criados e se desenvolveram.

A análise histórica dos sistemas de saúde demonstra, como se viu, considerável continuidade ideológica em países como a Alemanha e a Grã-Bretanha, nos quais se iniciaram e desenvolveram dois modelos – o de Bismarck e o de Beveridge – posteriormente replicados, com adaptações diversas, em inúmeros países.

Os autores citam, a este respeito, o caso dos países da Europa central, do leste, e estados bálticos, que no pós-comunismo, rapidamente

restabeleceram sistemas de seguro social, semelhantes aos existentes, nesses países, até 1945.

O exemplo britânico também é citado, quando o Partido Conservador forma governo em 1979, defendendo programaticamente a responsabilidade individual e um papel mínimo para o Estado. Apesar da forte pressão ideológica no sentido de uma alteração radical favorável à criação de um sistema de financiamento baseado em seguros, uma enérgica oposição pública levou Margaret Thatcher a afirmar que “o SNS está seguro nas nossas mãos” e a concentrar a reforma, não no financiamento, mas sim na estrutura do SNS.

## **2.6. Conclusão**

Em suma, as organizações inter-governamentais e não governamentais que se ocupam da organização dos sistemas de saúde manifestam séria preocupação com o crescimento dos gastos em saúde, tentam identificar os factores que estão na origem dessa situação, os cenários que se colocam consoante as respostas que os governos conseguem encontrar e elaboram algumas recomendações.

O quadro 1 resume os textos mais relevantes publicados por essas entidades, incluindo as recomendações sobre a organização do sistema de saúde português.

**Quadro 1 – Resumo dos estudos de organizações internacionais sobre o financiamento da saúde**

	<b>Considerações gerais sobre financiamento da saúde</b>	<b>Considerações sobre o financiamento da saúde em Portugal</b>
<b>OCDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. a partilha de custos pode provocar riscos na equidade (2003);</li> <li>. deve ser limitado o pacote de cuidados suportados pelo Estado (Finlândia - 2005);</li> <li>. no cenário de pressão de custos, as despesas públicas em saúde e nos cuidados continuados quase duplicarão em 2050; no cenário de contenção de custos, as despesas situar-se-ão em cerca de 10% do PIB (2006).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. distinção entre as esferas pública e privada, utilizando o sistema privado como um esquema <i>topping-up</i> ou permitindo o <i>opting-out</i> em relação ao SNS (1998);</li> <li>. aumento dos co-pagamentos, com salvaguarda da equidade de acesso (2004);</li> <li>. no cenário de pressão de custos, as despesas públicas em saúde e nos cuidados continuados quase duplicarão em 2050; no cenário de contenção de custos, as despesas situar-se-ão em cerca de 10,4% do PIB (2006).</li> </ul>
<b>Comissão Europeia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. o efeito do envelhecimento da população provocará um aumento dos gastos públicos, entre 1 e 2% do PIB, até 2050.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. o efeito do envelhecimento da população provocará um aumento dos gastos públicos de apenas 0,5 do PIB, até 2050.</li> </ul>
<b>Banco Mundial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. após defesa de privatizações, o Banco defende uma “intervenção selectiva do Estado”;</li> <li>. afirmação da cobertura universal como o principal objectivo das reformas do financiamento.</li> </ul>	
<b>OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. preferência por um sistema de financiamento baseado em impostos, por contribuir para a solidariedade social (1996);</li> <li>. preferência pelo pré-pagamento e um pré-pagamento progressivo (2000).</li> </ul>	
<b>European Observatory on Health Care Systems</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. a análise histórica demonstra considerável continuidade ideológica ou dependência de percurso na fixação e evolução dos modelos de financiamento.</li> </ul>	

Fonte: elaboração própria

## **Parte II - A situação em Portugal**

Este capítulo analisa a situação em Portugal no respeitante à saúde dos cidadãos, ao modelo de sistema de saúde, aos gastos, ao financiamento da saúde e ao sistema fiscal português.

O ponto de partida assenta na constatação de que um modelo de financiamento deve contribuir para a promoção da saúde dos cidadãos, pelo que o percurso seguido nesta segunda parte passa por um conhecimento aprofundado dos níveis de saúde e pela antecipação da morbilidade e da mortalidade futuras.

### **3. A saúde dos cidadãos**

#### **3.1. Introdução**

A responsabilidade primeira de qualquer sistema de saúde é a de promover a saúde dos cidadãos. A evidência tende a demonstrar, porém, que o rendimento dos cidadãos, o desenvolvimento económico e social, a escolaridade, as características culturais, constituem factores cuja importância para os resultados ou ganhos em saúde, em especial nas sociedades mais desenvolvidas, rivaliza com o número de médicos, ou de camas de agudos, ou as despesas totais ou públicas com a saúde. Aliás, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma a necessidade de uma intervenção multisectorial recomendando que nas orientações e nos planos de saúde se tenham sempre em conta as contribuições de outros sectores relacionados com a saúde e se adoptem medidas concretas e viáveis em todos os níveis para coordenar os serviços de saúde com todas as restantes actividades que contribuem para a promoção da saúde.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde identificou os factores de risco nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos e hierarquizou os principais determinantes e a importância de cada um dos factores na probabilidade de ocorrência de doença ou de morte (OMS, 2002). Abordar os determinantes da saúde constitui, também, um dos objectivos do Programa Geral de Trabalho da OMS para o período compreendido entre 2006/2015, sublinhando que os modos de vida pouco saudáveis, que antes se viam principalmente como um problema dos países mais ricos, se exportaram para todo o mundo e se agravaram com o crescente processo de urbanização. A transição nutricional, assim como a comercialização em todo o mundo de alimentos ricos em açúcares, gorduras e sal, são os grandes responsáveis pela crescente epidemia de doenças crónicas não transmissíveis (OMS, 2006).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> O anexo 1 destaca os principais estudos publicados desde a década de oitenta do século XX sobre os factores determinantes da saúde das populações.

A OMS não deixa de sublinhar a necessidade de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde para permitir uma melhoria consistente do estado de saúde das populações, tendo sido este o tema do Relatório da OMS de 2000 (OMS, 2000) e de debate específico no âmbito do Comité Regional da Europa em 2005. Uma das conclusões mais relevantes é a de que uma boa governação e uma boa gestão na prestação de cuidados de saúde constituem condições particularmente importantes para o bom funcionamento de todo o sistema de saúde.

### **3.2. A morbilidade, a mortalidade e a auto-percepção do estado de saúde**

Em relação a Portugal, os níveis de saúde melhoraram consideravelmente nas últimas décadas, em particular na área materno-infantil, com particular destaque para a descida acentuada da taxa de mortalidade infantil. Também a esperança de vida à nascença cresceu acentuadamente, embora ainda presente, no começo do século XXI, valores inferiores à média dos quinze países da União Europeia<sup>7</sup>.

Verificou-se, também, ao longo dos últimos anos, em Portugal, uma diminuição da mortalidade em relação ao conjunto das principais causas de morte, com excepção dos casos do tumor maligno do pulmão e da diabetes mellitus.

O quadro 2 permite estabelecer a comparação da taxa de mortalidade padronizada, nos anos de 1995, 2000 e 2003 e conhecer a previsão elaborada pela Direcção-geral da Saúde para 2015, que acompanha a tendência dos períodos estudados anteriormente.

---

<sup>7</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre os níveis de saúde dos portugueses, ver o anexo 2.



**Quadro 2 – Taxa de mortalidade padronizada, no continente, homens e mulheres, em 1995, 2000 e 2003 e previsão para 2015, por 100.000 habitantes**

<b>Causas de morte</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2015</b>
Doenças do aparelho circulatório	332,8	272,1	244,0	238,6
Doença cérebro-vascular	179,6	139,8	113,2	110,4
Doença isquémica cardíaca	70,5	61,1	59,6	57,3
Tumores malignos	169,4	164,2	159,4	145,8
Tumor maligno do estômago	24,0	20,1	17,5	16,1
Tumor maligno do pulmão	21,8	22,5	23,2	24,3
Tumor maligno da mama feminina	25,2	22,4	21,1	18,2
Tumor maligno da próstata	28,6	30,0	25,0	22,6
Doenças do aparelho respiratório	61,5	66,8	55,2	52,6
Doenças do aparelho digestivo	38,9	31,4	32,3	35,2
Diabetes mellitus	23,1	21,1	27,3	28,5
Acidentes com veículos a motor	23,1	12,4	16,7	14,1
Sinais, sintomas e afecções mal definidas	94,9	96,3	66,6	45,5
Todas as causas	838,3	754,0	700,7	578,0

Fonte: DGS, 2006

Nos anos em estudo, as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos e as doenças cerebro-vasculares constituem, e provavelmente manter-se-ão no futuro, como as principais causas de morte da população portuguesa.

A mortalidade por sintomas mal definidos continua a ocupar uma posição excepcionalmente elevada nas causas de morte, sugerindo a fragilidade do sistema de recolha e tratamento da informação.

Em relação à morbilidade, o quadro 3 reflecte a evolução, entre 1995 e 2004, do número de doentes saídos dos hospitais públicos portugueses, que é crescente, com excepção das afecções perinatais e das lesões e envenenamentos. A demora média mostra uma tendência para a estabilização, com excepção do grupo das doenças incluídas em “transtornos mentais” que apresenta demoras médias com valores mais elevados.

**Quadro 3 – Total de doentes saídos dos hospitais e demora média observada, por grupos de doenças (capítulos da CID-9), no Continente, nos anos de 1995, 2000, 2003, 2004 e previsão para 2015**

Grupos de doenças (Capítulos da CID-9)	Doentes Saídos (número)				Demora Média (dias)			
	1995	2000	2004	2015	1995	2000	2004	2015
Doenças infecciosas e parasitárias	18207	22751	24171	27250	12,6	11,1	11,1	11,0
Tumores	68966	76605	98447	110000	12	10,7	9,2	9,1
Doenças das glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo	16539	18733	23932	25118	9,2	9,1	7,9	8,1
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	6641	6503	7896	8500	9	8,3	7,9	8,2
Transtornos mentais	9475	11990	14231	15321	17,1	16,5	19,5	20,0
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	32445	44822	69911	75846	6,5	4,4	2,8	2,8
Doenças do aparelho circulatório	94728	115080	131026	148075	9,9	8,4	7,9	8,0
Doenças do aparelho respiratório	57987	75272	89555	102645	8,4	8,3	8,1	7,5
Doenças do aparelho digestivo	82188	103132	116071	134287	7,8	6,5	5,9	5,5
Doenças do aparelho geniturinário	50323	53549	72412	81217	6,1	5,7	5,0	4,5
Complicações da gravidez, parto e puerpério	118992	127066	116739	112989	3,8	3,5	3,3	3,0
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	12495	15208	18255	22900	7,9	6,5	5,1	4,5
Doenças do sistema osteo-muscular e tecido conjuntivo	23483	31454	38624	42814	11,0	8,4	6,7	5,6
Malformações congénitas	9389	8834	9472	9490	7,6	6,1	4,5	4,5
Afecções perinatais	2864	2694	2490	2260	8,3	8,2	6,3	5,8
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	23103	12943	13534	9750	6,3	5,1	4,2	4,1
Lesões e envenenamentos	75922	73417	71371	69500	10	9,5	9,3	9,3
Outras categorias	148645	141105	132530	119200	4,2	4,1	4,1	4,1
Total	862392	941158	1050667	1117162	7,6	6,9	6,4	6,4

Fonte: DGS, 2006

Existe a convicção de que os doentes hospitalizados crescerão em todos os grupos de doenças, com excepção das complicações da gravidez, parto e puerpério, afecções perinatais e lesões e envenenamentos, ou seja “no futuro, acentuar-se-ão as doenças mais frequentemente associadas ao envelhecimento, nomeadamente, cárdio e cérebro-vasculares, diabetes,

doenças oncológicas, músculo-esqueléticas, neurológicas e do foro psiquiátrico” (George, 2006).

A auto-avaliação do estado de saúde da população do Continente tem melhorado de acordo com os inquéritos do INS: em 1995/1996, cerca de 70% da população considerava que o seu estado de saúde era inferior a bom; em 1998/1999 esse valor reduzia-se para 58%, e em 2005/2006 para 52,78% (sendo o valor de 50,73% se incluirmos as regiões autónomas dos Açores e da Madeira). Porém na comparação com o valor médio nos quinze países da União Europeia, em 2004, a situação portuguesa não é satisfatória: com estado de saúde muito bom, o valor para homens, em Portugal, é de 4,3% e 2,8% para mulheres, enquanto na UE15 o valor é respectivamente de 18,3% e 14,5%; com estado de saúde muito mau o valor para homens, em Portugal, é de 12,8% e de 18,6% para mulheres, enquanto na UE15 o valor é respectivamente de 7,2% e 10,2% (Santana, 2005).

### **3.3 Conclusão**

As necessidades de saúde da população vão, exigir do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas.

Em suma, é necessário que o sistema de saúde acompanhe esta silenciosa modificação e que também proceda a adaptações na oferta de cuidados, na revisão do perfil formativo dos seus profissionais e antecipe as consequências, deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde.

Alterações recentes na moldura da oferta de cuidados de saúde em Portugal indiciam, desde já, uma compreensão desta nova realidade. A reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede de cuidados integrados constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português.

## **4. O sistema de saúde**

### **4.1. Introdução**

Este capítulo pretende analisar as circunstâncias que levaram à criação do modelo actual de sistema de saúde português e a evolução de aspectos políticos, jurídicos, constitucionais e organizativos, com especial ênfase nas questões relacionadas com o financiamento da saúde, ao longo das últimas décadas.

### **4.2. A criação e o desenvolvimento do modelo de sistema de saúde**

Em Maio de 1974, o Programa do primeiro Governo Provisório anunciava o lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde, ao qual deveriam ter acesso todos os cidadãos. Assim o diz o Decreto-lei n.º 203/74, de 15 de Maio, que elege, como objectivos principais da acção do governo, lançar os fundamentos de uma nova política económica e adoptar uma nova política social.

Mas, a reforma do sistema de saúde, em 1971, marcara já as opções doutrinárias para as décadas seguintes. A ausência de rupturas significativas depois da Revolução de 1974 deve-se, em primeiro lugar, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde; em segundo lugar, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e que recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras, três anos depois, no 25 de Abril; em terceiro lugar, ao facto de muitos dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes depois de 1974.

Na verdade, alguns dos princípios centrais da reforma de 1971 - uma política unitária de saúde nacional; o reconhecimento do direito à saúde; a necessidade de progressiva instauração de um Sistema Nacional de Saúde; o reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e responsável pela sua execução; a integração de todas as actividades de saúde; o investimento nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença - constituíram uma forma inovadora e percursora do que mais tarde seria consagrado em termos políticos, legislativos e organizacionais.

Em 1976, o artigo 64º da Constituição destaca o direito à protecção da saúde através da "criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" e estabelece ao Estado a obrigação de "orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos".

Estava, então, consagrado constitucionalmente um modelo de sistema de saúde que iria influenciar todos os desenvolvimentos futuros das políticas de saúde.

A análise dos programas dos governos constitucionais, em Portugal, depois de 1976, fornece-nos a dimensão da prioridade concedida por cada governo ao financiamento da saúde, no momento em que é redigido o seu programa. Precisar este momento faz sentido na medida em que desenvolvimentos subsequentes, quer da conjuntura económica e financeira, quer do enquadramento político da actividade governamental, provocaram o enfraquecimento ou, pelo contrário, fortaleceram a necessidade de considerar este objectivo.<sup>8</sup>

O conteúdo dos programas de governo permite identificar cinco períodos distintos, a partir de 1976, considerando as prioridades das políticas de saúde e a forma de financiar o sistema de saúde.

Num período inicial, os dois primeiros governos constitucionais apresentavam como objectivo central a aplicação do artigo 64º da Constituição, ou seja a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 - Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro - representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64º da Constituição e defendia um conjunto coerente de princípios, do qual se destaca a gratuitidade.

O artigo 6º desta Lei dispunha que o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS não sofria restrições, "salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis" e o artigo 7º anunciava a gratuitidade, "sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações".

Colocava-se, então, o problema jurídico da discutível compatibilização da exigência constitucional de gratuitidade com a existência de comparticipações que já eram anteriormente pagas pelos utentes e depois lhes passaram a ser exigidas no quadro da habilitação concedida pelo artigo 7º da Lei do SNS; havia, portanto, na altura, um problema jurídico-constitucional derivado do facto de, não obstante a Constituição estabelecer a gratuitidade, a lei ordinária ressaltar a existência de pagamento de taxas moderadoras.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup>O anexo 3 apresenta, em relação a cada um dos programas dos governos constitucionais, um resumo do principal objectivo das políticas de saúde e da forma como se enquadra o tema do financiamento da saúde.

<sup>9</sup> Sobre os limites constitucionais à alteração do modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, ver no anexo 4 o parecer elaborado, para este Relatório, pelo Professor Doutor Jorge Reis Novais.

Este problema obteve uma primeira resposta da jurisprudência constitucional, ainda por parte da antiga Comissão Constitucional, no Parecer nº 35/82, recorrendo-se, então, à dogmática constitucional da relevância jurídica especial das normas de direitos sociais, segundo a qual estas são de realização progressiva, gradual, diferida no tempo, em função das disponibilidades financeiras e materiais do Estado. Assim, e de acordo com este entendimento, o pagamento de taxas moderadoras não contrariaria a regra constitucional, já que a gratuidade constitucionalmente imposta seria uma gratuidade essencialmente *programática* e *progressiva*.

Nos anos seguintes, o Tribunal Constitucional, entretanto criado com a revisão constitucional de 1982, ainda "escapou", no Acórdão nº 92/85, à análise da questão da eventual inconstitucionalidade material dos despachos que regulavam as taxas moderadoras, optando por considerar esses despachos organicamente inconstitucionais e dispensando-se, por isso, de apreciar a questão de fundo, mas alguns anos decorridos, no Acórdão nº 330/89, teve que decidir a questão principal.

O Tribunal Constitucional não se orientou, neste último aresto, pela linha de argumentação seguida no Parecer nº 35/82, ou seja, parte agora do princípio que a imposição constitucional de gratuidade possa ser de realização imediata e é a esta luz que abre uma nova linha de fundamentação. O Tribunal Constitucional vai agora verificar se esta gratuidade *constitucional*, mesmo se concebida como sendo de realização imediata, é ou não compatível com o pagamento de *taxas moderadoras*, concluindo pela compatibilidade, portanto, pela não inconstitucionalidade da existência de taxas moderadoras a pagar pelos utentes do SNS.

Num segundo período, os Governos da Aliança Democrática, após a vitória nas eleições legislativas de Dezembro de 1979, pretenderam desenvolver uma alternativa ao SNS, quer por razões ideológicas, quer por razões da sua sustentabilidade financeira, como era patente nos programas do VI, VII e VIII Governos Constitucionais.

A partir do início da década de oitenta, a eficiência começa a preocupar seriamente dirigentes e investigadores, que apontam a dimensão excessiva do montante das transferências para o sector privado, através das convenções com prestadores privados e das comparticipações do SNS nos custos dos medicamentos prescritos em ambulatório. Portugal era, já nessa altura, o país da OCDE com uma percentagem mais elevada de gastos com medicamentos em relação às despesas públicas com saúde e o sector privado realizava mais de metade do número de análises e dos exames de radiologia. O SNS era proprietário e prestador quase exclusivo dos cuidados de hospitalização e meramente pagador dos cuidados ambulatoriais que incorporavam tecnologia e essa tendência agravava-se entre 1974 e 1984 pois a importância das transferências para o sector privado no total dos gastos públicos acentuara-se de 29,8% para 33,8% (Campos, 1987).

Ainda na década de oitenta, em Portugal, inicia-se um debate sobre a reforma do sistema de saúde, com um forte sector de opinião defendendo um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS.

As reformas encetadas, então, em países da Europa eram fortemente influenciadas pela "ideologia de mercado", incentivando a competição entre prestadores como forma de ganhar eficiência, e também por políticas de prioridades, escolhas e limites nos cuidados públicos de saúde.

Mas as obrigações constitucionais impuseram limites aos projectos de extinção do SNS através da lei ordinária, em especial por força do Acórdão n.º 39/84, de 11 de Abril, do Tribunal Constitucional que declarou inconstitucional o artigo 17º do Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho, que revogara a maior parte da Lei n.º 56/79, traduzindo-se na extinção do Serviço Nacional de Saúde.

Num terceiro período, coincidente com os governos de Cavaco Silva, a Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993 (Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) abriram a possibilidade da privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde.

Mas a privatização de sectores do financiamento de cuidados partia de um entendimento do SNS como um dos prestadores de cuidados, o que alterava significativamente o modelo de SNS, separando a prestação do financiamento e abrindo neste a opção por empresas seguradoras. Este entendimento obrigava a opções claras, ou mesmo rupturas, que o Governo não quis prosseguir e o seguro alternativo de saúde, ao contrário das expectativas do Ministério da Saúde, não recolheu, também, o interesse das empresas seguradoras.

Com a segunda revisão constitucional, em 1989, o primeiro princípio do artigo 64º passa a ter uma outra redacção: "serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito" e, no segundo, abandona-se a redacção radical da socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos, para se limitar à socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

Cotejando a Lei de Bases com o novo texto constitucional saído da revisão de 1989, sobre a questão da gratuitidade do SNS, considerou o Tribunal Constitucional no Acórdão nº 731/95, que houve o propósito de flexibilizar a anterior fórmula constitucional de gratuitidade. Ora, se antes da revisão de 1989 o Tribunal Constitucional já considerava as taxas moderadoras compatíveis com a exigência de gratuitidade, agora, após a revisão, a maior flexibilidade da norma constitucional determinaria o alargamento da

margem de conformação anteriormente reconhecida ao legislador ordinário<sup>10</sup>.

Num quarto período, referente aos governos do Partido Socialista liderados por António Guterres, o programa do XIII Governo Constitucional, embora afirmasse a necessidade de uma reforma profunda do SNS, limitava as medidas a adoptar durante a legislatura à previsibilidade das receitas públicas a atribuir ao sector, à manutenção do equilíbrio orçamental e à responsabilização financeira dos prestadores públicos.

O modelo defendido por este governo do PS era, porém, marcadamente ideológico ao travar o afastamento do Estado na área da saúde, que se desenhava anteriormente, afirmando-se como prioritário o investimento no potencial do SNS.

Desta época regista-se a criação normativa (Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio) dos centros de saúde de 3ª geração, um novo estatuto hospitalar iniciado em 1998 no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira (Decreto-lei n.º 151/98, de 5 de Junho), a criação de centros de responsabilidade integrados nos hospitais (Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro), os sistemas locais de saúde (Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio), as agências de contratualização (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto) e a criação da estrutura de missão “Parcerias Saúde.

Finalmente, os governos de coligação PSD-CDS/PP, entre 2002 e início de 2005, acentuavam programaticamente o carácter misto do sistema de saúde.

Desde 2001 até ao presente registaram-se alterações profundas no sistema de saúde português, que, apesar da transição de governos, deram continuidade ao modelo social, desenhado na Constituição de 1976,<sup>11</sup> e consolidaram as reformas, embora, por vezes, com diferenças significativas, como é o caso dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados. Mas, de uma forma geral, na busca da contenção da despesa pública e, em concreto, no processo de empresarialização dos hospitais, na política do medicamento e nas

---

<sup>10</sup> Diz o Professor Jorge Reis Novais, no parecer já citado que “*tendencial gratuitidade* significa que a prestação de cuidados e serviços de saúde no âmbito do SNS *tende a ser* gratuita, mas não *tem de ser* gratuita, pelo menos, não tem de ser *sempre* gratuita. O ser gratuito será a *inclinação* natural do SNS, será o seu sentido geral, a *tendência*, mas não será uma exigência de carácter absoluto, no sentido de vedar, hoje, o pagamento de qualquer “preço” do custo de prestações obtidas no âmbito do SNS. Se já não o era (pelo menos no entendimento do Tribunal Constitucional) quando a Constituição impunha a gratuitidade, muito menos o será, por maioria de razão, agora. A letra da Constituição, o contexto da revisão constitucional de 1989, o sentido da jurisprudência constitucional, a comparação com as opções da Constituição no domínio do ensino, por si só, indiciam indiscutivelmente esta conclusão”.

<sup>11</sup> O primeiro-ministro Santana Lopes, ao afirmar, em Setembro de 2004, que “o objectivo do Governo não é diferenciar as taxas moderadoras mas sim estabelecer o pagamento diferenciado dos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde”, estaria a considerar alterações no modelo para o financiamento da Saúde.



parcerias público-privadas na construção de novos hospitais, ficou patente uma política de continuidade entre governos.

### 4.3 Conclusão

Em suma, o SNS nunca esteve em sério risco de desaparecer, embora tenha sido a Constituição da República a impor, no início da década de oitenta, limites aos projectos de mudança substantiva do SNS através da lei ordinária. Houve alterações de princípios importantes mas não constitucionais e, progressivamente, instalou-se uma dependência do percurso, traduzida nos consensos construídos nos *fora* de economistas da saúde, gestores e políticos de saúde, no sentido da manutenção do SNS como mecanismo de protecção social na saúde, carecido, porém, de reformas que o tornassem mais eficiente, mais equitativo e mais controlado nos gastos. Este consenso conseguiu-se, também, pela conjugação de interesses, desde logo, das profissões, que, na sua relação com decisores políticos e técnicos, contribuíram para a manutenção de uma matriz legislativa que os beneficiava e para a dificuldade do sistema se orientar para soluções mais eficientes, mas no interesse também dos fornecedores de bens e de serviços.

Este processo de progressiva aproximação ideológica, que tem caracterizado o sistema de saúde português, tem semelhante demonstração a nível internacional, com a doutrina expendida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Banco Mundial na busca da estabilização do pêndulo entre dois extremos – a exaltação dos benefícios da intervenção do Estado e do mercado (Simões, 2004).

## 5. Os estudos técnicos sobre financiamento

A década de noventa do século XX foi rica em análises publicadas sobre modelos para o financiamento do sistema de saúde português.

Em Março de 1992, o Ministério da Saúde publicou um documento, da autoria de um grupo de trabalho coordenado por Paulo Mendo e constituído por José Carlos Lopes Martins, João Santos Lucas e João Urbano, intitulado “Proposta de Financiamento”.

O texto começa por afirmar o princípio da universalidade, mas também da supletividade do Estado na saúde: “o Estado é o garante de que ninguém deixará de ser tratado por razões de ordem económica ou social e, por isso, assume-se desde já como pagador de todas as despesas de saúde feitas pelo estrato da população portuguesa de menores rendimentos”, mas um Estado supletivo “deixando que a iniciativa privada e as forças sociais tenham o principal papel na produção e distribuição dos bens e serviços”.

Depois, sublinha-se a responsabilização financeira dos utilizadores, pois “... todo o cidadão deve contribuir para o pagamento das suas despesas de saúde de acordo com a sua capacidade económica”.

Defende-se, ainda, a liberdade de escolha e o *opting-out*, devendo ser criado um “cartão de beneficiário do Sistema de Saúde Português, onde conste a comparticipação do Estado e a companhia seguradora que eventualmente segure o beneficiário”, devendo ser “estimulado o mercado segurador, nomeadamente com vantagens fiscais, de modo a que seja oferecida ao cidadão a possibilidade de fazer seguros de doença e seguros complementares que cubram as despesas não comparticipadas pelo Estado” mas, “para evitar a exclusão de idosos e doentes desses seguros, o Estado discutirá com as empresas a protecção aos grupos de “risco acrescido”.

A proposta afirma que os beneficiários dos subsistemas, que constituem cerca de 20% da população, pagarão, segundo as tabelas e preços aprovados, todos os serviços que lhes sejam prestados pelo SNS.

“Os 80% restantes da população que são os beneficiários do “Sistema Nacional de Saúde” serão divididos em três grupos de acordo com os seus rendimentos, para fins de pagamento de serviços”. Assim, o grupo de menores rendimentos seria comparticipado a 100% em todas as suas despesas de saúde, excepto nos medicamentos; o grupo de maiores rendimentos deveria pagar 70% das despesas de saúde; o grupo de rendimentos intermédios pagaria 40% das despesas de saúde. Caberia, porém, ao Estado a cobertura dos riscos catastróficos que se situassem acima da habitual cobertura dos seguros doença.

Seria, ainda, garantido aos cidadãos que optassem por um seguro privado de saúde uma comparticipação no prémio igual à capitação que nesse ano o Orçamento de Estado atribuisse para a Saúde, descontando 20% correspondente ao chamado esforço de solidariedade incorporado no imposto.

Em Março de 1995, o Ministério da Saúde publica o Relatório “Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal”, da autoria de Diogo de Lucena, Miguel Gouveia e Pedro Pita Barros.

O ponto de partida deste documento consiste na afirmação de que “o sistema público de financiamento deve ser encarado como seguro básico público, universal e obrigatório”. Porém, existiria a “possibilidade de coberturas suplementares com contribuições voluntárias para o sistema público”, e pretendia-se promover a concorrência na gestão do financiamento público, através da criação de mais do que uma entidade financiadora com autonomia de gestão face ao Ministério da Saúde e com “capacidade de actuar no mercado segurador de forma explícita e de negociar os preços da prestação de serviços”.

Era afirmada, ainda, a possibilidade de “saída do sistema de seguro público mediante a apresentação de seguro privado alternativo que cubra as garantias incluídas no seguro público básico”, mas assumindo-se o sistema público de financiamento como “financiador de último recurso de doenças catastróficas e doenças crónicas”.

A Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES) organizou, em Outubro de 1996, uma reunião com quinze peritos sobre financiamento da saúde para dar resposta a uma solicitação do presidente do Conselho de Reflexão sobre a Saúde.

No resumo desse debate afirma-se que “é convicção da maioria dos participantes que o sistema de impostos deverá continuar a ser a principal fonte de financiamento” e que “os sistemas de saúde caracterizados por um só financiador e com orçamentos globais têm um melhor desempenho que os sistemas que apresentam múltiplos financiadores” (APES, 1997).

De uma forma geral, considerou-se que existia uma componente de co-pagamento que já era significativa, sendo entendido como uma forma pouco adequada para aumentar o financiamento da saúde; foi igualmente referido que carecia de fundamentação económica sólida a ideia de um imposto social consignado à saúde, tendo sido apontadas três razões: em primeiro lugar não existia evidência de que uma gestão separada de contribuições para a saúde tivesse menores custos do que o actual sistema; em segundo lugar, no caso de insuficiência de fundos, recorrer-se-ia a impostos gerais; em terceiro lugar, no caso de excesso de fundos, estes não seriam reafectados a outras despesas governamentais, acabando por ser eventualmente gastos em despesas não necessárias.

Foi reconhecido que o aspecto que gerou maior discussão foi o da possibilidade de admissão de *opting-out*, embora fosse consensual a afirmação de “que não deve existir um abandono do SNS”.

Em 1998, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, criado em Janeiro de 1996, presidido por Daniel Serrão e integrando Alexandre Abrantes, António Barros Veloso, Guilherme Oliveira, José Manuel Moreira, Manuel Delgado e Mariana Diniz de Sousa, publica o documento “Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma reforma estrutural”.

No capítulo sobre financiamento lê-se que “criar novas formas de co-pagamento dos cuidados [...] e aumentar as taxas moderadoras contribuiria para ampliar a iniquidade hoje já existente no SNS [...]. Os pagamentos directos são, no contexto nacional, “altamente regressivos” em contraste com outras formas de financiamento”.

Apoiando-se a manutenção de um seguro público obrigatório (que corresponde em traços gerais à noção de seguro social descrita anteriormente), propunha-se a criação de um Fundo Nacional de Saúde, único, de inscrição obrigatória para todos os cidadãos, sendo os prémios de seguro determinados em função dos rendimentos do agregado familiar. Este Fundo, instituto público gerido com autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial, funcionaria como a entidade financiadora do SNS e definiria para cada ano o conjunto de cuidados de saúde necessários - o pacote básico de cuidados. O Estado deveria disponibilizar um Fundo de Equilíbrio Financeiro para o Fundo Nacional da Saúde, até um limite a fixar.

Não defendendo o *opting-out*, admitia-se que os cidadãos teriam a liberdade de aderir a seguros e subsistemas de saúde complementares.

O quadro 4 resume as propostas descritas anteriormente, considerando cinco opções: aumento dos pagamentos directos no sistema público, promoção do *opting-out* do SNS, impostos como principal fonte de captação de fundos, limitação da cobertura pelo SNS e criação de um “seguro público obrigatório” (que corresponde à noção de seguro social descrita anteriormente). Outros aspectos relevantes, nomeadamente o papel dos subsistemas, as deduções fiscais e a concorrência entre entidades financiadoras, não tiveram expressão significativa na reflexão então realizada.

De realçar que estes estudos não apresentaram, de forma detalhada, a tradução quantificada das propostas, nomeadamente no que respeita às formas de financiamento actual e às alternativas que, então, se colocavam.

**Quadro 4 – Resumo das propostas apresentadas por grupos de trabalho e associações científicas, na década de noventa, sobre financiamento da saúde**

	<b>Aumento dos pagamentos directos no sistema público</b>	<b>Promoção do <i>opting-out</i> do SNS</b>	<b>Impostos como principal fonte de captação de fundos</b>	<b>Limitação da cobertura pelo SNS</b>	<b>Seguro social</b>
<b>Paulo Mendo e outros 1992</b>	Sim	Sim	Não (?)	Sim	Não
<b>Lucena, Gouveia e Barros 1995</b>	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<b>APES 1996</b>	Não	Não (?)	Sim	Não	Não
<b>CRES 1998</b>	Não	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: elaboração própria

## **6. Os gastos com a saúde: Portugal no contexto internacional**

### **6.1. Introdução**

As necessidades de saúde de uma população traduzem-se em procura de cuidados de saúde, o que a par de outros factores, implica crescentes volumes de despesa gastos no sector.

Diferentes países têm utilizado formas distintas de organização para assegurar que os fundos necessários para financiar essas despesas sejam obtidos. Descreve-se, agora, o processo de evolução recente das despesas com cuidados de saúde, em Portugal e no contexto internacional.

### **6.2. Os gastos públicos e os gastos dos particulares**

#### **6.2.1. A evolução dos gastos com a saúde no passado**

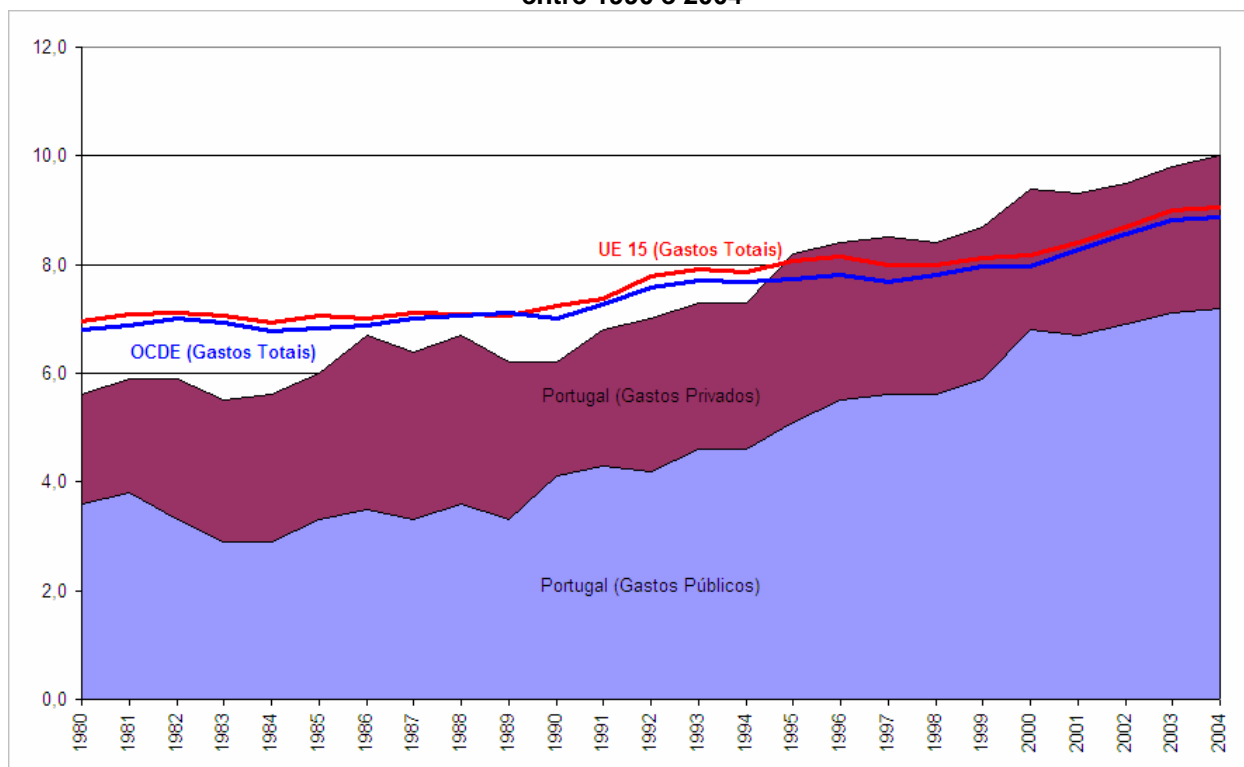
A figura 2 apresenta a evolução dos gastos com a saúde, em percentagem do PIB, desde o início da década de oitenta até 2004, para a média da União Europeia (15 países), para a média dos países da OCDE e em Portugal (neste caso, decompondo-os em gastos públicos e privados).

A tendência, nas últimas duas décadas e meia, nestes países, tem sido no sentido do crescimento do peso dos gastos com a saúde no PIB. Resulta claro que esta tendência de crescimento tem sido mais forte em Portugal do que na média dos países da UE15 ou da OCDE, sobretudo por pressão do crescimento da componente pública dos gastos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre a evolução dos gastos com a saúde no passado, ver o anexo 5.

**Figura 2 – Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004**



Fonte: OCDE Health Data, 2006<sup>13</sup>

O quadro 5 mostra que em 1980 a percentagem dos gastos com a saúde no PIB em Portugal era de 5,6% do PIB, ao passo que em 2004 era já de 10%, superior ao valor médio da UE15 (9%) e da OCDE (8,9%).

Constata-se que em Portugal neste período, duplicou o peso dos gastos públicos com saúde face ao PIB (3,6% em 1980, 7,2% em 2004). No que se refere à importância relativa da componente privada dos gastos com saúde, verifica-se que o crescimento desta fatia dos gastos totais não foi tão forte no caso português como na média dos países da UE15 e da OCDE, contrariamente ao que sucedeu com a componente pública dos gastos.

<sup>13</sup> A base de dados OCDE Health Data tem registado alterações na forma de cálculo das diferentes séries, devendo-se consultar as respectivas notas metodológicas para mais informação sobre as limitações inerentes à construção das séries.

