

## **ANEXOS**

## ÍNDICE DOS ANEXOS

Anexo 1 - Os factores determinantes da saúde	4
Anexo 2 - Os níveis de saúde dos portugueses	8
Anexo 3 - Os programas de governo	16
Anexo 4 - Os limites constitucionais à alteração do modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde	20
Anexo 4A - Sobre o financiamento do Serviço Nacional de Saúde (aditamento)	55
Anexo 5 - A evolução dos gastos com a saúde no passado	65
Anexo 6 - A projecção dos gastos públicos com a saúde no futuro	95
Anexo 7 - Factores demográficos e não-demográficos no crescimento da despesa com saúde	98
Anexo 8 - A relação entre o envelhecimento da população e a evolução da despesa com saúde	105
Anexo 9 - Combinação financiamento/prestação nos cuidados de saúde	110
Anexo 10 - Taxas moderadoras	112
Anexo 11 - Os subsistemas públicos e privados de saúde	114
Anexo 12 - Os seguros de saúde privados voluntários	133
Anexo 13 - Efeitos dos subsistemas sobre o estado de saúde e a utilização de recursos	159
Anexo 14 - Pagamentos directos no sistema de saúde português	180
Anexo 15 - O sistema fiscal e as deduções com as despesas em saúde	201
Anexo 16 - Operacionalização da definição de sustentabilidade financeira	219
Anexo 17 - Avaliação de fontes de financiamento	227
Anexo 18 - Informação estatística utilizada na elaboração dos cenários	229
Anexo 19 - Estudo sobre percepções e atitudes em relação ao financiamento do SNS	232
Anexo 20 - Importância da existência de um sistema de avaliação económica de tecnologia no nível e taxa de crescimento da despesa em saúde	317
Anexo 21 - Simulação do impacto da alteração de pagamentos directos	323
Anexo 22 - Limitação de coberturas	327

## **Anexo 1**

### **Os factores determinantes da saúde**

O relatório Black, de 1980 estudou, na Grã-Bretanha, a relação entre a morte prematura (antes dos sessenta e cinco anos) e a classe social e conclui que, para quase todas as causas de morte, a relação entre a classe social e a mortalidade era inversa, no grupo etário dos 15 aos 64 anos (Townsend e Davidson, 1982).

Julian Le Grand afirma que o principal factor determinante das diferenças em saúde reside na diferença das disponibilidades materiais, que caracterizam os estratos sociais (Le Grand, 1987). Alan Maynard conclui que o ciclo de depreciação do *stock* de saúde poderia ser alterado por mudanças no comportamento que influenciam o número de anos de vida ajustados pela qualidade (Maynard, 1987), ideia também desenvolvida por Michael Grossman, tratando a saúde como um *stock* e considerando-a como um processo de produção conjunto, requerendo a contribuição quer do indivíduo, quer de consumo de bens e serviços apropriados, denominados cuidados médicos<sup>1</sup> (Barros, 2005). Evans, Baver e Marmor defendem que o factor crítico na saúde é a qualidade do micro-ambiente físico e social, sendo o nível educativo da mãe um dos mais relevantes (Evans et al., 1996). Outros estudos (Marmot et al, 1994) confirmam a importância das variáveis socio-económicas para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos, mas sugere-se que em contexto de baixo nível de salubridade e pobreza, as políticas sociais, educativas e de higiene pública produzam grandes benefícios, mas, em contexto com altos níveis de salubridade e bem-estar social, beneficiando já de um bom nível de saúde graças a estas medidas, a intervenção moderna dos serviços de saúde conduzam a benefícios de saúde adicionais.

O relatório do Instituto Nacional de Saúde de Estocolmo, de 1997 classifica os factores determinantes da saúde como comportamentos ligados à saúde (tabaco, álcool, drogas, alimentação, exercício físico), ambiente (casa, trabalho/estudo, transporte, acesso a transportes, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade), aspectos sociais (desemprego e pobreza), serviços de saúde (sistemas de saúde dos países, políticas de promoção da saúde, padrões de cuidados de saúde, utilização dos hospitais, qualidade dos medicamentos, investigação). Este estudo constrói uma hierarquia baseada no peso de cada um desses factores para explicar a doença: consumo de álcool (8,4%), excesso de peso (3,7%), riscos ocupacionais (3,6%), consumo baixo de vegetais e de fruta (3,5%), pobreza relativa (3,1%), desemprego (2,9%), dependência de drogas (2,4%), inactividade física (1,4%), alimentação com gorduras (1,1%), poluição atmosférica (0,2%) (National Institute of Public Health, 1997).

Os estudos realizados em Portugal vão no mesmo sentido da literatura estrangeira.

---

<sup>1</sup> Grossman desenvolveu um modelo que traduz o efeito de vários factores, nomeadamente a idade, o salário e a educação, na procura de saúde e de cuidados de saúde (*vide* Barros, 2005).

Santos Lucas observou que “a morte como a doença se distribuem desigualmente na sociedade portuguesa [...] e que os cuidados de saúde públicos e privados não contribuem para esbater esta situação, dado o seu desfasamento em relação às necessidades agravadas de certos grupos sociais, nomeadamente dos trabalhadores manuais” (Lucas, 1987). João Pereira associou as condições sócio-económicas a resultados em saúde, em especial em algumas taxas de mortalidade associadas ao primeiro ano de vida (Pereira, 1987). Correia de Campos concluiu, também, pela necessidade de melhor estudar a associação entre factores não-sanitários, comportamentos individuais e resultados em saúde (Campos, 1991). Maria do Rosário Giraldes afirmou que a mortalidade e a morbilidade apresentam um gradiente socioeconómico importante em Portugal (Giraldes, 1996) e “que existe evidência suficiente na literatura contemporânea [...] de que os aumentos no nível de saúde poderão resultar tanto de melhorias naqueles aspectos do meio-ambiente que são hostis à saúde como do desenvolvimento de meios mais sofisticados de tratar a saúde” (Giraldes, 1997).

Também o Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, ao analisar os resultados da saúde em Portugal, entre 1996 e 2001, conclui que “os avanços maiores se verificaram nas áreas onde predomina a influência de factores extrínsecos, nomeadamente maior afluência socioeconómica, melhorias estruturais e de prestação de serviços. O caso mais notável é o da saúde perinatal, em que Portugal atingiu uma situação muito favorável a nível da UE. Pelo contrário, os progressos são bem menores nas áreas onde predomina a influência de factores intrínsecos, como atitudes e comportamentos nocivos, condutas imprudentes e agressivas [...], em suma, traços de subdesenvolvimento cívico e de cidadania. Estão neste caso os acidentes, em especial os de viação, a violência doméstica e a SIDA” (Ministério da Saúde, 2002).

Em estudo baseado em inquérito aos comportamentos e atitudes dos Portugueses face ao sistema nacional de saúde, conclui-se que a morbilidade não é independente dos atributos demográficos e sócio-económicos, apontando-se, para além da idade e do sexo, a escolaridade que tende a dividir os inquiridos pela “barreira da instrução primária” e a classe social “em que os inquiridos se auto-posicionam (a chamada classe subjectiva), passando a clivagem da maior ou menor tendência para a morbilidade, respectivamente, entre as classes baixas, por um lado, e as classes média e alta, por outro”(Cabral, Silva e Mendes, 2002).

Outro estudo de 2002, utilizando dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, revela a existência de importantes desigualdades sócio-económicas na morbilidade em Portugal. “O nível educacional e o rendimento contribuem de forma diferente para as desigualdades em saúde, variando este contributo em

função do tipo de indicador de morbilidade. As desigualdades nos indicadores de morbilidade resultantes de doenças crónicas foram mais sensíveis ao nível educacional do que ao rendimento, ao contrário dos indicadores do tipo funcional e subjectivo que apresentaram contributos quase semelhantes” (Pedro, 2002).

Utilizando também informação do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, Pita Barros estudou o efeito das decisões de comportamento individual sobre o estado de saúde, concluindo que o peso excessivo e o sedentarismo surgem associados com um menor estado de saúde reportado, não se tendo detectado, porém, efeitos negativos fortes associados ao consumo de tabaco e de álcool (Barros, 2003).

A evidência nacional e internacional sobre os factores determinantes da saúde tem permitido a criação de modelos de avaliação do estado de saúde das populações, com a selecção de indicadores apropriados, a escolha de unidades de medida e a ponderação de cada um destes indicadores.

Em Portugal, um dos primeiros projectos de avaliação integrada do estado de saúde de uma população consistiu na criação, em 1993, de um modelo de Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, que considerava seis grupos de factores – indicadores de saúde, indicadores demográficos, oferta de cuidados de saúde, utilização dos serviços de saúde, indicadores sociais e indicadores económicos – correspondendo a 51 factores (Vaz, Simões, Costa e Santana, 1994).

Também na avaliação do desempenho de hospitais públicos têm vindo a ser aperfeiçoados, em Portugal, modelos que consideram o contexto em que os hospitais se inserem, sendo considerado o ambiente sócio-económico, a morbilidade, a mortalidade e o mercado da Saúde de cada uma das regiões onde se integram os hospitais (INA, 1999 e 2002).

## **Anexo 2**

### **Os níveis de saúde dos portugueses**

Os quadros 1 e 2 demonstram a melhoria de dois indicadores da saúde dos portugueses - a taxa de mortalidade perinatal e a esperança de vida à nascença.

**Quadro 1 - Mortalidade perinatal - mortes /1 000 nados-vivos**

	1970	1980	1990	2000	2002
Portugal	36,5	23,9	12,4	6,2	5,6 <sup>2</sup>
Média UE 15	24,5	13,6	8,6	6,8	6,5

Fonte: OECD Health Data, 2006

Nota: UE 15 – os 15 países que integravam a União Europeia no início de 2004 .

**Quadro 2 - Esperança de vida à nascença, em anos**

	1970	1980	1990	2000	2003
Portugal	67,5	71,5	73,9	76,6	77,4
Média UE 15	71,5	73,8	75,9	78,1	78,8

Fonte: OECD Health Data, 2006

Nota: UE 15 – os 15 países que integravam a União Europeia no início de 2004.

## A mortalidade

Investigadores, apoiados pela OMS, consideram que em 2030 as principais causas de morte, nos países do mundo com rendimento elevado, serão as seguintes, por ordem decrescente de importância: doença isquémica do coração, doenças cerebro-vasculares, cancro da traqueia, brônquios e pulmão, diabetes mellitus, doenças pulmonares, infeções respiratórias, doença de Alzheimer e outras demências, cancro do cólon e do recto, cancro do estômago, cancro da próstata (Mathers, C e D. Loncar, 2006).

Os quadros 3 e 4 mostram que, em Portugal, os valores encontrados para a taxa de mortalidade são sempre inferiores no género feminino.

<sup>2</sup> Em Portugal, o valor desceu para 5,1 em 2003 e para 4,4 em 2004 (OECD, 2006)



**Quadro 3 - Taxa de mortalidade padronizada, no continente, em 1995, 2000 e 2003 e previsão para 2015, no género masculino, 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	382,7	312,6	276,6	252,6
Doença cérebro-vascular	194,0	154,0	123,4	119,7
Doença isquémica cardíaca	95,1	82,1	77,9	55,4
Tumores Malignos	229,7	225,7	219,8	215,0
Tumor maligno do estômago	34,6	28,5	25,2	21,2
Tumor maligno do pulmão	40,9	41,4	42,6	43,8
Tumor maligno da próstata	28,6	30,0	25,0	23,1
Doenças do aparelho respiratório	88,3	91,6	77,8	65,3
Doenças do aparelho digestivo	57,0	45,0	45,6	48,7
Diabetes mellitus	23,7	21,5	28,7	29,2
Acidentes de trânsito com veículos a motor	37,6	20,8	27,1	19,6
Sinais, sintomas e afecções mal definidas	116,9	121,3	76,7	70,2
Todas as causas	1065,4	959,9	882,2	600,8

Fonte: DGS

**Quadro 4 - Taxa de mortalidade padronizada, no continente, em 1995, 2000 e 2003 e previsão para 2015, no género feminino, 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	292,8	239,2	216,1	182,6
Doença cérebro-vascular	164,1	128,2	104,4	81,3
Doença isquémica cardíaca	51,1	44,6	44,5	43,2
Tumores malignos	125,4	118,8	113,2	106,1
Tumor maligno do estômago	16,0	13,6	11,5	9,8
Tumor maligno do pulmão	7,1	7,6	7,5	7,8
Tumor maligno da mama feminina	25,2	22,4	21,1	17,5
Doenças do aparelho respiratório	42,7	49,2	38,9	36,5
Diabetes mellitus	23,4	20,7	26,0	28,6
Doenças do aparelho digestivo	24,3	20,2	21,7	19,8
Acidentes de trânsito com veículos a motor	9,8	4,7	7,0	6,2
Sinais, sintomas e afecções mal definidas	75,5	73,7	57,4	49,6
Todas as causas	656,9	588,9	552,8	500,5

Fonte: DGS

O quadro 5 permite concluir que Portugal, no comparação com outros países da União Europeia (15 países) apenas apresenta o pior resultado nos “sinais, sintomas e afecções mal definidas” e que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira registam, a nível nacional, os piores resultados.

**Quadro 5 - Taxa de mortalidade padronizada por algumas causas, em Portugal, homens e mulheres, em 2003, e comparação com as melhores e piores resultados na União Europeia**

	<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>Tumores malignos</b>	<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>Doenças do aparelho digestivo</b>	<b>Sinais, sintomas e afecções mal definidas</b>
<b>Melhor</b>	187,4 (Espanha)	146,3 (Finlândia)	40,3 (Áustria)	16,2 (Grécia)	1,2 (Áustria)
<b>Pior</b>	326,5 (Grécia)	191,0 (Holanda)	85,4 (Reino Unido)	35,4 (Alemanha)	67,2 (Portugal)
<b>EU 15</b>	233,8	178,3	51,3	31,1	16,3
<b>Portugal</b>	249,4	161,4	57,5	33,1	67,2
<b>Continente</b>	244,0	159,4	55,2	32,3	66,6
<b>R. Norte</b>	223,9	164,0	63,2	33,8	61,7
<b>R. Centro</b>	238,5	147,2	55,5	35,0	72,8
<b>R. LVT</b>	261,9	165,2	48,7	29,8	36,2
<b>R. Alentejo</b>	261,0	159,1	57,1	27,8	77,0
<b>R. Algarve</b>	242,6	155,0	50,2	28,8	80,7
<b>R. Açores</b>	376,9	228,9	93,2	41,1	50,3
<b>R. Madeira</b>	335,5	180,9	132,7	58,6	98,6

Fonte: DGS

Numa outra perspectiva, em Portugal Continental, entre 1999 e 2001, morreram antes dos setenta anos, em média, por ano, 29.195 indivíduos (quase 30% do total de óbitos), representando a perda potencial de 5.774 anos de vida (média anual por 100.000 habitantes). Cada indivíduo que morreu antes dos 70 anos perdeu, em média, 17,2 anos.

As principais causas de morte para a perda de anos de vida antes dos setenta anos têm sido os acidentes de trânsito e o VIH/SIDA (Santana, 2005).

## **A morbilidade**

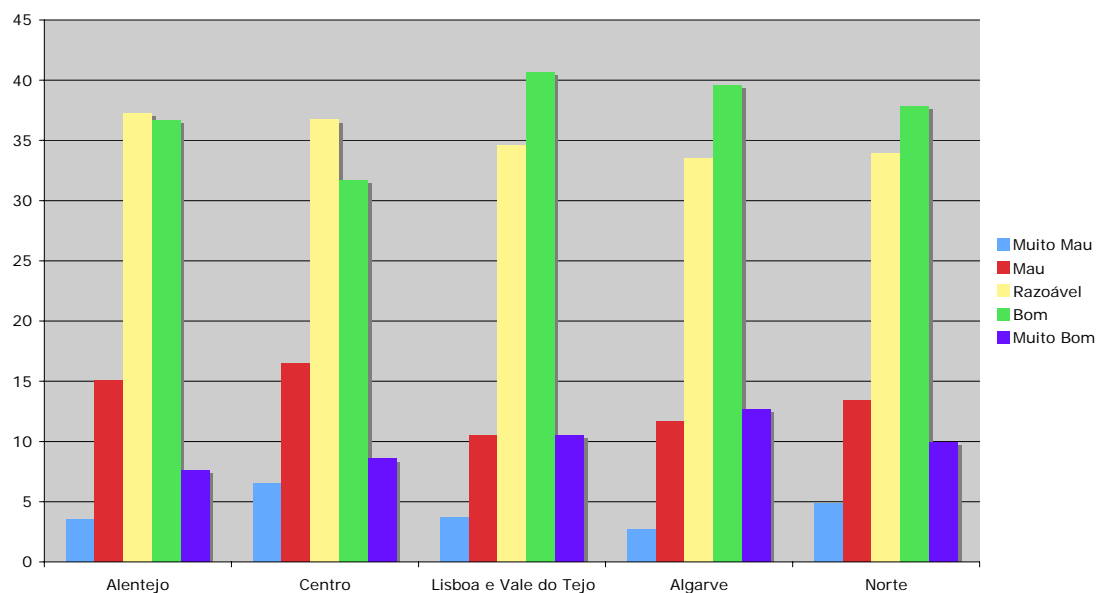
Refira-se, ainda, que o grupo das doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos deu origem, nos últimos dez anos, a uma duplicação do número de doentes saídos e a uma redução para menos de metade da demora média.

As projecções realizadas pela Direcção-geral da Saúde seguem a linha de tendência detectada a partir de 1995, com um crescimento de cerca de 6% do número de doentes saídos, de 2004 para 2015, e a estabilização da demora média de hospitalização em 6,4 dias.

### **A auto-avaliação do estado de saúde**

No quadro 6 encontra-se o estado de saúde auto-reportado em 2005/6, por regiões de Portugal Continental, observando-se algumas diferenças regionais, com resultados mais positivos em Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve e menos positivos no Centro e no Alentejo.

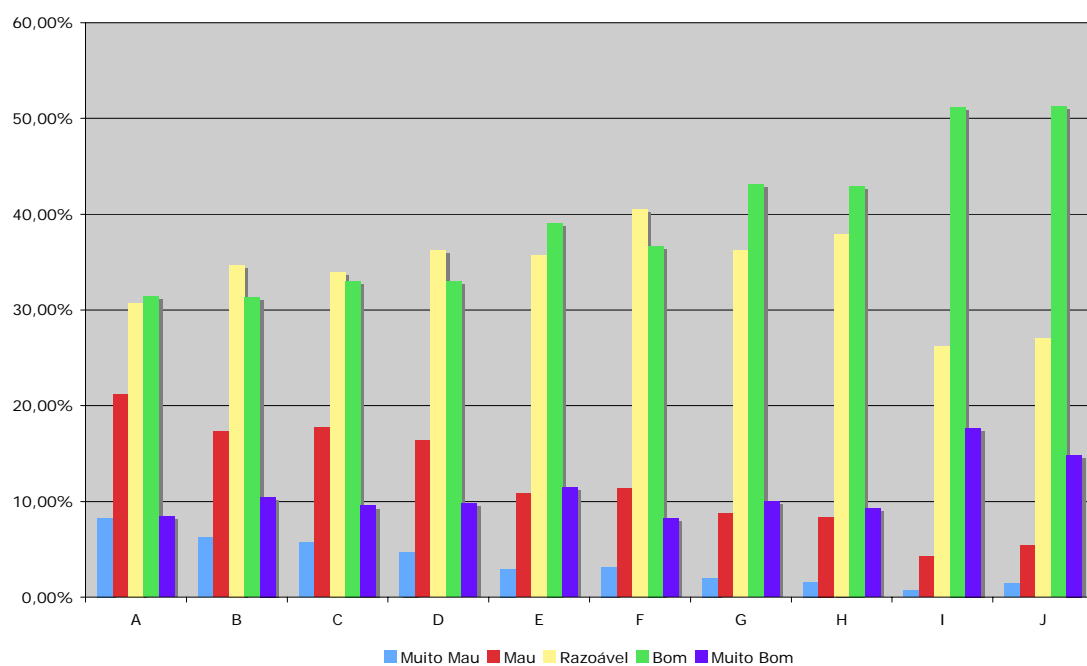
**Quadro 6 - Estado de saúde auto-reportado, por regiões de Portugal continental, em 2005/6**



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

O quadro 7 apresenta o estado de saúde auto-reportado em 2005/6, por classes de rendimento (ajustado para a dimensão do agregado familiar), resultando que um maior rendimento se encontra associado a melhor saúde auto-reportada.

**Quadro 7 - Estado de saúde auto-reportado, por classes de rendimento, em 2005/6**



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

**Anexo 3**

**Os programas de governo**

### Resumo dos Programas de Governo sobre Prioridades e Financiamento da Saúde

<b>Governos Constitucionais</b>	<b>Principal objectivo</b>	<b>Referência ao financiamento da saúde</b>	<b>Citação</b>
<b>I Governo 1976 - 1978 Mário Soares</b>	Criação de um serviço nacional de universal, geral e tendencialmente gratuito.	Tendencial gratuitidade para os utilizadores dos serviços públicos de saúde.	“Estabelecimento das bases jurídicas, administrativas e financeiras de um serviço nacional de saúde, generalizado a toda a população e tendente à gratuitidade”.
<b>II Governo 1978 Mário Soares</b>	Criação progressiva de um serviço nacional de saúde.	Atribuir progressivamente ao Estado a responsabilidade pelo financiamento dos serviços de saúde.	“Promover, na medida das possibilidades existentes, o progressivo financiamento dos serviços de saúde por intermédio do OGE e subsidiariamente por receitas próprias provenientes de taxas moderadoras”.
<b>III Governo 1978 Nobre da Costa</b>	Prosseguir a criação do SNS previsto na Constituição.		“Garantir aos utentes, em qualquer parte do País, o acesso conveniente às unidades prestadoras de cuidados”.
<b>IV Governo 1978-1979 Mota Pinto</b>	Conseguir para toda a população cuidados de saúde de boa qualidade.		“Estruturar um Serviço Nacional de Saúde em moldes que garantam o recurso, tão cómodo quanto possível, aos meios de prestação de cuidados”.
<b>V Governo 1979-1980 Maria de Lurdes Pintasilgo</b>	Resposta às necessidades de protecção sanitária de toda a população.		“O Governo esforçar-se-á para garantir os cuidados médicos básicos a todos os cidadãos”.
<b>VI Governo 1980-1981 Sá Carneiro</b>	Garantir protecção da saúde a todos os cidadãos.	Reformular o sistema de financiamento dos serviços de saúde.	“O Governo procurará rever a Lei do Serviço Nacional de Saúde”.
<b>VII Governo 1981 Pinto Balsemão</b>	Organizar progressivamente o SNS de acordo com os princípios que enformam uma sociedade democrática e pluralista.	Reformular o sistema de financiamento dos serviços de saúde.	“A universalidade dos cuidados de saúde não pode nem deve ser acompanhada da gratuitidade em relação a toda a comunidade. Esta deverá ser chamada a participar nos gastos com a saúde de acordo com as suas disponibilidades financeiras”.



<b>VIII Governo 1981-1983 Pinto Balsemão</b>	Vencer o subfinanciamento, a centralização e a politização.	Dotar o sector com o máximo orçamento possível e estruturar novas formas de financiamento da saúde.	“A comunidade deve ser chamada a participar nos gastos com a saúde de acordo com as suas disponibilidades financeiras”.
<b>IX Governo 1983-1985 Mário Soares</b>	Reformulação da Lei de Bases do SNS para garantir o acesso de todos os portugueses aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica.	Reformulação das taxas moderadoras em vigor, com eliminação das taxas de hospitalização.	“Acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde na medida das suas efectivas necessidades”.
<b>X Governo 1985-1987 Cavaco Silva</b>	Evitar a massificação e assegurar, na medida do que os recursos disponíveis permitam, o direito à livre escolha dos médicos e dos outros profissionais de saúde pelos cidadãos.		“Se o Estado é o garante de que os cidadãos têm acesso à saúde, nem por isso lhe cabe assegurar directamente todos os cuidados respectivos. Um papel importante deve pertencer à iniciativa privada”.
<b>XI Governo 1987-1991 Cavaco Silva</b>	Determinar o nível de intervenção e a articulação dos sectores público e privado.	Reconhecer alternativas ao SNS, incentivando-se os seguros de saúde.	“Tem-se confundido a necessária função de garante do Estado com a de quase único prestador de cuidados”.
<b>XII Governo 1991-1995 Cavaco Silva</b>	Aprovação de mudanças profundas no modelo de financiamento e gestão.	Poderão ser cobradas taxas moderadoras de forma a racionalizar e evitar distorções na utilização dos serviços.	“A protecção da saúde efectiva-se pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado”.
<b>XIII Governo 1995-1999 António Guterres</b>	Reforma profunda e global do SNS que permita corrigir problemas estruturais que têm vindo a propiciar desperdícios geradores de subfinanciamento.	Tornar previsíveis as receitas públicas afectas ao sector.	“Garantir que o financiamento do SNS seja sustentável [...], compatibilizando as receitas do SNS com os recursos a afectar aos serviços que ao Estado cabe financiar”.
<b>XIV Governo 1999-2002 António Guterres</b>	Reforçar progressivamente o orçamento da saúde, substituindo o modelo público integrado por um novo modelo contratual.	Aumentar os recursos consignados e manter as responsabilidades do Estado pela cobertura dos riscos da saúde.	“Saúde, a nova prioridade da política social”.

<b>XV Governo 2002-2004 Durão Barroso</b>	O SNS deve passar de um sistema público para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social.	Constituição de Fundos e Seguros de saúde, com compensações fiscais.	“Onde se comprove que os sectores privado e social gerem com maior eficácia e menores custos [...], o Governo não terá qualquer hesitação em assumir uma visão bem distinta da atitude estatizante”.
<b>XVI Governo 2004-2005 Santana Lopes</b>	Assegurar a sustentabilidade financeira do sistema.		“Evoluir do conceito de SNS para um novo paradigma de Sistema de Saúde misto, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais”.
<b>XVII Governo 2005- José Sócrates</b>	O SNS deve estar centrado nas prioridades, garantindo a separação entre financiador e pagador.	Pagamento de serviços de forma contratualizada.	“A agenda deve ser orientada para ganhos em saúde”.

#### **Anexo 4**

### **Os limites constitucionais à alteração do modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde**

O presente texto incide sobre o sentido interpretativo e o alcance prático dos princípios e limites constantes do artigo 64º, nº 2, alínea a) da Constituição, segundo o qual o direito à protecção da saúde é, entre outras obrigações, realizado "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".

Mais precisamente, verificar-se-á em que medida estes princípios e limites constitucionais condicionam as opções do legislador ordinário que se confronte com o problema do financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

Esta questão, assim formulada, remete para diferentes problemas jurídico-constitucionais que, a seguir, se analisarão, mas no seu cerne lateja sempre uma mesma e única dificuldade. Ou seja, partindo do princípio, facilmente verificável, de que existe, entre nós, um *problema* ou uma dificuldade com o financiamento do SNS, as alternativas conhecidas que se colocam ao decisor político e, conseqüentemente ao legislador, são as seguintes<sup>3</sup>:

- 1) mantêm-se os actuais níveis de financiamento público no quadro legal actualmente em vigor, pelo que, dentro desses limites, só restará optimizar a aplicação dos actuais recursos em termos de ganhos de eficiência;
- 2) mantém-se o referido quadro legal, e procura-se incrementar o financiamento público pela via politicamente controversa, mas juridicamente inatacável, do aumento de impostos;
- 3) ou, finalmente, questiona-se a adequação do actual modelo de financiamento, admitindo-se a eventual possibilidade de se passar a exigir, de algum modo, uma contraprestação financeira

---

<sup>3</sup> Cf., assim, PEDRO P. BARROS/PEDRO NUNES, "A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde", dactilografado, Universidade Nova de Lisboa, 2005.

diferenciada aos utentes do SNS pelos serviços e cuidados de saúde a que recorrem.

Ora, em termos jurídico-constitucionais, verdadeiramente controvertida e, por isso, digna e carente de análise, é apenas a última destas opções, pelo que é nela que nos centraremos. No final, deverá obter-se uma resposta clara a esta pergunta fundamental: a concretização daquela eventual possibilidade pressupõe uma prévia revisão constitucional habilitadora ou é já juridicamente comportada pelo actual quadro constitucional? E, em caso de resposta positiva a esta última opção alternativa, em que termos e condições pode ser exigida aos utentes uma contraprestação financeira diferenciada pelos serviços e cuidados de saúde a que recorrem no âmbito do SNS?

Para fundamentarmos a resposta a estas questões, começaremos por identificar o conteúdo dos actuais limites constitucionais ao financiamento do Serviço Nacional de Saúde, analisando, em seguida, criticamente, o sentido que tem sido atribuído a tais limites, recorrendo, sobretudo, à jurisprudência constitucional que se tem debruçado sobre a questão; abordaremos, então, as possibilidades de alteração do actual quadro jurídico à luz da garantia do direito fundamental à protecção da saúde.

**1. Um "serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito"**

Para além dos limites constitucionais de ordem geral —que abordaremos posteriormente—, atinentes à natureza do direito à protecção da saúde como direito fundamental social, encontramos na nossa Constituição norma especificamente destinada a regular o tema objecto deste texto. Apesar da complexidade e carácter controverso da sua interpretação, essa norma impõe ao Estado uma obrigação precisa e específica, pelo que nos concentramos, prioritariamente, na respectiva análise.

Segundo a actual versão da Constituição, o direito à protecção da saúde é realizado "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito" (art. 64º, nº 2, alínea a)). Tudo residirá, portanto, em saber se a exigência de pagamentos diferenciados aos utentes do SNS é ou não compatível com estes limites constitucionais de universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade.

Como veremos, é relativamente pacífico o entendimento do que significa, neste contexto, a universalidade e a generalidade do SNS. Já muito mais controverso é o sentido a atribuir ao "tendencialmente gratuito" e, por isso, é sobre este segmento normativo que incidirá, sobretudo, a nossa análise, tendo especialmente em conta o tratamento de que tem sido objecto por parte da doutrina, da jurisprudência constitucional e, mesmo, do legislador da revisão constitucional.

## **2. A *gratuidade* do serviço nacional de saúde na história constitucional**

**2.1.** Na sua versão originária, a Constituição era mais impositiva e, aparentemente, inequívoca, já que se configurava o Serviço Nacional de Saúde como devendo ser "universal, geral e gratuito". Colocava-se, então, o problema jurídico da discutível compatibilização dessa exigência constitucional de gratuidade 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 art. 7º da Lei do SNS (Lei nº 56/79, de 15 de Setembro); segundo esta última norma, "o acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações". Tínhamos, portanto, na altura, um problema jurídico-constitucional derivado do facto de, não obstante a Constituição estabelecer a gratuidade, a lei ordinária ressaltar a existência de pagamento de taxas moderadoras.

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.

Considerava, aí, a Comissão Constitucional que "a gratuidade assinalada é de tipo eminentemente programático"; no mesmo sentido, a Comissão Constitucional assumia o parecer da Provedoria de Justiça que caracterizava a regra constitucional como impondo uma "gratuidade progressiva dos serviços de saúde". 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*.

Porém, a fragilidade desta construção tornava-se evidente quando se cotejava a norma constitucional sobre o SNS com outras normas constitucionais sobre direitos sociais, particularmente as referentes ao direito ao ensino, e se verificava que a formulação específica da norma sobre o SNS não era devidamente valorada pela Comissão Constitucional.

É certo que, em geral e como dissemos, as normas constitucionais sobre direitos sociais apresentam aquelas características de gradualidade, de progressividade, de realização programada e diferida no tempo, mas o legislador constituinte não está impedido, mesmo no domínio da realização dos direitos sociais, de fixar aos poderes constituídos imposições precisas, de realização imediata, não dependentes de avaliações, prognósticos ou ponderações a realizar pelo legislador ordinário. É assim que a Constituição nos apresenta, neste domínio dos direitos sociais, normas de estrutura muito diferenciada.

Encontramos normas que apontam um fim a atingir, mas deixam ao legislador ordinário uma grande margem de liberdade e conformação na escolha dos meios e a definição dos ritmos, prioridades e graus de realização. Nessa altura, cobra plena aplicação a ideia de gradualidade de realização, de progressividade, de ampla liberdade do legislador no trajecto de concretização do direito social.

Outras normas há em que, para além do fim a atingir, a norma constitucional fixa também o sentido do caminho e a orientação estratégica para o alcançar; é esse, por exemplo, o caso da norma do art. 74º, onde, após se consagrar o direito ao ensino e a garantia de igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar, se dá ao Estado a incumbência de "estabelecer progressivamente a gratuidade de todos os graus de ensino". A liberdade de conformação do legislador diminuiu, uma vez que não apenas o fim, mas o sentido da via para o alcançar estão pré-determinadas constitucionalmente: o



Estado não fica desde logo obrigado a garantir a gratuidade de todos os ramos de ensino, mas deve caminhar nesse sentido, deve instituí-la progressivamente.

Por último, há outras normas constitucionais sobre direitos sociais em que a liberdade de conformação do legislador ordinário praticamente desaparece, isto é, a Constituição fixa, desde logo, imposições precisas, inequívocas, de realização não sujeita a juízos de prognose e de ponderação. É, por exemplo, o caso da norma do nº 2, alínea a), do já referido art. 74º, quando se incumbe o Estado de "assegurar o ensino básico universal, obrigatório e gratuito".

Temos, assim, no mesmo artigo da Constituição (o artigo 74º), uma distinção clara entre quais são as obrigações e a margem de que o legislador dispõe quanto ao pagamento dos vários graus de ensino: no caso do ensino básico, o Estado está obrigado a assegurá-lo gratuitamente; já quanto aos restantes graus do ensino, o Estado está obrigado a caminhar progressivamente no sentido da gratuidade, mas a gratuidade não é de imposição imediata.

Ora, o citado Parecer nº 35/82 da Comissão Constitucional, agora a propósito do direito à protecção da saúde do art. 64º, confundia estas distinções e amalgamava todas as normas constitucionais sobre direitos sociais na mesma nebulosa programática, mesmo quando tal característica não se coaduna com a estrutura da norma em questão. Obviamente, se a Constituição impõe a criação de um SNS e diz que esse SNS é gratuito, essa gratuidade não é de realização progressiva nem programática, mas de realização simultânea à própria instituição de um serviço nacional de saúde e dela indissociável. Tratava-se, portanto, de saber se a persistência da obrigatoriedade de pagamento das chamadas taxas moderadoras era compatível com esta imposição de gratuidade e era notório que, independentemente da *bondade* política do resultado, a fundamentação encontrada pela Comissão Constitucional —que

remetia, pura e simplesmente, para a natureza programática dos direitos sociais— não era satisfatória<sup>4</sup>.

**2.2.** Não admira, pois, que o problema viesse a ser recolocado nos anos seguintes, desta vez já ao Tribunal Constitucional, entretanto criado com a revisão constitucional de 1982. No Acórdão nº 92/85, o Tribunal ainda "escapou" 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. Este último Acórdão tem uma importância decisiva na consideração do problema que analisamos e, por isso, importa que nele nos detenhamos mais demoradamente.

O Tribunal Constitucional não se orienta, neste último aresto, pela linha de argumentação seguida no Parecer nº 35/82, atrás criticado, ou seja, parte agora do princípio, embora sem conceder expressamente, 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.

Vejamos como chega a esse resultado. Para o Tribunal Constitucional, o conceito constitucional de gratuidade é um conceito "normativo" que perde a determinação absoluta que aparentemente resultaria do seu sentido etimológico;

---

<sup>4</sup> Esta insuficiência era perceptível e foi implicitamente reconhecida pelo Tribunal Constitucional, no Acórdão nº 39/84, quando, a propósito do diploma que pretendia revogar parte substancial da lei que havia instituído o Serviço Nacional de Saúde, fundamentou o seu juízo de inconstitucionalidade, precisamente, no carácter de comando constitucional impositivo, preciso, de realização imediata, e não meramente programático, da norma contida no art. 64º da Constituição, que obrigava o Estado a instituir um SNS universal, geral e gratuito.

com a sua consagração constitucional, o conceito adquiriria "um certo halo de indeterminação" que deveria ser posteriormente esclarecido pelo legislador. Assim, a norma constitucional da gratuitidade não garantiria a dispensa de qualquer pagamento por parte dos utentes como contrapartida para as prestações estaduais de cuidados de saúde, mas garantia apenas "que não terão eles de suportar individualizadamente os custos daquelas prestações, pelo que, isso sim, não lhes há-de poder ser exigida, por cada uma de tais prestações, uma contraprestação destinada directamente a transferir (ainda que só parcialmente) para eles o custo da prestação em causa —uma contraprestação, isto é, que tenha como objectivo o 'pagamento' (o pagamento do 'preço') do serviço prestado —ou, então, tal que (designadamente por força do seu montante) venha a ter praticamente um efeito equivalente (e subverta, desse modo, o que poderá qualificar-se como conteúdo essencial mínimo de qualquer ideia de 'gratuitidade')".

Daí, concluía o Tribunal, que a imposição de taxas racionalizadoras da utilização dos serviços, de moderação da procura desses serviços, se mantidas dentro do razoável, não era incompatível com a Constituição, mesmo quando a Constituição, como acontecia na versão da altura, impunha expressamente o carácter "gratuito" do SNS.

**2.3.** Como se verificou, e qualquer que seja a opinião que se tenha sobre estas decisões, no período anterior à revisão constitucional de 1989 há um resultado consolidado na jurisprudência constitucional: o da não incompatibilidade entre a imposição constitucional de gratuitidade do SNS e a obrigação legal de pagamento de taxas moderadoras por parte dos utentes. De facto, apesar da variação de fundamentações a que se recorre —inicialmente o pretense carácter progressivo ou programático daquela *gratuitidade* (Parecer nº 35/82 da Comissão Constitucional) e, depois, o seu pretense sentido *normativo* que seria distinto do sentido comum (Acórdão nº 330/89 do Tribunal Constitucional)—, o resultado de não inconstitucionalidade mantém-se e estabiliza-se: as taxas moderadoras não são inconstitucionais.

Dir-se-á, em todo o caso, que a nova fundamentação não é mais satisfatória que a primeira, como se evidencia, de resto, nos votos de vencido apostos ao Acórdão 330/89<sup>5</sup>. Com efeito, não obstante o esforço argumentativo, é dificilmente aceitável que se possa qualificar como gratuito algo por que tem de se pagar; pode pagar-se muito ou pouco, mais ou menos, mas, se para se obter alguma coisa se tem de pagar, então essa coisa pode ser tudo o que se quiser, mas não é seguramente gratuita. Precisamente por isso é que a Constituição distingue: se o ensino básico é *gratuito*, não há lugar ao pagamento de quaisquer propinas ou taxas; se nos outros graus de ensino se deve estabelecer *progressivamente* a gratuitidade, então esse pagamento é ainda, de algum modo, possível.

Assim, independentemente da *bondade* política do resultado a que chegou, o Tribunal Constitucional viu-se forçado, para atingir esse resultado de admissibilidade constitucional das *taxas moderadoras*, a introduzir distinções artificiosas que, compreensíveis no contexto em que surgiram, são não apenas inaceitáveis, como, se *levadas a sério*, introduzem distorções interpretativas que podem ter, hoje, consequências nefastas no plano da determinação do sentido do actual quadro constitucional.

Referimo-nos, concretamente, ao pressuposto hermenêutico que sustenta toda a argumentação do Tribunal Constitucional e que é o seguinte: na sua pretensa acepção *normativa*, o conceito de gratuitidade deixa de ter um sentido objectivo, para passar a depender da intenção e fins que determinaram a fixação de uma contrapartida financeira a pagar pelos utentes. Se a intenção é transferir para o utente parte do *preço* do custo da prestação de cuidados médicos, então, por mínima que seja essa parte, a prestação não é gratuita e, como tal, seria inconstitucional. Porém, se a intenção é meramente a de dissuadir o utente de um recurso abusivo a tais cuidados, então, mesmo que a quantia a cobrar seja

---

<sup>5</sup> Cf., nesse Acórdão, os votos de vencido dos Conselheiros Mário de Brito, Martins da Fonseca e Vital Moreira e, na doutrina, o nosso *Os Princípios Constitucionais Estruturantes da República Portuguesa*, Coimbra, 2004, págs. 316 e seg..

idêntica ou até superior, desde que não desrazoável, a prestação continua a ser gratuita e, enquanto tal, constitucionalmente lícita.

Seria como se o dono de um restaurante anunciasse almoços grátis à quarta-feira e, depois, cobrasse aos clientes uma taxa, não para pagar o custo do almoço ou uma sua parte, mas para ajudar na luta contra a fome em África. É certo que ninguém poderia almoçar sem pagar aquela taxa e, logo, os clientes tinham que pagar para almoçar, mas, como a intenção era boa, os almoços eram *gratuitos*... Sempre haveria, afinal, *almoços grátis*.

Obviamente, este conceito normativo de gratuitidade não nos parece sufragável: o conceito de gratuitidade tem um sentido objectivo, seja na Constituição, seja na Rua dos Correeiros. Se a Constituição acolhe um conceito de utilização comum, o "ser gratuito", então é para lhe garantir o mesmo sentido que preside à sua utilização na vida comum, sob pena de se transformar o Direito Constitucional num conhecimento de tipo esotérico. Se o ensino básico e o SNS são *gratuitos*, então são gratuitos. Se no ensino superior se deve estabelecer progressivamente a gratuitidade, então ainda poderá haver, de algum modo, propinas, mas o legislador terá de, a prazo, acabar com elas e, desde já, caminhar nesse sentido<sup>6</sup>. Podem considerar-se estas opções políticas inconvenientes e as suas consequências nefastas, mas, nessa altura, só há uma solução: alterar a norma constitucional.

**2.4.** Bem andou, portanto, o legislador da revisão constitucional de 1989 quando, a braços com o mesmo problema com que se defrontava a jurisprudência constitucional, decidiu alterar a norma constitucional do art. 64º, nº 2, alínea a). Onde antes se lia "através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" passa agora, após 1989, a ler-se: "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".

---

<sup>6</sup> Cf. JORGE BACELAR GOUVEIA, "A inconstitucionalidade da lei das propinas" in *RFDUL*, 1995, págs. 257 e segs.; JORGE NOVAIS, *Os Princípios Constitucionais Estruturantes ...*, cit., págs. 314 e segs.

Procuraremos, posteriormente, determinar o alcance desta alteração constitucional a que, no contexto da discussão a que temos vindo a fazer referência, preside uma intenção clara de mudança e que tem um sentido objectivo preñado de significado. Mas, por ora, vejamos como foi tal alteração recebida pela jurisprudência constitucional.

O problema foi novamente objecto de apreciação aquando da aprovação da nova Lei de Bases da Saúde, a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, sobre cuja eventual inconstitucionalidade o Tribunal Constitucional foi, de novo, chamado a pronunciar-se no Acórdão nº 731/95.

Cotejando aquela Lei de Bases com o novo texto constitucional saído da revisão de 1989, na parte que aqui especialmente nos importa, a questão da gratuitidade do SNS, considerou o Tribunal Constitucional, no que é uma conclusão pacífica, que qualquer que seja o sentido da nova fórmula saída da revisão constitucional, ela teve pelo menos o sentido de flexibilizar a anterior fórmula constitucional de gratuitidade. Ora, maior flexibilidade significaria, em nosso entender, ser levado a concluir que, se antes da revisão de 1989 o Tribunal Constitucional já considerava as taxas moderadoras compatíveis com a exigência de gratuitidade e se não se repudia essa jurisprudência, agora, após a revisão, a maior flexibilidade da norma constitucional determinaria o alargamento da margem de conformação anteriormente reconhecida ao legislador ordinário. Logo, o legislador ordinário poderia fazer *algo mais* que manter as anteriores taxas moderadoras, estaria menos limitado do que estava o legislador antes da revisão de 1989.

Porém, o Tribunal Constitucional, neste Acórdão 731/95, não dá esse passo. De alguma forma revelando um mal estar relativamente à jurisprudência constitucional anterior à revisão constitucional —considerando implicitamente, porventura, que ela se antecipara à própria revisão—, o Tribunal Constitucional mantém, afinal, inalterada a anterior jurisprudência, como se a revisão constitucional de 1989 não introduzisse qualquer alteração de fundo.

O Tribunal Constitucional reconhece, a nosso ver adequadamente, que quando a Lei de Bases prescreve que o SNS é basicamente financiado pelo Orçamento do Estado dá cumprimento à prescrição constitucional da sua gratuitidade tendencial, considerando, a seguir, que as taxas moderadoras não são inconstitucionais porque, pretendendo-se através delas "apenas a racionalização da utilização do SNS e não o pagamento do 'preço' dos serviços de saúde prestados, nem resultando delas qualquer impedimento ou restrição do acesso dos cidadãos economicamente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde...", então não há inconstitucionalidade.

Esta conclusão será praticamente consensual quanto à não inconstitucionalidade das taxas moderadoras, mas já nos parece bem mais discutível se com ela se pretender restringir todo o alcance da revisão constitucional de 1989 à "constitucionalização" do pagamento de taxas moderadoras, assim esvaziando, afinal, aquela maior *flexibilidade* de que atrás se falava.

É essa dúvida que a seguir procuramos esclarecer, considerando agora, após este percurso pela jurisprudência constitucional, aquela que deverá ser, em nosso entender, e após a revisão constitucional de 1989, a mais adequada interpretação do sentido dos limites constitucionais à margem de conformação de que o legislador ordinário dispõe na configuração concreta do serviço nacional de saúde.

### **3. O sentido do comando constitucional de instituição de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito**

Como se disse, o sentido a atribuir a "universal e geral" é relativamente pacífico e consensual. Como o próprio Tribunal Constitucional tem afirmado, seguindo, de resto, doutrina consolidada<sup>7</sup>, *universal* significa ser dirigido à

---

<sup>7</sup> Cf. GOMES CANOTILHO/VITAL MOREIRA, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 3ª ed., Coimbra, pág. 342 e seg..

generalidade dos cidadãos, conferindo a todos o direito de recorrer ao SNS, não impedindo naturalmente a existência e o recurso aos serviços particulares de saúde. Por sua vez, *geral* significa abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicos, traduzindo a necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde.

Assim, como estas características de universalidade e generalidade se mantêm inalteradas na norma constitucional desde 1976, não há qualquer hipótese constitucionalmente plausível, sem prévia e, ainda assim, muito discutível, revisão constitucional, de condicionar ou excluir o acesso ao SNS de categorias particulares de cidadãos ou dele afastar prestações ou cuidados médicos necessários à protecção da saúde. A observância da norma constitucional, independentemente da concepção que se defenda acerca da natureza dos direitos sociais<sup>8</sup>, exige perspectiva exactamente inversa, isto é, de sentido inclusivo e progressivamente inclusivo, seja no plano da universalidade, seja no da generalidade.

Resta, portanto, esclarecer o problema da *tendencial gratuitidade*.

**3.1.** Em nosso entender, com a revisão constitucional de 1989 muda verdadeiramente a natureza da norma constitucional de garantia do SNS, o art. 64º, nº 2, alínea a). Onde antes tínhamos uma *regra*, a regra da gratuitidade, temos agora um *princípio*, o princípio da tendencial gratuitidade. Não há apenas, como afirmava o Tribunal Constitucional, uma maior flexibilidade —que, de facto, também existe—, mas uma alteração qualitativa decorrente da transformação da estrutura da norma constitucional<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Cf. diferentes concepções da universalidade própria dos direitos sociais em JORGE MIRANDA, "Pensões no sector bancário e direito à segurança social (parecer)" in *Jurisprudência Constitucional*, 7, pág. 8 e seg.; 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, pág. 26.

<sup>9</sup> Sobre o sentido e as consequências dogmáticas da distinção hodierna entre *regras* e *princípios*, cf. JORGE NOVAIS, *As Restrições aos Direitos Fundamentais não Expressamente Autorizadas pela Constituição*, Coimbra, 2003, págs. 322 e segs..



Com efeito, quando a Constituição impunha a gratuidade, legislador e Administração nada tinham a ponderar: só tinham que dar estrito cumprimento à regra constitucional; não podiam impor aos utentes do SNS o pagamento de qualquer contraprestação financeira como forma de pagamento dos serviços e cuidados de saúde prestados nesse âmbito (vimos já, também, como o Tribunal Constitucional, embora discutivelmente, considerava o pagamento de *taxas moderadoras* compatível com a regra da gratuidade).

Com a revisão constitucional de 1989 há, como dissemos, uma alteração substancial: o SNS deve ser tendencialmente gratuito, o que, e desde logo na própria interpretação da norma constitucional, impõe a necessidade de proceder a valorações, ponderações, em ordem à realização daquele comando na maior e mais adequada medida possível e tendo em conta o peso e a importância que tem para os cidadãos o acesso gratuito aos cuidados e prestações de saúde, mas também o peso e importância das razões e circunstâncias, de ordem fáctica e jurídica que apontem num sentido oposto, ou seja, no sentido da não realização da gratuidade de forma imediata, definitiva e absoluta.

Sobre o sentido da alteração então aprovada não é decisivo o que pensaram, disseram ou calaram os Deputados no momento da votação. Cada um deles terá feito a sua própria avaliação e apreciação das consequências práticas da alteração que então aprovaram —e sobre isso há opiniões e interpretações diversas<sup>10</sup>—, mas aquilo que verdadeiramente deve contar, do ponto de vista da interpretação e aplicação da norma constitucional, é o seu sentido objectivo, colhido à luz dos factores relevantes, como sejam: o sentido da revisão no contexto histórico da controvérsia constitucional que então se desenvolvia e, desde logo, no próprio Tribunal Constitucional; a inserção sistemática da norma no conjunto das normas constitucionais sobre direitos sociais e, particularmente, a comparação com os *lugares* paralelos do texto constitucional que lhe são mais próximos; o sentido actualista da norma, com

---

<sup>10</sup> Vejam-se, a propósito, as ilacções retiradas pelo Grupo Parlamentar do PCP no requerimento de inconstitucionalidade que veio a dar origem ao Acórdão nº 731/95 e a fundamentação de decisão de sentido inverso tirada no mesmo Acórdão.

consideração das circunstâncias fácticas, problemas e dificuldades que presidem à sua aplicação nos dias de hoje e tendo em conta a interpretação que dela tem feito a jurisprudência constitucional e a doutrina.

Considerando estes vários factores, procuraremos, então, apreender e chegar ao que deve ser o conteúdo mais adequado a atribuir à norma constitucional em causa, em função das suas prováveis consequências no esclarecimento das dúvidas que nos foram colocadas.

**3.2.** Suscitadas especificamente a propósito das prestações no âmbito do SNS, essas dúvidas remetem, no fundo, para o problema genérico da eventual gratuitidade de prestações estatais tendentes à realização dos direitos sociais. Na maior parte dos casos, a nossa Constituição não se refere expressamente ao problema, mas fá-lo a propósito do direito à saúde e do direito ao ensino, tratados, respectivamente, nos artigos 64º e 74º, pelo que, em primeiro lugar, será em torno da interpretação dessas normas que procuraremos colher o sentido da resposta constitucional ao nosso problema.

Nestes dois casos, a Constituição recorre a três expressões diferentes que, em princípio, se traduzirão noutras tantas soluções para o problema da gratuitidade. De facto, se no mesmo artigo o legislador constituinte opta por formulações diversas e se utiliza expressamente uma revisão constitucional para introduzir uma fórmula inovatória, a essas opções diferenciadas deve ser atribuído algum sentido.

Uma vez a Constituição impõe a gratuitidade da prestação (é a situação do ensino básico e era também a do SNS antes da revisão de 1989, conforme, respectivamente, o que se dispõe no art. 74º, nº 2, alínea a), e se dispunha no anterior art. 64º, nº 2, alínea a)). Noutra situação, mais precisamente, quando regula a situação dos restantes graus do ensino, a Constituição já não exige a gratuitidade, mas fala apenas em obrigação de o Estado "estabelecer progressivamente a gratuitidade".

O sentido desta diferença constitucional não é completamente pacífico, mas é possível chegar a algumas conclusões firmes. O ser gratuito implica o não pagamento ou, no mínimo, o não pagamento de um "preço". Já o comando de estabelecer progressivamente a gratuidade tem um conteúdo muito diverso: significa que a gratuidade, a não existência da obrigatoriedade de um pagamento a cargo do utente, é o objectivo que, a prazo, se visa alcançar e significa também que se está obrigado a caminhar gradual e paulatinamente em direcção desse objectivo.

Essa diferença de sentido tem relevantes consequências práticas. Num domínio em que vigore o comando de estabelecer progressivamente a gratuidade, como é o do ensino superior, o pagamento de contrapartidas financeiras para a prestação estatal, no caso o pagamento de propinas, não é inconstitucional, ao contrário do que aconteceria se, eventualmente, a norma constitucional impusesse a existência de um ensino superior gratuito.

O tema tem sido, como se sabe, exaustivamente discutido e tratado, seja no plano doutrinário<sup>11</sup>, seja pela jurisprudência constitucional<sup>12</sup>, a propósito do pagamento e valor periodicamente actualizado das propinas e, naturalmente, as posições sustentadas não são uniformes. Porém, o sentido indiscutivelmente maioritário é o de que o comando da progressiva gratuidade é, não apenas compatível com a manutenção do pagamento de propinas, como, igualmente, com a respectiva actualização em função dos valores da inflação.

Da nossa parte, concordando com essa ideia geral, criticamos a jurisprudência constitucional relativamente a dois pontos<sup>13</sup>. Por um lado, a lógica da actualização só faz sentido se o termo originário de referência for o valor das

---

<sup>11</sup> Cf. JORGE MIRANDA, *Manual de Direito Constitucional*, t. IV, Coimbra, 2000, págs. 447 e segs.; JORGE MIRANDA/M. DA GLÓRIA GARCIA, "A lei de financiamento do ensino superior" in *RFDUL*, 1998, págs. 314 e segs.; GOMES CANOTILHO, anotação ao Acórdão nº 148/94, in *RLJ*, 3841, 3842, págs. 151 e segs.; JORGE BACELAR GOUVEIA, "A inconstitucionalidade da lei das propinas", cit..

<sup>12</sup> Cf. o Acórdão do Tribunal Constitucional nº 148/94.

<sup>13</sup> Cf. JORGE NOVAIS, *Os Princípios Constitucionais Estruturantes da República Portuguesa*, Coimbra, 2004, págs. 3314 e segs..

propinas à altura da aprovação da norma constitucional que instituiu a gratuidade progressiva —1976— e não, como fez condescendentemente o Tribunal Constitucional, o valor que as propinas tinham em 1941<sup>14</sup>. Por outro lado, e mais importante, tomar a sério o comando constitucional de estabelecer progressivamente a gratuidade implica que tenha de se caminhar nesse sentido; não basta satisfazer-se com a não ultrapassagem do patamar máximo de uma actualização calibrada pelos valores da inflação. Ou seja, tomar a sério o comando constitucional significaria que hoje as propinas deveriam ser mais *baratas* que em 1976 —pelo menos para uma percentagem mais elevada de estudantes beneficiários— e que, daqui a vinte anos, o "preço" a pagar pela frequência do ensino superior deverá ser relativamente mais baixo do que aquele que hoje se pratica. Isto é, o comando constitucional só é respeitado se se estiver a caminhar progressivamente em direcção à gratuidade; a não ser assim, viola-se a norma constitucional<sup>15</sup>.

Este aparente excursus é da maior importância para o tema que aqui analisamos, já que, quando o legislador da revisão constitucional de 1989 decidiu alterar a norma constitucional sobre o SNS, podia optar, recorrendo às soluções já consagradas na Constituição, por qualquer das soluções disponíveis no texto constitucional —a gratuidade e a gratuidade progressiva—, mas não o fez.

Mais rigorosamente, o legislador da revisão constitucional de 1989, de um lado, afastou a imposição constitucional de gratuidade do SNS que até aí vigorava. Ora, isso tem de ter um significado. Mais ainda, sabendo-se que o

---

<sup>14</sup> No mesmo sentido, cf., no referido Acórdão nº 148/94, os votos de vencido dos Conselheiros Armindo Ribeiro Mendes e Luis Nunes de Almeida.

<sup>15</sup> Não queremos, com isto, pôr em causa a actual política de propinas ou, ao invés, corroborar a *justiça* do actual sistema constitucional e legal. Podemos, sem reservas, partilhar das críticas de JORGE MIRANDA/M. DA GLÓRIA GARCIA ("A lei de financiamento do ensino superior", cit.) à injustiça de um sistema de ensino superior gratuito para todos nas condições de escassez de recursos como é aquela em que vivemos e viveremos. Ponto é que, então, para nós, a ser assim, é necessário alterar em conformidade a norma constitucional. Nesse sentido, não acompanhamos a perspectiva de JORGE MIRANDA, para quem o comando constitucional de estabelecimento progressivo da gratuidade nos vários graus de ensino significa, aplicado ao ensino superior, a obrigatoriedade de caminhar gradualmente, não no sentido da gratuidade, mas no sentido da *tendencial gratuidade* (cf. *Manual...*, cit., pág. 448, nota).

entendimento dominante na jurisprudência constitucional era o que sustentava a compatibilidade do pagamento de taxas moderadoras com a natureza gratuita do sistema, alterar a respectiva norma constitucional tem de ter um sentido de adopção de uma concepção mais flexibilizante do que a que se limita à mera admissibilidade dessas taxas, uma vez que essas já eram impostas na prática e eram jurisprudencialmente toleradas, mesmo antes da revisão constitucional.

De outro lado, tendo abandonado a opção da gratuitidade, o legislador da revisão não adoptou a solução da *gratuitidade progressiva*. Se o tivesse feito, e admitindo que se adere à jurisprudência constitucional sobre esse conceito, tal significaria que passaria a ser admissível a actualização das *taxas moderadoras*, mas, à partida, e de acordo com essa jurisprudência, não mais que isso. Porém, o legislador da revisão não adoptou essa solução, ao que terá objectivamente de ser atribuído um significado, tanto mais que essa era, à altura, a alternativa *conhecida* do texto constitucional.

O legislador da revisão constitucional de 1989 adoptou, inovatoriamente, uma solução diferente, a da *tendencial gratuitidade*, o que, portanto, será algo distinto, tanto da *gratuitidade*, como da *gratuitidade progressiva*. Será, precisamente, esta *nuance* que não terá sido devidamente tida em conta pelo Acórdão nº 731/95 do Tribunal Constitucional, pelo menos se ele for lido no sentido de não permitir outra margem ao legislador ordinário que não seja a consagração de *taxas moderadoras*, de valor eventualmente actualizado de acordo com os parâmetros da inflação.

**3.3.** *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.

Sob diferentes perspectivas, mas convergindo na mesma conclusão, é também esta a posição, parece-nos, de JORGE MIRANDA, para quem, comparando com o que acontece com o financiamento do ensino superior, a gratuitidade só se impõe em função das condições económicas dos utentes<sup>16</sup>. É, ainda, mais claramente, a posição sustentada por SÉRVULO CORREIA ("embora os cuidados de saúde devam ser gratuitos tanto quanto o permita a situação financeira do Estado, não terão de sê-lo absolutamente. E a imputação do dever de efectuar pagamentos em correlação com cuidados prestados e a modulação dos respectivos montantes não deverão ser alheios às condições económicas dos utentes"<sup>17</sup>) e, também, por RUI MEDEIROS ("em rigor, a letra e a teleologia objectiva do preceito não obstem a que se reconheça que o legislador, com a sua liberdade de conformação, imponha o *pagamento dos serviços prestados aos utentes que tenham —num juízo relativo que atenda ao custo dos referidos serviços— suficientes meios económicos*"<sup>18</sup>).

Ora, se na *passagem da gratuitidade à tendencial gratuitidade* se possibilita a existência de situações de não gratuitidade de prestações no âmbito do SNS, isso traduzir-se-á na possibilidade de o legislador ordinário instituir, em certas circunstâncias —que, por ora, deixamos por determinar—, um pagamento, total ou parcelar, do custo das prestações em causa. Tudo residirá, então, em saber qual a margem de que dispõem os poderes constituídos na determinação das circunstâncias em que é legítimo pedir a utentes do SNS um pagamento como contrapartida das prestações e na fixação do correspondente

---

<sup>16</sup> JORGE MIRANDA, *Manual...*, cit., pág. 447 e segs..

<sup>17</sup> 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, pág. 43.

<sup>18</sup> Cf. anotação do Autor ao art. 64º da Constituição in JORGE MIRANDA/RUI MEDEIROS, *Constituição Portuguesa Anotada*, I, Coimbra, 2005, pág. 657.

"preço". Isto é, quais os constrangimentos concretos que os limites constitucionais de que falámos no início colocam à margem de escolha e decisão por parte do legislador ordinário.

Como dissemos, esses limites constitucionais são os que decorrem da natureza jusfundamental, na qualidade de direito social, do direito à protecção da saúde e os que são directamente impostos pela cláusula constitucional que impõe ao Estado um dever de realização daquele direito através da instituição "de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".

#### **4. Os limites que decorrem da natureza de direito fundamental social do direito à protecção da saúde**

A nossa Constituição reconhece expressamente o direito à protecção da saúde como direito fundamental. De resto, mesmo que não o fizesse, tal decorreria, naturalmente, da natureza social do nosso Estado de Direito. Esse reconhecimento tem, necessariamente, consequências jurídicas.

Assim, ser direito fundamental constitucionalmente consagrado significa, desde logo, que o direito à protecção da saúde deixa de estar na inteira disponibilidade dos poderes constituídos, mesmo quando esses poderes têm uma legitimidade democrática e governam de acordo com o programa político que apresentaram ao eleitorado. É que, em Estado de Direito democrático, a margem de actuação do poder político, incluindo do legislador democrático, está juridicamente delimitada pela necessária observância dos direitos fundamentais. Assim o exige a supremacia jurídica da Constituição formal e o princípio da constitucionalidade das leis e do exercício do poder político.

Portanto, para o problema aqui em análise, este facto tem a maior importância, já que, como se trata de alterar profundamente a regulação legal actualmente em vigor de financiamento do serviço nacional de saúde, essa alteração afecta necessariamente as condições de exercício e realização do

direito à protecção da saúde, pelo que só será constitucionalmente legítima se não se traduzir em violação deste direito.

**4.1.** É certo que o direito à protecção da saúde é um direito fundamental de natureza social e tal facto tem igualmente consequências em termos de especificidade do tipo de vínculos que este tipo de direitos fundamentais —os direitos sociais— projectam sobre os poderes constituídos. Ou seja, trata-se de direitos cuja realização é intrinsecamente dependente e condicionada pelas disponibilidades materiais e financeiras do Estado, pelo que, estando o Estado obrigado a observar as correspondentes normas constitucionais e a realizar o direito à medida das respectivas disponibilidades, a exigibilidade do direito por parte dos cidadãos não é directa e imediata. Trata-se, na expressão corrente da teoria constitucional, de direitos que, por facto de estarem sob reserva do possível ou, mais rigorosamente, sob reserva do financeiramente possível, dependem essencialmente de uma concretização/conformação legal que compagine as necessidades da respectiva realização com a existência de suficientes recursos financeiros ao alcance do Estado.

Assim, o Estado está obrigado a realizar e concretizar o direito à protecção da saúde na maior medida possível, tendo em conta as respectivas disponibilidades, mas o particular não pode exigir judicialmente a prestação de todo e qualquer cuidado médico ou de saúde se o Estado não dispuser das condições materiais que lhe permitam disponibilizar tal cuidado em igual medida a todos os cidadãos. Ora, numa situação de estrutural escassez de meios, cabe, por isso mesmo, ao legislador democrático uma relativamente ampla margem de decisão quanto à mais adequada distribuição dos recursos afectos à realização, não apenas do direito à protecção da saúde, mas de todos os outros direitos sociais igualmente consagrados na Constituição.

Neste sentido, a vinculação jurídica que obriga os poderes constituídos no domínio dos direitos sociais é uma vinculação de algum modo atenuada pelos condicionamentos financeiros que são indissociáveis da especial natureza



destes direitos. Os direitos sociais são de realização gradual e diferida no tempo, em função dos recursos materiais, humanos e financeiros que o Estado pode afectar à respectiva realização.

**4.2.** Isso não significa, porém, que os poderes constituídos sejam inteiramente livres nessa actuação de realização progressiva dos direitos sociais. Como se disse, a natureza materialmente jusfundamental e o reconhecimento formalmente constitucional dos direitos sociais significam, por definição, vinculação jurídica, condicionamento e sujeição do Estado relativamente à obrigatoriedade daquela realização.

São diversas as modalidades comumente reconhecidas da relevância jurídica dos direitos sociais<sup>19</sup>, mas, para o problema que aqui nos ocupa, interessa sobretudo a relevância que respeita à eventual garantia jurídica do nível de realização já alcançado. Ou seja, trata-se de saber, no caso, o seguinte: tendo o direito à saúde obtido já um certo estágio de realização, designadamente em termos de acesso gratuito, ou quase gratuito, à generalidade dos cuidados de saúde por parte da generalidade dos cidadãos, será possível ao poder político *retroceder* no presente grau de realização do direito, instituindo, eventualmente, uma obrigatoriedade de pagamento dos custos das prestações de saúde, ou de parte deles, por parte dos particulares menos carenciados?

Esta questão foi muito discutida, entre nós, há alguns anos, havendo, na altura, quem sustentasse a pretensa existência de um princípio constitucional, o chamado princípio da proibição do retrocesso ou da não reversibilidade na realização dos direitos sociais que impediria qualquer diminuição nas possibilidades de acesso ao bem protegido pelo direito social e que o Estado houvesse entretanto garantido. De alguma forma, esta visão perpassa mesmo em alguma jurisprudência do nosso Tribunal Constitucional, como seja no já referido Acórdão nº 39/84 sobre revogação do serviço nacional de saúde.

---

<sup>19</sup> Cf. JORGE NOVAIS, *Os Princípios Constitucionais Estruturantes...*, cit., págs. 297 e segs..

Porém, à medida que se foi solidificando o entendimento dos direitos sociais como direitos sob reserva do possível e, por outro lado, se difundiu a consciência da crise e das dificuldades estruturais do Estado social europeu, esta ideia da proibição do retrocesso foi sendo abandonada e, hoje, pode considerar-se ultrapassada. Com efeito, se a realização dos direitos sociais depende estruturalmente das disponibilidades financeiras do Estado e se estas podem variar significativamente, não há como sustentar juridicamente uma ideia de pretensa cristalização dos *avanços* entretanto realizados mesmo em caso de regressão acentuada e constante dos recursos financeiros ao dispor do Estado. Tudo o que se pode, neste domínio, exigir do Estado é que ele realize os direitos sociais tanto quanto possível; ora, amanhã pode não ser materialmente possível manter o nível das prestações que se garantem hoje, sob pena de ser o próprio Estado social, no seu conjunto, que venha a entrar em colapso e ser decisivamente posto em causa.

**4.3.** Isto não quer dizer, no entanto, que os direitos sociais se convertam em meras proclamações programáticas, sem relevância jurídica e inteiramente à mercê das maiorias no poder. Tal constituiria uma negação do valor desses direitos enquanto direitos fundamentais de nível constitucional. Ser direito fundamental significa, precisamente, que a maioria democrática não dispõe livremente da sua realização, mas está, antes, por ele juridicamente vinculada.

Assim, se é certo que, tal como qualquer outro direito fundamental, também os direitos sociais podem ser afectados, limitados, restringidos, tal só é constitucionalmente admissível quando há um fundamento sério que justifique tal afectação, ou seja, quando haja razões ponderosas e objectivamente comprováveis —que não meras diferenças de opinião política ou preconceitos ideológicos das maiorias conjunturalmente no poder— que sobrelevem a importância das garantias proporcionadas pelo direito social.

Acontece, porém, que no domínio dos direitos sociais, atenta a especial natureza destes direitos, razões suficientemente ponderosas que justifiquem a

limitação podem ser, e são frequentemente, razões assentes na escassez de recursos que determinam, ou aconselham, a alteração das normas legais de garantia do direito social num sentido desvantajoso para os particulares. E, se o Estado puder comprovar objectivamente a existência e o peso dessas razões, a margem de controlo que cabe à justiça constitucional reduz-se significativamente, uma vez que, estando em causa a comprovada necessidade de reafecção orçamental dos recursos disponíveis, é essencialmente ao Parlamento, e não ao juiz, que compete decidir.

Ainda assim, a decisão parlamentar continua balizada e vinculada pelos limites constituídos pelo direito fundamental, pelo que, para além da demonstração da preponderância das razões a favor da restrição do direito social, a maioria parlamentar tem necessariamente de observar os princípios estruturantes do Estado de Direito, como sejam, o princípio da igualdade, da protecção da confiança, da proibição do excesso e, se for o caso, da protecção da dignidade da pessoa humana.

Tudo passa, portanto, por verificar de que forma e com que alcance razões de sentido contrário, e igualmente ponderosas, relevam no domínio de que tratamos quando se coloca a eventualidade de instauração da obrigatoriedade de pagamento de prestações estatais no âmbito do serviço nacional de saúde.

**4.4.** Em primeiro lugar, cabe reconhecer a enorme pressão que as presentes dificuldades financeiras colocam sobre a decisão política. Se essas dificuldades apresentam um carácter global, que se projecta indiferenciadamente sobre todos os sectores e sobre a generalidade dos direitos sociais, elas revestem uma particular acuidade no domínio da saúde, onde a nota mais impressionante dos últimos anos é a do crescimento ininterrupto, acentuadamente progressivo e, em geral, não programado, das despesas totais e das despesas

públicas com a saúde e dos gastos com o serviço nacional de saúde<sup>20</sup>. Sendo certo que as despesas com a saúde crescem generalizadamente em todos os países, a partir de 2001 os gastos públicos e a despesa total com a saúde em Portugal já ultrapassam a média dos países da União Europeia e da OCDE: a média dos gastos totais com a saúde da UE e da OCDE em percentagem do PIB era de 8,2% e em Portugal o valor desses gastos atingia já 8,6% em 2002<sup>21</sup>.

Factores conhecidos, como a generalização da cobertura de cuidados de saúde, o aumento da esperança e média de vida, a evolução cultural das populações e uma procura mais exigente de cuidados médicos e o progressivo recurso a meios sofisticados e dispendiosos de diagnóstico traduzem-se, qualquer que seja a avaliação sobre o peso de cada um destes factores isoladamente considerados<sup>22</sup>, numa tendência constante e praticamente irreversível de crescimento da despesa total e dos gastos estatais com a saúde.

Segundo dados da OCDE, de 2,6% do PIB, em 1970, as despesas com saúde em Portugal passaram para um valor estimado em 10% em 2004. Por sua vez, os gastos públicos com a saúde passaram de 5,1%, em 1995, para 6,6% do PIB em 2002. A percentagem da despesa pública na despesa total com a saúde passou de 62,6, em 1995, para 70,5 em 2002, e para um valor estimado para 2004 em 71,9, crescendo 6,4 de 1990 a 2004.

Não sendo possível prever a diminuição significativa destes gastos através de ganhos de eficiência, nem a sua cobertura através do simples crescimento previsível da economia, é todo um difícil problema, de resolução premente, de garantia da sustentabilidade do SNS que se coloca actualmente aos responsáveis políticos.

---

<sup>20</sup> Cfr., para além dos relatórios da OCDE (*OECD Health Data 2006 in www.oecd.org*), as análises e estimativas convergentes de JORGE SIMÕES, *Retrato Político da Saúde*, Coimbra, 2004, págs. 139 segs.; CORREIA DE CAMPOS/FRANCISCO RAMOS, "Contas e ganhos na saúde em Portugal. Dez anos de percurso" in *Desafios para Portugal*, Lisboa, 2005, págs. 159 e segs.; PEDRO P. BARROS/PEDRO NUNES, "A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde", dactilografado, Universidade Nova de Lisboa, 2005.

<sup>21</sup> Cfr., CORREIA DE CAMPOS/FRANCISCO RAMOS, *loc. cit.*, pág. ; PEDRO P. BARROS/PEDRO NUNES, *loc. cit.*

<sup>22</sup> Cfr., PEDRO P. BARROS/PEDRO NUNES, *loc. cit.*

Parece, portanto, que se o poder político puder fazer a demonstração da inevitabilidade de ter de fazer repercutir sobre os cidadãos, de uma ou outra forma, a necessidade de resposta a estas tendências irreversíveis de agravamento dos gastos com a saúde, a eventual escolha política de o fazer através da exigência de pagamento de alguns custos de prestações de saúde por parte dos utentes menos carenciados do SNS (a alternativa seria o aumento generalizado dos impostos) cabe dentro da margem de livre decisão do legislador democrático e, neste contexto, está constitucionalmente justificada ou, pelo menos, não padece de inconstitucionalidade.

Ponto é, como se disse, que tal decisão observe igualmente os princípios constitucionais estruturantes a que atrás se aludiu.

Desde logo, e atendendo à íntima associação do direito à protecção da saúde com o direito a uma vida condigna e, consequentemente, à extrema relevância daquele direito, tem sempre de ficar garantido um pressuposto reiteradamente assinalado na jurisprudência do Tribunal Constitucional: qualquer decisão neste domínio nunca pode implicar que, por razões estritamente económicas, um qualquer cidadão deixe de ter acesso aos cuidados de saúde de que efectivamente careça.

**4.5.** Este é um ponto de vital importância, cujo reconhecimento permite, por outro lado, concluir pelo carácter quase supérfluo de uma eventual revisão constitucional orientada pelo objectivo que aqui consideramos. Ou seja, reconhecido o carácter intransponível deste limite que o direito à protecção da saúde coloca sempre aos decisores políticos, a revisão constitucional não poderia possibilitar mais do que aquilo que já é actualmente permitido pelas normas constitucionais em vigor, desde que adequadamente compreendidas.

Quando muito, uma revisão constitucional orientada neste sentido apenas tornaria claro e indiscutível aquilo que é já, hoje, a conclusão a retirar do actual quadro constitucional: cabe ao poder político decidir de que forma o crescimento dos gastos com a saúde repercute, directa ou indirectamente, em

contraprestações a cargo dos cidadãos, garantido que esteja que ninguém, por razões estritamente económicas, se veja impedido de recorrer aos cuidados de saúde de que necessita no âmbito do SNS.

Como a permanência destes dois limites —livre margem de decisão política do legislador e garantia do acesso de todos aos cuidados de saúde— é estruturalmente exigida no quadro de um Estado de Direito social como o nosso, nem esses limites, nem a natural tensão em que convivem, podem ser significativamente alterados por qualquer revisão constitucional, mesmo que, como seria no caso concreto, se fizesse desaparecer a obrigatoriedade de existência de um SNS tendencialmente gratuito. Uma tal revisão constitucional poderia fazer desaparecer algumas das incertezas que actualmente se suscitam, mas não poderia produzir qualquer alteração qualitativa relativamente ao actual quadro constitucional e, daí, o seu carácter quase supérfluo.

**4.6.** Requisito da maior importância, qualquer que seja a alteração legal produzida, deverá ser, portanto, a sua natureza não excessiva relativamente às necessidades vitais de um acesso não economicamente condicionado aos cuidados de saúde. Nesse sentido, assente essa necessidade de razoabilidade de qualquer alteração legislativa, perde igualmente relevância o tipo de enquadramento legal com que se configura a repercussão dos custos das prestações de saúde sobre os utentes do SNS.

Actualmente, enquanto utentes do SNS, os cidadãos apenas têm de pagar as chamadas taxas moderadoras. Segundo a Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 47/90, de 24 de Agosto), "com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras", de que "são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos".

Consagrou-se, assim, a lógica, conhecida e já analisada, de que os utentes do SNS não pagam uma retribuição, ainda que parcelar, das prestações, mas apenas lhes é exigida uma importância uniformemente estabelecida, e de

que estão isentos os mais carenciados ou os que se encontrem em situação de especial debilidade ou risco. O pagamento dessa importância a título de taxa moderadora tem como objectivos proclamados uma racionalização de funcionamento do SNS, na medida em que funcione, no lado da procura de cuidados de saúde, de forma dissuasora de um acesso abusivo e injustificado ao SNS.

Até hoje, os decretos-leis de desenvolvimento da Lei de Bases da Saúde têm-se limitado, quando regulam a fixação das taxas moderadoras, a dividir os utentes do SNS em dois grandes grupos: os isentos e os não isentos do respectivo pagamento. Nada obriga, porém, a que assim seja.

A Constituição, como veremos, não apenas admite, como incentiva a diferenciação em função das condições económicas e sociais dos utentes. Por sua vez, a Lei de Bases não introduz qualquer limitação a esse propósito. Ora, inerente à lógica de racionalização e dissuasão do recurso injustificado aos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS está a ideia de que as taxas moderadoras possam cumprir com efectividade esses objectivos e resulta evidente que uma obrigatoriedade de pagamento uniforme de taxas moderadoras, indiferente ao nível de rendimento do utente, não cumpre adequadamente esses fins. Uma taxa moderadora de um montante fixo pode dissuadir um utente de menores rendimentos, mas já não cumprirá qualquer efeito dissuasor e, logo, racionalizador, relativamente a um utente de rendimentos substancialmente mais elevados.

Assim, mesmo permanecendo nos limites estritos da lógica inerente à criação das taxas moderadoras, é, não apenas possível, mas também necessário, do ponto de vista do cumprimento dos objectivos para que foram criadas, proceder a diferenciações de pagamento de taxas moderadoras em função dos rendimentos dos utentes.

Esta possibilidade, traduzida, no concreto, na admissibilidade de aumento diferenciado das taxas moderadoras, constituiria, na prática, uma modalidade

juridicamente indiscutível, mas porventura não plenamente eficaz de atalhar, de alguma forma, à referida necessidade de repercutir sobre os utentes o pagamento, pelo menos parcelar, dos custos acrescidos do funcionamento do SNS.

Outra modalidade, também juridicamente possível no actual quadro constitucional, como vimos, mas politicamente mais controvertida, será, obviamente, a assunção da necessidade de passar a exigir aos utentes do SNS com suficientes recursos, o pagamento, pelo menos parcelar, dos custos de prestações que obtêm no âmbito do SNS, eventualmente combinado com o pagamento das taxas moderadoras.

#### **5. Os limites decorrentes da aplicação do princípio da igualdade no quadro de um serviço nacional de saúde "tendencialmente gratuito"**

Curiosamente, se bem que o legislador ordinário se tenha mantido estritamente nos quadros da lógica do pagamento de taxas moderadoras, ensaiou em diferentes ocasiões, pelo menos no plano discurso, a transição para uma lógica de combinação das taxas moderadoras com o pagamento dos custos de prestações por parte dos utentes.

Assim, no proémio do Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de Abril, que regulava a fixação das taxas moderadoras, dizia-se: "são princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham de pagar". Da mesma forma, no mais recente Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto, o legislador, embora apenas no mesmo plano do discurso, vai ainda mais longe e configura as taxas moderadoras como meio adequado para "introduzir também um princípio de justiça social no próprio acesso" ao SNS. "Nesta sequência, impõe-se estabelecer um regime que seja capaz de servir de instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de



cuidados de saúde e que, simultaneamente, garanta o reforço efectivo do princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. Para alcançar estas finalidades, torna-se necessário proceder a uma dinamização deste instrumento de política de saúde, o que pressupõe um processo que evolua, futuramente, no sentido da redefinição da fixação dos valores das taxas, assente em critérios de proporcionalidade e adequação ao rendimento dos utentes".

Ensaia-se aí, claramente, a entrada numa nova lógica, a do pagamento, por parte dos utentes, dos custos, pelo menos parcelares, de prestações obtidas no âmbito do SNS. Esta nova modalidade é, como vimos, comportada pelo actual quadro constitucional, mas reveste uma sensibilidade política que apela a uma aplicação cuidada dos limites constitucionais aplicáveis.

**5.1.** Vimos já que a exigência constitucional de um SNS *tendencialmente gratuito* permite, em circunstâncias ainda não analisadas, a imposição de alguma espécie de pagamento pelas prestações que os utentes obtêm no serviço nacional de saúde. Todavia, essa possibilidade está sujeita a limites constitucionais precisos.

Em primeiro lugar, essa possibilidade não pode obnubilar o tom geral e principal da norma constitucional e que é, precisamente, o de garantir um acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS que, por *tendência*, deve ser gratuito. Ora, o sentido geral desta tendencial gratuitidade traduz-se em duas exigências já especificamente salientadas pelo Tribunal Constitucional. De um lado, a tendencial gratuitidade é garantida pelo facto de o SNS dever ser basicamente financiado pelo Orçamento do Estado. Por outro lado, significa que a nenhum particular pode ser vedado o acesso às prestações de saúde de que carece, no âmbito do SNS, por facto de se lhe fazerem exigências de pagamento que está objectivamente incapaz de satisfazer.

Em segundo lugar, a maior flexibilidade introduzida com a nova redacção (após a revisão constitucional de 1989) da norma constitucional não pode significar uma afectação desvantajosa do acesso gratuito hoje já garantido aos

grupos e categorias isentos do pagamento de taxas moderadoras. Desde que os fundamentos que conduziram a essa isenção respeitem a exigências de justiça social ligadas à razão anterior —ou seja, a garantia constitucional de que a ninguém seja vedado o acesso aos cuidados de saúde por razões económicas—, não há razões que justifiquem, nesses casos, a referida maior flexibilidade, pelo que as actuais isenções devem beneficiar, em geral, da mesma garantia de que beneficiavam relativamente às taxas moderadoras.

Em terceiro lugar, a possibilidade de instituição de um pagamento, pelo menos parcelar, de custos de prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS não é incondicionada. Ela está, como se disse, vinculada à observância dos princípios constitucionais estruturantes e, desde logo, do princípio da proibição do excesso e do princípio da igualdade.

Não ser excessiva significa a observância das várias dimensões desse princípio: a aptidão, a indispensabilidade, a proporcionalidade e a razoabilidade<sup>23</sup>, que, no seu conjunto, significam essencialmente que, tendo em conta a situação particular de cada cidadão, não se lhe pode exigir como pagamento mais do que aquilo que, atendendo à respectiva situação económica e social, ele pode razoavelmente pagar sem pôr em causa um acesso adequado aos cuidados de saúde.

Por último, e associada a esta garantia de proibição do excesso, vem a exigência de um tratamento materialmente igual para todos os cidadãos. Assim, para além da garantia de um acesso não economicamente condicionado e da proibição do excesso, é ainda garantida a igualdade na distribuição dos encargos exigidos aos cidadãos. Sendo um princípio de aplicação geral em Estado de Direito, a Constituição preocupou-se, neste caso concreto, a conferir uma formulação particularmente concretizada ao princípio da igualdade para efeitos de pagamentos das prestações no âmbito do SNS.

---

<sup>23</sup> Cf. JORGE NOVAIS, *Os Princípios Constitucionais Estruturantes...*, cit., págs. 161 e segs..

Permitindo, com os condicionamentos já assinalados, alguma espécie ou modalidade de pagamento dos cuidados de saúde, a Constituição fixou desde logo os critérios gerais que presidem à respectiva fixação. E esses critérios são os da condição económica e social dos utentes do SNS.

Assim, a determinação dos contornos concretos da *tendencial gratuitidade* cabe ao legislador democrático, mas essa graduação é vinculada pelos critérios já constitucionalmente pré-estabelecidos: tanto a determinação das isenções (gratuidade integral para os grupos mais carenciados) quanto a fixação do montante do eventual pagamento depende essencialmente das capacidades económicas e condição social do utente.

## **6. CONCLUSÕES**

- 6.1.** Os limites constitucionais ao financiamento do SNS decorrem da natureza jusfundamental do direito à protecção da saúde e da norma constitucional que impõe a instituição de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito.
- 6.2.** A 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.
- 6.3.** A tendencial gratuitidade significa que o sentido e orientação geral, a tendência, do SNS é a do não pagamento directo dos respectivos custos por parte dos utentes, o que se garante através do financiamento básico do SNS através do Orçamento do Estado, através do não impedimento, por razões económicas, do acesso de quaisquer utentes aos cuidados de saúde prestados pelo SNS e através da integral gratuitidade para os grupos e cidadãos mais carenciados.

- 6.4.** Em contrapartida, e garantida a observância dos limites anteriores, a tendencial gratuitidade é compatível, não apenas com o pagamento e actualização das taxas moderadoras nos moldes actualmente praticados, como, também, com a fixação do seu montante variável em função das disponibilidades económicas e condição social dos utentes, em ordem a poderem desempenhar uma função efectivamente racionalizadora do acesso aos cuidados de saúde no âmbito do SNS.
- 6.5.** A tendencial gratuitidade é igualmente compatível, respeitados aqueles limites, com a instituição condicionada da obrigatoriedade de um pagamento, por parte dos utentes, do custo, pelo menos parcelar, de prestações de cuidados de saúde no âmbito do SNS, desde que o legislador possa demonstrar a necessidade de instituição desse pagamento como forma, no seu entender politicamente mais adequada, de garantir, de acordo com o actual contexto e a sua evolução previsível, a sustentabilidade de um SNS universal e geral.
- 6.6.** A instituição deste tipo de pagamento não pode, em geral, ser excessiva e traduzir-se no impedimento ao acesso a cuidados de saúde por razões económicas.
- 6.7.** Não pode ainda, em especial, pôr em causa a gratuitidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS aos grupos mais carenciados que actualmente usufruem da isenção de pagamento das taxas moderadoras.
- 6.8.** Os critérios para a graduação da gratuitidade e do montante variável a pagar pelos utentes são essencialmente os da capacidade económica e condição social dos utentes do SNS.

- 6.9.** A possibilidade de instituição de um pagamento a cargo dos utentes do SNS nos moldes atrás formulados pode ser expressamente consagrada em futura revisão constitucional, mas apenas como forma de dissipar quaisquer eventuais dúvidas de constitucionalidade, já que a sua instituição é, desde já, possível no actual quadro constitucional, mediante a correspondente alteração da lei de bases da saúde e dos correspondentes decretos-leis de desenvolvimento.

Lisboa, Junho de 2006

(Jorge Reis Novais)

#### **Anexo 4 A**

#### **Sobre o financiamento do Serviço Nacional de Saúde (aditamento)**

Este texto aborda especificamente os problemas jurídico-constitucionais que podem ser suscitados a propósito de algumas das possíveis modalidades de alteração do actual modelo de financiamento do SNS.

Algumas dessas vias não apresentam dificuldades particulares de natureza jurídica. É o caso da hipótese de manutenção geral do actual sistema com busca de ganhos de eficiência ou da hipótese de aumento de impostos ou de redução dos benefícios fiscais.

Quanto à primeira, e uma vez que se mantém a estrutura actual, os problemas que se podem levantar são aqueles que já considerámos no primeiro texto e que, de resto, já foram sobejamente tratados pelo Tribunal Constitucional. 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 jurídico-constitucional.

O mesmo se diga quanto a possíveis aumento de impostos ou de redução dos benefícios fiscais. Constituem uma prática *normal* que, observados as regras e os limites constitucionalmente previstos, são juridicamente pacíficos, apesar do seu carácter politicamente sempre controverso.

Já quanto a outros eventuais *cenários* de alteração dos actuais modos de financiamento do SNS, as suas implicações são significativamente diferentes, no sentido de que a controvérsia política que inevitavelmente também suscitam é potenciada por dificuldades específicas de natureza jurídica. Entre esses, pela sua importância nos dois referidos domínios —político e jurídico—, vamos considerar especialmente os seguintes: a alteração do actual regime referente

às taxas moderadoras; a instituição de um co-pagamento, por parte dos beneficiários, das prestações obtidas no SNS no momento do *consumo*; a imposição ou a admissibilidade de saída, individual ou colectiva, do SNS, o chamado *opting-out*, e a eliminação dos actuais sub-sistemas, com integração e consolidação do SNS.

### **1. Taxas moderadoras**

A alteração do actual regime das taxas moderadoras pode configurar-se através de duas vias: a generalização ou, pelo menos, o alargamento de aplicação de taxas moderadoras a serviços ou prestações que actualmente não estão sujeitos a qualquer pagamento e o aumento do montante das taxas moderadoras com um alcance diferente do que resultaria da sua simples actualização em função dos valores da inflação.

Como se disse em texto anterior, 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 afecte os actuais níveis e escalões de gratuitidade (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.

O preenchimento destes dois últimos requisitos tem a ver com a já referida possibilidade e necessidade de diferenciação do montante das taxas moderadoras em função do rendimento e disponibilidades dos beneficiários. Efectivamente, se as taxas moderadoras se justificam no proclamado objectivo de racionalização de funcionamento do SNS através da dissuasão de um acesso abusivo e injustificado às suas prestações, então é óbvio que, para alcançarem com eficácia esse objectivo, o seu montante pode atender à situação económica real dos utentes —aquilo que para um utente é um montante dissuasor, para



outro pode ser absolutamente irrelevante—, pelo que, e desde que tal não corresponda a um aumento excessivo, as taxas moderadoras podem ser diferenciadas em função das condições económicas e sociais dos utentes.

Já a outra possibilidade —a criação de novas taxas moderadoras— pode revestir-se de maior complexidade. Ou seja, elas só nos parecem admissíveis, na lógica atrás desenvolvida, se puderem ser um meio idóneo, necessário e adequado a moderar ou prevenir os consumos excessivos e abusivos de cuidados médicos e prestações garantidos pelo SNS.

Se não for esse o caso, seja pelo seu montante, seja porque se aplicam à procura de cuidados ou de prestações independentes da *vontade* do utente, no sentido de situações de doença que o forcem à procura impreterível dos referidos cuidados e prestações, então não deve haver lugar à aplicação de taxas de *moderação*, na medida em que a respectiva imposição de pagamento seria falha da racionalidade que a justifica.

Enquanto taxa moderadora, uma tal imposição de pagamento seria inapta a atingir o fim de moderação de consumo —no caso em que o problema de saúde do utente não lhe deixe outra alternativa que não seja a procura dos cuidados médicos— ou seria inadequada e desrazoável, na medida em que não faz sentido que o Estado imponha, com fins exclusivos de moderação da procura, um sacrifício por consumos cuja estrita necessidade os coloca fora do controlo e da disponibilidade do utente. Como é óbvio, qualquer imposição de um pagamento produz sempre algum efeito, maior ou menor, inibidor do consumo. Mas, para o que aqui importa, o sacrifício imposto não seria adequado e, como tal, não seria juridicamente admissível, se o Estado o impusesse ao abrigo de uma justificação —a moderação do consumo— que, aqui, não seria aceitável.

Isto não quer dizer que a exigência de um pagamento por parte do utente seja, nessas circunstâncias, inadmissível; trataremos dessa questão no ponto seguinte. O que esse pagamento não poderá é ser exigido a título de taxa

moderadora, pelo menos sem que haja uma prévia reconfiguração legal do sentido destas taxas. De facto, na nossa ordem jurídica as *taxas moderadoras* têm uma configuração que exclui a sua aplicação nessas circunstâncias. É certo que a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) não é suficientemente explícita a propósito, uma vez que as define apenas através da justificação da sua possibilidade de aplicação "com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde" (Base XXXIV, nº 1). Porém, seja numa jurisprudência constitucional firme e reiterada, seja nos decretos-lei de desenvolvimento, às taxas moderadoras tem sido atribuída, de forma consolidada, a configuração que aqui pressupomos.

## **2. Co-pagamento**

A possibilidade de os beneficiários do SNS pagarem directamente um preço correspondendo, ainda que parcialmente, ao custo das prestações obtidas foi desenvolvidamente tratado no texto anterior a propósito da interpretação do sentido da imposição constitucional de um SNS "tendencialmente gratuito", pelo que nos limitamos, aqui, a sintetizar com base na fundamentação ali expendida.

Essa possibilidade não está actualmente contemplada na Lei de Bases da Saúde e nos diplomas complementares. Todavia, como vimos no texto anterior, se bem que condicionada e limitada, essa possibilidade foi aberta com a revisão constitucional de 1989, quando o SNS, na Constituição, *passou* de "gratuito" (o que, segundo o Tribunal Constitucional, incluía já a possibilidade de pagamento de taxas moderadoras) para "tendencialmente gratuito" (o que, como resultado da evidente intenção de flexibilização, dá ao legislador uma maior margem de intervenção no plano de eventuais imposições de pagamento).

A instituição desse pagamento exige, por isso, não uma prévia alteração da Constituição —que, quando muito, apenas poderia clarificar aquilo que hoje já

é possível—, mas, antes, a correspondente alteração da Lei de Bases e da legislação que a desenvolve<sup>24</sup>.

Com efeito, a lei de bases em vigor apenas admite o pagamento de taxas moderadoras, ou seja, taxas que têm como objectivo a moderação e a dissuasão de um consumo abusivo de prestações do SNS. Assim, qualquer outro tipo de pagamento, pressupõe a correspondente e prévia alteração legislativa. Isso inclui as impropriamente chamadas "taxas moderadoras" referidas no ponto anterior, ou seja, taxas destinadas a outros fins que não os da moderação do consumo, e mesmo que com elas se vise, não o pagamento, em sentido estrito, *de um preço* de parte do custo da prestação obtida, mas a prossecução de outros fins genéricos de racionalização.

Para além disso, como se desenvolveu no texto anterior, mantendo-se o actual quadro constitucional, a instituição de novas modalidades de pagamento é estritamente condicionada pela sua necessária conformidade com a imposição constitucional de um SNS que seja, "tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". Como ali se disse, tal exige que a instituição deste tipo de pagamento não possa, em geral, ser excessiva e

---

<sup>24</sup> Diga-se, assim, que a actual previsão do art. 23º, nº 1, alínea a), do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde anexo ao Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, segundo a qual, pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no quadro do SNS, os beneficiários respondem "na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais" não pode ter o sentido de dispensar a necessidade dessa alteração.

Isso porque, sendo aprovado por um decreto-lei de desenvolvimento da Lei de Bases da Saúde e que, como tal, lhe está subordinado nos termos do art. 112º, nº 2, 2º parte, da Constituição, o Estatuto do SNS não pode contrariar o disposto naquela lei, antes devendo, ao invés, ser interpretado em sua conformidade. Ora, como a Lei de Bases da Saúde apenas prevê a possibilidade de pagamento de taxas moderadoras —interpretadas no sentido acima desenvolvido—, sem a correspondente alteração dessa Lei e a eventual previsão de outro tipo de pagamento a cargo dos beneficiários, os encargos por que respondem os beneficiários e de que fala actualmente o Estatuto do SNS não podem ser entendidos como sendo outros que não as referidas taxas moderadoras (bem como, para além delas, o pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes —Base XXXIII, nº 2, alínea a), da Lei de Bases da Saúde).

De resto, no Acórdão nº 731/95, o Tribunal Constitucional já havia deixado claro que as taxas moderadoras, com aquele entendimento preciso, são os únicos pagamentos admitidos pela Lei de Bases. O "pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos", também previsto na alínea d) da mesma Base, refere-se, como o Tribunal Constitucional também ali deixou explícito, a taxas a pagar, não directamente pelos utentes beneficiários do SNS, mas pelo sector privado de prestação de cuidados de saúde.

traduzir-se no impedimento fáctico ao acesso a cuidados de saúde por razões económicas; não pode pôr em causa a gratuitidade da prestação de cuidados de saúde, no âmbito do SNS, aos grupos mais carenciados que actualmente usufruem da isenção de pagamento das taxas moderadoras; e a graduação da gratuitidade e do montante variável a pagar pelos utentes deve ser fixada em função da capacidade económica e condição social dos utentes do SNS.

### **3. *Opting-out***

A possibilidade de admitir a saída dos beneficiários do SNS para outros sub-sistemas de saúde ou para seguros, de natureza privada ou pública, a título voluntário ou compulsivamente imposto pelo Estado, com contrapartidas traduzidas em expectativas de uma melhor prestação de cuidados de saúde e/ou de benefícios fiscais compensadores, suscita um tipo de problemas jurídicos até agora não analisados.

Eles referem-se, sobretudo, à 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.

A garantia de universalidade e generalidade do SNS corresponde, em termos jurídico-constitucionais, a um dever do Estado associado ao direito fundamental dos cidadãos à protecção da saúde ou, em perspectiva convergente, a uma garantia institucional constitucionalmente garantida<sup>25</sup>. Em qualquer dos casos, a instituição de um SNS com estas características adquiriu, através da correspondente consagração constitucional, uma vinculatividade que a subtraiu à margem de livre decisão do legislador democrático, na medida em que foi configurada como imposição específica de realização obrigatória e vinculada no âmbito da realização daquele direito fundamental.

---

<sup>25</sup> Para um e outra, cf. JORGE REIS NOVAIS, *As Restrições aos Direitos Fundamentais não expressamente Autorizadas pela Constituição*, Coimbra, 2003, págs. 57 ss.

Isto significa que através da sua realização obrigatória —através do complexo institucional, fáctico e normativo que dá corpo a um SNS com aquelas características de generalidade e universalidade— todos os cidadãos e beneficiários do SNS adquirem um direito subjectivo de acesso igual aos cuidados médicos e prestações garantidas pelo SNS. Assim, 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.

Por sua vez, na modalidade específica de saída voluntária do SNS, configurando, de alguma forma, uma renúncia ou autolimitação a direito fundamental, ela será, em princípio, menos heteronomamente constrangida, condicionada ou limitada, mas, em contrapartida, só será juridicamente admissível se satisfizer os requisitos constitucionais implicados naquela figura<sup>26</sup>.

Assim, para além de cumprir os mesmos requisitos exigidos para a saída *compulsiva*, deverá, ainda, assentar num consentimento real do interessado (seja na modalidade de consentimento expreso no caso da saída individual e contratação particular de seguro privado, seja na modalidade de consentimento implicitamente manifestado através da adesão ou integração voluntária numa comunidade ou organização abrangidas por um sub-sistema ou seguro de saúde) e deverá ser sempre reversível<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Cf. JORGE REIS NOVAIS, *Direitos Fundamentais: Trunfos contra a Maioria*, Coimbra, 2006, págs. 211 ss, *maxime*, 249 ss.

<sup>27</sup> É, de resto, este o sentido essencial que já hoje se retira do art. 24º, nº 2, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde anexo ao Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, e segundo o qual "os contratos [de seguro por força dos quais as entidades seguradoras assumem responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS]...não podem, em caso algum, restringir o acesso aos cuidados de saúde e devem salvaguardar o direito de opção dos beneficiários".

#### 4. Eliminação dos sub-sistemas

Por último, a hipótese de eliminação dos sub-sistemas integrada numa estratégia de consolidação do SNS apresenta problemas jurídicos de ordem substancialmente diversa. 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, mais propriamente, a uma eventual violação da dimensão subjectiva deste princípio, habitualmente designada por princípio da protecção da confiança<sup>28</sup>.

Isto é, quando o Estado instituiu ou permitiu a constituição de sub-sistemas de saúde, de natureza pública ou privada, ele próprio avalizou, garantiu ou, até, estimulou a adesão ou a integração nesses sub-sistemas. Nesse sentido, criou nos respectivos aderentes alguma espécie de expectativa quanto à sua continuidade e, em certas condições, pode mesmo ter induzido os particulares a organizar planos de vida e a fazer opções de natureza profissional ou pessoal em função da existência desses sub-sistemas.

Se isso ocorreu, e sem prejuízo da liberdade de conformação do legislador democrático em tudo o que se refira a normação aplicável para o futuro, já seria mais discutível ou até, em circunstâncias extremas, ilegítimo, que o Estado pudesse anular retroactivamente situações jurídicas estabilizadas no passado ou que pudesse afectar retrospectivamente, no futuro, situações de

---

<sup>28</sup> Cf. JORGE REIS NOVAIS, *Os Princípios Constitucionais Estruturantes da República Portuguesa*, Coimbra, 2004, págs. 261 ss.

continuidade que resultam de relações jurídicas legitimamente constituídas no passado.

Assim, a referida eliminação de sub-sistemas, sendo juridicamente possível, deve prevenir e acautelar devidamente aqueles riscos, sem o que se poderia configurar uma situação inconstitucional de violação do princípio da protecção da confiança próprio de Estado de Direito.

Não sendo possível, em abstracto, formular as condições e requisitos específicos atinentes a cada sub-sistema em particular —só uma análise concreta de caso o poderia fazer—, dir-se-á que, em princípio, serão inconstitucionais as afectações retroactivas de situações individuais constituídas no passado e actualmente estabilizadas e consolidadas definitivamente na esfera jurídica dos interessados. Por sua vez, a afectação retrospectiva de situações jurídicas constituídas no passado e actualmente ainda em desenvolvimento será admissível se assentar numa compatibilização ou numa ponderação adequada entre o interesse público que aconselha e legitima uma reformulação do regime jurídico em vigor e eventuais expectativas legítimas dos particulares na sua continuidade, desde que tal seja objectivamente possível, designadamente através de correspondentes disposições transitórias.

Lisboa, Dezembro de 2006

(Jorge Reis Novais)

## **Anexo 5**

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



### **5.1. Os gastos com a saúde**

O quadro 1 resume a evolução, por períodos, da taxa média de crescimento dos gastos com a saúde, totais, públicos e privados, a preços constantes, entre 1980 e 2004, para os vários países e grupos de países que têm sido considerados e o quadro 2 o peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde.