**Quadro 5 - Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados, entre 1980 e 2004**

	Gastos Totais em Saúde						Gastos Públicos em Saúde						Gastos Privados em Saúde					
	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	8,7	9,0	8,5	10,3	10,4	10,9	6,8	7,0	6,5	8,3	8,2	8,5	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Áustria	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,6	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	6,8	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,8
Bélgica (a)	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5	7,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,9
Dinamarca (b)	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,9	7,9	7,3	6,9	6,7	6,8	7,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Espanha	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,1	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,7	1,1	1,0	1,4	2,1	2,0	2,4
Finlândia	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	7,5	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,7	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	1,8
França	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,3	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3
Grécia	6,6	0,0	7,4	9,6	9,9	10,0	3,7	0,0	4,0	5,0	5,2	5,3	2,9	0,0	3,4	4,6	4,7	4,7
Holanda	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,2	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,7	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,5
Irlanda	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1	6,8	5,7	4,4	4,8	4,6	5,7	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,5
Itália	0,0	0,0	7,7	7,1	7,9	8,4	0,0	0,0	6,1	5,1	5,8	6,4	0,0	1,6	1,6	2,0	2,1	2,0
Luxemburgo	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	8,0	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	7,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	0,8
Portugal	5,6	6,0	6,2	8,2	9,4	10,0	3,6	3,3	4,1	5,1	6,8	7,2	2,0	2,7	2,1	3,1	2,6	2,8
Reino Unido	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	7,1	0,6	0,8	1,0	1,1	1,4	1,2
Suécia	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,4
Austrália (a)	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,2	4,3	5,1	5,1	5,3	6,0	6,2	2,5	2,1	2,5	2,7	2,7	3,0
Canadá	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,9	1,7	2,0	2,3	2,6	2,7	3,0
Estados Unidos	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3	3,6	4,0	4,7	6,0	5,8	6,9	5,2	6,1	7,2	7,3	7,4	8,5
Japão (a)	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	4,6	4,7	4,6	5,7	6,1	6,5	1,9	2,0	1,3	1,2	1,4	1,5
UE 15 (c)	7,0	7,1	7,2	8,1	8,2	9,0	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,8	1,5	1,5	1,7	2,1	2,1	2,3
OCDE (c)	6,8	6,8	7,0	7,7	8,0	8,9	5,1	5,0	5,1	5,5	5,7	6,4	1,7	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5

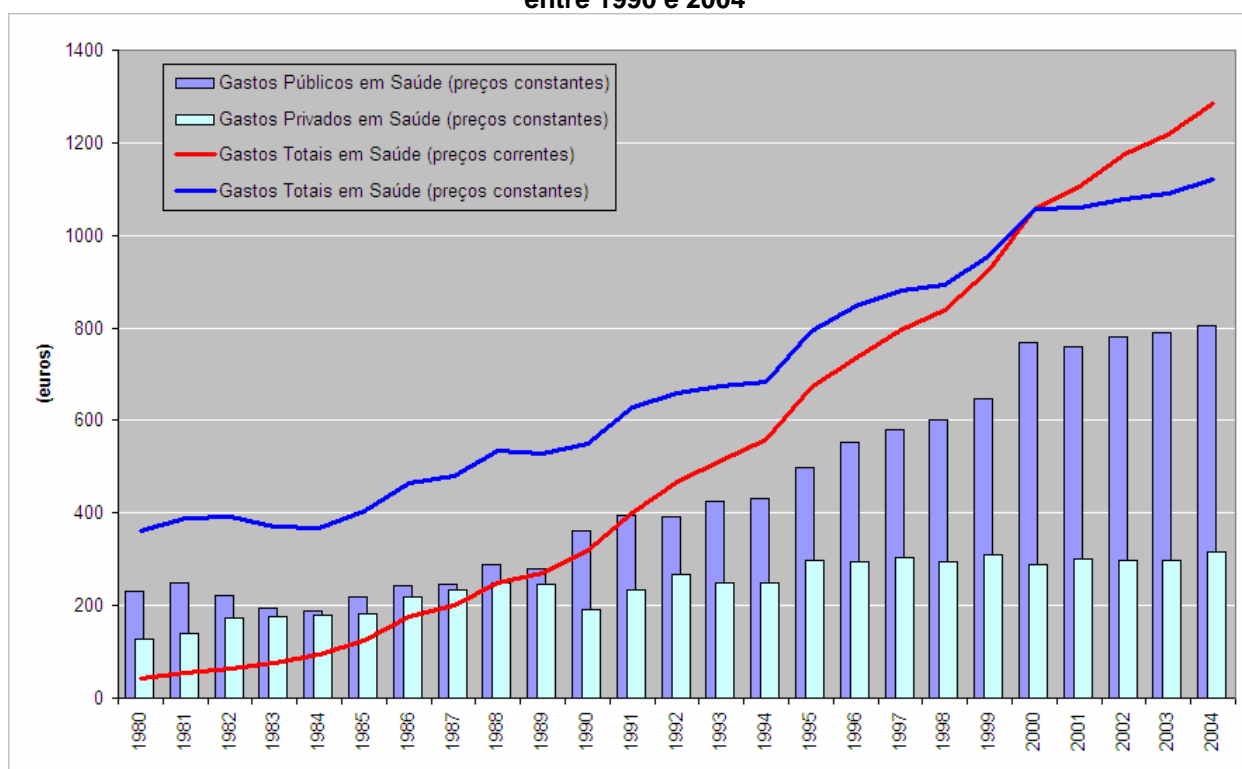
Fonte: OCDE Health Data, 2006

Notas: (a) Valores de 2003; (b) Despesa de Investimento não dividida entre Público e Privado; (c) Média não ponderada dos valores disponíveis

A figura 3, relativa à evolução dos gastos com saúde *per capita*, em Portugal, entre 1980 e 2004, a preços correntes e a preços constantes de 2000, permite verificar que, no período em análise, houve um forte crescimento dos gastos totais com saúde *per capita*, e que este crescimento foi sobretudo devido ao crescimento dos gastos públicos nas últimas duas décadas e meia. Os gastos privados em saúde *per capita* a preços constantes revelam um crescimento bastante menos marcado do que o dos gastos públicos.



**Figura 3 – Evolução dos gastos totais, públicos e privados com a saúde *per capita* em Portugal, entre 1990 e 2004**

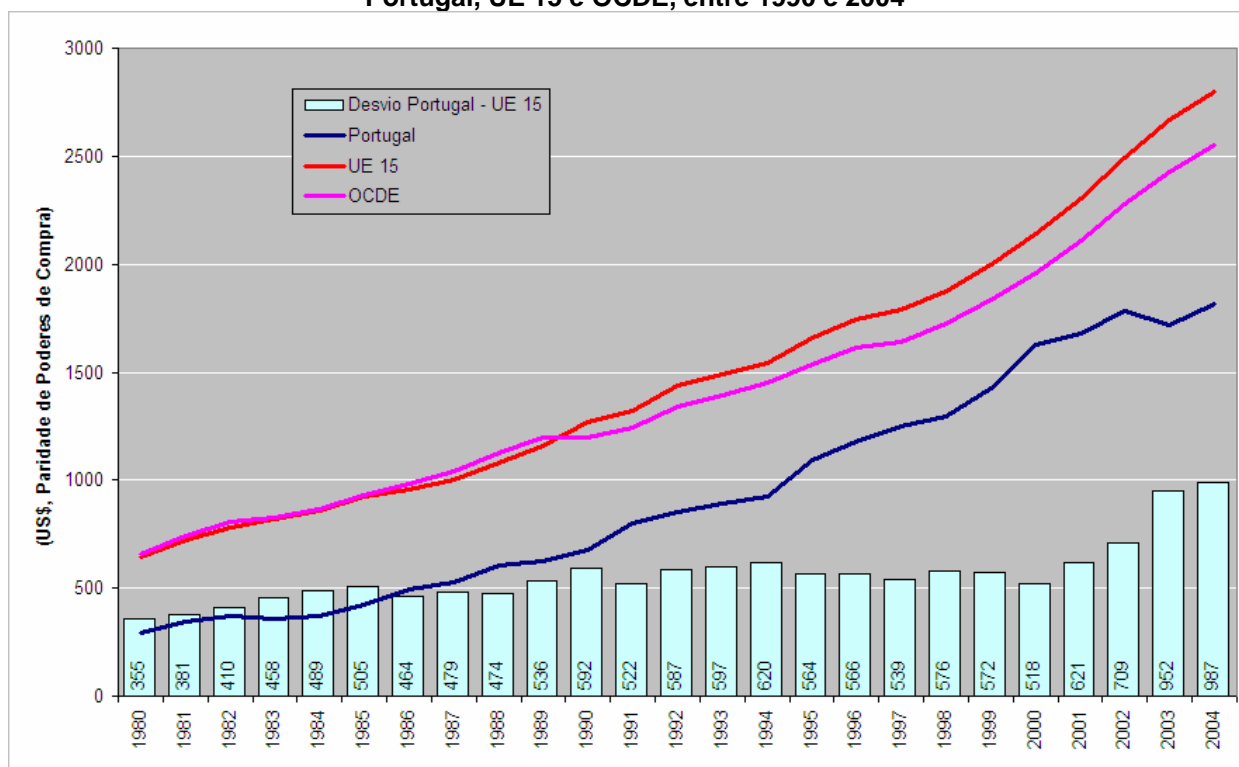


Fonte: OCDE Health Data, 2006

A evolução dos gastos com a saúde *per capita*, em paridades de poder de compra (PPP), em Portugal, na média da UE15 e na média da OCDE, é apresentada na figura 4.

Os dados sobre a evolução comparativa anteriormente analisados são, de certo modo, relativizados quando se consideram valores *per capita* em PPP, ou seja, o ritmo de crescimento dos gastos com saúde é semelhante em Portugal, na UE15 e na OCDE e verifica-se mesmo uma divergência maior dos valores no final do período do que no início, com Portugal a apresentar um desvio negativo tendencialmente crescente face à média da UE15 ao longo do período. Por outras palavras, considerando os dados em PPP, gastou-se menos com saúde, *per capita*, em Portugal do que na média da UE15, entre 1980 e 2004, o que pode evidenciar elevada pressão de preços no sector.

**Figura 4 – Evolução dos gastos com a saúde, *per capita*, em paridade de poderes de compra em Portugal, UE 15 e OCDE, entre 1990 e 2004**



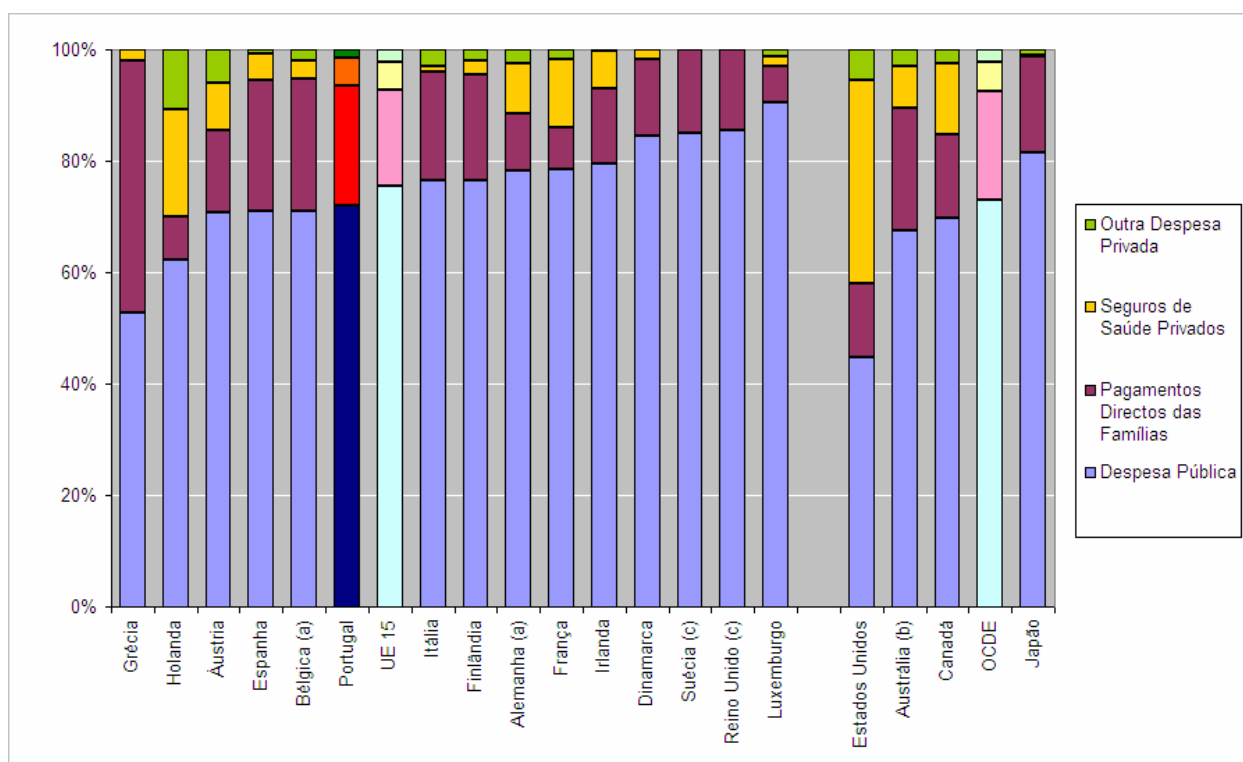
Fonte: OCDE Health Data, 2006

Analisando o contributo de cada possível fonte de financiamento dos gastos com saúde, a figura 5 permite conhecer a situação em 2004.

As fontes de financiamento consideradas são, por um lado, a despesa pública e, por outro, na componente privada, os pagamentos directos, os seguros privados de saúde e outra despesa privada.

De realçar que, em 2004, por comparação com a média da UE15 (75,6%) e da OCDE (73%), em Portugal o peso do financiamento público face ao total é apenas ligeiramente inferior (71,9%), mas já no que respeita à importância relativa dos pagamentos directos, estes representam mais 4,4 pontos percentuais (p.p.) do que na média da UE15 e mais 2 p.p. do que na média da OCDE. A importância dos seguros privados enquanto fonte de financiamento, em 2004, em Portugal, é muito semelhante à da média da UE15 e da OCDE.

**Figura 5 – Fontes de Financiamento dos gastos com a saúde em 2004**

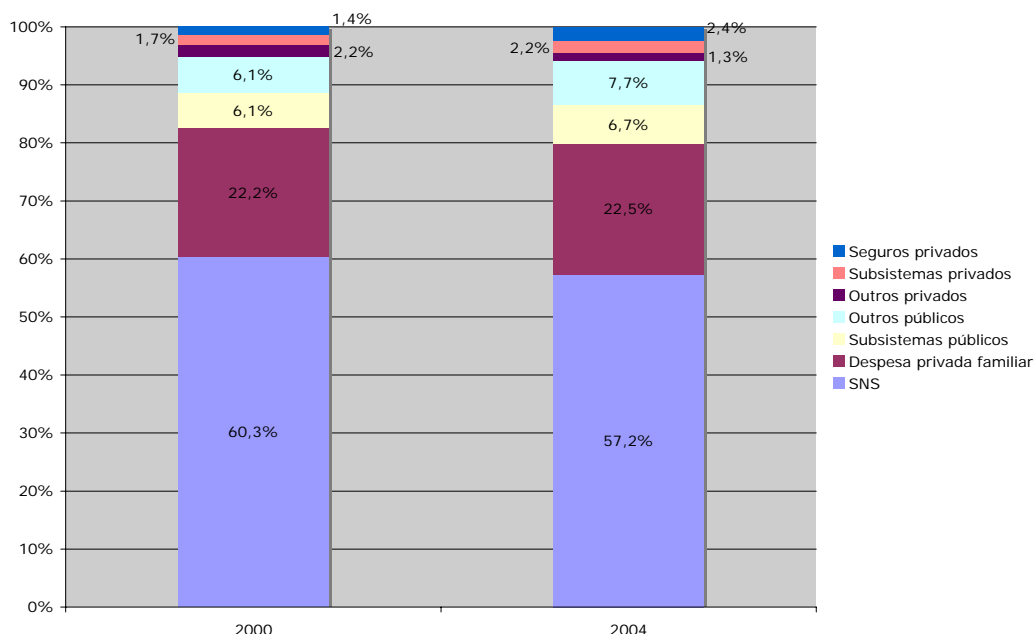


Fonte: OCDE Health Data, 2006

(a) Valores de 2003; (b) Valores de 2002; (c) Repartição da despesa privada não disponível

Quanto à evolução recente, em Portugal do peso de cada uma destas fontes de financiamento dos gastos com saúde, a figura 6 permite verificar que, no período entre 2000 e 2004, diminui a importância do SNS e da despesa privada familiar, e aumenta o peso de outras despesas públicas e dos seguros privados no financiamento dos gastos com saúde.

**Figura 6 – Evolução recente do peso de cada fonte de financiamento no total dos gastos com a saúde – Portugal**



Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde, 2006

### 6.2.2. Os gastos públicos com a saúde no futuro

Em termos de gastos públicos futuros com saúde, consideram-se duas fontes: a OCDE (OCDE, 2006 e 2006b), que projecta as despesas públicas com cuidados de saúde e com cuidados continuados<sup>14</sup> em 2050, e a Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2006), que estima o impacto do envelhecimento da população nestes dois grupos de despesa pública, bem como nas pensões, educação e subsídios de desemprego, em 2050, nos países da UE25.

Note-se que, dependendo do modo como em cada país está organizado o sistema de financiamento dos cuidados continuados, com maior ou menor responsabilidade financeira da saúde e da segurança social, tal terá implicações distintas nas projecções e sustentabilidade dos gastos com saúde<sup>15</sup>.

A OCDE considera dois cenários distintos de contenção, ou não, do crescimento da despesa pública nas projecções de despesa pública para 2050, em % do PIB, (OCDE, 2006), como se depreende do quadro 6.

<sup>14</sup> Tradução livre de *long-term care*.

<sup>15</sup> Uma síntese das características metodológicas e dos pressupostos destas duas grandes fontes de projecções de despesa pode ser encontrada no Anexo 6.

Considerando o cenário de aplicação de medidas de contenção das despesas (*cost-containment*), verifica-se que, entre 2005 e 2050, as despesas públicas com cuidados de saúde crescerão estimadamente 2,4 p.p do PIB em Portugal e 2 p.p. na média da OCDE. Somando a estas a componente pública de variação estimada da despesa com cuidados continuados, a OCDE estima que as despesas públicas totais com saúde cresçam 3,5 p.p. do PIB em Portugal, e 3,4 p.p. na média da OCDE. No entanto, no caso de não serem, atempadamente, adoptadas medidas de contenção dos gastos pelos Governos, a percentagem das despesas públicas com saúde no PIB quase duplicaria até 2050, quer em Portugal, quer na média da OCDE, embora haja grandes diferenças entre as estimativas para os diferentes países estudados (OCDE, 2006b).

O quadro 6 identifica, na variação estimada das despesas públicas, o impacto do efeito demográfico, em cada cenário (OCDE, 2006):

**Quadro 6 – Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a OCDE**

	Despesa pública com cuidados de saúde (%PIB)				Despesa pública com cuidados continuados (%PIB)			
	2005	2050			2005	2050		
		Efeito demográfico	<i>Cost-pressure</i>	<i>Cost-containment</i>		Efeito demográfico	<i>Cost-pressure</i>	<i>Cost-containment</i>
<b>Portugal</b>	<b>6,7</b>	<b>7,7</b>	<b>10,9</b>	<b>9,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,3</b>	<b>2,2</b>	<b>1,3</b>
<b>OCDE</b>	<b>5,7</b>	<b>6,3</b>	<b>9,6</b>	<b>7,7</b>	<b>1,1</b>	<b>2,3</b>	<b>3,3</b>	<b>2,4</b>

Fonte: OCDE, 2006

Constata-se que, dos 3,5 p.p. do PIB que a OCDE estima que os gastos públicos totais com saúde cresçam em Portugal até 2050, 2,1 p.p. (60%) são atribuídos a efeitos demográficos, num cenário de contenção de custos. Para a média da OCDE, este efeito representa 1,8 p.p. em 3,4 p.p. (53%) de variação estimada, assumindo que são tomadas medidas de contenção de custos pelos Governos.

A outra fonte de projecções de despesa pública com saúde a médio e longo prazo é o relatório da Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2006), intitulado “O impacto do envelhecimento na despesa pública: projecções da despesa com pensões, cuidados de saúde, cuidados continuados, educação e subsídios de desemprego, para os Estados-Membros da UE25 (2004-2050)”.

O impacto estimado do factor demográfico, nos dois domínios da despesa pública, com cuidados de saúde e com cuidados continuados, resume-se no quadro 7 (Comissão Europeia, 2006):

**Quadro 7 – Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com a Comissão Europeia**

	Despesa pública com cuidados de saúde (% PIB)		Despesa pública com cuidados continuados (% PIB)	
	2004	Variação até 2050 por efeito demográfico	2004	Variação até 2050 por efeito demográfico
<b>Portugal</b>	<b>6,7</b>	<b>0,5</b>	<b>n.d.<sup>16</sup></b>	<b>n.d.</b>
<b>UE 15</b>	<b>6,4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>
<b>UE 25</b>	<b>6,4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>

Fonte: OCDE, 2006

Note-se que o crescimento de 0,5 p.p. do PIB que a Comissão Europeia estima para as despesas com cuidados de saúde, em Portugal, de 2004 até 2050, por via do efeito demográfico, contrasta com o valor de 1 p.p. estimado pela OCDE, para 2005-2050, num cenário de contenção de custos. Por outro lado, a OCDE projecta um crescimento de 0,6 p.p. do PIB neste grupo de despesas com saúde, para os países da OCDE, entre 2005-2050, por razões ligadas à demografia, enquanto a Comissão Europeia estima uma variação de 1,6 p.p. do PIB nas despesas com cuidados de saúde, para os países da UE25, entre 2005-2050, por factores semelhantes.

Estas diferenças, mesmo atendendo a que as realidades dos grupos de países são distintas, denotam, por um lado, as diferenças metodológicas entre os dois trabalhos, e por outro, a dificuldade técnica e a incerteza inerente à projecção de despesas públicas num prazo tão dilatado.

### **6.3. Os factores determinantes do crescimento dos gastos com a saúde**

A determinação dos factores que justificam o crescimento, passado e previsível para o futuro, das despesas com saúde, bem como a identificação da sua importância relativa, têm dado origem a extensa investigação.

Várias explicações têm sido avançadas para o crescimento real destes gastos, e para o ritmo deste crescimento (não homogéneo no tempo ou entre países), nomeadamente: o crescimento do PIB (associado à elasticidade positiva das despesas com saúde); o envelhecimento da população; o ritmo da inovação e desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico (com custos totais tendencialmente crescentes, mesmo que os custos unitários possam diminuir para certos tratamentos, e com benefícios marginais nos resultados de saúde); o facto de os cuidados em saúde serem intensivos em trabalho (e a maior intensidade de capital não ser substitutiva de trabalho, mas antes exigir recursos mais

<sup>16</sup> n.d. – não disponível.

diferenciados, na maior parte dos domínios de prestação de cuidados), e relacionado com este aspecto, a alteração do preço relativo dos bens produzidos pelo sector da saúde; e ainda as formas de organização da prestação de cuidados e do seu financiamento, bem como a cobertura da população e a universalidade do acesso.

A quantificação destes efeitos para Portugal no período 1990-2003 atribui ao efeito de crescimento do PIB uma fracção de 46,5% do crescimento total das despesas *per capita* em saúde, ao efeito de preço relativo (diferencial de inflação da saúde face ao resto da economia) uma quota parte de 26,3%, ao envelhecimento uma responsabilidade por 10,1% e, finalmente, ao progresso tecnológico uma contribuição de 17,1% (Barros, 2006).<sup>17</sup>

Estas explicações aplicam-se ao domínio habitual dos cuidados de saúde, havendo alguns estudos que observam em particular a realidade dos cuidados continuados.

Os factores que explicam o crescimento da despesa com saúde não são totalmente coincidentes com os que explicam níveis de despesa. A importância do crescimento económico e da inovação tecnológica parece considerável na explicação do crescimento da despesa com saúde, mas o envelhecimento da população e os factores institucionais dos sistemas de saúde apresentam importância relativa menor e variável ao longo dos períodos analisados e por país (Barros, 1998 e Okunade *et al.*, 2004).<sup>18</sup>

Os mais recentes trabalhos da OCDE dedicam-se à explicação e projecção das despesas com cuidados de saúde e cuidados continuados, explorando precisamente a importância dos factores determinantes da evolução destas.

A OCDE estimou o contributo das principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002 (OCDE, 2006), como se indica no quadro 8.

---

<sup>17</sup> O efeito de preço relativo foi calculado de acordo com o diferencial de produtividade entre sectores e não por medição directa em índice de preços. O efeito atribuído a progresso tecnológico é o residual não explicado pelas restantes fontes de crescimento.

<sup>18</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre os factores demográficos e não demográficos no crescimento dos gastos com a saúde, ver o anexo 7.

**Quadro 8 – Contributo das principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002**

	Crescimento (%) dos gastos públicos com saúde <i>per capita</i>	Decomposição do crescimento da despesa, em 3 efeitos (1970-2002)		
		Envelhecimento	Efeito rendimento	Resíduo
Portugal	8,0	0,5	2,9	4,4
Média OCDE	4,3	0,4	2,5	1,5

Fonte: OCDE, 2006

Nota: as diferenças entre o total e soma das 3 parcelas resultam de arredondamentos.

É evidente a importância que os factores “residuais” assumem na explicação do crescimento da despesa, sendo no caso português o factor determinante na evolução (55% de importância relativa no aumento da despesa). Um fraco controlo da introdução de inovações tecnológicas a nível de diagnóstico e terapêutica e as políticas de contenção de custos inexistentes ou ineficazes podem explicar a importância deste factor, comparativamente superior à média da OCDE (universo em que explica 35% da evolução da despesa). Por contraponto, o efeito estimado do envelhecimento no crescimento da despesa com saúde (passada) é, efectivamente, reduzido<sup>19</sup>.

#### 6.4. As medidas de contenção dos gastos

As políticas de contenção de gastos relacionam-se com o problema de definir qual o montante adequado que cada país deve gastar com a saúde e dirigem-se, normalmente, aos gastos públicos (e não aos totais) com a saúde, visando estabilizar o seu crescimento face ao do PIB (Carrin e Hanvoravongchai, 2003).

As medidas adoptadas pelos Governos, desde a década de oitenta, no sentido de conterem o aumento dos gastos públicos com saúde podem ser classificadas de diferentes formas, distinguindo nomeadamente entre as que se dirigem à oferta de serviços de saúde ou à sua procura.

Em termos de contenção de custos do lado da oferta, tipicamente as medidas limitam investimentos, preços, admissões de pessoal, massa salarial, ou visam o aumento da eficiência através da melhoria da oferta de cuidados em ambulatório substitutivos dos hospitalares, ou da generalização de protocolos clínicos. Do lado da procura, procuram desenvolver-se mecanismos de partilha de custos ou mesmo o estabelecimento de prioridades (ou até o racionamento) no acesso a cuidados, a par com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto “porta de entrada” no sistema (Ferreira, 2004).

<sup>19</sup> Para mais detalhes sobre a relação entre o envelhecimento da população e a evolução da despesa com saúde, ver o anexo 8.



A OCDE (OCDE, 2006 e 2006b) sintetiza as medidas que respeitam sobretudo à gestão da prestação (oferta) de cuidados e distingue-as em iniciativas de contenção de custos ao nível macro-económico e ao nível micro-económico, considerando que, historicamente, o enfoque nas primeiras antecedeu (nos anos oitenta) o enfoque, mais recente (nos anos noventa), nas segundas.

Ao nível macro, as iniciativas tendem a centrar-se sobretudo em:

- Controlo da massa salarial dos profissionais do sector público da saúde, importante sobretudo quando a maioria dos prestadores é pública e o sistema funciona de forma integrada;
- Controlo administrativo de preços praticados na prestação de cuidados, bem como dos produtos farmacêuticos;
- Limites à formação de profissionais da saúde, com restrições, em especial, nas escolas de medicina. Nalguns casos, geraram efeitos perversos em termos de racionamento, listas de espera e pressões inflacionistas nos salários dos profissionais no activo;
- Redução da capacidade dos hospitais (redução de camas de agudos, concentração de unidades). Por vezes, tal tem significado que os custos se deslocam para outros domínios, como o dos cuidados continuados ou o de cuidados de ambulatório;
- Controlos orçamentais rígidos, tipicamente mais eficazes no sector hospitalar e com comprador monopsonista em sistema de prestação e financiamento integrado (hoje já pouco comum);
- Partilha de custos com os utentes, sobretudo no domínio do custo dos medicamentos.

Ao nível micro, a tónica tem sido colocada na melhoria da eficiência da prestação, com medidas como:

- Reforço do investimento no ambulatório e na função de referenciação deste para os cuidados hospitalares;
- Separação entre a função de prestação e a função de financiamento, com o desenvolvimento de mecanismos de contratualização indutores de maior responsabilização dos prestadores;
- Privatização de actividades laterais à prestação de cuidados e que possam melhorar a eficiência global;
- Introdução de maior competição entre prestadores, com o objectivo de obter ganhos de eficiência e qualidade na prestação com financiamento público.

Os efeitos deste tipo de medidas não são lineares, nem idênticos no curto e no médio prazo. Em geral, considera-se que os sistemas financiados por impostos, com poder de monopsonio do comprador de serviços, tendem a ser mais eficazes na contenção dos custos, mas ainda há pouca evidência sobre o impacto efectivo que estas medidas têm, e há indicações sobre alguns dos seus efeitos perversos. Por exemplo, o controlo de preços é pouco eficaz com constante inovação tecnológica e o surgimento de novos produtos e tratamentos dispendiosos e as restrições à oferta e partilha de custos podem gerar problemas graves de iniquidade no acesso. As áreas

da promoção activa da saúde e do envelhecimento saudável e da prevenção da doença (e dos seus custos) tem, comparativamente, recebido muito pouco atenção dos governos.

Maynard (2005) considera que o enfoque excessivo, das políticas de saúde norte-americana e europeias, na contenção de custos ao nível macro-económico, contribui para obscurecer a importância do combate às ineficiências ao nível micro na gestão da prestação, direccionando devidamente os investimentos para os domínios que garantam maiores ganhos em saúde. Segundo o autor, a lógica adequada de contenção de custos deveria ser, sobretudo, a de incentivar a prevenção da doença, a de premiar a eficiência na prestação e os ganhos em saúde, financiando-se apenas as intervenções custo-efectivas, e concedendo muito menor autonomia à auto-regulação profissional.

No domínio específico da política do medicamento várias medidas têm sido adoptadas com o objectivo de controlar o aumento dos custos com produtos farmacêuticos. Almarsdottir e Traulsen (2005) agrupam-nas em quatro tipos:

- Controlo de lucros e de preços nos diferentes estádios da cadeia de distribuição dos produtos farmacêuticos. Ao nível da produção industrial verificam-se limites às margens de lucro, sistemas de preços comparados, protocolos de negociação de preços ou avaliações fármaco-económicas. Ao nível do retalho, as medidas típicas são também de limitação dos lucros e de liberalização da distribuição, ou alterações ao regime de propriedade.
- Alterações no regime de participações de medicamentos, que incluem aumento dos co-pagamentos, alargamento da lista dos medicamentos não sujeitos a receita médica, introdução de listas de preços de referência, incentivo ao uso de genéricos, listas positivas de medicamentos para reembolso, aumento dos medicamentos com consumo sujeito a autorização.
- Outras medidas de carácter orçamental, incluindo a instituição de orçamentos clínicos nos cuidados de saúde primários, ou a contratualização da prestação de serviços farmacêuticos.
- Medidas de melhoria da qualidade da prescrição, visando a racionalização da terapêutica, através do uso de protocolos, auditorias terapêuticas e introdução de programas de gestão integrada da doença crónica, bem como pelo investimento no uso de sistemas de informação assentes na prescrição electrónica.

O efeito das medidas de contenção de custos no curto e no médio prazo tende a ser muito distinto, em particular no domínio do medicamento, pois os diferentes actores tendem a ajustar-se às medidas de contenção e a reagir às mudanças, mitigando (ou mesmo pervertendo) o seu efeito a prazo.

A importância de medidas que evitem acréscimo previsível de despesa, dirigindo-se à prevenção da doença, assumem um papel fundamental. Lubitz (2005), reportando-se à situação norte-americana, sublinha o papel

das políticas de promoção de estilos de vida saudáveis e de bons hábitos de saúde, bem como de programas, custo-efectivos, de gestão da doença crónica que previnam a incapacidade e a dependência precoce.

O combate à obesidade, em particular a infantil, e as iniciativas promotoras do envelhecimento saudável, têm recebido forte destaque, pelo que podem significar em favor de um cenário de compressão da morbilidade e de redução das dependências e incapacidades a prazo.

A utilização racional da tecnologia e as limitações ao ritmo de introdução de inovação no diagnóstico e terapêutica, sem avaliação económica clara e prévia também assumem uma importância reconhecidamente crescente. Neste âmbito, a generalização dos protocolos clínicos e terapêuticos, ou a criação de agências para a avaliação da tecnologia em saúde têm ganho relevo.

No caso de Portugal, o enfoque das políticas de saúde não tem sido a contenção de custos, mas o quadro 9 sintetiza um conjunto de medidas recentes que, de algum modo, podem ter impacto na contenção de gastos públicos com saúde.

**Quadro 9 – Decisões políticas tomadas entre 2000 e 2006, em Portugal, e o seu impacto esperado**

<b>Decisões políticas (2000-2006)</b>	<b>Efeito esperado</b>	<b>Impacto financeiro estimado</b>
<i>Promoção da saúde e prevenção da doença</i>		
Plano Nacional de Saúde	Melhoria do estado de saúde dos portugueses, em especial nos domínios eleitos como prioritários (doenças cardíaco-vasculares, oncológicas e HIV/SIDA).	Não disponível.
<i>Prestação de cuidados em ambulatório</i>		
Reforma CSP / USF	Melhoria da acessibilidade, aumento da satisfação de utentes e profissionais, racionalização da utilização de cuidados e da referenciação.	Poupanças líquidas estimadas de cerca de 9 milhões de euros, em 2007 (Fonte: MCSP).
Encerramento de SAP	Melhoria da qualidade e segurança no acesso à urgência, racionalização da rede de urgência	Não disponível.
Redução de preços de convenções	Contenção da despesa pública.	25 milhões de euros em 2006 e 55 em 2007 (PEC).
Actualização do valor das taxas moderadoras	Disciplina o consumo de cuidados de saúde e contribui para a valorização social dos cuidados públicos financiados pelo SNS.	Não disponível.
<i>Prestação de cuidados hospitalares</i>		
Encerramento de blocos de partos	Melhoria da qualidade e segurança no acesso, racionalização da rede de prestação de cuidados.	Não disponível.
Criação de centros hospitalares	Melhoria da eficiência pela exploração de economias de escala e de complementaridades.	Não disponível.
Construção de novos Hospitais em PPP	Melhoria da eficiência da gestão de hospitais; <i>value-for-money</i> no investimento público.	Poupanças dos pagamentos potenciais do Estado de 6,2% (Centro de Atendimento) e 17,5% (CMFR Sul) (Fonte: Parcerias.Saúde)
Contratualização da actividade	Separação financiador-pagador; financiamento por resultados; controlo da despesa; responsabilização da gestão.	Não disponível.
Empresarialização de Hospitais	Separação financiador-pagador; autonomização e responsabilização da gestão.	“Estudo de avaliação dos Hospitais SA” detectou ritmos de crescimento de custos inferiores à média nacional, mas pouco significativos (Gouveia <i>et al.</i> , 2006).
<i>Sector do medicamento</i>		
Alterações na comparticipação de medicamentos, redução do preço dos medicamentos e das margens de comercialização	Contenção da despesa pública.	25 milhões de euros em 2005, 100 m.e. em 2006 e 215 em 2007 (efeito agregado reportado no PEC).
Liberalização da venda de MNSRM	Melhoria do acesso ao medicamento; aumento da concorrência no segmento do mercado em causa.	Não disponível.
<i>Outras medidas</i>		
Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados	Alargamento da compreensividade do SNS; melhoria do acesso e da adequação dos cuidados; redução da permanência de doentes crónicos em hospital de agudos; maior eficiência no tratamento e nos ganhos em saúde.	Não disponível.

Fonte: elaboração própria

## **7. O financiamento da saúde**

### **7.1. Introdução**

A identificação das principais origens de fundos para o financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, bem como a sua importância relativa e dinâmica recente, são o cerne do presente capítulo, havendo uma breve referência ao enquadramento formal do SNS.

### **7.2. O financiamento do SNS**

#### **7.2.1. A cobertura**

Segundo a Lei de Bases da Saúde, “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”.

Assim, a cobertura é definida como universal quanto à população abrangida. Concretamente, são beneficiários todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias nos termos das normas comunitárias aplicáveis, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade), e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

Implicitamente, tem-se assumido que é garantido um conjunto de benefícios bastante amplo, havendo por esse motivo uma cobertura abrangente quanto aos cuidados que são garantidos pelo SNS.

Resta referir que há uma componente de prestação privada no sistema de saúde português que é bastante significativa e que é financiada pelo SNS, de que são exemplos a dispensa de medicamentos em ambulatório, a hemodiálise e diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Apesar da abrangência formal da cobertura fornecida pelo SNS, existe na realidade um volume de cuidados médicos consumidos pelos cidadãos que extravasam esta cobertura.

Por outro lado, no momento da criação do SNS não ocorreu o (natural) dismantelar de sistemas de protecção na doença de base ocupacional previamente existentes. Desenvolveu-se, assim, um sistema de saúde em que uma fracção considerável da população beneficia de mecanismos de protecção para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de protecção é o que cobre os funcionários públicos, a ADSE.

Mais recentemente, os casos de dupla cobertura têm sido ampliados com a realização de seguros de saúde privados, sejam em regime de seguro individual sejam em regime de seguro de grupo (ver secção 7.3).

De acordo com a Conta Satélite da Saúde, as despesas privadas de cidadãos residentes em Portugal a entidades privadas representam cerca de 23,67% da despesa total em saúde (valores preliminares para 2004). Este valor contrasta fortemente com os pagamentos directos das famílias em sede de prestação pública, que rondam os 0,77% (valores preliminares para 2004). Ressalta daqui, de forma muito clara, que os co-pagamentos exigidos na prestação pública às famílias têm uma muito reduzida expressão em termos de contribuição para o financiamento. Dito de outro modo, as taxas moderadoras, normalmente alvo de acesa disputa na opinião pública, têm tido um papel reduzido enquanto instrumento de financiamento.<sup>20</sup>

Para 2007, o Orçamento do Estado prevê o “alargamento da aplicação de taxas moderadoras ao internamento nos hospitais do SNS no valor correspondente a 5 euros por dia, até ao limite de 10 dias, a partir do qual deixa de ser cobrada. É também alargada a aplicação de taxas moderadoras a todos os actos cirúrgicos realizados em ambulatório no valor de 10 euros por acto. Mantêm-se em vigor as isenções de pagamento de taxas moderadoras previstas no Decreto-lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto”.<sup>21</sup>

Dentro das despesas privadas das famílias, assumem especial importância os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (principalmente consultas e análises), e as despesas com medicamentos, como será demonstrado no capítulo 7.

Sendo as consultas médicas uma componente importante da despesa privada, apresenta-se no quadro 10 a proporção de consultas privadas para o total da amostra retirada dos valores preliminares do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) e a proporção dessa amostra que indica o SNS como única cobertura (já que a existência de uma dupla cobertura poderá dar origem a um maior recurso a médicos privados cobertos por esse sistema de protecção adicional). Foram contempladas apenas algumas especialidades mais representativas.

---

<sup>20</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre a combinação entre o financiamento e a prestação, pública e privada, ver o anexo 9.

<sup>21</sup> Para mais informação sobre o preço das taxas moderadoras e os preços para efeitos de pagamento no SNS, ver o anexo 10.

**Quadro 10 – Proporção de consultas privadas (2005)**

Especialidade	% consultas privadas	
	Todos	Beneficiários só SNS
Cardiologia	54,2%	46,1%
Dentistas	92,1%	90,9%
Ginecologia	67,6%	61,2%
Oftalmologia	66,9%	62,6%
Ortopedia	45,5%	41,4%
Pediatria	31,1%	31,1%
Clínica Geral	17,1%	13,0%

Fonte: 4º INS – valores preliminares, INE, 2006

Os valores evidenciam que existem exceções à cobertura formalmente compreensiva, sendo a mais evidente a da medicina dentária, maioritariamente privada. Por outro lado, os beneficiários de dupla cobertura apresentam uma (natural) maior tendência para consumo de consultas privadas, visível por a percentagem de consultas privadas ser sistematicamente menor nos cidadãos que são unicamente beneficiários do SNS, por comparação com os que usufruem de cobertura adicional.

### **7.2.2. A gestão do financiamento**

Para além do Estado, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS:

- a) Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- b) Os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
- c) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;
- d) As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- e) Os responsáveis por infracção às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde.

A legislação prevê que sejam apenas isentos de pagamento de encargos os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos.

Podem ser celebrados contratos de seguro alternativo por força dos quais as entidades seguradoras assumam, no todo ou em parte, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS (ver secção 7.3). De acordo com a Lei de Bases da Saúde, estes contratos não podem, em caso algum, restringir o direito de acesso aos cuidados de saúde e devem salvaguardar o direito de opção dos beneficiários, podendo, todavia, responsabilizá-los.

Os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde, tendo em conta os custos reais directos e indirectos e o necessário equilíbrio de exploração. Os preços são fixados em cada região de saúde pelo respectivo conselho de administração, dentro dos referidos limites.

Até à entrada em funcionamento da nova Administração Central do Sistema de Saúde, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) pode celebrar acordos, de âmbito nacional, com as entidades responsáveis pelo pagamento das prestações de saúde, relativos a tabelas de preços e a pagamentos. Da mesma forma, as instituições e serviços integrados no SNS podem estabelecer acordos especiais para a fixação de preços dos cuidados de saúde, os quais só são eficazes após aprovação das respectivas administrações regionais de saúde.

O IGIF tem o papel de fomentar o bom funcionamento económico global do sistema de saúde, inclusivamente o apoio ao desenvolvimento de novos modelos de gestão, para além das competências em termos de estruturação da informática no sector (entendida aqui no sentido amplo de sistema de informação), conforme se depreende dos estatutos (Decreto-lei n.º 325-A/2003).

O IGIF verá o seu papel substancialmente alterado na reorganização ditada pelo PRACE, já que as funções em matéria financeira do SNS ficarão na Administração Central do Serviço de Saúde, que tem uma natureza mais abrangente do que o actual IGIF.

As instituições e serviços integrados no SNS podem ainda celebrar acordos de pagamentos com as entidades responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, de acordo com critérios a fixar por despacho do Ministro da Saúde.

A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante uma participação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde.<sup>22</sup>

A cobrança do preço dos serviços prestados e das taxas moderadoras cabe às instituições que oferecem os cuidados de saúde ou às administrações regionais de saúde, sendo que as quantias cobradas constituem receita própria das instituições prestadoras dos cuidados e são inscritas nos orçamentos ou balancetes respectivos.

Constituem encargos do SNS as verbas destinadas ao funcionamento das ARS e de escolas e institutos dedicados à formação de profissionais de saúde e à investigação, desde que funcionem no âmbito do Ministério da Saúde. Os recursos necessários à instalação e ao funcionamento das autoridades de saúde são assegurados pelas ARS.

---

<sup>22</sup> Este aspecto será desenvolvido na secção 7.3.



A reorganização decorrente do PRACE dá origem, de acordo com os princípios publicamente enunciados, a uma mais clara separação da actuação normativa, de natureza mais política, do Ministério da Saúde e da sua actuação mais executiva, quer como pagador, quer como prestador de cuidados de saúde.

### 7.2.3. Os orçamentos e os gastos

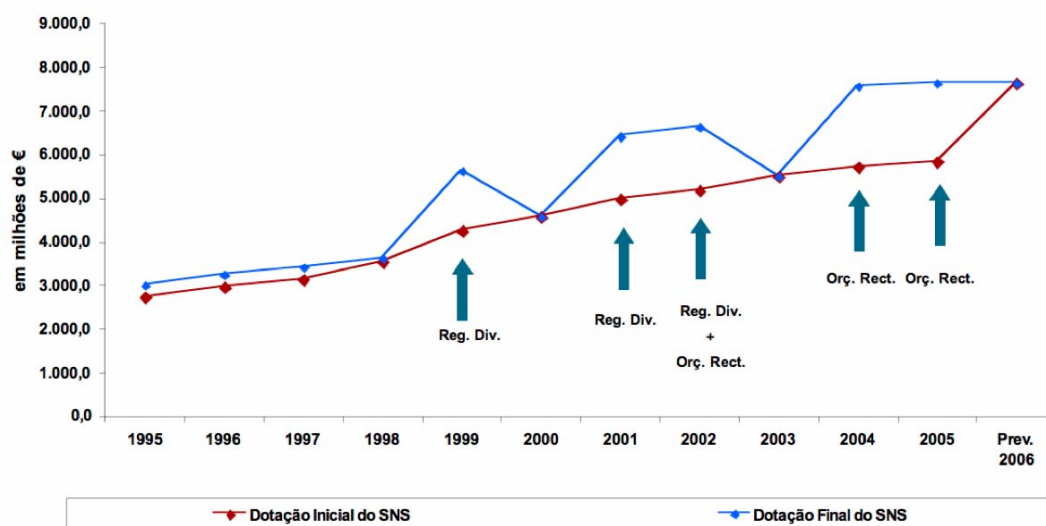
Uma das características mais enunciada para o sistema de saúde português, e para o SNS em particular, é a “crónica sub-orçamentação”.

Por este termo entende-se uma situação em que o orçamento inicialmente definido para um determinado ano é, com elevada probabilidade e face à melhor informação disponível, claramente insuficiente para fazer face às despesas esperadas em cuidados de saúde destinados a satisfazer as necessidades da população.

Como consequência, foram sendo acumulados défices e dívidas a fornecedores (sendo a mais visível a dívida à indústria farmacêutica). O acumular destas situações deu, usualmente, origem à aprovação de orçamentos rectificativos e processos de regularização de dívidas, conforme ilustra a figura 7.

**Figura 7 – Evolução das dotações do Orçamento do Estado para o SNS (inicial e final)**

Fonte: IGIF, 2006



Os aspectos históricos associados com esta temática encontram-se detalhados em Campos e Ramos (2005). Cumpre assinalar que para os anos de 2006 e 2007 foram aprovados orçamentos iniciais que não são inferiores aos orçamentos finais dos anos anteriores respectivos. Existe, por isso, a presunção de que o problema de sub-orçamentação terá sido ultrapassado, embora apenas o apuramento das contas referentes a 2006 e a 2007 possa dar consistência quanto a este aspecto.

### 7.3. Os subsistemas públicos e privados e os seguros de saúde privados voluntários

#### 7.3.1. Introdução

Esta secção analisa o papel dos subsistemas públicos e privados e dos seguros de saúde no sistema de saúde português, através de uma descrição da dimensão, características e tendências da actividade nestes subsectores de saúde. Esta informação é essencial para a análise de cenários sobre o financiamento futuro do SNS, importando nomeadamente compreender a interacção dos subsistemas e seguros com o desenho do financiamento do SNS, a experiência de *opting-out* e a evolução corrente e o potencial papel futuro dos subsistemas e mercado de seguros de saúde no sistema de saúde português<sup>23</sup>.

Em primeiro lugar, apresenta-se um enquadramento sobre o papel dos subsistemas e seguros privados no sistema de saúde português; segue-se uma análise dos subsistemas públicos e privados, dando especial destaque ao caso do ADSE como maior subsistema público, e ao caso dos Planos de Saúde do Grupo Portugal Telecom (geridos pela PT-ACS) como exemplo de um subsistema privado de elevada dimensão e com quem o Estado celebrou o primeiro contrato de *opting-out*. Depois, faz-se uma referência sumária a outros subsistemas públicos e privados, e examina-se o papel do sector de seguros privados voluntários; de seguida, apresenta-se alguma evidência sobre o impacto da dupla cobertura dos subsistemas e seguros de saúde nos níveis de saúde reportados pelos portugueses e na utilização de recursos de saúde e, por último, tecem-se algumas considerações gerais.

Os subsistemas e o mercado de seguros têm-se posicionado gradualmente como complementares face ao SNS. Os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos (superior à do SNS), estando também sujeitos a pressões crescentes do aumento do rácio da dependência nas suas carteiras de beneficiários. Tanto os subsistemas públicos como os privados têm implementado um conjunto de medidas de modo a aumentar as receitas e conter as despesas. O subsistema privado do grupo Portugal Telecom tem vindo a alterar os seus planos de saúde, que parecem estar a convergir para uma cobertura equiparável à estrutura de um seguro de saúde. De um modo geral, os subsistemas privados parecem manifestar desinteresse por se constituírem numa alternativa de cobertura integral ao SNS, sob a forma de *opting-out*. O mercado de seguros voluntário tem registado uma elevada expansão baseada na complementaridade e suplementaridade dos seus produtos em relação ao SNS, e uma concentração em produtos de cobertura básica. O principal impacto das duplas coberturas é proporcionar um mais fácil acesso a consultas da

---

<sup>23</sup> Os anexos 11 e 12 apresentam informação detalhada e de suporte à análise contida nesta secção.

especialidade, em comparação com o maior padrão comparativo de consumo de consultas de clínica geral dos beneficiários do SNS.

A actividade dos subsistemas e do mercado de seguros privados deve ser entendida no contexto histórico da criação e desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português.

Os subsistemas funcionam como um sistema de saúde em que uma fracção considerável da população beneficia de mecanismos de protecção em situação de necessidade de cuidados médicos para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de protecção é a ADSE, que cobre os funcionários públicos. A coexistência dos subsistemas de saúde com o SNS remonta à data de criação deste último em 1979, e mantém-se devido à ausência de decisão de os integrar no SNS. A existência de subsistemas públicos que coexistem com o SNS e que são financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento de Estado constituiu, desde o início, um factor de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura, acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns segmentos da população, e financiamento público diferenciado de várias fontes para esses grupos da população (por exemplo, transferências para a ADSE via Ministério das Finanças).

Somente após a existência legal da possibilidade de *opting-out* no Estatuto do SNS em 1993 (artigo 25º do Decreto-lei n.º 11/93) e a redacção dada pelo Decreto-lei n.º 401/98, pôde o Ministério da Saúde, através do estabelecimento de protocolos, transferir a responsabilidade por encargos relativos a prestações de cuidados de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira. A celebração de acordos significou que estes sistemas de saúde de base ocupacional e de âmbito privado passaram a receber do Estado um pagamento de capitação e a ser responsáveis pela cobertura integral de cuidados de saúde para alguns dos seus trabalhadores. Simultaneamente, as empresas que integravam os subsistemas passaram a substituir-se ao Estado no financiamento adicional no caso de défice nas contas desses subsistemas.

Os montantes de comparticipação para os protocolos de *opting-out* têm sido os mesmos para todos os subsistemas com quem existe protocolo, tendo sido de 29.000 escudos nos primeiros anos de vigência de cada protocolo (Aviso n.º 922/98 e Portaria n.º 981/99). Esse valor foi actualizado para 281€ em 2004 (Portaria n.º 316/2004), 304€ em 2005 e 325,74€ em 2006 (Portugal Telecom 2006).

O mercado de seguros de saúde privados, por outro lado, inclui todos os contratos de saúde, de base voluntária, que implicam o pagamento de um prémio de seguro em função do risco (individual ou de grupo). Estes seguros operam numa lógica de livre mercado; contudo, o Estado tem tido um papel promotor, nomeadamente através do apoio através de benefícios fiscais aos seguros de saúde (e às despesas de saúde).

O quadro 11 apresenta uma comparação sumária entre subsistemas públicos, subsistemas privados e seguros voluntários, nas vertentes de acesso, financiamento e dimensão da população coberta. Note-se, em relação aos valores reportados de cobertura, que estes valores devem ser entendidos no contexto de múltiplas coberturas. De acordo com valores estimados do 4º INS, de 2005/2006 (dados preliminares) (INSA e INE 2006), 25% da população com seguro voluntário tem acesso a subsistema, e pelo menos 10% da população com subsistema tem dupla cobertura de subsistema. A acrescentar, o Estado tem assumido um papel activo no financiamento directo ou indirecto dos subsistemas e seguros de saúde.

**Quadro 11 – Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários**

	<b>Subsistemas públicos</b>	<b>Subsistemas privados</b>	<b>Seguros voluntários</b>
<b>Acesso</b>	Base ocupacional (protecção social dentro do sector público)	Base ocupacional	Base individual (ou de grupo, via empresa privada)
<b>Financiamento</b>	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento  Financiamento directo e indirecto do Estado (transferências OE e benefícios fiscais)	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento  Financiamento da empresa  Financiamento directo do Estado (transferências <i>opting-out</i> ) e indirecto (benefícios fiscais)	Contribuição individual voluntária baseada no risco  Financiamento indirecto do Estado (benefícios fiscais)
<b>Exemplo de entidades</b>	ADSE	PT, CTT, SAMS	Multicare, Medis
<b>População com cobertura residente no Continente (4º INS)</b>	Subsistemas cobrem 18% população portuguesa; ADSE cobre 10% da população portuguesa		Seguros de saúde cobrem 9% da população portuguesa

Fonte: 4ºINS – valores preliminares, Instituto Nacional de Estatística, 2006

A actividade dos subsistemas e seguros de saúde assume um papel relevante no financiamento do sistema de saúde português e não é neutra nos estímulos que gera à prestação pública e privada de cuidados de saúde. O quadro 12 contém informação sobre a dimensão dos subsistemas públicos, privados e seguros de saúde, indicando que representaram, respectivamente, 6,4%, 2,2% e 2,6%, do total do financiamento do sistema de saúde português em 2003. Adicionalmente, todos estes organismos têm tido um papel importante no estímulo ao financiamento da prestação privada. É ainda de realçar que a actividade dos subsistemas públicos proporciona um montante não negligenciável de receita a prestadores públicos.

**Quadro 12 – Proporção do financiamento dos subsistemas e seguros voluntário no total do financiamento do sistema de saúde, e por tipo de prestador**

	Financiamento subsistemas públicos	Financiamento subsistemas privados	Financiamento seguros voluntários
Prestação pública	2,18%	0,48%	0,36%
Prestação privada	4,26%	1,73%	2,26%
Total	6,44%	2,21%	2,62%

Fonte: INE - Conta Satélite da Saúde, 2006

A escolha por uma análise mais detalhada da ADSE, dos Planos de Saúde do grupo PT (geridos pela PT-ACS), e do mercado de seguros de saúde voluntários deve-se ao facto de, em relação ao primeiro, se tratar do maior subsistema público (com 730 milhões de euros de gasto total em 2004) e, em relação ao segundo, se tratar de um subsistema privado de grande dimensão (tendo representado um gasto de 60 milhões de euros em 2004) e complexidade, que tem vindo a implementar mudanças significativas e que celebrou o primeiro contrato de *opting-out* com o Ministério da Saúde. As características e dinâmica do mercado de seguros de saúde que representou, em 2004, um valor de prémios de seguro directo de 340 milhões de euros, serão examinadas em subsecção própria.

### **7.3.2. Os subsistemas públicos e privados**

Existem actualmente 16 subsistemas de saúde, sendo responsáveis pelo financiamento/prestação de cuidados de saúde a quase 20% da população (INSA e INE 2006). Em 2003, os subsistemas públicos e privados gastaram aproximadamente 825 e 283 milhões de euros, respectivamente, representando no total cerca de 8,65% da despesa total em saúde (INE 2006).

Os principais subsistemas públicos de saúde são a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado), os SSMJ (Serviços do Ministério da Justiça), a ADMA (Assistência à Doença Militares da Armada), a ADFA (Assistência à Doença dos Militares da Força Aérea), a ADME (Assistência à Doença dos Militares do Exército), os SAD/PSP (Serviços de Assistência à Doença da PSP) e os SAD/GNR (Serviços de Assistência à Doença à GNR).

Os maiores subsistemas privados de saúde são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS, mas existe ainda um conjunto vasto de outros pequenos subsistemas<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Informação detalhada dos subsistemas públicos e privados ADSE, Grupo Portugal Telecom e SAMS está disponível no anexo 11

### **7.3.2.1. A ADSE**

O subsistema ADSE foi criado em 1963, tendo por objectivo a protecção social nos domínios dos cuidados de saúde, encargos familiares e outras prestações de segurança social. A designação da ADSE foi entretanto alterada para Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, e é actualmente um Serviço Integrado do Ministério das Finanças e da Administração Pública, dotado de autonomia administrativa, com a responsabilidade de gerir o sistema de protecção social dos funcionários e agentes do sector público administrativo (exceptuando alguns grupos de funcionários e agentes com subsistemas próprios)<sup>25</sup>.

Em 2005, a ADSE tinha 1.361.300 beneficiários inscritos, divididos por dois tipos – titulares, e familiares ou equiparados -, a quem correspondem diferentes responsabilidades no financiamento e diferentes benefícios. Em 2005, a ADSE tinha registados 617.535 titulares activos, 251.685 titulares aposentados e 492.080 familiares e equiparados (Ministério das Finanças e Administração Pública 2006) (ADSE 2006). O rácio de dependência tem sido elevado e crescente.

O financiamento da ADSE tem sido maioritariamente assegurado pelas transferências do Orçamento de Estado, conforme se confirma no quadro 13. Até recentemente, os beneficiários no activo estavam sujeitos ao desconto mensal de 1% dos vencimentos (representando esta contribuição uma receita geral do Estado que assumiu o montante de 95,6 milhões de euros em 2004) (Ministério das Finanças e Administração Pública 2005b), estando os beneficiários aposentados isentos do referido desconto no vencimento.

---

<sup>25</sup> O funcionamento e o esquema de benefícios da ADSE encontram-se regulamentados pelo Decreto-lei n.º 118/83 de 25 de Fevereiro e o Decreto-lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, de acordo com os princípios consignados no Decreto-lei n.º 279/99 de 26 de Julho.

**Quadro 13 – Decomposição das receitas e despesas do ADSE por componente de despesa e de gasto, e pagamentos de serviços ao SNS**

	2004 (milhares de euros)	2005 (milhares de euros)	2006 (milhares de euros)
<b>I. DESPESAS (gasto ADSE)</b>			
Despesas Administrativas (orçamento inicial)	9.857,0	9.857,5	9.857,1
Encargos com a Saúde (orçamento inicial)	548.105,4	602.936,8	831.356,6
<b>Despesa total</b> (orçamento inicial)	557.962,4	612.794,3	841.213,7
<b>Despesa total efectiva</b> (orçamento final)	730.000	770.213	-
<b>Componente de despesa paga ao SNS</b> (orçamento inicial)	181.573	200.300	383.117
<b>II. RECEITAS (financiamento ADSE)</b>			
Contribuições beneficiários (orçamento inicial)	95.600	<i>a</i> <sup>26</sup>	<i>b</i> <sup>27</sup>
Transferências do OE líquidas de contribuições de beneficiários (orçamento inicial)	407.036	557.467,5- <i>a</i>	785.886,9- <i>b</i>
Receitas próprias (orçamento inicial) <sup>28</sup>	55.326,8	55.326,8	55.326,8
<b>Total receitas (orçamento inicial)</b>	557.962,9	612.794,3	841.213,7

Fonte: Ministério das Finanças e Administração Pública (2005<sup>a</sup>); Ministério das Finanças e Administração Pública (2006).

Dada a elevada pressão do gasto (visível no quadro 13), a ADSE introduziu alterações recentes no financiamento e no sistema de comparticipações. Em 2007, os titulares activos descontam 1,5% do rendimento, enquanto que os titulares aposentados descontam 1%, convergindo para 1,5% em 2008.

Na área das comparticipações, a ADSE tem reduzido o montante dos reembolsos, a lista de actos médicos comparticipados, e a comparticipação de fármacos, de modo a convergir para os valores comparticipados pelo SNS.

A análise da ADSE não pode evitar a questão política sobre se o subsistema público deve ser analisado sob o ponto de vista dos direitos adquiridos dos funcionários, ou sob o ponto de vista da equidade (dada a

<sup>26</sup> Valor não disponível.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> As receitas próprias provêm essencialmente dos reembolsos dos Serviços Autónomos e das autarquias locais, dos acordos de capitação, e das contribuições dos organismos autónomos, autarquias locais e Regiões Autónomas que constituem o co-financiamento das despesas da administração da Direcção-geral.

dupla cobertura e o financiamento adicional via Ministério das Finanças), devendo ainda analisar os eventuais ganhos em saúde da sua existência.

Do ponto de vista dos direitos adquiridos, a análise deve centrar-se na racionalização da despesa e na contenção de gastos do subsistema, e a evidência apresentada aponta para problemas na contenção de despesa (ver orçamento inicial e orçamento final no quadro 13). Sob o ponto de vista da equidade, no contexto de um SNS universal e indiferenciado, a ADSE constitui um elemento de iniquidade no acesso para um grupo profissional.

A análise da ADSE não pode ignorar que as transferências do OE representam 8% da despesa pública em saúde, o que implica questionar se esta situação é desejável e/ou comportável. Adicionalmente, a análise deverá ter em conta que uma proporção considerável da sua despesa constitui fonte de financiamento directo do SNS.

A análise evidenciou a extensividade dos benefícios e os critérios amplos de definição de beneficiários da ADSE, que contribuem naturalmente para uma elevada dimensão do subsistema e para uma pressão crescente no gasto. A evidência indica que o gasto tem crescido a taxas superiores às do crescimento do gasto do SNS e que há elementos que contribuem para uma pressão crescente nesse gasto. É ainda de questionar se o ADSE tem capacidade para dar resposta à crescente proporção de titulares aposentados, que também contribuirá para um aumento da despesa.

#### **7.3.2.2. Os Planos de Saúde do grupo Portugal Telecom**

A PT-ACS é a entidade responsável pela gestão dos planos de saúde em aplicação no âmbito do grupo Portugal Telecom. Foi criada em 1995, tendo sido equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

A diversidade dos planos de saúde reflecte as mudanças empresariais do grupo na última década com aquisições, fusões e cisões de empresas, cujos planos foram sendo agregados e não integrados. Essa falta de integração foi em certos casos impedida pelos estatutos legais dos planos de saúde das empresas preexistentes.

A PT-ACS gere, assim, um conjunto de planos de saúde diferenciados por empresa, e recentemente introduziu um conjunto de Planos Corporativos que podem integrar indivíduos de várias empresas. Os primeiros visavam criar e regular o sistema de saúde potencialmente aplicável a todos os trabalhadores de cada empresa (e respectivos familiares), e os segundos foram constituídos para dois tipos de indivíduos: o Plano tipo II para indivíduos sob o regime de *opting-out* dentro do grupo PT, e o Plano tipo I para os restantes.

O elevado número de planos por empresa corresponde a diferentes critérios de titularidade, benefícios e financiamento. Dada esta diversidade, a análise desta secção descreve os critérios mais comuns e alguns



indicadores agregados. Informação mais detalhada dos diversos planos de saúde está disponível no anexo 13

O primeiro protocolo de *opting-out* entre o Ministério da Saúde, a Portugal Telecom e a PT-ACS entrou em vigor a 1 de Janeiro de 1998, o que implicou que, para um conjunto de trabalhadores da empresa, por contrapartida de uma capitação anual, a empresa passasse a ser responsável pelo pagamento integral dos seus cuidados de saúde, que tem incluído cuidados prestados por instituições e serviços integrados no SNS, e a comparticipação medicamentosa. Relativamente aos beneficiários que não estão sob o regime de *opting-out*, a PT estabelece benefícios numa base de complementaridade com o SNS.

Era vontade da PT que, progressivamente, os novos trabalhadores do grupo entrassem para estes planos, tendo declarado o fecho a novos trabalhadores dos planos de empresa. Contudo, este processo tem sido adiado. A título de exemplo, o Plano de Saúde da PT-Comunicações abrangia todos os empregados contratados até 31 de Julho de 2003, data do fecho do plano à entrada de novos empregados (Portugal Telecom 2006) e, de acordo com um relatório da empresa, empregados contratados após essa data não estariam abrangidos por estes benefícios (Portugal Telecom 2005). No entanto, tal não aconteceu, e um novo plano da PT Comunicações foi criado e vigorou até 30 de Novembro de 2006 (PT-ACS 2006), o que adiou a entrada de beneficiários para os planos corporativos.

Em 2004 e 2005, a PT-ACS assegurava a prestação de cuidados de saúde a cerca de 110.000 beneficiários com uma média etária de 45 anos. Em 2005 registava-se a seguinte distribuição por tipo de beneficiários: 21% titulares activos, 20% cônjuges, 28% descendentes e ascendentes, e 31% de pré-reformados e aposentados (Portugal Telecom 2005). De notar que os critérios de titularidade de benefícios dos planos vigentes tem sido ampla, e que o número de titulares activos tem decrescido, tendo passado de 23% em 2004 para 21% em 2005 (Escola de Gestão do Porto 2005). Estes números indicam que, à semelhança da ADSE, este subsistema enfrenta um elevado e crescente rácio de dependência (com peso crescente dos pré-reformados e aposentados), o que implica uma pressão sobre o nível de gasto. Porém, a PT tem promovido mecanismos de discriminação no financiamento dos titulares activos e de outros titulares, que de certa forma tendem a responder a estas pressões.

O sistema de financiamento e cobertura tem levado ao nível de despesa/receita apresentado no quadro 14. Vê-se aqui que o maior nível de financiamento provém de transferências do grupo PT; que as contribuições dos empregados e as transferências de *opting-out* constituem menos de 50% da receita; e que a componente de receita para financiar o pessoal reformado é dominante.

**Quadro 14 – Total de receitas e sua decomposição**

RECEITAS (financiamento PT-ACS)	2004 (milhões de euros)	2005 (milhões de euros)
Contribuições empregados	10	11 (4 de empregados no activo; 7 de pessoal reformado)
Comparticipação SNS (transferências <i>opting-out</i> )	15	15,5 (7 de empregados no activo; 8,5 de pessoal reformado)
Transferências da empresa	35	38,5 (4 de empregados no activo; 34,5 de pessoal reformado)
Total receitas	60	60

Fonte: PT Comunicações, 2004; PT Comunicações, 2005

As mudanças na gestão dos planos da PT-ACS têm contemplado:

1. O uso de instrumentos para aumento de receitas e controlo de custos através do estabelecimento de contribuições/quotas em função da idade e do rendimento, para beneficiários dos regimes especiais;
2. A delimitação dos direitos com duplas coberturas (para além da cobertura do SNS);
3. A diminuição das participações aos beneficiários, nomeadamente na componente de utilização de privados fora da rede de assistência e convencionada da PT-ACS;
4. A criação dos Planos Corporativos (com o fecho simultâneo de entradas de novos beneficiários nos outros planos por empresa).
5. O anúncio da extinção do *opting-out*.

A estratégia da PT-ACS parece responder à crescente pressão de gasto e ao facto da empresa participar com um elevado montante nas despesas de saúde de um número extenso de beneficiários do grupo, que apresenta ainda um elevado rácio de dependência.

O desenvolvimento de planos corporativos sugere um esforço de simplificação e redução de custos administrativos e eventualmente uma aposta numa rede de assistência e convencionada já construída e estável, e o principal plano (Plano tipo I) parece convergir para a estrutura de produto de seguro de grupo privado, que se posiciona explicitamente como complementar ao SNS. A evidência revela que não há interesse (pelo menos financeiro) por parte da PT em manter o protocolo de *opting-out*.

### **7.3.3. Os seguros de saúde privados voluntários**

O mercado de seguros de saúde insere-se dentro do ramo de seguros não vida, denominando-se no sector segurador como ramo doença. Compreende todos os seguros destinados à reparação de danos corporais, incluindo a incapacidade profissional, a morte por acidente ou a invalidez em consequência da doença (Autoridade da Concorrência 2004). No

contexto português os seguros de saúde são voluntários, e inserem-se num contexto de livre mercado em que se aplica a legislação geral do sector segurador<sup>29</sup>. O âmbito de análise do mercado de seguros de saúde é nacional, dados os sistemas de regulação autónomos existentes em diversos Estados membros da União Europeia, as limitações fiscais entre Estados, e a estrutura de canais de distribuição.

O mercado de seguros de saúde português é recente, datando do início da década de noventa e, em 2004, representava um valor de prémios de 340 milhões de euros (na componente de seguro directo).

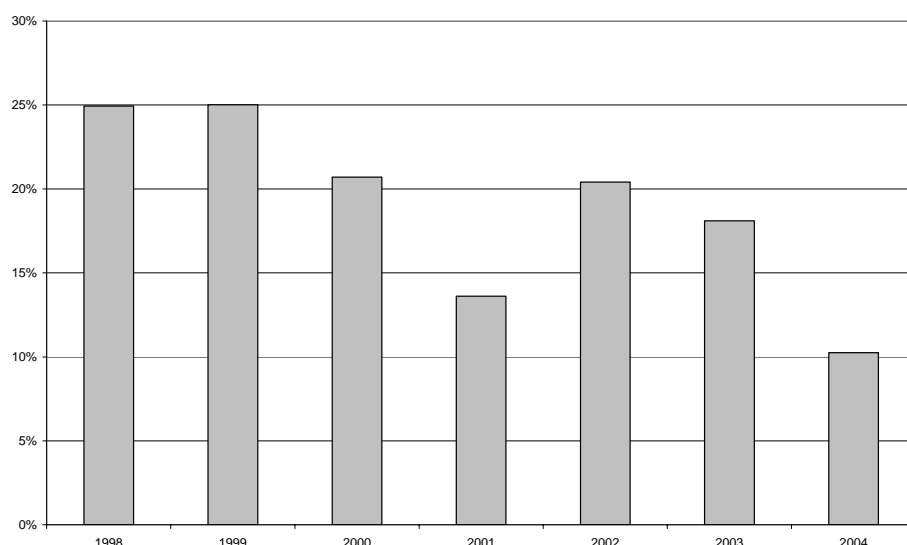
Esta secção analisa o mercado e apresenta evidência de como este tem crescido a elevadas taxas (com aumento sustentado do número de segurados e do valor médio dos prémios), ainda que a oferta de produtos tenha um carácter limitado, posicionando-se maioritariamente como complemento à actividade do SNS. Dada a diversidade de produtos e benefícios disponíveis, apresenta-se uma caracterização genérica com recurso a informação específica e a exemplos, quando relevantes. A informação é apresentada na seguinte sequência: dimensão do mercado, tipologia de clientes, produtos disponíveis, prémios, e características de gestão. Uma análise mais detalhada e com maior informação sobre o mercado de seguros privados está disponível no anexo 14.

Apesar da recessão económica nos últimos anos, o mercado de seguros de saúde tem crescido a bom ritmo, com taxas superiores a 10% ao ano, como se observa na figura 8, graças a um aumento, na última década, do número de segurados e do valor médio dos prémios. Contudo, estas taxas de crescimento aplicam-se a uma base populacional reduzida, dado tratar-se de um mercado recente. Em 2004, este mercado representava 3,2% do mercado total de seguros e 7,8% do ramo de seguros não vida (Instituto de Seguros de Portugal 2005); o número de beneficiários aumentou 1,4%, e o preço médio por pessoa 9%, havendo aproximadamente 1,7 milhões de segurados (Instituto de Seguros de Portugal 2005).

---

<sup>29</sup> Existe, no entanto, um conjunto de produtos potencialmente equiparáveis aos seguros de saúde que estão fora da jurisdição do regulador.

**Figura 8 – Taxas de crescimento anual dos prémios brutos emitidos (milhões de euros)**



Fonte: Instituto de Seguros de Portugal, 2005

Em 2004, o mercado de seguros de saúde tinha 1.757.749 segurados, dos quais 51% eram clientes individuais e 49% eram beneficiários via seguros de grupo.

Não há evidência de que as seguradoras estejam a aplicar mecanismos de selecção directa de clientes, dado que a aceitação de clientes individuais se baseia normalmente no preenchimento de um questionário médico, sendo raramente requeridos exames médicos<sup>30</sup>; a existência de doenças prévias pode não invalidar a subscrição da apólice, mas sim a exclusão de cobertura de um elevado número de riscos; algumas companhias permitem o acesso a formulários, simulações e inscrições por via *online* (exemplo da Medis); os grupos populacionais mais idosos e mais pobres e que concentram os riscos são aqueles com menor capacidade de comprar um seguro de saúde; e não há evidência de queixas de consumidores à DECO no que concerne à recusa de contratos (Nunes, 2006). Contudo, há exclusão indirecta de clientes pela ausência de oferta de produtos para os mais idosos, pela ausência de cobertura para múltiplos serviços de saúde, e pela cuidada exclusão de certos benefícios nos contratos. Por isso, a própria estrutura dos produtos oferecidos no mercado de seguros não parece levar à necessidade de selecção directa de clientes.

As seguradoras no mercado português oferecem produtos de carácter limitado, no que toca à extensividade das coberturas e à tipologia de oferta de produtos e benefícios. Esta oferta é consistente com a visão do próprio sector segurador, que se define como complementar e suplementar ao SNS (Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, 2005) (Martins, 2006).

<sup>30</sup> No entanto, as seguradoras podem sugerir prémios adicionais para produtos standard no caso de indivíduos com características especiais de risco (por exemplo, um indivíduo que declare ser fumador e ter alto nível de colesterol).

De acordo com o INS 2005/2006 e outras fontes de informação (INSA e INE, 2006 e Instituto Nacional de Estatística, 2006), os contratos básicos dominantes assentam na cobertura de internamento e cuidados hospitalares, e na cobertura de tratamento ambulatorio e consultas especializadas, excluindo tendencialmente a cobertura de todos os outros tipos de cuidados de saúde. O peso deste tipo de contratos no total aumentou entre 1998/1999 e 2005/2006 (comparando a informação dos INS (INSA, 2001; INSA e INE, 2006)). O segmento de mercado com produtos mais extensivos na cobertura e caros tem uma reduzida dimensão relativa.

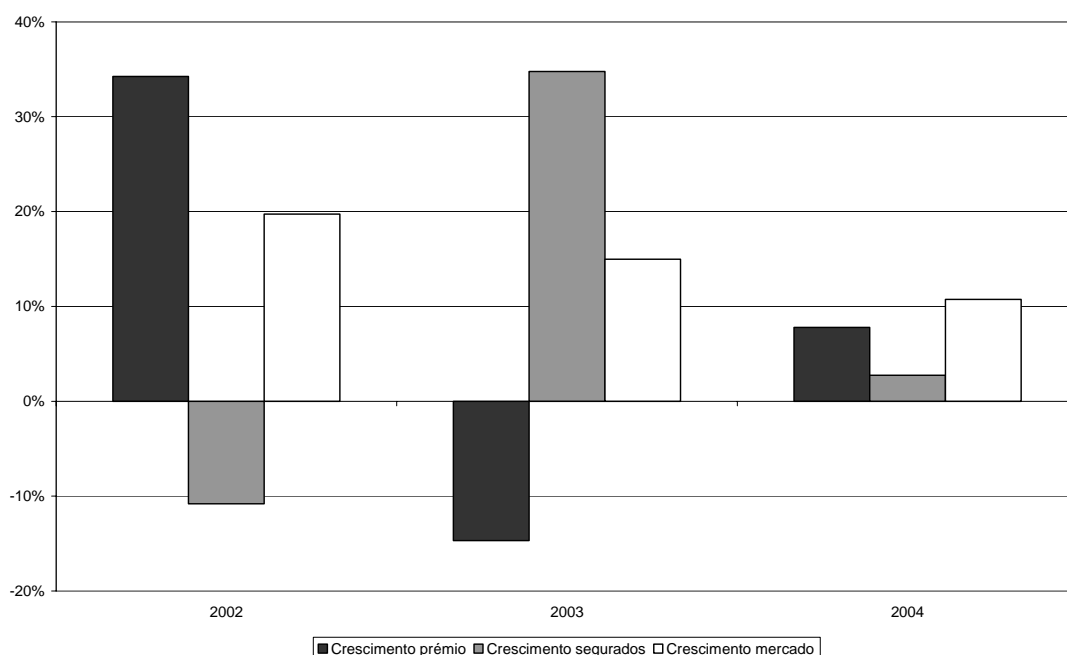
Em consonância com a tipologia de produtos oferecida no mercado português, os prémios de seguro variam essencialmente com a idade, mas há alguns ajustamentos eventuais pelo número de subscritores de uma família (descontos de grupo), pelo número de produtos acedido num banco (descontos de fidelização), pelos contratos de seguros de grupo (negociação pela carteira e condições de acesso), e eventualmente pelo estado de saúde do indivíduo (custos extra).

O Estado co-financia o mercado de seguros privado através dos benefícios fiscais em sede de IRS e IRC. Em sede de IRS, há dois tipos de co-financiamento: via despesas directas em saúde e via prémios de seguros de saúde. Os benefícios fiscais em seguros de saúde perfizeram o valor de 24 milhões de euros em 2004, o que é um valor não negligenciável face à dimensão deste mercado. No contexto da União Europeia, os benefícios fiscais para seguros e despesas de saúde em Portugal são bastante generosos, o que tem incentivado os gastos privados em seguros de saúde, assim como tem contribuído para a regressividade no financiamento do SNS (Pereira, 1998, e Oliveira e Pinto, 2005).

O sector de seguros da saúde é o sector do ramo não vida com maior nível de concentração, sendo um dos segmentos com maior crescimento, e a maioria das empresas a operar neste mercado tem aumentado o seu volume de negócios e auferido lucros.

Enquanto que em 2004 o mercado cresceu em termos de prémio médio e de segurados, em 2002 cresceu principalmente via alteração de tarifários, e em 2003 cresceu via aumento de beneficiários (ver figura 9). A análise desta informação deve ser muito cautelosa, dado que os dados agregam uma multiplicidade de produtos e prémios, para além das empresas do sector serem bastante heterogéneas em termos de carteira de produtos e clientes.

**Figura 9 – Crescimento via preço vs. crescimento via quantidade vs. crescimento total de mercado (taxas de crescimento anuais)**



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Instituto de Seguros de Portugal

Os fluxos financeiros directos entre o SNS e as seguradoras são restritos mas não negligenciáveis, e tendem a incidir na prestação de serviços dos hospitais às seguradoras<sup>31</sup>. Isto é consistente com o facto dos seguros de saúde serem apresentados como complementares ao SNS e reflecte o tipo de benefícios prestados pelos seguros. O quadro 14 espelha as coberturas dos seguros disponíveis no mercado português, com grande preponderância nas componentes de internamento, ambatório e consultas.<sup>32 33</sup> A única componente que tende a ser dominada pelo SNS é a hospitalar, o que implica pagamentos esperados das seguradoras ao SNS. Como foi referido anteriormente, o mercado de seguros tende a ser influenciado pelas características da prestação privada.

<sup>31</sup> Os fluxos financeiros entre as seguradoras e o SNS reflectem factores como: tipologia de produtos cobertos pelas seguradoras; da composição do mercado de seguros por assistência ou por reembolso; o posicionamento do mercado de seguros como complementar ou suplementar ao SNS; o grau de utilização dos seguros dos prestadores públicos (por exemplo, alas privadas dos prestadores públicos) e se esses custos são efectivamente cobrados às seguradoras; a dimensão e presença do sector de prestação privado nas várias áreas de saúde.

<sup>32</sup> De notar que a componente de despesa dos seguros relativa a cuidados prestados no ambatório mais do que duplicou entre 2000 e 2003.

<sup>33</sup> A tabela confirma que os seguros de saúde só em muito reduzida proporção cobrem custos de fármacos, de exames de diagnóstico, de prevenção, de aparelhos médicos e de cuidados continuados.

**Quadro 15 – Despesa corrente na saúde por actividade prestadora e financiada pelos seguros privados (10<sup>3</sup> euros), em 2003**

<b>Actividade prestadora</b>	<b>Valor</b>
Hospitais	88,794
Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados	-
Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório	144,344
-Consultórios ou gabinetes médicos, de medicina dentária, de outros prestadores de cuidados de saúde e prestadores de serviços de cuidados de saúde domiciliários	60,233
-Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (SNS)	965
-Outros centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório particulares com e sem fins lucrativos	56,279
-Laboratórios médicos e de diagnóstico	26,867
-Outros fornecedores de cuidados de saúde em ambulatório	-
Venda a retalho e outros fornecedores de artigos médicos	23,141
-Farmácias	9,446
-Todas as outras vendas de bens médicos	13,695
-Provisão e administração de programas de saúde pública	-
Administração e seguros de saúde em geral (=outros seguros privados)	28,802
Todas as outras actividades e Resto do Mundo	-

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2006

É importante notar que sempre que há litígio de pagamentos entre seguradoras e entidades públicas, as primeiras invocam a cláusula constitucional sobre o acesso universal e tendencialmente gratuito ao SNS e no facto do SNS ser financiado pelo sistema geral de impostos. Note-se que o relatório e contas do SNS apresenta grandes níveis de dívidas das seguradoras para com algumas instituições do SNS (Ministério da Saúde, 2005), nomeadamente cerca de 57 milhões de euros de dívidas a hospitais do SNS no final de 2003<sup>34</sup>. Sabe-se ainda que nem sempre os serviços públicos registam ou cobram a utilização de infraestruturas públicas pelos privados.

Há um conjunto de questões no mercado de seguros que remete para a actuação dos reguladores da área. Em primeiro lugar, parece justificar-se uma maior atenção do regulador sobre as condições de renovação dos contratos anuais. Em segundo lugar, com o crescente peso da *bancassurance* como canal de distribuição, representando 50% do mercado, (Autoridade da Concorrência 2004), as seguradoras passam a ter

<sup>34</sup> O mesmo se tem aplicado à negociação entre alguns subsistemas e o SNS, que se recusam a pagar dívidas (caso do SAMS).

indirectamente acesso a informação privilegiada sobre segurados, o que pode implicar potencialmente uma selecção de clientes (e concomitante discriminação). Por último, existem produtos equiparáveis a seguro fora da jurisdição do Instituto de Seguros de Portugal (por exemplo, os Planos Corporativos da PT, os cartões de saúde que auferem desconto no acesso a redes da UniMed, os seguros de assistência e doença englobados em cartões de crédito), mas que são importantes na análise do sector e na defesa do consumidor.

A oferta é dominada por produtos básicos e de coberturas limitadas, e o sector tem revelado falta de interesse em entrar onde a cobertura do sector público é restrita. O sector não oferece produtos para grupos populacionais de risco (como sejam, por exemplo, os idosos).

Contudo, este é um mercado com grande capacidade de adaptação a novos contextos, ainda mais com a entrada recente de grandes grupos estrangeiros do sector segurador.

#### **7.3.4. Relação entre dupla cobertura, níveis de saúde e utilização**

Foi avaliado o impacto da dupla cobertura (subsistemas públicos, subsistemas privados e seguros de saúde privados) sobre dois aspectos de interesse: procura de cuidados de saúde e saúde da população abrangida, usando dados do INS 2005/2006 (ver anexo 13).

Os resultados evidenciam os seguintes elementos, após controlo por outros factores que influenciam a procura de cuidados de saúde e o estado de saúde (como, por exemplo, a idade, o género, a existência de condição crónica, situação profissional, e o nível de rendimento).

Em primeiro lugar, a cobertura de subsistemas públicos não tem um efeito claro de aumento da procura de consultas (medido pelo número total de consultas) nem de incentivo à utilização de medicamentos.

Em segundo lugar, a cobertura de subsistemas privados encontra-se associada a uma utilização mais intensiva de consultas, mas não a uma maior probabilidade de consumo de medicamentos.

Em terceiro lugar, o acréscimo de consumo de consultas não se reflecte num melhor estado de saúde auto-reportado (mesmo depois de ser padronizada a comparação com base na existência de condições crónicas ou de tratamento prolongado).

Em quarto lugar, não se encontram outros efeitos associados com a cobertura por subsistemas públicos que gerem um melhor estado de saúde dos seus beneficiários. Situação distinta ocorre no caso de subsistemas privados, em que essa cobertura surge associada com um melhor estado de saúde auto-reportado.



Em quinto lugar, quando se diferencia entre consultas de especialidade e consultas de clínica geral, alguns resultados distintos emergem. As coberturas por subsistemas, tanto públicos como privados, têm um efeito negativo sobre a probabilidade de realização de consultas de clínica geral, sendo a magnitude do impacto relativamente semelhante. Tal aponta para que se esteja na presença de um efeito de substituição de consultas de clínica geral por consultas de especialidade para os indivíduos que beneficiam de dupla cobertura por subsistema. Os resultados corroboram a percepção geral de que estas coberturas adicionais fornecem um melhor acesso a consultas de especialidade.

Os subsistemas públicos estão assim associados com uma maior utilização de consultas de especialidade, que ocorrem sobretudo no sector privado, sem que tal se encontre reflectido numa melhoria no seu estado de saúde. Ou seja, os mesmos resultados de saúde parecem poder ser obtidos com recurso ao SNS, com menores custos globais.

Em sexto lugar, a existência de cobertura de seguro privado aumenta a probabilidade de recorrer a consultas, facilitando o acesso a este tipo de cuidados médicos, mas diminui o número total de consultas de cada beneficiário. Em termos líquidos, há um aumento do número de consultas realizado, associado com a dupla cobertura providenciada pelo seguro privado, pois o primeiro efeito – maior acesso a consultas – domina o segundo – contenção da procura por cada beneficiário. Este resultado parece evidenciar um controlo na utilização por parte das seguradoras.

### **7.3.5. Conclusão**

Em suma, a análise desta secção indica que os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos e estão dependentes de uma alta componente de financiamento do Estado e das empresas. Em particular, o rácio da dependência constitui um elemento de pressão extra no gasto. A ADSE e a PT têm implementado um conjunto de medidas de forma a controlar a utilização e o gasto, e a aumentar as contribuições. Os subsistemas privados têm manifestado um desinteresse por constituir-se numa alternativa de cobertura integral ao SNS. O grupo PT parece estar a seguir uma estratégia de convergência para a estrutura de seguro de grupo.