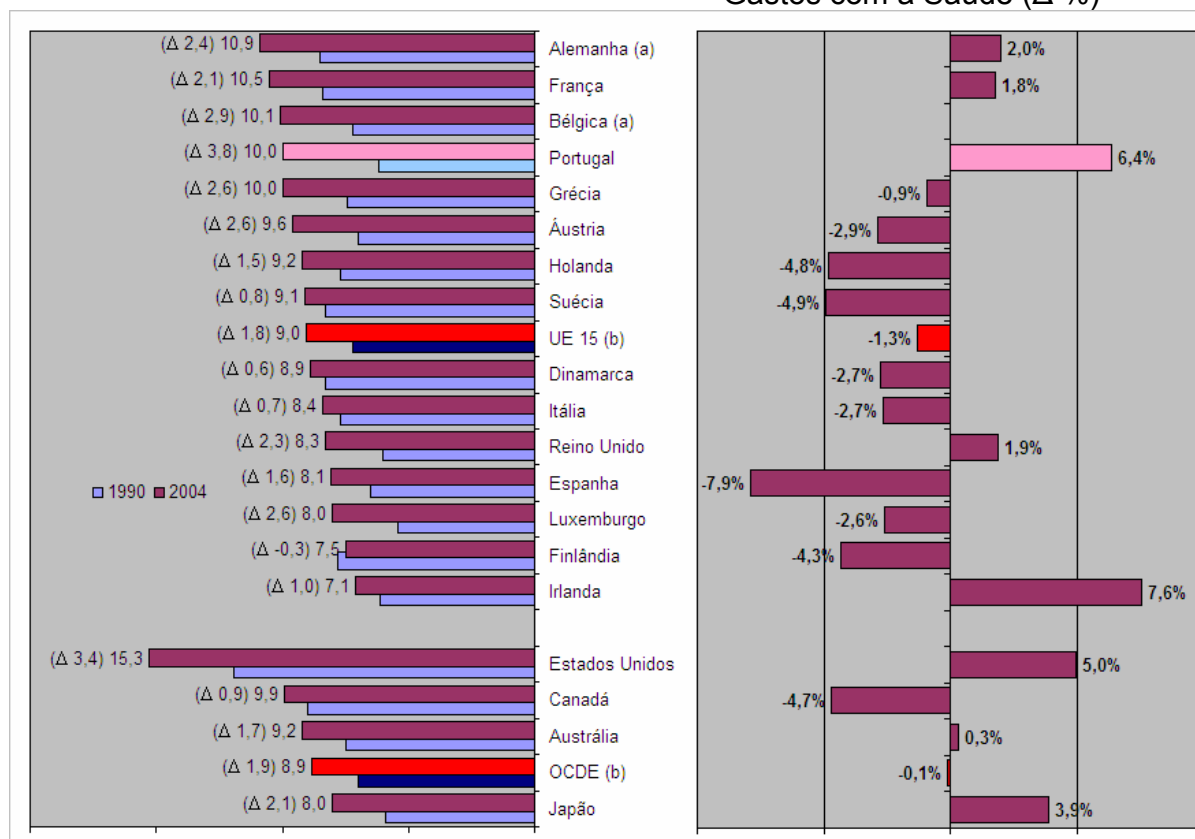
Há a sublinhar o forte crescimento dos gastos totais com a saúde em Portugal ao longo dos períodos, revelando um abrandamento em média apenas entre 2000-2004. Por outro lado, à excepção desta última fase, a tendência da taxa média de crescimento dos gastos é mais intensa em Portugal do que na média da UE15 e OCDE, em particular no que se refere ao crescimento dos gastos públicos com saúde. Em Portugal, estes tiveram um crescimento mais forte na 2ª metade das décadas de 80 e de 90, e um abrandamento desde 2000, diferentemente da tendência comparativa. Já no que respeita aos gastos privados, nota-se um crescimento mais errático e, neste caso, tendencialmente menos forte do que para a média da UE15 e OCDE.

O gráfico 1 permite verificar que, no período mais restrito entre 1990 e 2004, a variação do peso dos gastos totais com a saúde no PIB, foi bastante forte em Portugal (variação positiva de 3,8 p.p., a maior dos casos apresentados no gráfico), e mais marcada do que no caso da média da UE15 (1,8 p.p.) ou da OCDE (1,9 p.p.). No caso do peso da componente pública dos gastos no seu total, constata-se que, neste período, o crescimento em Portugal, de mais 6,4 p.p., foi apenas suplantado pela Irlanda, na comparação com os países analisados, e contrariando mesmo a tendência para a redução do peso dos gastos públicos no total dos gastos que se verificou na média da UE15 (menos 1,3 p.p.), e da OCDE (menos 0,1 p.p.).

**Gráfico 1 - Gastos com a saúde (Comparação 1990 - 2004)**

Peso dos Gastos Totais no PIB

Peso dos Gastos Públicos no Total dos Gastos com a Saúde ( $\Delta$  %)



Notas: (a) Valores de 2003; (b) Média não ponderada dos valores disponíveis

Quadro 1 - Taxas média de crescimento dos gastos com a saúde a preços constantes

	Gastos Totais					Gastos Públicos					Gastos Privados				
	1980	1985	1990	1995	2000	1980	1985	1990	1995	2000	1980	1985	1990	1995	2000
	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	1985	1990	1995	2000	2004	1985	1990	1995	2000	2004	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	2,0	2,2	8,4	2,3	1,7	1,7	1,8	9,6	1,8	1,6	3,3	3,2	4,1	4,3	2,3
Áustria	-1,4	4,6	9,2	2,3	2,0	0,6	3,9	7,9	2,5	2,2	-6,5	6,8	12,5	1,9	1,3
Bélgica (a)	3,1	3,9	4,2	3,5	7,0	n.d.	n.d.	n.d.	2,8	4,8	n.d.	n.d.	n.d.	6,0	12,6
Dinamarca (b)	0,9	0,8	1,8	3,2	2,9	0,4	0,2	1,8	3,2	2,9	4,2	4,6	2,0	3,3	-0,3
Espanha	1,6	8,7	4,2	3,4	6,1	1,9	8,1	2,4	3,3	5,8	0,4	11,3	10,0	3,9	6,8
Finlândia	5,4	5,0	-1,8	2,4	5,5	5,3	5,6	-3,1	2,2	6,0	5,8	2,7	3,2	2,7	3,9
França	4,4	4,3	3,7	2,4	5,2	4,0	3,8	3,6	2,2	6,1	6,0	6,1	3,9	2,8	2,3
Grécia	n.d.	n.d.	6,7	4,1	4,7	n.d.	n.d.	6,1	4,3	4,8	n.d.	n.d.	7,5	3,9	4,6
Holanda	0,7	5,1	3,1	3,4	4,7	1,1	4,0	4,3	1,0	4,3	-0,3	7,7	0,5	8,5	5,1
Irlanda	0,6	0,3	6,9	8,1	8,7	-0,9	-0,7	6,8	8,6	10,9	6,2	3,3	7,1	6,8	1,8
Itália	n.d.	n.d.	-0,4	4,1	2,4	n.d.	n.d.	-2,2	4,5	3,4	n.d.	3,0	5,6	2,9	-0,5
Luxemburgo	2,3	8,3	4,8	7,2	11,6	1,5	9,2	4,6	6,5	11,9	10,8	-0,9	6,7	14,9	8,5
Portugal	2,6	6,2	7,5	6,7	2,2	-0,7	10,1	6,6	9,9	1,9	7,7	0,4	9,3	0,3	2,8
Reino Unido	2,8	3,8	4,7	4,1	5,8	2,0	3,2	4,8	3,3	7,3	9,0	6,8	4,3	7,7	-1,2
Suécia	0,9	1,9	0,0	4,0	4,2	0,5	1,7	-0,7	3,6	4,3	6,2	2,9	5,7	6,6	4,2
Austrália (a)	4,2	4,1	4,5	5,8	5,4	6,8	2,8	4,4	6,5	4,7	-1,1	7,0	4,8	4,4	6,9
Canadá	5,7	4,7	2,1	3,6	5,2	5,7	4,4	1,2	3,3	5,0	5,7	5,5	4,5	4,3	5,7
Estados Unidos	6,1	6,8	4,7	4,1	6,1	5,3	6,7	7,5	3,4	6,6	6,7	6,8	2,7	4,6	5,8
Japão (a)	3,7	2,3	4,4	3,3	2,4	3,5	4,2	5,9	2,9	2,4	4,1	-3,0	-1,2	5,4	2,0
UE 15	2,0	4,2	4,2	4,1	5,0	1,4	4,2	3,7	4,0	5,2	4,4	4,4	5,9	5,1	3,6
OCDE	2,7	5,2	4,2	4,7	5,4	2,4	5,5	3,9	4,7	5,8	4,2	5,5	7,1	6,0	4,6

Notas: (a) Último período: 2000-2003 ; (b) Último período: taxas de crescimento dos gastos correntes com a saúde

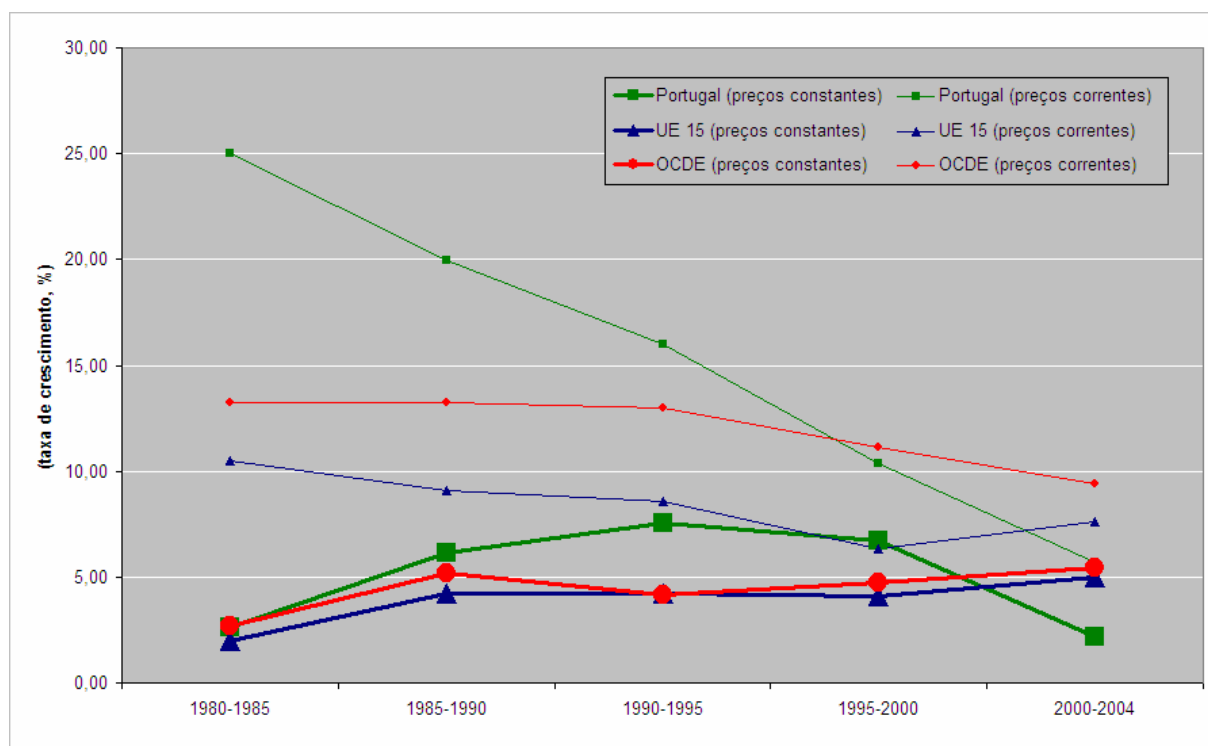
**Quadro 2 - Peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde**

	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>
Alemanha (a)	78,7	77,4	76,2	80,5	78,6	78,2
Áustria	68,8	76,1	73,5	69,3	69,9	70,7
Bélgica (a)	n.d	n.d	n.d	78,5	75,8	71,1
Dinamarca (b)	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	80,0
Espanha	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,9
Finlândia	79,0	78,6	80,9	75,6	75,1	76,6
França	80,1	78,5	76,6	76,3	75,8	78,4
Grécia	55,7	n.d	53,7	52,0	52,6	52,8
Holanda	69,4	70,8	67,1	71,0	63,1	62,3
Irlanda	81,5	75,7	71,9	71,6	73,3	79,5
Itália	n.d	n.d	79,1	71,9	73,5	76,4
Luxemburgo	92,9	89,3	93,1	92,4	89,3	90,5
Portugal	64,5	54,5	65,5	62,6	72,5	71,9
Reino Unido	89,4	85,8	83,6	83,9	80,9	85,5
Suécia	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	84,9
Austrália (a)	63,0	71,4	67,1	66,6	68,9	67,5
Canadá	75,6	75,5	74,5	71,4	70,3	69,8
Estados Unidos	41,3	39,8	39,7	45,3	44,0	44,7
Japão (a)	71,3	70,7	77,6	83,0	81,3	81,5
UE 15 (c)	78,5	78,7	76,6	75,1	74,6	75,3
OCDE (c)	74,1	74,5	72,9	72,0	72,0	72,8

Notas: (a) Valores de 2003; (b) Peso da Despesa Pública Corrente no total dos Gastos com a Saúde; (c) Média não ponderada dos valores disponíveis

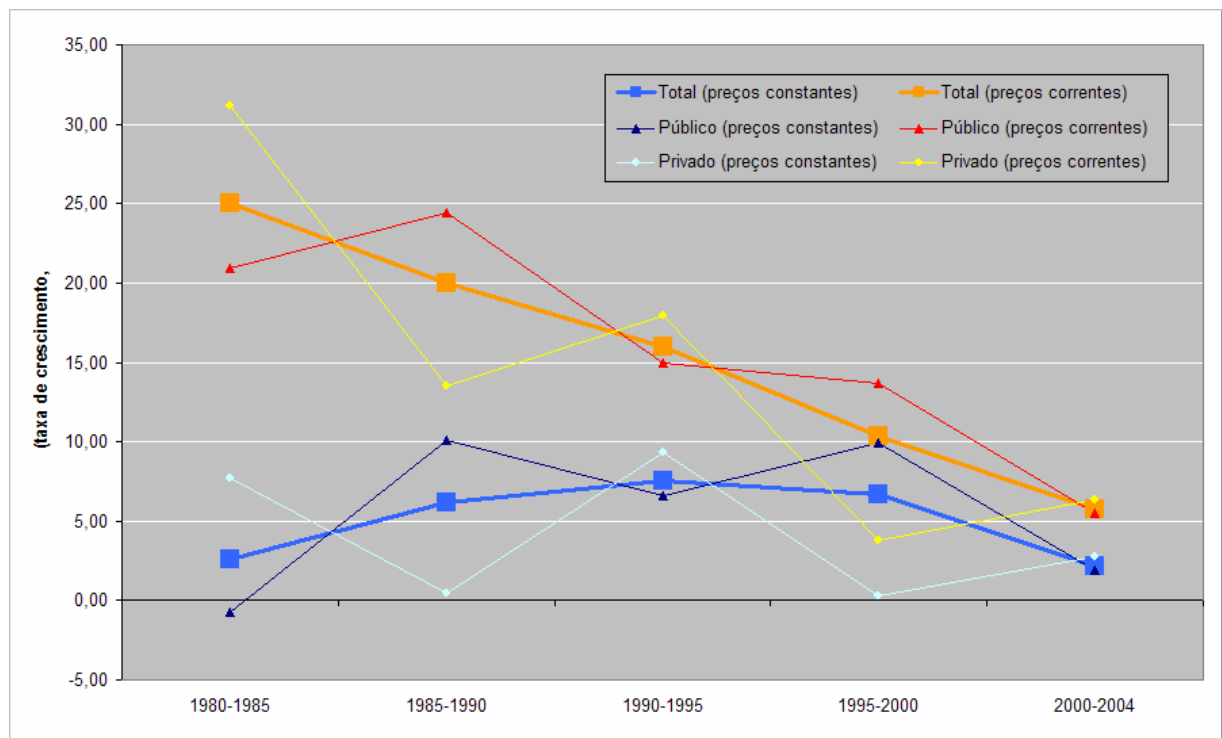
Estas particularidades do caso português, no que se refere à variação da taxa média de crescimento dos gastos totais com saúde, nos cinco períodos considerados, estão bem ilustradas no gráfico 2. O crescimento a preços correntes no início do período em Portugal reflecte, também, a elevada taxa de inflação de então. Considerando os dados a preços constantes, as diferenças de variação tendencial entre Portugal e a média UE15 ou OCDE são claras.

**Gráfico 2 - Taxas médias de crescimento dos gastos totais com a saúde**



Considerando, com maior detalhe, o que sucedeu ao crescimento dos gastos com saúde em Portugal desde 1980, o gráfico 3 evidencia que a evolução da variação dos vários tipos de gastos foi, em regra, positiva, ou seja, tendencialmente houve sempre crescimento (positivo) dos gastos com saúde no nosso país, mesmo quando analisados dados a preços constantes. É também claro que a variação dos gastos privados tem sido bastante mais volátil (e função de aspectos conjunturais) do que a variação da componente pública dos gastos. Por fim, o gráfico evidencia também o efeito de abrandamento do crescimento a preços constantes dos gastos totais, e públicos, com saúde, no último período em análise.

**Gráfico 3 - Taxas médias de crescimento dos gastos com a saúde em Portugal**

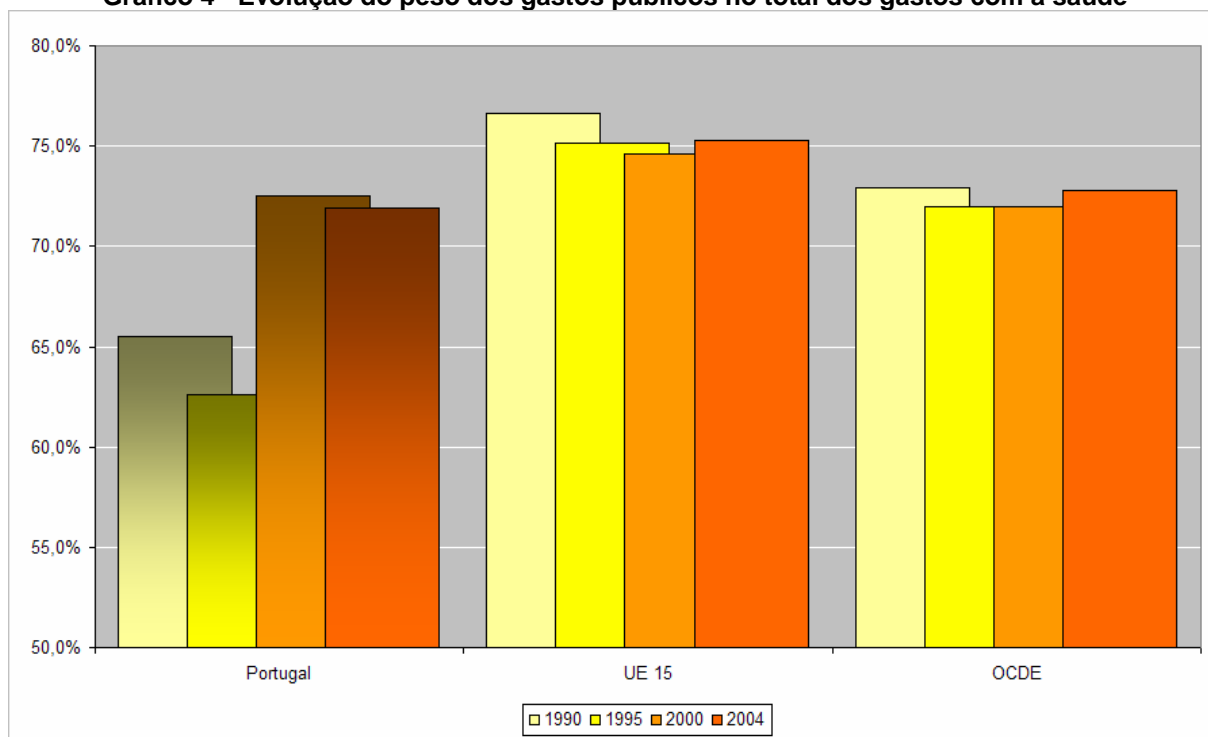


Por fim, os quadros 3 a 5 e os gráficos 4 a 15 resumem alguns dos principais indicadores relativos aos gastos com saúde em Portugal.

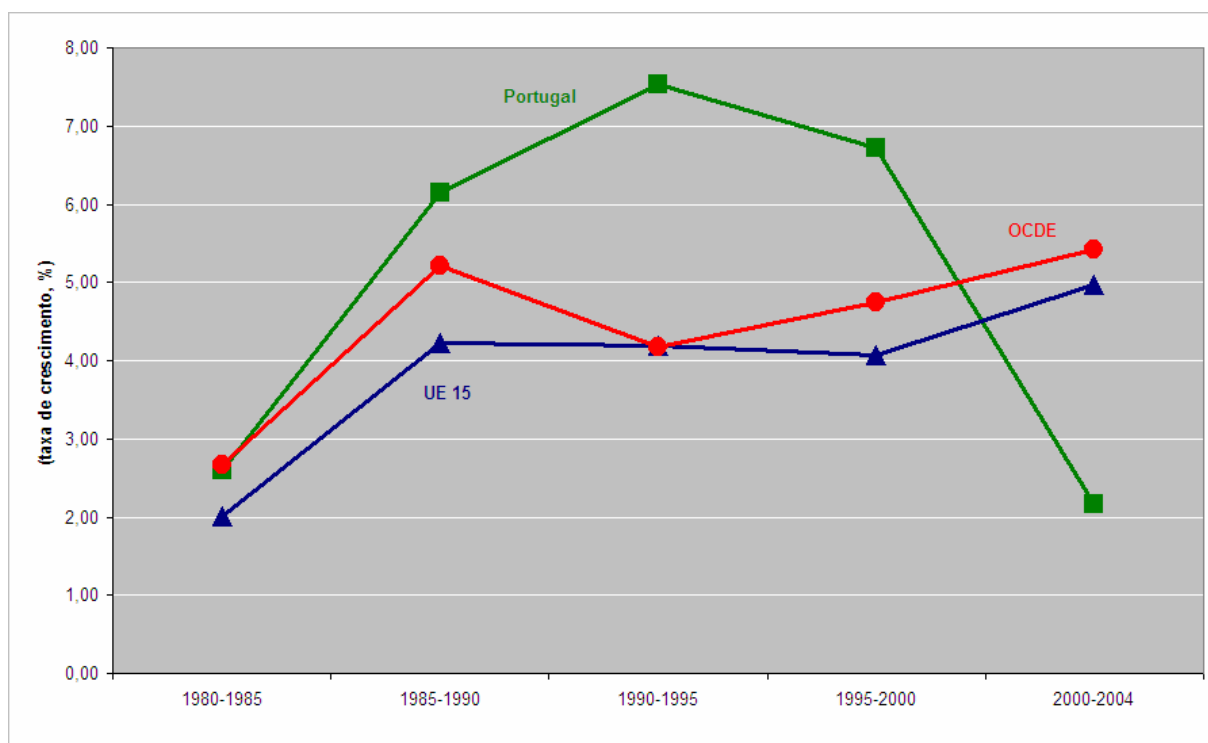
**Quadro 3 - Gastos com a saúde em Portugal, em 1990 e 2004 - Principais indicadores**

	Total			Público			Privado		
	1990	2004	Δ 90-04	1990	2004	Δ 90-04	1990	2004	Δ 90-04
Despesa a preços correntes (milhões €)	3.142	13.512	11,0	2.059	9.716	11,72	1.083	3.796	9,37
Despesa a preços constantes de 2000 (milhões €)	5.436	11.782	5,7	3.562	8.472	6,38	1.874	3.310	4,15
Despesa per capita a preços correntes (milhões €)	318	1.286	10,5	209	925	11,22	110	361	8,88
Despesa per capita em paridades de poder de compra (€)	674	1.813	7,3	441	1.304	8,04	232	509	5,77
Despesa per capita a preços constantes de 2000 (milhões €)	551	1.121	5,2	361	806	5,91	190	315	3,68
Despesa em % do PIB	6	10	3,5	4	7	4,18	2	3	1,99
Despesa em % da Despesa das Administrações Públicas	14,7	20,7		9,6	14,9		5,1	5,8	

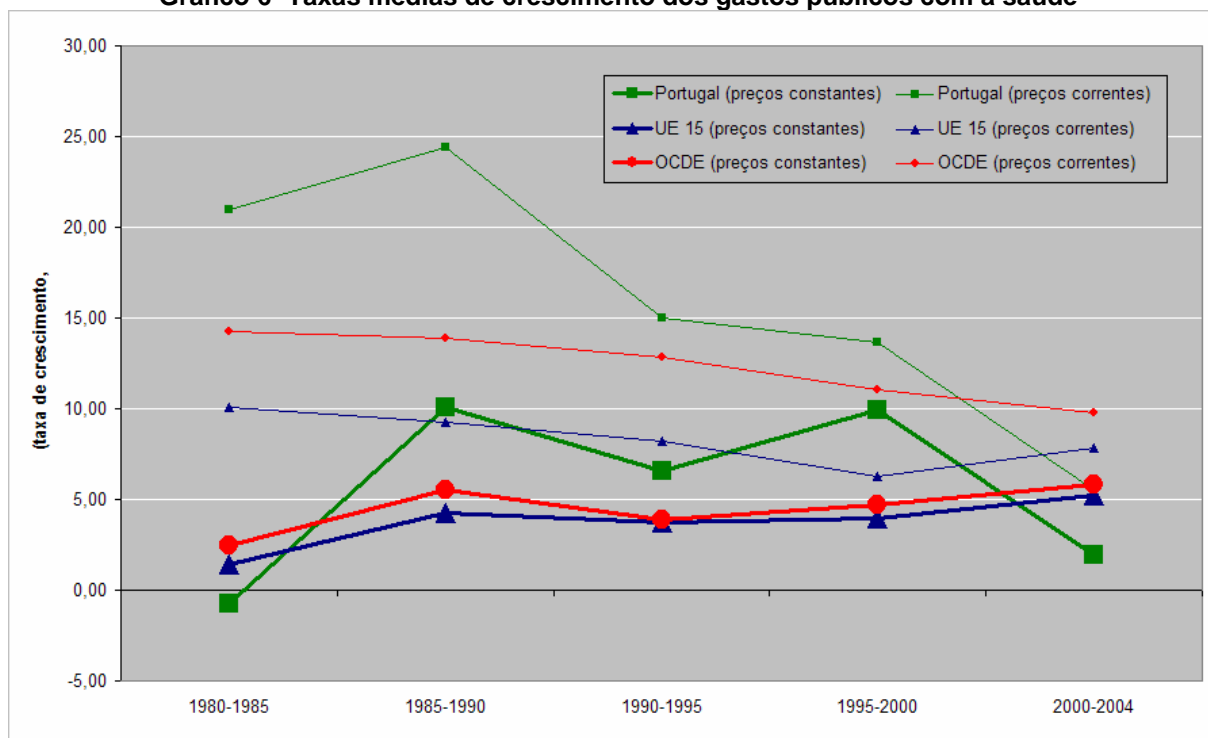
**Gráfico 4 - Evolução do peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde**



**Gráfico 5 - Taxa média de crescimento dos gastos totais com a saúde a preços constantes – Portugal, UE15 e OCDE**

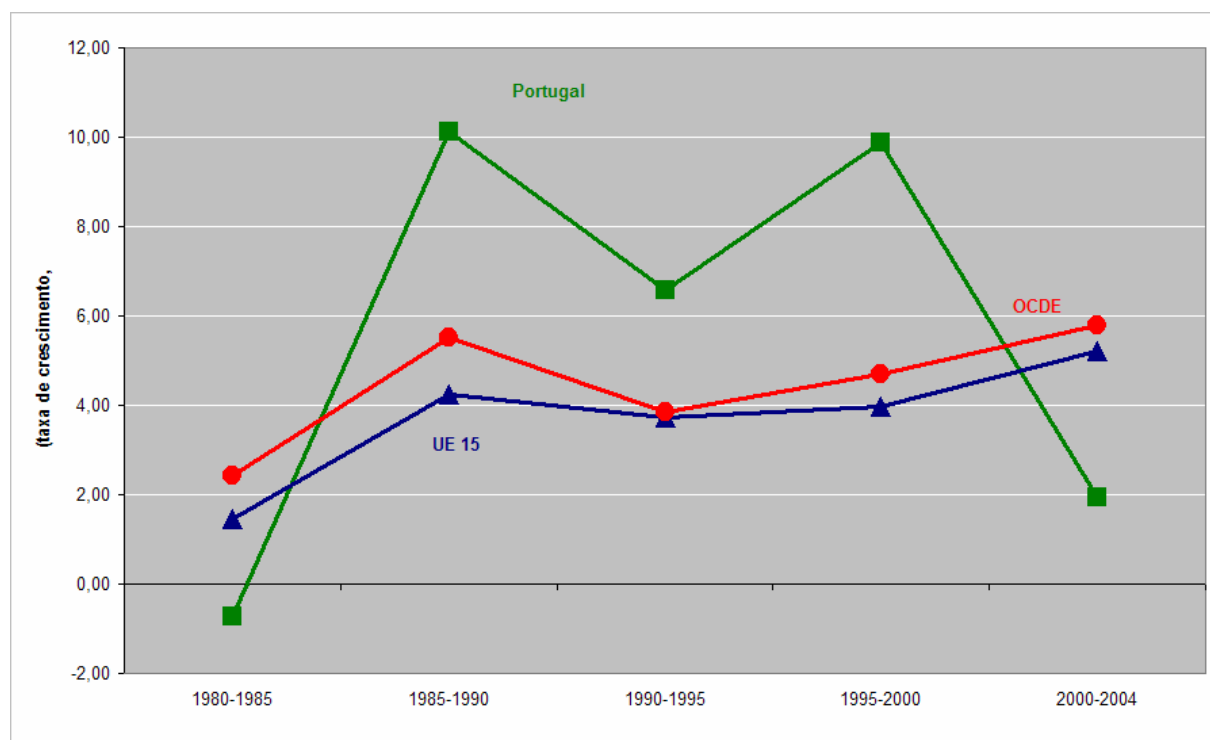


**Gráfico 6- Taxas médias de crescimento dos gastos públicos com a saúde**

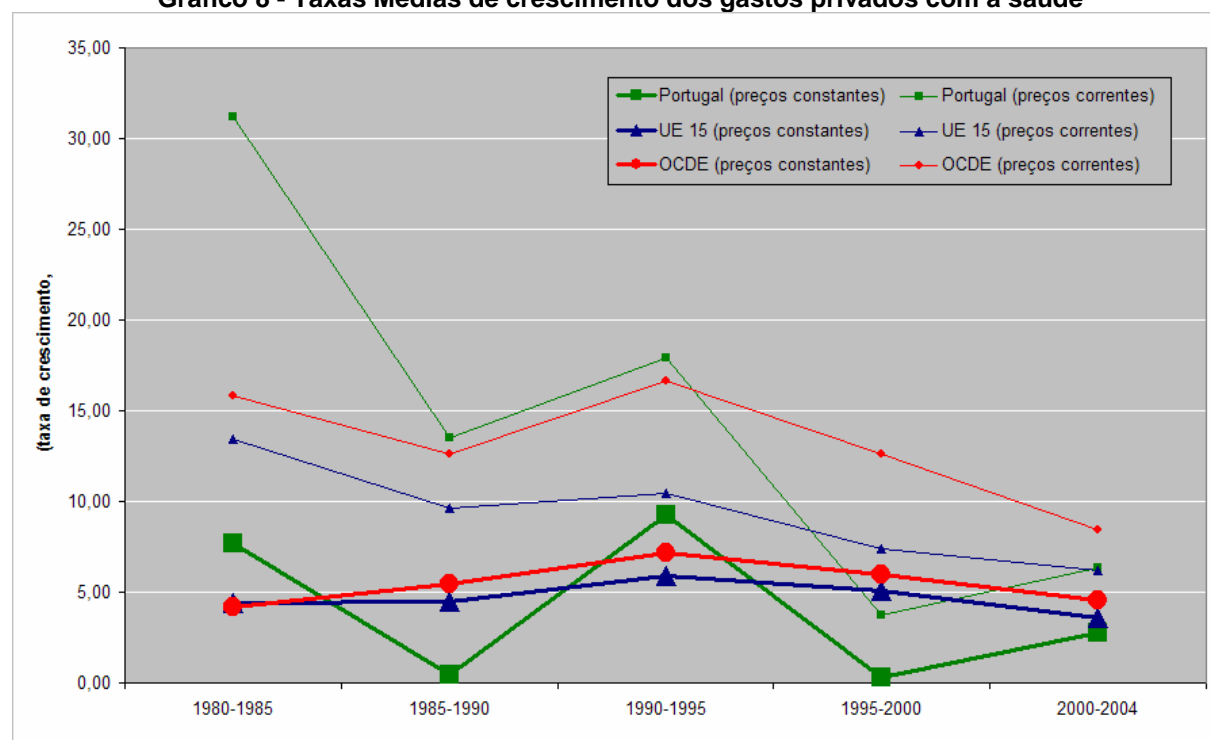




**Gráfico 7 - Taxa média de crescimento dos gastos públicos com a saúde a preços constantes – Portugal, UE15 e OCDE**



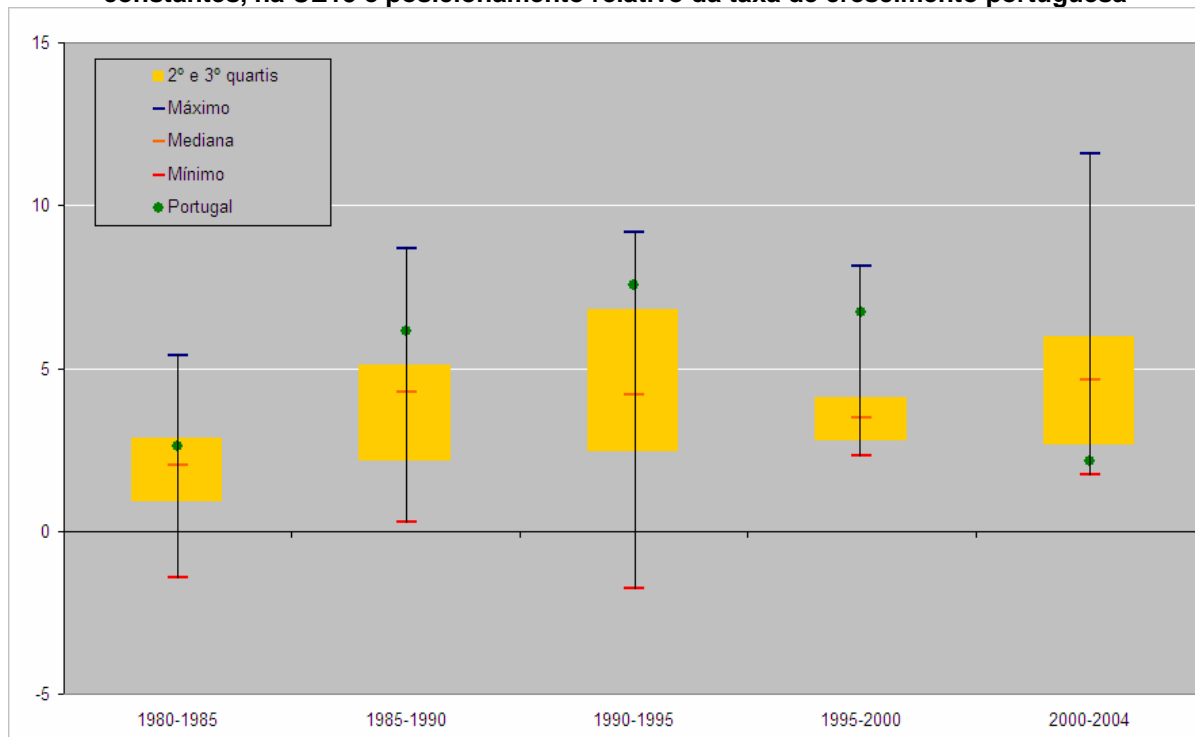
**Gráfico 8 - Taxas Médias de crescimento dos gastos privados com a saúde**



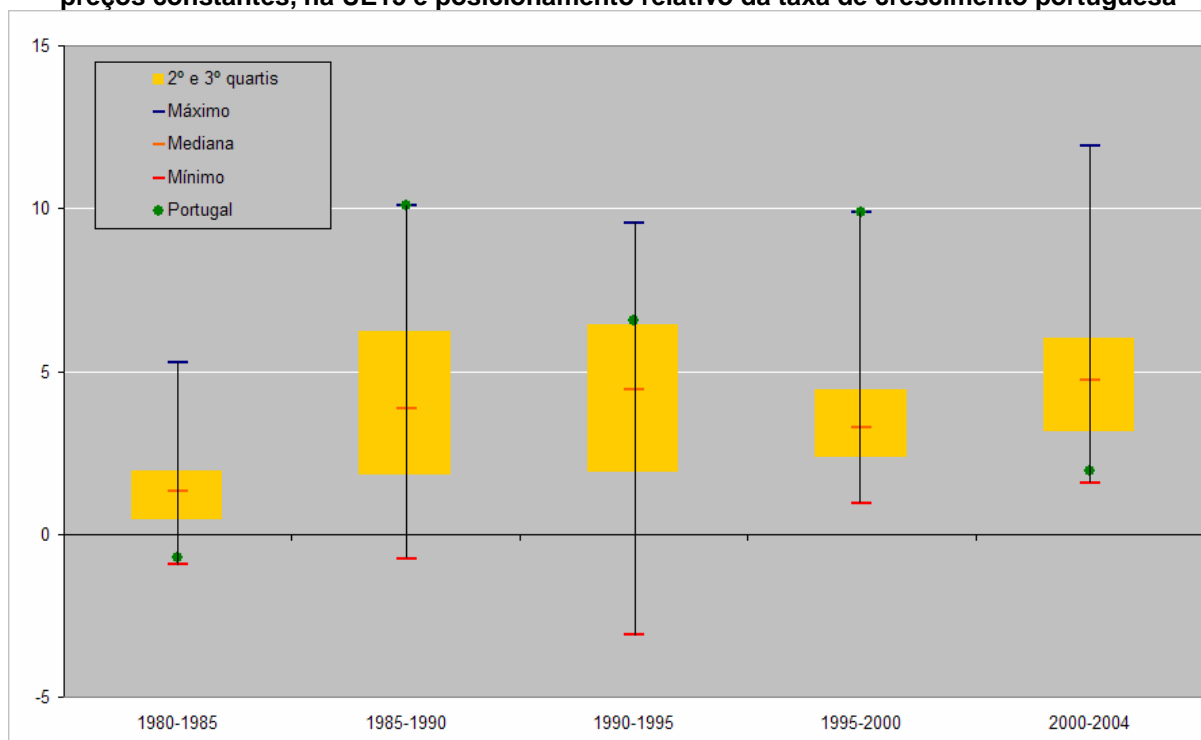
**Gráfico 9- Taxa Média de crescimento dos gastos privados com a saúde a preços constantes**



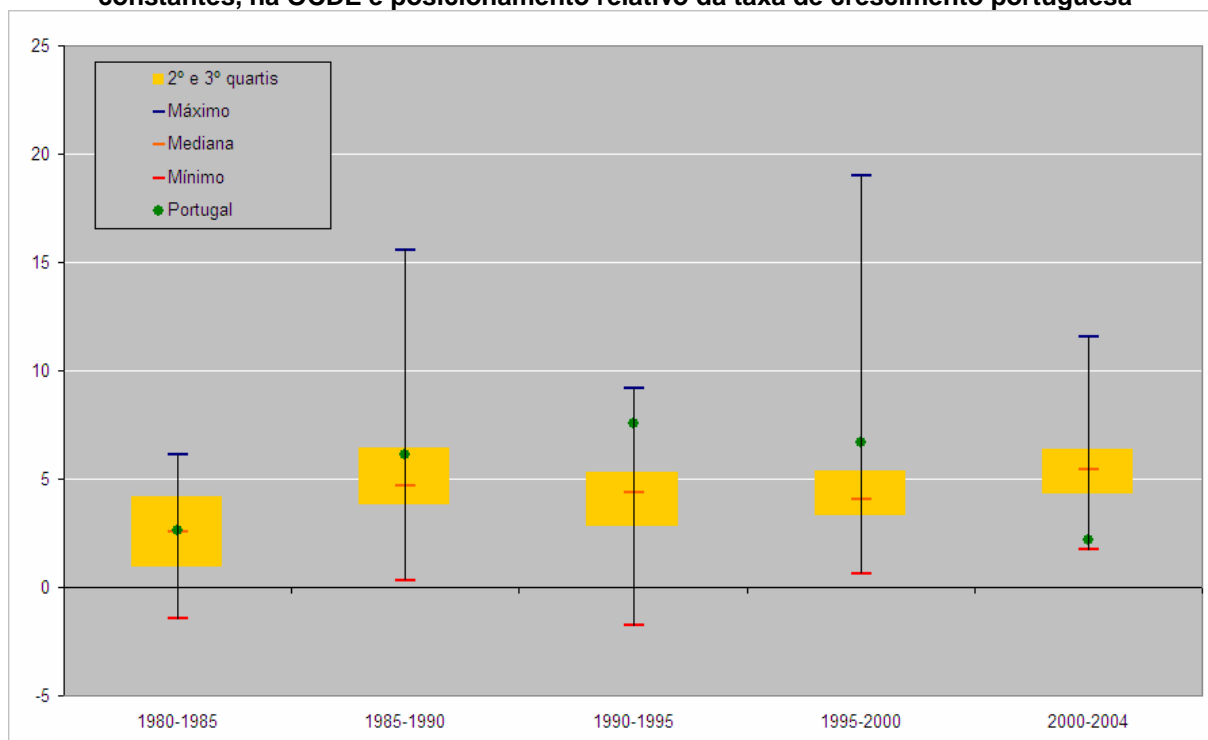
**Gráfico 10 - Dispersão das taxas médias de crescimento dos gastos totais com a saúde a preços constantes, na UE15 e posicionamento relativo da taxa de crescimento portuguesa**



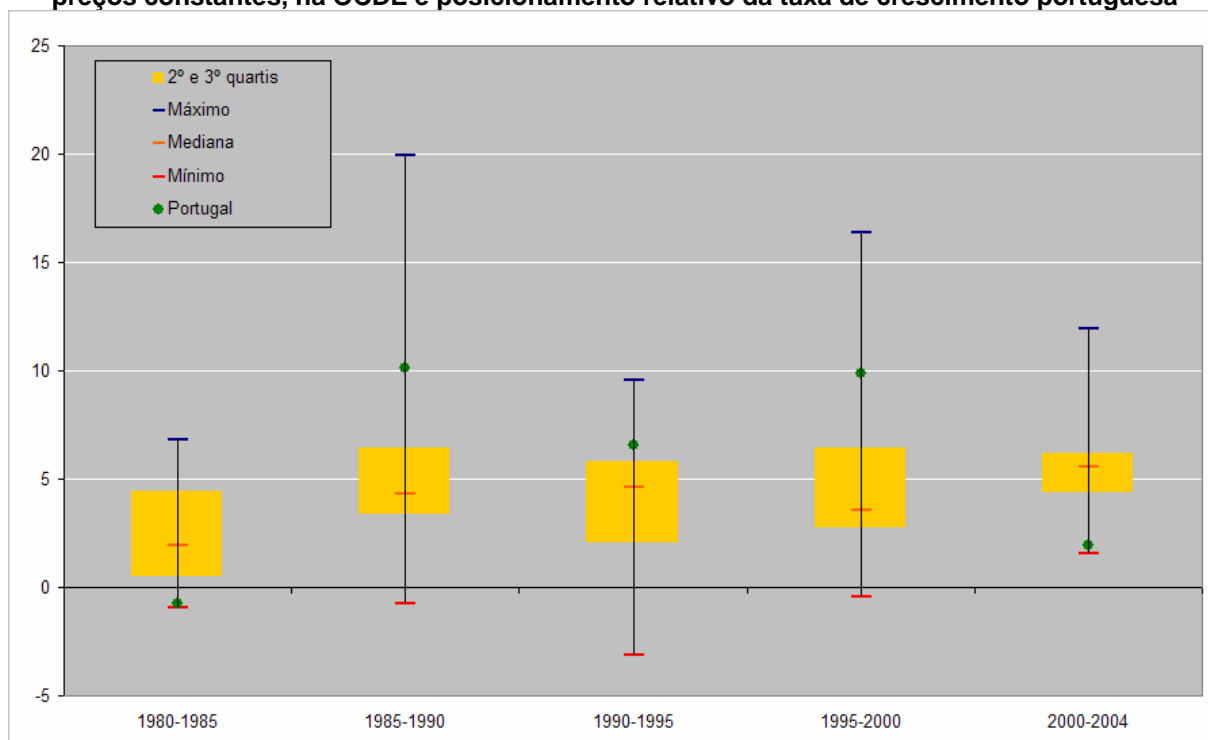
**Gráfico 11 - Dispersão das taxas médias de crescimento dos gastos públicos com a saúde a preços constantes, na UE15 e posicionamento relativo da taxa de crescimento portuguesa**



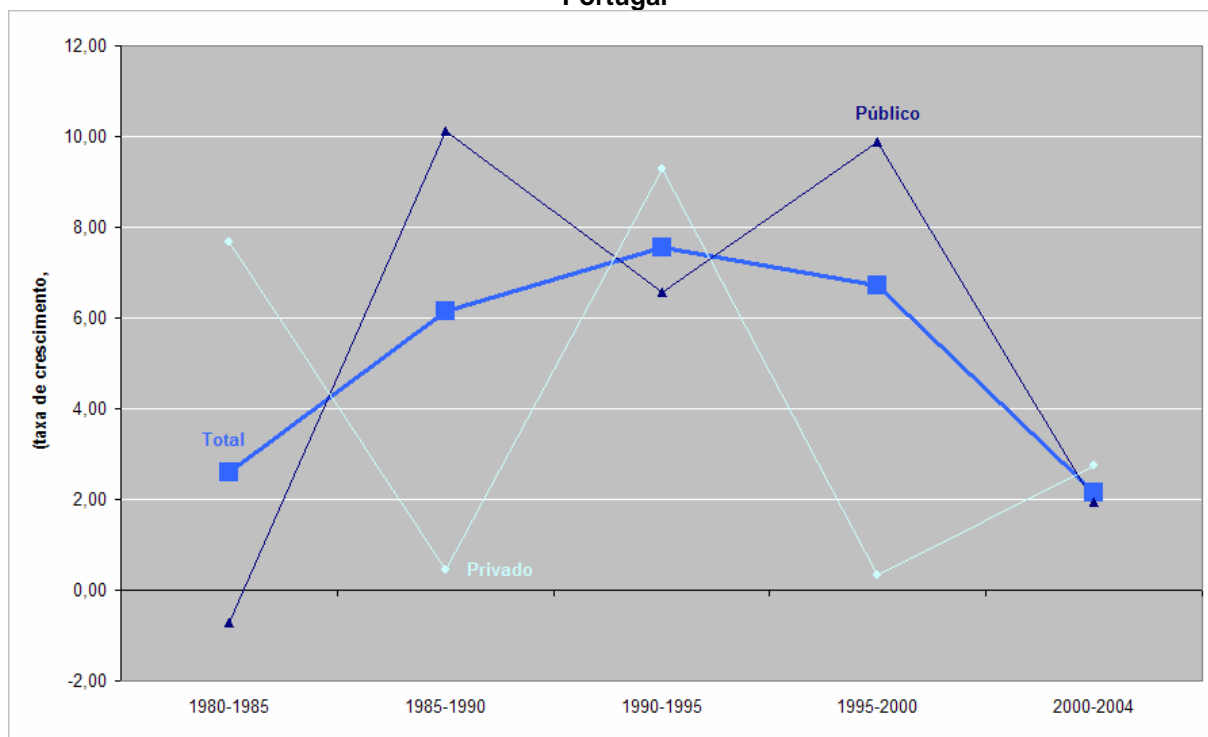
**Gráfico 12 - Dispersão das taxas médias de crescimento dos gastos totais com a saúde a preços constantes, na OCDE e posicionamento relativo da taxa de crescimento portuguesa**



**Gráfico 13 - Dispersão das taxas médias de crescimento dos gastos públicos com a saúde a preços constantes, na OCDE e posicionamento relativo da taxa de crescimento portuguesa**



**Gráfico 14 - Taxas médias de crescimento dos gastos com a saúde a preços constantes em Portugal**



**Quadro 4 - Peso de cada fonte de financiamento no total dos gastos com a saúde em 2004**

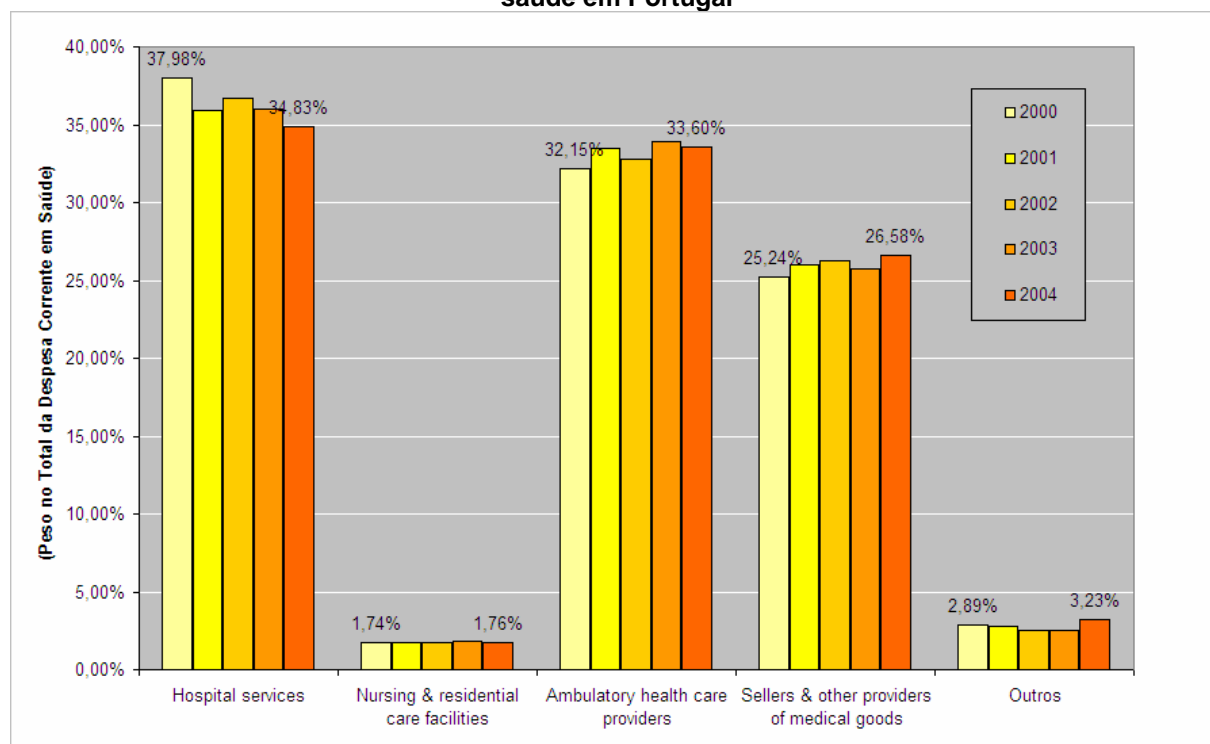
	<i>Despesa Pública</i>	<i>Pagamentos Directos das Famílias</i>	<i>Seguros de Saúde Privados</i>	<i>Outra Despesa Privada</i>
Alemanha (a)	78,2	10,4	8,8	2,6
Áustria	70,7	14,7	8,7	5,9
Bélgica (a)	71,1	23,6	3,4	1,9
Dinamarca	84,4	13,9	1,6	0,1
Espanha	70,9	23,6	4,7	0,8
Finlândia	76,6	19,0	2,3	2,1
França	78,4	7,6	12,3	1,7
Grécia	52,8	45,1	2,1	0,0
Holanda	62,3	7,8	19,1	10,8
Irlanda	79,5	13,5	6,7	0,3
Itália	76,4	19,6	0,9	3,1
Luxemburgo	90,4	6,7	1,7	1,2
Portugal	71,9	21,6	4,9	1,6
Reino Unido (c)	85,5	14,5	0,0	0,0
Suécia (c)	84,9	15,1	0,0	0,0
Austrália (b)	67,5	22,0	7,5	3,0
Canadá	69,8	14,9	12,8	2,5
Estados Unidos	44,7	13,2	36,7	5,4
Japão	81,5	17,3	0,3	0,9
UE 15	75,6	17,1	5,1	2,1
OCDE	73,0	19,6	5,2	2,3

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

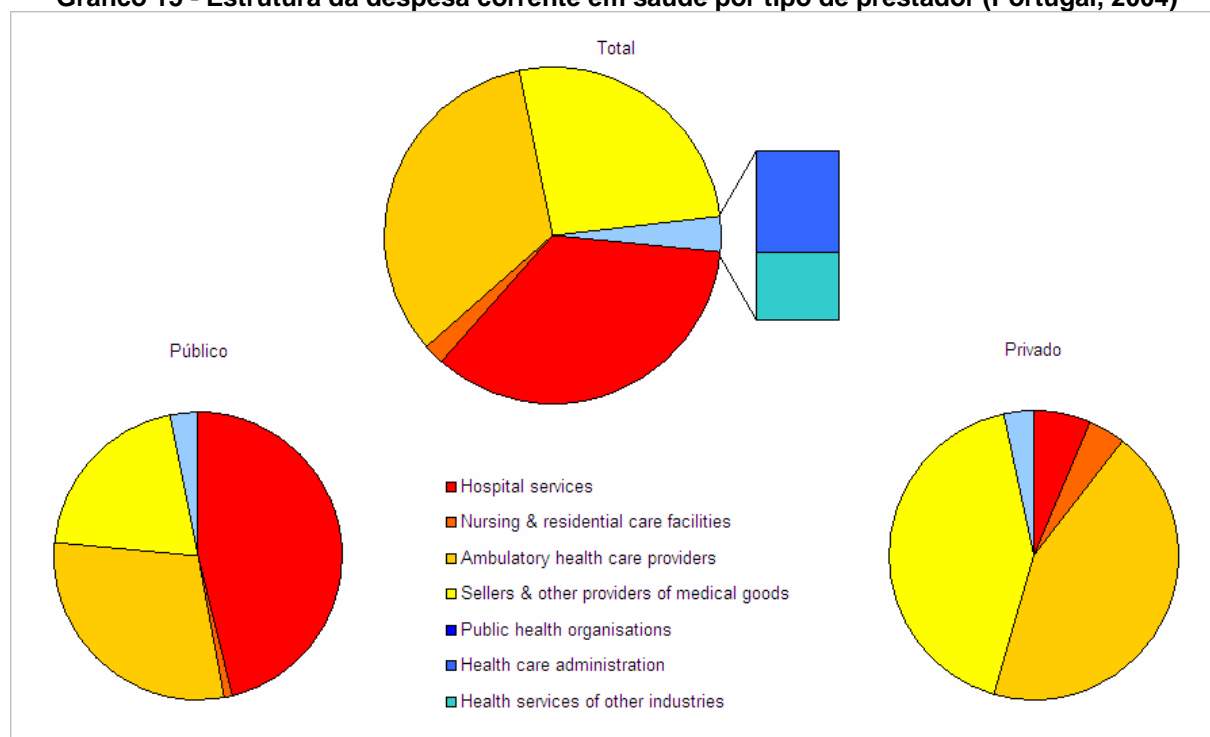
**Quadro 5 - Evolução recente dos gastos em saúde, por tipo de prestador em Portugal**

Unid.: M€	Gastos Totais em Saúde					Gastos Públicos em Saúde					Gastos Privados em Saúde				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Hospital services	3.925	3.921	4.307	4.390	4.510	3.802	3.780	4.151	4.177	4.271	123	140	156	213	238
Nursing & residential care facilities	180	194	208	223	228	58	56	70	73	76	122	137	138	150	152
Ambulatory health care providers	3.322	3.649	3.842	4.144	4.350	2.072	2.240	2.407	2.682	2.738	1.250	1.410	1.435	1.462	1.612
Sellers & other providers of medical goods	2.608	2.840	3.080	3.144	3.442	1.410	1.558	1.681	1.739	1.889	1.198	1.282	1.399	1.405	1.553
Public health organisations	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Health care administration	148	144	134	139	250	119	121	111	100	207	29	23	23	39	43
Health services of other industries	150	161	160	167	167	68	79	82	85	86	81	82	78	82	81

**Gráfico 14 - Evolução recente do peso de cada tipo de prestador no total da despesa corrente em saúde em Portugal**



**Gráfico 15 - Estrutura da despesa corrente em saúde por tipo de prestador (Portugal, 2004)**



## 5.2. Impacto das fontes de financiamento no crescimento da despesa *per capita* em saúde

### Dados

A fonte para a construção das variáveis utilizadas foi a base de dados CREDES da OCDE de 2006.