O mercado de seguros voluntário tem registado uma expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS. Este é um sector lucrativo com um nível substancial de concentração que não tem mostrado interesse em segurar as populações com maior nível de risco, nem em oferecer extensivamente produtos para cobertura integral e alternativa ao SNS.

O acesso a cobertura de seguros privados e a alguns subsistemas está associado a um melhor estado de saúde auto-reportado, e tem privilegiado o acesso a consultas de especialidade.

A comparação de níveis de gasto indica um nível semelhante para a ADSE e para a PT (inferior à capitação do SNS), que é substancialmente superior ao nível de transferências de *opting-out* para a PT. Tendo em conta as coberturas oferecidas e as limitações de uso, os seguros privados parecem ser caros em relação às coberturas da ADSE e da PT.

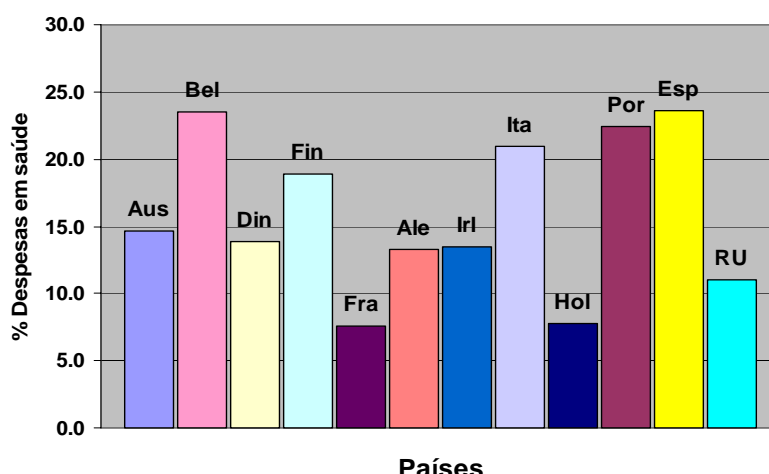
## **7.4. Os pagamentos directos**

### **7.4.1. Introdução**

Para além dos impostos, contribuições para subsistemas e prémios de seguros privados, os portugueses contribuem para o financiamento da saúde através dos chamados pagamentos directos. Estes pagamentos compreendem todo o financiamento que é efectuado no acto de consumo, ou seja, que está directamente relacionado com a utilização de cuidados. Como tal, os pagamentos directos são constituídos por um leque diversificado de despesas, como por exemplo, as consultas médicas prestadas no sector privado e não cobertas por seguro, as taxas moderadoras pagas pelos utentes no âmbito do SNS ou ainda, as despesas não comparticipadas com produtos farmacêuticos.

Nos últimos anos, as despesas directas em saúde têm vindo a aumentar em vários países europeus, como foi evidenciado no capítulo 1. Esta tendência é em grande parte consequência de políticas de racionamento que excluem alguns cuidados da cobertura pública (por exemplo, os cuidados dentários e certos medicamentos). No entanto, há casos também em que os montantes suportados directamente pelos utentes no âmbito do sistema público têm vindo a aumentar (Dixon e Mossialos, 2001). Em média, no ano de 2004, os cidadãos dos países que integravam a Europa dos 15 financiavam cerca de 16% das suas despesas de saúde directamente através de pagamentos no acto de consumo (OECD, 2006).

**Figura 10 – Despesas directas em percentagem das despesas totais em saúde em alguns países europeus (2004 ou ano mais próximo)**



Fontes: OCDE Health Data 2006; INE - Conta Satélite da Saúde, 2006

Como se depreende da figura 10, os pagamentos directos constituem uma importante fonte de financiamento do sistema de saúde português. Constituindo 22,5% das despesas totais em saúde, apenas a Espanha, Bélgica e Itália, dos países representados, se aproximam de Portugal no que toca a financiamento directo. Países como a França, Holanda e Reino Unido recolhem apenas cerca de 10% dos seus fundos directamente dos utentes.

A análise dos pagamentos directos em saúde levanta questões muito diversas, como por exemplo: quais as suas vantagens e desvantagens num sistema público universal? que evidência existe sobre o seu impacto no acesso a cuidados de saúde? qual o seu contributo real para políticas de contenção de gastos e eficiência? Estas questões – importantes que são – não podem ser analisadas aqui extensivamente. O objectivo será sobretudo apresentar informação sobre a experiência portuguesa<sup>35</sup>.

No sistema de saúde português existem variadas formas de pagamento directo, sendo o aspecto comum o facto do desembolso ser efectuado no momento do consumo. As principais formas são:

- 1) os pagamentos a prestadores privados por prestação de actos médicos, de enfermagem e paramédicos (por exemplo, consultas médicas num consultório, cuidados de enfermagem ou actos de fisioterapia);
- 2) os pagamentos efectuados na compra de aparelhos e material terapêutico;
- 3) as taxas moderadoras no âmbito do SNS;

<sup>35</sup> Com a importância que ultimamente tem sido dada a medidas que contemplam o aumento da participação directa do cidadão na sustentabilidade do sistema de saúde, convém contudo analisar os principais argumentos a favor e contra da utilização de pagamentos directos no sistema público. Para tal veja-se o anexo 14.

- 4) os pagamentos efectuados na compra de medicamentos, quer sejam de venda livre ou comparticipados parcialmente por uma entidade financiadora, normalmente o SNS.

Os prémios de seguro não são considerados pagamentos directos, já que não estão directamente relacionados com a utilização dos serviços. Tal raciocínio não terá já validade no caso das franquias em vigor em alguns seguros de doença, cujo pagamento já opera no acto de consumo.

A nossa análise incide particularmente sobre dois aspectos:

- a) as taxas moderadoras que operam no âmbito do SNS e a partilha de custos do consumidor no mercado de medicamentos do SNS;
- b) a análise da evolução e estrutura das despesas directas dos cidadãos, com base nos inquéritos aos orçamentos familiares do INE.

Esta análise serve essencialmente como enquadramento ao estudo de cenários e às recomendações dos capítulos finais.

## **7.4.2. Pagamentos directos no sistema público**

### **7.4.2.1 Taxas moderadoras**

As chamadas taxas moderadoras foram introduzidas no SNS português em 1980 através do Despacho n.º 57/80, de 29 de Dezembro. Este diploma limitou-se a actualizar as taxas previamente definidas, em 1971 no âmbito dos ex-Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência (SMS), para as consultas e para os serviços de visita domiciliária e ainda para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

Em 1986 foi aprovado o Decreto-lei n.º 57/86 de 20 de Março que desenhou o necessário enquadramento jurídico para a cobrança de taxas moderadoras no âmbito do SNS, argumentando o legislador que “tais taxas têm por fim racionalizar a procura de cuidados de saúde ... tendendo a evitar a sua utilização para além do razoável.”

Com a segunda revisão constitucional, em 1989, a introdução do conceito de um SNS, “tendencialmente gratuito [...] tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,” veio abrir o espaço necessário à implementação de diferenciação das taxas moderadoras de acordo com o rendimento familiar. Ainda assim, quando o Decreto-lei n.º 54/92, de 11 de Abril, foi publicado, este manteve a opção por taxas de valor fixo acompanhadas de um regime de isenção total para um conjunto alargado de utilizadores. O diploma definiu taxas moderadoras para i) os meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, ii) os episódios de urgência e para iii) consultas nos hospitais, centros de

saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Desde 1992 têm sido feitas actualizações pontuais às taxas moderadoras, a última das quais em 2006. A Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março, aprovou uma nova tabela das taxas moderadoras, revogando a Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro. No anexo 14 apresentam-se os valores das taxas moderadoras actualmente em vigor em comparação com os preços cobrados aos subsistemas de saúde para os mesmos actos e que pretendem ser uma aproximação aos custos dos cuidados. Por exemplo, a taxa moderadora das urgências nos hospitais centrais correspondem a 8,5€ enquanto o preço a cobrar aos subsistemas é de 143,5€. Daí se depreende que os valores das taxas são relativamente baixos face aos custos. A Portaria n.º 219/2006 estabelece ainda mais de três centenas de taxas a cobrar por actos de diagnóstico e terapêutica.

Este diploma de 2006 estipula que as taxas moderadoras devem ser cobradas no momento da admissão na urgência, da apresentação do utente na consulta ou da apresentação do utente para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica. As instituições e serviços do SNS devem providenciar os meios para a efectiva cobrança das taxas moderadoras, designadamente terminais de pagamento automático, e, nos casos de pagamento posterior, providenciar a possibilidade de pagamento através de Multibanco.

Já em 2007 o governo comprometeu-se, através do Orçamento de Estado, ao alargamento das taxas moderadoras ao internamento e cirurgia de ambulatório, estabelecendo taxas de 5€ por dia de internamento até ao limite de 10 dias e taxas de 10€ por cada acto cirúrgico realizado em ambulatório.

Três questões pertinentes colocam-se relativamente à aplicação de taxas moderadoras no SNS: 1) qual o impacto financeiro da cobrança; 2) quem são os cidadãos que beneficiam do regime de isenções; 3) como se compara a situação portuguesa nesta matéria com a experiência internacional.

No que toca ao primeiro assunto, os proveitos do SNS resultantes de taxas moderadoras foram sempre relativamente baixos. O quadro 16 apresenta o contributo das taxas moderadoras para o financiamento do SNS nos anos de 2004 e 2005.

**Quadro 16 – Contributo das taxas moderadoras para o financiamento da despesa do SNS - 2004 e 2005**

	2004	2005
<b>Total Hospitais SNS</b>	<b>53,959,436€</b>	<b>55,889,515€</b>
<b><i>Peso na despesa SNS</i></b>	<b><i>0,71%</i></b>	<b><i>0,70%</i></b>
<b>Total Centros Saúde (*)</b>	<b>19,860,361€</b>	<b>22,537,662€</b>
<b><i>Peso na despesa SNS</i></b>	<b><i>0,26%</i></b>	<b><i>0,28%</i></b>
<b>Total SNS</b>	<b>73,819,797€</b>	<b>78,427,177€</b>
<b><i>Peso na despesa SNS</i></b>	<b><i>0,97%</i></b>	<b><i>0,98%</i></b>

(\*) valores sub-estimados: não há informação para todas sub-regiões e períodos.

Fonte: Ministério da Saúde, 2006

Verifica-se que, quer num ano quer no outro, os valores de cobrança das taxas se situaram ligeiramente abaixo de 1% da despesa total do SNS, sendo a maior parte referente aos hospitais. A razão para estes valores serem relativamente baixos deve-se, provavelmente, à complexidade do sistema quer em termos de diferenciação de taxas, quer ao número de isenções previstas.

Relativamente à questão das isenções, reguladas actualmente pelo Decreto-lei nº 173/2003, dados do IGIF indicam que existem actualmente mais de 4,196 milhões de utentes do SNS que têm direito a isenção da taxa moderadora, o que corresponde a 38,8% do total de inscritos (quadro 17).<sup>36</sup> A maior fatia das isenções respeita a crianças até aos 12 anos de idade (35,8% do total), logo seguido dos pensionistas com pensão não superior ao salário mínimo nacional (31,8%) e pessoas com declaração médica definitiva, ou seja portadoras de doença crónica prevista no regime de isenções (13,6%). As outras categorias afectam isoladamente números relativamente baixos de cidadãos, constituindo na sua totalidade cerca de 18% do total das isenções.

<sup>36</sup> O valor de referência para o número de cidadãos inscritos no SNS usado no cálculo é de 10.827.724, valor que é superior à população residente. No caso de se usar a população residente em 31-12-2005 estimada pelo INE, 10.324.395 habitantes, a estimativa do número total de isentos eleva-se para 40,6%.

**Quadro 17 – Utentes isentos de pagamento das taxas moderadoras - 2006**

<b>Código Isenção</b>	<b>Motivo da Isenção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
201	Crianças até 12 anos de idade	1,501,210	35,8%
301	Beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes	10,624	0,3%
401	Beneficiários de subsídio mensal vitalício	8,106	0,2%
500	Pensionistas com pensão não superior ao SMN	1,334,410	31,8%
501	Pensionistas cujo rendimento do agregado familiar dividido por 2 é inferior ao SMN	51,984	1,2%
502	Dependentes de beneficiários do código 500 e 501	44,973	1,1%
601	Desempregados inscritos nos Centros de Emprego	185,535	4,4%
602	Dependentes de beneficiários do código 601	21,903	0,5%
701	Beneficiários de prestação de carácter eventual por situação de carência pagas por Serviços Oficiais	30,259	0,7%
702	Dependentes de beneficiários do código 701	5,989	0,1%
801	Internados em lares p/ crianças e jovens privados de meio familiar normal	6,031	0,1%
900	Trabalhadores por conta outrem que percebam rendimento mensal inferior ao SMN	109,330	2,6%
901	Trabalhadores por conta outrem cujo rendimento do agregado familiar dividido por 2 é inferior ao SMN	61,591	1,5%
902	Dependentes de beneficiários do código 900 e 901	54,081	1,3%
1001	Pensionistas de doença profissional com grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%	3,861	0,1%
1101	Dadores benévolos de sangue	160,606	3,8%
1201	Bombeiros voluntários	34,225	0,8%
1999	Declaração médica definitiva	572,019	13,6%
<b>TOTAL</b>		<b>4,196,737</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministério da Saúde

Nota: Dados referentes ao Continente e Açores

Não existem estudos que tenham avaliado a proporção de actos utilizados por pessoas isentas. Este valor, mais do que o número total de pessoas isentas, é importante para a tomada de decisão sobre eventuais alterações ao regime de isenções.

Finalmente, no que respeita à comparação com a situação internacional em matéria de pagamentos directos no âmbito dos serviços públicos de saúde, o quadro 18 resume a situação actual num conjunto de países da UE no que respeita a consultas médicas e internamento. Nos 11 países seleccionados, cinco (Dinamarca, Espanha, Itália, Grécia e Reino Unido) não aplicam pagamentos aos utilizadores quer para as consultas quer para o internamento. Os restantes países optam por taxas tanto num sector como noutro (com excepção de Portugal até 2007). Sistemas de reembolso como o francês e o belga optam por taxas percentuais nas consultas enquanto nos outros países as taxas constituem um valor fixo. No caso dos pagamentos para internamentos adoptam-se geralmente taxas fixas diárias com limite temporal, tal como está previsto para Portugal a partir de 2007.

Os valores das diárias variam entre 8,51€ na Suécia (sem limite temporal) e 60,00€ na Irlanda.<sup>37</sup>

**Quadro 18 – Pagamentos dos utilizadores para consultas e internamento em países da UE - 2006**

País	Consultas		Internamento	
Alemanha	SIM	10€ com limite (temporal)	SIM	10€ com limite (28 dias)
Bélgica	SIM	25% com limite (rendimento)	SIM	12,81€ por dia
Dinamarca	NÃO		NÃO	
Espanha	NÃO		NÃO	
França	SIM	30%	SIM	20%
Grécia	NÃO		NÃO	
Irlanda	SIM	Não aplicável a consultas de especialidade	SIM	60€ por dia com limite (10 dias)
Itália	NÃO		NÃO	
Portugal	SIM	2,05€ - 8,50€	NÃO	
Reino Unido	NÃO		NÃO	
Suécia	SIM	11€ - 32€	SIM	8,51€ por dia

Fonte: Mutual Information System on Social Protection in EU Member States and the EEA, European Union (2006)

#### 7.4.2.2. Medicamentos

Tal como noutros países, o campo onde os pagamentos directos têm assumido maior expressão no sistema público é o dos medicamentos. Em parte esta situação deve-se a taxas de comparticipação que no contexto europeu são comparativamente baixas e também à utilização relativamente elevada de fármacos pela população portuguesa<sup>38</sup>.

Comparado com outros países europeus a taxa de comparticipação dos medicamentos pelo sistema público em Portugal é relativamente baixa (Pinto e Miguel, 2006). Este facto, aliás, explicará uma parte substancial do elevado peso das despesas directas no nosso país, já que, como se viu atrás, os valores dispendidos nas taxas moderadoras são relativamente baixos. Como se pode verificar no quadro 19, que apresenta dados sobre a taxa média de comparticipação no mercado do SNS, os encargos dos

<sup>37</sup> Deve-se ainda notar que na maior parte dos países europeus não existem co-pagamentos no sistema público para os meios complementares de diagnóstico e urgências, tal como acontece em Portugal. Entre os países que aplicam tais pagamentos no primeiro caso estão a França, a Alemanha e a Itália e, no segundo, a Irlanda.

<sup>38</sup> Ver anexo 14 sobre as principais alterações que se verificaram no sistema de comparticipação de medicamentos ao longo dos anos.



utentes rondam os 31% do preço de venda dos medicamentos. Este valor correspondia a um encargo médio por utente de 79,91€ no ano de 2004 com uma comparticipação correspondente do Estado de 177,42€.

**Quadro 19 – Taxa média de financiamento de medicamentos no mercado do SNS (%) e consumo *per capita* de medicamentos (em euros)**

	2000	2001	2002	2003	2004
Taxa média de financiamento					
Comparticipação SNS	68,3%	69,0%	69,7%	69,4%	68,9%
Encargo do utente	31,7%	31,0%	30,3%	30,6%	31,1%
Consumo <i>per capita</i>					
Comparticipação SNS	141,88€	152,17€	158,98€	162,36€	177,42€
Encargo do utente	65,85€	68,26€	69,26€	71,43€	79,91€

Fonte: Infarmed Estatísticas do Medicamento, 2004

O mercado do SNS representava, em 2004, 64,4% do mercado total de medicamentos, sendo que a restante parcela se dividia pelo mercado dos subsistemas públicos e privados (14,4%) e o restante mercado, particularmente medicamentos não sujeitos a receita médica (21,2%). Analisando a informação disponível por escalões de comparticipação, verifica-se que em 2004 os encargos do SNS concentravam-se particularmente no escalão B (59%) e no escalão C (30,5%), com o escalão D a assumir uma parcela residual (menos de 0,1%) (Infarmed, 2004).

Tal como no caso das taxas moderadoras importa também aqui evidenciar o impacto dos benefícios especiais para certos grupos de utentes (quadro 20). Em termos de comparticipação do SNS o regime especial de pensionistas representa 53,5% do total das comparticipações. Os utentes deste regime suportam uma taxa média de co-seguro de 23,6%, em comparação com os 38,5% dos utentes do regime normal. O custo médio por embalagem para os utentes do regime de pensionistas é de 4,00€, o que contrasta favoravelmente com os 6,02€ do regime normal.

Os regimes especiais de cobertura das despesas com medicamentos em ambulatório onde a comparticipação do Estado é de 100%, - doenças profissionais, paramiloidose e outros – representam uma fatia muito pequena da comparticipação global do Estado. Em 2004, estas despesas representavam apenas 0,6% de todos os encargos do Estado com os medicamentos em ambulatório.

**Quadro 20 – Distribuição do consumo de medicamentos por grupos de utentes no mercado de medicamentos prescritos do SNS - 2004**

	Regime normal	Pensionistas	Doenças cobertas a 100%	Migrantes	Total
Valor total do mercado SNS (€)	1,027,797,954 50,8%	976,644,571 48,3%	12,893,672 0,6%	5,311,752 0,3%	2,022,647,949 100,0%
Encargos do SNS (€)	632,532,880 45,4%	745,882,218 53,5%	12,893,672 0,9%	3,246,008 0,2%	1,394,554,778 100,0%
Embalagens	65,694,359 52,8%	57,668,052 46,4%	730,459 0,6%	315,624 0,3%	124,408,494 100,0%
Comparticipação do utente					
Percentagem	38,5%	23,6%	0,0%	38,9%	31,1%
Custo médio por embalagem	6,02€	4,00€	0,00€	6,54€	5,50€

Fonte: Infarmed, Estatísticas do Medicamento, 2004

### 7.4.3. Análise das despesas directas em saúde em Portugal

Muito embora as despesas directas em saúde assumam um papel importante no financiamento do sistema de saúde português, existe relativamente pouca evidência sobre questões chave para a política de saúde. Em particular, como se viu atrás, a informação sobre as características sócio-demográficas e económicas das famílias que suportam as despesas é relativamente limitada. Sendo esta informação importante para avaliar o impacto de eventuais alterações nas políticas públicas quanto à participação do cidadão nas despesas – por exemplo, aumento das taxas moderadoras ou medidas de racionamento no SNS que impliquem maior utilização do sector privado – dedica-se aqui algum espaço.

Esta análise utiliza dados de três Inquéritos aos Orçamentos Familiares, realizados em 1980/81, 1989/90 e 2000. Estes inquéritos, realizados pelo INE, são de base populacional, com amostras representativas da população não institucionalizada do Continente. A sua metodologia está estabelecida internacionalmente e têm a vantagem de permitir uma abordagem analítica tendo em conta as características da população (por exemplo, a equidade). A utilização de informação de três períodos, permite não só estudar a estrutura da despesa privada em saúde, mas também a sua evolução. O inquérito de 2000 é o mais recente para o qual existem dados. Por facilidade de leitura, identificam-se os períodos dos inquéritos apenas com um ano: 1980, 1990 e 2000. Sendo a unidade de análise dos inquéritos o agregado familiar, as comparações entre agregados foram efectuadas em termos de adulto equivalente.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> As metodologias dos três inquéritos estão descritas em INE (1993), INE (1992) e INE (2002). Na nossa análise foram utilizadas as bases de dados micro. A escala de equivalência usada foi a da OCDE que atribui peso 1.0 ao primeiro adulto da família, 0,7 aos restantes adultos e 0,5 às crianças com menos de 14 anos. O número de agregados familiares inquiridos em cada inquérito foi o seguinte: 1980 – 8 039; 1990 – 9 640; 2000 –

No período em análise houve uma alteração substancial nos padrões de consumo da população portuguesa. Há, assim, grandes acréscimos no peso das despesas com habitação e aquecimento, com serviços médicos e de saúde e com transportes e comunicações. As despesas com produtos alimentares, continuando a ser a principal despesa, decrescem significativamente o seu peso relativo. Esta alteração do padrão de consumo, com uma diminuição do peso relativo dos chamados bens de primeira necessidade liberta rendimentos familiares para o consumo de outros bens, sendo típica de padrões de consumo de países desenvolvidos.

O peso crescente das despesas de saúde no bolso dos consumidores é notório. Em 1980 estas despesas representavam 2,9% de todos os desembolsos dos consumidores tendo o seu peso crescido para 3,3% em 1990 e 5,9% em 2000. Cada “adulto equivalente” despendia, em 2000, 81.753 escudos para cuidados de saúde, valor esse que era 2,8 vezes superior, em termos reais, ao valor médio despendido no ano de 1980. Constata-se assim que, muito embora o principal acréscimo das despesas em saúde em Portugal se deva ao crescente peso as despesas públicas, particularmente a partir de 1995, as despesas directas em saúde também têm onerado significativamente o bolso dos consumidores.

Durante o período 1980-2000 verificou-se também uma alteração acentuada na estrutura das despesas directas em saúde. Como se pode constatar no quadro 21, a alteração mais significativa ocorreu nas despesas com medicamentos e outros produtos farmacêuticos e nas despesas com serviços médicos, enfermagem, paramédicos e outros. As despesas com medicamentos viram o seu peso relativo descer de 64% do total das despesas directas em saúde, para 49% em 1990, e 48%, em 2000. Em sentido oposto, as despesas com serviços médicos, enfermagem, paramédicos e outros, que em 1980 representavam 25% das despesas directas em saúde, passaram a representar, em 1990 e 1995, 34% e 36%, respectivamente.

---

7 083. Alguns dos dados apresentados para os períodos mais antigos foram publicados em Pereira (1996), Castilho (1999) e Castilho e Pereira (2000).

**Quadro 21 – Evolução da estrutura da despesa directa em saúde por adulto equivalente, 1980,1990 e 2000**

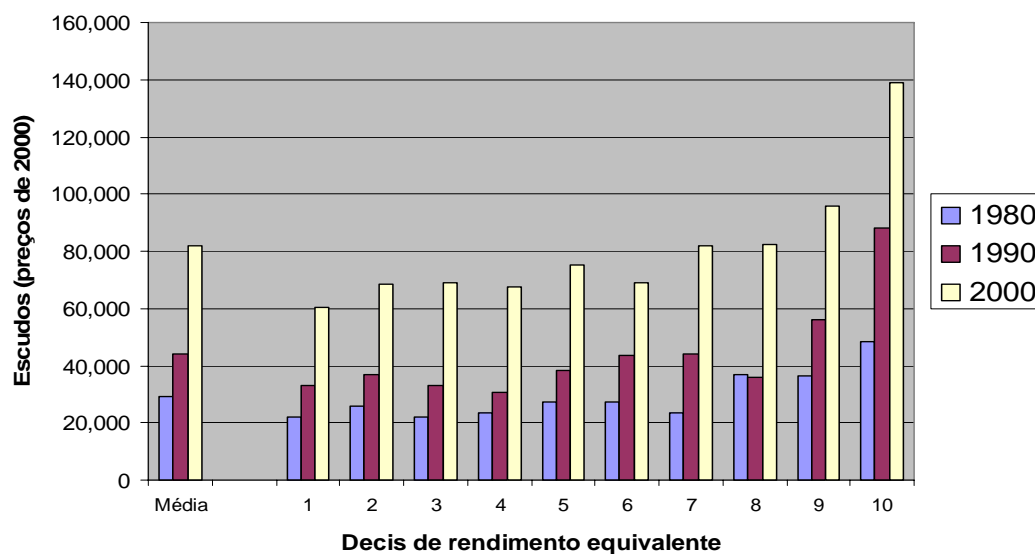
<b>DESPESAS DE SAÚDE</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>
Total pagamentos directos	100%	100%	100%
Medicamentos	63,8%	49,1%	48,0%
Aparelhos e material terapêutico	4,8%	9,8%	10,3%
Serviços médicos, enfermagem, paramédicos e outros	25,1%	33,7%	35,7%
Cuidados hospitalares	5,5%	6,4%	4,8%
Seguros de acidente e doença	0,2%	0,5%	1,1%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos IOF

A evolução das outras categorias de despesa traduz alterações menos importantes na sua estrutura, mas, a partir de 2000, e tendo por base a Conta Satélite da Saúde, denota-se um acréscimo significativo no peso dos seguros de saúde (INE, 2006)

Uma questão importante – particularmente do ponto de vista da equidade do financiamento do sistema de saúde – consiste em saber como as despesas em saúde se distribuem por famílias com diferentes rendimentos. A figura 11 revela que as despesas directas em saúde aumentaram entre 1980 e 2000 para todos os grupos de rendimento. Uma análise detalhada dos acréscimos indica que estes foram ligeiramente menores nas famílias de mais baixos rendimentos. Constata-se também que, em todos os períodos, as despesas em saúde aumentam à medida que aumenta o rendimento das famílias. No entanto, o diferencial por grupos de rendimento não é estritamente linear, verificando-se, por exemplo em 2000, que as despesas de saúde dos 2º a 8º decis são relativamente uniformes. As famílias englobadas nestes decis detinham rendimentos familiares líquidos que variavam entre 1 milhão a 2,5 milhões de escudos.

**Figura 11 – Evolução das despesas em saúde por decis de rendimento em 1980,1990 e 2000, a preços constantes**

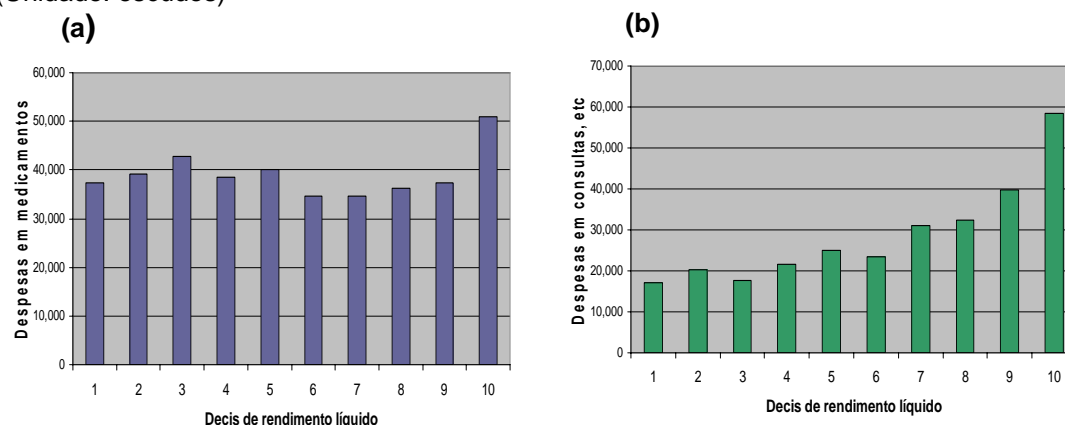


Fonte: Elaboração própria

Este perfil de despesa por rendimento familiar é fruto de perfis marcadamente diferentes para cada uma das componentes de despesa. Por exemplo, considerando as duas maiores categorias de despesa – os medicamentos e as consultas médicas, serviços de enfermagem e outros actos em ambulatório – denota-se que as despesas em medicamentos variam muito pouco de acordo com o rendimento familiar, enquanto nos actos em ambulatórios o nível de despesa está fortemente associado ao rendimento familiar (figura 12, a e b).

**Figura 12 – Despesas directas em (a) medicamentos e (b) consultas e outros actos em ambulatório, por decil de rendimento - 2000**

(Unidade: escudos)



Fonte: Elaboração própria

Estes dados sugerem que a despesa em medicamentos deverá ser altamente regressiva em Portugal, o que efectivamente se confirmou numa análise efectuada da progressividade dos pagamentos<sup>40</sup>. Estimaram-se índices de progressividade de Kakwani inferiores a -0,3 em todos os períodos, indicando que, em termos relativos, serão os agregados mais pobres que suportam o maior encargo com o financiamento dos medicamentos. As despesas com aparelhos e material terapêutico bem como as despesas com serviços médicos, de enfermagem, paramédicos e outros aumentaram significativamente o seu nível de regressividade entre 1980 e 2000. As despesas com cuidados hospitalares também evoluíram no mesmo sentido, embora começando no início do período por ser altamente progressivas – sinal de que eram efectuadas sobretudo por famílias de rendimentos mais elevados – para valores próximos da proporcionalidade. Apenas as despesas com os seguros de doença são altamente progressivas em todos os períodos, sugerindo que serão pagas essencialmente pelos agregados mais ricos.

Em relação à soma das despesas directas em saúde, verifica-se que também são particularmente regressivas (-0,222 em 2000), sobretudo quando avaliadas no contexto internacional (cf. Wagstaff *et al*, 1999). Os dados demonstram ainda que após um período em que o nível de regressividade tendia para valores mais baixos, este voltou a aumentar na década de noventa. Parece claro, portanto, que tal como noutros países, as despesas directas tendem a onerar desproporcionalmente a bolsa de famílias mais pobres. A razão principal para esta situação prende-se com a regressividade das despesas com medicamentos. Os dados não permitem aferir com exactidão o impacto sobre a equidade dos pagamentos no sector público – taxas moderadoras e encargos com medicamentos – sendo provável, todavia, por força das isenções por categoria social no caso das

<sup>40</sup> Sobre a progressividade dos pagamentos directos ver o anexo 14. Foi usado o método das curvas de concentração e o índice de progressividade de Kakwani (1977). Veja-se explicação desta abordagem no capítulo 8 e anexo 15.

taxas moderadoras, que nesse âmbito a regressividade seja mais atenuada que no caso dos medicamentos.

#### **7.4.4. Conclusão**

Os pagamentos directos constituem uma importante fonte de financiamento do sistema de saúde português. Representavam cerca de 22% das despesas totais em saúde em 2004. Embora nos últimos anos vários países, incluindo Portugal, tenham procurado formas de aumentar a participação directa do cidadão para garantir a sustentabilidade do financiamento da saúde, o recurso a pagamentos directos levanta sempre questões muito polémicas.

Tanto os defensores como os detractores do financiamento directo podem encontrar argumentos válidos para o seu ponto de vista particular. Em última análise, porém, a opção por maior ou menor recurso à participação directa dos utentes dependerá de escolhas políticas e de pressões orçamentais.

A evidência nacional analisada aponta para o impacto orçamental das taxas moderadoras ser relativamente pequeno, o que se deve, muito provavelmente, à complexidade do sistema de pagamento e à extensão das isenções, que abrangem grupos muito variados da população. No contexto europeu, o recurso a taxas de utilização nas consultas e internamento varia muito de país para país, sendo que Portugal se aproximou recentemente dos países que mais recorrem a este tipo de financiamento.

É no sector do medicamento, contudo, que a participação dos utentes é relativamente elevada, o que se deve por um lado, a taxas de comparticipação comparativamente baixas, com poucas isenções de pagamento, e por outro lado, a níveis de utilização de fármacos pela população portuguesa que são relativamente elevados.

A análise dos dados de inquéritos aos orçamentos familiares demonstrou, ainda, que os pagamentos directos, na sua globalidade, são altamente regressivos. Esta situação deve-se em primeiro lugar ao facto de as famílias mais pobres suportarem uma maior carga de doença, o que as leva a serem consumidores mais intensivos de cuidados. Contudo, a regressividade poderá também ser resultado de mecanismos relativamente fracos de protecção das despesas dos grupos mais pobres. Num período em que o nível de regressividade das despesas em saúde parece ter vindo a aumentar, é importante que eventuais medidas que visem a sustentabilidade, por via das despesas directas, sejam suficientemente flexíveis para não agravar a situação dos mais carenciados e que, eventualmente, corrijam essa situação.

## 8. O sistema fiscal e as deduções com as despesas em saúde

### 8.1. Introdução

Uma característica fundamental – mas pouco debatida – do financiamento da saúde em Portugal é a sua inter-relação com o sistema fiscal. Através do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), os contribuintes podem recuperar, em qualquer ano, uma parte substancial das despesas directas e prémios de seguros de saúde que desembolsaram no ano anterior. Para o Estado, este benefício fiscal significa uma perda de receita.<sup>41</sup>

Em última análise, o benefício proporcionado aos contribuintes equivale a despesa pública em saúde, financiada através do sistema geral de impostos. Aliás, nos sistemas modernos de Contas Nacionais, tais como a Conta Satélite da Saúde (INE, 2006) é assim que é tratada a dedução fiscal em saúde.<sup>42</sup>

De acordo com Gouveia (1997), o sistema fiscal tem essencialmente três objectivos: o financiamento das despesas do Estado; a promoção de equidade na repartição de rendimentos e bem-estar; e o (des)incentivo a comportamentos considerados (in)desejáveis. O último destes objectivos motivou, em 1989, com a introdução do IRS, o alargamento considerável das deduções fiscais ligadas às despesas de saúde. O governo pretendia, na altura, incentivar o crescimento do sector privado em saúde e também prevenir a evasão fiscal através de um sistema que encorajasse a emissão de recibos.

Porém, Portugal tornou-se num dos países mais generosos em matéria de deduções fiscais na área da saúde. Seria de esperar, por isso, que o seu impacto fosse sobejamente conhecido, mas na realidade o assunto tem sido pouco estudado e sobretudo tem estado ausente do debate público. Daí que se analise neste capítulo até que ponto o regime de deduções fiscais em saúde, presente no IRS, tem contribuído para os dois primeiros

---

<sup>41</sup> Note-se que a legislação portuguesa não define este caso como um “benefício fiscal” mas como uma “dedução”. No entanto, o seu tratamento fiscal é precisamente igual a vários “benefícios fiscais”, tais como as contas poupança reformado ou donativos a instituições religiosas. No presente capítulo, utilizamos o termo benefício fiscal não em termos estritamente formais mas sim para indicar excepções às regras fiscais que trazem um benefício a determinado grupo de contribuintes.

<sup>42</sup> Esta perspectiva, explicará muito provavelmente uma parte não negligenciável das alterações verificadas no peso relativo das despesas públicas e privadas em saúde entre a década de 90 e os anos mais recentes (cf. o ponto 6.1 deste relatório). Aquilo que antes era contabilizado como despesa privada é hoje tratado como despesa pública. Não se quer com isto dizer que o ritmo superior de crescimento das despesas públicas em saúde seja inteira ou maioritariamente o produto de alterações metodológicas nas contas da saúde. No entanto, uma parte (até agora não quantificada) desse crescimento deve-se precisamente a mudanças na classificação das despesas privadas que são subsidiadas pelo sistema fiscal



objectivos do sistema fiscal acima enunciados.<sup>43</sup> Em particular, procurar-se-á medir (i) qual o impacto orçamental do regime para as contas do Estado e (ii) qual o seu impacto redistributivo passado e actual.

No que se refere ao segundo aspecto, que é essencialmente uma questão de equidade, a análise baseia-se nos dados dos IOF. Trabalhos anteriores realizados em Portugal sobre esta questão verificaram que a dedução fiscal em saúde torna o IRS menos progressivo, como também reduz a equidade do financiamento da saúde, pois são os agregados mais ricos da população que maior benefício obtêm (Pinto e Santos, 1993; Gouveia, 1997; Sousa, 2000; Pereira e Sousa, 2001). A análise aqui empreendida é mais extensa e actual que a de trabalhos anteriores. Acima de tudo, investiga um aspecto fundamental que é o dos cidadãos que embora realizando despesas de saúde, não têm qualquer acesso ao benefício fiscal pelo facto de os seus rendimentos declarados serem tão baixos que não são colectáveis.

Neste capítulo descrevem-se, no ponto 8.2, as principais modalidades de benefício fiscal em saúde, estudando, nomeadamente, a experiência de outros países neste domínio; no ponto 8.3 delimita-se o âmbito e as características do caso concreto dos impostos sobre o rendimento das pessoas singulares em Portugal, desde 1980 até ao momento presente; no ponto 8.4 mede-se o impacto financeiro das deduções fiscais associadas às despesas de saúde em termos da redução de fundos disponíveis para financiar as actividades do Estado; no ponto 8.5 efectua-se uma análise empírica da progressividade/regressividade das deduções fiscais em saúde em Portugal. A parte final do capítulo apresenta uma discussão dos resultados e as suas implicações políticas<sup>44</sup>.

## **8.2. Modalidades de benefício fiscal e despesas de saúde**

Os benefícios fiscais constituem, pela sua própria natureza, excepções às regras gerais de tributação. A justificação mais frequentemente avançada para a sua adopção baseia-se na existência de efeitos externos positivos e na consequente necessidade de induzir comportamentos cooperativos dos agentes envolvidos. O Estado poderá criar benefícios fiscais porque pretende promover a eficiência, porque pretende incentivar a provisão de bens ou serviços com interesse público, ou por outras razões.

Os benefícios fiscais assumem as mais variadas formas, como sejam as isenções de imposto, as deduções, as reduções de taxa, os créditos fiscais. No campo da saúde é frequente encontrar situações de tratamento fiscal excepcional. Por exemplo, em Portugal os actos médicos personalizados estão isentos de IVA e os bens de saúde são essencialmente tributados a

---

<sup>43</sup> Não existem elementos disponíveis que nos permitam avaliar cabalmente o terceiro objectivo.

<sup>44</sup> No anexo 15 apresenta-se em detalhe a metodologia usada para medir a progressividade ou regressividade da dedução fiscal em saúde nos impostos sobre o rendimento. A metodologia recorre a índices de concentração do tipo Gini e Kakwani, analisando assim a equidade vertical do sistema de financiamento da saúde.

uma taxa especial de 5%. Também na tributação dos lucros das empresas existe a possibilidade de deduzir despesas com seguros de saúde. Este benefício, realizado em Portugal através do IRC, é oferecido em moldes semelhantes em vários outros países, sendo as despesas das empresas com seguros consideradas custos ou perdas do exercício.<sup>45</sup> No entanto, de entre os benefícios fiscais ligados à saúde, aquele que, no caso português, nos parece mais relevante para a questão da sustentabilidade do financiamento do sistema de saúde é o que opera no âmbito da tributação pessoal do rendimento. Antes de considerar as suas características chave e evolução temporal, importa aqui resumir, ao nível conceptual, as diferentes modalidades de benefício fiscal que podem ser utilizadas relativamente às despesas privadas em saúde no âmbito dos impostos sobre o rendimento das pessoas singulares (Gouveia, 1997).

Uma primeira questão relaciona-se com a *extensão das despesas em saúde* que podem ser consideradas para efeitos do benefício fiscal. O sistema pode considerar as despesas na totalidade, aceitar apenas certos tipos (por exemplo, as despesas com consultas e internamentos e a exclusão de medicamentos e actos de diagnóstico), ou então considerar uma determinada percentagem das despesas realizadas pelos contribuintes.

Em segundo lugar, o sistema fiscal pode estabelecer *limites mínimos e limites máximos* aos benefícios. Os limites tanto podem ser definidos em termos das próprias despesas, como em função de outros atributos, nomeadamente o rendimento. O estabelecimento de limites máximos às despesas consideradas para benefício é muito frequente no sistema fiscal português, sendo esse o caso, por exemplo, das despesas com prémios de seguros de saúde. Pode-se, no entanto, estabelecer um limite mínimo abaixo do qual não há direito a qualquer benefício. Neste modelo, adoptado em vários países, parte-se do princípio que apenas aquelas despesas consideradas em excesso relativamente a uma norma devem ser subsidiadas. Os limites são tipicamente definidos em termos de uma percentagem do rendimento, significando que o sistema fiscal considera que o benefício serve essencialmente para protecção do rendimento das pessoas que, por via de doença, se vêm confrontadas com despesas de saúde muito elevadas.<sup>46</sup>

Finalmente, outra questão importante consiste em especificar a forma concreta de dedução: isto é, se o benefício fiscal toma a forma de uma dedução à matéria colectável ou de um crédito fiscal (dedução directa à colecta). No primeiro caso – que vigorou em Portugal entre a criação do IRS e 1999 – o sujeito passivo subtrai ao rendimento colectável o montante

---

<sup>45</sup>O artigo 38, n.º 2 do Código do IRC estipula o seguinte: “São igualmente considerados custos ou perdas do exercício até ao limite de 15% das despesas com o pessoal escrituradas a título de remunerações, ordenados ou salários, respeitantes ao exercício, os suportados com contratos de seguros de doença e de acidentes pessoais, (...).”

<sup>46</sup>Uma justificação alternativa, do ponto de vista económico, é a de que o limite mínimo serve como uma franquia. Nesta perspectiva o benefício fiscal é visto como um seguro de saúde suplementar oferecido pelo Estado e a “franquia” é usada para evitar o uso excessivo de cuidados.

das despesas em saúde calculando-se o imposto sobre o remanescente. Quando a totalidade das despesas em saúde é dedutível (como é o caso em Portugal), o regime de dedução à matéria colectável implica que o benefício fiscal seja equivalente à taxa marginal de imposto vigente no último escalão aplicado a cada sujeito passivo. Assim, um sujeito passivo situado no escalão de 20% recupera precisamente 20% das suas despesas de saúde, enquanto um sujeito passivo cujos rendimentos o situam no escalão de 40% recupera os correspondentes 40% das suas despesas.<sup>47</sup>

Na modalidade de crédito fiscal calcula-se primeiro o imposto devido pelo contribuinte sem qualquer correcção ao rendimento tributável e, posteriormente, subtrai-se à colecta uma percentagem das despesas em saúde. Também conhecida como dedução à colecta, esta modalidade é aplicada às despesas em saúde declaradas no IRS desde 1999. Se as despesas de saúde forem dedutíveis na totalidade, o sistema de créditos fiscais permite a todos os contribuintes recuperarem uma percentagem das suas despesas de saúde equivalente à taxa de dedução estipulada (30% no caso português). No limite, o crédito fiscal poderá ser rebatível se o valor do crédito for superior ao valor do imposto devido (por exemplo, um contribuinte com despesas de saúde elevadas e/ou um rendimento baixo). Neste caso, as regras fiscais podem limitar o crédito ao montante de imposto devido (como em Portugal) ou transformar o excesso num subsídio ao contribuinte.

O quadro 22 apresenta uma sinopse de como um conjunto de oito países, incluindo Portugal, enquadram os benefícios fiscais relacionados com as despesas e prémios de seguros de saúde nos respectivos impostos sobre o rendimento pessoal.

---

<sup>47</sup> Este exemplo admite a hipótese de que a dedução das despesas de saúde não provoca uma mudança de escalão.

**Quadro 22 – Tratamento fiscal das despesas em saúde em países seleccionados**

País	Dedução das despesas em saúde	Dedução dos prémios de seguros de saúde
Alemanha	Limite superior	Deduções com limite superior
Canadá	Créditos com limite inferior (3% do rendimento, ou montante fixo)	Sem dedução
Estados Unidos	À matéria colectável com limite inferior (7,5% do rendimento)	À matéria colectável com limite inferior
Espanha	Nenhuma	Nenhuma
França	Nenhuma	Nenhuma
Itália	Créditos com limite inferior	Crédito de 22% para seguros privados
Portugal	Crédito fiscal (30%), integral	Deduções limitadas
Reino Unido	Nenhuma	Nenhuma

Fonte: elaboração própria

Em Portugal, como já foi referido, em termos gerais, 30% das despesas de saúde elegíveis são deduzidas ao montante de imposto a pagar, na parte relativa ao que foi pago e não indemnizado por terceiros pagadores. Os seguros de saúde beneficiam de deduções relativamente pequenas truncadas por um limite superior.

Na Alemanha, são admitidas deduções para cuidados de saúde cujas despesas se qualificam como encargos financeiros excepcionais e deduções com limite superior para prémios de seguros, incluindo seguros de saúde.

No Canadá e Itália vigoram sistemas de créditos para as despesas em saúde, com um limite inferior. Esse sistema é extensível aos seguros de saúde privados no caso da Itália, mas no Canadá a dedução dos seguros não permitida.

Os Estados Unidos também adoptam o sistema de benefícios fiscais em saúde com limite inferior. No entanto, a dedução das despesas e seguros de saúde é feita à matéria colectável. O limite inferior acima do qual são admitidas deduções opera em relação ao rendimento, nomeadamente 7,5%.

Finalmente, é de assinalar que os códigos fiscais da Espanha, Reino Unido e França não admitem quaisquer deduções das despesas ou seguros de saúde no imposto sobre o rendimento. No Reino Unido vigorou um crédito fiscal relativamente aos seguros de saúde de pessoas acima dos 60 anos introduzido pelo governo de Margaret Thatcher mas abolido pelo governo de Tony Blair em 1998. Em Espanha vigorava até ao final da década de 90

um sistema de créditos fiscais para as despesas (15%) e seguros (10%), mas estes foram igualmente retirados, não havendo actualmente qualquer benefício fiscal.

Em conclusão, pode-se afirmar que o enquadramento fiscal das despesas e seguros de saúde no imposto sobre o rendimento varia muito de país para país. Desde logo, verifica-se que três dos oito países não admitem qualquer tipo de benefício fiscal. Nos restantes, as despesas são geralmente tratadas de forma diferente dos seguros de saúde, sendo estes últimos normalmente considerados no conjunto dos outros seguros e enfrentando um limite máximo de dedução. Três países adoptam limites mínimos para o abatimento do montante das despesas. Finalmente, apenas os Estados Unidos mantêm a modalidade de dedução ao rendimento colectável, optando os outros países, geralmente, pelos créditos fiscais.

### **8.3. Deduções fiscais associadas às despesas de saúde em Portugal**

Antes da reforma fiscal de 1989, as deduções fiscais relacionadas com a saúde limitavam-se a áreas como consultas, despesas cirúrgicas e internamento. Estas despesas, assim como os juros de dívidas contraídas para o pagamento de despesas em saúde, podiam ser deduzidas em 50% do seu valor no Imposto Complementar. Este imposto que incidia sobre o rendimento global líquido, comportava deduções ao rendimento de trabalho, dedução correspondente ao mínimo de existência e deduções para encargos de família de montante fixo, contemplando filhos, cônjuge e enteados. Adicionalmente, eram consideradas reduções ao rendimento colectável decorrentes das despesas em saúde acima referidas, excluindo portanto áreas importantes como os medicamentos (veja-se o quadro 23 que resume algumas das características das fases principais de evolução do tratamento fiscal das despesas com a saúde em Portugal).

A reforma fiscal de 1989 criou o IRS, passando-se, então, de um esquema de tributação misto, para uma forma de tributação única, na qual todos os rendimentos de um contribuinte são tributados por um imposto único. O rendimento global corresponde à soma dos rendimentos originários das várias fontes: rendimentos do trabalho dependente e independente, rendimentos comerciais e industriais, rendimentos agrícolas, de capitais, prediais, mais-valias, pensões e outros. Mas, o imposto tornou-se menos progressivo do que no caso do Imposto Complementar, onde a taxa marginal chegava a atingir 80%.

**Quadro 23 – Deduções das despesas em saúde aos impostos sobre as famílias (pessoas singulares)**

	1980	1990	2000
<b>Base de imposto</b>	Rendimentos dos prédios rústicos e urbanos, da indústria agrícola, da actividade comercial e industrial, do trabalho, incluindo abonos e pensões, da aplicação de capitais, pensões e rendas temporárias ou vitalícias.	Rendimentos do trabalho dependente e independente, rendimentos comerciais e industriais, rendimentos agrícolas, de capitais, prediais, mais-valias, pensões e outros rendimentos	Rendimentos do trabalho dependente e independente, rendimentos empresariais e profissionais, de capitais, prediais, incrementos patrimoniais, e pensões.
<b>Taxas</b>	Variáveis Nível de progressividade muito acentuado	Variáveis Nível de progressividade menos acentuado	Variáveis Nível de progressividade menos acentuado
<b>Despesas em saúde elegíveis</b>	50% das despesas com consultas, internamentos e cirurgias	Despesas de saúde deduzidas ao rendimento colectável na totalidade.	Dedução à colecta de 30% do total
<b>Prémios de seguros de saúde</b>	Não permitia a dedução	Deduções com limite máximo, conjuntas com outras despesas.	Dedução autónoma com limite máximo

Fonte: elaboração própria

Tendo em vista os objectivos de promoção do desenvolvimento económico e obedecendo a princípios de equidade, eficiência e simplicidade, o código do IRS determina as deduções a fazer em cada uma das categorias e ainda os abatimentos. Entre 1989 e 1999, as deduções relativas às despesas com a saúde, aos juros de dívidas contraídas para esse efeito e às despesas com os seguros de saúde eram tratadas como abatimentos ao rendimento colectável, reduzindo assim a base de incidência para efeitos de determinação da taxa de imposto aplicável a cada contribuinte, dependendo do seu escalão de rendimento.

A partir de 1999, a dedução das despesas com a saúde passou a ser feita através de deduções directas à colecta. Essa dedução estabelece, em termos gerais, que 30% do montante de despesas com a saúde que o contribuinte apresente serão deduzidos à colecta de imposto. O montante de despesas é ilimitado e o conceito de despesa de saúde considerado tem vindo a ser actualizado ao nível do conteúdo e do reconhecimento específico de algumas despesas como enquadráveis ou não nesta dedução.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Actualmente, no entendimento da DGCI é permitido abater as seguintes despesas em saúde: medicamentos (sejam de venda livre ou não); próteses (como por exemplo, os óculos ou lentes de contacto para correcção de problemas de visão); consultas médicas; serviços médicos ou de enfermagem; intervenções cirúrgicas; internamento hospitalar; tratamentos receitados por um médico; deslocações e estada do doente, quando o tratamento necessário o obrigue, incluindo as despesas relativas a um acompanhante se tal for essencial; quaisquer produtos receitados por um médico, com finalidades terapêuticas; ginástica, natação ou quaisquer serviços receitados por um médico, com

Pretendeu-se desta forma combater uma das dificuldades que o anterior modelo apresentava que era o efeito de reduzir significativamente a progressividade do imposto. Como foi referido acima, no sistema de deduções à matéria colectável, o benefício obtido por cada contribuinte seria tanto maior quanto mais elevada fosse a sua taxa de imposto, correspondente ao seu escalão de rendimento, o que significava um benefício maior para mais altos rendimentos. Com a passagem para o sistema de crédito fiscal a intenção foi a de que o benefício fiscal fosse percentualmente igual para todos os contribuintes, independentemente do seu nível de rendimento.

Deve-se notar que, actualmente, apenas podem ser deduzidas na totalidade as despesas de saúde isentas de IVA ou sujeitas à taxa reduzida de 5% no Continente (4% nas Regiões Autónomas). As despesas de saúde sujeitas à taxa normal de IVA apenas são dedutíveis, em 2007, até um limite máximo de 60€, ou 2,5% das restantes despesas, e desde que justificadas por receita médica.

O contribuinte pode ainda deduzir à colecta 30% do valor dos prémios de seguros de saúde que pagar, desde que estes cubram exclusivamente riscos de saúde relativos ao próprio ou aos seus filhos. No entanto, estas despesas não podem ultrapassar 160,00€ por casal, ou 80,00€ por contribuinte não casado. A este valor acresce 40,00€, por dependente abrangido por uma apólice de seguro de saúde. No caso dos prémios de seguro serem pagos pela entidade patronal, só é dedutível o valor que tiver sido tributado como rendimento do trabalhador e/ou a parte suportada por este, por exemplo, a relativa ao seu agregado familiar.

#### **8.4. O impacto financeiro sobre a receita do Estado**

Na óptica de sustentabilidade do financiamento, uma primeira questão que se levanta relativamente às deduções fiscais associadas às despesas em saúde é o seu impacto financeiro em termos da redução de fundos disponíveis para financiar as actividades do Estado. Esta questão - denominada na literatura sobre impostos como despesa fiscal - não foi até hoje devidamente documentada em Portugal.

Partindo de dados disponibilizados pela Direcção Geral dos Impostos, podemos afirmar que em 2004, dos 4.157.377 agregados familiares que apresentaram declarações de IRS, 73,5% (3.057.283 agregados) declararam despesas de saúde e 7,9% (327.350) declararam prémios de seguro. De todas as deduções à colecta não personalizantes (por exemplo, juros de habitação, educação, lares, juros de seguro de vida), as despesas de saúde são aquelas que de longe mais agregados abrangem. A título de exemplo, em 2004, os juros de habitação e as despesas de educação foram declarados por cerca de um milhão de sujeitos passivos (DGCI, 2007).

---

finalidades terapêuticas; juros de empréstimos efectuados para pagamento destas despesas.

No quadro 24 apresentam-se estimativas do valor global das deduções à colecta em matéria de saúde no ano de 2004. Calculados a partir de informação disponível na DGCI (2007), estes dados revelam que o valor da despesa fiscal associada às despesas de saúde correspondia, em 2004, a 498 milhões de euros, o que representava 5% da despesa pública em saúde. Este valor pode ser comparado com a única outra estimativa disponível, a de Gouveia (1997) que estimou que a despesa fiscal com as despesas de saúde em 1994 ascendia a 139 milhões de euros, o que calculamos equivale a 4% da despesa pública de saúde. A despesa fiscal associada aos prémios de seguros de saúde atinge naturalmente valores mais modestos: 24 milhões de euros, em 2004, o que representa 0,2% da despesa pública de saúde.

**Quadro 24 – Despesas fiscais em saúde e despesa pública em saúde - Portugal**

Ano	Dedução no IRS (M€)		% da despesa pública em saúde	
	Despesas de saúde	Seguros de saúde	Despesas de saúde	Seguros de saúde
1994	139,2	n.d.	4,0%	-
2004	498,0	24,0	5,0%	0,2%

Fontes: Estimado a partir de OECD (2006), DGCI (2007) e Gouveia (1997)

A despesa fiscal em saúde no IRS representava, em 2004, 17,8% de todas as despesas fiscais do IRS, sendo o maior valor de todas as deduções à colecta não personalizantes. Por comparação, as despesas fiscais personalizantes (associadas à estrutura e dimensão do agregado familiar) representavam 43,3%, os juros de habitação 15,4%, as despesas de educação 8,5%, os planos poupança reforma 6,6% e as contas poupança habitação 4,9%.

Ainda em termos comparativos, os benefícios fiscais/despesa fiscal representam cinco vezes o valor da cobrança do SNS em taxas moderadoras (ver capítulo 7).



## **8.5. Impacto redistributivo das deduções fiscais em saúde em Portugal**

### **8.5.1. Medição da equidade do financiamento do sistema de saúde**

A análise da equidade é tradicionalmente dividida em duas áreas diferentes: a equidade no financiamento do sistema de saúde e a equidade na prestação dos cuidados de saúde.

A equidade no financiamento dos sistemas de saúde e na prestação de cuidados de saúde assenta as suas bases filosóficas, pelo menos no âmbito do modelo europeu, na ideia de que o pagamento dos serviços de saúde deve ser feito apenas com base na capacidade para pagar de cada cidadão. Por seu lado, a distribuição dos cuidados deverá ser feita exclusivamente com base na necessidade de cada indivíduo, e portanto sem qualquer outra condicionante (Van Doorslaer *et al*, 1993).

Para avaliar em concreto o impacto redistributivo dos benefícios fiscais na área da saúde, utilizamos – como vários outros autores (por exemplo Pereira, 1996; Wagstaff *et al*, 1999) – o método das curvas de concentração. A metodologia seguida – porque comporta elementos de complexidade técnica – é apresentada em detalhe no anexo 15.

### **8.5.2. Evidência empírica do impacto redistributivo**

A presente análise utiliza dados micro dos IOF, que serviram também de apoio ao capítulo 7.4 sobre pagamentos directos. Usando a informação destes três períodos é possível compreender o quadro de evolução que a questão da equidade dos benefícios fiscais tem tido desde a década de 80. Os valores obtidos foram simulados usando as regras fiscais em vigor nos anos em análise<sup>49</sup>.

De forma a evidenciar o impacto que as alterações ao tratamento dos benefícios fiscais em sede de imposto sobre o rendimento tiveram sobre as famílias, o quadro 25 apresenta a percentagem efectiva das despesas em saúde que cada decil de rendimento equivalente recuperava em 1980 com o Imposto Complementar e a situação análoga em 1990 e 2000 já com o IRS em vigor.

---

<sup>49</sup> Os detalhes da análise empírica - nomeadamente as variáveis, pressupostos de incidência fiscal e análise estatística - são apresentados no anexo 15.

**Quadro 25 – Percentagem de despesa recuperada pelos agregados, ordenados por decis de rendimento líquido equivalente**

Decis de rendimento líquido equivalente	% de despesas recuperadas		
	1980	1990	2000
1 (mais pobre)	0%	1%	6%
2	0%	2%	7%
3	0%	5%	11%
4	0%	7%	11%
5	0%	9%	15%
6	1%	10%	18%
7	1%	15%	19%
8	1%	17%	21%
9	1%	22%	24%
10 (mais rico)	2%	27%	27%
Total nacional	1%	14%	18%

Fonte: elaboração própria

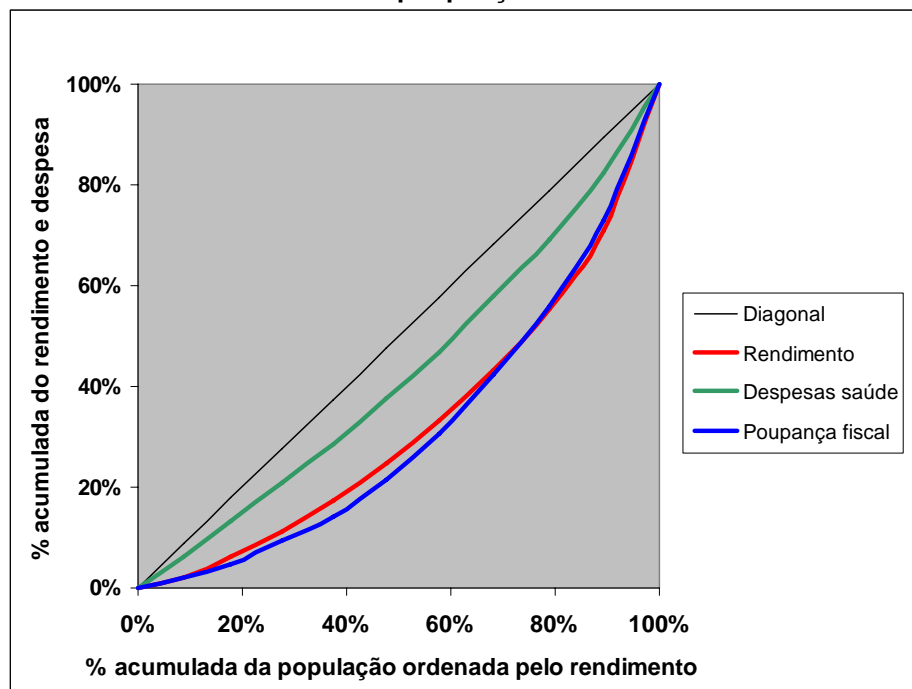
Verifica-se que, em 1980, a percentagem recuperada era insignificante, representando apenas 1% das despesas em saúde dos agregados. Em 1990, com a reforma do sistema fiscal que permitia a dedução total das despesas com a saúde à matéria colectável, verifica-se que o nível de poupança cresceu consideravelmente, passando os agregados a recuperar cerca de 14% das despesas em saúde. Contudo, o facto mais notório é a forma como os grupos mais pobres da população praticamente não beneficiavam, enquanto as famílias mais ricas recuperavam percentagens elevadas das suas despesas (22 e 27% nos dois decis mais ricos comparado com 1 e 2% nos dois decis mais pobres). Com a passagem para um sistema de créditos fiscais, nota-se que a regressividade dos benefícios fiscais se reduziu. O decil mais rico mantém a mesma percentagem, mas os restantes grupos de rendimento conseguem agora recuperar percentagens mais elevadas das suas despesas em saúde.<sup>50</sup>

Mas será que o regime de benefícios fiscais que resultou da alteração legislada em 1999 pode ser considerado equitativo? A resposta dada pela figura 13 é que muito dificilmente se poderá defender tal afirmação. A distribuição da poupança fiscal em 2000 segue essencialmente a distribuição do rendimento e não, como seria de esperar como requisito mínimo de um sistema equitativo, a distribuição das despesas em saúde. Estas últimas distribuem-se, como se viu no capítulo anterior, de forma relativamente uniforme pela população e não de acordo com a capacidade para pagar, representada aqui pela distribuição do rendimento equivalente das famílias. Portanto, os benefícios fiscais em saúde são hoje menos

<sup>50</sup> Nota-se também um crescimento no valor total da despesa fiscal já detectado com os dados agregados apresentados no ponto 8.4, o que se deve muito provavelmente ao crescimento real da despesa privada em saúde.

iníquos do que na década de 90 mas estão ainda longe de atingir um padrão que possa ser julgado, com razoabilidade, como equitativo.

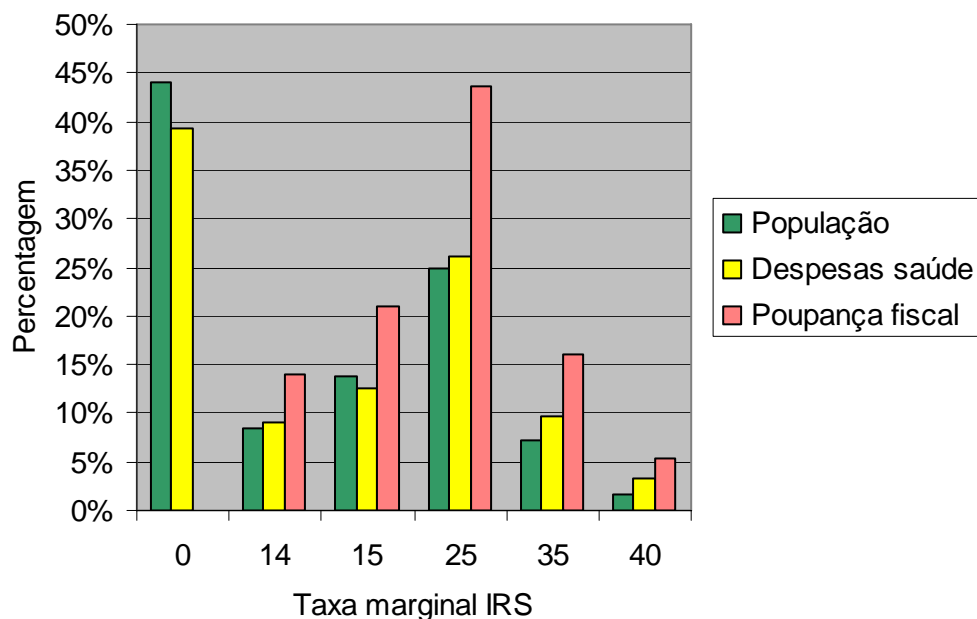
**Figura 13 – Curvas de Lorenz do rendimento e de concentração das despesas em saúde e da poupança fiscal – 2000**



Fonte: elaboração própria

A principal razão para o sistema manter a característica de iniquidade é que apenas beneficiam dele aquelas famílias que têm rendimento suficiente para pagar IRS. Na figura 14 verifica-se que, em 2000, 44% dos agregados familiares portugueses, embora responsáveis por quase 40% das despesas em saúde, não beneficiavam do benefício porque não tinham rendimentos suficientes para pagar IRS. Estão incluídos neste grupo as famílias de estratos socioeconómicos mais baixos, tais como indivíduos isolados e idosos cuja fonte principal de rendimento é constituída por pensões. Ora, grande parte dos pensionistas recebem pensões de valor inferior ao salário mínimo nacional e, em consequência, encontram-se abaixo do limite a partir do qual a declaração do seu rendimento para efeitos fiscais era legalmente exigível. Acresce que mesmo a maioria dos que o declaram acabam por não pagar imposto, devido à dedução específica da categoria H e das deduções à colecta, independentemente dos benefícios fiscais específicos associados à declaração das despesas com cuidados de saúde. Assim, para estes casos não existe, na prática, a possibilidade de dedução das despesas com saúde.

**Figura 14 – Poupança fiscal e despesas em saúde na população portuguesa – 2000**



Fonte: elaboração própria

A situação era completamente oposta nos escalões de IRS mais elevados. As famílias englobadas na taxa marginal de 35% representavam 7,1% da população e 9,6% das despesas de saúde mas obtinham 16,1% da poupança fiscal em IRS proporcionada pelo Estado. No escalão mais elevado – taxa marginal de 40% - os menos de 2% de famílias mais ricas, com 3,3% das despesas de saúde, obtinham 5,4% do total de poupança fiscal em IRS.

Claramente, o sistema de benefícios fiscais com as despesas em saúde em sede de IRS é altamente regressivo, beneficiando em larga escala as famílias de rendimentos mais elevados.

## 8.6. Conclusão

Neste capítulo argumentou-se que a questão das deduções fiscais em saúde merece ser considerada quando se discute a sustentabilidade do financiamento da saúde. Portugal é hoje um dos países mais generosos nesta matéria, havendo vários outros países comparáveis que estabelecem limites mais rigorosos às despesas em saúde ou simplesmente não permitem a sua dedução nos impostos sobre o rendimento.

Foi evidenciado que a despesa fiscal em saúde tem um peso assinalável no contexto da despesa em saúde, atingindo 5% das despesas públicas. Os cerca de 500 milhões de euros que representam a despesa fiscal em saúde correspondem a cinco vezes o valor das taxas moderadoras cobradas pelo Estado nos hospitais e centros de saúde.

Apresentou-se, ainda, evidência que aponta para a iniquidade do sistema de deduções fiscais em saúde em Portugal. O sistema favorece sobretudo os grupos de mais elevados rendimentos, incentivando-os a um aumento das despesas directas em saúde. Os mais pobres não pagam imposto, na sua maior parte, mas ao realizarem despesas privadas em saúde, estas manifestam-se claramente como um encargo excessivo, visto não usufruírem do benefício fiscal. A passagem para um sistema de créditos fiscais em 1999 melhorou a equidade vertical, mas o sistema ainda continua a agravar a conhecida regressividade do financiamento da saúde em Portugal.

As deduções fiscais em saúde ao induzirem uma redução das receitas fiscais, acabam por funcionar também como um processo de transferência de rendimento da população em geral (dado o peso de impostos indirectos no sistema fiscal) para os cidadãos elegíveis para o benefício fiscal da despesa em saúde.

## **Parte III - Alternativas de financiamento**

Esta parte apresenta a quantificação das principais alternativas analisadas pela Comissão, bem como as conclusões extraídas.

### **9. Definição de cenários**

#### **9.1. Introdução**

Neste capítulo, o termo “cenários” é utilizado de forma abrangente, uma vez que são analisados aspectos associados com processos de boa governação (como o papel da avaliação económica), ajustamentos de políticas existentes (como os benefícios fiscais) e modelos alternativos de financiamento (como o seguro social).

A construção de cenários para a avaliação de medidas alternativas no financiamento do SNS implica a definição de um quadro de análise e de um critério de apreciação.

O critério de apreciação decorre naturalmente da definição de sustentabilidade financeira anteriormente enunciada:

O SNS só será financeiramente sustentável se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes que definem o saldo<sup>51</sup>.

Consideram-se dois pontos de referência para a comparação das diferentes alternativas (e combinações de alternativas) de intervenção: o limite de -0,5% do PIB para o saldo estrutural das Administrações Públicas, conforme o compromisso de Portugal estabelecido no Programa de Estabilidade e Crescimento; e o limite de 3% do PIB, que constitui uma condição menos exigente. As afirmações sobre insustentabilidade financeira do SNS devem, no contexto das simulações realizadas, ser entendidas como risco para a falta de sustentabilidade financeira do SNS.

Tendo como propósito fornecer uma percepção global de cada alternativa, é dada uma visão da evolução previsível para os próximos 25 anos de dois indicadores: défice público como percentagem do PIB e despesa pública em saúde como proporção do PIB.

É apropriado relembrar que a discussão se centra na sustentabilidade financeira do SNS, visão parcelar do que seria uma análise global de sustentabilidade do modelo de prestação de cuidados de saúde.

---

<sup>51</sup> Sobre a operacionalização da definição de sustentabilidade financeira, ver anexo 16.

Assim sendo, o enfoque na construção dos cenários alternativos está na apresentação de diferentes soluções para a origem de fundos e medidas com repercussões directas sobre as necessidades de financiamento do SNS.<sup>52</sup>

A operacionalização dos cenários envolve a simulação da evolução dinâmica do défice público. Este é definido como a soma das despesas do Administrações Públicas com saúde (englobando numa visão lata as despesas com o SNS, as transferências para subsistemas públicos, a despesa fiscal associada com despesas directas das famílias com saúde e as despesas de funcionamento do Ministério da Saúde), com a restante despesa pública e juros da dívida pública, líquida da receita arrecadada pelas Administrações Públicas.

A dívida pública, por seu lado, tem a respectiva variação dada pelo valor do défice. Um maior ou menor défice gera maior ou menor dívida, que se traduz em maior ou menor necessidade de financiamento por via do pagamento de juros nos anos seguintes.

Os cenários apresentados baseiam-se na evolução previsível deste conjunto de variáveis, sob diferentes hipóteses.

Houve diversas opções que não foram explicitamente consideradas como relevantes pela Comissão, nomeadamente um modelo de financiamento assente em seguro de saúde privado, ou o desenvolvimento de contas de poupança de saúde.

A ausência de tradição de um sistema de seguro privado baseado na entidade patronal (apesar do crescimento recente dos seguros de saúde privados de grupo com base em empresas), a experiência pouco convincente dessa opção na garantia da universalidade da cobertura e o facto de constituir uma mudança radical face ao sistema actualmente existente de seguro público sugerem que esta não é, no contexto actual, uma opção viável para o financiamento generalizado dos cuidados de saúde. Aliás, implicaria mesmo uma redefinição do conceito de SNS que não se considera estar em discussão.

Uma opção mais radical de estruturação do financiamento das despesas de saúde é a criação de contas de poupança saúde, em que a partilha de risco é realizada inter-temporalmente pelo próprio indivíduo, normalmente complementado com um seguro catastrófico global para tratamentos de muito elevado custo.

Esta opção foi ensaiada inicialmente em Singapura, sendo actualmente usada também noutros países, como os Estados Unidos. As contas poupança saúde permitem um maior controlo individual das despesas com

---

<sup>52</sup> Como auxiliar da interpretação e discussão das diversas alternativas, é útil recordar o enquadramento que Mossialos e Dixon (2002) apresentam, baseado em sete pontos chave, apresentado em anexo 17.

cuidados médicos. Em Singapura, desenvolveu-se um sistema obrigatório de contas poupança saúde, em que há um desconto compulsório baseado no salário (pago em parte pelo trabalhador e em parte pelo empregador) para uma conta de poupança que pode ser usada apenas para aquisição de cuidados médicos. Estas contas acumulam montantes substanciais durante a fase da vida em que a pessoa recorre relativamente pouco a cuidados médicos, para serem depois usadas quando necessário. Este sistema é complementado por um sistema público de último recurso para desempregados e para situações de despesas de saúde catastróficas.

A inclusão das contas poupança-saúde como factor de financiamento das despesas em saúde em Portugal com expressão suficiente para afectar de forma visível a sustentabilidade financeira do SNS implicaria uma mudança radical na relação dos cidadãos com o modo de financiamento das despesas em saúde.

No actual contexto sociológico português, não parece admissível que instrumentos desta natureza tenham mais do que um papel supletivo, de carácter voluntário e alicerçado eventualmente na capacidade das instituições financeiras em oferecerem produtos de financiamento na área da saúde que sejam atractivos para os cidadãos.

## **9.2. Pressupostos macroeconómicos**

Como foi referido, a análise da sustentabilidade financeira do SNS exige a definição do enquadramento macroeconómico envolvente. Não cabendo à Comissão a validação dos cenários macroeconómicos e de evolução das contas públicas (implícitos ou explícitos) constantes de documentos oficiais do Governo da República Portuguesa, nomeadamente a actualização de Dezembro de 2006 do Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC), tomam-se como ponto de partida os valores nele constantes. Como é natural, é realizada uma análise de sensibilidade aos valores dos parâmetros para avaliar a robustez das diferentes alternativas.<sup>53</sup>

Para taxa de crescimento do PIB nominal, adoptou-se o valor médio para o período 2006 – 2010 constante do PEC. Como análise de sensibilidade, considerou-se também um cenário de crescimento nominal do PIB de 4,6%, correspondente a uma taxa de crescimento de 2% em termos reais e uma taxa de inflação, medida pelo deflator do PIB, de 2,6%. Este último valor corresponde à previsão existente na actualização de Dezembro de 2006 do PEC. A taxa de crescimento real do produto utilizada corresponde à tendência histórica de longo prazo da economia portuguesa. Optou-se por esse valor, por forma a expurgar a análise dos ciclos económicos existentes na economia portuguesa.

Considerou-se que a restante despesa pública terá uma taxa de crescimento média anual de 3,4%, que corresponde ao valor implícito na

---

<sup>53</sup> Uma descrição mais detalhada da fonte de cada uma das magnitudes consideradas encontra-se no anexo 18.



redução do peso da despesa pública total de 47,8% do PIB em 2005 para 41,9% em 2030, apresentado no Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010.

A despesa com o SNS cresceu ao ritmo de 8,1% ao ano em média durante o período 1995/2006. A evolução relativa aponta para que o crescimento da despesa com os subsistemas públicos tenha sido mais elevado, durante toda a década, do que a despesa do SNS. Esta visão é corroborada pelos valores para o período de 2000-2004 pela Conta Satélite da Saúde. Assim, estima-se que a taxa média de crescimento relevante para a simulação, comparando os 8,1% do crescimento do SNS com o crescimento dos subsistemas públicos, gere um crescimento dos gastos públicos caso nada seja feito na ordem dos 8,6% nominais ao ano.

Em termos dinâmicos, importa ter uma evolução previsível das taxas de juro e de evolução da dívida pública. Neste capítulo, admite-se que a taxa de juro relevante para determinação dos juros da dívida pública é de 4,5% (taxa de juro implícita apresentado no PEC), e evolução da dívida pública resultará unicamente da evolução do défice do Estado.

Constata-se que o crescimento da restante despesa pública é crucial para a sustentabilidade financeira do SNS. Tal resulta de, para um crescimento da restante despesa pública, como previsto no PEC, ser financeiramente sustentável canalizar mais recursos para o SNS. Por outro lado, se for mantida a tendência histórica da taxa de crescimento da restante despesa pública, o espaço para crescimento da despesa pública em saúde reduz-se substancialmente. Porém, o esforço de contenção da despesa pública tem que ser partilhado por todos os sectores.

Também um forte crescimento da economia, pelo acréscimo das receitas fiscais, que proporciona, facilita a sustentabilidade financeira do SNS. A opção de utilizar a verba adicional de receitas fiscais gerada pelo crescimento da economia em transferências para o SNS é uma opção política, tendo que competir nesse campo com muitas outras alternativas de utilização dos dinheiros públicos.

Mesmo na situação favorável da despesa pública em saúde ter o crescimento médio dos últimos dois anos, se nada mais se alterar em termos de despesa pública, permanecerá a insustentabilidade das contas públicas. Aliás, nem mesmo um crescimento nominal nulo das despesas públicas em saúde teria capacidade, só por si, de garantir a sustentabilidade das contas públicas caso a restante despesa pública mantivesse a sua tendência histórica da última década.

Por outro lado, caso se concretizem as projecções macroeconómicas para o crescimento da restante despesa pública que se encontram subjacentes ao PEC, então seria sustentável uma taxa de crescimento das despesas públicas em saúde similar à da última década (ocorrendo uma forte substituição da despesa pública noutras áreas por despesa pública em saúde).

Nestas circunstâncias, e não havendo a pretensão de avaliar a política macroeconómica, as opções políticas e a estratégia de consolidação orçamental do Governo, cabe definir qual a melhor forma de organização do financiamento do SNS, avaliando a contribuição de cada alternativa para a sustentabilidade do financiamento do SNS. Deverá ter-se sempre em mente que a discussão se encontra condicional à restante evolução do sector público.

Note-se a este respeito que, por a análise assumir a manutenção das taxas de crescimento dos vários agregados durante um período bastante longo, a apreciação do que sucede a longo prazo deve ser realizada com grande precaução.

### **9.3. Os cenários**

Após a apresentação dos princípios de enquadramento para a análise, importa definir quais os cenários que serão avaliados e discutir os resultados das simulações efectuadas. Cada cenário explorado terá, sempre que possível, uma referência às implicações em sede de conformidade com a Constituição, usando para o efeito o Parecer do Professor Doutor Jorge Reis Novais (anexo 4A) e à opinião recolhida pelo “Estudo sobre percepções e atitudes em relação do financiamento do SNS” da autoria do Dr. Henrique Lopes e Professor Doutor Pedro Magalhães (anexo 19). O inquérito de opinião realizado permite retirar, de forma directa, qual o grau de concordância dos portugueses (na medida da representatividade da amostra) quanto a cada um dos possíveis cenários. Dada a escala (1 a 10) usada no inquérito, optou-se por uma sua recodificação, com base no seguinte critério: “oposição à medida” – as quatro respostas mais discordantes; “apoio à medida” – as três respostas mais favoráveis; “nem apoio nem forte oposição” – as três respostas intermédias.

É necessário considerar medidas que influenciem a capacidade da sociedade contribuir para o financiamento do SNS ou que alterem as necessidades de financiamento deste.

O objectivo inerente às medidas que interessam numa discussão sobre a sustentabilidade financeira do SNS é o de garantir que são usados (e recolhidos) os fundos estritamente necessários para os resultados de saúde pretendidos, com a satisfação de critérios de equidade.

Resultam destas considerações os dois primeiros cenários analisados, ambos baseados na evolução das necessidades financeiras do SNS sem qualquer alteração do modo de financiamento. O primeiro considera uma situação em que não existem ganhos de eficiência face à situação actual. O segundo admite uma formulação genérica para esses ganhos de eficiência, como se discutirá infra.

## Cenário 1: Evolução do sistema de saúde sem ganhos de eficiência.

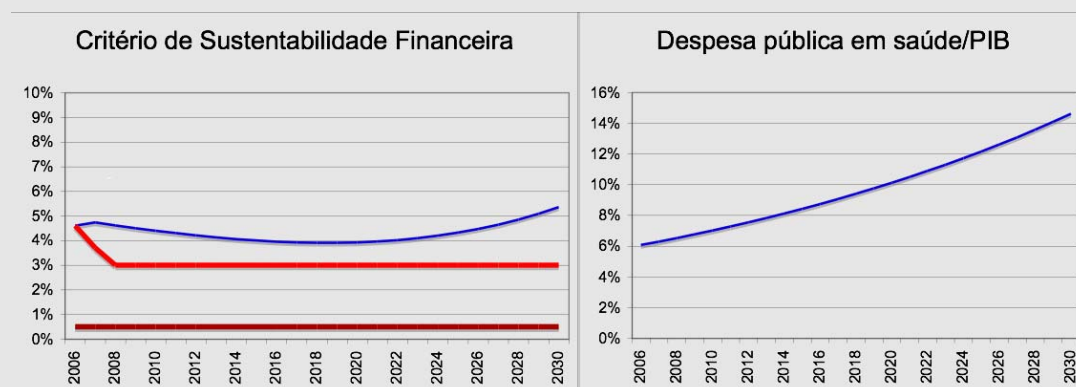
Uma primeira opção consiste em deixar evoluir o sistema de saúde português, devendo-se verificar se as medidas adoptadas do lado da prestação, bem como o enquadramento macroeconómico e das contas públicas permitem satisfazer as necessidades de financiamento do SNS.

Sendo amplamente reconhecido que o crescimento da despesa pública em saúde da última década criou enormes pressões em termos de necessidades de financiamento, importa ter uma visão informada das implicações desse passado recente.

A figura 15 apresenta o cenário base, que tem como fundamento um crescimento nominal da economia de 4,6%, um crescimento da despesa privada em saúde de 6,8%, um crescimento da restante despesa pública de 3,4% e um crescimento dos gastos públicos em saúde de 8,6%. Note-se que este cenário é mais penalizador que o implícito no Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010, por assumir que a despesa em saúde no sector público evoluirá a uma taxa determinada pelos valores históricos da última década.

A linha azul (gráfico da esquerda) representa a evolução do défice público enquanto as linhas vermelhas (a grosso) representam o critério de sustentabilidade adoptado, segundo o saldo negativo das Administrações Públicas exceder 3% do PIB (vermelho claro) ou 0,5% do PIB (vermelho escuro). Sempre que a linha azul se encontrar por cima da linha vermelha (em cada uma das referências) considera-se que o sistema de saúde se encontra numa situação de insustentabilidade financeira. Note-se que esta é uma versão pouco exigente de sustentabilidade financeira pois implicitamente permite que o esforço de consolidação orçamental seja partilhado em menor grau pela despesa pública em saúde. O gráfico do lado direito da figura 15 apresenta a evolução previsível da despesa pública em saúde como proporção do PIB.

**Figura 15 – Evolução do sistema (tendência histórica)**



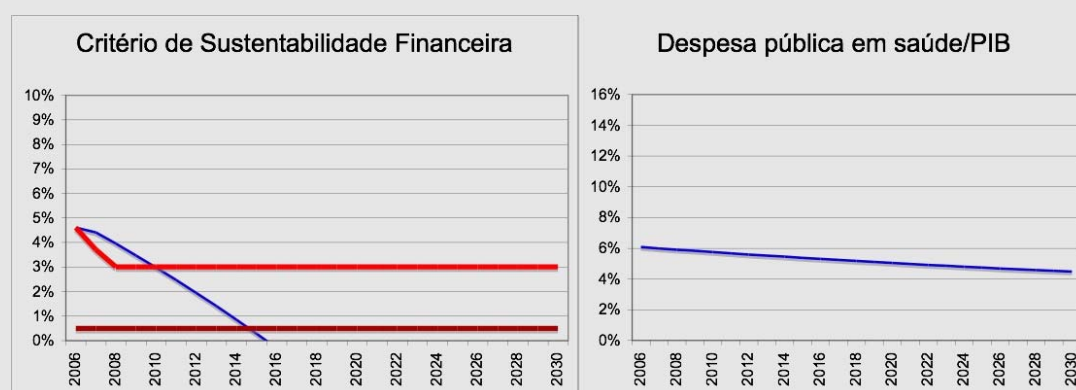
Fonte: elaboração própria

Da leitura da figura 15 resulta claramente a situação de insustentabilidade financeira do SNS.