A amostra é constituída por um painel incompleto de dados de 1960 a 2004 para 24 países da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos. Para a estimação das regressões em níveis, foi considerado apenas o período entre 1980 e 2004.

Inclui-se uma variável binária de modo a controlar o efeito de existência de um sistema de *gatekeeping*. Esta variável (GK) é igual a um para os países com sistema de *gatekeeping* (Áustria, Canadá, Dinamarca, Alemanha, Islândia, Irlanda, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha e Reino Unido) e igual a zero para os restantes.

O tipo de sistema de saúde é também controlado através da inclusão de variáveis binárias. Assim, PR é igual a um para os países com sistema de reembolso público (Austrália, Bélgica, França, Itália (até 1978), Japão, Luxemburgo, Suíça e EUA) e PI é igual a um para os países com sistema público integrado (Dinamarca, Finlândia, Grécia (desde 1983), Islândia, Irlanda, Itália (desde 1979), Nova Zelândia, Noruega, Portugal (desde 1978), Espanha (desde 1984), Suécia e Reino Unido). O sistema base é assim o de contrato público. Os países que mudaram de sistema ao longo do período da amostra, são classificados no grupo correspondente ao tipo de sistema que tiveram durante mais tempo. Esta é a definição de tipo de sistema adoptada pela OCDE.

### Crescimento da despesa

A variável dependente inicialmente usada é a média ao longo de 11 anos da despesa em saúde *per capita* a preços constantes e em paridade de poder de compra (GDTS). Posteriormente, como teste de robustez e para aumentar o número de observações, considera-se a média ao longo de 5 anos da mesma variável.

A medida de rendimento utilizada é a taxa de crescimento média do PIB real *per capita* (GPIB) e o envelhecimento da população é medido pela taxa de crescimento da população com mais de 65 anos – Idade65. São considerados

*fixed time effects* através da inclusão de variáveis *dummy* para cada período excepto o primeiro, que é tomado como base.

De modo a ter em conta o efeito das condições iniciais, inclui-se como variável explicativa o nível da variável dependente em 1970<sup>29</sup>. Esta variável é denominada DT *per capita*<sub>T</sub>.

O tipo de financiamento de cada país é avaliado através da média da percentagem da despesa total financiada por seguro privado, por pagamentos directos e por outros fundos<sup>30</sup>. Uma vez que esta informação apenas está disponível para um número reduzido de países e períodos, as regressões são também estimadas agregando as fontes de financiamento, considerando assim apenas a percentagem média da despesa privada na despesa total em saúde.

A utilização de médias de 11 ou 5 anos para o tipo de financiamento pode trazer problemas de endogeneidade, no sentido em que um país com elevada taxa de crescimento da despesa em saúde pode, para controlar esse problema, alterar a estrutura de financiamento do seu sistema de saúde. Assim, para averiguar da potencial importância desta questão, as regressões são também estimadas considerando a estrutura de financiamento no início de cada período em vez da sua média para cada período.

Nos quadros 1 e 2 apresenta-se um resumo de estatísticas descritivas das variáveis usadas, respectivamente para a estimação com médias das variáveis ao longo de 11 e 5 anos.

Quadro 1. Estatísticas descritivas - médias de 10 anos

Variável	Média	Min.	Máx.	Desv. Pad.
GDS	4.824	0.260	14.447	2.630
GPIB	2.707	0.314	11.336	1.770
Seguro Privado	8.376	0.311	34.608	8.286
Pag. Directos	18.435	6.842	42.164	8.005
Outros Fundos	2.970	0.100	8.575	2.374
Desp. Priv.	27.513	6.609	71.591	13.642
Seguro Privado Inicial	10.533	0.900	33.900	9.090
Pag. Directos Inicial	20.146	10.100	48.500	9.713
Outros Fundos Inicial	3.117	0.100	7.600	2.381
Desp. Priv. Inicial	28.006	7.000	76.600	14.356
Idade65	1.821	-0.265	3.727	0.900
DT per capita <sub>T</sub>	741.821	99.591	1327.743	315.865

<sup>29</sup> A razão pela qual se considera o nível em 1970 e não em 1960 (primeiro ano da amostra) prende-se com o facto dos dados neste ano estarem disponíveis para um número reduzido de países.

<sup>30</sup> Os subsistemas estão incluídos nesta classe.



Quadro 2. Estatísticas descritivas - médias de 5 anos

Variável	Média	Min.	Máx.	Desv. Pad.
GDTS	4.464	-3.080	14.173	2.883
GPIB	2.531	-1.371	11.390	1.807
Seguro Privado	9.179	0.300	35.940	8.413
Pag. Directos	18.952	7.180	46.680	8.317
Outros Fundos	3.008	0.100	8.575	2.228
Desp. Priv.	27.322	4.217	85.933	14.041
Seguro Privado Inicial	9.182	0.300	35.100	8.441
Pag. Directos Inicial	19.580	9.600	48.500	8.620
Outros Fundos Inicial	3.052	0.300	8.400	2.217
Desp. Priv. Inicial	27.146	3.800	77.300	13.811
AGE65	1.755	-1.452	6.361	1.080
TE per capita <sub>T</sub>	753.172	99.591	1327.743	314.364

## Nível da despesa

A variável dependente usada nas regressões em níveis é o logaritmo da despesa total em saúde *per capita* a preços constantes e em paridade do poder de compra.

A medida de rendimento usada é o logaritmo do PIB real *per capita*, a preços constantes e em paridade do poder de compra – Log(PIB) – e Idade65 mede agora a percentagem da população com mais de 65 anos. Não são considerados efeitos fixos para o tempo nem para países, pelo que se assume estar na presença de *Random-Effects*.

O tipo de financiamento de cada país é avaliado através da percentagem da despesa total financiada por seguro privado, por pagamentos directos e por outros fundos<sup>31</sup>. Uma vez que esta informação apenas está disponível para um número reduzido de países e períodos, as regressões são também estimadas agregando as fontes de financiamento, considerando assim apenas a percentagem média da despesa privada na despesa total em saúde.

O quadro 3 apresenta algumas estatísticas descritivas das variáveis.

<sup>31</sup> Os subsistemas estão incluídos nesta classe.

Quadro 3. Estatísticas descritivas - níveis

Variável	Média	Min.	Máx.	Desv. Pad.
Log(DTS)	7.416	5.107	8.629	0.494
Log(PIB)	9.977	8.577	10.971	0.340
Idade65	13.650	4.200	19.000	2.643
Seguro Privado	25.667	4.800	60.400	12.098
Pag. Directos	16.988	6.500	38.500	6.487
Outros Fundos	9.184	0.300	36.700	8.800
Desp. Priv.	2.848	-0.100	7.700	2.139

## Resultados

As regressões são estimadas pelo método dos mínimos quadrados ordinários. Nos vários quadros apresentados, o modelo da esquerda é o mais geral, o da segunda coluna um modelo reduzido de acordo com o critério da maximização do  $R^2$  ajustado e por fim um modelo reduzido de forma a excluir os parâmetros não significativos. Apresenta-se ainda os *p-values* para o teste Jarque-Bera de normalidade dos resíduos e para a estatística F do teste de Wald da validade das restrições impostas em cada modelo.

### Crescimento da despesa

O quadro 4 apresenta os resultados da estimação dos determinantes do crescimento da despesa em saúde considerando médias das variáveis ao longo de 11 anos e o peso médio das fontes de financiamento ao longo do período. Tal como esperado, encontra-se um efeito positivo da taxa de crescimento do PIB no crescimento da despesa em saúde. Não é encontrado um impacto significativo do tipo de sistema (contrato público, reembolso público ou público integrado) na taxa de crescimento da despesa. Por outro lado, a existência de um sistema de *gatekeeping* parece permitir taxas de crescimento da despesa mais baixas. Quanto à estrutura de financiamento, apenas o peso do financiamento por outros fundos<sup>32</sup> na despesa total parece ter um efeito significativo no crescimento da despesa. Este efeito é de sinal positivo. Mais surpreendente é o facto de se encontrar um efeito negativo do envelhecimento da população no crescimento da despesa em saúde. Este facto poderá estar relacionado com a reduzida dimensão da amostra disponível. Encontra-se ainda um efeito negativo do nível inicial da despesa na sua taxa de crescimento, tanto mais importante quanto mais baixo for o referido nível inicial, sugerindo a presença de um efeito de *catching up*.

<sup>32</sup> Recorde-se que os subsistemas de saúde estão incluídos nesta categoria.

Quadro 4. Fonte de financiamento é média do período			
Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 11 anos			
Constante	12.612 (6.58)***	12.705 (6.09)***	10.237 (7.51)***
GPIB	0.634 (4.27)***	0.631 (4.23)***	0.572 (3.31)***
PR	0.069 (0.14)		
PI	-0.470 (-0.98)	-0.506 (-0.99)	
GK	-0.991 (-1.65)	-1.022 (-2.08)**	-0.883 (-2.50)**
Seguro Privado	-0.044 (-1.27)	-0.044 (-1.30)	
Pag. Directos	-0.049 (-1.49)	-0.050 (-1.51)	
Outros Fundos	0.163 (1.80)*	0.158 (1.79)*	0.175 (3.51)***
Idade65	-0.305 (-2.07)**	-0.313 (-2.11)**	-0.461 (-3.51)***
D7182	-2.463 (-3.32)***	-2.488 (-3.34)***	-1.686 (-2.63)**
D8293	-3.356 (-3.61)***	-3.381 (-3.64)***	-2.536 (-3.38)***
D9304	-3.679 (-4.68)***	-3.698 (-4.55)***	-2.889 (-3.79)***
DT per capita <sub>T</sub>	-0.012 (-3.85)***	-0.011 (-4.21)***	-0.009 (-4.24)***
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (3.02)***	0.000 (3.34)***	0.000 (3.11)***
R <sup>2</sup> Ajustado	0.804	0.812	0.797
Número de Obs.	36	36	40
Jarque-Bera	0.550	0.529	0.090
F (restr.)		0.892	0.429

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White

b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

O quadro 5 apresenta os resultados de uma estimação semelhante à do quadro 4, com a diferença de a nível do financiamento considerar apenas o peso da despesa privada no total da despesa. Deste modo, à custa de menor desagregação dos dados, consegue-se resultados mais robustos graças à maior dimensão da amostra. As conclusões diferem da estimação anterior na medida em que o estranho efeito negativo do envelhecimento da população na taxa de crescimento da despesa desaparece. Por outro lado, não se encontra um efeito estatisticamente significativo no crescimento da despesa em saúde do peso da despesa privada na despesa total.

Quadro 5. Fonte de financiamento é média do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 11 anos		
Constante	8.575 (4.85)***	7.899 (5.74)***
GPIB	0.799 (8.52)***	0.810 (8.06)***
PR	0.251 (0.79)	
PI	-0.284 (-0.81)	
GK	-0.311 (-0.94)	-0.429 (-1.73)*
Desp. Priv.	-0.004 (-0.30)	
Idade65	0.072 (0.47)	
D7182	-1.658 (-2.65)***	-1.150 (-2.13)**
D8293	-3.191 (-4.70)***	-2.878 (-4.76)***
D9304	-2.781 (-4.75)***	-2.460 (-4.72)***
DT per capita <sub>T</sub>	-0.008 (-3.02)***	-0.007 (-2.69)***
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (2.52)**	0.000 (2.11)**
R <sup>2</sup> Ajustado	0.826	0.814
Número de Obs.	80	87
Jarque-Bera	0.759	0.920
F (restr.)		0.716

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente  
c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

De modo a testar a robustez dos modelos acima apresentados a possível endogeneidade da variável de financiamento, nos quadros 6 e 7 apresentam-se resultados das mesmas estimações considerando o peso das fontes de financiamento no início de cada período em lugar da respectiva média em cada período. O número de observações extremamente reduzido sugere cautela na interpretação dos resultados obtidos. Assim, se efeito da riqueza permanece qualitativamente inalterado, por outro lado encontra-se um efeito positivo da existência de um sistema de reembolso público. Encontra-se ainda um efeito positivo do peso dos pagamentos directos na despesa privada em saúde e negativo do envelhecimento da população. Estes coeficientes são difíceis de interpretar. Para mais, o efeito do nível inicial da despesa em saúde deixa de ser estatisticamente significativo.

Quadro 6. Fonte de financiamento é valor inicial do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 11 anos			
Constante	3.149 (0.45)	2.531	(5.36)***
GPIB	0.848 (4.57)***	0.932	(9.02)***
PR	0.447 (0.86)	0.607	(2.00)**
PI	-0.445 (-0.78)		
GK	0.459 (0.46)		
Seguro Privado Inicial	0.035 (0.42)		
Pag. Directos Inicial	0.037 (0.40)	0.037	(2.68)**
Outros Fundos Inicial	-0.061 (-0.32)		
D7182	-0.095 (-0.05)		
D8293	-0.702 (-0.30)		
D9304	-1.948 (-1.02)	-1.454	(-4.42)***
Idade65	-0.576 (-1.70)	-0.513	(-2.71)**
DT per capita <sub>T</sub>	0.001 (0.05)		
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (-0.09)		
R <sup>2</sup> Ajustado	0.803	0.854	
Número de Obs.	24	24	
Jarque-Bera	0.952	0.285	
F (restr.)		0.335	

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente  
c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

No quadro 7 repete-se a estimação do quadro 6, agregando contudo as fontes de financiamento de modo a aumentar o número de observações disponível. O efeito do crescimento do PIB permanece robusto, recupera-se o efeito das condições iniciais e desaparece o estranho efeito do envelhecimento. Consoante a especificação considerada, encontra-se um impacto negativo na taxa de crescimento da despesa em saúde de sistemas do tipo público integrado ou um efeito positivo do peso da despesa privada em saúde no total da despesa em saúde no início de cada período.

Quadro 7. Fonte de financiamento é valor inicial do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 11 anos				
Constante	8.651 (4.38)***	9.358 (7.03)***	9.046 (6.41)***	7.460 (4.48)***
GPIB	0.798 (5.96)***	0.783 (6.23)***	0.798 (6.02)***	0.805 (5.47)***
PR	0.087 (0.25)			
PI	-0.370 (-0.99)	-0.485 (-1.75)*	-0.589 (-2.15)**	
GK	-0.267 (-0.74)	-0.369 (-1.32)		
Desp. Priv. Inicial	0.004 -0.29			0.018 (1.67)*
D7182	-1.425 (-2.22)**	-1.496 (-2.62)**	-1.500 (-2.60)**	-1.321 (-2.16)**
D8293	-2.967 (-3.78)***	-3.104 (-4.80)***	-3.104 (-4.78)***	-2.774 (-3.82)***
D9304	-2.588 (-3.94)***	-2.743 (-5.00)***	-2.717 (-4.86)***	-2.403 (-3.92)***
Idade65	0.078 (0.43)			
DT per capita <sub>T</sub>	-0.009 (-3.41)***	-0.010 (-3.76)***	-0.009 (-3.54)***	-0.008 (-2.77)***
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (2.81)***	0.000 (3.12)***	0.000 (2.97)***	0.000 (2.24)**
R <sup>2</sup> Ajustado	0.796	0.806	0.804	0.798
Número de Obs.	68	68	68	68
Jarque-Bera	0.908	0.913	0.943	0.956
F (restr.)		0.961	0.753	0.594

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente  
c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

De modo a averiguar a robustez dos resultados acima apresentados, os modelos foram ainda estimados tomando períodos de 5 anos em vez de 11. Uma vez que o interesse deste estudo é compreender a evolução do crescimento da despesa em saúde no longo prazo e algumas das variáveis incluídas têm bastante inércia, este método tem a desvantagem de alisar menos os dados para variações cíclicas. Por outro lado, permite reter um maior número de graus de liberdade.

Os resultados respeitantes ao crescimento do produto permanecem robustos. Não se encontram efeitos estatisticamente significativos do tipo de sistema, da existência de *gatekeeping* nem do envelhecimento da população. O impacto negativo do nível inicial da despesa mantém-se, mas o termo quadrático positivo deixa de ser significativo, o que sugere que existe uma relação negativa mas linear.

A nível do financiamento, uma maior importância do financiamento por seguro privado parece estar associada a uma taxa de crescimento da despesa em saúde mais elevada.

Quadro 8. Fonte de financiamento é média do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 5 anos			
Constante	6.888 (2.15)**	6.040 (4.45)***	5.600 (4.45)***
GPIB	0.728 (3.37)***	0.673 (3.84)***	0.685 (3.97)***
PR	0.466 (0.51)		
PI	-0.077 (-0.12)		
GK	0.020 (0.02)		
Seguro Privado	0.049 (1.29)	0.076 (2.16)**	0.047 (1.98)*
Pag. Directos	-0.023 (-0.59)		
Outros Fundos	-0.134 (-1.09)	-0.140 (-1.25)	
D6570	0.304 (0.27)		
D7075	0.572 (0.35)		
D7580	-3.176 (-2.15)**	-3.342 (-4.12)***	-3.374 (-4.19)***
D8085	-3.103 (-1.78)*	-3.304 (-3.13)***	-3.288 (-3.18)***
D8590	-2.304 (-1.60)	-2.496 (-2.95)***	-2.461 (-2.82)***
D9095	-3.023 (-1.77)*	-3.335 (-3.70)***	-3.189 (-3.57)***
D9500	-3.743 (-2.49)**	-3.902 (-6.02)***	-3.837 (-6.00)***
D0004	-1.857 (-1.11)	-2.068 (-2.52)**	-2.018 (-2.48)**
Idade65	-0.001 (-0.00)		
DT per capita. <sub>T</sub>	-0.004 (-0.98)	-0.001 (-1.62)	-0.001 (-1.53)
(DT per capita. <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (0.70)		
R <sup>2</sup> Ajustado	0.537	0.579	0.576
Número de Obs.	78	78	78
Jarque-Bera	0.954	0.973	0.891
F (restr.)		0.977	0.921

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

De acordo com o método seguido acima, o quadro 9 apresenta os resultados da estimação do quadro 8 agregando as fontes de financiamento no peso da despesa privada na despesa total em saúde. Para além de se confirmar a robustez do impacto do crescimento do PIB e do nível inicial de despesa, o envelhecimento da população volta a não surgir como factor determinante da taxa de crescimento das despesas em saúde. Recupera-se ainda a tendência dos sistemas de reembolso público para apresentarem um crescimento mais acelerado da despesa.

A nível do financiamento, o peso da despesa privada em saúde não parece ter efeito no crescimento da despesa total em saúde.

Quadro 9. Fonte de financiamento é média do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 5 anos			
Constante	3.178 (1.90)*	3.186 (5.02)***	3.885 (7.64)***
GPIB	0.794 (6.60)***	0.823 (7.76)***	0.833 (7.97)***
PR	0.284 (0.71)	0.874 (1.89)*	0.564 (2.05)**
PI	1.051 (1.97)**		
GK	0.560 (1.26)	0.524 (1.22)	
Desp. Priv.	0.016 (1.23)	0.013 (1.35)	
D6570	1.390 (2.04)**	1.592 (2.73)***	1.643 (2.74)***
D7075	1.645 (2.20)**	1.881 (3.35)***	1.842 (3.29)***
D7580	-1.327 (-1.98)**	-1.087 (-2.43)**	-1.145 (-2.70)***
D8085	-2.490 (-3.11)***	-2.212 (-4.31)***	-2.292 (-4.62)***
D8590	-1.279 (-1.86)*	-1.040 (-2.22)**	-1.114 (-2.36)**
D9095	-1.518 (-2.04)**	-1.233 (-2.56)***	-1.297 (-2.69)***
D9500	-2.077 (-3.42)***	-1.838 (-5.18)***	-1.899 (-5.42)***
D0004	-0.399 (-0.58)		
Idade65	-0.017 (-0.10)		
DT per capita <sub>T</sub>	-0.001 (-0.45)	-0.001 (-3.38)***	-0.001 (-3.24)***
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (-0.11)		
R <sup>2</sup> Ajustado	0.651	0.658	0.656
Número de Obs.	167	167	167
Jarque-Bera	0.986	0.989	0.999
F (restr.)		0.920	0.599

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

Os quadros 10 e 11 repetem as estimações em 8 e 9 considerando períodos de 5 anos em lugar de períodos de 11 anos. Os resultados obtidos no quadro 10 são qualitativamente semelhantes aos obtidos em 8.



Quadro 10. Fonte de financiamento é valor inicial do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 5 anos			
Constante	5.256 (1.30)	6.394 (4.46)***	5.927 (4.51)***
GPIB	0.629 (2.85)***	0.577 (3.20)***	0.596 (3.38)***
PR	0.550 (0.55)		
PI	0.066 (0.09)		
GK	0.398 (0.45)		
Seguro Privado Inicial	0.083 (1.58)	0.097 (2.48)**	0.071 (2.66)***
Pag. Directos Inicial	-0.007 (-0.13)		
Outros Fundos Inicial	-0.128 (-0.95)	-0.123 (-1.02)	
D6570	1.313 (1.09)		
D7075	1.376 (0.76)		
D7580	-2.130 (-1.21)	-3.138 (-3.99)***	-3.187 (-4.09)***
D8085	-2.193 (-1.15)	-3.323 (-3.22)***	-3.276 (-3.21)***
D8590	-1.489 (-0.89)	-2.515 (-2.83)***	-2.429 (-2.65)***
D9095	-2.342 (-1.24)	-3.402 (-3.74)***	-3.277 (-3.65)***
D9500	-2.940 (-1.67)*	-3.949 (-5.78)***	-3.828 (-5.73)***
D0004	-1.418 (-0.79)	-2.526 (-3.03)***	-2.426 (-2.93)***
Idade65	0.073 (0.29)		
DT per capita. <sub>T</sub>	-0.003 (-0.54)	-0.002 (-1.86)*	-0.002 (-1.79)*
(DT per capita. <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (0.23)		
R <sup>2</sup> Ajustado	0.534	0.580	0.579
Número de Obs.	71	71	71
Jarque-Bera	0.887	0.835	0.640
F (restr.)		0.981	0.929

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

As conclusões da estimação do quadro 10 distinguem-se das do quadro 8 por se encontrar um efeito significativamente positivo do peso da despesa privada na despesa total (aqui medida no início do período), não se encontrando um efeito significativo a 10% da existência de um sistema de reembolso público.

Quadro 11. Fonte de financiamento é valor inicial do período

Média da taxa de crescimento da despesa em saúde per capita ao longo de 5 anos			
Constante	3.388 (1.92)*	3.153 (4.76)***	3.478 (6.28)***
GPIB	0.771 (6.16)***	0.804 (7.30)***	0.809 (7.41)***
PR	0.892 (1.53)	0.769 (1.53)	
PI	0.194 (0.48)		
GK	0.495 (1.02)	0.483 (1.05)	
Desp. Priv. Inicial	0.021 (1.46)	0.018 (1.62)	0.022 (2.11)**
D6570	1.375 (2.06)**	1.599 (2.79)***	1.613 (2.83)***
D7075	1.827 (2.47)**	2.089 (3.70)***	2.107 (3.69)***
D7580	-1.238 (-1.81)*	-0.970 (-2.02)**	-0.918 (-1.93)*
D8085	-2.513 (-3.15)***	-2.168 (-4.18)***	-2.111 (-4.15)***
D8590	-1.280 (-1.80)*	-1.009 (-1.97)**	-0.952 (-1.89)*
D9095	-1.553 (-2.15)**	-1.226 (-2.56)**	-1.214 (-2.51)**
D9500	-2.072 (-3.40)***	-1.781 (-4.92)***	-1.748 (-4.81)***
D0004	-0.476 (-0.70)		
Idade65	-0.050 (-0.29)		
DT per capita <sub>T</sub>	-0.001 (-0.47)	-0.001 (-3.15)***	-0.001 (-2.99)***
(DT per capita <sub>T</sub> ) <sup>2</sup>	0.000 (-0.09)		
R <sup>2</sup> Ajustado	0.657	0.664	0.662
Número de Obs.	163	163	163
Jarque-Bera	0.880	0.894	0.747
F (restr.)		0.936	0.737

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

Globalmente, a importância de um maior número de graus de liberdade (para maior fiabilidade estatística) leva a considerar como mais relevante o quadro 10. As fontes de financiamento surgem como tendo um impacto suficientemente diversos entre países para não se conseguir estabelecer regularidades fortes, o que se reflecte na falta de significância estatística dos coeficientes individuais estimados. Neste contexto, opta-se por tomar a melhor estimativa pontual disponível, mesmo que o respectivo intervalo de confiança inclua um valor nulo.

### Nível da despesa

O quadro 12 apresenta os resultados da estimação dos determinantes do nível da despesa em saúde *per capita*. Tal como esperado, a riqueza tem um importante impacto positivo na despesa em saúde. O sistema de reembolso público surge como o mais económico, seguido do sistema público integrado, ao passo que o sistema base – contrato público – parece ser o mais dispendioso. Existe evidência estatisticamente fraca de que a existência de um sistema de

*gatekeeping* permite sustentar níveis de despesa mais baixos. Por outro lado, países com uma maior proporção de população idosa estão associados a níveis de despesa mais elevados. Quanto às fontes de financiamento, um maior peso da despesa em seguro privado na despesa total em saúde parece ter um efeito positivo na despesa, o inverso acontecendo com o peso dos outros fundos – classe que inclui os subsistemas de saúde, recorde-se. Não se encontra um efeito estatisticamente significativo do peso dos pagamentos directos na total da despesa total.

Quadro 12. Logaritmo da despesa total em saúde per capita			
Constante	-4.182 (-10.15)***	-4.152 (-9.68)***	-4.202 (-9.82)***
Log(PIB)	1.112 (25.22)***	1.110 (24.26)***	1.112 (24.35)***
PR	-0.116 (-3.87)***	-0.115 (-3.84)***	-0.086 (-4.81)***
PI	-0.086 (-4.00)***	-0.085 (-4.04)***	-0.077 (-3.95)***
GK	-0.028 (-1.19)	-0.029 (-1.26)	
Idade65	0.036 (9.64)***	0.036 (9.50)***	0.036 (9.51)***
Seguro Privado	0.020 (18.44)***	0.020 (18.20)***	0.020 (18.14)***
Pag. Directos	0.001 (0.54)		
Outros Fundos	-0.012 (-3.17)***	-0.012 (-3.22)***	-0.012 (-3.30)***
R <sup>2</sup> Ajustado	0.914	0.914	0.914
Número de Obs.	262	262	262
Jarque-Bera	0.201	0.253	0.235
F (restr.)		0.593	0.404

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente  
c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values

No quadro 13, como teste de robustez, repete-se a estimação acima agregando as três componentes da despesa privada. As conclusões diferem na medida em que tanto a existência de um sistema público integrado como de um sistema de *gatekeeping* deixam de ser relevantes. Sistemas com um maior peso da despesa privada na despesa total em saúde estão associados a níveis mais elevados de despesa total.

Quadro 13. Logaritmo da despesa total em saúde per capita			
Constante	-6.731 (-22.21)***	-6.732 (-22.13)***	-6.719 (-22.05)***
Log(PIB)	1.364 (43.09)***	1.364 (43.80)***	1.364 (43.66)***
PR	-0.094 (-3.73)***	-0.094 (-5.21)***	-0.106 (-6.05)***
PI	0.023 (1.37)		
GK	0.000 (0.02)	0.023 (1.39)	
Idade65	0.022 (6.93)***	0.022 (7.28)***	0.022 (7.37)***
Desp. Priv.	0.010 (13.69)***	0.010 (13.79)***	0.010 (14.58)***
R <sup>2</sup> Ajustado	0.909	0.909	0.909
Número de Obs.	536	536	536
Jarque-Bera	0.873	0.874	0.886
F (restr.)		0.988	0.375
NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White			
b) ***, ** e * indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente			
c) Para o teste de normalidade dos resíduos de Jarque-Bera e para o teste F de validade das restrições impostas ao modelo geral são apresentados os p-values			

## Conclusões

Entre as conclusões mais robustas deste estudo estão a existência de um efeito positivo do crescimento do produto no crescimento da despesa total em saúde, bem como um efeito positivo do nível do produto no nível da despesa em saúde. Nas regressões em níveis, encontra-se ainda um efeito negativo do nível inicial da despesa em saúde na sua taxa de crescimento. Assim, a despesa total em saúde parece crescer mais rápido nos países mais ricos e naqueles que partem com níveis de despesa total em saúde mais baixos.

Encontra-se nalgumas especificações um impacto negativo do envelhecimento da população no crescimento da despesa em saúde. Este efeito é de difícil interpretação e estará provavelmente relacionado com problemas de dados e com uma dimensão muito reduzida da amostra. De facto, este resultado surge apenas nas duas especificações que incluem o menor número de observações. Assim, o resultado a reter deverá ser o de inexistência de impacto significativo do envelhecimento da população no crescimento da despesa em saúde. Por outro lado, uma maior percentagem de população idosa está associada a níveis de despesa mais elevados.

Quanto ao tipo de sistema de saúde, existe alguma evidência de que sistemas de reembolso público estão associados a taxas de crescimento da despesa mais elevadas, verificando-se o inverso para sistemas do tipo público integrado. Sistemas de reembolso público estão também associados a níveis mais baixos de despesa em saúde. A existência de um sistema de *gatekeeping* parece também ter alguma

capacidade de conter o aumento da despesa. Contudo, não parece ter impacto no seu nível.

A existência de dados para um número extremamente reduzido de anos/países dificulta a avaliação do impacto das fontes de financiamento. Ainda assim, é relevante notar que sistemas onde o financiamento por seguro privado toma maior importância parecem vir associados a taxas de crescimento bem como a níveis de despesa em saúde mais elevadas. O nível de pagamentos directos parece ter o mesmo efeito. Contudo este resultado, para além de não ser robusto a diferentes especificações, surge na especificação com menor número de observações incluídas, o que deverá inspirar extrema cautela nas conclusões a este respeito. O peso dos pagamentos directos não parece ser relevante para explicar o nível da despesa. Existe ainda alguma evidência de um impacto positivo no crescimento da despesa em saúde mas negativo no seu nível do financiamento por outros fundos, classe cuja componente mais importante é a despesa dos subsistemas de saúde. O peso da despesa privada na despesa total (que mais não é que a agregação das três fontes de financiamento acima referidas) parece ter um efeito positivo na taxa de crescimento da despesa em saúde, bem como no seu nível.

O facto de, nas regressões em taxas de crescimento, o sinal do agregado despesa privada ser o mesmo do obtido pelas suas componentes oferece algum conforto face à relativa instabilidade dos resultados obtidos e à reduzida dimensão da amostra. Ainda assim, especialmente a respeito das regressões em taxas de crescimento, é importante notar que alguns dos resultados obtidos não são robustos às diferentes especificações apresentadas e foram obtidas com base numa amostra reduzida. Assim, a interpretação dos resultados deve ser feita com prudência.

## **Anexo 6**

### **A projecção dos gastos públicos com a saúde no futuro**

No estudo da OCDE (OECD, 2006) é feita uma distinção entre a projecção das despesas públicas em dois cenários: um cenário (*cost-pressure*) em que não são tomadas medidas de contenção de custos públicos, e um outro, mais realista (*cost-containment*), em que os Governos tomam medidas de contenção de custos (embora não especificadas).

São considerados efeitos demográficos e efeitos não-demográficos como condicionantes das despesas públicas futuras com cuidados de saúde e com cuidados continuados. Os efeitos demográficos considerados são distintos no que respeita a despesas com cuidados de saúde (que incluem os custos relacionados com a morte, os custos com os cuidados de saúde dos sobreviventes, e o estado de saúde da população), ou a despesas com cuidados continuados (estimadas em função da prevalência de dependência e da incapacidade). O mesmo se aplica aos efeitos não demográficos que condicionam a despesa pública futura conforme se trate de despesa pública com cuidados de saúde (basicamente, a OCDE considera a elasticidade do rendimento e efeitos – residuais – da evolução tecnológica e dos preços relativos), ou com cuidados continuados (a proporção e evolução prevista de cuidados formais e informais, avaliada através de taxas de participação no mercado de trabalho, e especialmente relevante nos países do sul da Europa ou de menores rendimentos, e a evolução da produtividade / preço relativo dos cuidados continuados, intensivos em trabalho).

Sobre as hipóteses base são efectuadas extensas análises de sensibilidade.

O relatório da Comissão Europeia (European Commission, 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 UE 25 (2004-2050)”, parte da constatação que, a médio prazo, a dimensão e a estrutura etária da população da Europa se vão alterar fortemente, com provável redução da população europeia e o seu forte envelhecimento, em consequência da evolução da taxa de fertilidade, do aumento da esperança de vida e da reforma da geração nascida no imediato pós-segunda guerra, o que se traduzirá em rácios de dependência radicalmente diferentes dos actuais, mesmo com taxas de emprego mais favoráveis. O relatório pondera os efeitos da projecção de taxas de emprego e de produtividade no crescimento económico e prevê uma redução do crescimento do PIB potencial nas próximas décadas<sup>33</sup>. Basicamente, pretende-se avaliar o impacto orçamental destas realidades em termos de despesas sociais, atendendo à situação actual das políticas sociais, ou seja, num cenário de manutenção das actuais características das políticas públicas nos domínios considerados.

Trata-se no fundo de uma avaliação da sustentabilidade no longo prazo das finanças públicas dos Estados-Membros, atendendo aos seus programas de

---

<sup>33</sup> Não são, no entanto, ponderados os efeitos económicos a prazo de alterações de tendências migratórias na Europa.

convergência e estabilidade e aos compromissos políticos implícitos nas suas políticas sociais actuais (de 2004), que foi ordenada na sequência de um ECOFIN ocorrido em 2003 (European Commission, 2006).

Em síntese, e isolando os dois domínios que nos interessam em especial, o relatório da Comissão Europeia tem em conta aspectos demográficos (envelhecimento e estado de saúde da população), mas também aspectos não demográficos como condicionantes das despesas públicas com cuidados de saúde (elasticidade da procura face ao rendimento e evolução dos preços relativos em virtude da evolução tecnológica). No caso da despesa pública com cuidados continuados, não é considerada informação para Portugal, mas a metodologia é, em traços gerais, semelhante à da OCDE, pois inclui os factores demográficos ligados à prevalência da dependência e incapacidade e factores não-demográficos dependentes da proporção de cuidados informais e da participação feminina no mercado de trabalho.



## **Anexo 7**

### **Factores demográficos e não-demográficos no crescimento da despesa com saúde**

Barros (1998) estima, para 24 países da OCDE, o impacto de seguintes factores no ritmo diferenciado (e não no nível) de crescimento da despesa agregada com saúde, nas décadas de sessenta, setenta, e oitenta: o nível inicial desta despesa, a taxa de crescimento do PIB, o envelhecimento da população (avaliado pela variação no peso dos cidadãos com mais de 65 anos), a importância do financiamento público nas despesas com saúde e variáveis institucionais (existência/predominância, no sistema de saúde, de *gate-keeping*, reembolso público, integração pública e contratualização pública).

Outros autores avaliam também a importância relativa de diferentes determinantes da taxa média de crescimento das despesas com saúde per capita, nos países da OCDE, com informação disponível para cada período de cinco anos entre 1968-97. Os autores consideram factores explicativos demográficos (crescimento da proporção de cidadãos com mais de 65 anos e menos do que 15 anos), económicos (o nível de despesa no início do período, o crescimento do PIB *per capita* e dos preços relativos dos cuidados de saúde, crescimento do financiamento público das despesa de saúde e da densidade de médicos por habitante) e institucionais (sistema de saúde com *gate-keeping*, pagamento ao acto, reembolso público, cuidados primários financiados por capitação, ou sistema público integrado). A análise considera a variável dependente avaliada a preços constantes e em paridades de poder de compra (PPP) (Okunade *et al.*, 2004).

Neste artigo, os resultados apontam novamente para a importância explicativa do crescimento económico, com uma elasticidade dos gastos em saúde próxima de um. Factores como o nível inicial de despesa, a variação do preço relativo dos cuidados de saúde, ou o crescimento do número de médicos por habitante assumem importância, embora desigual nos diferentes períodos. O mesmo se aplica às variáveis institucionais dos sistemas de saúde, que os autores exploram longamente. O envelhecimento da população assume diferente capacidade explicativa em distintos períodos e em diferentes países, mas os autores referem que ele não é um dos factores significativamente determinantes do crescimento das despesas com saúde. De realçar também que uma variação de 50-60% do crescimento da despesa fica por explicar e é atribuída à inovação tecnológica no sector da saúde).

Numa análise da tendência de evolução das despesas com saúde nos países da OCDE, de 1970 a 1997, Huber destaca que a decomposição do crescimento da despesa nas suas componentes de preço e volume, permite perceber que, para a grande maioria dos países, o deflator da saúde foi significativamente superior ao deflator do PIB. O excesso de crescimento do volume de serviços de saúde *per capita* face ao crescimento do PIB *per capita*, por outro lado, não teria sido tão marcado. O autor conclui, assim, que o diferencial positivo da inflação de preços na saúde, face à inflação da economia, foi o factor dominante no crescimento tendencial das despesas com saúde no período (Huber, 1999). Outro aspecto interessante referido neste artigo prende-se com uma questão

institucional de organização dos cuidados: o autor refere evidência de a despesa com saúde tender a ser menor nos países em que a proporção de despesa com cuidados de saúde primários (no total da despesa) é maior.

Analisando em maior detalhe o efeito causal destes factores, e relativamente aos factores demográficos, é conhecido o seu impacto relativamente pequeno na evolução da despesa no passado, mas a OCDE considera que o seu efeito poderá ser mais forte no futuro, pela combinação do aumento da proporção dos idosos na população total com a tendência para as despesas com saúde *per capita* aumentarem com a idade. O custo médio com saúde por idoso pode, apesar disto, tender a diminuir, se o seu estado de saúde for, em média, melhor do que no presente e se os custos associados à morte forem deslocados para os grupos mais idosos, de entre os idosos. Note-se aliás que um dos efeitos previsíveis mais preocupantes do envelhecimento, será o seu efeito negativo no crescimento económico, pelo seu impacto no funcionamento do mercado de trabalho (OECD, 2006b). No entanto, quanto à relação entre envelhecimento e evolução das despesas de saúde, existem 3 cenários possíveis de evolução da mortalidade e morbilidade associados ao envelhecimento: cenário de equilíbrio dinâmico (ou envelhecimento saudável), em que se assume que, em média, os anos adicionais vividos pela população mais idosa, face ao aumento da esperança de vida, são anos de bom estado de saúde (ou, por outras palavras, o aumento da esperança de vida não se traduz em maior carga de doença, que se mantém estável). É o cenário tipicamente assumido e considerado mais realista pela OCDE (OECD, 2006b), mas a sua verificação em cada país dependerá, em concreto, do estado de saúde das populações mais idosas, de programas de gestão de doenças crónicas, da adopção de estilos de vida saudáveis pela globalidade dos cidadãos (com redução dos níveis de obesidade) e da evolução das taxas de sobrevivência de determinadas doenças.

- cenário de compressão da morbilidade: assume que, para além do aumento da esperança de vida, haverá uma forte melhoria do estado de saúde da população e a proporção de anos de vida vividos com mau estado de saúde tende a diminuir;
- cenário de expansão da morbilidade: considera a hipótese contrária, ou seja, que, o aumento tendencial da esperança de vida se traduzirá numa proporção maior de anos vividos em más condições de saúde.

Sublinhe-se que, no caso da despesa com os cuidados continuados, é considerado que o efeito dos factores demográficos pode ser mais relevante no seu aumento, do que para os restantes cuidados de saúde, pois o aumento da esperança de vida não tende a ser “compensado” com uma diminuição da dependência dos cidadãos idosos. E apesar da importância deste grupo de despesa no total da despesa pública com saúde ser comparativamente reduzida, ela tende a crescer com o envelhecimento, sobretudo nos países, como Portugal, em que a oferta de cuidados está, no presente, aquém das necessidades da população, e em que a participação feminina no mercado de trabalho é significativa ou tende a aumentar.

No âmbito dos factores não-demográficos que pressionam o aumento da despesa com saúde, há a sublinhar o efeito dos preços relativos (ou efeito de Baumol), que consiste na tendência para o preço dos serviços de saúde (em particular, da prestação de cuidados continuados) aumentar face ao preço médio dos outros bens e serviços, por tender a haver redução do diferencial de salários nos vários sectores, mas o sector da saúde tende a aumentar (negativamente) o seu diferencial de produtividade por comparação com a média da economia.

Para além deste aspecto, o crescimento económico é provavelmente uma das mais claras determinantes do crescimento da despesa com saúde, embora haja grande incerteza quanto à estimação do valor exacto que a elasticidade do rendimento assume. É sabido que esta elasticidade tende a aumentar com o nível de agregação do rendimento e também é sabido que existe a possibilidade de o controlo do efeito preço ser mais complexo em estimações ao nível macro.

No caso dos cuidados continuados, a OCDE considera-o “mais necessário” do que a média dos restantes tipos de cuidados, e portanto, menos sensível às variações de rendimento, assumindo, nas suas projecções de despesa uma elasticidade de 0,6% que, provavelmente, subestima a pressão na despesa a prazo (OECD, 2006b).

Há ainda que ter presente a importância explicativa do progresso médico e terapêutico e da inovação tecnológica na saúde, uma determinante muito poderosa da evolução da despesa. Tipicamente, este factor surge como resíduo das regressões, e depende fortemente da elasticidade da procura face a novos serviços de diagnóstico e terapêutica que surjam. Embora os novos meios de tratamento que a inovação tecnológica disponibiliza constantemente possam ser custo-efectivos, contribuem para o aumento da despesa agregada, sobretudo à medida que se dá a difusão da inovação e esta é aplicada a toda a população que dela possa beneficiar. Normalmente, mesmo que se verifique uma redução do preço médio de novos serviços e tratamentos, o índice de preços na saúde tende a ser superior ao da média da economia e o aumento da quantidade consumida, a par com uma diversificação constante de produtos e serviços, gera uma enorme pressão sobre a despesa com saúde.

A evolução da despesa com saúde nos EUA apresenta características mais preocupantes do que na generalidade dos restantes países ocidentais, sendo os seus factores explicativos alvo da análise, nomeadamente, de Mehrotra, Dudley e Luft (2003) ou Lubitz (2005).

No primeiro artigo, os autores revêem os possíveis factores explicativos do aumento tendencial das despesas de saúde nos EUS, embora não procurem avaliar a sua importância relativa na explicação desse aumento. São consideradas oito determinantes do crescimento dos gastos (não mutuamente exclusivas):

- i. O envelhecimento da população, pelo aumento da esperança de vida (associada a mais anos de consumo de cuidados de saúde e a um aumento da importância relativa da faixa etária da população que consome cuidados mais dispendiosos) e pela maciça entrada na reforma, a curto prazo, da geração nascida no imediato pós-guerra. No entanto, Mehrotra *et al.* (2003) reconhecem que encontrar evidência empírica que aponte para um grande impacto destes factos no aumento das despesas com saúde é difícil, e que este impacto tende a ser bastante menor do que o esperado.
- ii. Os custos associados à morte, relacionados com a elevada utilização de cuidados cada vez mais diferenciados e intensivos em tecnologia dispendiosa, no período anterior à morte, cujo valor agregado depende fortemente do que sucede à taxa de mortalidade.
- iii. Os custos administrativos do sistema de saúde, comparativamente bastante elevados nos EUA, dada a multiplicidade de financiadores de cuidados e a desintegração do sistema prestador. Os autores sublinham que a fragmentação do sistema, na cobertura, financiamento e prestação, tem gerado grandes ineficiências e aumento de despesa em saúde.
- iv. A evolução do mercado de medicamentos, com constante inovação terapêutica e o surgir de novos e dispendiosos produtos, nem sempre com avaliação adequada de custo-efectividade. Uma extensa literatura sublinha os lucros excessivos das empresas farmacêuticas, a protecção do preço pelas patentes e o constante alargamento das “necessidades” do mercado.
- v. O sub-financiamento das necessidades de saúde pública, nos domínios da prevenção e promoção da saúde, por comparação com a prestação de cuidados médicos, gerando maior dispêndio em cuidados agudos a prazo.
- vi. O progresso tecnológico nos domínios do diagnóstico e terapêutica, que os autores consideram ser o principal factor apontado na literatura como responsável pelo aumento das despesas com saúde. Apesar deste facto, não é possível nem identificar com precisão quanto é que os sistemas de saúde dependem com inovação tecnológica (o que impossibilita uma avaliação custo-benefício mais rigorosa), nem quanto é que esta representa enquanto factor explicativo da evolução dos gastos com saúde (surgindo, tipicamente, como resíduo das regressões em que outros factores explicativos são variáveis especificadas).
- vii. Características institucionais do sistema de saúde e, em especial, a forma de organização da prestação. Para os autores, a integração de cuidados em *managed care* terá favorecido um menor ritmo de crescimento da despesa com saúde nos EUA na década de 90 do que se verificara nas décadas anteriores, apesar de, mais uma vez, a quantificação destes efeitos ser complexa. No entanto, o facto de estes planos de saúde integrados terem implementado programas de gestão da doença para os beneficiários, com uma gestão mais racional da prescrição, e o facto de terem ganho poder de mercado na negociação de contratos para a

- prestação, terá gerado poupanças a médio prazo para o sistema norte-americano.
- viii. O nível de rendimento dos médicos, que, quando avaliado em valor *per capita* e comparado com outros países, é apontado como excessivo por Mehrotra *et al.*

Os autores referem ainda (mas sem os aprofundar), como factores explicativos considerados na literatura, a elevada e crescente prevalência de doenças crónicas nos EUA e a prática da medicina defensiva (gerando custos crescentes, sem benefício dos doentes).

Por seu turno, Lubitz (2005) sintetiza resultados de um modelo da fundação norte-americana RAND, que estima efeitos da variação do estado de saúde e da evolução tecnológica na despesa com saúde, em especial para a população com mais de 65 anos. Sublinha-se que a inovação tecnológica conduz ao aumento da despesa em saúde porque, apesar de os custos unitários por doente e por ano tenderem a diminuir para algumas doenças, os custos totais das novas tecnologias e dos tratamentos nos anos adicionais de vida conseguidos, mais do que compensam as poupanças anuais que se atingem pelo facto de o estado de saúde da população tender a melhorar e de redução de custos unitários. Ainda assim, resta alguma incerteza sobre o efeito moderador da despesa, a longo prazo, desta melhoria global do estado de saúde dos idosos, em parte consequência da própria inovação médica e terapêutica. Como seria de esperar, a aplicação do modelo à população idosa norte-americana aponta para o efeito redutor de despesa que se conseguiria com redução de factores de risco (por exemplo, tabagismo e obesidade) antes dos 65 anos.

## **Anexo 8**

### **A relação entre o envelhecimento da população e a evolução da despesa com saúde**



A relação entre a despesa com saúde e o envelhecimento da população tem merecido uma enorme atenção científica e tem originado uma profusão de trabalhos, nem sempre com conclusões consensuais.

Num estudo europeu assente em dados do *European Community Household Panel*, Robine *et al.* defendem que os três cenários tipicamente considerados na projecção do efeito do envelhecimento das despesas com saúde (expansão ou compressão da morbilidade, e equilíbrio dinâmico) carecem de aprofundamento conceptual e empírico. Para tal, o conceito de esperança de vida livre de incapacidade (EVLI) é fundamental, podendo esta ser estimada independentemente da idade, ou aos 65 anos, para cada país. A incapacidade é usada como indicador da severidade dos estados de doença e da qualidade dos anos vividos (Robine *et al.*, 2005), e os autores estimam uma grande dispersão na sua prevalência entre catorze Estados da UE, no período 1995-2003, alertando, no entanto, para o facto de a sua análise não incluir a população que se encontra institucionalizada, o que pode induzir alguns enviesamentos.

Relativamente à EVLI aos 65 anos, em 2003, o Reino Unido e a França apresentavam o pior resultado para o sexo masculino e a Finlândia o pior para o sexo feminino, aspecto que os autores relacionam com a prevalência de doenças crónicas do foro cardiovascular. Portugal encontra-se muito próximo da pior situação, para ambos os sexos, e a Itália apresenta o melhor valor de EVLI aos 65 anos, em 2003.

Numa análise temporal de variação da EVLI entre 1995 e 2001, os autores distinguem três grupos de países: aqueles em que a proporção de vida vivida sem incapacidade aumenta (correspondendo a um cenário de compressão da incapacidade), os em que a proporção se mantém constante, e aqueles em que a proporção diminui (expansão da incapacidade) – grupo em que, de forma preocupante, Portugal se inclui, para ambos os sexos.

Um dos artigos que mais fortemente questionou a tradicional associação entre o envelhecimento demográfico e o aumento da despesa com cuidados de saúde (DCS) foi o de Zweifel, Felder, e Meiers (1999). A partir de uma análise econométrica de dados longitudinais da população suíça, os autores concluem que o envelhecimento da população contribui muito pouco para o crescimento, a prazo, da despesa com saúde. Sendo uma evidência, ao nível micro, que a DCS está associada com o aumento da idade, tal não permite, no entanto, deduzir que o envelhecimento é uma causa do aumento da DCS. Enquanto alguns estudos referem inclusive que tal aumento, por essa razão, não se verificará por limitações dos próprios orçamentos públicos, neste artigo vai-se mais longe e os autores defendem, mesmo, que a DCS *per capita* é independente do envelhecimento da população (Zweifel *et al.*, 1999), em situações em que o indivíduo tem mais de 65 anos no momento da morte. Na sua análise, os autores constatarem que existe um grande diferencial na DCS entre sobreviventes e não-sobreviventes, nos 2 anos imediatamente anteriores ao momento da morte

destes. É este aspecto que determina o comportamento da DCS em função da idade, ou seja, à medida que há mais indivíduos em momentos terminais das suas vidas, e isto está associado ao aumento da idade, a DCS *per capita* varia positivamente com a idade. Mas a aparente relação entre DCS e envelhecimento é, então, na verdade, uma relação entre DCS e os custos associados à mortalidade, em especial nos 2 últimos anos de vida (mortalidade que pode estar especificamente associada à idade). O factor explicativo da DCS é, portanto, a proximidade da morte e não a idade em si. O aumento da mortalidade, motivado por qualquer causa, tem um impacto autónomo na DCS, embora os autores sublinhem que o impacto de um aumento esperado nas taxas de mortalidade não será significativo enquanto determinante do crescimento futuro da DCS.

Os resultados deste trabalho evidenciam, assim, que a fase terminal da vida tem um impacto mensurável na DCS *per capita*, independentemente de o final da vida ocorrer aos 60 ou aos 90 anos. Portanto, o envelhecimento associado ao aumento da esperança de vida não tem, necessariamente, um efeito de aumento da DCS *per capita*, podendo significar apenas uma deslocação dos custos com saúde para idades mais avançadas.

Os autores concluem que a associação excessiva do envelhecimento da população ao aumento da DCS apenas desvia a atenção dos factores que realmente contribuem para pressionar o crescimento desta despesa a prazo: progresso tecnológico, fracassos no mercado de seguros, e incentivos errados a doentes, profissionais e prestadores de saúde, causados por políticas de saúde desadequadas (Zweifel *et al.*, 1999).

Num trabalho de 2005, Zweifel, em conjunto com Steimann e Telser, reafirma estas conclusões, a partir dos resultados de uma nova investigação, com técnicas econométricas mais apuradas, relativa ao efeito do envelhecimento na DCS da população suíça. Este efeito é estimado como sendo muito mitigado por via directa, sobretudo após controlar-se o efeito da proximidade da morte nos custos com saúde.

Os autores referem no entanto que o envelhecimento pode, em países democráticos, ter um efeito marcado na redistribuição da DCS entre grupos etários, através do peso eleitoral que ficará concentrado nos grupos mais idosos da população, e que pode condicionar as escolhas políticas de afectação da despesa pública, embora não necessariamente o seu volume agregado.

O trabalho seminal de Zweifel *et al.* tem sido amplamente escrutinado e merecido algumas críticas metodológicas, bem como quanto ao modo como simplificou a relação existente entre envelhecimento e DCS.

Seshamani e Gray (2004), num estudo sobre os custos hospitalares em Inglaterra e a influência que tanto a idade como a proximidade da morte podem ter na sua variação, criticam fortemente a metodologia de estimação

econométrica usada por Zweifel *et al.* no seu artigo de 1999, e investigam como esses problemas podem ter condicionado as conclusões então alcançadas. Usando métodos econométricos mais adequados, Seshamani e Gray concluem que quer a idade como a proximidade da morte têm efeitos significativos nos custos hospitalares (de base trimestral). No entanto, o efeito da proximidade da morte é, efectivamente, mais intenso do que o da idade e é, efectivamente, a proximidade da morte que mais fortemente pressiona o aumento tendencial da DCS.

Gray (2005) procede a uma revisão de estudos sobre a relação entre o envelhecimento e a despesa com cuidados de saúde, sublinhando que o efeito do envelhecimento na despesa pública com saúde é muito mais incerto do que na despesa com pensões de reforma. Sobretudo, por não ser o envelhecimento em si, mas outros factores normalmente relacionados com a idade, que causam pressão sobre a DCS. Os vários estudos sobre a relação da proximidade da morte com a DCS concluem que a relação causal entre estes aspectos existe e é bastante mais forte do que a relação do aumento da idade com a DCS (após controlo do efeito da proximidade da morte). Assim sendo, muitas das projecções de DCS futura, assentes no factor causal envelhecimento, serão excessivas e mal fundamentadas do ponto de vista metodológico. As previsões de DCS futura deverão basear-se, não simplesmente no factor idade, mas antes na esperança de vida previsível, em cada grupo etário. E terem em conta as variações antecipáveis das taxas de mortalidade e da morbilidade esperadas. A relação entre o estado de saúde da população (idosa) e a DCS é forte e, se o estado de saúde dos idosos tender a melhorar, a evidência aponta para a maior DCS decorrente da maior esperança de vida ser compensada pela redução da DCS anual, pela via da melhoria do estado de saúde – o que comprovaria a hipótese do equilíbrio dinâmico e a relativa estabilidade no crescimento da DCS.

Chernichovsky e Markowitz (2004), num trabalho empírico de análise de *cohorts* aplicado ao caso de Israel, reforçam a ideia de outras variáveis, que não o envelhecimento, mas que actuam em conjunto com este, serem tão ou mais importantes do que o envelhecimento em si, na determinação da evolução da despesa com saúde agregada (2004).

No seu modelo são considerados vários factores, cujo impacto na despesa varia com a idade, e que afectam essa despesa de uma forma não-neutral face ao envelhecimento da população. Entre estes factores contam-se as alterações epidemiológicas, na carga de doença e na mortalidade, a variação do rendimento e a cobertura de cuidados, o aumento dos níveis de educação e os custos unitários associados ao progresso tecnológico. A forma como qualquer um destes factores afecta a DCS depende da idade média do grupo etário em análise. E o crescimento relativo da despesa, dependente de múltiplos factores, nos grupos mais idosos pode ser (quase) compensado pelo seu decréscimo, por razões de base demográfica semelhante, nos grupos mais jovens.

Em todo o caso, os autores sublinham que o crescimento estimado da despesa agregada com saúde pela via do efeito do crescimento económico, tem que ser projectado à luz de dois modelos extremos de organização dos cuidados. Por um lado, num modelo em que a oferta de cuidados é publicamente controlada, o crescimento do orçamento poderá ser relativamente independente do aumento das necessidades relacionadas com a idade, sendo antes a despesa redistribuída de forma diferente entre os distintos grupos etários (pela via de sistemas de financiamento assentes em capitação, ou similar). Um sistema público unificado de financiamento favorece a contenção da despesa. No extremo oposto, num modelo dominado pela procura, e assumindo oferta elástica, haveria um aumento da despesa em função das necessidades, sem reafecção entre-grupos etários, mas antes com afectação de recursos entre o sector da saúde e os demais sectores (Chernichovsky e Markowitz, 2004). Em síntese, a evidência encontrada para o caso de Israel parece validar a hipótese de o efeito do envelhecimento na DCS ser inconclusivo, evidenciando a complexidade da análise da interacção de várias determinantes da despesa, dependentes elas próprias da idade.

É de referir que, recentemente, o Governo Australiano, num relatório de fundo sobre o impacto económico do envelhecimento da população australiana, dedicou um artigo específico à análise do efeito do envelhecimento na despesa com saúde (*Productivity Commission of the Australian Government*, 2005).

Basicamente, o relatório conclui no mesmo sentido dos estudos empíricos revistos em anexo, ou seja, o envelhecimento da população pode exercer pressão sobre a despesa futura com saúde, mas esse efeito, em si, não é fortemente condicionante da evolução dessas despesas e tende a contribuir com menos intensidade para o previsível aumento da despesa com saúde no futuro, do que normalmente se supõe. Em termos históricos, o contributo do envelhecimento para a despesa com saúde terá sido muito reduzido, e embora se espere que se venha a tornar mais intenso no médio prazo, o efeito indirecto associado ao envelhecimento noutros factores que condicionam a despesa com saúde (em concreto, a melhoria do estado de saúde, a evolução da mortalidade, os custos ligados à proximidade da morte, o efeito rendimento), tendeu e tende a mudar. A relação do envelhecimento com a despesa em saúde existe, mas não é, de facto, linear.

## **Anexo 9**

### **Combinação financiamento/prestação nos cuidados de saúde**

Considerando as contribuições para o financiamento com os gastos em cuidados de saúde segundo as categorias acima descritas obtém-se os resultados constantes dos quadros seguintes, para os anos 2000 e 2004.

**Quadro 1 - Fontes de financiamento**  
(valores em percentagem da despesa total de cada ano)

**2000**

Financiamento/ Prestação	SNS	Sub- sistemas Públicos	Sub- sistemas Privados	Seguros Privados	Despesa Privada Familiar	Outros
Pública	38,05%	2,05%	0,17%	0,33%	0,57%	1,27%
Privada	20,70%	4,06%	1,51%	1,24%	25,27%	4,78%

**2004**

Financiamento/ Prestação	SNS	Sub- sistemas Públicos	Sub- sistemas Privados	Seguros Privados	Despesa Privada Familiar	Outros
Pública	35,69%	2,38%	0,47%	0,33%	0,77%	2,21%
Privada	21,14%	4,32%	1,85%	2,57%	23,67%	4,60%

Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde (valores provisórios para 2003 e preliminares para 2004)

**Quadro 2 - Público vs. privado no financiamento e na prestação**

**2000**

Financiamento/ Prestação	Público	Privado
Pública	41,37%	1,08%
Privada	28,98%	28,57%

**2004**

Financiamento/ Prestação	Público	Privado
Pública	40,27%	1,58%
Privada	29,63%	28,52%

Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde (valores provisórios para 2003 e preliminares para 2004)

**Anexo 10**  
**Taxas moderadoras**

Como informação complementar do papel de moderação de consumo das despesas privadas das famílias em sede de prestação pública, o quadro 1 apresenta o valor das taxas moderadoras (constantes da Portaria nº 219/2006) e os respectivos preços para efeitos de pagamento no SNS (Portaria nº 567/2006).

**Quadro 1 - Taxas moderadoras e preços do SNS (a)**

	Hospitais Centrais e IPO	Hospitais Distritais	Centros de Saúde
Consultas			
Taxa moderadora	4,20 €	2,75 €	2,05 €
Preço	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Urgência			
Taxa moderadora	8,50 €	7,50 €	3,30 €
Preço	143,50 €	106,00 € (b)	16,90 €
Serviço Domiciliário			
Taxa moderadora	4,30 €	4,30 €	4,30 €
Preço	40,60 €	40,60 €	40,60 €

Fonte: Portaria 219/2006, Portaria 567/2006.

(a) não foram incluídos os valores referentes aos preços dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

(b) o valor é de 50 € no caso de Hospitais de Nível 1.



## **Anexo 11**

### **Os subsistemas públicos e privados de saúde**

Este anexo analisa o papel dos subsistemas públicos e privados de saúde no sistema de saúde português, através de uma descrição da dimensão, características e tendências da actividade operada nestes subsectores de saúde. Esta análise é uma versão extensa da análise apresentada no ponto 7.3.2. do Relatório.

Este anexo está dividido em cinco secções. A primeira apresenta o enquadramento histórico e informação geral da actividade dos subsistemas públicos e privados. A segunda analisa com destaque o caso da ADSE; a escolha pela análise detalhada deste subsistema público deve-se ao facto de se tratar do maior subsistema público (com 730 milhões de euros de gasto total em 2004). Na terceira, analisam-se os Planos de Saúde do Grupo Portugal Telecom (geridos pela PT-ACS), como exemplo de um subsistema privado de elevada dimensão (tendo representado um gasto de 60 milhões de euros em 2004), que tem vindo a implementar grandes mudanças, e com quem o Estado celebrou o primeiro contrato de *opting-out*. Na quarta, faz-se uma referência sumária ao caso de outros subsistemas públicos e privados. Na última secção tecem-se algumas conclusões gerais.

## **1. Enquadramento**

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

De acordo com a Constituição e com a Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), 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 é a ADSE, que cobre os funcionários públicos. A coexistência dos subsistemas com o SNS remonta à criação deste último em 1979, e mantém-se devido à falta de vontade política, nos anos subsequentes, de os integrar no SNS. A existência de subsistemas públicos, financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento de Estado, constituiu desde então um factor de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura e acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns segmentos da população, e financiamento público diferenciado (nomeadamente, através de transferências via Ministério das Finanças).

Na década de 80, existiam grandes subsistemas públicos resultantes da protecção social de base ocupacional de um amplo número de empresas nacionalizadas após o 25 de Abril, e um conjunto de pequenos subsistemas privados. Grandes subsistemas privados apareceram na década de 90, na sequência das privatizações de algumas empresas públicas, como foi o caso dos subsistemas ligados ao grupo Portugal Telecom e às instituições bancárias.

Somente após a contemplação 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, pode 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. O primeiro protocolo de acordo foi estabelecido em 1998, com a Portugal Telecom, por força de contingências relacionadas com o processo de privatização (Aviso n.º 922/98), tendo dois outros protocolos sido celebrados em 1999, respectivamente com os CTT (Aviso n.º 17040/99), e com o SAMS (Aviso n.º 17039/99). A celebração destes 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).

A actividade dos subsistemas 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 1 contém informação sobre a dimensão dos subsistemas públicos e privados, indicando que representaram, respectivamente, 6,4% e 2,2%, do financiamento total 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 1 - Proporção do financiamento dos subsistemas no total do financiamento do sistema de saúde, e por tipo de prestador**

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

Fonte: (Instituto Nacional de Estatística 2006)

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 (Instituto Nacional de Estatística 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 do SAMS, mas existe ainda um conjunto vasto de outros pequenos subsistemas privados.

## **2. A ADSE**

A ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado) foi criada em 1963, tendo por objectivo a protecção social nos domínios dos cuidados de saúde, encargos familiares e outras prestação 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, e tem 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>34</sup>.

### **2.1. Beneficiários e benefícios**

Em 2005, a ADSE tinha 1.361.300 beneficiários inscritos. Há dois tipos de beneficiários da ADSE – 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). Os critérios de definição de beneficiários têm sido abrangentes e generosos dado que, por exemplo, incluem não só familiares de primeiro grau mas também enteados, tutelados, e

---

<sup>34</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.

descendentes para além do primeiro grau que estejam a cargo do beneficiário-titular, do seu cônjuge ou companheiro, e não estejam cobertos pela protecção social de qualquer outro regime.

Entre 2000 e 2005, os titulares activos e os familiares e equiparados decresceram 4%, enquanto que os titulares aposentados aumentaram 31%. Esta variação da estrutura etária pode ser considerada um importante factor de pressão nos custos do subsistema.

Reflectindo a distribuição de funcionários públicos no país, os beneficiários deste subsistema encontram-se concentrados em Lisboa, Porto e Setúbal (Ministério das Finanças e Administração Pública 2006), sendo de esperar que isto contribua para desigualdades geográficas no acesso a cuidados de saúde, via dupla cobertura.

Os direitos dos beneficiários da ADSE têm sido bastante extensivos, incluindo cuidados hospitalares (cirurgia, internamento e tratamentos), cuidados médicos (consultas, MCDT, intervenções cirúrgicas, estomatologia e medicina), cuidados de enfermagem, meios de correcção e compensação, transportes e aposentadoria, tratamentos termais, cuidados em lares e apoio domiciliário, medicamentos, cuidados de saúde no estrangeiro (sob diversas restrições), e apoio social por carências económicas resultantes de situação de doença.

O acesso a cuidados de saúde é diversificado e garantido por via das unidades do SNS, de uma rede de acordos com regime convencionado, do recurso a prestadores privados no regime livre, com possibilidade de escolha dos beneficiários, e da comparticipação de fármacos em conformidade com as percentagens fixadas pelo Infarmed.

## **2.2. Financiamento e gasto**

O financiamento da ADSE tem sido maioritariamente assegurado pelas transferências do Orçamento de Estado. 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.

O quadro 2 apresenta as despesas e receitas da ADSE, evidenciando um elevado nível e uma dinâmica crescente no gasto deste subsistema. Pode ler-se que o orçamento inicial 2005 de 613 milhões de euros foi revisto para 770 milhões de euros (como orçamento final), tendo o orçamento inicial de 2006 traduzido um aumento de 37% face ao orçamento inicial de 2005. Por outro lado, as transferências do Orçamento de Estado previstas para 2006 foram de 812

milhões de euros, o que representa aproximadamente 8% do gasto público em saúde.

**Quadro 2 - 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	9.857,5	9.857,1
Encargos com a Saúde (orçamento inicial)	548.105,4	602.936,8	831.356,6
<b>Despesa total (orçamento inicial)</b>	557.962,4	612.794,3	841.213,7
<b>Despesa total efectiva (orçamento final)</b>	730.000	770.213	-
<b>Componente de despesa paga ao SNS (orçamento inicial)</b>	181.573	200.300	383.117
<b>II. RECEITAS (financiamento ADSE)</b>			
Contribuições beneficiários (orçamento inicial)	95.600	a <sup>35</sup>	b <sup>36</sup>
Transferências do OE líquidas de contribuições de beneficiários (orçamento inicial)	407.036	557.467,5-a	785.886,9-b
Receitas próprias (orçamento inicial) <sup>37</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 2005a; Ministério das Finanças e Administração Pública 2006)

De acordo com uma metodologia recente de cálculo de gastos<sup>38</sup>, as previsões de gastos por beneficiário da ADSE são apresentadas no quadro 3. Realça-se a

<sup>35</sup> Valor não disponível.

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</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.

<sup>38</sup> Metodologia baseada nos pressupostos de facturação dos prestadores convencionados e do SNS, recebida no ano civil; apuramento do encargo por beneficiário, quando se trata de despesas do Regime Livre, dependente só do número de beneficiários que recebem as participações através da Direcção-Geral; e custos administrativos. De notar que esta metodologia foi aprovada por Despacho do Secretário de Estado do Orçamento, em Fevereiro de 2005, para ser aplicada na determinação da capitação a cobrar às entidades que tenham

elevada proporção de gasto transferida para o SNS (também visível no quadro anterior), e que constitui uma fonte de financiamento substancial do SNS.

**Quadro 3 - Componentes do gasto por beneficiário do ADSE**

	2004 (euros)	2005 (previsão) (euros)
SNS	302,44	283,55
Convencionados	128,5	132,96
Regime Livre	128,32	108,3
Custos de administração	6,1	7,24
Medicamentos	126,9	132,23
Encargo total	692,37	664,28

Fonte: Ministério das Finanças e Administração Pública (2006)

Alternativamente, dividindo o gasto total efectivo em 2005 pelo número de beneficiários, obtém-se um gasto *per capita* de €566, valor este que poderá ser comparado (ainda que com cautela) com valores similares referentes aos subsistemas privados e aos seguros voluntários.

### 2.3. Gestão

Dada a elevada pressão do gasto, o subsistema ADSE introduziu alterações recentes no financiamento, e definiu alterações no sistema de comparticipações. Em 2007, os titulares activos passaram a descontar 1,5% do rendimento, enquanto que os titulares aposentados passaram a descontar 1%, convergindo para 1,5% em 2008 (de realçar que o pagamento de contribuições por titulares aposentados tem sido a prática nos subsistemas privados).

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 ADSE encontra-se a implementar sistemas informáticos que permitirão melhorar o controlo da despesa (Ministério das Finanças e Administração Pública 2006).

Em relação aos custos de administração e gestão, a interacção da ADSE com os beneficiários é feita através de um número alargado de entidades, mais especificamente através de um conjunto de “Serviços Processadores”, o que tem propiciado elevados custos administrativos, e para os quais o subsistema tem tentado aumentar a eficiência e racionalização da gestão.

---

celebrado acordos ao abrigo do art.º 64º, do DL n.º 118/83, sendo por isso usado como base legal para os pagamentos.

## **2.4. Discussão**

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 dupla cobertura e o financiamento adicional via Ministério das Finanças), devendo ainda ter em conta eventuais ganhos em saúde obtidos pela sua existência.

Do ponto de vista dos direitos adquiridos, a análise deve centrar-se na racionalização do gasto e na contenção de gastos do subsistema, e a evidência apresentada aponta para problemas nessa contenção. Sob o ponto de vista da equidade, no contexto de um SNS universal, a ADSE constitui um elemento de iniquidade no acesso para um grupo profissional. Contudo, tal como é dito na secção 7.3.4. do Relatório, os beneficiários do ADSE não apresentam um maior nível de saúde auto-reportado (depois de controlar por outros factores), ainda que tenham um mais fácil acesso a consultas da especialidade.

Não se pode ignorar que as transferências do OE para a ADSE representam 8% do gasto público 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 despesa deste subsistema constitui fonte de financiamento directo do SNS.

A análise evidenciou a extensividade dos benefícios, e a amplitude dos critérios 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 este tem crescido a taxas superiores às do crescimento da despesa do SNS, e que há elementos que contribuem para uma pressão crescente nesse sentido. É ainda de questionar se a ADSE tem capacidade para dar resposta à crescente proporção de titulares aposentados, que contribuirá também para um aumento do gasto.

Descreveram-se algumas medidas recentemente tomadas no sentido de controlar o aumento da despesa, aumentar as receitas, e melhorar a gestão. Contudo, resta ainda comprovar a eficácia destas medidas.

## **3. 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 dentro do grupo PT 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 pré-existentes.

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 (ver quadro 4). Os primeiros visavam criar e regular um sistema de saúde potencialmente aplicável a todos os trabalhadores de cada empresa (e respectivos familiares), e os recentes Planos Corporativos foram constituídos para dois tipos de indivíduos: o Plano tipo II, para indivíduos sob o regime de *opting-out* dentro do grupo PT, e Plano tipo I, para os restantes.

**Quadro 4 - Planos geridos pela PT-ACS**

Planos por Empresa	Planos Corporativos
Plano de Saúde da PT-Comunicações Plano de Saúde dos CTT Plano de Saúde da Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia Portuguesa Rádio Marconi Plano de Saúde da Portugal Telecom-Sistemas de Informação (PT-SI) Planos de Saúde I e II da DCSI (Dados, Computadores e Soluções Informáticas) Plano de Saúde da Multicert (Serviços de Certificação Electrónica)	Plano Corporativo tipo I Plano Corporativo tipo II

O elevado número de planos 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.

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, 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.

O papel dos planos corporativos é discutido abaixo, mas sumariamente, 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. Por 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.

### **3.1. Beneficiários e Benefícios**

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.

Há uma elevada heterogeneidade e complexidade de benefícios inerentes aos diferentes planos por empresa mas pode afirmar-se que, no geral, os planos do grupo têm permitido uma cobertura extensiva, e um acesso livre a múltiplos prestadores. Tomando como caso de base o plano da PT Comunicações, este tem consagrado o direito à assistência no internamento hospitalar (intervenção cirúrgicas, serviços com internamento e de urgência hospitalar); à assistência ambulatoria (consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, elementos auxiliares de diagnóstico, tratamentos, assistência hospitalar, tratamento termal, deslocações, serviços de ambulância, cuidados de saúde domiciliários, próteses e ortóteses); à assistência medicamentosa; e ao apoio psicossocial e social. A titularidade de benefícios mantém-se após a morte do beneficiário titular. Porém, os benefícios podem variar em função do trabalhador pertencer ao grupo objecto de *opting-out*, ou da sua posição na hierarquia da empresa (o plano de saúde é gerido pela empresa como um *fringe benefit*, dando maior cobertura a certos trabalhadores como forma de remuneração não financeira).

A PT distingue entre beneficiários em Regime Geral e Regime Especial, o que tem implicações no tipo de benefícios e no financiamento. Por exemplo, incluem-se no Regime Especial os beneficiários que auferem de outro sistema de saúde de base (excluindo o SNS) – estes deverão utilizar os sistemas de saúde de base e são reembolsados pela PT-ACS em função do plano de saúde e do encargo directo para o beneficiário.

O acesso a cuidados de saúde é concretizado através da intervenção da PT-ACS nos seguintes domínios:

- Rede de prestação directa, assegurada por corpo clínico próprio e outros prestadores de serviços em Centros Clínicos localizados em 10 cidades (foram realizadas, nesta rede, cerca de 130 mil consultas em 2005);
- Rede de prestadores convencionados, com cerca de 10 mil clínicas e hospitais privados, médicos e outras entidades em 2005, e abrangência de 48 especialidades (Portugal Telecom 2005);
- Rede de outros prestadores privados (com acesso e posterior reembolso de despesas);
- Rede de unidades do SNS. Para os beneficiários sob *opting-out*, a PT paga pelos serviços prestados por estas unidades.

Do exposto, a PT tem investido numa rede própria de elevada dimensão. Os sistemas de benefícios do grupo PT parecem evidenciar a promoção de mecanismos para evitar a sobre-utilização e do uso das redes de prestação directa e de convencionados. Por exemplo, em termos de benefícios, as comparticipações pelos planos de saúde são calculadas tendo por limite as tabelas resultantes dos contratos e das convenções estabelecidos com os serviços e profissionais, quer próprios quer convencionados. As comparticipações de cuidados prestados fora das redes de prestação directa e convencionada não podem exceder o encargo para a PT que incorreria na rede, podendo os actos mais caros prestados fora desta rede ser sancionados pela Direcção Clínica do plano de saúde.

Na maioria dos planos e para a maioria das despesas, a comparticipação dos planos de saúde são de 100% no internamento hospitalar e na assistência ambulatoria (suportando os beneficiários o valor correspondente ao das taxas moderadoras do SNS que estiverem em vigor, sem prejuízo das isenções aplicáveis fixadas por lei), e a comparticipação na assistência medicamentosa é equiparada à definida no âmbito do SNS. A PT tem aplicado outros mecanismos de racionalização da utilização, como o uso de períodos de carência de 6 meses, para a beneficiários titulares que demorem mais de 30 dias desde a sua admissão à PT a aderir ao plano de saúde da PT-Comunicações. No geral, a cobertura oferecida pelas empresas do grupo PT é extensiva e ampla quando comparada com as coberturas da maioria de seguros de saúde disponíveis no mercado.

### **3.2. Financiamento e gasto**

O sistema de financiamento e cobertura tem levado aos níveis de despesas e receitas apresentados no quadro 5. 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 a cobertura de pessoal reformado é dominante.

**Quadro 5 - 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 opting-out)	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)
<b>Total receitas</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Fonte: (PT Comunicações 2004; PT Comunicações 2005)

O grupo PT aplica uma panóplia de fontes de financiamento, dependendo do tipo de beneficiário. Os beneficiários titulares e pensionistas têm contribuído com 1,5% do rendimento (estando estes valores reflectidos no quadro anterior<sup>39</sup>). Desde 1997, os beneficiários do Regime Especial da PT Comunicações têm contribuído com uma quota mensal calculada em função da idade do aderente e do rendimento anual global do agregado familiar. Os valores destas quotas, vigentes a partir de 1 de Janeiro de 2006 são apresentados no quadro 6 (valores com actualização anual). Estes valores são equiparáveis a um seguro de saúde com uma extensiva cobertura, e poderão ser comparados com prémios dos seguros de saúde disponíveis no mercado. A PT contempla casos em que os beneficiários estão isentos de contribuição, enquanto outros não fazem estas contribuições por estarem sob o protocolo de *opting-out*.

**Quadro 6 - Quota mensal para beneficiários do Regime Especial (euros)**

Escala etária	Escala de rendimento (Salário Mínimo Nacional - SMN)					
	Até 2 SMN	2-3 SMN	3-4 SMN	4-5 SMN	5-6 SMN	>6 SMN
<25	8,90	11,90	14,90	17,90	20,70	29,90
25-39	17,90	23,90	29,90	35,80	41,90	59,70
40-64	26,8	35,80	44,80	53,80	62,70	89,70
>65	44,80	59,70	74,70	89,70	104,60	149,50
Filhos 26-30	27,90	33,90	39,90	45,80	51,90	69,70

Fonte: (PT-ACS 2006)

Em 2004, a PT-ACS registou um gasto médio por beneficiário de €545. Este valor não é substancialmente diferente do calculado para a ADSE, mas é

<sup>39</sup> O financiamento da cobertura de beneficiários reformados tem aumentado mais rapidamente do que para os empregados no activo, o que reflecte um aumento do rácio de dependência e um aumento de gasto para com os mais idosos.

bastante mais elevado do que o valor da transferência de *opting-out* para o mesmo ano (€304). É interessante registar que os montantes de quota anual implícitos no quadro anterior para muitos escalões etários superam o valor de gasto médio por beneficiário, o que implica um ganho potencial para a PT.

No acesso aos cuidados de saúde, os co-pagamentos dos beneficiários do grupo são feito em função de um conjunto vasto de tabelas e convenções.

Os relatórios e contas das empresas do grupo PT e da PT-ACS não permitem inferir qual o montante que a PT paga ao SNS por serviços prestados aos seus beneficiários, nem a decomposição do gasto da PT por categorias de despesa (por exemplo, despesa com fármacos). Esta informação seria importante para analisar os fluxos financeiros de e para o SNS, que dariam informação útil para analisar o interesse relativo do Ministério da Saúde e da PT no protocolo de *opting-out*.

Apesar da legislação portuguesa só exigir o pagamento das responsabilidades de saúde no momento em que as despesas são realizadas, algumas empresas do grupo PT – a PT Comunicações e a PT-SI - assumiram o compromisso de conceder a alguns dos seus empregados, bem como aos respectivos familiares elegíveis, um conjunto de benefícios de cuidados de saúde após a reforma. Deste modo, em paralelo com a PT-ACS, em 2004 foi constituída a PT Prestações, com o único objectivo de gerir um fundo autónomo para financiar estas responsabilidades. Assim, em Março de 2005, a PT criou um fundo espelho para financiar as responsabilidades futuras com cuidados de saúde no montante de 300 milhões de euros, sob a forma de contribuição extraordinária (semelhante à estrutura de fundos de pensões).

### **3.3. Gestão**

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

1. O uso de instrumentos para aumento de receitas e controlo de custos via 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 comparticipações aos beneficiários, nomeadamente na componente de utilização de prestadores 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) e o anúncio da extinção do protocolo de *opting-out*.

Os três primeiros pontos reflectem a necessidade de contenção e racionalização de gastos do subsistema, com pressão crescente devido a múltiplos factores,

incluindo o aumento do rácio de dependência e os elevados níveis de gasto com a saúde, que são maioritariamente financiados pela empresa.

Tal como foi dito acima, nos últimos 2 anos a PT criou dois Planos Corporativos que se afiguram como substitutos dos actuais planos de saúde por empresa<sup>40</sup>. As principais características distintivas dos dois planos são apresentadas no quadro 7.

De acordo com a informação disponível no site da PT-ACS (PT-ACS 2006), acedido em Dezembro de 2006, somente são aceites novas inscrições de beneficiários nos planos corporativos, tendo os planos empresa fechado a inscrição de novos beneficiários. Contudo, para além do pedido de inscrição nos planos corporativos para actuais trabalhadores (via transferência) e para novos trabalhadores do grupo, uma condição necessária para a inscrição é que a empresa empregadora permita essa adesão<sup>41</sup>. Não se entende o que acontecerá se uma empresa não permitir a adesão de um novo trabalhador a um plano corporativo. Uma comparação superficial entre os planos corporativos e os planos empresa parece indicar que o maior incentivo para o trabalhador é deixar de pagar uma contribuição em função do rendimento. No Plano Corporativo Tipo I, os critérios de definição de beneficiários são muito mais restritos (por exemplo, somente incluem cônjuges até aos 65 anos de idade, desde que não disponham de outro sistema ou regime de saúde alternativo, e filhos até aos 25 anos e que confirmam direito a abono de família), e os benefícios assemelham-se aos de um seguro de grupo, claramente definido como complementar face ao SNS.

**Quadro 7 - Principais características dos planos corporativos da PT**

Tipo I ( <i>Topping up</i> )	Tipo II ( <i>Opting out</i> )
Complementaridade em relação ao SNS.	Alternativo em relação ao SNS dado o co-financiamento do MS para beneficiários sob protocolo.
Pagamento pela empresa da contribuição relativa ao trabalhador.	Pagamento pela empresa da contribuição anual relativa a cada trabalhador e pagamento pelos trabalhadores da contribuição mensal relativa à sua própria inscrição e à dos seus familiares.
Franquias e <i>plafonds</i> anuais, períodos de carência, exigência de autorização prévia para utilização fora da rede.	Ausência de franquias e <i>plafonds</i> .
Não comparticipação pelo uso do SNS.	Períodos de carência para um conjunto restrito de casos.
Múltiplas exclusões.	Pequeno número de exclusões.

Fonte: (PT-ACS 2006)

A criação dos planos corporativos como substitutos parece evidenciar:

<sup>40</sup> O Plano Corporativo Tipo I entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2005 com duração instituída até 31 de Dezembro de 2008 (sendo sucessivamente renovável por períodos anuais).

<sup>41</sup> Informação acedida a 27.12.2006.

- O objectivo de simplificar a estrutura pesada de gestão de múltiplos e diversos planos de saúde geridos pelo grupo;
- O objectivo de proporcionar uma cobertura mais restrita aos beneficiários aderentes, em comparação com os planos empresa (limitando, por exemplo, a definição de beneficiários familiares que podem ser inscritos nos planos);
- Uma aposta na rede de assistência - própria e convencionada - já construída, dado que os planos têm aumentado os incentivos financeiros para os beneficiários que utilizam a rede;
- Uma decisão da PT em assumir-se como complementar ao SNS, dadas as características do Plano Corporativo Tipo I;
- Uma evolução para uma estrutura de benefícios semelhante à dos seguros privados de grupo. Tal parece evidente ao comparar as características da cobertura oferecida pelo Plano Corporativo tipo I com as dos seguros de saúde privados (este plano faz uso de instrumentos de *design* de produto tipicamente usados no mercado de seguros, como sejam as franquias, os períodos de carência, e os co-pagamentos). Dada a dimensão da rede própria e convencionada, a PT pode equacionar a sua abertura a seguros de saúde (por exemplo, vendendo o produto de seguro ou vendendo o acesso a operadores de seguros). O Plano Corporativo tipo II não é directamente comparável, dado ter que respeitar as cláusulas do acordo de *opting-out* com o Ministério da Saúde.

O anúncio da intenção de término e o posterior término efectivo do protocolo de *opting-out* com o Ministério da Saúde, respectivamente em Novembro e Dezembro de 2006, está sujeito a variadas interpretações: uma possibilidade é a PT ter concluído que é financeiramente desinteressante a opção de *opting-out* em relação a outros planos de saúde com coberturas alternativas e complementares ao SNS (devido ao montante da transferência, custos administrativos, etc), acrescendo a isto a alegação do grupo de que o Estado é mau pagador no que toca ao *opting-out*. Alternativamente, poderá colocar-se a hipótese de ter sido o Estado a perder o interesse no *opting-out*. Como indicado anteriormente, seria necessária informação detalhada sobre o gasto dos beneficiários da PT e dos fluxos financeiros de e para o SNS para aferir sobre o interesse de cada uma das partes no *opting-out*. Conforme vimos acima, a comparação de valores de gasto *per capita* parece indicar não existir grande interesse da PT em manter o contrato de *opting-out* – mas convém notar que não se conhecem as características da população sob *opting-out* (em termos de idade e género, por exemplo), e que os valores da capitação de *opting-out* têm sido actualizados a elevadas taxas, mas não diferenciam pelas características das populações.

Resta dizer que a informação disponível nos relatórios da PT-ACS e da PT não permite analisar a evolução dos custos administrativos do grupo PT com o seu subsistema.

### 3.4. Discussão

A estratégia da PT-ACS parece responder à crescente pressão de gasto e ao facto do grupo compartilhar com um elevado montante das despesas de saúde de um número extenso de beneficiários, que ainda para mais apresenta 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 sugere ainda que não há elevado interesse (pelo menos financeiro) por parte da PT em manter o protocolo de *opting-out*.

## 4. Outros subsistemas públicos e privados

Existe uma grande diversidade dentro dos subsistemas públicos e privados. Esta secção apresenta algumas breves considerações sobre outros subsistemas públicos, e analisa alguns números relativos a um subsistema privado de interesse, que disponibiliza uma fonte rica de informação –o dos SAMS Sul–, que complementa a análise anterior do subsistema do grupo PT.

Têm havido iniciativas e sinais recentes da intenção de integrar alguns subsistemas públicos na ADSE. A acrescer a isto, alguns subsistemas públicos têm iniciado um processo de convergência para os benefícios instituídos pela ADSE. Este processo tem sido objecto de elevada gestão política, dadas as reacções dos beneficiários dessas entidades.

O subsistema SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul) é um caso interessante, dado que celebrou um contrato de *opting-out* com o Ministério da Saúde, e disponibiliza informação detalhada para comparação com a PT e ADSE. O Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI) é uma entidade dotada de autonomia administrativa e financeira, que iniciou o seu funcionamento a 1 de Janeiro de 1976, sob o princípio de que “as Instituições de Crédito deixarão de gerir as estruturas médicas próprias e de suportar os respectivos encargos, cabendo tais funções ao Sindicato respectivo”<sup>42</sup>.

O SAMS assegura aos seus beneficiários uma ampla protecção a cuidados de saúde, através da prestação interna de cuidados de saúde e da atribuição de participações por despesas realizadas fora dos seus serviços. A actividade de prestação directa de cuidados de saúde é desenvolvida através de uma rede

---

<sup>42</sup> O Regulamento de Prestação de Saúde a Beneficiários foi aprovado em 2003 (Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, 2003a).



de ambulatório constituída por um hospital, um centro clínico, 5 postos clínicos periféricos, 15 postos clínicos regionais, e um lar de idosos. A rede de prestação está aberta a outros utilizadores, como contrapartida de pagamentos tabelados.

Em 1999, foi celebrado um protocolo entre o Ministério da Saúde e os Sindicatos dos Bancários do Centro, do Norte, e do Sul e Ilhas, que definiu as condições de *opting-out*, em condições semelhantes aos protocolos celebrados com a PT e os CTT. Os beneficiários que não autorizaram os SAMS a constituir-se como entidade responsável perante o SNS não estão naturalmente abrangidos por esse protocolo (Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas 2003b).

Em 2005, o subsistema tinha 118.549 beneficiários, e apresentava um rácio de dependência semelhante ao do grupo PT (cerca de 24%). Os critérios para titularidade de benefícios eram abrangentes, e os benefícios proporcionados aos beneficiários extensivos. Os quadros 8 e 9 apresentam o nível e a decomposição das principais receitas e despesas. De notar:

- Uma pressão crescente de gasto, com um elevado nível de comparticipação da entidade empregadora de forma a equilibrar financeiramente o subsistema;
- Um reduzido peso do recurso aos cuidados prestados pelo SNS no total de despesa, evidenciando os incentivos para uso da rede de prestação própria;
- Um elevado gasto *per capita*: dividindo o gasto em 2005 pelo número de beneficiários, obtém-se um valor de €1037.

**Quadro 8 - Decomposição das receitas e despesas do ADSE por componente de despesa e de gasto, e pagamentos de serviços ao SNS**

	2004 (milhões de euros)	2005 (milhões de euros)
I. DESPESAS (gasto SAMS Sul)		
Despesa total efectiva	112	123
Despesa total efectiva (fora dos serviços clínicos)	56	64
<b>Componente de despesa paga ao SNS</b>	9	10
II. RECEITAS (financiamento SAMS Sul)		
Contribuições empregados	18	21
Comparticipação SNS (transferências opting-out)	29	31
Transferências da empresa	66	72
<b>Total receitas (orçamento inicial)</b>	112	123

Fonte: (Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas 2005)

Quadro 9 - Despesas dos SAMS (euros)

Natureza	2003	2004	2005	Variação (%)	
				2003-2004	2004-2005
Assistência medicamentosa	21.664.406	23.678.106	29.259.035	9,3	23,6
Assistência Hospitalar	5.191.112	6.594.516	7.235.307	27	9,7
Meios auxiliares de diagnóstico	6.375.478	6.516.749	7.185.929	2,2	10,3
Consultas	5.749.217	5.336.957	5.749.369	-7,2	7,7
Tratamentos	4.841.728	5.004.496	5.695.778	3,4	13,8
Outras	1.848.940	2.680.775	2.542.992	45	-5,1
Próteses	2.389.303	2.273.278	2.386.619	-4,9	5
Intervenções cirúrgicas	2.335.063	2.288.815	2.218.451	-2	-3,1
Assistência a idosos	1.433.949	1.278.143	1.018.421	-10,9	-20,3
Subsídios	506.944	520.985	483.489	2,8	-7,2
Total	52.336.140	56.172.120	63.775.390	7,3	13,5

Fonte: Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (2005)

Os SAMS também têm enfrentado uma elevada pressão no gasto e um elevado rácio de dependência, e o seu valor de gasto *per capita* indica uma ampla cobertura de benefícios, revelando indirectamente pouco interesse no montante de *opting-out*.

O caso do subsistema CTT (actualmente gerido pela PT-ACS) apresentou adicionalmente informação sobre a complexidade de integrar direitos, e a manutenção da extensividade de benefícios. Dentro dos CTT mantêm-se diferentes grupos de beneficiários, devido ao diferente momento de entrada na empresa, cuja integração foi impedida pelos estatutos legais dos planos de saúde (comparem-se, a título de exemplo, trabalhadores contratados até à data de transformação da empresa em sociedade anónima vs. outros trabalhadores; ou trabalhadores que beneficiam da Caixa Geral de Aposentações vs. outros trabalhadores). O princípio aplicável é de que os trabalhadores e seus familiares que tenham sido beneficiários de serviços extintos mantêm todas as regalias a que tinham direito aquando dessa extinção. De relevar adicionalmente os elevados benefícios deste sistema. Por exemplo, todas as prestações efectuadas por entidades convencionadas que envolvam pagamentos por parte do beneficiário ou aderente são facultadas, a seu pedido, sob o sistema de crédito, sendo o crédito concedido amortizado através do desconto de 5% sobre a remuneração ou pensão do beneficiário; e os beneficiários da Caixa Geral de Aposentações beneficiam de comparticipações no custo de medicamentos comparticipáveis pelo SNS.

## 5. Conclusões

Em suma, a análise feita até aqui indica que os subsistemas têm sofrido uma elevada pressão nos custos assentando numa forte componente de financiamento do Estado e das empresas. O rácio de dependência na composição dos beneficiários constitui um elemento de pressão adicional na despesa. 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. Contudo, estas medidas afiguram-se insuficientes para a sobrevivência dos subsistemas sem as elevadas transferências do Estado e das empresas.

Os subsistemas têm-se posicionado gradualmente como complementares face ao SNS, e os subsistemas privados têm manifestado um desinteresse por constituir-se numa alternativa de cobertura integral ao SNS. Em particular, estes subsistemas não parecem ter grande interesse financeiro nas transferências de *opting-out* do Estado. O facto do montante de comparticipação de *opting-out* ser igual para todos os subsistemas e para todos os beneficiários tem sido desadequado, na medida em que a estrutura etária das carteiras e o peso relativo de beneficiários activos, reformados e respectivos familiares são claramente distintos. Finalmente, o grupo PT parece estar a seguir uma estratégia de convergência para uma estrutura de seguro de grupo.

## **Anexo 12**

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

Este anexo está organizado em quatro secções. A primeira introduz o enquadramento e a dimensão do mercado. A segunda descreve a tipologia de clientes, produtos e coberturas. A terceira analisa a gestão no sector segurador, em termos de estrutura de mercado e lucros, estratégia, relação com o SNS e regulação. A última secção apresenta as principais conclusões da análise.

## **1. Enquadramento e dimensão de mercado**

O mercado de seguros de saúde privados portugueses inclui todos os contratos de saúde que implicam o pagamento de um prémio de seguro em função do risco (individual ou de grupo) e que têm uma base voluntária. Este mercado insere-se no 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 e a invalidez em consequência de doença (Autoridade da Concorrência 2004). Os seguros de saúde são facultativos, dado que a parte com interesse em segurar o risco pode escolher contratar ou não uma apólice, e a empresa de seguros pode ou não aceitar a sua cobertura<sup>43, 44</sup>. Prevalece aqui um contexto de livre mercado, aplicando-se a legislação geral do sector segurador. No entanto, há um conjunto de produtos potencialmente equiparáveis aos seguros de saúde que estão fora da jurisdição do regulador (ver evidência abaixo).

O âmbito desta análise do mercado de seguros de saúde é nacional, dado que existem impedimentos à “internacionalização”, nomeadamente a estrutura de canais de distribuição, as limitações fiscais, e os sistemas de regulação autónomos existentes em diversos Estados membros.

Em 2004, este mercado representou um valor de prémios de 340 milhões de euros (componente de seguro directo), num mercado de seguros de 10.595 milhões de euros, representando a componente não vida o valor de 4.304 milhões de euros (Instituto de Seguros de Portugal 2005)<sup>45</sup>. Os seguros da saúde são o sector do ramo de seguros não vida com maior nível de concentração, sendo um dos sectores com maior crescimento, e a maioria das

---

<sup>43</sup> Esta definição contrapõe-se às definições de seguro obrigatório, por um lado, em que a legislação obriga a celebrar determinado contrato de seguro, mas não vincula a empresa de seguros a aceitar todos os contratos que lhe são propostos; e seguro compulsório, por outro, em que para além de determinar a obrigação de celebrar determinado contrato de seguro, a legislação estabelece também mecanismos de colocação obrigatória no mercado segurador.

<sup>44</sup> Os produtos facultativos tendem a acompanhar o crescimento da prestação de serviços nos sectores privado e não lucrativo (Mossialos *et al*, 2004).

<sup>45</sup> De notar que o valor dos prémios aqui expresso tem como referência o seguro directo e não coincide com outras estatísticas de prémios brutos emitidos líquidos de seguros apresentados ao longo do Relatório (dada a falta de informação disponível na mesma base para comparabilidade). Com base em valores alternativos, em 2004, o valor de prémios adquiridos líquidos de resseguro foi de 315 milhões de euros e o valor de prémios brutos emitidos foi de 441 milhões de euros.

empresas a operar neste mercado é lucrativa e tem aumentado o seu volume de negócios.

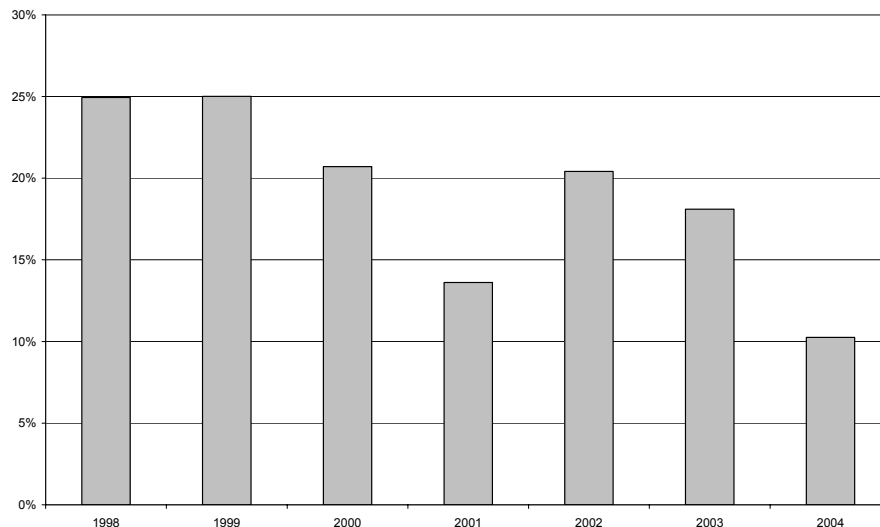
O Estado tem tido um papel promotor deste mercado, nomeadamente através do apoio via benefícios fiscais aos seguros de saúde.

Em resumo, pode dizer-se do mercado de seguros de saúde voluntário português que:

- Apesar da recessão económica dos últimos anos, o mercado tem crescido a bom ritmo, com aumento do número de segurados e do valor médio de prémio.
- Do lado da oferta, as seguradoras oferecem produtos complementares e suplementares, e não alternativos ao SNS. As seguradoras colocam no mercado produtos de carácter limitado, no que toca à extensividade das coberturas e às pré-condições das condições de apólice (não havendo, nomeadamente, oferta de produtos para os grupos de população de maior risco). A oferta apresenta indicadores de dinamismo com a introdução recente de novos produtos para nichos de mercado, standardização e racionalização de ofertas e acesso massificado, com as seguradoras a expressarem publicamente o seu interesse no sector, e a conseguirem ser eficazes no *design* de produtos que permitem o controlo dos custos.
- Do lado da procura, tem havido um interesse crescente por este tipo de seguros. O consumidor típico tem rendimentos médios/elevados e menos de 50 anos. No contexto de novas tecnologias, exigência de qualidade, envelhecimento da população, e de contenção de gastos no SNS, é de esperar o aumento da procura de seguros de saúde.