Em contrapartida, caso o crescimento da despesa pública em saúde dos últimos três anos fosse mantido para o futuro, tendo em atenção as hipóteses assumidas, então a sustentabilidade financeira estaria garantida, por volta de 2010, conforme se observa na figura 16. Contudo, esta é uma implicação que merece duas qualificações importantes.

Em primeiro lugar, o resultado de sustentabilidade financeira está fortemente dependente da hipótese de base sobre o crescimento da economia e sobre a evolução da restante despesa pública. Basta, por exemplo, que o PIB cresça a 1% (anualmente) em termos reais, para uma taxa de inflação média de 2,6%, para que se volte a verificar um quadro de dificuldade em assegurar a sustentabilidade do financiamento do SNS.

**Figura 16 – Evolução natural (tendência dos últimos dois anos)**



Fonte: elaboração própria

Em segundo lugar, uma contenção da taxa de crescimento nominal da despesa pública em saúde na ordem dos 3% dificilmente será sustentável de forma duradoura, sendo que a sua ocorrência nos últimos dois anos se deve ao recuperar de ineficiências na prestação, que tem permitido aumentos de actividade e (eventuais) melhorias de qualidade sem uma pressão excessiva em termos de necessidades de financiamento do SNS.

Admitindo que há uma pressão para uma maior procura de cuidados de saúde decorrente de diversos factores (aumento de rendimento da população, diferencial de crescimento da produtividade face ao resto da economia, envelhecimento e progresso tecnológico), só os dois primeiros factores serão responsáveis por 3% de taxa de crescimento anual, aos quais se somarão os outros dois efeitos.

Ou seja, apenas em condições muito favoráveis para a evolução da economia portuguesa se poderá esperar que esta opção conduza à sustentabilidade financeira do SNS por alargamento natural do espaço orçamental. As circunstâncias em que essas condições não se reunirão são múltiplas, nomeadamente crescimento económico abaixo do ritmo previsto (abaixo de 2%), crescimento mais acelerado da restante despesa pública

face ao previsto e retomar de factores de pressão para o crescimento da procura de cuidados de saúde prestados pelo SNS.

## **Cenário 2: Evolução do sistema de saúde, com ganhos de eficiência.**

Tendo sido adoptadas e estando em curso a aplicação de várias medidas de política de saúde, é relevante avaliar de que forma esse conjunto de medidas se possa traduzir numa maior ou menor necessidade de financiamento do SNS, mesmo que não haja alteração do modo de financiamento.

Na ausência de quantificação precisa do impacto das medidas de política de saúde em curso, são adoptados dois procedimentos. Por um lado, admitir-se um valor genérico de ganhos de eficiência. Por outro lado, considerar os efeitos assumidos no Orçamento do Estado para 2007.

Os ganhos de eficiência podem traduzir-se quer numa redução do nível das necessidades de financiamento do SNS no momento da sua aplicação, quer numa redução da taxa de crescimento dessas necessidades de financiamento.

O Orçamento do Estado para 2007 apresenta um conjunto de medidas com implicações para a contenção da despesa pública: aplicação de taxas moderadoras ao internamento nos hospitais do SNS e a todos os actos cirúrgicos realizados em ambulatório; revisão do preço dos medicamentos comparticipados; redução das comparticipações; redução das despesas com recursos humanos através do PRACE; imposição de crescimento zero nas despesas das convenções celebradas pelo SNS e redução dos preços máximos em produtos farmacêuticos e produtos de consumo clínico adquiridos pelos estabelecimentos do SNS.

Não é, contudo, apresentada uma estimativa de qual será o impacto esperado de cada uma destas medidas específicas nas necessidades de financiamento do SNS. Sendo certo que algumas das medidas se reflectem num maior pagamento por parte dos utilizadores, em termos de espaço orçamental disponível para a despesa em saúde há ainda que considerar o efeito indirecto via benefício fiscal associado com as despesas em cuidados de saúde. O efeito global é o de aumento de 0,5% da despesa de Orçamento do Estado com o SNS (com uma redução prevista de 0,4% na despesa total consolidada do Ministério da Saúde).

Encontra-se igualmente previsto no Orçamento do Estado para 2007 uma redução acentuada das despesas com os subsistemas públicos, resultante em parte da alteração das regras de contribuição para os mesmos (que determinam um aumento das contribuições dos utentes). Sendo o registo histórico caracterizado por um mais rápido crescimento da despesa com os subsistemas públicos, a cumprir-se o Orçamento do Estado para 2007 haverá uma quebra assinalável face a esse registo histórico.

Para avaliar o impacto do conjunto destas alterações na despesa pública em saúde, torna-se necessário transformar estas medidas em valor equivalente de alteração da taxa de crescimento das despesas em saúde, poupanças imediatas na despesa e efeito indirecto via benefícios fiscais.

Admite-se a este respeito, como hipóteses de trabalho, que a taxa de crescimento da despesa pública em saúde será da ordem de 1% em termos nominais para 2007 (considerando assim que haverá alguma despesa pública adicional face ao que se encontra inscrito no Orçamento do Estado para 2007), retomando depois o ritmo de crescimento histórico. Admite-se também que o aumento da despesa privada em saúde que é susceptível de ser utilizada para efeitos de benefício fiscal não excederá os 100 milhões €. Esta é uma estimativa por excesso. Ao adoptar hipóteses de trabalho que são desfavoráveis ao impacto das medidas tomadas, em termos de sustentabilidade financeira, procura-se ter uma maior segurança quanto às suas (eventuais) implicações positivas.

Assinale-se, ainda, que se admite um impacto meramente temporário, retomando depois a despesa pública em saúde a sua tendência histórica. No entanto, é expectável que algumas das medidas tomadas se venham a reflectir de forma permanente nas necessidades de financiamento do SNS.

Para além das medidas mais directas de contenção da despesa pública, a política de saúde contempla outras vertentes que poderão ser geradoras de despesa ou de poupança, não havendo uma caracterização precisa do seu impacto de longo prazo sobre as necessidades de financiamento do SNS. Surgem neste domínio as acções associadas com o Plano Nacional de Saúde, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as Unidades de Saúde Familiar. Encontram-se igualmente em curso os processos de reorganização da oferta hospitalar, com destaque para o sucessivo alargamento do processo de empresarialização dos hospitais e para os novos hospitais em parceria público-privado.

É razoável antecipar que a rede de cuidados continuados possa reduzir as necessidades de financiamento do SNS, no médio e longo prazo, por substituição entre tipo de cuidados prestados (nomeadamente por redução das necessidades de camas hospitalares), embora, por outro lado, exerça uma pressão ascendente por via de mais cuidados prestados (por exemplo, por passagem do sector informal, familiar, para a rede pública).

No caso das Unidades de Saúde Familiar, existe uma avaliação prospectiva que aponta para uma ligeira vantagem financeira, embora de magnitude reduzida.

A promoção destas medidas tem subjacente uma expectativa de melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, e consequentemente de uma melhoria do estado de saúde da população. No entanto, o esforço adicional de necessidades de financiamento do SNS não é claro.

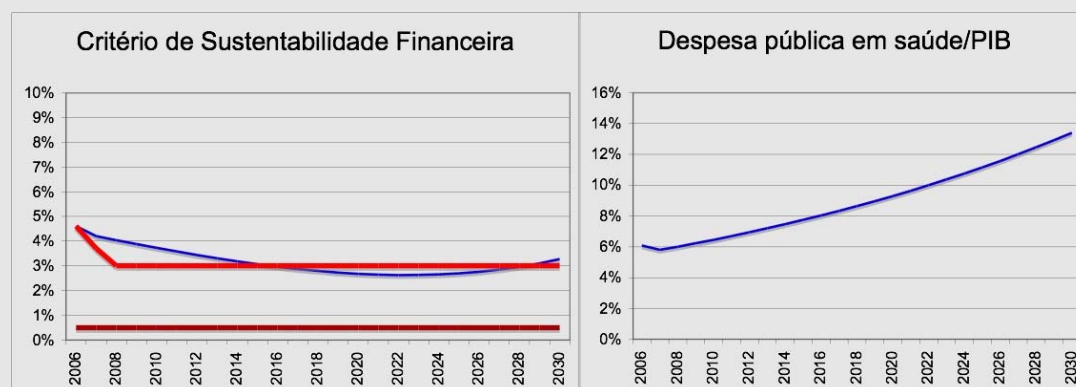
A mesma incerteza existe quanto às restantes acções, não se conhecendo uma quantificação do seu impacto sobre as necessidades de financiamento do SNS. Apesar da expectativa expressa pelos intervenientes desses processos seja a de que não haverá esforço financeiro adicional, indo mesmo ocorrer poupanças na despesa em saúde, ainda não há evidência reportada que sustente (ou desminta) essa expectativa.

Não existindo uma avaliação precisa da globalidade dos efeitos das diversas medidas de política adoptadas na área da prestação, ir-se-á avaliar o impacto previsível com base na informação disponível.

O Orçamento do Estado para 2007 contempla um conjunto de medidas, e admite-se, com alguma prudência, que estas terão, no agregado, um impacto nulo sobre a dinâmica de crescimento da despesa pública em saúde. Em termos de análise de sensibilidade, se o efeito for de aumento da taxa de crescimento da despesa pública em 1 p.p, acentua-se a situação de insustentabilidade financeira. Por outro lado, se o resultado for uma redução de taxa de crescimento em 1 p.p., o défice público ficará abaixo dos 3% somente em 2016.

A figura 17 retrata, então, o impacto das medidas adoptadas em 2007, segundo as hipóteses expressas, que se traduzem, na simulação efectuada, numa redução da taxa de crescimento da despesa pública em saúde para 1% durante o ano de 2007, nas poupanças reportadas no Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010, retomando depois o crescimento histórico de 8,6%, e com um aumento da despesa privada em saúde susceptível de usufruir o benefício fiscal de 100 milhões €.

**Figura 17 – As medidas do OE 2007**



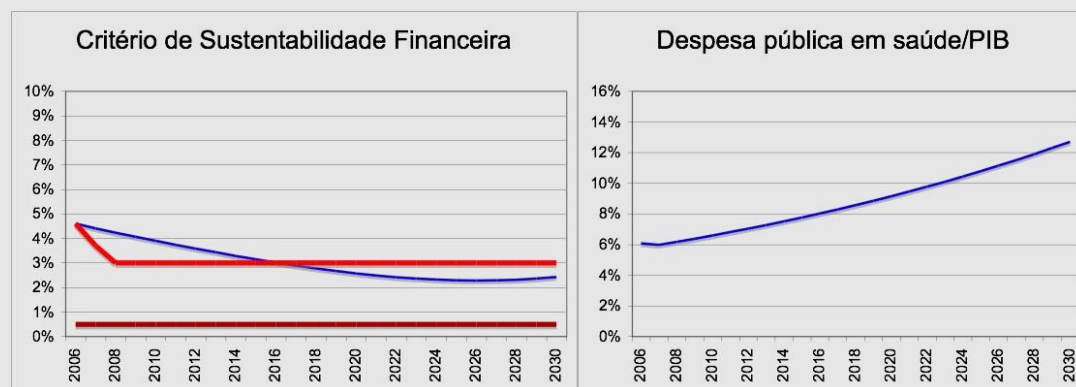
Fonte: elaboração própria

Apesar do decréscimo da despesa pública em saúde no PIB que ocorre em 2007, por via das medidas adoptadas, o impacto sobre a dinâmica da despesa pública em saúde não é suficiente para garantir a sustentabilidade financeira, embora tenha um efeito claramente positivo, mesmo que as medidas adoptadas só surtissem efeito em 2007 (confrontar com a figura 15).

As medidas quantificadas no Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010 (apenas um subconjunto das que têm vindo a ser adoptadas) apontam para que a despesa em saúde tenha uma redução de 170 milhões €, que é de natureza permanente. Nada sendo dito sobre o ritmo de crescimento, admite-se que este se mantenha idêntico ao padrão histórico. Constata-se que estas poupanças são relativamente menores face ao problema de sustentabilidade financeira. Torna-se, por isso, essencial que as poupanças a obter com as medidas de racionalização e reorganização da prestação de cuidados de saúde pelo SNS actualmente em curso ocorram quer em nível quer na sua influência sobre a taxa de crescimento da despesa.

Em primeiro lugar, e para se avaliar do potencial efeito de ganhos de eficiência, simula-se o que seria um impacto de 5% em termos de eficiência imediata (todos os ganhos de eficiência ocorrem no primeiro ano) e de um ganho de eficiência de 5% em termos de decréscimo permanente na taxa de crescimento da despesa pública em saúde (ver figura 18). O primeiro aspecto relevante da simulação é que partindo do crescimento histórico da despesa pública em saúde da última década, os ganhos de eficiência serão insuficientes para a prazo evitar uma subida acentuada da despesa pública em saúde como percentagem do PIB (estes ganhos são considerados cumulativamente à poupança associada com os 170 M€ das medidas quantificadas).

**Figura 18 – Ganhos de eficiência de 5%**



Fonte: elaboração própria

Note-se contudo que para o enquadramento macroeconómico subjacente, a partir de 2015 alcança-se uma situação de sustentabilidade financeira, desde que a economia cresça em média a 2% em termos reais. Eventuais discussões sobre a falta de sustentabilidade financeira decorrerão sobretudo do aumento do peso da despesa pública em saúde no total da despesa pública, e como percentagem do PIB.

Em termos do rácio déficit público/PIB como medida de sustentabilidade financeira do financiamento do SNS, tem-se que, a prazo, apenas uma redução da taxa de crescimento num valor relativamente elevado garante a sustentabilidade financeira. No entanto, os ganhos imediatos, em termos de



eficiência, garantem desde já uma melhor situação financeira para o SNS. Os ganhos de eficiência imediatos, que reduzam o nível de despesa em cerca de 10%, levam a que se tenha sustentabilidade financeira a partir de 2011.

Do ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), “...desde que os novos ganhos de eficiência que se procuram obter não se traduzam num racionamento ou numa amputação das actuais prestações do SNS tão gravosos que, eventualmente, pusessem em causa a universalidade e a generalidade do SNS nos moldes já considerados (universalidade e generalidade significam que a todos os cidadãos deve ser garantido o acesso ao SNS e que ele deve integrar, pelo menos progressivamente, todos os serviços públicos de saúde, todos os domínios médicos e todas as prestações de saúde), não há dificuldades suplementares de natureza jurídica-constitucional”.

A aposta na melhoria de eficiência é, em geral, partilhada pelos portugueses, como se depreende do quadro 26 e como seria de esperar.<sup>54</sup>

**Quadro 26 – Opinião dos cidadãos (cenário 2)**

Oposição	9,06%
Nem a favor nem contra	31,46%
Apoio	59,48%
Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)	

### **Cenário 3: Maior utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica**

Este cenário consiste na necessidade de se demonstrar sistematicamente a vantagem, em termos da relação benefício – custo, no processo de introdução de novas formas de diagnóstico e terapêutica providenciadas pelo SNS.

Este mecanismo, genericamente designado por avaliação de tecnologias da saúde, exige a existência de uma instituição especializada no processo de avaliação. Em Portugal, no campo do medicamento, esta é uma realidade já conhecida. A nível internacional, a maioria dos países possui, de uma forma ou de outra, instituições que, com maior ou menor abrangência, procuram desempenhar este papel.

Poderá considerar-se, em Portugal, um alargamento da aplicação da metodologia de avaliação clínica e económica para além dos medicamentos. O desenvolvimento de uma política racional de introdução na cobertura do SNS das tecnologias com comprovado valor terapêutico é necessária para uma gestão adequada dos recursos disponíveis.

<sup>54</sup> A questão colocada foi sobre o grau de confiança relativamente a “O SNS deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência”.

Ainda no mesmo espírito, poderão esperar-se contribuições no mesmo sentido vindas da Entidade Reguladora da Saúde, por um lado, e da Autoridade da Concorrência, por outro lado, na medida em que se promova uma maior concorrência nas áreas em que tal é possível no sector da saúde.

A avaliação do potencial impacte desta medida tem de ser feita recorrendo à evidência internacional. Contudo, essa comparação defronta sérios problemas, decorrentes das dificuldades em definir de forma precisa o que cada instituição de avaliação clínica e económica abrange em cada país. Existem mesmo países em que mais do que uma instituição têm responsabilidade em termos de avaliação económica na área da saúde (embora naturalmente com enfoques distintos).

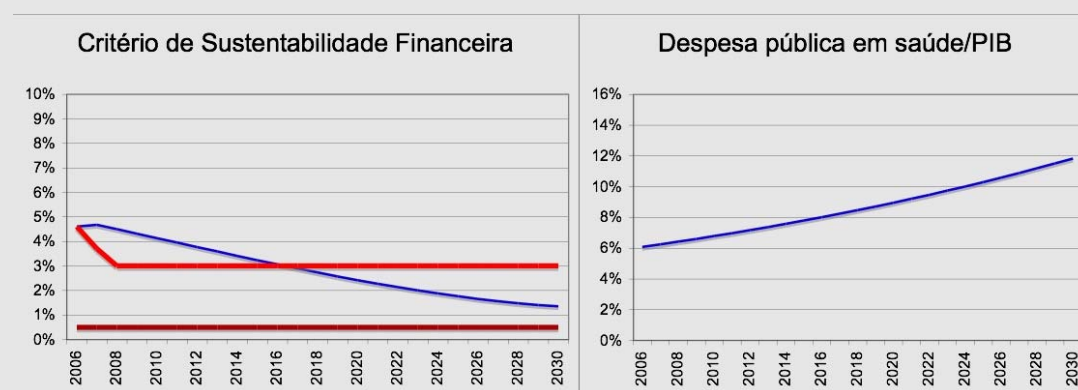
Apesar destas dificuldades, e com as reservas a elas inerentes, realizou-se uma análise estatística com o objectivo de averiguar a existência de uma relação entre o papel desempenhado pela avaliação clínica e económica e o nível e taxa de crescimento das despesas com cuidados de saúde (ver anexo 20). Dado o ponto de partida da análise e aceitando a evidência internacional da contribuição da avaliação clínica e económica para um menor crescimento da despesa em cuidados de saúde por parte do sector público, uma sua utilização mais extensiva em Portugal será uma contribuição para a sustentabilidade financeira do SNS.

O impacto de uma aplicação mais generalizada do requisito de demonstração da vantagem em termos da relação custo-benefício nas novas terapêuticas face à prática existente constitui um dos cenários contemplados.

Tomando directamente o resultado quantitativo das comparações entre países, a taxa de crescimento da despesa pública poderá reduzir-se em 2 pontos percentuais (p.p.). Por uma questão de prudência e por em Portugal já ser aplicada essa metodologia ao sector do medicamento, tome-se como impacto de uma expansão do seu âmbito de aplicação a redução de 1 p.p. da despesa pública em saúde. Será este o impacto simulado da introdução de mecanismos de avaliação económica de uma forma mais generalizada.

Constata-se da figura 19 que esta medida reduz a prazo as necessidades de financiamento do SNS. Mas só por si assegura que se terá sustentabilidade financeira a partir de 2017, apesar de não evitar que a despesa pública em saúde continue a crescer como proporção do PIB.

**Figura 19 – Efeito da generalização da aplicação da avaliação económica**



Fonte: elaboração própria

Sendo esta uma medida essencialmente de garantia de boa governação, não levanta em si mesmo problemas ao nível da constitucionalidade, desde que não implique uma limitação de acesso a cuidados de saúde que coloque “(...) em causa a universalidade e a generalidade do SNS nos moldes já considerados (universalidade e generalidade significam que a todos os cidadãos deve ser garantido o acesso ao SNS e que ele deve integrar, pelo menos progressivamente, todos os serviços públicos de saúde, todos os domínios médicos e todas as prestações de saúde.” (anexo 4A).

#### **Cenário 4: Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos**

A actual despesa pública em saúde comporta diversos aspectos: financiamento do SNS, contribuições para os subsistemas públicos, despesa fiscal associada com os benefícios fiscais para despesas privadas em saúde e o funcionamento do Ministério da Saúde. Admitindo que reduções numa das componentes da despesa pública em saúde podem ser traduzidas em maiores fundos noutra componente, uma forma de satisfazer as maiores necessidades de financiamento do SNS consiste em reduzir as outras componentes da despesa pública em saúde.

Na medida em que o Orçamento do Estado compensa o diferencial entre contribuições dos beneficiários dos subsistemas e os custos dos cuidados de saúde prestados a esses mesmos beneficiários, e havendo evidência que a despesa dos subsistemas se encontra a evoluir de forma mais rápida que a restante despesa pública em saúde, surge de forma natural a avaliação do papel a desempenhar por estes subsistemas.

Como foi detalhado no capítulo 7, os subsistemas públicos, nomeadamente o maior, a ADSE, actuam em moldes diferentes do SNS, facilitando um maior acesso, sobretudo a médicos especialistas (com o consequente menor recurso relativo a médicos de clínica geral). A ADSE paga ao SNS as prestações de cuidados de saúde realizadas aos beneficiários da primeira. Actua, portanto, como um sistema de cobertura alternativa ao

SNS, fornecido a um conjunto particular da população, com um financiamento assegurado largamente por transferências do Orçamento do Estado (8 em cada 9€, *grosso modo*).

Uma alteração da situação presente destes subsistemas, e das suas exigências de financiamento ao espaço orçamental, pode ir em diversos sentidos. Essas várias possibilidades de evolução dão lugar a cenários distintos. Por um lado, por encarar-se a sua retirada do espaço orçamental, sendo implicitamente assumido que a folga das contas públicas daí decorrente seria aplicada na satisfação das necessidades de financiamento do SNS.

Uma segunda opção consiste numa evolução dos subsistemas para um sistema aberto e geral de cobertura alternativa, que não distinga entre cidadãos e cujo financiamento deverá ser assegurado por mecanismos claros e previsíveis, em lugar de transferências do Orçamento do Estado ditadas unicamente pelos custos dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários. Este aspecto será discutido mais adiante.

O cenário considera a retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos. A criação do SNS deveria ter levado à integração no mesmo de todos os serviços de protecção social públicos no SNS, na medida em que recebam transferências do Estado, pagas por todos os contribuintes.

Actualmente, face ao carácter universal do sistema nacional de saúde, e tendo em atenção a dupla cobertura usufruída pelos servidores do Estado, deve equacionar-se seriamente o papel dos subsistemas públicos.

O quarto cenário consiste na redefinição do papel dos subsistemas públicos de forma a que sejam retirados do espaço orçamental, isto é, que terminem as actuais transferências do Estado para estes subsistemas públicos.

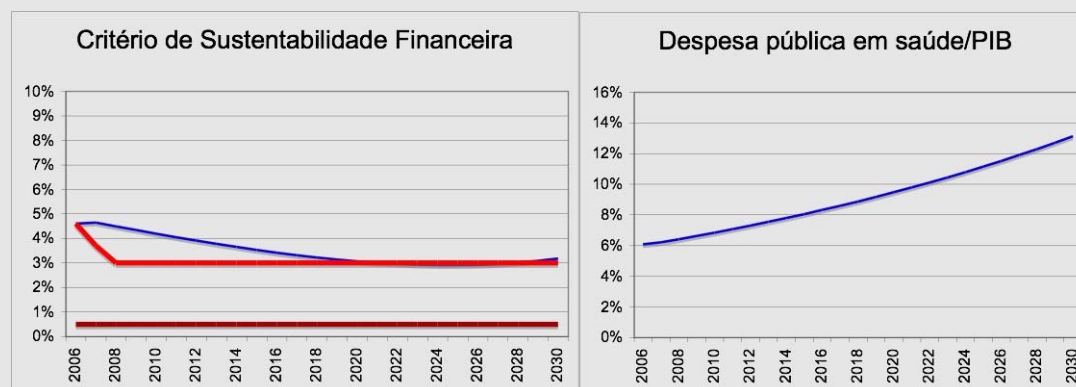
De acordo com a Conta Satélite da Saúde, o crescimento do financiamento dos subsistemas públicos foi de 9,19% em média anual nos últimos 5 anos, enquanto o financiamento do SNS durante o mesmo período cresceu 4,57% em termos anuais. Para efeitos de impacto de retirar os subsistemas públicos do espaço orçamental, considerou-se o efeito em termos de uma menor taxa de crescimento da despesa (que acompanhará o ritmo de crescimento do SNS e não o ritmo histórico dos subsistemas públicos). Admite-se ainda que existam poupanças de 100 M€ por um menor recurso a cuidados de saúde.

A figura 20 revela que embora esta medida tenha um efeito significativo de redução das despesas públicas com saúde, libertando espaço orçamental que se admite vir a ser preenchido com transferências para o SNS, não é por si só suficiente para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS.

Reconhece-se que esta solução apresenta problemas de aceitação por parte dos beneficiários, uma vez que se trata de uma situação de benefícios concentrados (nos beneficiários dos subsistemas) e custos

dispersos (por todos os que contribuem para as receitas do Orçamento do Estado).

**Figura 20 – Eliminação dos subsistemas públicos do espaço orçamental**



Fonte: elaboração própria

De um ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), “... a eliminação dos subsistemas integrada numa estratégia de consolidação do SNS apresenta problemas jurídicos de ordem substancialmente diversa [dos outros cenários]. Ou seja, essa possibilidade começa por ser fundamentável, precisamente, nas características de universalidade e generalidade que o SNS tem de revestir e nas obrigações de o Estado cumprir os seus deveres associados ao direito fundamental à protecção da saúde naqueles moldes. Assim, no estrito domínio dos fins estatais conexos com o direito fundamental à protecção da saúde, esta hipótese é constitucionalmente irrepreensível. As dificuldades jurídicas que pode suscitar são outras e referem-se a uma eventual violação do princípio da segurança jurídica. (...) Em princípio, serão inconstitucionais as afectações retroactivas de situações individuais constituídas no passado e actualmente estabilizadas e consolidadas definitivamente na esfera jurídica dos interessados.”

As dificuldades aludidas não comprometem uma evolução tendencial para uma auto-sustentação financeira (retirando por esta via os subsistemas do espaço orçamental), ou o seu desaparecimento gradual, através de adequadas disposições transitórias.

Em termos da opinião dos portugueses, há uma maioria que se manifesta contra o aumento de contribuições para os subsistemas (quadro 27).<sup>55</sup>

<sup>55</sup> A questão colocada foi sobre o grau de concordância com a afirmação “Aumentar a contribuição dos beneficiários de subsistemas, como a ADSE”.

Quadro 27 – Opinião dos cidadãos (cenário 4)	
Oposição	42,51%
Nem a favor nem contra	39,88%
Apoio	17,60%
Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)	

### **Cenário 5: Desenvolvimento de cobertura alternativa (*opting-out*)**

Por uma opção de cobertura alternativa – *opting-out* –, entende-se que a troca de uma transferência capitolacional (eventualmente ajustada para o risco de cada beneficiário), a entidade em causa assume a responsabilidade pela integralidade dos cuidados de saúde a prestar aos respectivos beneficiários.

Esses beneficiários podem ter origem na base de trabalhadores de empresas, como sucede com os actuais subsistemas privados ou alargar a sua base de recrutamento para além das fronteiras do conjunto de trabalhadores das empresas (e seus familiares directos). Poderá inclusivamente admitir-se a emergência de fundos de protecção na doença a partir de planos de seguro. Neste último caso, terá de existir uma evolução da prática de companhias de seguros.

Formal e legalmente, a possibilidade de *opting-out* já existe, sendo utilizada num conjunto reduzido de casos, abrangendo no entanto um número não desprezível de beneficiários, como se constatou no capítulo 7.

As actuais situações de *opting-out* possuem algumas características especiais, nomeadamente a sua origem histórica e o facto de os beneficiários serem cobertos obrigatoriamente, via empregador. Não há, nestes casos, uma opção deliberada de cada consumidor quanto a permanecer no SNS ou optar por uma cobertura alternativa.

O alargamento da experiência de *opting-out* para além de grupos associados com grandes empresas terá aspectos relevantes a considerar, como o comportamento dos cidadãos, dadas as suas características de risco e a forma como o fluxo financeiro associado com esta transferência de responsabilidade é definida. É, por isso, conveniente proceder a uma discussão cuidada dos elementos mais relevantes, identificando quais devem (e podem) ser quantificados.

Para avaliar o interesse desta linha de evolução, é útil ter em mente as suas implicações em termos de contribuição para a sustentabilidade financeira do SNS bem como a evidência disponível em termos de utilização de recursos e de contribuição para o estado de saúde da população.

A inclusão de mecanismos de *opting-out* num sistema de financiamento de cuidados de saúde não pode ser desligada da transferência de fundos

associada com a transferência de responsabilidade perante os beneficiários. No contexto em que o SNS assume a responsabilidade de cobertura universal, em termos de população abrangida, cobrando contribuições para o efeito, através do sistema fiscal, uma solução de *opting-out* envolverá sempre uma transferência financeira por parte do Estado. Essa transferência financeira pode ter a forma de capitação a transferir (como já sucede no sub-sistema da PT-ACS) ou de dedução fiscal da contribuição que venha a ser exigida pelo sub-sistema/companhia de seguros que assuma o *opting-out*.

Um outro elemento a ter em consideração numa eventual expansão das situações de *opting-out* é o aumento dos custos de administração do sistema. De acordo com a informação constante da Conta Satélite da Saúde, os custos administrativos associados com seguros privados representam cerca de 10% das despesas cobertas, sendo os decorrentes da gestão do SNS de magnitude inferior a 1% e os associados com subsistemas em redor dos 2,5%.

A opção de desenvolvimento de *opting-out* com base nos actuais subsistemas públicos dificilmente conduzirá a menores necessidades de financiamento público, tendo em atenção a evidência sobre o padrão de utilização/ consumo de cuidados médicos por parte dos beneficiários desses subsistemas.

Por seu lado, o *opting-out* a partir de subsistemas privados, em prática desde há alguns anos para um subconjunto dos beneficiários do sub-sistema PT-ACS, tem o seu fim a 1 de Janeiro de 2007, por iniciativa do sub-sistema.

Os produtos de seguro actualmente oferecidos pelo sector segurador alinham-se numa lógica de complementaridade do seguro público oferecido pelo SNS, não sendo a sua experiência actual directa ou facilmente transportável para uma situação de *opting-out*.

Resulta daqui que o desenvolvimento de uma solução de *opting-out* terá que ser pensada de raiz, não sendo possível ou até apropriado aproveitar a experiência dos subsistemas, públicos ou privados, para extrapolar com precisão o que será o seu efeito.

Uma eventual solução de *opting-out* só será atractiva do ponto de vista da sustentabilidade financeira do SNS caso duas condições essenciais se encontrem preenchidas:

- o valor da capitação a ser transferida (ou benefício fiscal atribuído) no acordo de *opting-out* for inferior ao custo esperado para o SNS, pelo menos em média e para o conjunto de pessoas incluídas no *opting-out*.
- a situação for reversível (por exemplo, ao final de um ano, haver a possibilidade de regresso ao SNS).

Para se satisfazer a primeira condição é necessário que a entidade tomadora do *opting-out* tenha uma maior eficiência ou uma maior capacidade de controlar a utilização excessiva do sistema prestador, sem que tal seja feito à custa de qualidade de cuidados inferior à socialmente óptima ou à custa de não prestar cuidados de saúde que sejam necessários.

A opção por uma cobertura alternativa ao SNS deverá ser de adesão voluntária, por parte de todos os intervenientes (Estado/SNS, cidadão e entidade que garante a cobertura alternativa). A possibilidade de reversão para o SNS é essencial para salvaguardar os direitos consagrados constitucionalmente, e caso essa reversão possa estipular um pagamento da entidade que fornecia a cobertura alternativa para o SNS poderá também contribuir para resolver imperfeições no mercado de seguros privado associadas com a não renovação de contratos de seguro de saúde.

De qualquer modo, mesmo com a existência de mecanismos de cobertura alternativa em regime de *opting-out*, doenças crónicas e doenças catastróficas deverão ter no SNS o financiador de último recurso.

Como forma de dinamizar esta opção, o SNS poderá anunciar as condições, técnicas e financeiras, em que está disposto a aceitar uma decisão de *opting-out*, garantindo assim que caso este ocorra é vantajoso para o SNS, sendo-o também necessariamente para o cidadão (de outro modo não exerceria a opção de escolher a cobertura alternativa) e para a entidade que providencia essa cobertura alternativa (que só será oferecida se houver vantagem nisso).

A experiência dos últimos anos na relação entre o SNS e a PT-ACS poderá ser útil na determinação de um valor financeiro que seja interessante para todas as partes envolvidas.

Um sistema de *opting-out* com estas características só seria usado quando exibisse óbvias vantagens sobre o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.

Este sistema contribui para a sustentabilidade financeira do SNS na medida em que a transferência realizada por pessoa seja inferior ao seu custo caso permaneça no SNS e na medida em que gere um menor crescimento dessa despesa face à continuação da pessoa no SNS.

As condições para que haja margem para que todas as partes ganhem com a existência de um sistema de *opting-out* são mais facilmente preenchidas quando o SNS tem uma prestação de cuidados de saúde ineficiente (no sentido de custo excessivo para os cuidados de saúde prestados ou no sentido de uma utilização desnecessária desses cuidados).

As entidades que se responsabilizam pela cobertura alternativa poderão optar pela combinação que preferirem de prestação directa de cuidados, contratação de cuidados no sector privado e contratação da prestação de

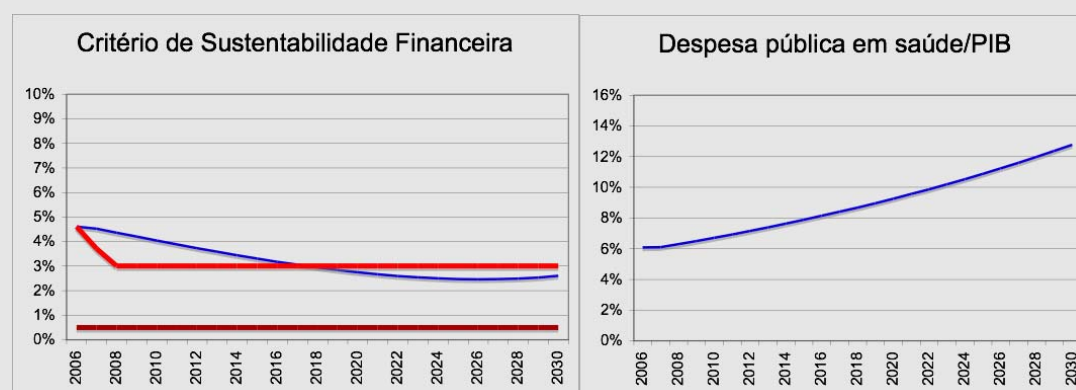


cuidados com entidades públicas, pertencentes ao sector prestador do SNS.

A quantificação de uma opção de desenvolvimento de um sistema de protecção e cobertura alternativa ao SNS não é passível de ser realizada com exactidão, uma vez que a experiência dos subsistemas não corresponde exactamente a este sistema. Ainda assim, fornece informação útil para uma primeira aproximação.

Para a construção dos efeitos de um hipotético cenário de “cobertura alternativa”, partiu-se de valores médios de crescimento da despesa pública em saúde dos últimos dez anos, e admitiu-se que o pagamento definido em *opting-out* permite uma vantagem de custos para o SNS da ordem dos 15% e simultaneamente reduzir em 0,5 pontos percentuais a taxa de crescimento da despesa pública em saúde (via redução do custo financeiro para o SNS dos encargos com cada pessoa). Esta opção contribuiria para a sustentabilidade financeira do SNS, mesmo que apenas 20% da população optasse pela cobertura alternativa,<sup>56</sup> como a figura 21 ilustra.

**Figura 21 – Opting-out de 20% da população (redução de 15% nos custos *per capita*, redução de 0,5 p.p. na taxa de crescimento da despesa)**



Fonte: elaboração própria

De um ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), existe uma “... discutível compatibilização entre a saída do SNS e a exigência constitucional de um SNS de carácter “universal e geral”, mas, diga-se desde já, que uma regulamentação adequada desta possibilidade pode fazer-se sem afectação ilegítima daquelas exigências” (de universalidade e generalidade). Adicionalmente, “a eventual imposição de saída do SNS só será constitucionalmente conforme se, por um lado, não puser em causa o direito fundamental dos cidadãos, de todos eles – os que saem e os que ficam – à protecção da saúde, e, por outro, se for feita de molde a garantir aos cidadãos afectados uma igualdade material de acesso ao mesmo tipo de cuidados e prestações que são garantidos aos beneficiários do SNS”. A

<sup>56</sup> Em termos de simulação, admite-se que os 20% da população em sistema de cobertura alternativa são responsáveis por apenas 15% das despesas em cuidados de saúde, para efeitos ilustrativos.

saída voluntária do SNS é menos controversa, mas “(...) deverá ainda assentar num consentimento real do interessado (...) e deverá ser sempre reversível.”

Em termos de opinião da população obtém-se um forte apoio (veja-se quadro 28).<sup>57</sup> Deve-se ter em conta que a interpretação dada pelos inquiridos à questão terá subjacente uma fraca noção dos valores financeiros envolvidos e da extensão global do que seria uma situação de *opting-out*, a julgar pelo desconhecimento geral sobre os valores e características de financiamento do SNS.

**Quadro 28 – Opinião dos cidadãos (cenário 5)**

Oposição	11,35%
Nem a favor nem contra	29,17%
Apoio	59,48%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

### **Cenário 6: Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde**

Evidenciou-se anteriormente a generosidade do sistema de deduções fiscais associado com as despesas das famílias em cuidados de saúde. Para além dessa generosidade, constata-se que, em termos distributivos, são as classes de maiores rendimentos as que mais beneficiam. Torna-se, por esse motivo, natural contemplar a reformulação dos benefícios fiscais como uma das formas de aumentar o espaço orçamental disponível para o SNS.

A simulação do efeito sobre as necessidades de financiamento do SNS de uma alteração do regime de benefícios fiscais associados com despesas em cuidados de saúde tem implícita a hipótese de que o espaço orçamental libertado por uma menor despesa fiscal é integralmente aplicado no SNS.

Para além deste benefício directo, há ainda um efeito indirecto de redução da protecção de seguro proporcionada pelo benefício fiscal, que reduzindo eventualmente alguma procura de serviços públicos de saúde, diminui igualmente as necessidades de financiamento do SNS.

Contudo, sendo o financiamento privado directo pelas famílias do SNS bastante reduzido, este não será um efeito particularmente forte. Será, provavelmente, visível no consumo de medicamentos, em que há uma componente de pagamento directo elevada susceptível de ser incluída no benefício fiscal.

<sup>57</sup> A questão colocada foi sobre a concordância com a afirmação “Aumentar o papel dos subsistemas de saúde do tipo ADSE, alargando-os a mais pessoas e fazendo com que elas passem a descontar para esse fim”.

Face a estes condicionalismos, contemplou-se unicamente o efeito directo de redução de benefício fiscal. A medida simulada consiste numa redução da taxa de dedução à colecta das despesas de saúde privadas de 30% para 10%.

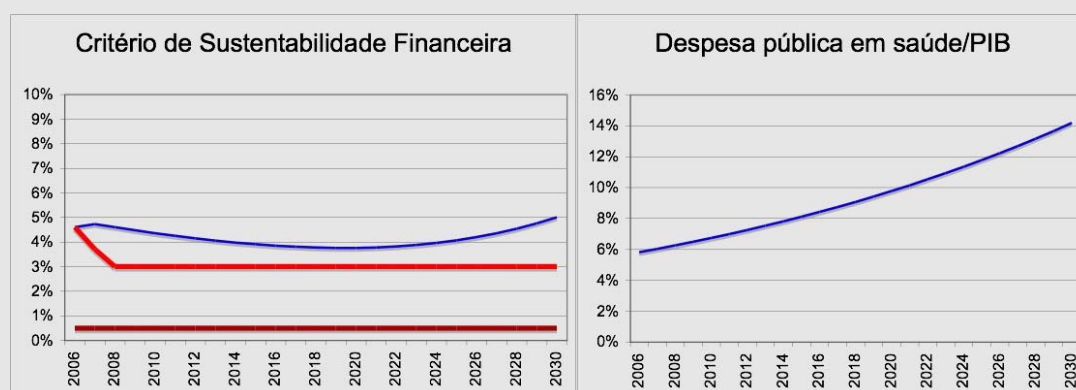
A consideração de um valor de 10% tem por base, por um lado, constituir uma redução significativa da despesa fiscal e, por outro lado, manter o interesse individual no pedido de recibo de despesa de saúde, como elemento de uma política global de prevenção da evasão fiscal.

Deve-se ainda ter em mente que um sistema generoso de benefícios fiscais para as despesas privadas com cuidados de saúde fomenta uma menor sensibilidade dos indivíduos aos valores cobrados pelos prestadores de cuidados de saúde, na medida em que reconhecem que a existência de benefício fiscal se traduz num menor preço líquido pago. O efeito previsível sobre o sistema de saúde para além do SNS, é uma eventual diminuição (ou menor crescimento) dos preços no sector privado.

Globalmente, uma reavaliação do sistema de benefícios fiscais apresenta o potencial de um maior espaço orçamental.

Em termos de benefícios fiscais, considera-se uma redução da taxa de dedução à colecta de 30% para 10%. Este valor deverá ser visto como um valor médio, já que poderá resultar, à semelhança do que sucede em outros países, de soluções envolvendo a definição de limiares mínimos de despesas em saúde apresentadas, abaixo dos quais não há direito a qualquer dedução fiscal. Esses limiares poderão ser eventualmente definidos em função dos rendimentos declarados.

**Figura 22 – Redução da taxa de benefício fiscal para 10%**



Fonte: elaboração própria

O impacto desta medida é, por si só, insuficiente para originar sustentabilidade financeira.

De um ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), a redução dos benefícios fiscais constitui "...uma prática *normal* que, observados as regras e os limites constitucionalmente previstos, são juridicamente pacíficos."

Esta medida recebe uma forte oposição dos inquiridos, como é visível do quadro 29.<sup>58</sup>

**Quadro 29 – Opinião dos cidadãos (cenário 6)**

Oposição	59,32%
Nem a favor nem contra	29,66%
Apoio	11,03%
Fonte: Elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)	

### **Cenário 7: Aumento global dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde**

Uma fonte de receita do SNS é constituída pelos pagamentos realizados no momento de consumo. A descrição da situação portuguesa no financiamento da saúde revelou que embora haja uma despesa privada em cuidados de saúde próxima dos 25%, apenas cerca de 1% se destina ao SNS.

A importância dos pagamentos directos decorre não da sua contribuição substantiva em termos de receita, mas do efeito tido sobre a utilização de serviços de saúde. Os ganhos, em termos de necessidades de financiamento, surgem sobretudo de uma redução dos consumos.

As taxas moderadoras reduzem as necessidades de financiamento do SNS por duas vias distintas. Por um lado, são uma receita do SNS; quando esta receita aumenta, diminui obviamente a necessidade de fundos a transferir do Orçamento do Estado (que têm como origem os impostos pagos). Por outro lado, ao cumprir uma função disciplinadora do consumo de cuidados de saúde, as taxas moderadoras diminuem as necessidades de financiamento via redução do nível de cuidados de saúde que cabe ao SNS financiar.

Contudo, em termos de sociedade, a utilização de pagamentos directos como forma de afectar as necessidades de financiamento do SNS envolve também custos, por um lado, a menor protecção dada em caso de doença, sobretudo se estes pagamentos directos assumirem um valor substancial. Por outro lado, as suas propriedades em termos de equidade não são atraentes, como foi frisado no capítulo 7. Há, por isso, que fazer um balanço entre vantagens e desvantagens na sua utilização.

O aspecto mais relevante é o nível de pagamentos directos e a sua eventual diferenciação entre grupos da população. Note-se que essa diferenciação já existe actualmente sob a forma de isenção de taxa moderadora.

<sup>58</sup> A questão colocada foi sobre a concordância com a afirmação “Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas em saúde”.

A elaboração de cenários neste campo segue, então, dois caminhos cumulativos: alteração do nível das taxas moderadoras e alteração do regime de isenções de pagamento de taxas moderadoras, uma vez que no contexto das necessidades de financiamento do SNS são estes os pagamentos directos relevantes.

Embora não seja explicitamente tratada em termos de cenários, a recente alteração do regime de taxas moderadoras, prevista no Orçamento do Estado para 2007, encontra-se quantitativamente incluída neste cenário, na medida em que o aumento da receita de taxas moderadoras que se simula tem como base o valor de 2004, prévio às mais recentes alterações dos valores e incidência das taxas moderadoras.

Já quanto ao regime de isenção das taxas moderadoras, conforme descrito em capítulo próprio, este abrange um número muito amplo de situações, significando que o esforço de disciplina do consumo de recursos afecta apenas uma parte da população.

Afigurando-se como relevante, de um ponto de vista das propriedades de equidade do sistema de saúde, a reavaliação do regime de isenções existente, simula-se o efeito de uma redução das situações de isenção de pagamento da taxa moderadora, sem no entanto se entrar na discussão de que grupos populacionais devam prescindir do privilégio actualmente usufruído.

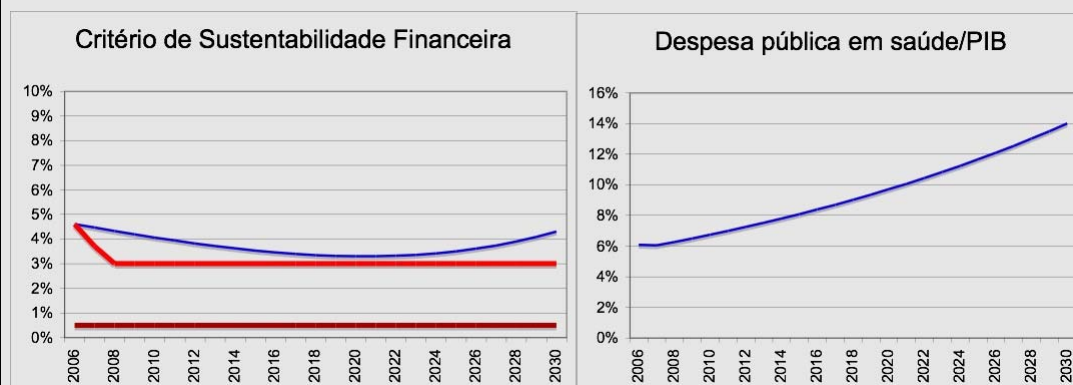
Os pagamentos directos, nomeadamente a componente de taxas moderadoras – pagamentos directos das famílias ao SNS, reduzem as necessidades de financiamento do SNS.

Com um aumento dos pagamentos directos ao SNS, as necessidades de financiamento do SNS diminuem por duas vias: maior pagamento dos que recorrem aos serviços e menor gasto devido à alteração do padrão de utilização (menor recurso a cuidados de saúde). A dinâmica de crescimento da despesa não se altera, aplica-se apenas a uma magnitude menor e como tal, em valor absoluto, é um menor crescimento.

Um aumento de 25% nas taxas moderadoras traduz-se numa redução de 1,90% das necessidades de financiamento do SNS. A simulação deste aumento baseia-se nos valores agregados das receitas das taxas moderadoras antes da alteração introduzida pelo Orçamento de Estado para 2007, pelo que parte do aumento simulado já foi de alguma forma contemplado nas medidas apresentadas para 2007. Contudo, ressalve-se que não há na simulação distinção entre pontos de aplicação das taxas moderadoras. Em particular, este aumento global poderá envolver diferenciação de acordo com o serviço envolvido, e em alguns casos ser diminuição compensada por aumento noutros pontos do serviço de saúde.

Para uma redução de 15 p.p. na proporção da população isenta de taxa moderadora, correspondente a uma variação de 33%, resulta uma redução nas necessidades de financiamento do SNS de 2,55%.<sup>59</sup>

**Figura 23 – Aumento dos pagamentos directos (aumento das taxas moderadoras e redução das isenções)**



Fonte: elaboração própria

O impacto destas duas medidas, apesar de contribuir para uma redução das necessidades de financiamento do SNS, não é suficiente para originar uma situação de sustentabilidade financeira de longo prazo, como se depreende da figura 23.

Estes efeitos são consequência da combinação de uma maior receita de taxas moderadoras e de um menor consumo de recursos, por sensibilidade da procura à cobrança dessa taxa moderadora, ajustado para o efeito do crédito fiscal na atenuação do impacto da variação da taxa moderadora.

Reconhece-se que existe a possibilidade de nem todos os utentes do SNS abrangidos por taxas moderadoras pagarem IRS, situação em que não beneficiam do crédito fiscal. Contudo, não há, com a informação disponível, possibilidade de calcular com precisão esses efeitos, pelo que se adopta uma formulação baseada num utente representativo.

De um ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), “o aumento das taxas moderadoras num valor superior ao da inflação é juridicamente admissível, desde que observe os seguintes requisitos: não seja excessivo (no sentido de não impedir o acesso a cuidados médicos por insuficiência de capacidade económica para satisfazer o seu pagamento); não afete os actuais níveis e escalões de gratuidade (isto é, não seja aplicado aos beneficiários actualmente isentos de pagamento de taxas moderadoras); seja fundamentável na necessidade de alcançar uma moderação efectiva da procura de cuidados de saúde; e seja apto, necessário e adequado a alcançar esse fim.”

Em termos de reacção da população portuguesa, o aumento das actuais taxas moderadoras recebe a oposição de cerca de 2/3 da população, sendo

<sup>59</sup> O método de cálculo das estimativas realizadas encontra-se descrito no anexo 21.

que apenas 7% se encontram na disposição de realizar mais pagamentos no momento de utilização (quadro 30).<sup>60</sup>

**Quadro 30 – Opinião dos cidadãos (cenário 6) - I**

Oposição	61,08%
Nem a favor nem contra	31,68%
Apoio	7,25%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

A criação de novas taxas moderadoras, por seu lado, apresenta uma (ligeira) maior oposição (quadro 31).<sup>61</sup>

**Quadro 31 – Opinião dos cidadãos (cenário 6) - II**

Oposição	63,81%
Nem a favor nem contra	30,51%
Apoio	5,67%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

Colocada a questão de uma forma alternativa, com a formulação de pagamento dos custos, à semelhança do que se passa com os medicamentos, a oposição segue basicamente o mesmo padrão global (quadro 32).<sup>62</sup>

**Quadro 32 – Opinião dos cidadãos (cenário 6) - III**

Oposição	61,54%
Nem a favor nem contra	33,30%
Apoio	5,16%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

<sup>60</sup> A questão colocada foi a concordância com a afirmação “Aumentar o financiamento por aumento das actuais taxas moderadoras, ou seja as taxas pagas pelas consultas, tratamentos e exames nos hospitais públicos e centros de saúde”.

<sup>61</sup> A questão colocada foi a concordância com a afirmação “Aumentar o financiamento através da criação de novas taxas moderadoras”.

<sup>62</sup> A questão colocada foi a concordância com a afirmação “Fazer com que os utentes paguem uma percentagem dos custos dos actos médicos tal como se passa nos medicamentos”.

É, ainda, útil discutir uma proposta habitual no campo dos valores das taxas moderadoras: a diferenciação do seu valor de acordo com o nível de rendimento individual. De um ponto de vista de eficiência do sistema, essa diferenciação, no sentido de quem tem mais rendimento pagar um valor superior de taxa moderadora, é necessária para um efeito dissuasor efectivo, se indivíduos com maior rendimento tendem a recorrer relativamente mais a cuidados de saúde. Há, por isso, uma justificação de eficiência para uma diferenciação de taxas moderadoras de acordo com o nível de rendimento.

Este argumento é substancialmente distinto de objectivos pretensamente de equidade, do tipo “quem mais pode, mais deve pagar”. Este último princípio implica progressividade na principal fonte de financiamento, os impostos, e não progressividade nas taxas moderadoras. Aliás, devido à progressividade do sistema de tributação português, quem tem mais rendimento (maior capacidade de pagamento) tem pago proporcionalmente mais. Usar a diferenciação das taxas moderadoras de acordo com o rendimento com fins distributivos é, regra geral, inferior do ponto de vista da sociedade a uma maior progressividade fiscal.<sup>63</sup> Se o que está implícito é um argumento distributivo, então o ponto do sistema de financiamento onde se deve actuar é na recolha de fundos, e não no ponto de consumo. Num sistema de financiamento dos cuidados médicos como o de Portugal, com uma componente largamente maioritária originada a partir de impostos gerais, a preocupação distributiva deverá traduzir-se numa maior ou menor progressividade do sistema fiscal. De outro modo, a preocupação distributiva estará a ser satisfeita com mais custos para a sociedade do que o estritamente necessário.

Não é simulado o efeito de taxas moderadoras diferenciadas de acordo com o rendimento devido à ausência de informação (a nível de cada indivíduo da população) necessária para o fazer.

Este papel de disciplina do consumo de cuidados de saúde depende do preço relativo da taxa moderadora face aos preços vigentes no resto da economia. Um breve exemplo ilustra. Tomando uma taxa moderadora de 6€, o seu impacto em termos de moderação do recurso a cuidados de saúde diminui fortemente se todos os restantes preços (incluindo os salários) fossem multiplicados por 5 ou por 10. É esta característica de preço relativo que estabelece uma ligação entre uma actualização da taxa moderadora e o nível de preços no consumidor para que o papel de moderação de consumo seja efectivamente desempenhado.

Para além deste aspecto, pode dar-se a situação de o aumento de custos nos cuidados de saúde prestados à população ser mais rápido do que a inflação geral do país. Nestas condições, a actualização das taxas moderadoras face ao nível da taxa de inflação global (medida pelo índice

---

<sup>63</sup> Por “inferior” do ponto de vista social, entende-se uma situação em que uma maior progressividade do sistema fiscal, em alternativa a uma diferenciação de taxas moderadoras de acordo com o rendimento, é preferida por uma fracção da população e a restante fica indiferente entre as duas alternativas.



de preços no consumidor) não impede que as necessidades de financiamento do SNS aumentem mais do que proporcionalmente (no sentido em que as taxas moderadoras são uma fracção cada vez menor do montante total a financiar).

Com um aumento mais acelerado dos custos com a prestação de cuidados de saúde, a importância de moderação de consumo será maior, o que justificaria um aumento do preço relativo pago pelo utente no momento em que recorre ao SNS. Aceitando-se este argumento, então sempre que os custos com a prestação de cuidados de saúde crescerem mais rapidamente que a taxa de inflação, a taxa moderadora poderá crescer também acima da taxa de inflação geral.

Fica, então, clara a relação existente entre actualização do valor das taxas moderadoras e o crescimento das necessidades de financiamento do SNS.

Na medida em que o crescimento dos custos unitários e o crescimento da procura de cuidados de saúde seja substancialmente superior ao da inflação, em geral, uma utilização mais intensiva das taxas moderadoras como instrumento disciplinador do consumo exigirá a sua actualização acima da taxa de inflação medida pelo índice de preços no consumidor. Como ponto de referencia, deverá tomar-se para a taxa de inflação o deflator do PIB, à falta de um deflator próprio para o sector da saúde, já que o índice de preços no consumidor para a área da saúde reflecte a evolução dos desembolsos dos consumidores e não a evolução subjacente dos custos. O taxa de inflação medida pelo índice de preços no consumidor, por seu lado, é influenciada por outros elementos (exportações e importações), sendo também pouco adequada como indicador do crescimento dos custos de produção na área da saúde.

### **Cenário 8: Abrangência do SNS – limitação de coberturas**

Uma das soluções para reduzir o crescimento das necessidades de financiamento do SNS consiste em este assegurar unicamente a garantia de prestação dos cuidados de saúde essenciais. Tal significa a capacidade do SNS definir o conjunto de cuidados de saúde para os quais assegura financiamento.

De um ponto de vista social importa definir dois tipos de prioridade com implicações sobre a forma e montante de financiamento. Por um lado, a abrangência da cobertura: deverão ser retirados da cobertura garantida pelo SNS cuidados que se considere não serem essenciais? O exemplo típico apresentado é o da cirurgia estética (embora haja a possibilidade de argumentar em sentido contrário com base em critérios clínicos para certos casos).

Esta abordagem obriga a uma definição clínica do que são cuidados de saúde necessários. Tal definição não é de fácil concretização, seja realizada pela via positiva (indicação do que se encontra incluído) seja pela

via negativa (indicação do que se encontra excluído). Em qualquer caso, o critério fundamental dessa definição será um critério clínico, podendo surgir como critério secundário considerações de avaliação económica das intervenções realizadas (por exemplo, exclusão de intervenções com custos elevados e benefícios muito reduzidos, ainda que estritamente positivos).

O estabelecimento de regras gerais, que sejam válidas para toda a população em todas as contingências possíveis, é difícil de concretizar, e é a principal dificuldade na definição do que constitui um conjunto fundamental de cuidados de saúde que deve ser assegurado como “direito à saúde”, e do que fica excluído.

Numa segunda abordagem, podemos pensar em limitação de uso sempre que houver uma situação em que o benefício adicional de consumo de recursos é reduzido face ao seu custo de oportunidade, nomeadamente para atender a outras necessidades em termos de saúde da população.

A delimitação do âmbito da cobertura disponibilizada pelo SNS pode ser concretizada de diversas formas. Em primeiro lugar considera-se a exclusão do SNS de serviços e cuidados de saúde. Embora em alguns países se tenha avançado nesta via, há dúvidas fundadas sobre os resultados em termos de redução das necessidades de financiamento, para além das dificuldades enfrentadas na definição clínica de que cuidados de saúde devem ser abrangidos e quais os excluídos.

A segunda possibilidade consiste na exclusão da cobertura do SNS de grupos populacionais específicos, que deveriam procurar de forma autónoma a sua cobertura de seguro. Apesar de ensaiada noutros países, nomeadamente na Holanda, conforme descrito no capítulo 1, esta situação configura-se como claramente inconstitucional (ver anexo 4A).

Estando afastadas, por motivos diferentes, estas duas primeiras formas de limitação de coberturas, ainda resta a possibilidade de limitação de coberturas em caso de utilização excessiva do SNS. Isto é, se uma pessoa utilizar de forma repetida e intensa o SNS, sem existir uma condição objectiva que o justifique, então esse indivíduo poderá ser chamado a contribuir de modo mais significativo para o financiamento do SNS.

Tomando como exemplo o número de consultas em serviços públicos, a cobertura do SNS para pessoas sem necessidades recorrentes de acesso a cuidados de saúde poderá limitar-se a um determinado montante anual. O recurso aos cuidados de saúde do SNS acima desse limiar daria lugar a um co-pagamento que reflectisse, de modo mais claro, o custo de oportunidade de prestação desses cuidados de saúde. É uma limitação de cobertura ditada pelo uso excessivo. Com base neste argumento, será construído um cenário do impacto de uma opção de limitação de coberturas neste sentido de evitar utilização excessiva não justificada (ver anexo 22).

Num contexto de restrição de recursos importa definir prioridades da sua afectação. Na medida em que se admite que todos os cuidados de saúde prestados são efectivamente necessários, a discussão de prioridades centra-se sobre qual a origem de fundos que menores distorções provoca.

Contudo, quando o sacrifício de outros consumos é muito elevado, poderá ser razoável a imposição de prioridades de cuidados a prestar, dados os recursos disponíveis.

Com base na utilização de consultas e existência de condições clínicas em informação disponível no 4º INS, é simulado um cenário em que um consumo acima de 3 consultas por trimestre para indivíduos que não apresentem uma condição crónica ou de tratamento prolongado, se traduz num pagamento de cada consulta mais próximo do seu valor real.

Uma preocupação natural será o impacto distributivo de uma medida de limitação de cobertura, em particular, é relevante sabre se afecta de modo mais significativo as classes de rendimento mais desfavorecidas. A análise desse aspecto revela que indivíduos de menores rendimentos têm menor probabilidade de estarem abrangidos.

Em termos de construção do cenário, toma-se ainda em conta que actualmente a taxa moderadora de uma consulta num hospital distrital é de 2,75€, sendo o pagamento/financiamento do SNS à entidade prestadora de 30€ (Portaria 567/2006). Admitindo que cada consulta que exceda a terceira por trimestre seja paga pelo utente a 75% do seu valor, o aumento de preço é de cerca de 19,75€ em valor absoluto (face à actual taxa moderadora), sendo em termos percentuais bastante elevado (dado que a taxa moderadora corresponde a menos de 10% do “preço” segundo a tabela do SNS).

A figura 24 ilustra o impacto potencial de uma medida desta natureza. Observa-se uma contribuição para a redução da taxa de crescimento da despesa pública em saúde, que no longo prazo (cerca de 15 anos) liberta espaço orçamental para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS.

**Figura 24 – Efeito de preço diferenciado para elevada utilização**

**Crítério de Sustentabilidade Financeira**

Ano	Rede 1 (Vermelha)	Rede 2 (Azul)	Rede 3 (Vermelha Baixa)
2006	4.5%	4.5%	0.5%
2008	3.0%	4.5%	0.5%
2010	3.0%	4.2%	0.5%
2012	3.0%	3.9%	0.5%
2014	3.0%	3.6%	0.5%
2016	3.0%	3.3%	0.5%
2018	3.0%	3.0%	0.5%
2020	3.0%	3.0%	0.5%
2022	3.0%	3.0%	0.5%
2024	3.0%	3.0%	0.5%
2026	3.0%	3.0%	0.5%
2028	3.0%	3.0%	0.5%
2030	3.0%	3.0%	0.5%

**Despesa pública em saúde/PIB**

Ano	Despesa pública em saúde/PIB
2006	6.0%
2008	6.5%
2010	7.0%
2012	7.5%
2014	8.0%
2016	8.5%
2018	9.0%
2020	9.5%
2022	10.0%
2024	10.5%
2026	11.0%
2028	11.5%
2030	13.0%

Fonte: elaboração própria

De um ponto de vista jurídico-constitucional (anexo 4A), a introdução de limitação de coberturas, cria, como já se referiu, dificuldades de natureza jurídico-constitucional se colocar em causa a universalidade e a generalidade do SNS.

A limitação explícita de coberturas recebe uma maioria relativa de opiniões contrárias, embora com elevado número de respostas na categoria intermédia (quadro 33).<sup>64</sup>

Oposição	36,33%
Nem a favor nem contra	41,05%
Apoio	22,61%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

A experiência do Estado de Oregon (Estados Unidos da América) fornece implicações interessantes para este tipo de medidas. Em 1987 o governo

<sup>64</sup> A questão colocada foi a concordância com a afirmação “Limitação de benefícios pagos pelo SNS, por exemplo, haver um máximo de consultas anual para pessoas que não têm uma doença crónica.”

deste Estado apercebeu-se que era necessário reformar o sistema de acordo com as premissas de reconhecer que o objectivo é maximizar a saúde e não os cuidados de saúde ou seguro de saúde, de respeitar as restrições orçamentais reduzindo o nível de benefícios oferecidos de forma a evitar negar cobertura a algumas pessoas ou reduzir os pagamentos para valores inferiores ao verdadeiro custo do tratamento e de apoiar tratamentos clinicamente eficazes. A conclusão global da experiência, retirada em várias análises feitas, é a de a exclusão explícita de coberturas de certos tipos de cuidados de saúde não levar a uma poupança de recursos.

### **Cenário 9: Criação de um seguro social**

Uma das opções para a organização da recolha de fundos junto da população é o denominado seguro social. Nesta opção, as contribuições são recolhidas de forma autónoma do sistema de impostos, sendo específicas ao financiamento das despesas com cuidados de saúde.

Sendo um seguro social, a definição do montante com que cada cidadão contribui é feita com base no rendimento auferido. Há, por isso, uma grande similitude com um sistema de financiamento baseado em impostos. Existem, contudo, duas diferenças importantes. Por um lado, é uma contribuição específica para o sector da saúde, e não um pagamento de carácter genérico, como sucede com os impostos. Em segundo lugar, não é forçoso que haja apenas uma única entidade com a função de gerir o seguro social.

Vários países europeus canalizam o seu financiamento para as despesas com cuidados médicos através de um sistema de seguro social. Não é fácil definir de modo preciso o que é um sistema de seguro social, havendo diferentes regimes que podem ser incluídos dentro deste título. Exemplos são fundos de gestão pública consignados à saúde, com uma forte analogia com o sistema de contribuições da segurança social, ou sistemas em que a realização de seguro é obrigatória legalmente, estando porém parcialmente a cargo do empregador, com tratamento especial das situações de desemprego e trabalho por conta própria. Toma-se como relevante para a presente discussão o seguro social como sendo um sistema de contribuições compulsórias por parte da população, gerido por uma entidade pública. Outras formas de organização de seguro social mais assentes no funcionamento do mercado privado de seguro estão incluídas noutras designações (nomeadamente os subsistemas).

As implicações associadas com uma mudança de um sistema baseado em impostos para um sistema de seguro social têm que ser analisadas forçosamente num contexto de comparações internacionais.

Procurou-se, assim, avaliar em que medida a evolução da despesa em cuidados médicos se revelou maior (ou menor) em países onde predomina o financiamento por seguro social.

Tal como anteriormente, o interesse principal na obtenção de evidência qualitativa para avaliação do impacto em termos de sustentabilidade financeira do SNS centra-se nos efeitos sobre o nível da despesa em cuidados de saúde e sobre a taxa de crescimento dessa despesa.

Interessa sobretudo realçar as principais indicações fornecidas pela evidência existente. Como regularidades fundamentais encontra-se que os países que têm um sistema de seguro social na base do financiamento das despesas com cuidados médicos apresentam, em média, uma despesa per capita cerca de 13% mais baixa que os restantes países. É um efeito, em termos económicos, com algum significado. A segunda conclusão que se retira é a ausência de diferença de taxa de crescimento da despesa em cuidados de saúde associada com esta característica do sistema de financiamento.

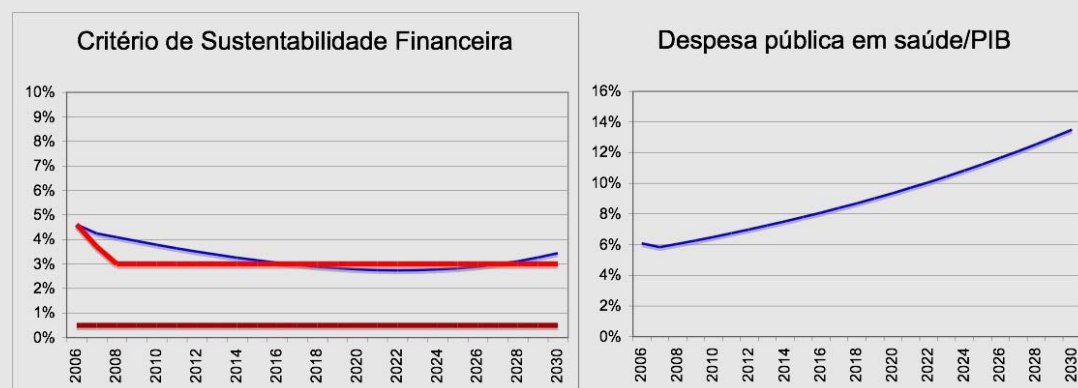
Não há evidência sistemática, a nível internacional, que um sistema de financiamento por via de seguro social tenha capacidade para levar a um menor crescimento com das despesas com cuidados de saúde.<sup>65</sup> Há, quando muito, um efeito de nível de despesa imediato, com uma poupança da ordem dos 8%, se se admitir que os custos de administração de um sistema de seguro social são 5 p.p. mais elevados, como proporção da despesa a financiar, face a um sistema baseado em SNS.

Em termos da definição adoptada de sustentabilidade financeira, a mudança de um sistema de financiamento baseado em impostos para um baseado em seguro social (com uma poupança da ordem dos 8%, sem alteração da taxa de crescimento da despesa pública em saúde) levaria a que houvesse satisfação do critério de sustentabilidade financeira em 2016, ressurgindo porém os problemas de sustentabilidade financeira por volta de 2027 (condicional à evolução de todas as outras variáveis mantidas como constantes na elaboração do cenário), como se depreende da figura 25.

---

<sup>65</sup> Adopta-se uma abordagem baseada em análise de regressão, procurando-se identificar se a presença de um sistema de seguro social tem estado, ou não, associado com menor despesa em saúde e/ou com menor taxa de crescimento da despesa em saúde. (Os aspectos técnicos da análise encontram-se descritos em pormenor no anexo 5).

**Figura 25 – Passagem para financiamento por seguro social**



Fonte: elaboração própria

A esta evidência média quantitativa é necessário adicionar custos e benefícios da alteração do sistema de financiamento por seguro social que sejam relevantes e que não se encontrem incluídos devidamente na análise quantitativa.

Do lado dos benefícios, há a contemplar dois aspectos: a transparência associada com a canalização das verbas recolhidas, e a mais fácil responsabilização pela gestão dessas verbas, promovendo uma maior aceitação do seu crescimento para equilíbrio financeiro do sistema.

Do lado dos custos, há a assinalar os associados com a transformação de um sistema de financiamento por impostos num sistema com base em seguro social, com a necessidade de criação das instituições e mecanismos relevantes.

A opinião dos portugueses não se mostra particularmente desfavorável a esta possibilidade de seguro público, tendo menor oposição que outras alternativas de aumento de contribuições. A proporção de inquiridos que se manifestou sobre esta questão de uma forma favorável foi de 38%, contra 27% de opiniões desfavoráveis, caso as contribuições sejam explicitamente ligadas ao nível de rendimento (quadro 34).<sup>66</sup>

**Quadro 34 – Opinião dos cidadãos (cenário 9) - I**

Oposição	22,83%
Nem a favor nem contra	39,03%
Apoio	38,13%

Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)

<sup>66</sup> A questão colocada foi a de concordância com a afirmação “Criar uma contribuição individual para um seguro de saúde estatal, calculada de acordo com o rendimento de cada pessoa.”

A consideração de um seguro público apenas para cuidados adicionais recolhe, por outro lado, menor apoio relativo (quadro 35).<sup>67</sup>

**Quadro 35 – Opinião dos cidadãos (cenário 9) – II**

Oposição	28,14%
Nem a favor nem contra	44,97%
Apoio	26,88%
Fonte: elaboração própria, com base em Lopes e Magalhães (2006)	

## **Cenário 10: Cenário conjunto**

A descrição dos vários cenários torna evidente que os mesmos não são, em diversos casos, mutuamente exclusivos. Será, por esse motivo, considerado cumulativamente um cenário com várias das intervenções apresentadas. A consideração de várias medidas simultâneas reforçará, potencialmente, o efeito de cada uma, podendo contribuir para mais facilmente se alcançar uma situação de sustentabilidade financeira do SNS.<sup>68</sup>

A apreciação das várias alternativas de financiamento sugere que nenhuma das medidas por si só possui a capacidade de assegurar a sustentabilidade financeira do SNS. Logo, é natural considerar-se de seguida o efeito cumulativo de várias medidas, antes de contemplar-se alterações mais radicais do sistema de financiamento da saúde, como a passagem para um sistema de seguro social ou criação generalizada de mecanismos de cobertura alternativa.

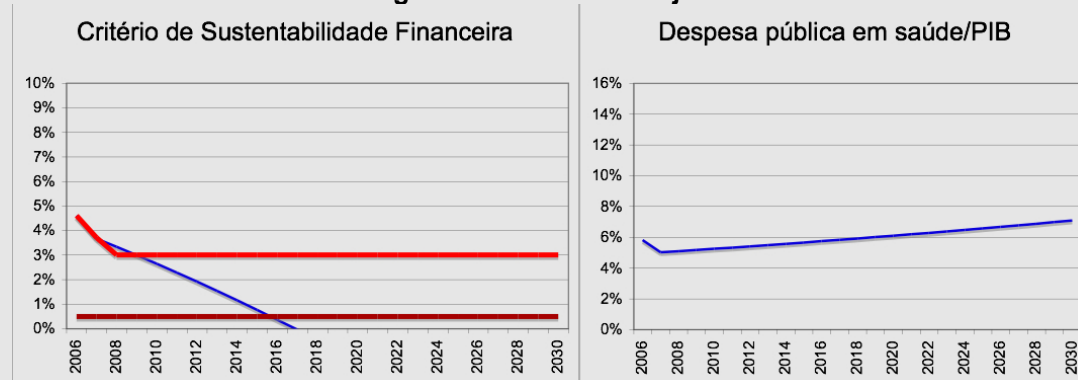
O cenário conjunto envolve a conjugação de vários cenários anteriores: ganhos de eficiência de 5% (redução de 5% nas taxa de crescimento da despesa pública em saúde e redução de 5% no nível da despesa de 2006), a consolidação dos subsistemas públicos (com redução da taxa de crescimento de 0,46 p.p.), a redução dos benefícios fiscais (com diminuição da taxa de dedução à colecta de 30% para 10%), a redução das isenções de taxas moderadoras (reduzindo em 15 p.p. a proporção de população isenta) e a alteração das taxas moderadoras (aumento da respectiva receita de 25% face ao valor de 2004). Este cenário encontra-se descrito na figura 26.

<sup>67</sup> A questão colocada foi a de concordância com a afirmação "Financiamento individual para criar um seguro de saúde estatal que cubra cuidados de saúde adicionais."

<sup>68</sup> Foram considerados diversos cenários conjuntos, que se encontram descritos em anexo.



**Figura 26 – Cenário conjunto**



Fonte: elaboração própria

Da análise dos vários cenários individuais e das suas possíveis combinações, é visível que, aceitando como base a evolução do enquadramento macroeconómico e das contas públicas dada pelo Programa de Estabilidade e Crescimento, a manutenção de um ritmo de crescimento da despesa pública em saúde similar à da última década configura uma situação de insustentabilidade financeira. Por outro lado, se a taxa de crescimento da despesa pública for cerca de 3% a partir de 2007, então a partir de 2010 não existem questões de sustentabilidade financeira.

Para a tendência de evolução histórica da última década, caso se receie que as taxas de crescimento da despesa pública em saúde não correspondam a um efeito de longo prazo, então será necessário adoptar medidas adicionais para garantir a sustentabilidade do financiamento. Nenhuma das medidas, por si só, é suficiente para garantir uma situação de sustentabilidade do financiamento do SNS.

Porém, várias combinações de medidas permitem assegurar a prazo a sustentabilidade do financiamento do SNS, sendo que existe um período inicial de maior dificuldade, associado com o próprio processo global de melhoria das contas públicas.

Este cenário conjunto é o único que permite cumprir os dois referenciais para o critério de sustentabilidade financeira,

Resumindo as diversas alternativas exploradas, os quadros 36 e 37 fornecem a base para as recomendações apresentadas de seguida.

**Quadro 36 – Cenários e o rácio despesa pública em saúde/PIB**

Cenários		Despesa pública em saúde/PIB 2010	Despesa pública em saúde/PIB 2020	Despesa pública em saúde/PIB 2030
1	Evolução natural do sistema de saúde sem ganhos de eficiência	7,02%	10,12%	14,61%
2	Evolução do sistema de saúde com ganhos de eficiência (5%)	6,59%	9,15%	12,71%
3	Maior utilização de mecanismos de avaliação económica	6,78%	8,95%	11,83%
4	Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos	6,71%	8,86%	11,71%
5	Desenvolvimento de cobertura alternativa ( <i>opting-out</i> )	6,71%	9,25%	12,77%
6	Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde	6,74%	9,77%	14,18%
7	Aumentos dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde	6,73%	9,70%	14%
8	Abrangência do SNS – limitação de coberturas	6,89%	9,47%	13,03%
9	Criação de seguro social	6,49%	9,35%	13,49%
10	Cenário conjunto	5,65%	6,90%	8,43%

Fonte: elaboração própria

**Quadro 37 – Saldo orçamental/PIB**

Cenários		Saldo Orçamental/PIB 2010	Saldo Orçamental/PIB 2020	Saldo Orçamental/PIB 2030
1	Evolução natural do sistema de saúde sem ganhos de eficiência	-4,40%	-3,93%	-5,36%
2	Evolução do sistema de saúde com ganhos de eficiência (5%)	-3,90%	-2,57%	-2,43%
3	Maior utilização de mecanismos de avaliação económica	-4,13%	-2,42%	-1,35%
4	Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos	-4,05%	-2,28%	-1,13%
5	Desenvolvimento de cobertura alternativa ( <i>opting-out</i> )	-4,04%	-2,74%	-2,60%
6	Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde	-4,36%	-3,76%	-5,01%
7	Aumentos dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde	-4,06%	-3,30%	-4,31%
8	Abrangência do SNS – limitação de coberturas	-4,25%	-3,09%	-3,09%
9	Criação de seguro social	-3,78%	-2,78%	-3,44%
10	Cenário conjunto	-3,12%	0,16%	3,73%

Fonte: elaboração própria

#### 9.4. Considerações finais

A análise dos cenários evidenciou um conjunto de regularidades que importa assinalar. Primeiro, em nenhum dos cenários individuais considerados se consegue assegurar a satisfação do critério de sustentabilidade financeira, independentemente de ser usado o critério subjacente ao Pacto de Estabilidade e Crescimento (saldo estrutural das Administrações Públicas de -0,5% do PIB) ou a versão menos exigente (saldo estrutural das Administrações Públicas de -3% do PIB). Apenas no cenário conjunto se alcança essa situação, criando-se a convicção de que apenas com adopção simultânea de várias medidas se diminui de forma considerável o risco de insustentabilidade financeira do SNS.

Segundo, em todos os cenários há uma evolução crescente da despesa pública em saúde face ao PIB. Naturalmente, essa tendência de crescimento é menos acentuada no cenário conjunto.

Terceiro, os efeitos do cenário conjunto não se limitam a uma mera soma dos efeitos dos cenários individuais que lhe estão subjacentes. Existe um reforço mútuo de efeitos que acentua o interesse da conjugação das várias medidas.

Por fim, existem dois aspectos contemplados na análise dos cenários que não deram origem a recomendações da Comissão, explanadas no próximo capítulo, merecendo porém comentários adicionais.

O primeiro aspecto está associado com sistemas de cobertura alternativa (*opting-out*). Deve manter-se a actual possibilidade de cobertura alternativa. A experiência recente obriga a que haja uma redefinição das regras de transferência capitolacional num sistema de “cobertura alternativa”, publicamente anunciadas e de adesão voluntária. As regras de adesão estipulam as obrigações da entidade que assume a cobertura alternativa bem como a transferência financeira associada. Não se exclui que a cobertura alternativa solicite contribuições adicionais dos beneficiários, tendo sempre que assegurar o mesmo grau de protecção que o SNS confere. A adesão a esta cobertura alternativa será sempre voluntária. Haverá que instituir os mecanismos de regresso ao SNS.

Apesar da experiência de cobertura alternativa da PT-ACS ter recentemente terminado por iniciativa desta entidade, não deve ser eliminada a possibilidade de outras situações de cobertura alternativa virem a ser desenvolvidas.

A prestação de cuidados de saúde assegurados pelo regime de cobertura alternativa poderá ser realizada por unidades do SNS, que contratam essas prestações com a entidade responsável pela cobertura alternativa.

Em segundo lugar, em termos de medidas de limitação de coberturas, a complexidade inerente à definição clínica do que constitui cuidados de saúde necessários, nomeadamente para exclusão dos desnecessários, aliado ao efeito reduzido (ou até contrário) em termos de necessidades de financiamento sugerem que não há vantagem numa sua utilização como elemento crucial para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS.

No entanto, havendo abuso de utilização dos serviços e equipamentos do SNS, que não se encontre desincentivado por outros mecanismos, seria de todo o interesse haver orientações de utilização, devendo estas ser estabelecidas pelas sociedades científicas adequadas.

Por outro lado, a limitação de coberturas entendida como exclusão de grupos populacionais não se afigura conforme com os preceitos constitucionais, pelo que não é opção que seja de contemplar no contexto português.

## 10. Recomendações

O objectivo do SNS é o de preservar e melhorar o estado de saúde da população com a mais racional utilização de recursos possível.

A diversificação de fontes de financiamento, ou simplesmente mais financiamento, não garante por si só que os objectivos de melhoria do estado de saúde da população sejam alcançados. Qualquer que seja a forma de financiamento das despesas de saúde adoptada, será sempre uma transferência de recursos das famílias e empresas, da população, para os prestadores de cuidados de saúde. Essa transferência é directa quando se tem despesa privada no momento de utilização; é mediada quando intervém uma instituição pública ou privada que assegura uma cobertura de seguro para partilha de risco e solidariedade no pagamento.

A discussão de possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado gerou duas grandes conclusões:

Conclusão 1: Para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar várias medidas simultaneamente, não tendo sido identificada uma medida que, por si só, a assegure.

Conclusão 2: Há uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS de factores exógenos ao sector da Saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado (que estão directamente relacionadas com o crescimento da economia).

Apresenta-se de seguida um bloco de sete recomendações que se complementam entre si, e traduzem as implicações retiradas da análise dos cenários apresentados. Todas estas recomendações, no seu conjunto, permitem a expectativa de menor crescimento das necessidades de financiamento do SNS, assegurando a sua sustentabilidade financeira.

### **Recomendação n.º 1: Manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório.**

Não se encontrou vantagem em alterar de modo radical a forma actual de financiamento do SNS. Note-se que pela sua própria natureza, há um conjunto de opções de financiamento dos cuidados de saúde da população que implicariam um desmantelamento do próprio SNS, nomeadamente as baseadas em contratos de seguro privado, ainda que a realização desses contratos fosse obrigatória e os prémios de seguro tivessem que ser baseados em valores médios da comunidade, em vez de específicos às características de risco individuais.

As vantagens normalmente apontadas, decorrentes de comparações internacionais de desempenho dos sistemas de saúde, a uma organização em torno de um SNS são a capacidade de garantir um melhor estado de

saúde das populações cobertas, as melhores características em termos de equidade (no financiamento e no acesso a cuidados de saúde) e um maior controle do crescimento da procura. Importa referir que esses factores são suficientemente relevantes em Portugal para justificar a recomendação, tanto mais que as principais desvantagens apontadas (menor controle do desperdício, menor capacidade de gestão) deverão ser alvo de acções especificamente dirigidas e não através de uma alteração fundamental do modelo de financiamento.

**Recomendação n.º 2: Maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzida quer por uma menor despesa, quer por uma menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde.**

A capacidade de obter uma mais eficiente utilização dos recursos existentes deverá ser sempre uma preocupação, mas assume particular importância num contexto de dificuldade em assegurar a sustentabilidade financeira do SNS.

A existência de situações de desperdício abre espaço para melhorias do SNS nas duas dimensões de eficiência. Assim, é necessário reforçar a importância para a sustentabilidade financeira do SNS do modelo de prestação de cuidados de saúde.