O mercado de seguros de saúde tem registado elevadas taxas de crescimento - superiores a 10% ao ano -, como se depreende do gráfico 1, mas estas taxas aplicaram-se a uma base baixa, dado que este é um mercado recente que data do início da década de 90.

**Gráfico 1 - Taxas de crescimento anual dos prémios brutos emitidos (milhões de euros)**



Fonte: (Instituto de Seguros de Portugal 2005)

Em 2004, os prémios aumentaram 10,5% relativamente a 2003, o número de beneficiários aumentou 1,4% e o preço médio *per capita* 9% e havia aproximadamente 1,7 milhões de segurados (Instituto de Seguros de Portugal 2005). O maior crescimento tem-se registado no mercado de seguros individual. A análise do mercado de seguros de saúde indica que este é um mercado em crescimento que ainda não chegou à fase de maturidade, e onde parece haver espaço para crescimento do número de segurados e para o desenvolvimento do portfólio de produtos oferecidos. A análise dos prémios indica que estes apresentam valores elevados em relação a valores de gasto *per capita* do SNS. Os fluxos financeiros entre o SNS e as seguradoras são restritos e tendem a incidir na prestação de serviços dos hospitais às seguradoras. As coberturas dos seguros de saúde disponíveis no mercado são influenciadas e influenciam as áreas em que existe sector privado na prestação de cuidados (por exemplo, a existência do sector privado propicia o estabelecimento de acordos com as seguradoras para a prestação de serviços nas redes de assistência).

## **2. Clientes, produtos e coberturas**

### **2.1. Tipologia e número de clientes**

O mercado de seguros está dividido entre clientes individuais e de grupo, e registou entre 2000 e 2004 um crescimento acentuado no número de clientes individuais e uma manutenção do número de segurados por apólices de grupo, como se lê nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1 - Número de clientes e apólices**

	1998	2000	2001	2002	2003	2004
Número de pessoas seguras		1.421.381	1.424.690	1.270.822	1.712.654	1.759.740
Número de pessoas seguras –individual	314.366	534.854	710.018	558.024	906.849	895.986
Número de pessoas seguras –grupo	783.927	886.527	714.672	712.798	805.805	863.754
Número de apólices – grupo		7.511	11.027	11.942	18.505	17.151
Número de apólices – individual <sup>46</sup>		335.449	496.945	340.417	612.303	612.137

Fonte: (Instituto de Seguros de Portugal 2004)

**Quadro 2 - Quota para seguros de grupo e seguros privados**

	1998	2000	2004
Seguros grupo	71%	62%	49%
Seguros individuais	29%	38%	51%

Fonte: (Instituto de Seguros de Portugal 2005) e (Associação Portuguesa de Seguradores 2000)

A análise do sector segurador deve ter em conta a existência de duplas e triplas coberturas que têm impacto na utilização de cuidados e nos níveis de gasto: por exemplo, de acordo com dados do 4º INS 2005/2006, 25% dos beneficiários de seguros voluntários usufruíam simultaneamente de cobertura via subsistemas, e pelo menos 11% dos segurados estavam cobertos por mais do que um seguro de saúde (INSA e INE 2006). O principal impacto das duplas coberturas é proporcionar um maior nível de saúde auto-reportado pelas populações, assim como um mais fácil acesso a consultas da especialidade, em comparação com o maior padrão comparativo de consumo de consultas de clínica geral dos beneficiários do SNS (ver secção 7.3.4 do Relatório).

Dados os limites de contratação por idade impostos pelos produtos – limites de contratação até aos 65 anos e raramente, permanência até aos 75 -, são em reduzido número os clientes com mais de 65 anos. O cliente individual típico encontra-se na faixa etária dos 25-54 anos, tem rendimentos médios/altos, e reside nas áreas urbanas (Nunes 2006).

<sup>46</sup> O número de apólices anual esconde a dinâmica subjacente de novos contratos e contratos cancelados. Seria adequado obter informação sobre saldos brutos em termos de contratos novos e contratos cancelados, mas dado que os contratos são renováveis anualmente (ou seja, de certo modo “reinicializados” anualmente), e as seguradoras não têm que reportar esses números, não há informação disponível.



O interesse crescente pelos seguros de saúde individuais tem como base um mais rápido acesso aos cuidados de saúde, o uso destes produtos como complemento e suplemento ao SNS, e a obtenção de benefícios fiscais. O acesso ao mercado de seguros é filtrado pela capacidade de pagar do cliente, pelo que só o segmento da população com maiores rendimentos acedem na prática a este mercado. O aumento da procura tem-se também concentrado neste grupo populacional (Nunes 2006).

Há escassez de informação quantitativa sobre os principais critérios de escolha de seguro por um cliente individual –a evidência existente indica que na compra de seguro de saúde são importantes as variáveis preço, marca e qualidade de serviço (Autoridade da Concorrência 2004). A informação disponível indica ainda que o acesso a seguros aumenta o estado de saúde percebido pelos utilizadores, de acordo com a análise do INS de 1998/1999 e 2005/2006 (cálculos próprios). Dado o aumento da importância do canal bancário na comercialização de seguros de saúde, é de esperar que as políticas do sector bancário estejam a afectar a procura de serviços, havendo ainda evidência de que os incentivos dos mediadores de seguros a influenciam também (uma discussão detalhada deste dois pontos é apresentada mais abaixo) (Autoridade da Concorrência 2004).

Há falta de informação sobre o cliente de grupo típico e sobre os produtos que este subscreve. Os seguros de grupo englobam uma diversidade de casos, na medida em que alguns permitem a cobertura de todos os trabalhadores/membros de uma empresa/instituição e dos seus dependentes, enquanto outros apenas cobrem alguns desses indivíduos, sendo o seguro uma componente da remuneração. Todavia, existe evidência do elevado peso dos 10 maiores clientes da área de seguros de grupo (Autoridade da Concorrência 2004)<sup>47</sup>.

## **2.2. Mecanismos de selecção de clientes**

Quanto a mecanismos de selecção directa de clientes, não parece que as seguradoras estejam a aplicá-los, dado que a aceitação de clientes individuais se baseia normalmente no preenchimento de um questionário médico, sendo raramente requeridos exames médicos<sup>48</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); e os

---

<sup>47</sup> Por exemplo, sabe-se que a Sonae tem um seguro de grupo com a Multicare que envolve a contratação de produtos de gama diferentes para diferentes tipos de trabalhadores (só a Sonae Indústria tinha, em 2005, 5500 trabalhadores), pelo que deve assumir uma quota não negligenciável dos segurados de grupo da Multicare.

<sup>48</sup> No entanto, as seguradoras podem sugerir prémios adicionais para produtos standard no caso de indivíduos com características especiais de risco (ex: indivíduo que declare ser fumador ou ter um nível elevado de colesterol).

grupos populacionais mais idosos e mais pobres e que concentram os riscos são aqueles com menor capacidade de comprar um seguro de saúde, não havendo 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. A própria estrutura dos produtos oferecidos não parece levar à necessidade de selecção directa de clientes. Contudo existe um argumento relevante que pode favorecer potencialmente a selecção directa de clientes: com o aumento do peso da *bancassurance*<sup>49</sup> como canal de distribuição (representando 50% do mercado<sup>50</sup>) (Autoridade da Concorrência 2004), as seguradoras têm indirectamente acesso a informação privilegiada sobre os segurados (a acrescer à informação recolhida nos pedidos de adesão aos contratos, as empresas podem assim aceder a informação sobre rendimentos) o que implica que possam ser pró-activas na angariação de clientes nesse segmento.

### **2.3. Produtos, benefícios e condições das apólices**

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).

De acordo com o 4º INS e outras fontes de informação (INSA e INE 2006) (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. Comparando a informação dos INS (INSA 2001; INSA e INE 2006), verifica-se que o peso relativo deste tipo de contratos aumentou entre 1998/1999 e 2005/2006. O segmento de mercado com produtos mais extensivos na cobertura e caros tem uma reduzida dimensão relativa.

Existe uma escassa oferta de produtos extensivos que se afigurem como potenciais substitutos ao SNS, e de produtos para coberturas específicas. Por exemplo, a maioria dos seguros oferecidos no mercado contém um limite de idade de contratação entre os 45 e 64 anos. A acrescer, em comparação com outros países com sistemas de saúde assentes num SNS, o mercado português não disponibiliza produtos específicos para certos sub-sectores da saúde nem

---

<sup>49</sup> A *bancassurance* inclui os seguros angariados ou comercializados pelos balcões da respectiva rede bancária.

<sup>50</sup> De notar que o Instituto de Seguros de Portugal reporta outro valor, i.e., que a rede bancária assumiu 33,5% da produção em 2004 (Instituto de Seguros de Portugal, 2005).

produtos mais sofisticados do ponto de vista da escolha. A título de exemplo, a oferta de produtos de seguro é menor do que em Espanha (Nunes 2006) e no Reino Unido (Foubister, Thomson et al. 2006)<sup>51</sup>. Esta oferta tende a acompanhar o crescimento do sector independente (privado e não lucrativo), e um relatório do Reino Unido aponta que um dos sectores com maior crescimento no sector segurador tem sido o de saúde mental (explicando-se parte deste crescimento pela sub-contratação pelo sector público de serviços do privado), o que tem motivado o aparecimento de seguros nesta área (Laing e Buisson 2003 ). As seguradoras portuguesas não têm entrado no mercado de cuidados continuados nem no mercado de saúde mental, apesar do aumento do gasto público nestas áreas e do crescimento potencial de oferta privada (essencialmente dentro do sector não lucrativo).

Os produtos oferecidos no mercado português contêm um conjunto de benefícios muito bem definidos e limitados, fazendo uso de variados instrumentos de *design* de produto que evitam o risco moral de sobre-utilização de cuidados de saúde e controlam a utilização de serviços de saúde (*vide* sinistralidade). Ou seja, os produtos oferecidos aplicam restrições de uso ou co-pagamentos à utilização via estabelecimento de franquias, múltiplos períodos de carência<sup>52</sup>, co-pagamentos, pré-autorizações à utilização de serviços, e tectos máximos de despesa por componente de gasto. A acrescer a isto, as apólices de seguro estabelecem múltiplas exclusões de cobertura de doenças pré-existent, crónicas, infecto-contagiosas, do foro psíquico, etc<sup>53</sup>. Os produtos existentes no mercado não parecem possibilitar coberturas para os riscos mais caros nem para a prevenção. Em Portugal, os seguros contemplam o direito de renúncia por parte da seguradora, e não há contratos vitalícios.

---

<sup>51</sup> A oferta de produtos no mercado português situa-se nas gamas “budget” e tem alguns produtos na gama standard na nomenclatura usada por (Foubister *et al*, 2006). Segundo esta nomenclatura, há três tipos de produtos que diferem pelo grau de cobertura em relação a um pacote básico de cuidados de hospitalização. Os três tipos de produtos são ‘comprehensive’, ‘standard’ e “budget”: produtos “comprehensive” são os mais caros e integram um vasto leque de benefícios; produtos “budget” integram as apólices mais baratas para um número restrito de benefícios e envolvem múltiplas restrições de uso; produtos ‘standard’ são uma categoria intermédia.

<sup>52</sup> Os períodos de carência podem ser de vários anos para certos casos, como seja o tratamento de varizes e hérnias discais (Nunes, 2006).

<sup>53</sup> As seguintes condições são extensivamente excluídas dos seguros de saúde: condições pré-existent; doenças crónicas (diabetes, esclerose múltipla, asma); doenças infecto-contagiosas quando em situação de epidemia declarada, e tuberculose; tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecções por vírus de imunodeficiência humana (HIV) e vírus da hepatite; correcção de anomalias ou malformações congénitas; utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos por médico ou consumo abusivo de medicamentos, alcoolismo e doenças resultantes de consumo excessivo de álcool; doenças profissionais; tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico que não tenham sido cobertos pelo seguro; doenças resultantes de radioactividade; perturbações psíquicas; tratamento de hemodiálise regular ou prolongado nas situações de insuficiência renal crónica ou terminal; e acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou auto-mutilação.

A maioria dos seguros permite o uso de redes de assistência, sistemas de reembolso, e sistemas mistos<sup>54</sup>, sendo que o sistema de reembolso continua a ser o mais significativo em Portugal (Instituto de Seguros de Portugal 2005). Ainda assim, tem havido um elevado aumento dos produtos baseados em redes de assistência, onde as seguradoras podem negociar melhor preços e controlar melhor a utilização. Daí que tenha havido um forte desenvolvimento destas redes e um aumento dos incentivos financeiros para o seu uso (nomeadamente reduzindo as participações via reembolso).

Devido ao contexto legal português, as apólices baseiam-se em contratos anuais e renováveis. Porém, as seguradoras têm direitos de renúncia dos contratos, e no passado têm renovado os contratos sem fornecer informação prévia sobre variações nos preços e alterações nas coberturas.

A análise de seguros associados a outros produtos bancários (por exemplo, cartões de crédito) indicou que os seguros de saúde não são geralmente englobados nesses produtos, existindo no entanto alguns seguros de acidente e assistência que o são e que cobrem a protecção de riscos em circunstâncias muito especiais. Noutros países, existe um mercado de planos de saúde (na definição de *health cash plans* na terminologia anglosaxónica), mas não existe oferta destes produtos no mercado português.

Uma análise dos factores que motivam a mobilidade entre seguros e seguradoras indica que o contexto português não a favorece. Enquanto que o carácter anual dos contratos e a atenção das empresas compradoras de seguros de grupo propicia a mobilidade, os seguintes factores tendem a restringi-la: a falta de informação prévia à renovação dos contratos; as características dos produtos no mercado, muitas vezes com consideráveis períodos de carência; a evidência da existência de economias de gama; a influência dos mediadores na compra de seguros e o aumento da *bancassurance*, que fideliza os clientes bancários (Autoridade da Concorrência 2004); a importância da marca e a relativa concentração neste mercado (Autoridade da Concorrência 2004); e as dificuldades de comparar produtos, dadas as múltiplas cláusulas das apólices e as variações entre benefícios, preços, franquias e co-pagamentos (ver quadro 3). Uma avaliação da mobilidade entre seguros poderá ser feita no final do período de transição de clientes da Médica para a Multicare e após o período que impede a primeira de exercer marketing directo aos clientes que transitaram de carteira

---

<sup>54</sup> Segundo as definições do Instituto de Seguros de Portugal (2005), o sistema de reembolso é o sistema em que a empresa de seguros indemniza o segurado numa parte das despesas de saúde por este suportadas, mediante a apresentação dos respectivos comprovativos; no sistema convencionado a empresa de seguros dispõe de uma rede convencionada de profissionais ou entidades que se dedicam à prestação de cuidados médico-hospitalares e de cuja lista dá conhecimento ao tomador de seguro aquando da subscrição do contrato; e no sistema misto a empresa de seguros dispõe de uma rede convencionada de profissionais ou entidades que se dedicam à prestação de cuidados médico-hospitalares e de cuja lista dá conhecimento ao tomador de seguro aquando da subscrição do contrato.

**Quadro 3 - Análise da hipótese de existência de mobilidade entre seguradoras**

Factores que propiciam a mobilidade	Factores que limitam a mobilidade
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renovação anual dos contratos</li> <li>-Introdução recente de novos produtos no mercado e de produtos específicos</li> <li>-Empresas estão atentas a custos totais dos seguros de grupo e têm incentivos para comparar prémios e coberturas com o custo total do seguro de grupo para a empresa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Papel do canal de distribuição dos mediadores de seguros (responsáveis por 50% do mercado (Autoridade da Concorrência 2004)) que, em resultado da concentração neste mercado, têm diminuído o número de representações de seguradoras na sua carteira, tendendo a representar uma só marca e tendo grande poder de influenciar o cliente<sup>55</sup></li> <li>-Papel dos bancos dado que a <i>bancassurance</i> representa 50% do mercado (Autoridade da Concorrência 2004) e os bancos têm usado mecanismos de descontos de grupo e prémios pela fidelização de clientes (é de esperar que a componente de <i>bancassurance</i> aumente no futuro)<sup>56</sup></li> <li>-Evidência da existência de economias de gama de seguros, o que significa que as seguradoras com maiores quotas nos mercados de seguros obrigatórios (seguro automóvel e de acidentes de trabalho) (Autoridade da Concorrência 2004) têm vantagens de mercado em relação a outras seguradoras</li> <li>-Existência de substanciais períodos de carência</li> <li>-Evidência da importância da marca (Autoridade da Concorrência 2004)</li> <li>-Falta de informação <i>ex-ante</i> sobre as condições das renovações anuais dos contratos (e.g. preços)</li> <li>-Evidência passada de estabilidade e concentração no sector de seguros de saúde (evidência discutida abaixo)</li> </ul>

Existe uma panóplia de produtos disponíveis no sector bancário e no sector da saúde que não estão directamente englobados na definição do mercado de seguros de saúde, mas que são equiparáveis<sup>57</sup>. É o caso de seguros de outros produtos que englobam muito parcialmente a cobertura de riscos de saúde (caso de seguros de assistência englobados nos cartões de crédito); planos corporativos internos a empresas que têm as características de seguros de saúde para os seus trabalhadores; e cartões de saúde que concedem descontos no acesso a redes de prestadores.

<sup>55</sup> Um estudo citado pela Autoridade da Concorrência indica que, num inquérito, 45% dos consumidores inquiridos afirmam ter grande confiança nos mediadores utilizados, ao que acresce que os conselhos dos mediadores são um factor importante na decisão de escolha ou mudança de seguro para 39% dos inquiridos. Em consonância com as concentrações no mercado de seguros nos últimos anos, o número relativo de mediadores que representam várias seguradoras tem diminuído, enquanto que o número de mediadores que trabalha apenas com duas seguradoras tem aumentado. Estes factores reduzem a probabilidade de mobilidade entre seguros/seguradoras.

<sup>56</sup> A *bancassurance* tem um papel mais importante no ramo doença do que noutros ramos de seguros não vida.

<sup>57</sup> A definição de seguros de saúde tem implicações para a actividade de supervisão do Instituto de Seguros de Portugal (como discutido abaixo), na análise da dimensão do mercado e dinâmica do sector.

## 2.4. Prémios e incentivos fiscais

Em consonância com a tipologia de produtos oferecida no mercado português, os prémios de seguro variam essencialmente com o factor idade, mas pode haver ajustamentos 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 pelo estado de saúde do indivíduo (surgindo com um custo adicional).

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. A definição dos benefícios fiscais e o seu impacto no gasto é retratado no capítulo 8 do Relatório, indicando que os benefícios fiscais em seguros de saúde perfizeram o valor de 24 milhões de euros em 2004, 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 propiciado os gastos privados em seguros de saúde, e contribuído para a regressividade no financiamento do SNS (Pereira 1998) (Oliveira e Pinto 2005).

Em 2004, o prémio de seguro de saúde médio foi de 192€. Para os seguros individuais, foi de 173€, e para os seguros de grupo foi de 212€ (Instituto de Seguros de Portugal 2005) (ver quadro 4). Dado que a maioria dos seguros somente cobre gastos de internamento, ambulatorio e consultas, o valor de prémio parece elevado em relação aos serviços prestados, o que evidencia o carácter suplementar dos seguros de saúde em relação ao SNS e demais sistemas de cobertura. A mesma conclusão retira-se pela comparação com o valor de *opting-out* em vigor para 2004 (281€), e pela comparação com os gastos *per capita* dos subsistemas ADSE e PT, que incluem um leque muito mais amplo de serviços cobertos. Um prémio médio mais elevado para os seguros de grupo pode ser interpretado como correspondendo a um maior nível de benefícios/cobertura por indivíduo segurado, uma vez que se assume que as empresas têm maior poder para negociar prémios do que os clientes individuais.

**Quadro 4 - Prémios de seguros, estimativa de gasto SNS *per capita*, e capitação instituída no *opting-out* (euros)**

	2000	2001	2002	2003	2004
Prémios		156	210	176	192
Prémios grupo					212.3
Prémios individual					172.8
Gasto SNS <i>per capita</i> <sup>58</sup>		473.1	512.6	628.3	
Capitação instituída nos protocolos de <i>opting-out</i> <sup>59</sup>	145				281

Fonte: (Instituto de Seguros de Portugal 2005) e (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde 2005)

O quadro 5 apresenta evidência sobre a heterogeneidade de produtos e prémios oferecidos por diferentes operadores no mercado<sup>60</sup>, apresentados para a cobertura de um indivíduo de 45 anos. A Victoria Help Executive é a única operadora que oferece um produto com cobertura abrangente e eventualmente alternativo ao SNS. Contudo, tendo em conta o valor dos prémios (€3679) e as respectivas coberturas<sup>61</sup>, os prémios são muito elevados em relação aos valores de gasto *per capita* do SNS e dos subsistemas públicos e privados, bem como ao valor da capitação de *opting-out* estabelecido pelo Ministério da Saúde (que corresponde a cobertura integral). Este facto explica a falta de interesse do sector segurador em aderir ao *opting-out*<sup>62</sup>.

**Quadro 5 - Uma amostra dos seguros individuais mais baratos e mais caros disponíveis no mercado**

Companhia (INDIVÍDUO 45 ANOS)	Prémio produto mais barato (produto)	Prémio produto mais caro (produto)
Fidelidade Mundial	121€ (Prima (10 mil))	684€ (Máxima (50 mil))
Medis	151€ (Hospital.)	796€ (Internacional)
Victoria	246€ (Hospital.)	3679€ (Opção I)

Fonte: (Nunes 2006)

<sup>58</sup> O gasto do SNS *per capita* utilizado é um indicador simplificado, tendo sido calculado pelo rácio da transferência do Orçamento de Estado para o SNS pela população total.

<sup>59</sup> De acordo com os protocolos de *opting-out* explicados no capítulo que analisa os subsistemas, a capitação para 2000 foi de 145€, e as capitações para 2005 e 2006 foram de 304€ e 325.74€, respectivamente.

<sup>60</sup> De notar que os prémios declarados pelas seguradoras são nominais e os efectivamente aplicados a muitos clientes são objecto de grandes descontos).

<sup>61</sup> De notar que os prémios dos segmentos mais baratos são para um indivíduo saudável, somente cobrem riscos de hospitalização, e estão sujeito a franquias, períodos de carência, exclusões, e limites de cobertura.

<sup>62</sup> A possibilidade de *opting-out* legislada no estatuto do SNS em 1993 nunca foi aplicada a companhias de seguro privadas. O valor de *opting-out* indiferenciado para qualquer indivíduo parece ter uma magnitude baixa e desproporcional ao risco transferido, e em relação aos preços praticados pelas seguradoras.

É necessário aprofundar até que ponto este diferencial é justificado por diferentes factores, como sejam diferenças nos custos administrativos (via economias de escala), na qualidade, no prémio de risco exigido pelas empresas, nas características dos indivíduos segurados, e outros factores a explorar.

### **3. Gestão**

A análise da estrutura e dinâmica do sector segurador evidencia um potencial de crescimento num mercado concentrado e lucrativo, que não parece ter ainda atingido a maturidade. Existem várias justificações para uma maior intervenção dos reguladores no sector.

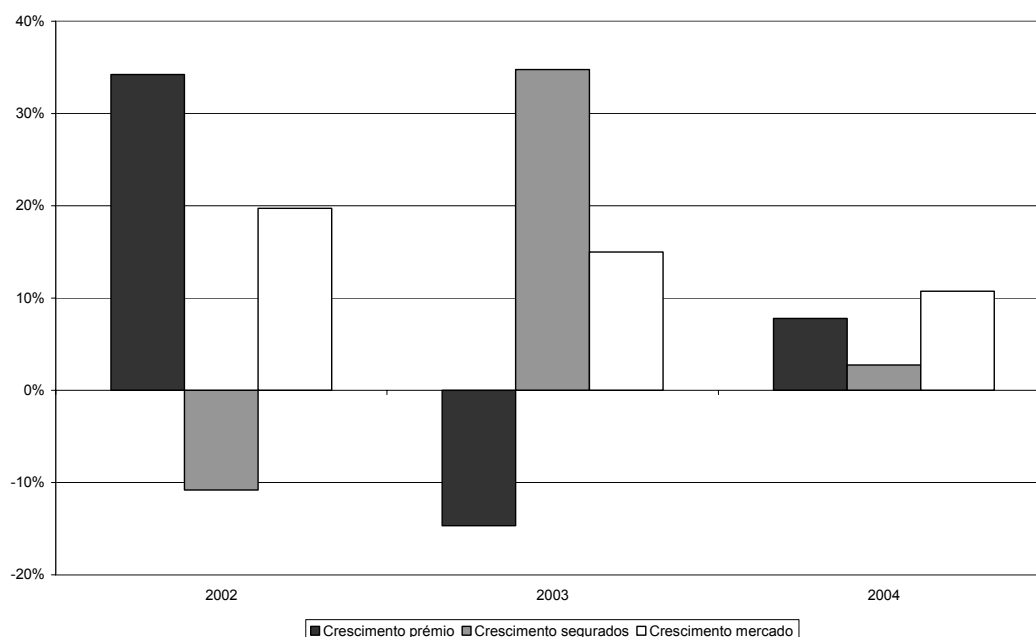
#### **3.1. Estrutura de mercado e lucros**

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 tinha crescido principalmente via alteração de tarifários, e em 2003 tinha crescido via aumento de beneficiários (ver gráfico 2). 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. Adicionalmente, há um desfasamento esperado entre as alterações de preços e o impacto nos beneficiários, dado que as variações nos preços não são previamente conhecidas para o caso dos actuais clientes. Os dados para 2002 e 2003 sugerem a existência de uma significativa (e positiva) elasticidade preço da procura de seguros de saúde, que se aplica tendencialmente aos novos clientes, dado que o mercado está em crescimento. Todavia, uma análise num espectro temporal mais alargado mostra que o mercado tem crescido tanto via prémio médio como via número de beneficiários.



**Gráfico 2 - Crescimento via preço vs. crescimento via quantidade vs. crescimento total de mercado (taxas de crescimento)**



O número de operadores no mercado de acidentes de trabalho e seguros de saúde tem vindo a diminuir: em 2000 havia 27 empresas portuguesas e 14 delegações de empresas estrangeiras (Instituto de Seguros de Portugal 2001), e em 2004 havia 32 empresas a operar no ramo de seguros não vida, sendo 22 sociedades anónimas, 2 mútuas e 8 empresas sucursais de empresas de seguros estrangeiras (Instituto de Seguros de Portugal 2005). Esta redução é parcialmente justificada pelo movimento de fusões e aquisições a que se assistiu no sector financeiro, não determinado pela dinâmica do sector da saúde, mas sim pela dinâmica do sector financeiro.

O mercado de seguros de saúde é dominado por um reduzido número de seguradoras (interligadas na sua maioria com o sector bancário). Em 2004, as 3 e as 7 maiores empresas de seguros de saúde detinham 60% e 90% da quota de mercado, respectivamente (Instituto de Seguros de Portugal 2005). Os dados mais recentes de quotas de mercado são apresentados no quadro 6<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> De notar que a soma destes números não coincide com o total de subscritos publicados pelo Instituto de Seguros de Portugal, e que o número de clientes reclamado no relatório e contas da Médis em 2005 é superior.

**Quadro 6 - Quota das principais empresas e números de clientes (2005)**

	Multicare	Médis	Tranquilidade	Allianz	Outros
Quota (%)	40	15	10.8	8.9	25.3
Número Clientes (Milhares)	600	225	162	134	381

Fonte: (Mota 2006)

Estas quotas reflectem a alteração no mercado em 2005, quando o grupo Caixa Geral de Depósitos (CGD) comprou a carteira de seguros do BCP (com exclusão da componente da Médis comercializada no canal *bancassurance*), o que implicou a transferência de 20% de quota de mercado entre grupos. Em 2001, o mercado era liderado pelo grupo BCP + Atlântico + Império, seguido do grupo CGD + Fidelidade + Mundial Confiança, e pelo grupo BES/BIC + Tranquilidade + Victória (Oliveira 2001). O grupo da CGD passou a liderar em 2005.

Há evidência a suportar simultaneamente o aumento da concentração no ramo de saúde doença (Autoridade da Concorrência 2004)<sup>64</sup> e o crescimento dos prémios deste ramo para a maioria dos operadores. Isto define um mercado em crescimento em que todos ganham, mas em que os principais operadores no mercado crescem proporcionalmente mais. A análise da área de seguros de saúde suporta a hipótese de pouco dinamismo concorrencial no mercado de seguros não vida, dado que (Autoridade da Concorrência 2004) a concorrência de preços em certos períodos é relativamente branda; há barreiras à entrada ou expansão por via da assimetria de informação que tende a existir a favor de empresas presentes no mercado e das grandes empresas; o papel da mediação é crítico dadas as dificuldades do consumidor em comparar preços; e existem economias de gama para as empresas que operam nos mercados de seguro de massas (seguro automóvel e de acidentes de trabalho, no caso português). A Autoridade da Concorrência advertiu para o facto de que o aumento de escala das seguradoras potencia ganhos de eficiência na operação - redução de custos com pessoal e de custos administrativos, harmonização de benefícios, e ganhos decorrentes de uma base estatística alargada (com respectivo historial de risco) - o que por sua vez pode propiciar um aumento da concentração no mercado. De relevar que os níveis de concentração no ramo doença em Portugal são similares aos de outros mercados comparáveis, como o do Reino Unido (Foubister, Thomson et al. 2006), apesar da dimensão dos mercados ser distinta.

As empresas de maior dimensão são as que têm maior componente de convencionados e oferecem redes de assistência. Existem três redes prestadoras, duas das quais fechadas (redes dos líderes de mercado – Médis e

<sup>64</sup> O índice de Herfindahl-Hirschman para o ramo doença calculado aumentou entre 2001/2002 e 2002/2003, com a Médis e a Multicare a apresentar uma quota de mercado superior a 50%, sendo de esperar que o mesmo índice diminua na sequência da transferência de quota da Médis para a Multicare (Autoridade da Concorrência, 2004). Cálculos do coeficiente de Gini para 2001/2002 e 2002/2003 indicam também um aumento da concentração neste período (Instituto de Seguros de Portugal, 2005).

Multicare), e os restantes seguros de saúde com sistema de assistência recorrem à rede aberta *Advance Care* do grupo BES/Tranquilidade<sup>65</sup>. Dado que há economias de escala na construção e operação de amplas redes de assistência (por exemplo no que concerne à organização e criação das redes, e negociação de preços com os prestadores), devemos questionar se o mercado atingiu já o nível óptimo e estável de redes. A análise desta questão deve considerar também as redes equiparáveis a seguros discutidas anteriormente (caso da rede dos planos corporativos de algumas das empresas do grupo da Portugal Telecom e da rede Unimed<sup>66</sup>)<sup>67</sup>.

As redes prestadoras de seguros não exigem geralmente relações de exclusividade com os prestadores de saúde, sendo frequente a existência de acordos entre aqueles prestadores e as várias redes, para além de também prestarem serviços de saúde ao público em geral. Quanto maior o número de operadores privados (com ou sem fins lucrativos), maior tenderão a ser os incentivos para o desenvolvimento do mercado de seguros, sendo ainda de esperar que esta relação seja influenciada pelo financiamento público a certos tipos de serviços (via SNS ou via Ministério do Trabalho e Segurança Social, no caso de serviços sociais).

De acordo com o ISP, há duas empresas mútuas<sup>68</sup> a operar no ramo de seguros não vida – a Mutuamar e a Mútua dos Pescadores - (Instituto de Seguros de Portugal 2005), estando-lhes vedada a exploração do ramo vida e a celebração de contratos de seguro a não-membros (Ministério das Finanças 1984). Em 2004, estas duas empresas emitiram um montante de prémios brutos de quase 9,748 milhões de euros e a companhia Mútua dos Pescadores oferecia um produto de acidentes de trabalho que englobava uma ampla assistência médica. Dado que estas empresas operam na área das pescas, que lhes é vedada a celebração de contratos com não membros, e que a maioria das suas carteiras está concentrada nos ramos automóvel e acidente, a sua análise não é aqui detalhada<sup>69</sup>.

---

<sup>65</sup> A rede de assistência *Advance Care* gere os seguros de doença das seguradoras Allianz, AXA, Tranquilidade, Vitória, Lusitânia, Generali e Açoreana.

<sup>66</sup> Poderão existir outras redes similares com tamanho não negligenciável que não foram analisadas.

<sup>67</sup> Há empresas que funcionam apenas como mediadoras, sendo o mesmo seguro posteriormente cedido a outras empresas do mesmo grupo, especializadas na sua gestão (Instituto de Seguros de Portugal, 2005). Há pouca informação sobre as características e dimensão deste grupo de empresas no ramo de seguros doença.

<sup>68</sup> As mútuas revestem a forma de cooperativa de responsabilidade limitada, sendo constituídas por pessoas singulares e colectivas que, exercendo a mesma actividade produtiva ou profissional, pretendem garantir a cobertura dos riscos directamente decorrentes do exercício dessa actividade. Foram fundadas com base num interesse específico, com a finalidade de proteger de riscos que decorrem do exercício de determinada função ou actividade, tendo intervenção limitada no ramo segurador ao ramo não vida, só podendo celebrar contratos com membros (na restante regulação, aplicam-se as demais normas que regem a actividade seguradora).

<sup>69</sup> Em algumas dimensões, as mútuas podem ser equiparadas a subsistemas.

A análise da situação financeira das seguradoras (ver quadro 7) indica que as seguradoras têm sido eficazes em controlar os níveis de sinistralidade e eventualmente a utilização abusiva (via design de produtos e/ou controlo da utilização por *gatekeeping* e pré-autorizações e/ou standardização de produtos), o que constitui um factor chave para o desenvolvimento do mercado e evidencia ganhos na curva da experiência. A maioria das seguradoras opera correntemente com lucros neste segmento de mercado – os resultados da conta técnica negativa reportam a um número reduzido de empresas (em relação ao total de empresas a operar no mercado). A percentagem de sinistros sobre prémios estabilizou<sup>70, 71</sup>. Este é um indicador significativo de controlo efectivo dos níveis de utilização, já que a área da saúde tem elevada sinistralidade em relação a outros ramos de seguros devido ao problema típico de risco moral, e da estabilização dos custos de gestão das redes de assistência, após a sua constituição na última década. A análise da evolução menos favorável dos custos de aquisição deve ter em conta que estes compreendem os custos ocasionados pela celebração dos contratos de seguro, as comissões de mediação e corretagem, os custos com publicidade, e os custos administrativos ligados ao tratamento das propostas e à elaboração das apólices.

---

<sup>70</sup> Dados da sinistralidade devem ser interpretados com caução dado que os sinistros de um ano dizem respeito a prémios pagos em períodos anteriores, e amplos períodos de carência são aplicados a novos contratos no sector e têm consequências na sinistralidade de um mercado em crescimento em anos posteriores. Em contraposição, o desfasamento dos sinistros não deve afectar a rentabilidade, dado que as seguradoras constituem provisões técnicas de risco em função dos riscos esperados de acordo com a tipologia de clientes e as regras prudenciais do Plano Oficial de Contabilidade das sociedades financeiras (bancárias e seguradoras), no ano em que celebram os contratos. Devido a estes factores, procedeu-se ao cálculo de um indicador de sinistralidade média no quadro com informação sobre sinistralidade.

<sup>71</sup> Dados do ISP reportam que a sinistralidade nos seguros de grupo é substancialmente maior do que a sinistralidade dos seguros individuais (87% vs. 71,3% em 2004). Dado que os prémios de seguros de grupo são mais elevados do que os prémios dos seguros individuais, algumas das razões que podem ajudar a explicar esses valores de sinistralidade são a maior concorrência nesse mercado, que implica menores prémios para o tipo de coberturas oferecidas; os maiores problemas de controlo da utilização nos produtos vendidos ao segmento empresa (geralmente, os produtos vendidos a empresas são mais extensivos do que os vendidos a particulares); a maior componente de reembolso que implica menor controlo sobre utilização dos serviços de saúde; e a carteira de seguros de grupo com estrutura etária mais elevada, traduzindo-se numa maior utilização e sinistralidade.

**Quadro 7 - Estrutura da conta técnica do ramo Doença (milhares de euros)**

	2003	2004
Prémios adquiridos líquidos de resseguro	271116	315641
Prémios brutos emitidos	400769	441861
Custos com sinistros, líquidos de resseguro	235433	274919
% Média custos com sinistros / Prémios adquiridos <sup>72</sup>	81%	81%
Custos de exploração líquidos	55320	59088
a) Custos de aquisição	36825	50225
b) Custos de aquisição diferidos (variação)	1460	-4103
c) Custos administrativos	23149	20669
d) Comissões e participação nos resultados de resseguro	6113	7703
% Custos administrativos / Prémios adquiridos	9%	7%
% Custos administrativos / Custos com sinistros	10%	8%
Resultado da conta técnica	-17875	-10444
% Resultado / Prémios adquiridos	-7%	-3%
Número seguradoras com Resultado da conta técnica negativa	12	8

Fonte: (Instituto de Seguros de Portugal 2003; Instituto de Seguros de Portugal 2004; Instituto de Seguros de Portugal 2005)

Quando normalizados pelo número de segurados, os custos de gestão de seguro privado parecem ser substancialmente mais elevados do que os de gestão do SNS, conforme se infere dos valores constantes da conta satélite da saúde (Instituto Nacional de Estatística 2006), o que pode evidenciar deseconomias de escala.

### **3.2. Estratégia**

A análise do mercado de seguros de saúde indica que se trata de um mercado com potencial de crescimento e que não atingiu ainda a maturidade, dado o aumento de novas tecnologias no sector, a exigência de qualidade, o envelhecimento da população, a contenção de gastos no SNS e nos subsistemas, e o aumento da oferta privada em algumas áreas. A oferta de seguros de saúde apresenta indicadores de dinamismo, mas dentro de uma óptica de complementaridade ou suplementaridade ao SNS. São disto exemplo a introdução recente de novos produtos para nichos de mercado, a standardização e racionalização de ofertas, o acesso de seguros de saúde a massas, e o interesse expresso publicamente pelas empresas no sector.

<sup>72</sup> A média dos sinistros é a média aritmética dos custos dos sinistros líquidos de resseguro do próprio ano com o ano anterior.

De acordo com informação da imprensa, a estratégia mais visível e recente das seguradoras parece estar concentrada em novos nichos de mercado ou segmentos de luxo. Alguns sinais de novas dinâmicas são o *target* dos seguros de grupo (pequenas e médias empresas), novos segmentos (nomeadamente, os jovens), crescente associação ao canal bancário, especialização em seguros específicos de reembolso (caso do Vitaplan do Barclays) e produtos específicos (seguro dentário da AXA), e o *target* a populações que têm sido afectadas por alterações recentes das políticas de cobertura dos subsistemas e do SNS. Por exemplo, dentro da área dos seguros de grupo, as seguradoras têm penetrado no mercado dos subsistemas de saúde que estão a reconverter-se – este é o caso do acordo da EDP com seguradoras para os novos empregados. Adicionalmente, as seguradoras têm feito uso crescente de protocolos com associações corporativas e sindicatos, para angariar novos clientes.

As maiores operadoras no mercado têm integrado os seus produtos de grupo com os produtos individuais, e têm desenvolvido produtos específicos para as pequenas e médias empresas (caso da Victoria, Multicare e Médis), o que evidencia ganhos das empresas na standardização de produto (com impacto nos custos administrativos e de gestão).

De acordo com os relatórios e contas de várias companhias, a maioria das seguradoras tem reforçado a componente seguros de saúde nas suas carteiras, assumindo explicitamente que este é um mercado em crescimento (Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde 2005) (Global Companhia de Seguros SA 2005) (AXA 2006). Por exemplo, a Médis reconhece que “o sistema de saúde caminha, ao que tudo indica, para uma lógica de bipolarização, com um sector privado fortemente dirigido aos utentes de maiores rendimentos por um lado e um sector público que serve a população que não dispõe de recursos suficientes para usufruir dos cuidados privados por outros” (conforme *site* da Fortis).

A definição do sector segurador exclui a análise de produtos equiparáveis a seguros mas que podem ser potenciais entrantes no mercado de seguros. Dois destes casos são:

- a) Planos corporativos do grupo PT, analisado neste Relatório no âmbito do subsistema privado, que funcionam de forma fechada. Estes planos poderiam com relativa facilidade converter-se em seguros de saúde se a PT abrisse a rede e entrasse neste mercado.

- b) Cartões de saúde que dão acesso a redes de prestadores com desconto. Este é o caso do cartão de saúde Unimed (produto integrado no Grupo Português de Saúde), que cobra um preço fixo por titular (100 euros anuais, ou 90 euros em certos casos) para aceder a um grupo alargado de prestadores de cuidados de saúde com incidência nacional a preços inferiores<sup>73</sup>.

O quadro 8 apresenta uma análise de alguma das características correntes e de estratégias correntemente desenvolvidas pelas empresas do sector.

---

<sup>73</sup> A Unimed é o exemplo de um conjunto de clínicas privadas que inicialmente criaram um cartão de saúde e mais tarde se associaram a seguros de saúde (o cartão de saúde Futuro comercializado pelo Montepio Geral permite o acesso a esta rede). A Unimed indica no seu site que actualmente tem 300.000 clientes.

**Quadro 8 - Análise dos 7 P do Marketing**

<b>Preço</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Relativa indiferenciação de preços para produtos standard baseados na cobertura de hospitalização e ambulatório</li> <li>-Diminuição dos níveis de reembolso para produtos de reembolso, ou aumento das franquias e imposição de tectos de gasto por componente de despesa</li> </ul>
<b>Produto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manutenção de gama de produtos a funcionar como suplemento e complemento ao SNS, mas com redesign de produtos de modo a possibilitarem um controlo da sinistralidade</li> <li>-Aumento dos produtos mistos e de assistência</li> <li>-As principais seguradoras tenta operar noutras áreas para além da área de seguros de saúde (ex: linha 24 da Medis) e que proporcionam sinergias e poder de negociação com prestadores</li> <li>-Standardização de produtos grupo para as pequenas e médias empresas com produtos individuais</li> <li>-Aparecimento de novos produtos específicos baseados em nichos de mercado, em particular para produtos específicos (saúde oral) e para sistemas de reembolso</li> <li>-Aparecimento de produto abrangente de luxo (da Victoria)</li> </ul>
<b>Promoção</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Target a novos segmentos de mercado, como o mercado jovem e das pequenas e médias empresas</li> <li>-Ênfase na publicidade aos produtos/marcas específicas na saúde (caso da Médis, Multicare e Advance Care)</li> <li>-As seguradoras têm estabelecido protocolos com outras instituições, dando descontos a membros (exemplo: ginásios e SPAs)</li> </ul>
<b>Canais de distribuição ('Place')</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incidência no desenvolvimento do canal <i>Bancassurance</i> e uso de formas de fidelização dos clientes da rede bancária</li> <li>-Alteração da contratualização com mediadores de seguros que tendencialmente trabalham com menor número de produtos concorrentes</li> <li>-Aumento do uso do canal Internet</li> <li>-Recente extensão das parcerias Internacionais, em particular com protocolos de acesso a redes ou unidades de saúde estrangeiras (vide protocolos da rede do BES Espanha, e associação BCP-Fortis)</li> <li>- As seguradoras têm estabelecido protocolos com associações sindicais (caso da Multicare com o Sindicato Nacional do Ensino Superior) ou outras empresas, fazendo uso de novos canais de distribuição</li> </ul>
<b>Pessoas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grande formação das seguradoras em termos de métodos de comunicação com o cliente, propiciadas, por exemplo, pelas grandes alianças com operadoras internacionais (caso BCP-Fortis)</li> </ul>
<b>Processos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desenvolvimento de mecanismos de <i>gatekeeping</i> e de controlo da utilização, como a aplicação de pré-autorizações a acesso a serviços de saúde (ex: autorização via telefónica)</li> <li>-Desenvolvimento das redes de assistência contratualizada, com acesso a prestadores estrangeiros e com racionalização das estruturas de rede</li> </ul>
<b>Evidência física (<i>Physical evidence</i>)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Contratualização com maior número de prestadores nas zonas de maior concentração de populações seguradas</li> <li>-Tendência para maior controlo da qualidade das instalações dos prestadores</li> </ul>



### 3.3. Relação com o SNS

Os fluxos financeiros directos entre o SNS e as seguradoras é restrito mas não negligenciável, e tende a incidir na prestação de serviços dos hospitais às seguradoras (ver valores da Conta Satélite da Saúde apresentados na secção 4.2.1)<sup>74</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 9 espelha as coberturas dos seguros transaccionados no mercado português, com grande preponderância nas componentes de internamento, ambulatório e consultas<sup>75, 76</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>74</sup> Os fluxos financeiros entre as seguradoras e o SNS reflecte factores como a tipologia de produtos cobertos pelas seguradoras, a 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 privados dos prestadores públicos) e de efectiva cobrança às seguradoras, e a dimensão e presença do sector de prestação privado nas várias áreas de saúde.

<sup>75</sup> De notar que a componente de despesa dos seguros relativa a cuidados prestados no ambulatório mais do que duplicou entre 2000 e 2003.

<sup>76</sup> O quadro confirma que os seguros de saúde só em muito reduzida proporção cobrem custos de fármacos, exames de diagnóstico, prevenção, aparelhos médicos, e cuidados continuados.

**Quadro 9 - Despesa corrente na saúde por actividade prestadora e financiada por outros seguros (privados) (10<sup>3</sup> euros)**

	2000	2001	2002	2003
<b>Hospitais</b>	55,094	63,433	84,316	88,794
<b>Estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados</b>	-	-	-	-
<b>Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório</b>	64,965	74,798	99,423	144,344
-Consultórios ou gabinetes médicos, de medicina dentária, de outros prestadores de cuidados de saúde e de prestadores de serviços de cuidados de saúde domiciliários	27,987	32,459	43,289	60,233
-Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (SNS)	934	908	844	965
-Outros centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório particulares com e sem fins lucrativos	24,958	28,477	38,004	56,279
-Laboratórios médicos e de diagnóstico	11,086	12,954	17,286	26,867
-Outros fornecedores de cuidados de saúde em ambulatório	-	-	-	-
<b>Venda a retalho e outros fornecedores de artigos médicos</b>	12,227	14,078	18,712	23,141
-Farmácias	5,596	6,443	8,564	9,446
-Todas as outras vendas de bens médicos	6,631	7,635	10,148	13,695
-Provisão e administração de programas de saúde pública	-	-	-	-
<b>Administração e seguros de saúde em geral (=outros seguros privados)</b>	16,651	9,665	11,504	28,802
<b>Todas as outras actividades e Resto do Mundo</b>	-	-	-	-

Fonte: (Instituto Nacional de Estatística 2006)

O Orçamento de Estado tem co-financiado o mercado de seguros indirectamente, através de 24 milhões de euros de benefícios fiscais de seguros de saúde e de parte dos 498 milhões de euros de benefícios fiscais de despesas de saúde (valores referentes a 2004).

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 o seu financiamento pelo sistema geral de impostos. 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>77</sup>. Sabe-se ainda que nem sempre os serviços públicos registam ou cobram a utilização de infraestrutura pública pelos privados.

### 3.4. Regulação

Há um conjunto de questões no mercado de seguros que remete para a actuação dos reguladores<sup>78</sup>. Em primeiro lugar, parece justificar-se uma maior atenção sobre as condições de renovação dos contratos anuais<sup>79</sup>. 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 indirectamente acesso a informação privilegiada sobre segurados, o que pode implicar potencialmente uma selecção (e discriminação) de clientes. Em terceiro lugar, existem produtos equiparáveis a seguro fora da jurisdição do Instituto de Seguros de Portugal (como os Planos

---

<sup>77</sup> O mesmo se tem aplicado à negociação entre alguns subsistemas e o SNS, que se recusam a pagar a dívida (caso do SAMS).

<sup>78</sup> O mercado de seguros de saúde está sujeito às regras de um mercado privado, à legislação do sector segurador em geral, e não há regulação de reporte específico para o ramo doença. As principais entidades com um papel activo na regulação e monitorização do mercado de seguros de saúde têm sido o Instituto de Seguros de Portugal (ISP), a Associação Portuguesa para a Defesa de Consumidores (DECO) e a Autoridade da Concorrência (AdC). O ISP é a autoridade oficial portuguesa de regulação e supervisão da actividade seguradora e resseguradora, dos fundos de pensões e da actividade de mediação de seguros. O estatuto do ISP consagra a atribuição aos seus órgãos de um grande poder regulamentar e amplas competências decisórias em matérias de supervisão, nomeadamente as decisões sobre a constituição, cisão, fusão, encerramento e liquidação de empresas de seguros ou resseguros e de sociedades gestoras de fundos de pensões. Por exemplo, o ISP deu um parecer favorável no caso da aquisição pelo grupo Fortis de mais de 50% nas empresas de seguros pertencentes ao grupo BCP em 2005. A AdC foi também chamada a analisar a compra, em 2004, do sector segurador do BCP (componente de seguros comercializados através de canais directos e de redes de mediação, excluindo *bancassurance*) pela Caixa Seguros, dado que a operação era susceptível de criar ou reforçar uma posição dominante da qual podiam resultar entraves significativos em diversos mercados de seguros não vida, no contexto de duas empresas com quotas de mercado superiores a 50% (Autoridade da Concorrência, 2004). A AdC deu um parecer positivo e considerou que a operação de venda de quota de mercado deveria ter um impacto de concentração menor do que o esperado, pois envolveu a transferência de clientes entre os dois maiores operadores do mercado (o estudo de base previu uma diminuição do índice Herfindahl-Hirschman com a operação). Ainda assim, a operação de compra foi aprovada com um conjunto de cláusulas contratuais para reduzir a concorrência num período transitório: restringiram-se as condições de passagem de segurados entre companhias e o uso de marketing directo da Média aos clientes transferidos para o grupo CGD. Por sua vez, a DECO tem tido um papel activo na comparação periódica entre produtos de mercado, na recolha de reclamações, e no anúncio e divulgação de recomendações ao potencial comprador de seguros. As reclamações típicas transmitidas à DECO são relacionadas com exclusões (despesas não cobertas pelas apólices), idades-limite, períodos de carência, e disputas no uso de pré-autorizações por parte das seguradoras que se recusam a pagar certos actos médicos (Nunes, 2006).

<sup>79</sup> Um problema crítico na área da informação é que, apesar dos contratos serem anuais, as seguradoras não disponibilizam informação clara sobre os níveis de preços para as renovações dos contratos, nem alterações na estrutura dos produtos; e não há informação histórica sobre a inflação dos prémios das empresas.

Corporativos da PT, cartões de saúde, e seguros de assistência e doença englobados em cartões de crédito), mas que são importantes na análise do sector e na defesa do consumidor. Por último, existe falta de informação crucial para a análise da efectiva concorrência neste mercado<sup>80</sup>.

#### **4. Reflexão sobre o potencial de desenvolvimento do sector**

O quadro 10 apresenta os argumentos sobre o potencial da evolução do mercado de seguros de saúde em Portugal.

---

<sup>80</sup> Não há informação sobre novos contratos anuais e de cancelamento de contratos; muitas vezes os dados do ramo doença são reportados nos relatórios e contas e noutras estatísticas conjuntamente com o ramo acidentes em que o seguro é obrigatório, o que impede uma análise detalhada; há falta de informação sobre as carteiras de clientes de cada empresa e respectivo nível de risco; há ausência de informação que permita interligar variações de preços, segurados e lucros por empresa, informação esta necessária para analisar a evidência de falta de concorrência, nomeadamente sob a forma do *underwriting cycle*.

**Quadro 10** - Evidência sobre potencial de evolução dos actuais produtos de seguro privado para maior gama de produtos e para oferta de produtos mais extensivos

Argumentos a favor do desenvolvimento do mercado	Argumentos contra o desenvolvimento do mercado
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença no mercado português de operadores internacionais com experiência de oferta de produtos mais abrangentes</li> <li>- Contexto de crescimento deste mercado, e apetência demonstrada por seguradoras para este mercado específico (que ainda não atingiu maturidade)</li> <li>- Alteração estrutural no mercado de seguros de saúde nos últimos 10 anos, com passagem dos produtos de reembolso para produtos mistos, indiciando o melhor controlo de utilização, e economias de escala</li> <li>- Crescente dinâmica no sector e aumento do número de produtos oferecidos</li> <li>- Contexto de crescimento do sector privado, que potencia alianças e outras parcerias com os seguros de saúde</li> <li>- Só uma pequena proporção de empresas é compradora de seguros de grupo, sendo um mercado com potencial de crescimento</li> <li>- Apesar dos actuais contratos de seguros de saúde serem selectivos e muito restritivos, as seguradoras parecem ser eficazes em controlar o risco moral, protegendo-se da escalada de custos através do <i>design</i> de produtos e do controlo de exclusões, acumulando experiência para criar produtos noutros contextos</li> <li>- O sector segurador depende actualmente da oferta privada, e há claramente um potencial de crescimento desta num contexto de aparecimento de novas tecnologias nem sempre disponíveis no SNS, manutenção de listas de espera, maior qualidade percebida e exigida do sector privado, e escassez de oferta de alguns produtos no SNS (ex: serviços de saúde oral)</li> <li>- O sector segurador encontra-se a fazer o <i>target</i> ao segmento jovem e de pequenas e médias empresas, evidenciando uma política de expansão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mercado com produtos de espectro restrito, focalizado no <i>design</i> de produtos para controlo do risco de sinistros e selecção de carteiras de riscos homogéneos</li> <li>- Tendência de concentração do mercado, não propiciando concorrência por diferenciação de produto</li> <li>- Ausência de produtos disponíveis para grupos de risco</li> <li>- Os seguros de saúde estão inseridos em companhias de seguros de espectro lato (ou grupos financeiros e de saúde mais amplos) em que o mercado de seguros de saúde é um produto com uma quota pequena e marginal para a definição de estratégias</li> <li>- Nenhuma seguradora oferece produtos abrangentes a preço comparável com valores de gasto do SNS e dos subsistemas</li> <li>- O desenvolvimento do sector segurador dependerá em grande parte do crescimento dos sectores privado e não lucrativo, do financiamento público de serviços prestados pelo sector privado, e do sistema fiscal. Há grande escassez de prestadores privados em algumas áreas geográficas e em alguns sub-sectores de saúde</li> <li>- Os actuais valores de pagamento de <i>opting-out</i> não são atractivos para o sector segurador; há uma falta crucial de informação para calcular prémios em função do perfil de risco e ganhos projectados para as seguradoras. A existência de uma base de dados com historial de risco dos utilizadores de cuidados de saúde é uma condição necessária para o desenvolvimento do sector segurador</li> <li>- Qualquer sistema de <i>opting-out</i> em função do perfil de risco ou fundo de mutualização necessita de informação sobre custos por perfil de risco (para definição de pagamentos quer <i>ex-ante</i> quer <i>ex-post</i>)</li> <li>- O potencial de crescimento do mercado segurador é visto pelos operadores como complemento e suplemento ao SNS nas áreas mais atractivas.</li> </ul>

## **5. Conclusões**

O mercado de seguros de saúde segurador apresenta-se como lucrativo e eficaz no controlo dos custos, tendo registado uma expansão baseada na complementaridade e suplementaridade dos seus produtos em relação ao SNS. Trata-se um sector com um nível substancial de concentração, dominado por produtos básicos e de coberturas limitadas, e 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.

Contudo, este é um mercado com grande capacidade de adaptação a novos contextos, ainda mais com a entrada recente de grandes grupos estrangeiros no sector.

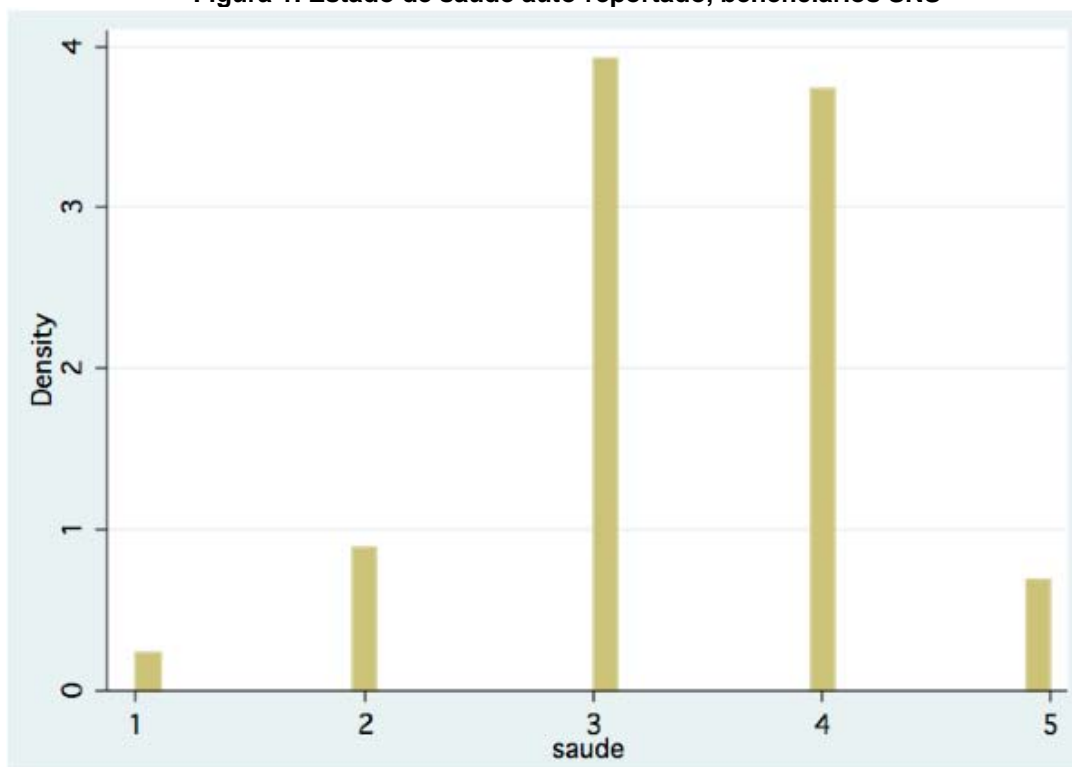
### **Anexo 13**

#### **Efeitos dos subsistemas sobre o estado de saúde e a utilização de recursos**

Como descrito no relatório principal, existem em Portugal subsistemas públicos e subsistemas privados, sendo relevante para a discussão da estrutura do financiamento compreender os seus efeitos em termos de consumo de recursos e de estado de saúde dos beneficiários cobertos.

As figuras seguintes mostram as características fundamentais: os beneficiários de subsistemas apresentam em média um melhor estado de saúde auto-reportado, têm uma maior probabilidade de consumo de medicamentos e utilizam de forma mais intensiva consultas.

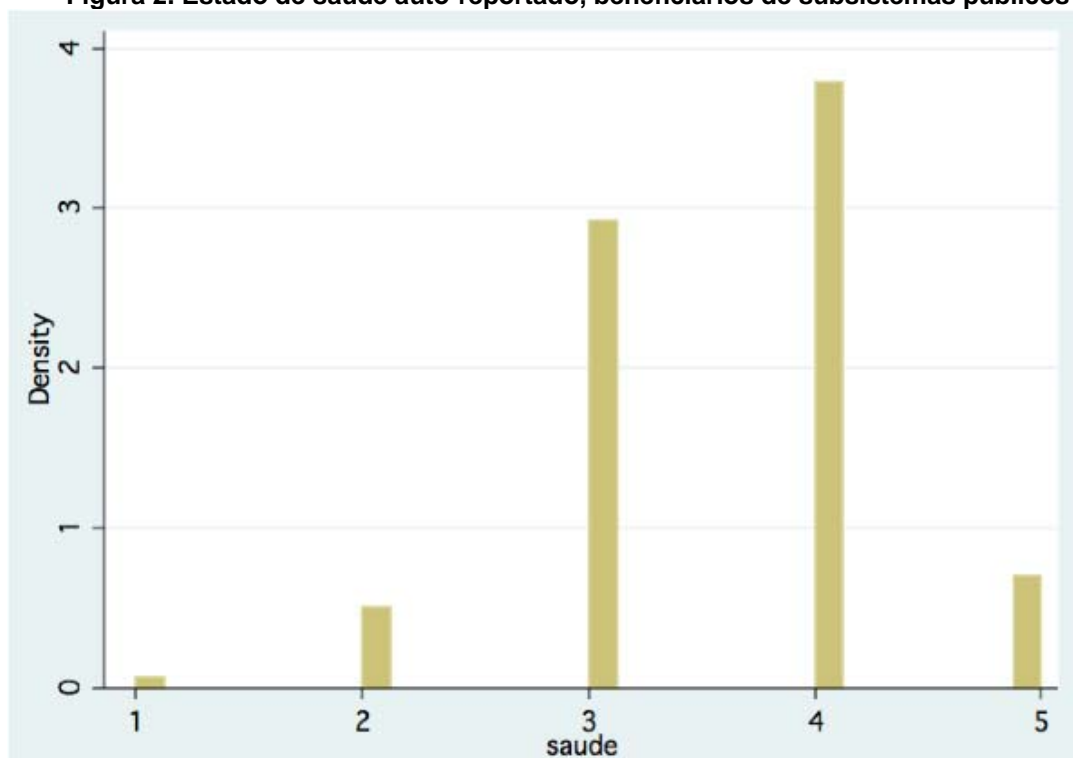
**Figura 1. Estado de saúde auto-reportado, beneficiários SNS**



Fonte: elaboração própria, com base no INS

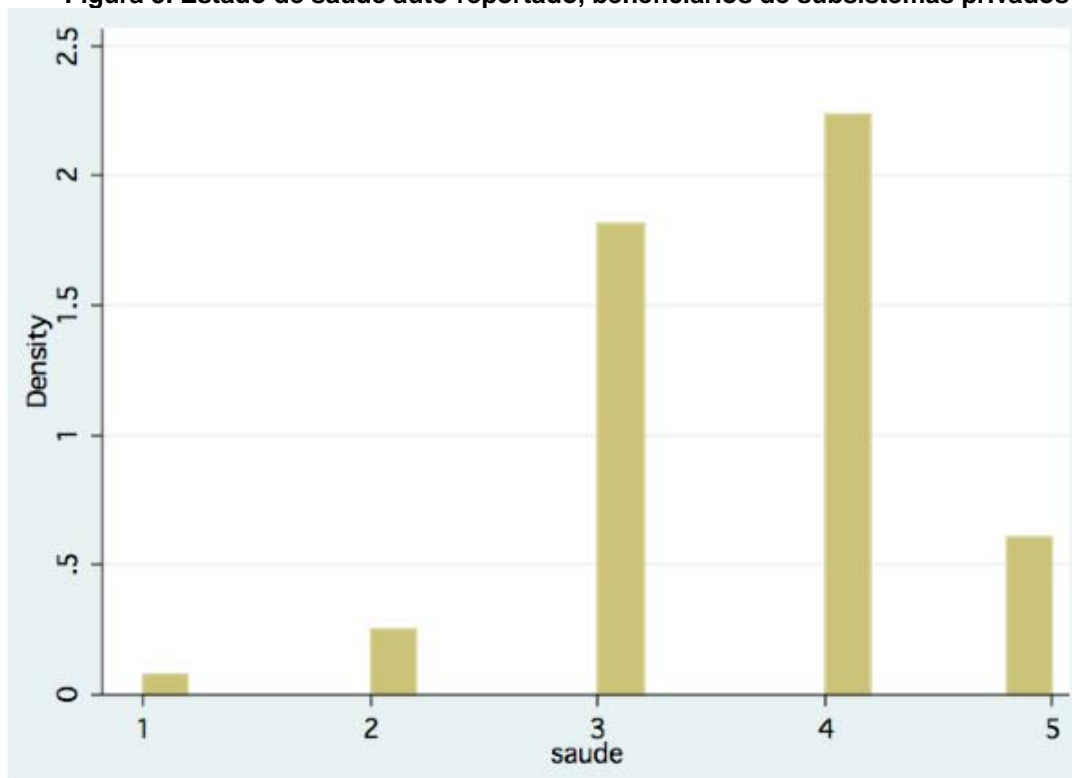


**Figura 2. Estado de saúde auto-reportado, beneficiários de subsistemas públicos**



Fonte: Elaboração própria, com base no INS

**Figura 3. Estado de saúde auto-reportado, beneficiários de subsistemas privados**



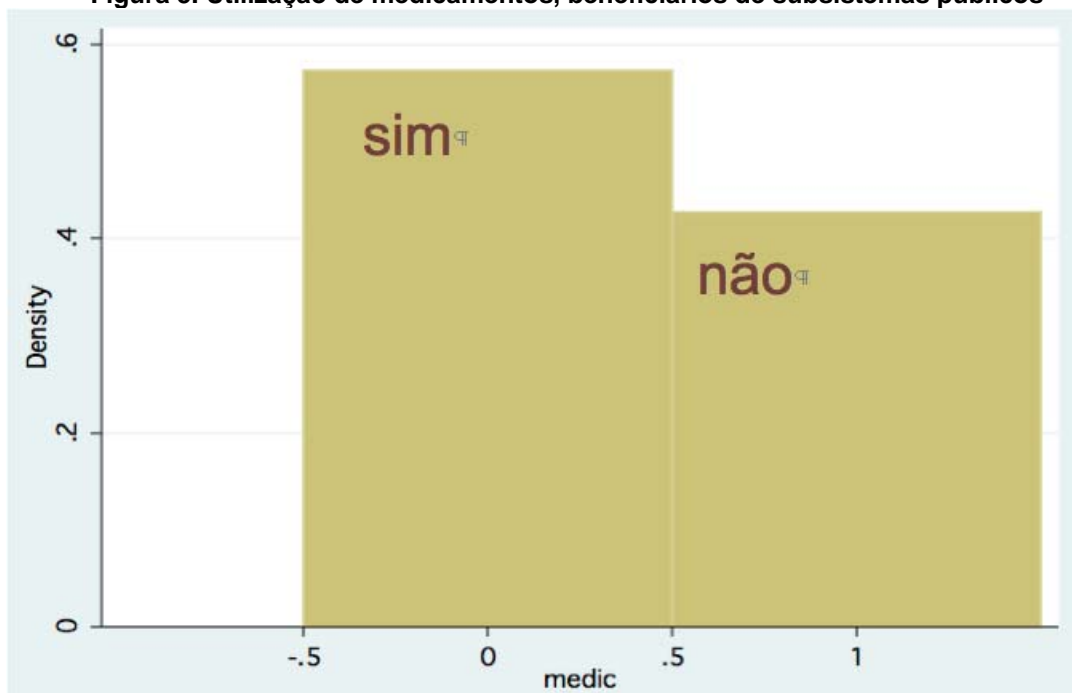
Fonte: elaboração própria, com base no INS

Figura 4. Utilização de medicamentos, beneficiários do SNS



Fonte: elaboração própria, com base no INS

Figura 5. Utilização de medicamentos, beneficiários de subsistemas públicos



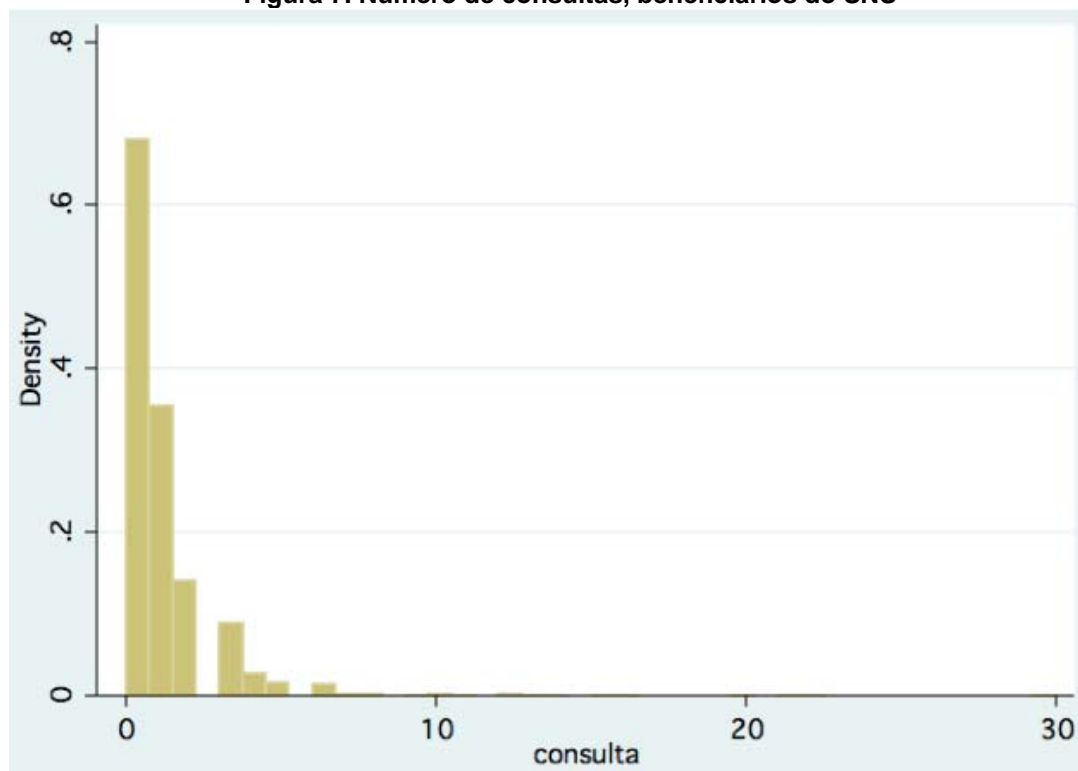
Fonte: elaboração própria, com base no INS

Figura 6. Utilização de medicamentos, beneficiários de subsistemas privados



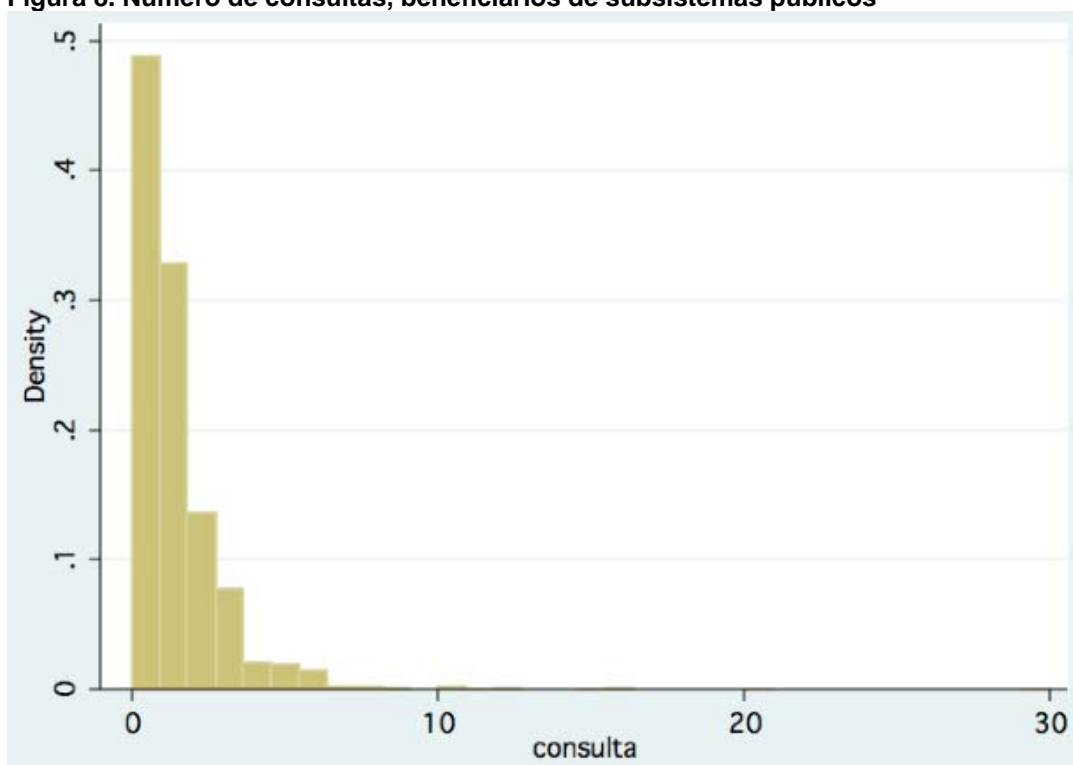
Fonte: elaboração própria, com base no INS

**Figura 7. Número de consultas, beneficiários do SNS**



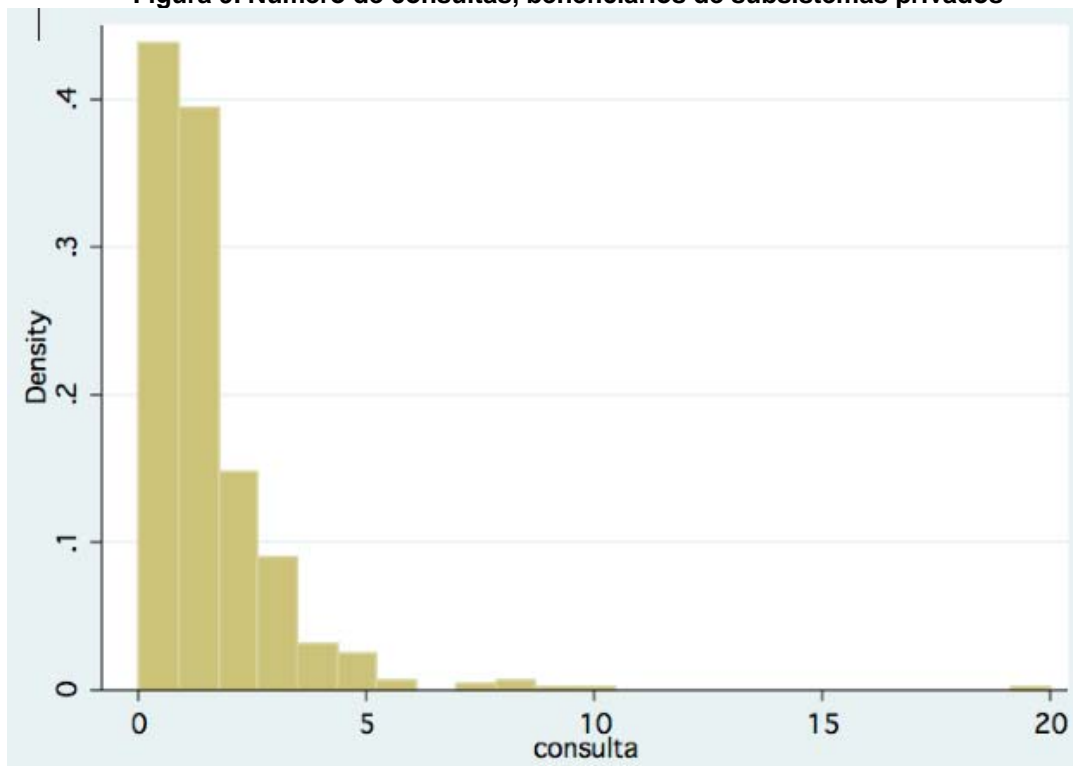
Fonte: elaboração própria, com base no INS

**Figura 8. Número de consultas, beneficiários de subsistemas públicos**



Fonte: elaboração própria, com base no INS

**Figura 9. Número de consultas, beneficiários de subsistemas privados**

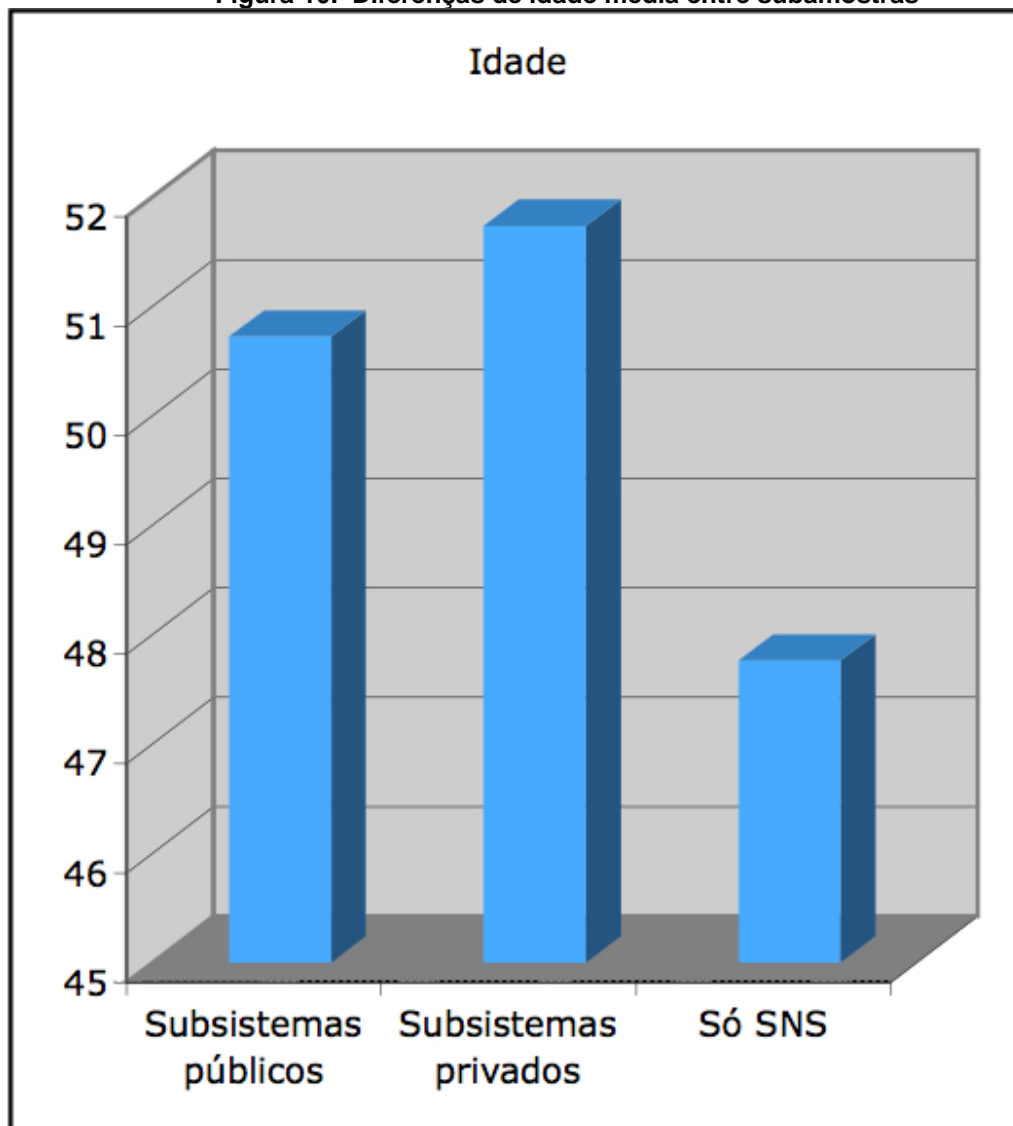


Fonte: elaboração própria, com base no INS

No entanto, esta visão é incompleta, porque não contempla diferenças nas populações cobertas pelos subsistemas. Factores de necessidade e de capacidade (nomeadamente financeira) determinam igualmente a procura de cuidados de saúde. Se as populações cobertas pelos subsistemas tiverem também maior rendimento médio, poderão ter um maior consumo de medicamentos ou de consultas apenas por esse efeito de rendimento e não por terem cobertura de subsistema. Da mesma forma, poderão ter melhor estado de saúde se tiverem maior escolaridade (que os leva a estilos de vida mais saudáveis e a uma melhor utilização de cuidados de saúde). As figuras seguintes mostram de forma clara que essas diferenças existem, sendo então necessário “padronizar” os valores de estado de saúde e de consumos.

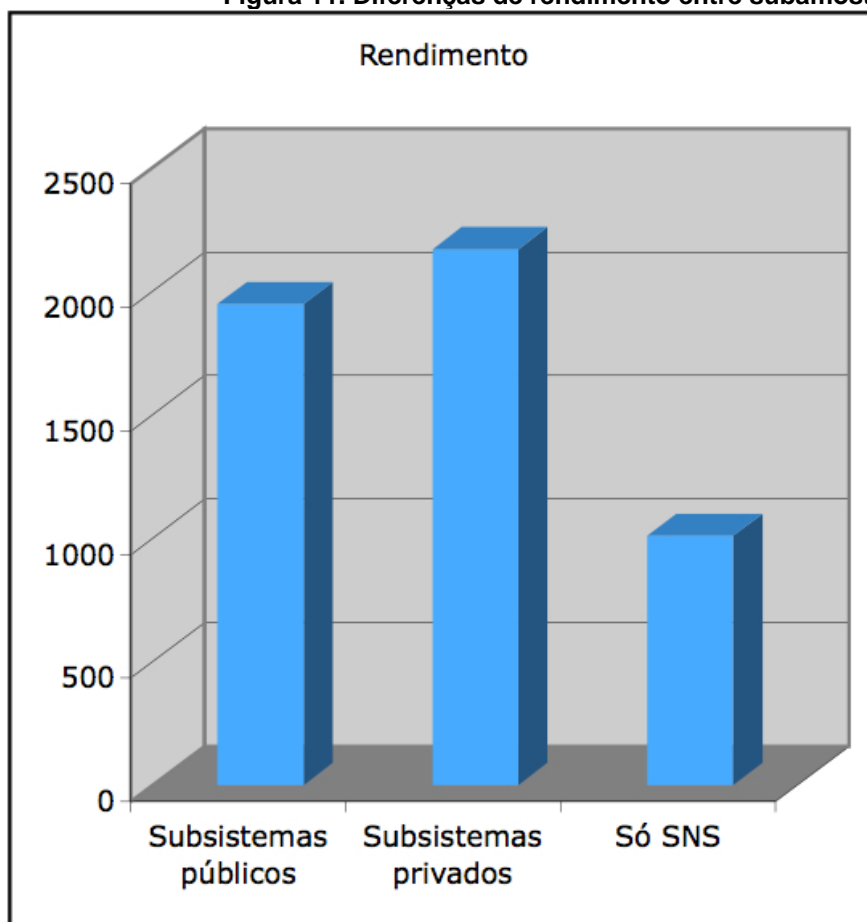


Figura 10. Diferenças de idade média entre subamostras



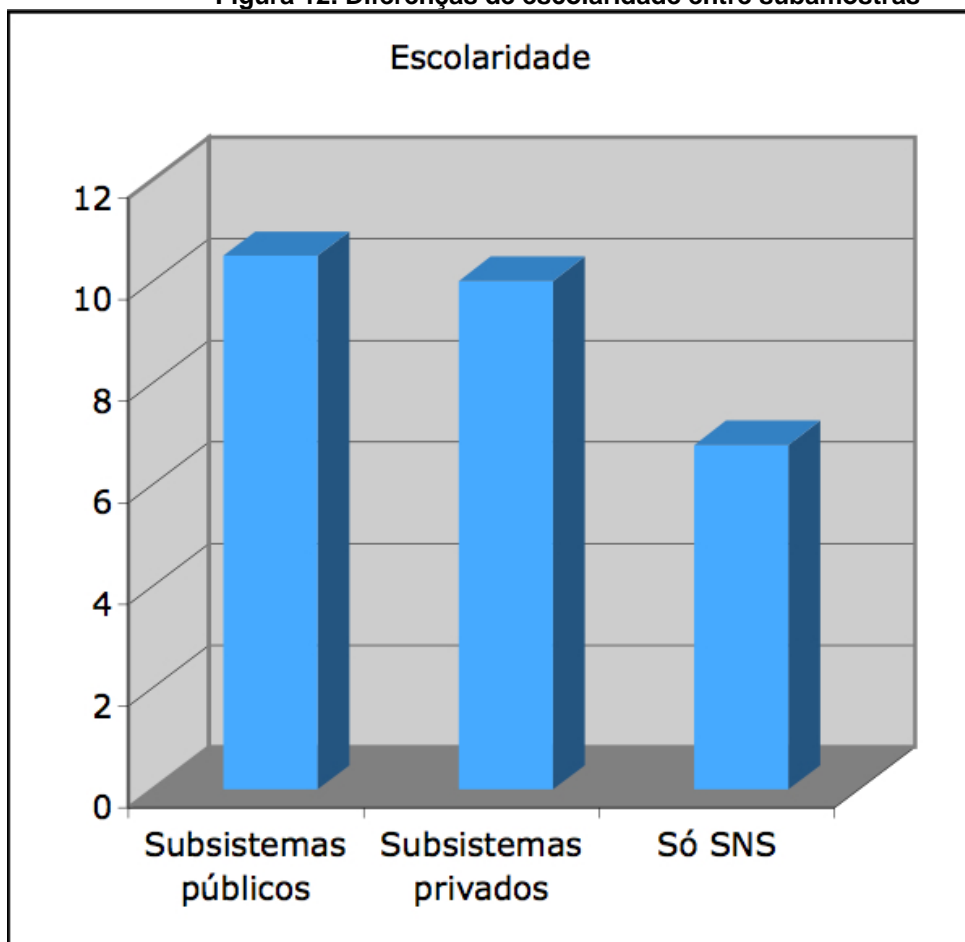
Fonte: elaboração própria, com base no INS

**Figura 11. Diferenças de rendimento entre subamostras**



Fonte: elaboração própria com base no INS

**Figura 12. Diferenças de escolaridade entre subamostras**



Fonte: elaboração própria, com base no INSq

Importa descrever os efeitos em termos de utilização de recursos. Para tal, considera-se o efeito sobre a probabilidade de consumo de medicamentos e sobre o número de consultas.

Estimação sobre a probabilidade de consumo de medicamentos: Os efeitos de cobertura de subsistemas públicos ou de subsistemas privados são estatisticamente significativos. Isto é, não se exclui a hipótese de estas coberturas não implicarem um aumento da probabilidade de consumo de medicamentos.

A forma adequada de conseguir essa padronização consiste em utilizar análise de regressão (apropriada às características dos dados em causa), de outra forma, as comparações serão simplesmente inapropriadas.

Os cálculos seguintes procedem a essas comparações.

Probit regression			Number of obs = 29069		
			Wald chi2(36) = 6520.65		
			Prob > chi2 = 0.0000		
Log pseudolikelihood = -14705.699			Pseudo R2 = 0.2702		
(Std. Err. adjusted for 905 clusters in alojamen)					
-----					
medic	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----					
subsispub	-.0013383	.0263123	-0.05	0.959	-.0529094 .0502328
subsispriv	.0223513	.0561208	0.40	0.690	-.0876434 .1323459
sexo	-.808982	.0408831	-19.79	0.000	-.8891113 -.7288526
rendscaled	-20.89836	11.0763	-1.89	0.059	-42.60752 .8107974
idade	-.0190005	.00246	-7.72	0.000	-.0238219 -.014179
idade2	-.0000131	.0000263	-0.50	0.617	-.0000647 .0000384
imc	-.0036702	.0022278	-1.65	0.099	-.0080367 .0006963
escolaridade	-.0045171	.0027158	-1.66	0.096	-.0098399 .0008057
diabetes	-.6807477	.0490433	-13.88	0.000	-.7768709 -.5846245
asma	-.6114144	.0474312	-12.89	0.000	-.7043777 -.518451
tensao	-.7923534	.0285482	-27.75	0.000	-.8483068 -.7364
reumat	-.2295995	.030641	-7.49	0.000	-.2896547 -.1695442
dor	-.3143766	.0296363	-10.61	0.000	-.3724627 -.2562906
osteo	-.3898635	.0538463	-7.24	0.000	-.4954002 -.2843267
retina	-.4365779	.1720021	-2.54	0.011	-.7736958 -.0994601
glauco	-.402752	.1528681	-2.63	0.008	-.702368 -.103136
cancro	-.2565878	.0725393	-3.54	0.000	-.3987623 -.1144133
pedra	-.1768914	.0477654	-3.70	0.000	-.27051 -.0832729
renal	-.4078036	.1240166	-3.29	0.001	-.6508717 -.1647356
ansia	-.2600941	.0718476	-3.62	0.000	-.4009128 -.1192755
ferida	-.4917313	.1607931	-3.06	0.002	-.80688 -.1765827
enfisema	-.4114376	.064805	-6.35	0.000	-.538453 -.2844221
avc	-.5608974	.1115194	-5.03	0.000	-.7794715 -.3423234
obeso	-.0508915	.0642138	-0.79	0.428	-.1767482 .0749652
depressao	-.7241233	.0448607	-16.14	0.000	-.8120487 -.636198
enfarte	-.9752355	.1299209	-7.51	0.000	-1.229876 -.7205952
trim2	.0313037	.0258178	1.21	0.225	-.0192984 .0819057
trim3	-.0080513	.0258307	-0.31	0.755	-.0586785 .0425758
trim4	.016769	.0249388	0.67	0.501	-.0321101 .0656481
idade_sexo	.0053302	.00094	5.67	0.000	.0034879 .0071725
norte	-.0672144	.0341272	-1.97	0.049	-.1341025 -.0003264
centro	-.1086664	.0319908	-3.40	0.001	-.1713673 -.0459656
alentejo	.1240425	.0341112	3.64	0.000	.0571858 .1908993
algarve	.0223986	.0337728	0.66	0.507	-.0437948 .088592
acores	-.0195751	.0310339	-0.63	0.528	-.0804004 .0412502
madeira	.1787202	.03333	5.36	0.000	.1133946 .2440458
_cons	1.61236	.0725793	22.22	0.000	1.470107 1.754613
-----					

Fonte: elaboração própria

Fonte: elaboração própria

A análise de consumo de recursos prossegue com a consideração do seu impacto sobre a utilização de consultas, utilizando para o efeito o número de consultas indicado para os últimos 3 meses e constante no 4º Inquérito Nacional de Saúde.

Zero-inflated negative binomial regression				Number of obs	=	13591
				Nonzero obs	=	6895
				Zero obs	=	6696
Inflation model = logit				LR chi2(29)	=	1851.99
Log likelihood = -18105.96				Prob > chi2	=	0.0000
	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
consulta						
sexo	.2370921	.0269034	8.81	0.000	.1843625	.2898218
rendscaled	3.696034	12.47976	0.30	0.767	-20.76384	28.15591
<b>subsispriv</b>	<b>.1328061</b>	<b>.0585022</b>	<b>2.27</b>	<b>0.023</b>	<b>.0181439</b>	<b>.2474683</b>
<b>subsispub</b>	<b>.0465393</b>	<b>.0333434</b>	<b>1.40</b>	<b>0.163</b>	<b>-.0188125</b>	<b>.1118911</b>
idade	.0042113	.0049335	0.85	0.393	-.0054581	.0138808
idade2	.0000343	.0000466	0.74	0.462	-.000057	.0001256
escolaridade	.0140904	.0036954	3.81	0.000	.0068476	.0213333
norte	.0197405	.0385845	0.51	0.609	-.0558837	.0953647
centro	.0415037	.0403553	1.03	0.304	-.0375913	.1205987
alentejo	-.181969	.0441176	-4.12	0.000	-.2684379	-.0955001
algarve	-.0922484	.0413488	-2.23	0.026	-.1732906	-.0112061
acores	-.2695205	.0452357	-5.96	0.000	-.3581809	-.1808601
madeira	-.3871139	.054129	-7.15	0.000	-.49323	-.2810481
asma	.2440088	.0525251	4.65	0.000	.1410614	.3469561
tensao	.3120793	.0279805	11.15	0.000	.2572385	.36692
dor	.2853811	.0306513	9.31	0.000	.2253057	.3454566
reumat	.2222138	.0316824	7.01	0.000	.1601175	.2843101
osteo	.157478	.0506407	3.11	0.002	.0582241	.2567319
retina	.1597411	.1203525	1.33	0.184	-.0761454	.3956277
glauco	.2808167	.1079896	2.60	0.009	.0691609	.4924724
cancro	.5303474	.0711374	7.46	0.000	.3909208	.6697741
pedra	.1620828	.0431038	3.76	0.000	.0776009	.2465646
renal	.5160459	.0825581	6.25	0.000	.3542349	.6778569
ansia	.0808127	.0558328	1.45	0.148	-.0286175	.1902429
ferida	.3688816	.1071472	3.44	0.001	.158877	.5788862
enfisema	.2637321	.0590932	4.46	0.000	.1479116	.3795527
avc	.3087707	.083107	3.72	0.000	.145884	.4716573
depressao	.430411	.0415737	10.35	0.000	.3489281	.5118939
enfarte	.4035015	.0748066	5.39	0.000	.2568833	.5501197
_cons	-.7636721	.1330812	-5.74	0.000	-1.024506	-.5028377
inflate						
rendscaled	-23644.01	11759.89	-2.01	0.044	-46692.97	-595.0551
_cons	-.0350443	1.080048	-0.03	0.974	-2.151899	2.081811
/lnalpha	-.2782539	.0322383	-8.63	0.000	-.3414398	-.215068
alpha	.7571046	.0244078			.7107463	.8064866
Likelihood-ratio test of alpha=0: chibar2(01) = 2242.09 Pr>=chibar2 = 0.0000						
Vuong test of zinb vs. standard negative binomial: z = 0.90 Pr>z = 0.1833						

Fonte: elaboração própria

Negative binomial regression				Number of obs	=	13591
Dispersion	= mean			LR chi2(30)	=	1912.81
Log likelihood	= -18076.657			Prob > chi2	=	0.0000
				Pseudo R2	=	0.0502
consulta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	.2444406	.0268793	9.09	0.000	.1917581	.2971231
rendscaled	6.476333	12.43349	0.52	0.602	-17.89286	30.84552
<b>subsispriv</b>	<b>.139193</b>	<b>.0584208</b>	<b>2.38</b>	<b>0.017</b>	<b>.0246903</b>	<b>.2536957</b>
<b>subsispub</b>	<b>.054582</b>	<b>.0333063</b>	<b>1.64</b>	<b>0.101</b>	<b>-.0106972</b>	<b>.1198611</b>
idade	.0026075	.0049224	0.53	0.596	-.0070402	.0122551
idade2	.0000405	.0000465	0.87	0.383	-.0000506	.0001316
escolaridade	.0147666	.0036911	4.00	0.000	.0075322	.022001
norte	.0145368	.038529	0.38	0.706	-.0609786	.0900521
centro	.0464801	.040278	1.15	0.249	-.0324633	.1254235
alentejo	-.1825711	.0440449	-4.15	0.000	-.2688974	-.0962447
algarve	-.0919538	.0412751	-2.23	0.026	-.1728515	-.0110561
acores	-.2707834	.0451796	-5.99	0.000	-.3593338	-.182233
madeira	-.3870077	.0541016	-7.15	0.000	-.4930448	-.2809706
diabetes	.3218538	.0408525	7.88	0.000	.2417844	.4019233
asma	.2383201	.0524043	4.55	0.000	.1356096	.3410306
tensao	.2970209	.0280138	10.60	0.000	.242115	.3519269
dor	.2820583	.0306051	9.22	0.000	.2220735	.3420431
reumat	.214514	.0316468	6.78	0.000	.1524875	.2765405
osteo	.1666584	.0505478	3.30	0.001	.0675864	.2657304
retina	.1488778	.120299	1.24	0.216	-.0869039	.3846596
glauco	.2658582	.1076694	2.47	0.014	.0548301	.4768862
canro	.5376538	.0710348	7.57	0.000	.3984282	.6768794
pedra	.1479771	.0430754	3.44	0.001	.063551	.2324033
renal	.5267291	.0824601	6.39	0.000	.3651103	.688348
ansia	.0838036	.0557397	1.50	0.133	-.0254443	.1930515
ferida	.3387134	.1069132	3.17	0.002	.1291674	.5482594
enfisema	.263572	.0589907	4.47	0.000	.1479524	.3791916
avc	.2838925	.083023	3.42	0.001	.1211703	.4466146
depressao	.4262188	.0414852	10.27	0.000	.3449093	.5075282
enfarte	.3659197	.0749281	4.88	0.000	.2190634	.512776
_cons	-.7364223	.1327287	-5.55	0.000	-.9965659	-.4762788
/lnalpha	-.2845308	.0321697			-.3475822	-.2214795
alpha	.7523671	.0242034			.7063939	.8013324
Likelihood-ratio test of alpha=0: chibar2(01) = 3144.17 Prob>=chibar2 = 0.000						

Fonte: elaboração própria

Existe evidência de que a cobertura de subsistemas privados incentiva a utilização de mais consultas, mas os subsistemas públicos embora tenham sinal no mesmo sentido não têm um coeficiente estatisticamente significativo. Ou seja, não se pode excluir que seja um efeito nulo.

Analisa-se agora o efeito sobre o estado de saúde dos beneficiários, através de um modelo probit ordenado, que procura perceber as regularidades associadas com um maior nível de estado de saúde, sabendo-se apenas que o estado de saúde auto-reportado.

Ordered probit regression				Number of obs	=	9764
				Wald chi2(50)	=	4363.67
				Prob > chi2	=	0.0000
Log pseudolikelihood = -9552.8672				Pseudo R2	=	0.2019
(Std. Err. adjusted for 832 clusters in alojamen)						
saude	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
prob_medic~m	1.5657	.1696654	9.23	0.000	1.233162	1.898238
fitted	.0524327	.0370954	1.41	0.158	-.020273	.1251383
adse	<b>.0807943</b>	<b>.0662373</b>	<b>1.22</b>	<b>0.223</b>	<b>-.0490284</b>	<b>.2106171</b>
subsispub	<b>-.0680634</b>	<b>.0622049</b>	<b>-1.09</b>	<b>0.274</b>	<b>-.1899827</b>	<b>.0538559</b>
subsispriv	<b>.1483399</b>	<b>.0615623</b>	<b>2.41</b>	<b>0.016</b>	<b>.02768</b>	<b>.2689999</b>
sexo	.9733728	.1406572	6.92	0.000	.6976897	1.249056
idade	-.0262301	.0057223	-4.58	0.000	-.0374456	-.0150146
idade_sexo	-.0135001	.0022902	-5.89	0.000	-.0179888	-.0090115
rend	.0001099	.0000131	8.37	0.000	.0000842	.0001356
casado	-.0643618	.0375439	-1.71	0.086	-.1379464	.0092228
separado	-.0046119	.1381213	-0.03	0.973	-.2753246	.2661008
divorciado	.0079514	.0578241	0.14	0.891	-.1053817	.1212846
viuvo	-.0874739	.0644637	-1.36	0.175	-.2138205	.0388726
altura	-.0099637	.0092685	-1.08	0.282	-.0281296	.0082022
peso	.0123575	.0104319	1.18	0.236	-.0080885	.0328036
imc	-.0309549	.0286637	-1.08	0.280	-.0871348	.025225
escolaridade	.0513723	.0038163	13.46	0.000	.0438924	.0588522
seguro	.1349134	.0390598	3.45	0.001	.0583577	.2114692
diabetes	-.1627463	.0565855	-2.88	0.004	-.2736517	-.0518408
asma	-.1958783	.0584431	-3.35	0.001	-.3104247	-.0813319
tensao	.1248554	.0570907	2.19	0.029	.0129596	.2367512
dor	-.4414883	.0445988	-9.90	0.000	-.5289004	-.3540762
osteo	-.1046854	.0544334	-1.92	0.054	-.211373	.0020021
reumat	-.309051	.0364618	-8.48	0.000	-.3805148	-.2375873
retina	.0245757	.1325371	0.19	0.853	-.2351923	.2843437
cancro	-.4398492	.1008004	-4.36	0.000	-.6374144	-.242284
glauco	.1060429	.1295225	0.82	0.413	-.1478166	.3599024
pedra	-.0225855	.0450933	-0.50	0.616	-.1109668	.0657958
renal	-.3517056	.1044607	-3.37	0.001	-.5564448	-.1469663
ansia	-.1372826	.0598702	-2.29	0.022	-.254626	-.0199392
ferida	-.0679614	.1192936	-0.57	0.569	-.3017727	.1658498
enfisema	-.2012473	.0747234	-2.69	0.007	-.3477024	-.0547921
avc	-.4185893	.093173	-4.49	0.000	-.601205	-.2359735
obeso	-.1218663	.0604097	-2.02	0.044	-.2402672	-.0034654
enfarte	-.2530084	.0919512	-2.75	0.006	-.4332296	-.0727873
consulta	-.1007093	.0096767	-10.41	0.000	-.1196753	-.0817434
medic	.3234846	.0278536	11.61	0.000	.2688925	.3780767
idade2	.0002522	.0000512	4.92	0.000	.0001518	.0003526
tableve	.1119928	.0717791	1.56	0.119	-.0286917	.2526773
naofuma	.1279828	.0326775	3.92	0.000	.0639361	.1920294
diasvinho	-.0027726	.004567	-0.61	0.544	-.0117238	.0061786
norte	-.0971028	.0392501	-2.47	0.013	-.1740315	-.0201741
centro	-.2541837	.0441358	-5.76	0.000	-.3406882	-.1676792
alentejo	-.0782847	.0481191	-1.63	0.104	-.1725965	.016027
algarve	.0142392	.043399	0.33	0.743	-.0708213	.0992998
acores	.1247273	.0465567	2.68	0.007	.0334778	.2159768
madeira	-.2925288	.0646875	-4.52	0.000	-.419314	-.1657436
trim2	.023817	.0316192	0.75	0.451	-.0381554	.0857894
trim3	-.0051544	.0311147	-0.17	0.868	-.0661381	.0558292
trim4	.0440986	.0315446	1.40	0.162	-.0177277	.1059248
/cut1	-3.739664	1.550487			-6.778562	-.7007664
/cut2	-2.655246	1.552405			-5.697904	.387411
/cut3	-.8687319	1.552998			-3.912552	2.175088
/cut4	.9137316	1.555024			-2.134058	3.961522

Fonte: elaboração própria

Ordered probit regression				Number of obs = 9764		
				Wald chi2(49) = 4358.76		
				Prob > chi2 = 0.0000		
Log pseudolikelihood = -9552.8872				Pseudo R2 = 0.2019		
(Std. Err. adjusted for 832 clusters in alojamen)						
-----						
saude	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----						
prob medic	1.57459	.1696743	9.28	0.000	1.242034	1.907145
fitted	.0516243	.0373218	1.38	0.167	-.021525	.1247736
subsispub	.0257457	.0315915	0.81	0.415	-.0361724	.0876639
subsispriv	.1479986	.0615425	2.40	0.016	.0273774	.2686197
sexo	.980448	.140755	6.97	0.000	.7045732	1.256323
idade	-.0256915	.005719	-4.49	0.000	-.0369006	-.0144824
idade_sexo	-.0135706	.0022897	-5.93	0.000	-.0180585	-.0090828
rend	.0001095	.0000131	8.34	0.000	.0000838	.0001352
casado	-.0653999	.0374685	-1.75	0.081	-.1388367	.0080369
separado	-.0050928	.1380581	-0.04	0.971	-.2756817	.2654961
divorciado	.0078219	.0577817	0.14	0.892	-.1054281	.1210719
viuvo	-.0896079	.064369	-1.39	0.164	-.2157688	.036553
altura	-.0100738	.0092709	-1.09	0.277	-.0282444	.0080969
peso	.0123767	.0104314	1.19	0.235	-.0080684	.0328218
imc	-.0310368	.0286644	-1.08	0.279	-.087218	.0251444
escolaridade	.0519536	.0037694	13.78	0.000	.0445658	.0593414
seguro	.1357098	.039028	3.48	0.001	.0592164	.2122033
diabetes	-.1617749	.0566578	-2.86	0.004	-.2728221	-.0507276
asma	-.1969822	.0583429	-3.38	0.001	-.3113322	-.0826321
tensao	.1250311	.0568968	2.20	0.028	.0135156	.2365467
dor	-.4400925	.0447071	-9.84	0.000	-.5277168	-.3524683
osteo	-.104986	.0543547	-1.93	0.053	-.2115193	.0015472
reumat	-.3076362	.036549	-8.42	0.000	-.379271	-.2360014
retina	.0204356	.1324604	0.15	0.877	-.2391821	.2800532
cancro	-.4367497	.1008043	-4.33	0.000	-.6343225	-.2391769
glauco	.1089933	.1296722	0.84	0.401	-.1451596	.3631463
pedra	-.0227604	.0450896	-0.50	0.614	-.1111345	.0656136
renal	-.3510057	.1043478	-3.36	0.001	-.5555237	-.1464878
ansia	-.1386892	.0598568	-2.32	0.021	-.2560063	-.021372
ferida	-.0653965	.1191989	-0.55	0.583	-.2990221	.168229
enfisema	-.2007189	.0747262	-2.69	0.007	-.3471796	-.0542582
avc	-.421945	.0930425	-4.53	0.000	-.604305	-.239585
obeso	-.1218465	.0603929	-2.02	0.044	-.2402143	-.0034786
enfarte	-.2545702	.0917465	-2.77	0.006	-.4343901	-.0747504
consulta	-.1009469	.0096811	-10.43	0.000	-.1199216	-.0819723
medic	.3224149	.0278839	11.56	0.000	.2677634	.3770664
idade2	.0002483	.0000511	4.86	0.000	.0001481	.0003485
tableve	.1127307	.0717245	1.57	0.116	-.0278467	.2533081
naofuma	.1282689	.0326697	3.93	0.000	.0642375	.1923003
diasvinho	-.0028654	.0045645	-0.63	0.530	-.0118117	.0060809
norte	-.0950073	.0391711	-2.43	0.015	-.1717813	-.0182333
centro	-.2517488	.0440681	-5.71	0.000	-.3381206	-.1653769
alentejo	-.0772943	.0480063	-1.61	0.107	-.1713849	.0167963
algarve	.0151647	.0433515	0.35	0.726	-.0698027	.1001322
acores	.1275976	.0465071	2.74	0.006	.0364453	.2187499
madeira	-.2897911	.0646671	-4.48	0.000	-.4165363	-.1630459
trim2	.0249254	.0316648	0.79	0.431	-.0371364	.0869871
trim3	-.004536	.031129	-0.15	0.884	-.0655477	.0564758
trim4	.0447985	.0315849	1.42	0.156	-.0171067	.1067037
-----						
/cut1	-3.733851	1.549897			-6.771594	-.6961088
/cut2	-2.649267	1.551819			-5.690776	.3922415
/cut3	-.8628029	1.552414			-3.905478	2.179873
/cut4	.919629	1.554427			-2.126991	3.966249
-----						
Fonte: elaboração própria						

Fonte: elaboração própria

Os subsistemas privados parecem estar associados com um maior nível de saúde auto-reportado dos seus beneficiários, mas não se detecta qualquer efeito relacionado com os subsistemas públicos.