Exemplos de aspectos que deverão ser focados neste esforço são o investimento nos cuidados de saúde primários e na sua função de *gatekeeping*; a melhoria dos sistemas de informação e referenciação dentro do SNS; o alargamento da rede de cuidados continuados integrados em favor da redução de camas de agudos; a revisão da rede hospitalar, tendo em atenção o seu impacto no modelo de prestação de cuidados de saúde; o desenvolvimento de um sistema nacional de acreditação da qualidade e a sua ligação aos pagamentos realizados às instituições prestadoras de cuidados; a revisão do sistema de convenções; o progressivo investimento efectivo na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças como as oncológicas, cardiovasculares, diabetes, HIV/SIDA; a gestão estratégica dos recursos humanos da saúde a partir das necessidades identificadas; e a actualização da realidade demográfica das profissões de saúde.

Existindo fundamentos de natureza clínica e económica para um crescimento futuro dos custos com a prestação de cuidados de saúde importa que as decisões de utilização de recursos (seja dos utentes, dos profissionais ou das diferentes instituições presentes no sector) sejam tomadas de modo eficiente, no sentido de só serem usados recursos quando os benefícios retirados o justificam. Importa igualmente que cada resultado em termos de saúde seja obtido com a menor utilização de recursos necessária para o alcançar. O processo de preparação das diversas medidas de política de saúde deve comportar a sua tradução

financeira, bem como a definição e implementação dos requisitos de informação necessários a uma sua posterior avaliação.

Em particular, é de grande relevância para a sustentabilidade financeira do SNS que a alteração na taxa de crescimento da despesa nos últimos três anos seja uma quebra estrutural face ao anterior ritmo histórico de crescimento da despesa do SNS.

**Recomendação n.º 3: Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para definição dos limites da cobertura de intervenções asseguradas pelo SNS.**

Não se defende a exclusão de coberturas de acordo com o tipo de cuidados de saúde envolvidos. Exige-se unicamente, no seguimento da recomendação anterior, que a adopção de novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, numa interpretação lata, para financiamento pelo SNS tenha uma avaliação prévia. Esta avaliação prévia terá como missão garantir que apenas quando a vantagem terapêutica gerar valor social (em termos de ganhos de saúde) que compensem os recursos empregues deverá ser a “nova tecnologia” financiada pelo SNS.

Este procedimento de avaliação encontra-se já presente no sector do medicamento. Deverá ser aproveitada essa experiência para uma intervenção mais ampla, com as mesmas características.

Os procedimentos inerentes a esta utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica deverão ficar sediados na Administração Central do Sistema de Saúde ou, em alternativa, num instituto independente, que poderia nesse caso recolher igualmente as competências do Infarmed nesta matéria.

**Recomendação n.º 4: Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição das isenções baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde.**

Num sistema de financiamento em que existem múltiplas excepções para o pagamento de taxas moderadoras, existe sempre uma pressão política para alargar essa situação de isenção a novos grupos. Embora cada grupo, por si, tenha impacto diminuto nas necessidades de financiamento global do SNS, quando tomado no agregado acaba por constituir uma fracção bastante considerável da população. Justifica-se, por isso, que seja feita uma reapreciação usando como base para esse efeito apenas os critérios de capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde.

Importa que as isenções de taxas moderadoras tenham o papel de levar a que não sejam excluídos do acesso a cuidados de saúde grupos da população especialmente vulneráveis. Por esse motivo, a definição da isenção a conceder deverá ter em conta a capacidade de pagamento. Por outro lado, o pagamento de taxa moderadora em caso de necessidades continuadas de cuidados de saúde não contribui para um consumo de recursos racional e impõe custos desproporcionados a quem tem essas condições clínicas, pelo que não deverá ter lugar.

**Recomendação n.º 5: Actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS.**

A utilização de co-pagamentos enquanto instrumento de financiamento do SNS não se encontra constitucionalmente excluída (ver anexos 4 e 4A), devendo no entanto ser devidamente clarificada, nomeadamente através da alteração da Lei de Bases da Saúde.

A utilização de taxas moderadoras tem como objectivo promover uma utilização eficiente de recursos, no sentido de uma escolha adequada na decisão de recorrer a cuidados de saúde e evitar uma sua utilização excessiva. Encontra-se extensamente documentado na literatura científica que os pagamentos directos pelos utilizadores no momento de consumo, têm efeitos negativos em termos de equidade no financiamento das despesas com saúde.

Contudo, a actualização do valor das taxas moderadoras é essencial para estas manterem o seu valor relativo face a outros consumos. As taxas moderadoras devem ser actualizadas, pelo menos, ao ritmo da inflação. No caso de um crescimento muito acelerado dos custos unitários de prestação de cuidados médicos, a actualização da taxa moderadora deverá ser superior à inflação.

**Recomendação n.º 6: Redução dos benefícios fiscais associados com as despesas em saúde declaradas no IRS, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE.**

Portugal é actualmente um dos países mais generosos em matéria de benefícios fiscais em saúde, havendo países onde não existe qualquer incentivo fiscal para as despesas privadas em saúde. O sistema de benefícios fiscais das despesas de saúde, apesar das correcções introduzidas em 1999, continua a beneficiar proporcionalmente mais os contribuintes com maiores rendimentos, tendo uma natureza regressiva. Não cumprindo objectivos de maior equidade do sistema de saúde, e contribuindo para reduzir a sensibilidade das decisões de consumo ao seu



custo, é de considerar um realinhamento dos benefícios fiscais, aproximando-os do que tem vindo a ser a norma na maioria dos países da OCDE.

Considera-se que a taxa de dedução à colecta das despesas de saúde em IRS deverá ser reduzida face aos actuais 30%. O valor deverá realizar um balanço entre redução do benefício fiscal e a manutenção de eficiência fiscal associada à sua existência (desincentivando a evasão fiscal neste domínio). A redução dos benefícios fiscais poderá envolver uma revisão das categorias de despesa elegível, bem como esta dedução ser apenas relevante quando exceder um limiar mínimo, eventualmente definido como uma fracção do rendimento declarado.

**Recomendação n.º 7: Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto-sustentação financeira.**

Os subsistemas públicos constituem uma dupla cobertura, facultada a grupos da população específicos, financiada por todos os contribuintes. É uma transferência de recursos que não é, em si mesma, um objectivo da política de saúde.

A eliminação dos subsistemas públicos do espaço orçamental poderá ser concretizada de diferentes modos: por um lado, proceder à sua extinção; por outro lado, autonomizar os subsistemas públicos do Orçamento do Estado, tornando-os auto-sustentáveis financeiramente.

A auto-sustentação financeira obriga, quase inevitavelmente, a um aumento das contribuições dos beneficiários.

Caso o sub-sistema público opte por ter uma natureza supletiva à cobertura oferecida pelo SNS, aproxima-se da natureza de um seguro de saúde complementar financiado pelas contribuições dos seus beneficiários.

No entanto, os subsistemas públicos podem pretender possuir características de regime de “cobertura alternativa” ao SNS. Nesse caso, deverá ser definida uma contribuição *per capita*, eventualmente ajustada pelas características de risco dos beneficiários, a ser transferida pelo SNS para a entidade que assuma integralmente a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

Uma importante diferença face ao regime actual dos subsistemas públicos é o não se garantir ao sub-sistema acesso ilimitado a fundos para pagamento das despesas de saúde, devendo um maior crescimento das despesas ser colmatado com contribuições adicionais dos beneficiários.

A outra importante diferença é a adesão ao sub-sistema público passar a ser voluntária, e não obrigatória como actualmente sucede.

De qualquer modo, devem ser previstos mecanismos de regresso ao SNS. O SNS tem o papel de financiador de último recurso de doenças catastróficas e de doenças crónicas, devendo a relação financeira com os subsistemas públicos que optem pela evolução para regime de “cobertura alternativa” reflectir apropriadamente este aspecto.

Por fim, é relevante discutir o que será uma eventual solução para a sustentabilidade financeira do SNS numa situação extrema de insustentabilidade das contas públicas.

**Recomendação excepcional: Se se vier a constatar a incapacidade do Orçamento de Estado em realizar as transferências para o SNS e como solução de último recurso, poderá ser equacionada a imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direccionando as verbas obrigatoriamente para o SNS.**

Na incapacidade do Orçamento de Estado em realizar as transferências para o SNS, e caso não ocorra uma actuação clara em termos de política, as consequências irão repartir-se ao longo de três eixos: atrasos do SNS no pagamento a fornecedores, com descontrolo da capacidade de gestão financeira pois a falta de credibilidade orçamental é ela própria geradora de desperdícios e ineficiências; efectiva limitação de coberturas na prestação de cuidados de saúde à população segundo a disponibilidade financeira de cada momento; e exclusão do acesso a cuidados de saúde de utentes, determinada pelas condições financeiras de cada instituição do SNS.

O carácter compulsório destas contribuições para um regime de seguro social tem óbvias semelhanças com um aumento de impostos no sentido em que os cidadãos são obrigados a um esforço adicional, determinado com base no seu rendimento.<sup>69</sup>

É, no entanto, importante assinalar as diferenças: os fundos obtidos por esta via são obrigatoriamente destinados ao financiamento das despesas com cuidados de saúde, o que não sucede com um aumento de impostos.

Por outro lado, o facto de a definição das contribuições ser feita para um fim específico (despesas com saúde) e por uma entidade própria, promove a responsabilização perante a sociedade das decisões tomadas e estimula

---

<sup>69</sup> É reconhecida a oposição generalizada à possibilidade de aumento de impostos. Essa situação surge também de forma muito clara em Lopes e Magalhães (2006), em que 78,9% dos inquiridos se manifesta contra, e apenas 4,3% expressam apoio a essa opção. A questão colocada refere-se à concordância com a afirmação “Aumentar os impostos gerais tais como o IVA ou o IRS”.

a discussão sobre a abrangência e custos dos cuidados de saúde prestados.

Uma contribuição extraordinária desta natureza tem as vantagens mencionadas de maior transparência e capacidade de gerar mais fundos da população com menor resistência, dado que a aplicação destes fundos será da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, enquanto entidade gestora do SNS.

Tem, no entanto, a desvantagem de um menor controle sobre a despesa em saúde e o seu crescimento, sobretudo se não houver mecanismos que avaliem o estabelecimento das contribuições exigidas e o impacto da utilização do financiamento extra.

Reconhecem-se os problemas associados com a separação, ainda que parcial, do financiamento do SNS em relação às outras funções sociais do Estado. Contudo, a alternativa de um racionamento do acesso a cuidados de saúde determinado unicamente pela situação financeira de cada entidade do SNS que preste cuidados de saúde, aliado ao descontrolo de gestão que lhe estaria associado, será mais gravoso.

A manutenção de uma componente substancial de financiamento a partir de impostos gerais garante um grau de controlo directo sobre a despesa com o financiamento do SNS. A desvantagem de se ter uma contribuição consignada à saúde, ainda que temporária, é de algum modo minorada pelo facto de apenas parte das necessidades de financiamento serem asseguradas por esta contribuição compulsória. A pressão para a obtenção de eficiência na utilização dos recursos disponíveis deverá ser sempre uma preocupação, sendo crucial assegurar que estas contribuições não se traduzam num menor incentivo à eficiência.

Realce-se, uma vez mais, que face à insuficiência de fundos para o SNS, ou há um racionamento não organizado das prestações de cuidados de saúde do SNS ou há um aumento de impostos, seja directo ou indirecto (via acumulação de dívidas e subsequentes orçamentos rectificativos).

É, por esse motivo, crucial definir um mecanismo de financiamento para situações extremas, ou, em alternativa, clarificar como será efectuada a limitação de coberturas que assegure a sustentabilidade financeira do SNS. Entende a Comissão que a definição de uma contribuição adicional é mais adequada que uma delimitação de coberturas determinadas em cada situação pela disponibilidade financeira das instituições do SNS.

## Parte IV - Conclusões

O presente relatório analisou as grandes tendências internacionais em relação ao tema do financiamento da saúde e estudou-se o caso português em detalhe.

Da análise dos vários modelos de financiamento possíveis, e das medidas de reforma adoptadas nos diferentes países, torna-se claro que não existe uma fórmula milagrosa para a manutenção de um sistema de saúde financeiramente sustentável, geral, equitativo e com qualidade. Em larga medida, o que se observa actualmente decorre do percurso histórico de cada país.

Ainda assim, é possível detectar tendências nas diversas alterações recentemente sofridas pelos vários seguros públicos. Por um lado, os países que não garantiam, até recentemente, a universalidade da cobertura, têm vindo a fazer esforços nesse sentido, tentando pelo menos garantir um pacote mínimo de serviços a toda a população.

Por outro lado, tem havido uma preocupação clara em aumentar a eficiência da prestação, racionalizando a utilização dos recursos disponíveis. Isto tem sido tentado de várias formas, seja através da introdução de princípios de avaliação económica na decisão de adoptar, ou não, novas tecnologias e medicamentos, seja na promoção de um percurso pré-definido na utilização de cuidados - de que é exemplo a introdução de princípios de *gatekeeping* -, seja através de alterações dos métodos de pagamento a prestadores (profissionais de saúde, hospitais e outras instituições), introduzindo remunerações baseadas na actividade e incentivos ao desempenho.

Os vários sistemas têm sido confrontados com uma constante insuficiência de fundos, pelo que têm sido criadas novas formas, complementares, de financiamento, mas sem pôr em causa, nos seus princípios gerais, o modelo inicial. Nos países com um serviço nacional de saúde não se observaram, porém, nos últimos anos, alterações importantes no modelo de captação de fundos.

Existe uma tendência clara de atribuição de uma maior liberdade de escolha ao indivíduo, tornando-o num participante activo no processo de decisão. Mas uma consequência desta tendência tem sido o crescimento do peso da responsabilização financeira dos utentes no momento do consumo de cuidados de saúde.

As organizações inter-governamentais e não governamentais que se ocupam da organização dos sistemas de saúde manifestam séria preocupação com o crescimento dos gastos em saúde, tentam identificar os factores que estão na origem dessa situação, os cenários que se colocam consoante as respostas que os governos conseguem encontrar e elaboram algumas recomendações, embora frequentemente de carácter genérico.

As necessidades de saúde da população vão exigir do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas.

É necessário que o sistema de saúde acompanhe esta silenciosa modificação e que também proceda a adaptações na oferta de cuidados, na revisão do perfil formativo dos seus profissionais e antecipe as consequências, deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde.

Alterações recentes na moldura da oferta de cuidados de saúde em Portugal indiciam, desde já, uma compreensão desta nova realidade. A reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede de cuidados continuados integrados constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português.

O SNS nunca esteve em sério risco de desaparecer, embora tenha sido a Constituição da República a impor, no início da década de oitenta, limites aos projectos de mudança substantiva do SNS através da lei ordinária. Houve alterações de princípios importantes mas não constitucionais e, progressivamente, instalou-se uma dependência do percurso, traduzida nos consensos construídos nos *fora* de economistas da saúde, gestores e políticos de saúde, no sentido da manutenção do SNS como mecanismo de protecção social na saúde, carecido, porém, de reformas que o tornassem mais eficiente, mais equitativo e mais controlado nos gastos

Este processo de progressiva aproximação ideológica, que tem caracterizado o sistema de saúde português, tem semelhante demonstração a nível internacional, com a doutrina expendida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Banco Mundial na busca da estabilização do pêndulo entre dois extremos (a exaltação dos benefícios da intervenção do Estado e do mercado).

Enquanto elemento integrante da organização do financiamento em Portugal, os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos e estão dependentes de uma alta componente de financiamento do Estado e das empresas. Têm implementado um conjunto de medidas de forma a controlar a utilização e o gasto, e a aumentar as contribuições. Os subsistemas privados têm manifestado um desinteresse por constituir-se numa alternativa de cobertura integral ao SNS.

O mercado de seguros voluntário tem registado uma expansão baseada na complementaridade dos seus produtos em relação ao SNS. Este é um sector lucrativo com um nível substancial de concentração que não tem mostrado interesse em segurar as populações com maior nível de risco, nem em oferecer extensivamente produtos para cobertura integral e alternativa ao SNS.

O acesso a cobertura de seguros privados e a subsistemas privados está associado a um melhor estado de saúde auto-reportado, e tem privilegiado o acesso a consultas de especialidade.

Os pagamentos directos constituem uma importante fonte de financiamento do sistema de saúde português. Embora nos últimos anos vários países, incluindo Portugal, tenham procurado formas de aumentar a participação directa do cidadão para garantir a sustentabilidade do financiamento da saúde, o recurso a pagamentos directos levanta sempre questões muito polémicas. Tanto os defensores como os detractores do financiamento directo podem encontrar argumentos válidos para o seu ponto de vista particular.

A evidência nacional analisada aponta para o impacto orçamental das taxas moderadoras ser relativamente pequeno, o que se deve muito provavelmente à complexidade do sistema de pagamento e à extensão das isenções, que abrangem grupos da população muito variados. No contexto europeu, o recurso a taxas de utilização nas consultas e internamento varia muito de país para país, sendo que Portugal se aproximou recentemente dos países que recorrem a este tipo de financiamento.

É no sector do medicamento, contudo, que a participação dos utentes é relativamente elevada, o que se deve por um lado, a taxas de comparticipação comparativamente baixas, com poucas isenções de pagamento, e por outro, a níveis de utilização de fármacos pela população portuguesa que são relativamente elevados.

Os pagamentos directos, na sua globalidade, são altamente regressivos. Esta situação deve-se em primeiro lugar ao facto de as famílias mais pobres suportarem uma maior carga de doença, o que as leva a serem consumidores mais intensivos de cuidados. Contudo, a regressividade poderá também ser resultado de mecanismos relativamente fracos de protecção das despesas dos grupos mais pobres. Num período em que o nível de regressividade das despesas em saúde parece ter vindo a aumentar, é importante que eventuais medidas que visem a sustentabilidade, por via das despesas directas, sejam suficientemente flexíveis para não agravar e eventualmente melhorar a situação dos mais carenciados.

A questão das deduções fiscais em saúde merece ser considerada quando se discute a sustentabilidade do financiamento da saúde. Portugal é hoje um dos países mais generosos nesta matéria, havendo vários outros países comparáveis que estabelecem limites mais rigorosos às despesas em saúde ou simplesmente não permitem a sua dedução nos impostos sobre o rendimento.

A despesa fiscal em saúde tem um peso assinalável no contexto da despesa em saúde, atingindo 5% das despesas públicas. Os cerca de 500 milhões € que representa a despesa fiscal em saúde correspondem a cinco

vezes o valor das taxas moderadoras cobradas pelo Estado nos hospitais e centros de saúde.

Existe evidência que aponta para a iniquidade do sistema de benefícios fiscais em saúde em Portugal. O sistema favorece sobretudo os grupos de mais elevados rendimentos, incentivando-os a um aumento das despesas directas em saúde. Os mais pobres não pagam imposto na sua maior parte, mas ao realizarem despesas privadas em saúde, estas manifestam-se claramente como um encargo excessivo, visto não usufruírem do benefício fiscal.

As deduções fiscais em saúde ao induzirem uma menor receita fiscal em termos líquidos, acabam por funcionar também como um processo de transferência de rendimento da população em geral (dado o peso de impostos indirectos no sistema fiscal) para os cidadãos elegíveis para o benefício fiscal da despesa em saúde.

A discussão de possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado gerou duas grandes conclusões. Em primeiro lugar, para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar várias medidas simultaneamente, não tendo sido identificada uma medida que, por si só, a assegure. Em segundo lugar, há uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS de factores exógenos ao sector da Saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado (que estão directamente relacionadas com o crescimento da economia).

Tendo em atenção todos os elementos expostos, a Comissão entendeu endereçar ao Governo um conjunto de recomendações que se consideram necessárias e, eventualmente, suficientes para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS.

## Referências

- ABEL-SMITH, B. e E. Mossialos. "Cost-containment and health care reform: a study of the EU". *Health Policy*, 1994, 28(2): 89-132.
- ADSE . [www.adse.pt](http://www.adse.pt), 2006.
- AFONSO, António. "Fiscal Sustainability: the unpleasant European case". *FinanzArchiv*, 2005, 61(1): 19 – 44.
- ALMARSDOTTIR, A. e J. Traulsen. "Cost-containment as part of pharmaceutical policy". *Pharmacy World and Science*, 2005, 27: 144-148.
- ANDERSON, G. E J. Poullier. "Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries". *Health Affairs*, 1999, 18(3): 178-192.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ECONOMIA DA SAÚDE. *Financiamento da Saúde em Portugal*". Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho n.º 4/97, Lisboa, 1997.
- AUTORIDADE DA CONCORRÊNCIA. "Parecer da autoridade da concorrência sobre a compra do sector segurados do BCP pela Caixa Seguros", Processo nº28/2004, 2004.
- AXA. *Relatório Anual 2005*, Lisboa, Grupo AXA, 2006.
- BACELAR GOUVEIA, JORGE. "A inconstitucionalidade da lei das propinas" *in Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, 1995, pp. 257 e segs.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1993 – Investing in Health*. World Bank, Washington, 1993.
- BANCO MUNDIAL. *Health Financing Revisited*. World Bank, Washington, 2006.
- BARROS, Pedro Pita. "Budget effects of health care 'vouchers'". *Economics Letters*, 1999a, 62(2): 229-235.
- BARROS, Pedro Pita. "Os sistemas privados de saúde e a reforma do sistema", em *O papel dos sistemas privados de saúde num sistema em mudança*, ANSS, Lisboa, 1999b, pp.90-115.
- BARROS, Pedro Pita. "Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system". *Journal of Health Economics*, 2003, 22: 419 – 443.
- BARROS, Pedro Pita, Matilde Machado e Anna Sanz-Galdeano. "Moral Hazard and the Demand for Health Services: a matching estimator approach", *CEPR Discussion Paper*, 5488, 2006.
- BARROS, Pedro Pita e Pedro Nunes. "A sustentabilidade financeira do SNS", mimeo, 2005.
- BARROS, Pedro Pita. "The black box of health care expenditure growth determinants". *Health Economics*, 1998, 7: 533-544.
- BARROS, Pedro Pita. *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*. Almedina, Coimbra, 2005.



- BARROS, Pedro Pita. "Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático 3, 2003, 7-17.
- BARTHOLOMÉE, Y. e H. Maarse. "Health insurance reform in the Netherlands", *Eurohealth*, 2006, vol.12, nº 2.
- BERTELSMANN Stiftung. "Health financing reform idea: health fund", *Health Policy Monitor*, 2006, Survey Nº 7.
- BUSSE, R. e A. Riesberg. *Health Care Systems in Transition – Germany*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- BUSSE, R. e S. Schlette (eds.). *Health Policy Developments – International Trends and Analysis*, 2003, nº 1, Bertelsmann Foundation Publishers.
- BUSSE, R. e S. Schlette (eds.). *Health Policy Developments – Focus on Accountability, (De)Centralization, Information Technologies*, 2004, nº 3, Bertelsmann Foundation Publishers.
- BUSSE, R. e S. Schlette (eds.). *Health Policy Developments – Focus on Access, Primary Care, Health Care Organization*, 2005, nº 4, Bertelsmann Foundation Publishers.
- CABRAL, M., P. Silva e H. Mendes. *Saúde e Doença em Portugal – Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002, Lisboa.
- CAMPOS, A. C. et al. *A Combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, estigmas e ineficiências*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987.
- CAMPOS, A. C. "Equidade de Resultados em Saúde e Cooperação Intersectorial". In *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Instituto de Estudos do Desenvolvimento, Lisboa, 1991, pp. 175-187.
- CAMPOS, A. C. e F. Ramos. "Contas e Ganhos na Saúde em Portugal. Dez Anos de Percurso". In *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. casa das letras, Lisboa, 2005, pp. 157-223.
- CANOTILHO, GOMES e Vital Moreira. *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 3ª ed., Coimbra, Coimbra Editora, 1993.
- CARRIN, G. e P. Hanvoravongchai. "Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries?". *Human Resources for Health*, 2003, 1:6.
- CASES, C. "French health system reform: recent implementation and future challenges", *Eurohealth*, 2006, vol.12 nº.3.
- CASTILHO, A. *Evolução e Estrutura das Despesas Privadas em Saúde em Portugal, 1980-1995*. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1999.
- CASTILHO, A. e J. Pereira. *Evolução e Estrutura das Despesas Privadas em Saúde em Portugal, 1980-1995*. ENSP/UNL, 2000.

- CBO – Congress Budget Office. “Technical Review Panel on the Medicare Trustees Report”, *Review of the Assumptions and Methods of the Medicare Trustees’ Financial Projections*, December, 2000.
- CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT. Universitat Pompeu Fabra, “Proposals towards sustainability - catalan case”, *Health Policy Monitor*, Survey, 2005, nº 5.
- CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT. Universitat Pompeu Fabra, “Budgetary reforms for additional funding”, *Health Policy Monitor*, Survey, 2005 nº 6.
- CHERNICHOVSKY, D. e S. Markowitz. “Aging and aggregate costs of medical care: conceptual and policy issues”. *Health Economics*, 2004, 13: 543-562.
- COAST, Joanna. “The Oregon Plan: Technical priority setting in the USA”, in Joanna Coast, Jenny Donovan e Stephen Frankel, editors, *Priority Setting: The Health Care Debate*, John Wiley and Sons, 1996.
- COMPANHIA PORTUGUESA DE SEGUROS DE SAÚDE. *Relatório do Conselho de Administração, Exercício de 2004*. Lisboa, Médis, 2005.
- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE. *Recomendações para uma reforma estrutural*, 1998.
- DEN EXTER, A., H. Hermans, Dosljak, e R. Busse. *Health Care Systems in Transition – Netherlands*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- DGCI. Estatísticas do Imposto sobre o Rendimento. IRS - Declarações mod.3 - exercícios de 2003/2004. [http://www.dgci.min-financas.pt/siteinternet/\\_sgt/Frestatistica.htm](http://www.dgci.min-financas.pt/siteinternet/_sgt/Frestatistica.htm).
- DIXON, A e E. Mossialos. “Funding health care in Europe: recent experiences” Kings Fund, Health Care UK , London, Spring, 2001.
- DURAND-ZALESKY, I. “Health targets in France: role of public health and social health insurance reform laws”, *Eurohealth*, 2006, vol.12 nº.3.
- ESCOLA DE GESTÃO DO PORTO. *Portugal Telecom – Sustentabilidade Empresarial*, 2005.
- COMISSÃO EUROPEIA. “The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Members States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)” Special report n.º 1, 2006.
- EVANS, R., M. Barer e T. Marmor. *Por qué alguna gente está sana y outra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Ed. Diaz de Santos, Madrid, 1996.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. *Health Care Systems in Transition – United Kingdom*, 1999.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES . *Health Care Systems in Transition – Spain*, 2000.

- FERREIRA, A. "Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?" *Análise Social*, XXXIX:171, 313-337, 2004.
- FERRINHO, P., M. Bugalho e J. P. Miguel (eds). *For Better Health in Europe*. Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- FOUBISTER, T., S. Thomson, et al. *Private Medical Insurance in the United Kingdom*, World Health Organization, 2006.
- FOUBISTER, T., S. Thomson, E. Mossialos e A. McGuire. "Private Medical Insurance in the United Kingdom", European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- FRANC, C. e D. Polton, "New governance arrangements for French health insurance", *Eurohealth*, 2006, vol.12 n.º 3.
- GEORGE, F. "Futuro da Saúde em Portugal". In *O Futuro da Saúde em Portugal*, APAH, APDH, Lisboa, 2006, pp 72-80.
- GERTLER, Paul e Roland Sturm. "Using private health insurance to reduce and better target public expenditures", Rand Corporation, Labor and Population Program, Working Paper Series, 1994, 94-27.
- GIRALDES, M. R. – *Desigualdades Socioeconómicas e seu Impacte na Saúde*. Editorial Estampa, Lisboa, 1996.
- GLOBAL, Companhia de Seguros SA. *Relatório e Contas 2004*, 2005.
- GOUVEIA, Miguel. "Política de Saúde em Portugal" In: M. Gouveia e A. Pereira. *Estratégias de Reforma do Estado Providência*. Lisboa: Forum de Administradores de Empresas, 1997, pp. 27-156.
- GRAY, A. "Population ageing and health care expenditure". *Ageing Horizons*, 2005, 2: 15-20.
- HELLER, Peter. "Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector", High-level Fórum on the health MDGs, Paris, Nov., 2005.
- HUBER, M. "Health expenditure trends in OCDE countries, 1970-1997". *Health Care Financing Review*, 1999, 21(2) :99-117.
- INFARMED. *Estatísticas do Medicamento*, 2004.
- INSA. *Inquérito Nacional de Saúde, 1998/1999*, 2001.
- INSA e INE. *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*, 2006.
- INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH. University of California Berkeley/San Francisco (2006), "Massachusetts Health Coverage Mandate", *Health Policy Monitor*, Survey n.º 7(2006).
- INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO. *Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta*, 1999.
- INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO. *Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde*, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Inquérito às Receitas e Despesas Familiares 1980/81*. Lisboa: INE, 1983.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, *Inquérito aos Orçamentos Familiares 1989/90: Metodologia*. Lisboa: INE, 1992
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000: Principais Resultados*. Lisboa: INE, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Conta Satélite da Saúde*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2006.
- INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL. *Estatísticas de Seguros 1999*. Lisboa, Instituto de Seguros de Portugal. 2001.
- INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL. *Estatísticas de Seguros 2001*. Lisboa, Instituto de Seguros de Portugal, 2003.
- INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL. *Estatísticas de Seguros 2003*. Lisboa, Instituto de Seguros de Portugal, 2004.
- INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL. *Relatório do Sector Segurador e Fundos de Pensões 2004*. Lisboa, Instituto de Seguros de Portugal, 2005.
- KAKWANI, N. "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison". *Economic Journal*, 1977, vol. 87, p. 71-80.
- KING'S FUND. *An Independent Audit of the NHS under Labour (1997–2005)*, The Sunday Times, 2005.
- LAING, W. e Buisson. *Private Medical Insurance: UK market sector report*. London, Laing and Buisson, 2003.
- LANG, S., C. Wainwright e K. Sehdev. "A Review of Patient Choice in the NHS", *Healthcare Management Research Group*, Universidade de Cranfield, Setembro, 2004.
- LE GRAND, J. "Desigualdades em Saúde: Uma Perspectiva Económica". In *Sociedade, Saúde e Economia*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987, pp. 225-238.
- LISAC, M. e S. Schlette. "Health care reform in Germany: is Bismark going Beveridge?", *Eurohealth*, vol.12, nº 3, 2006.
- LOURENÇO, Óscar, "Ensaio em Economia da Saúde", Tese de Doutoramento. Em curso.
- LUBITZ, J. "Health, technology and medical care spending". *Health Affairs*, W5: r81-r85, 2005.
- LUCAS, J. Santos "Inequidade Social Perante a Doença e a Morte em Portugal". In *Sociedade, Saúde e Economia*, ENSP, Lisboa, 1987, pp. 283-294.
- MAYNARD, Alan. "European health policy challenges". *Health Economics*, 14: s255-s263, 2005.
- MAYNARD, Alan. "A Economia das Toxicodependências". In *Sociedade, Saúde e Economia*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987, pp. 351-364.

- MAYNARD; Alan e A. Steet, "Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS?", *British Medical Journal*, 332, 15 April 2006.
- MARMOT, T. *et al.* "Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern". *Lancet*. 1994; 1: 1003-1006.
- MARQUIS, H. e M. Holmer, "Alternative models of choice under uncertainty and the demand for health insurance", *Review of Economics and Statistics*, 1996, 78: 421 – 427.
- MARTINS, R. "SNS e seguradoras de saúde - a coabitação real." *Especial Seguros - Associação Portuguesa de Seguradores*, 2006.
- MATHERS, C. e D. Loncar "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030" *Plos Medicine*. Nov. 2006, vol. 3, issue 11, e442. [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org).
- MEHROTRA, A., R. Dudley e H. Luft. "What's behind the health expenditure trends?". *Annual Review of Public Health*, 2003, 24: 385-412.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *Plano de Actividades da ADSE – 2005*. 2005a.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *Relatório de Actividades da ADSE – 2004*. 2005b.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *Plano de Actividades da ADSE – 2006*. 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*, Paris, Janeiro 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*, Paris, Julho 2006.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEIT, WELZIJN EN SPORT. *Health Insurance in the Netherlands - The new health insurance system from 2006*. 2006
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEIT, WELZIJN EN SPORT. *The new care system in the Netherlands: durability, solidarity, choice, quality, efficiency*. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Proposta de Financiamento*. 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contas do SNS 2003*. 2005.
- MIRANDA, Jorge, *Manual de Direito Constitucional*, t. IV, Coimbra, Coimbra Editora, 2000.
- MIRANDA, Jorge e Maria da Glória Garcia, "A lei de financiamento do ensino superior" in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, 1998, págs. 314 e segs.
- MIRANDA, Jorge e Rui Medeiros. *Constituição Portuguesa Anotada*, I, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.

- MOSSIALOS, E. e J. Le Grand (eds.). *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, 1999.
- MOSSIALOS, E e A. Dixon. 'Funding health care in Europe: weighing up the options' . In: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham, 2002.
- MOTA, R. S. Seguros de saúde procurados por privados e empresas. *Diário Económico Especial*, Guia do Seguro. 29/02/2006.
- NATIONAL HEALTH LAW TEAM. *Executive Summary of the New Massachusetts Health Reform Law*, 2006, Holland.
- NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. *Determinants of the burden of disease in the European Union*, F-series, n.º 24, Comissão Europeia: Directorate-general V, 1997.
- NEWHOUSE, J. "Medical care costs: how much welfare loss?" *Journal of Economic Perspectives*. 1992, 6: 3-21.
- NEWHOUSE, J. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1993.
- NOVAIS, Jorge Reis. *As Restrições aos Direitos Fundamentais não expressamente Autorizadas pela Constituição*. Coimbra, Coimbra Editora, 2003.
- NOVAIS, Jorge Reis. *Os Princípios Constitucionais Estruturantes da República Português*. Coimbra, Coimbra Editora, 2004.
- NOVAIS, Jorge Reis, *Direitos Fundamentais: Trunfos contra a Maioria*. Coimbra, Coimbra Editora, 2006.
- NUNES, D. "Seguros de saúde: Ter ou não ter?" *Prémio*, 2006, III: 9-13.
- OCDE "Projecting OCDE Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?". Working paper nº 477, 2006, OCDE, Paris.
- OCDE "Future budget pressures arising from spending on health and long-term care". *OCDE Economic Outlook*, Preliminary edition, 79 (May 2006), 2006b.
- OCDE. *OCDE Health Data 2006 – Statistics and Indicators for 30 countries*, 2006c.
- OCDE. *OCDE Health Data 2006. A Comparative Analysis of 30 Countries*. Credes, 2006.
- OKUNADE, A. M. Karakus e C. Okeke. "Determinants of health expenditure growth of the OCDE countries: jackknife resampling plan estimates". *Health Care Management Science*, 2004, 7: 173-183.
- OFFICE OF FAIR TRADING. *The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK*. 2003.
- OLIVEIRA, M. D. "Voluntary health insurance in the European Union: A study for the European Commission - Questionnaire for Portugal", LSE *Health and Social Care*, 2001.

- OLIVEIRA, M. D. e C. G. Pinto "Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience." *Health Economics*, 2005, 14: S203-S220.
- OLIVER, A., E. Mossialos e A. Maynard. "The contestable nature of health policy analysis". *Health Economics*, 2005,14: s3-s6.
- OLIVER, Adams "The English National Health Service: 1979-2005". *Health Economics*, 2005, vol. 14.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Reducing Risks, Promoting Health Lives*. *World Health Report 2002*. World Health Organization, Geneva, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Engaging for Health. 11<sup>th</sup> General Programme of Work, 2006-2015. A Global Health Agenda*. World Health Organization, Geneva, 2006.
- ORLANDER, Jonathan, Theodore Marmor e Lawrence Jacobs "Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon health plan", *CAMJ*, , 2001, 164(11): 1183 – 1187.
- OR, Z. e G. Pouvourville. "French hospital reforms: a new era of public-private competition?", *Eurohealth*, 2006, vol.12 nº.3.
- PEDRO, Júlio. "Desigualdades Sócio-Económicas na Morbilidade em Portugal". Trabalho de Final do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2002.
- PEREIRA, João et al. "Equidade Geográfica no Sistema de Saúde Português". In *Sociedade, Saúde e Economia*, ENSP, Lisboa, 1987, pp. 239-265.
- PEREIRA, J. e C. Pinto. "Equidade no financiamento da saúde em Portugal". *Economia* 16 (1992) 105-135.
- PEREIRA, J. A. "Who paid for health care,1980-1990". In Vaz, Pinto, Ramos e Pereira. - *As Reformas dos Sistema de Saúde*, Lisboa: APES, 1996.
- PEREIRA, J., J. Rovira, F. Antoñanzas, L. Bohigas e W. Hart. "Co-payments and access to health care: Principles, international experience and implications for Romania." EU PHARE - Romania. December 1996.
- PEREIRA, J. A. "Equity of health care finance progressivity in Portugal: how robust?". *Estudos de Economia*, 1998, 18(3): 351–372.
- PEREIRA, J. e A. P. Sousa "Impacto redistributivo dos benefícios fiscais em saúde: 1980-1990". ENSP/UNL, mimeografia, 2001.
- PINTO, C.G. e L.S. Miguel. "Cost sharing in a NHS-based health care system: the Portuguese case". CISEP, 2006

- PINTO, C. Gouveia, J. Santos e C. Gomes. "Incentivos fiscais e equidade no financiamento da saúde em Portugal". *Estudos de Economia* 14:1 15-25. 1993.
- PORTUGAL TELECOM. *Relatório de Sustentabilidade 2005: Partilhar Valor*, Portugal Telecom SGPS SA, 2005.
- PORTUGAL TELECOM. *Relatório e Contas Consolidadas 2005*, Portugal Telecom SGPS, SA, 2006.
- PT-ACS. "[www.ptacs.pt](http://www.ptacs.pt)", 2006.
- PT COMUNICAÇÕES. *Relatório e Contas 2004*, PT Comunicações SA, 2004.
- PT COMUNICAÇÕES). *Relatório e Contas 2005*, PT Comunicações SA, 2005.
- PRODUCTIVITY COMMISSION OF THE AUSTRALIAN GOVERNMENT "Aggregate studies of age and health expenditures". Technical, 2005, paper 5, 13 p.
- ROBINE, J. et al. "Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-free life expectancy in EU countries from 1991 to 2003, based on the European Community Household Panel". European Health Expectancy Monitoring Unit Technical, 2005, report 2, 27 p.
- ROBINSON, R. 'User charges for health care' . In: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, Buckingham, 2002.
- ROMANOW, Roy J. "Building on Values – The Future of Health Care in Canada, Final Report", Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- SANDIER, S., V. Paris e D. Polton, *Health Care Systems in Transition – France*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- SANTANA, Paula. *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento*. Almedina, Coimbra, 2005.
- SCHMIDT, Ulla "Health Policy and Health Economics in Germany", discurso proferido na conferência "The American Model and Europe: Past – Present – Future," organizada pela Friedrich Ebert Foundation, Washington, DC, 27 de Janeiro, 2006.
- SCHUT, F. e Van de Vem. W. "Rationing and competition in the Dutch health-care system", *Health Economics*, 2005, vol.14.
- SÉRVULO CORREIA, "As relações jurídicas de prestação de cuidados pelas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde", in *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, 1996.
- SESHAMANI, M.; GRAY, A. "Ageing and healthcare expenditure: the red herring argument revisited". *Health Economics*, 2004, 14: 303-314.
- SIMÕES, Jorge. *Retrato Político da Saúde. Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*, Almedina, Coimbra, 2004.



- SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS. *Regulamento do Fundo Sindical de Assistência (Regime Especial)*, Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, 2003a.
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS. *Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários (Regime Geral)*, Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, 2003b.
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS. *Relatório e Contas dos SAMS – 2005*, Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, 2005.
- SMITH, P. e N. York, “Quality Incentives: the case of UK General Practitioners”, *Health Affairs*, 2004, vol. 23, n.º 3.
- SOUSA, A.P. “Impacto redistributivo dos benefícios fiscais na área da saúde em Portugal: 1980-1990”. Coimbra, Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2000.
- STEINMANN, L., H. Telser e P. Zweifel “The impact of aging on future healthcare expenditure”. Working paper nº 0510, Socioeconomic Institute – University of Zurich, 2005.
- TOWNSEND, P e N. Davidson. *Inequalities in Health. The Black Report*. Penguin Books, London, 1982.
- UNIDAD PERMANENTE DE LISBOA, com a coordenação da Oficina Económica del Presidente del Gobierno (2006), *Programa Nacional de Reformas de España: Informe Anual de Progreso 2006*.
- UNIVERSITY OF TECHNOLOGY, Berlin, “Health insurance reform in the Netherlands: is Bismark going Beveridge?”, *Health Policy Monitor*, 2006, Survey nº. 6.
- VAN DOORSLAER, A. Wagstaff e F. Rutten. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford University Press, Oxford, 1993.
- VAZ, A., J. Simões, J. Costa e P. Santana. “Desenvolvimento de um modelo de avaliação do estado de saúde das populações”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, vol.12, n.º 2, Abril/Junho 1994, 5-27.
- VERA-HERNANDEZ, Marco. “Structural estimation of a principal-agent model: moral hazard in medical insurance”, *Rand Journal of Economics*, 2003, 34(4): 670 – 693.
- VIEIRA DE ANDRADE, “O 'direito ao mínimo de existência condigna' como direito fundamental a prestações estaduais positivas —uma decisão singular do Tribunal Constitucional” in *Jurisprudência Constitucional*, 1, págs. 4 segs.
- ZWEIFEL, P., S. Felder e M. Meiers “Ageing of population and health care expenditure: a red herring?” *Health Economics*, 1999, 8: 485-96.
- WAGSTAFF, A. et al. “Equity in the finance of health care: some further international comparisons” *Journal of Health Economics*, vol. 18, pp. 263-290, 1999.

WORZ, M. "Analizing the impact of health care system change in the EU member-states – Germany", *Health Economics*, 2005, vol.14.