Ordered probit regression	Number of obs	=	9764
	LR chi2(2)	=	4833.50
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -9552.8216	Pseudo R2	=	0.2019
-----			



saude	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
_hat	1.010078	.0318308	31.73	0.000	.9476903	1.072465
_hatsq	.0043802	.0120885	0.36	0.717	-.0193128	.0280732
-----+-----						
/cut1	-3.733869	.0456619			-3.823364	-3.644373
/cut2	-2.651088	.0320987			-2.714	-2.588176
/cut3	-.8655786	.0209995			-.9067369	-.8244203
/cut4	.9184415	.0218113			.8756922	.9611908
-----+-----						

Este efeito sobre o número de consultas deve no entanto ser um pouco mais detalhado, uma vez que é composto por consultas de especialidade e por consultas de clínica geral, e a composição relativa destes dois tipos de consultas pode ter um efeito muito significativo sobre as despesas em saúde, bem como sobre o próprio funcionamento do sistema (sabendo-se que as consultas de especialidade ocorrem sobretudo em ambiente privado e em ambulatório e que as consultas de clínica geral têm maior incidência no sector público).

Olhando agora para a probabilidade de realização de consulta geral vs consulta de especialista.

Probit regression			Number of obs = 13930			
			Wald chi2(38) = 1041.28			
			Prob > chi2 = 0.0000			
Log pseudolikelihood = -8518.1864			Pseudo R2 = 0.0616			
(Std. Err. adjusted for 868 clusters in alojamen)						
-----						
clgeral	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----						
subsispub	-.2088266	.0296433	-7.04	0.000	-.2669263	-.1507268
subsispriv	-.2199627	.062432	-3.52	0.000	-.3423273	-.0975982
sexo	-.0515938	.0274508	-1.88	0.060	-.1053963	.0022088
rendscaled	-112.7953	13.56877	-8.31	0.000	-139.3896	-86.20099
idade	.0088268	.0037777	2.34	0.019	.0014227	.0162308
escolaridade	-.0317904	.0038543	-8.25	0.000	-.0393447	-.0242362
norte	.0189283	.041789	0.45	0.651	-.0629768	.1008333
centro	.0316105	.0421504	0.75	0.453	-.0510028	.1142239
alentejo	.1320045	.0463387	2.85	0.004	.0411824	.2228267
algarve	.1600071	.0457398	3.50	0.000	.0703586	.2496555
acores	-.2993648	.0495251	-6.04	0.000	-.3964323	-.2022974
madeira	-.3428456	.0510417	-6.72	0.000	-.4428854	-.2428057
viuvo	.178522	.0609626	2.93	0.003	.0590375	.2980065
casado	.0481307	.0411224	1.17	0.242	-.0324678	.1287291
separado	-.0844762	.1197549	-0.71	0.481	-.3191915	.150239
divorciado	.087491	.0673778	1.30	0.194	-.044567	.2195491
altura	.0220929	.0044203	5.00	0.000	.0134292	.0307567
peso	-.023029	.005661	-4.07	0.000	-.0341243	-.0119337
imc	.0662532	.0147673	4.49	0.000	.0373098	.0951966
diabetes	-.0037737	.0389141	-0.10	0.923	-.0800439	.0724966
tensao	.1464299	.0282556	5.18	0.000	.0910499	.2018099
asma	-.1145971	.0440634	-2.60	0.009	-.2009598	-.0282345
dor	-.0312602	.0306553	-1.02	0.308	-.0913435	.0288231
reumat	.0059095	.0333075	0.18	0.859	-.0593721	.071191
osteo	.0283047	.0418167	0.68	0.498	-.0536545	.1102639
retina	-.1769468	.1097586	-1.61	0.107	-.3920697	.0381762
glauco	-.3697231	.0950849	-3.89	0.000	-.5560861	-.18336
cancro	-.6445924	.0624702	-10.32	0.000	-.7670317	-.5221531
pedra	-.0516435	.0464591	-1.11	0.266	-.1427016	.0394146
renal	-.3672106	.0775055	-4.74	0.000	-.5191187	-.2153026
ansia	-.1075112	.0501463	-2.14	0.032	-.2057962	-.0092262
ferida	.0259052	.1110171	0.23	0.815	-.1916842	.2434947
enfisema	.0655379	.0608246	1.08	0.281	-.0536762	.1847519
avc	-.0170584	.0766278	-0.22	0.824	-.1672461	.1331294
obeso	-.1595585	.0631088	-2.53	0.011	-.2832494	-.0358676
depressao	-.0800916	.0376258	-2.13	0.033	-.1538368	-.0063463
enfarte	-.3822722	.0766128	-4.99	0.000	-.5324305	-.232114
idade2	-.0000623	.000037	-1.68	0.093	-.0001349	.0000103
_cons	-3.164807	.675605	-4.68	0.000	-4.488968	-1.840645

Fonte: elaboração própria

Fonte: elaboração própria

De certa forma, corrobora a percepção geral de estas coberturas adicionais fornecerem um melhor acesso a consultas de especialidade. Complementa-se essa percepção com a indicação de que tal resulta numa redução, da mesma ordem de magnitude, das consultas de clínica geral.

Os subsistemas induzem uma maior utilização de consultas de especialidade, à custa de menor utilização dos médicos de clínica geral, uma vez que para os subsistemas públicos, o volume total de consultas não é significativamente distinto tendo cobertura de subsistemas públicos ou tendo unicamente cobertura do Serviço Nacional de Saúde. Há assim um desvio para um tipo de cuidados de saúde tipicamente mais dispendioso, que não se traduz, porém, num melhor estado de saúde dos beneficiários.

Em conclusão, a evidência recolhida indica que os subsistemas públicos não levam a uma maior utilização de recursos (consumo de medicamentos ou

consultas) de uma forma estatisticamente significativa. Por outro lado, existe um efeito de substituição relevante: mais recursos a consultas de especialidade e menos a consultas de clínica geral. Contudo, não existem efeitos sistemáticos que conduzam a um melhor estado de saúde auto-reportado. Há, assim, um consumo adicional de recursos (de consultas de especialidade) que não encontra tradução em termos de melhor estado de saúde da população coberta pelos subsistemas públicos. Este resultado significa que as diferenças de estado de saúde auto-reportado inicialmente se devem a diferenças noutros aspectos entre as populações cobertas pelos subsistemas e as que apenas possuem cobertura do Serviço Nacional de Saúde.

## **Anexo 14**

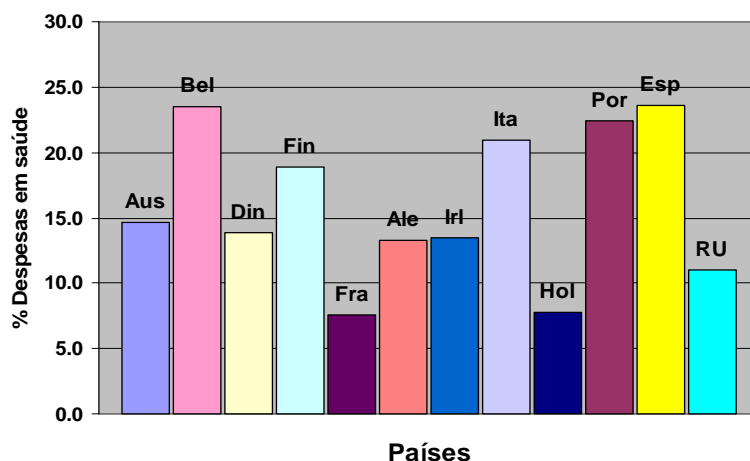
### **Pagamentos directos no sistema de saúde português**

## 1. Enquadramento

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. Esta tendência é em grande parte consequência de políticas de racionamento que excluem alguns cuidados da cobertura pública (p.ex. 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 compreendiam a Europa dos 15 financiavam cerca de 16% das suas despesas de saúde directamente através de pagamentos no acto de consumo (OECD, 2006).

**Figura 1**  
**Despesas directas em percentagem das despesas totais em saúde em alguns países europeus (2004 ou ano mais próximo)**



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

Como se depreende da Figura 1, 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 por questões de espaço. O objectivo aqui será sobretudo de apresentar informação sobre a experiência portuguesa. Convém, no entanto, dada a importância que ultimamente tem sido dada a medidas que contemplam o aumento da participação directa do cidadão na sustentabilidade do sistema de saúde, começar por analisar os principais argumentos a favor e contra a sua utilização (Robinson, 2002; Mossialos e Dixon, 2002; Pereira et al, 1996).

Em termos de *vantagens* dos pagamentos directos como forma de financiar o sistema de saúde há que assinalar sobretudo:

- O contributo para a racionalização da procura, permitindo maior eficiência na distribuição de recursos; e
- O facto de se constituírem como fonte adicional de recursos financeiros, que poderão ser utilizados de forma a melhorar o sistema.

O efeito de racionalização da procura baseia-se no postulado da teoria económica que aponta para os preços serem um factor regulador dos mercados. Os pagamentos directos – mesmo que usados no sector público - acabam por ter uma função “preço”, sendo indutores de comportamentos racionais; logo, condicionam a procura a uma vontade ou necessidade “real” de cuidados de saúde. Assim, os pagamentos directos evitam ou minimizam o chamado “risco moral” (consumo excessivo e desnecessário de cuidados pelo facto de não existir um preço no acto de consumo).

Adicionalmente, os pagamentos directos poderão aumentar a eficiência do lado da oferta. Os prestadores poderão ser mais sensíveis ao excesso de prescrição ou ao uso irracional dos serviços se souberem que os consumidores vão ter que pagar por esses serviços. Sentir-se-ão, eventualmente, mais responsabilizados face às necessidades concretas dos utilizadores.<sup>81</sup>

Os pagamentos directos podem ainda ajudar a fomentar a descentralização e sustentabilidade. De duas formas: a) racionalizando o consumo, uma vez que o pagamento funciona como um sinalizador do preço, evitando despesas desnecessárias e tornando o sistema mais sustentável; e b) permitindo que as

---

<sup>81</sup> Este argumento assume que os prestadores agem como agentes perfeitos.

receitas permaneçam nos prestadores locais descentralizando a fonte de financiamento.

Finalmente, outro argumento a favor dos pagamentos directos é que permitem aproximar a prestação dos cuidados de saúde daquilo que seria o funcionamento de um mercado privado (fenómeno de “simulação”). Tal estimula o desenvolvimento de outras formas de cobertura, atraindo outros agentes e permitindo o fortalecimento de um mercado privado de seguros e de prestadores.

No entanto, na literatura podem encontrar-se também vários *argumentos contra* o recurso aos pagamentos directos no financiamento da saúde:

- i) Os pagamentos directos cobrem apenas uma fracção pequena dos custos, não sendo assim aptos a solucionar os problemas de sustentabilidade do sistema.
- ii) Os pagamento directos não implicam necessariamente um aumento das receitas. Tal só será verdade se o restante financiamento não diminuir; agora, certo é que muitas vezes estes instrumentos são vistos como uma forma de diminuir a contribuição do Estado.
- iii) Refere-se, ainda, que a aplicação de um mecanismo de cobrança de pagamentos directos acarreta custos administrativos elevados.
- iv) O recurso aos pagamentos directos tem como consequência uma diminuição da equidade, na medida em que onera os pobres e os doentes. Esta é, aliás, uma das grandes críticas aos pagamentos directos, que afectam sobretudo os mais desprotegidos da sociedade – os pobres e os doentes. Acresce que em todas as sociedades, e Portugal não é excepção, as pessoas de menor rendimento tendem a ter piores níveis de saúde, o que torna este problema ainda mais grave. A teoria económica sugere que os pagamentos directos têm, para os mais desprotegidos, um efeito negativo no nível de consumo de cuidados de saúde, por serem estes mais sensíveis a variações nos preços dos bens de saúde. Importa contudo notar que esta elasticidade do preço responde de forma diferente consoante o serviço em causa. O estudo realizado pela RAND mostra que os pobres são mais sensíveis aos pagamentos directos no ambulatório e os ricos aos serviços hospitalares (Newhouse et al, 1993).
- v) Considera-se ainda que a introdução de pagamentos directos atrasa a utilização de serviços, podendo trazer penalizações para os doentes – que vêm a sua situação de saúde piorar – e para o sistema – que necessitará de mais recursos para os tratar. Daqui se depreende que os cuidados preventivos – pelo menos estes – não deverão ser sujeitos a pagamentos directos.
- vi) O principal argumento contras os pagamentos directos assenta na especificidade do mercado da saúde, em particular a assimetria de informação entre consumidores e prestadores o que leva ao estabelecimento de uma relação de agência. Na maioria dos casos, os utentes não têm capacidade para

avaliar o seu estado de saúde (saber, p.ex., se os sintomas são graves ou não); acresce que tão pouco saberão avaliar o nível de cuidados necessários ou os tratamentos disponíveis e apropriados para o seu caso concreto. A complexidade dos dados, a multiplicidade de escolhas e o stress inerente ao mau estar, entre muitas outras particularidades, resultam na delegação no prestador das decisões – a chamada relação de agência. Cabe aos médicos, por delegação dos utentes, decidir quais os cuidados que são, naquele caso concreto, mais adequados. Só que é o doente – e não o médico – que paga os cuidados de saúde; logo, a utilização não vai ser moderada pelo pagamento, uma vez que quem decide a utilização não a paga (repercute-a no doente). Por isso defende-se, nesta linha, que os instrumentos do lado da oferta são mais eficazes na contenção da despesa.

vii) Finalmente, a existência de pagamentos directos poderá contribuir para impactos negativos nos resultados de saúde. Os pagamentos directos, ao diminuírem a procura de cuidados de saúde, poderão provocar uma diminuição do nível de saúde. Esta diminuição ocorrerá, além do mais, nas pessoas de menor rendimento. Por esta razão é frequente recorrer-se a sistemas de isenção de pagamento nos sistemas públicos.

Claramente, há argumentos válidos de um lado e de outro. Mesmo aqueles que discordam da sua aplicação em larga escala, normalmente aceitarão que em determinadas circunstâncias os preços ou taxas de utilização terão um papel útil na gestão do sistema de saúde. Em última análise, porém, a opção por maior ou menor recurso à participação directa dos utentes no financiamento da saúde dependerá de escolhas políticas e pressões orçamentais. Parece, contudo, incontornável que dados os elevados custos da prestação de cuidados de saúde e a incerteza que caracteriza a sua utilização, o peso dos pagamentos directos será sempre relativamente baixo quando comparado com o das fontes de financiamento indirectas, nomeadamente os impostos e seguros.

No sistema de saúde português, existem variadíssimas 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 (p.ex. consultas médicas num consultório, cuidados de enfermagem ou actos de fisioterapia, etc.);
- 2) os pagamentos efectuados na compra de aparelhos e material terapêutico;
- 3) as taxas moderadoras no âmbito do SNS;
- 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; e
- 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 do corpo principal do relatório.

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

### **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 (ex-SMS), para as consultas e para os serviços de visita domiciliária e ainda para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). O diploma previu, ainda assim, um vasto leque de situações de isenção, nomeadamente: i) grávidas; ii) crianças até aos 12 meses de idade; iii) pensionistas de pensão social; iv) pensionistas de pensão de invalidez, velhice, sobrevivência e orfandade; v) beneficiários de abono complementar a criança e jovens deficientes; e vi) beneficiários de subsídio mensal vitalício.

Em 1982, passaram a ser sujeitas a taxas, para além das consultas, visitas domiciliárias e MCDT, os internamentos e as urgências.<sup>82</sup> O diploma de 1982, porém, foi julgado “inconstitucional” pelo Tribunal Constitucional, por razões de ordem formal.

Em 1986 foi então aprovado o Decreto-Lei 57/86 de 20 de Março que desenhou o necessário enquadramento jurídico para a cobrança de taxas moderadoras no âmbito SNS, argumentando o legislador que “tais taxas têm por fim racionalizar a

---

<sup>82</sup> No caso dos internamentos apenas se aplicava taxas moderadoras para agregados familiares com rendimentos anuais superiores a 280.000\$00. Acima deste valor a taxa correspondia a 10% do valor da tabela hospitalar e esta percentagem aumentava com o nível de rendimento das famílias até 50% do valor da tabela, quando o valor auferido pelo agregado familiar fosse superior a 840.000\$00. Nota-se, ainda, que os utentes nunca pagariam mais de 20 dias de internamento em cada ano, independentemente do número de episódios realizados nesse ano. Nos episódios de urgência e nas consultas o preço variava consoante se tratasse de um Hospital Central, Distrital ou Concelhio.

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 nº 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 quadro 1 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 é de 8,50€ enquanto o preço a cobrar aos subsistemas é de 143,50€. 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.

**Quadro 1**  
**Actuais taxas moderadoras e preços a cobrar no âmbito SNS aos subsistemas de saúde**

	<b>Hospitais Centrais e IPOs</b>	<b>Hospitais Distritais</b>	<b>Centros de Saúde</b>
Consultas			
Taxa moderadora	4,20 €	2,75 €	2,05 €
Preço	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Urgência			
Taxa moderadora	8,50 €	7,50 €	3,30 €
Preço	143,50 €	*106,00 €	16,90 €
Serviço Domiciliário			
Taxa moderadora	4,30 €	4,30 €	4,30 €
Preço	40,60 €	40,60 €	40,60 €

Fonte: Portaria 219/2006, Portaria 567/2006.

Notas: \* o valor é de 50 € no caso de Hospitais de Nível 1; não foram incluídos no quadro os valores referentes às taxas moderadoras e preços dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O 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 Serviço Nacional de Saúde 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 5,00€ por dia de internamento até ao limite de 10 dias; e taxas de 10,00€ por cada acto cirúrgico realizado em ambulatório. Aguarda-se neste momento a efectivação desta medida.

Três questões pertinentes que se põem relativamente à aplicação de taxas moderadoras no SNS português são: 1) qual o impacto financeiro da cobrança; 2) quem são os cidadãos que beneficiam do regime de isenções; e 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 2 apresenta o contributo das taxas moderadoras para o financiamento do SNS nos anos de 2004 e 2005.

**Quadro 2**  
**Contributo das taxas moderadoras para o financiamento da despesa do SNS - 2004 e 2005**

	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Total Hospitais SNS</b>	<b>53,959,436 €</b>	<b>55,889,515 €</b>
Taxas H SPA	41,303,590 €	42,775,585 €
Taxas H SA	12,655,846 €	13,113,929 €
<b>Peso na despesa SNS</b>	<b>0.71%</b>	<b>0.70%</b>
<b>Total Centros Saúde (*)</b>	<b>19,860,361 €</b>	<b>22,537,662 €</b>
Norte	7,062,725 €	6,379,852 €
Centro	4,949,197 €	7,338,117 €
LVT	6,442,817 €	6,106,087 €
Alentejo	1,405,622 €	1,515,084 €
Algarve	n.d.	1,198,523 €
<b>Peso na despesa SNS</b>	<b>0.26%</b>	<b>0.28%</b>
<b>Total SNS</b>	<b>73,819,797 €</b>	<b>78,427,177 €</b>
<b>Peso na despesa SNS</b>	<b>0.97%</b>	<b>0.98%</b>

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

Fonte: Ministério da Saúde

Verifica-se que, quer num ano quer noutro, 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 173/2003, dados do IGIF indicam que existem actualmente mais de 4 milhões de utentes do SNS que têm direito a isenção da taxa moderadora, o que corresponde a 38,8% do total de inscritos (quadro 3).<sup>83</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 de cidadãos relativamente baixos, constituindo na sua totalidade cerca de 18% do total das isenções.

**Quadro 3**  
**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 subsidio 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

<sup>83</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%.

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 4 resume a situação actual num conjunto de países da EU 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 Belga optam por taxas percentuais nas consultas enquanto nos outros países as taxas são 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>84</sup>

**Quadro 4**  
**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 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

<sup>84</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, Alemanha e Itália e no segundo a Irlanda.

## 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.

No quadro 5 apresentam-se as principais alterações que se verificaram no sistema de comparticipação de medicamentos ao longo dos anos.

O sistema actual, introduzido em 1984, baseia-se em taxas de comparticipação diferenciais de acordo com a utilidade terapêutica da medicação. O sistema compreende quatro escalões: A (actualmente 95% de comparticipação do SNS); B (69%); C (37%); e D (15%). Adicionalmente, pensionistas com rendimentos inferiores ao salário mínimo beneficiam de um prémio adicional de 15% (5% para o escalão A). Existem vários países europeus que têm sistemas de comparticipação semelhantes, como por exemplo a Dinamarca, França, Grécia e Luxemburgo. Adicionalmente, opera em Portugal um sistema de preços de referência para um número restrito de medicamentos, onde a comparticipação se baseia no diferencial para um medicamento genérico de referência. Vários países europeus também praticam sistemas deste género, como por exemplo a Suécia, Dinamarca, Holanda e Alemanha.

**Quadro 5**  
**Evolução da comparticipação de medicamentos**

<b>FONTE</b>	<b>REGIME</b>
DESPACHO N.º 131/82	Pagamento directo de 25% se o medicamento for produzido num país da EFTA. Pagamento directo de 40% nas restantes situações. Todos os medicamentos são elegíveis.
DESPACHO N.º 805/83	Reembolso total de certos medicamentos para doenças graves (v.g. citostáticos e anti-diabéticos) quando prescritos por unidades do SNS.
DECRETO-LEI 68/84	Novo critério. Os medicamentos passam a estar listados e a comparticipação passa a ser selectiva, em função do interesse terapêutico da medicação. São criados quatro escalões de comparticipação: 100% / 80% / 50% / 35%.
DECRETO-LEI 118/1992	Redução das taxas de reembolso. Mantém-se a taxa de 100% em alguns casos; os outros grupos passam a beneficiar de taxas de comparticipação de 70% e 40%. Os pensionistas com rendimentos inferiores ao salário mínimo beneficiam de um prémio adicional de 15%.
DECRETO-LEI 205/2000	É criado um novo patamar de dedução de 20% para medicamentos em fase de apreciação para posteriores comparticipações (em função da sua validade terapêutica e da efectividade do custo a incorrer com a comparticipação). Os genéricos são majorados em 10%. Foi efectuada uma extensa revisão dos medicamentos a participar.
DECRETO-LEI 270/2002	Introdução de preços de referência definidos como o preço máximo do genérico aplicável a essa situação medicamentosa. O farmacêutico pode substituir o medicamento pelo genérico equivalente, a menos que o prescriptor expressamente o exclua.
DECRETO-LEI 129/2005	O escalão A é reduzido de 100% para 95%, embora alguns medicamentos necessários à sobrevivência como a insulina ou os imunomoduladores e aqueles consumidos por pensionistas com rendimentos inferiores ao SMN mantenham a taxa anterior. A majoração de 10 nos genéricos é abolida.
ORÇAMENTO DE ESTADO 2007	Alteração nos escalões de comparticipação: escalão B - a comparticipação do Estado passa de 70% para 69%; escalão C - a comparticipação passa de 40% para 37%; e escalão D - a comparticipação passa de 20% para 15%.

Fonte: Adaptado de Pinto e Miguel, 2006.

Recentemente, os níveis de comparticipação foram reduzidos. O escalão A passou de 100% para 95% em 2005, enquanto em 2007 a comparticipação do Estado passa de 70% para 69% no escalão B; de 40% para 37% no escalão C; e de 20% para 15% e escalão D. No entanto, o efeito destas alterações sobre os consumidores é atenuado por várias medidas, nomeadamente pela redução de

preços dos medicamentos comparticipados na ordem de 6% em 2005 e 6% em 2007, e também, pela manutenção de comparticipação a 100% no escalão A no regime especial de pensionistas com rendimentos abaixo do salário mínimo.

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 vimos atrás, os valores dispendidos nas taxas moderadoras são relativamente baixos. Como se pode verificar no quadro 6, que apresenta dados sobre a taxa média de comparticipação no mercado do SNS, os encargos dos 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 6**  
**Taxa média de financiamento (%), consumo de medicamentos (em euros) no mercado de medicamentos prescritos do SNS**

	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 per capita					
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% do total) 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 7). 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 7**  
**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

### 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 vimos 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 – dedicamos-lhe aqui algum espaço.

A nossa análise utiliza dados de três Inquéritos aos Orçamentos Familiares, realizados em 1980/81, 1989/90 e 2000. Estes inquéritos, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), são de base populacional, com amostras

representativas da população não institucionalizada do Continente. A sua metodologia está estabelecida internacionalmente e têm como vantagem permitir uma abordagem analítica tendo em conta as características da população (p.ex. a equidade). A utilização de informação de três períodos, permite-nos 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, passa-se a identificar 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>85</sup>

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, em que há 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 8, 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, passam a representar, em 1990 e 1995, 34% e 36%, respectivamente. A evolução das outras categorias de despesa traduz

---

<sup>85</sup> As metodologias dos 3 inquéritos estão descritas em INE (1993), INE (1992) e INE (2002). Utilizámos na nossa análise 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 – 7 083. Alguns dos dados apresentados para os períodos mais antigos foram primeiro apresentados em Pereira (1996), Castilho (1999) e Castilho e Pereira (2000).

alterações na estrutura menos importantes, sendo importante lembrar, todavia, que 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).

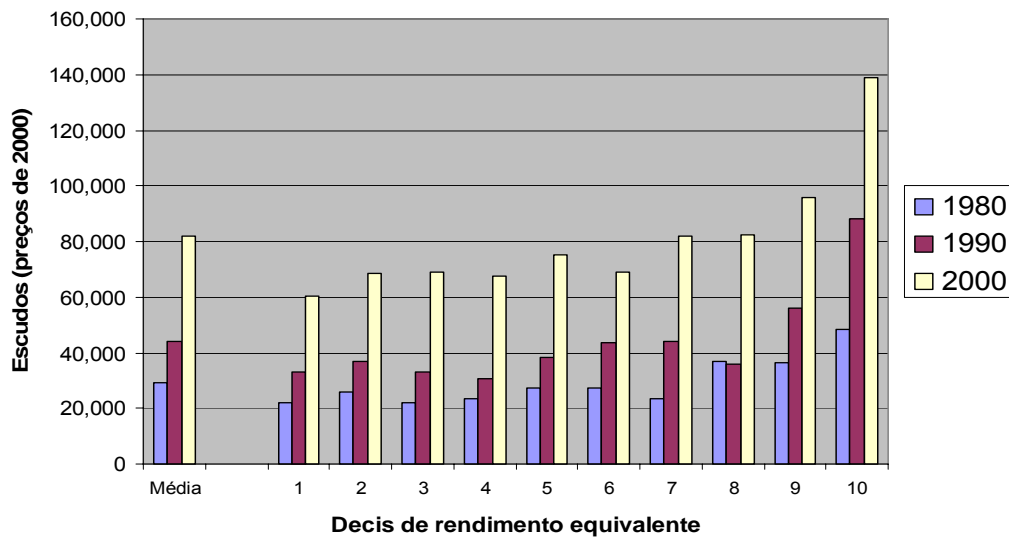
**Quadro 8**  
**Evolução da estrutura da despesa directa em saúde por adulto equivalente - 1980,1990 e**

<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

Uma questão importante – particularmente do ponto de vista da equidade do financiamento do sistema de saúde - é de saber como as despesas em saúde se distribuem por famílias com diferentes rendimentos. A Figura 2, 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. Constatase 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.

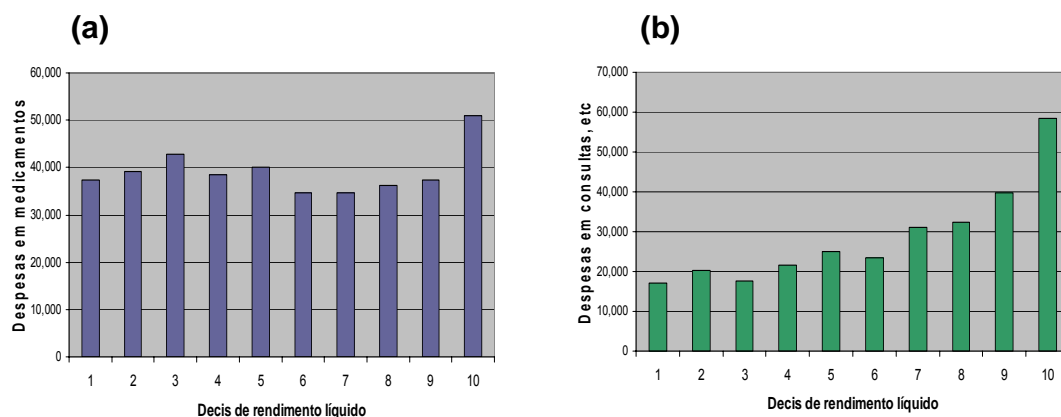
**Figura 2 Evolução das despesas em saúde por decis de rendimento em 1980,1990 e 2000, a preços constantes (escudos)**



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 ambulatório o nível de despesa está fortemente associado ao rendimento familiar (figura 3: a e b).

**Figura 3**  
**Despesas directas em (a) medicamentos e (b) consultas e outros actos em ambulatório**  
**por decil de rendimento – 2000 (escudos)**



Fonte: Elaboração própria

Estes dados sugerem-nos que a despesa em medicamentos deverá ser altamente regressiva em Portugal. Para avaliar esta suposição calcularam-se índices de progressividade das diferentes componentes de despesa sendo os resultados apresentados no quadro 9.<sup>86</sup>

As despesas com medicamentos são efectivamente muito regressivas, com índices de progressividade inferiores a -0,3 em todos os períodos, indicando que, em termos relativos, sejam os agregados mais pobres que suportam o maior encargo com o seu financiamento. 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.

<sup>86</sup> Utiliza-se o chamado índice de progressividade de Kakwani, baseado em curvas de concentração, e frequentemente usado em estudos sobre equidade no financiamento da saúde (p.ex. Pereira, 1996; Wagstaff et al, 1999). Este índice é explicado em detalhe no próximo Anexo relativo às deduções fiscais com as despesas em saúde. Quando os valores do índice são positivos, trata-se de pagamento progressivo (ie. as famílias dedicam maiores fatias do seu rendimento às despesas de saúde à medida que o rendimento aumenta). Quando os valores do índice são negativos, estamos perante pagamento regressivo (ie. as famílias dedicam menores fatias do seu rendimento às despesas de saúde à medida que o rendimento aumenta). Um valor 0 do índice de Kakwani significa que o pagamento é proporcional ao rendimento.

**Quadro 9**  
**Progressividade dos pagamentos directos**  
**por tipo de consumo, 1980, 1990, 2000**

Despesas de saúde	Índices de progressividade de Kakwani		
	1980	1990	2000
Medicamentos	-0,332	-0,322	-0,328
Aparelhos e material terapêutico	-0,030	-0,063	-0,163
Serviços médicos, enfermagem, paramédicos e outros	-0,028	-0,040	-0,135
Cuidados hospitalares	0,199	0,164	-0,016
Seguros de acidente e doença	0,131	0,197	0,147
Total pagamentos directos	-0,201	-0,166	-0,222

Fonte: Elaboração própria

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

#### **4. Conclusões**

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 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 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 mais recorrem a este tipo de financiamento. Além disso mantém taxas moderadoras para tipos de cuidados normalmente não sujeitos a pagamento directo, como as urgências hospitalares.

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.

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.

## **Anexo 15**

### **O sistema fiscal e as deduções com as despesas em saúde**



## 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 significa uma perda de receita que tem que ser compensada pelo aumento geral da tributação.<sup>87</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) referida amiúde ao longo deste relatório, é mesmo assim que é tratada a dedução fiscal em saúde. 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 do corpo principal do relatório). Aquilo que antes era contabilizado como despesa privada é hoje tratado como despesa pública.<sup>88</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.

É certo que Portugal se tornou num dos países mais generosos em matéria de benefícios 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 justifique a análise deste capítulo onde se procurará analisar até que ponto o regime de deduções fiscais em saúde presente no IRS tem contribuído para os

---

<sup>87</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 não em termos formais mas sim para indicar excepções às regras fiscais que trazem um benefício a determinado grupo de contribuintes.

<sup>88</sup> 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.

dois primeiros objectivos do sistema fiscal acima enunciados.<sup>89</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 Inquéritos aos Orçamentos Familiares (IOF) das 3 últimas décadas, cedidas pelo Instituto Nacional de Estatística. 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 (p.ex. 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.

O resto do trabalho está estruturado da seguinte forma. No ponto 2, descrevem-se as principais modalidades de benefício fiscal em saúde olhando nomeadamente para experiência de outros países neste domínio. No ponto 3 delimita-se o âmbito e características do caso concreto dos impostos sobre o rendimento das pessoas singulares em Portugal, desde 1980 até ao momento presente. No ponto 4, mede-se o impacto financeiro dos benefícios fiscais associados às despesas de saúde em termos da redução de fundos disponíveis para financiar as actividades do Estado. No ponto 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 suas implicações políticas.

## **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, tipicamente, as mais variadas formas, como sejam as isenções de imposto, as deduções, as reduções de taxa, os créditos fiscais, etc. No campo da saúde é frequente encontrar situações de tratamento fiscal excepcional. Por exemplo, em Portugal os actos médicos personalizados

---

<sup>89</sup> Não existem elementos disponíveis que nos permitam avaliar cabalmente o terceiro objectivo.

estão isentos de IVA e os bens de saúde são essencialmente tributados a 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>90</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 usadas 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 (p.ex. despesas com consultas e internamentos e 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>91</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 –

---

<sup>90</sup> O artigo 38, nº 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>91</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.

que vigorou em Portugal entre a criação do IRS até 1999 – o sujeito passivo subtrai ao rendimento colectável o montante 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>92</sup>

Na modalidade de crédito fiscal calcula-se primeiro o imposto devido pelo contribuinte sem qualquer correcção ao rendimento tributável, e posteriormente subtrai-se ao total de imposto devido 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.

Vejamos agora como estas modalidades são aplicadas na prática. O quadro 1 apresenta uma sinopse de como um conjunto de 8 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>92</sup> Este exemplo admite a hipótese de que a dedução das despesas de saúde não provoca uma mudança de escalão.

**Quadro 1**  
**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, 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 dizer 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 tratados em conjunto com 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.

### **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 quadro 2 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. Adicionalmente, a progressividade do imposto tornou-se menos progressiva do que no caso do Imposto Complementar, onde a taxa marginal chegava a atingir 80%.

**Quadro 2**  
**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 de despesas de saúde
<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 da taxa 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 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>93 94</sup>

<sup>93</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

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 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 60,00€, 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.

#### **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

---

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

<sup>94</sup> Note-se que não é pelo simples facto de um produto ser adquirido numa farmácia, que o seu custo é considerado uma despesa de saúde, o que é relevante é a finalidade do produto e a sua prescrição médica. Assim, um produto adquirido num supermercado, desde que se destine aos fins acima mencionados (como por exemplo, os produtos para adultos incontinentes) constitui uma despesa de saúde. Pelo contrário, as fraldas para bebés, apesar de sujeitas à taxa reduzida de IVA de 5%, não são consideradas despesas de saúde, mesmo que tenham sido adquiridas numa farmácia.



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).

No quadro 3 apresentam-se estimativas do valor global das deduções à colecta em matéria de saúde no ano de 2004. Calculados a partir de informação disponível em 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: nomeadamente 24 milhões de euros em 2004, o que representa 0,2% da despesa pública de saúde.

**Quadro 3**  
**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 (cf. anexo anterior sobre pagamentos directos).

Finalmente, importa aqui salientar um ponto que sendo meramente metodológico não deixa de ter implicações para a análise do financiamento da saúde em Portugal. Em 2000 a série de dados da OCDE sobre despesas públicas de saúde foi alterada passando a incluir uma estimativa das deduções à colecta de IRS, sendo essa parcela subtraída às despesas privadas. Atingindo os benefícios fiscais – como se constata aqui – mais de 5% da despesa pública de saúde, não é de estranhar que tenha havido um salto no peso relativo das despesas públicas em saúde.<sup>95</sup>

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

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

A análise da equidade dos sistemas de saúde é tradicionalmente dividida em duas áreas distintas: a equidade no financiamento do sistema 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 de pagar de cada cidadão enquanto que a distribuição dos cuidados deverá ser feita exclusivamente com base na necessidade de cada individuo e portanto sem qualquer outra condicionante (Van Doorslaer et al, 1993).

Em Portugal, tal como noutros países, a defesa do princípio de financiamento de acordo com a capacidade de pagar atravessa diversos quadrantes políticos. Por exemplo, o antigo Ministro da Saúde Paulo Mendo afirmava há uns anos atrás: " Em termos gerais ... a nossa população mais pobre ... tem de ser totalmente apoiada pelo Estado, e a parte mais rica tem de, obrigatoriamente, por uma questão de justiça social, por uma questão de equidade e por uma questão de solidariedade social, de participar com algum esforço financeiro ... Este é, quanto a mim, o grande princípio para o financiamento dos serviços de saúde. " (Mendo, 1993).

---

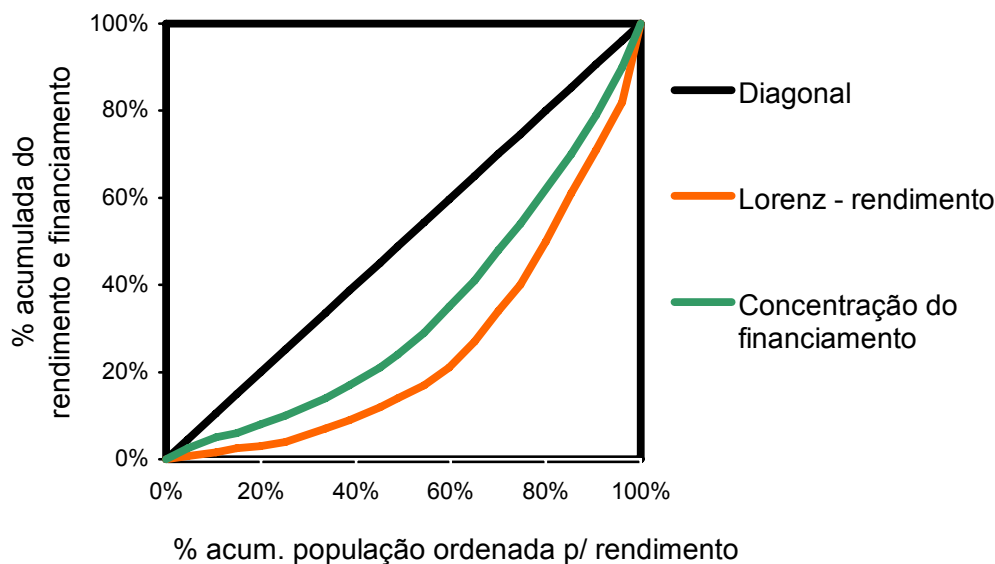
<sup>95</sup> As deduções em sede de IRS são contabilizadas na Conta Satélite da Saúde como *HF.1.1.3 – Outras instituições da administração pública*, juntamente com outras despesas da administração pública não integrante do SNS e de subsistemas de protecção social em saúde públicos (INE, 2006). A implementação da Conta Satélite da Saúde em Portugal teve como referência os princípios e classificações presentes no manual "System of Health Accounts" – versão 1.0" da OCDE (SHA), o qual se baseia no Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas (SCN - 93), e no Sistema Europeu de Contas 1995 (SEC 1995), o qual constitui a versão europeia, de aplicação com carácter obrigatório.

Para avaliar em concreto o impacto redistributivo dos benefícios fiscais na área da saúde, utilizamos – como vários outros autores (p.ex. Pereira, 1996; Wagstaff et al, 1999) – o método das curvas de concentração e o índice de progressividade de Kakwani (1977).

Esta análise significa que estamos a medir a equidade vertical do sistema de financiamento da saúde, isto é até que ponto famílias com rendimentos diferentes contribuem de forma relativamente diferenciada para o financiamento da saúde. O índice de Kakwani pode ser usado para medir a progressividade de qualquer fonte de financiamento da saúde, como por exemplo os impostos, os pagamentos directos ou os seguros de saúde. Da mesma forma pode ser usado para medir o impacto dos benefícios e deduções fiscais em saúde.

Para definir o índice de Kakwani considere-se a figura 1. A curva de Lorenz relaciona a percentagem acumulada da população ordenada pelo rendimento (em abcissas) com a percentagem acumulada do rendimento (em ordenadas), mostrando em que medida a repartição do rendimento se afasta duma situação de igualdade. Quanto mais a curva se afasta da diagonal, mais desigual será a repartição do rendimento.

**Figura 1**  
**Curva de Lorenz para o rendimento e curva de concentração do financiamento da saúde**



O índice de Gini é uma medida de área, associada à curva de Lorenz, que mostra em que medida a repartição do rendimento se afasta da igualdade. O índice pode variar entre 0 e 1, sendo 0 quando o rendimento se distribui de forma igual por todos os agregados familiares e 1 quando todo o rendimento pertence a uma só família.

De forma análoga, podemos definir curvas e índices de concentração do financiamento da saúde. A curva de concentração do financiamento, apresentada na Figura 1, relaciona percentagens acumuladas da população ordenadas pelo rendimento com as percentagens acumuladas do financiamento da saúde que estas suportam. A curva pode posicionar-se abaixo ou acima da diagonal, embora a primeira situação seja mais frequente. Poderá ainda posicionar-se acima ou abaixo da curva de Lorenz conforme as despesas dos agregados familiares aumentam menos ou mais que proporcionalmente em relação com o rendimento.

O índice de concentração do financiamento é calculado a partir da curva de concentração do financiamento e varia entre  $-1$  e  $+1$ , sendo  $-1$  quando os agregados com menor rendimento suportam todo o financiamento da saúde e  $+1$  quando os agregados com maior rendimento suportam todo o financiamento.

Para se apurar o índice de Kakwani ( $\pi_K$ ) utilizamos o índice de Gini e o índice de concentração do financiamento. Temos então que o índice de Kakwani será igual a:

$$\pi_K = I_c - I_g$$

onde  $I_c$  é o índice de concentração do financiamento da saúde e  $I_g$  é o índice de Gini para o rendimento.

Quando  $\pi_K = 0$  o sistema de financiamento é proporcional, ou seja, todas as famílias contribuem para o financiamento do sistema em proporção igual à do rendimento que detêm. Quando  $\pi_K > 0$  o sistema é progressivo; isto é a percentagem de rendimento familiar que é afectada à saúde aumenta à medida que o rendimento aumenta. Nesta situação a curva de concentração do financiamento está tipicamente abaixo da curva de Lorenz. Quando  $\pi_K < 0$  o sistema é regressivo; ou seja, a percentagem de financiamento que é afectada à saúde diminui à medida que o rendimento aumenta. Esta situação normalmente corresponde a uma curva de concentração do financiamento acima da curva de Lorenz, tal como representado na Figura 1.

## 5.2. Evidência empírica do impacto redistributivo

A presente análise utiliza dados micro de três Inquéritos aos Orçamentos Familiares, realizados em 1980/81, 1989/90 e 2000. Usando a informação

destes três períodos permite-nos compreender o quadro de evolução que a questão da equidade dos benefícios fiscais tem tido desde a década de 80.

Os inquéritos, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), são de base populacional, com amostras representativas da população não institucionalizada do Continente. A sua metodologia está estabelecida internacionalmente. Por facilidade de leitura, passa-se a identificar os períodos dos inquéritos apenas com um ano: 1980, 1990 e 2000.<sup>96</sup>

As variáveis usadas na análise são: a) o rendimento familiar por adulto equivalente<sup>97</sup>; b) as despesas directas das famílias em saúde; e c) a poupança fiscal, ou seja o montante que as famílias conseguem deduzir ao imposto sobre o rendimento em virtude de declararem despesas de saúde. Os valores da poupança fiscal foram simulados usando as regras fiscais em vigor nos anos em análise.

Segue-se uma análise de equilíbrio parcial comum nos estudos sobre equidade no financiamento da saúde (por exemplo, Pereira, 1996; Wagstaff *et al*, 1999). Assume-se que os impostos sobre o rendimento das pessoas singulares não se repercutem e que os seguros privados e despesas directas, na sua parte não comparticipada, são suportados totalmente pelas famílias

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 4 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. 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 permite a dedução total das despesas com a saúde à matéria colectável, verificamos 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 beneficiam, 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 reduz. O decil mais rico recupera a mesma percentagem que anteriormente, mas os restantes grupos de rendimento

---

<sup>96</sup> As metodologias dos três inquéritos estão descritas em INE (1993), INE (1992) e INE (2002). Utilizámos na nossa análise as bases de dados micro. O número de agregados familiares inquiridos em cada inquérito foi o seguinte: 1980 – 8 039; 1990 – 9 640; 2000 – 7 083. Alguns dos dados apresentados para os períodos mais antigos foram primeiro apresentados em Pereira (1996), Sousa (2000) e Pereira e Sousa (2001).

<sup>97</sup> 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.

conseguem agora recuperar percentagens mais elevadas das suas despesas em saúde.<sup>98</sup>

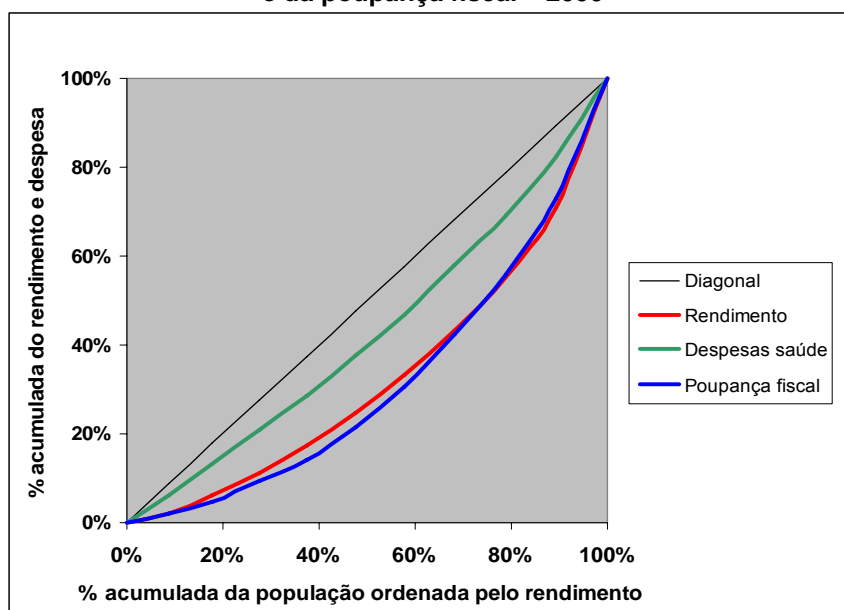
**Quadro 4**  
**Percentagem de despesa recuperada pelos agregados,**  
**ordenados por decis de rendimento líquido equivalente**

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%

Mas será que o regime de benefícios fiscais que resultou da alteração legislada em 1999 pode ser considerado equitativo? A resposta dada pela figura 2 é que muito dificilmente se poderá defender tal afirmação.

<sup>98</sup> Nota-se também um crescimento no valor total da poupança fiscal já detectado com os dados agregados apresentados no ponto 4, o que se deve muito provavelmente ao crescimento real da despesa privada em saúde.

**Figura 2**  
**Curvas de Lorenz do rendimento e de concentração das despesas em saúde e da poupança fiscal – 2000**

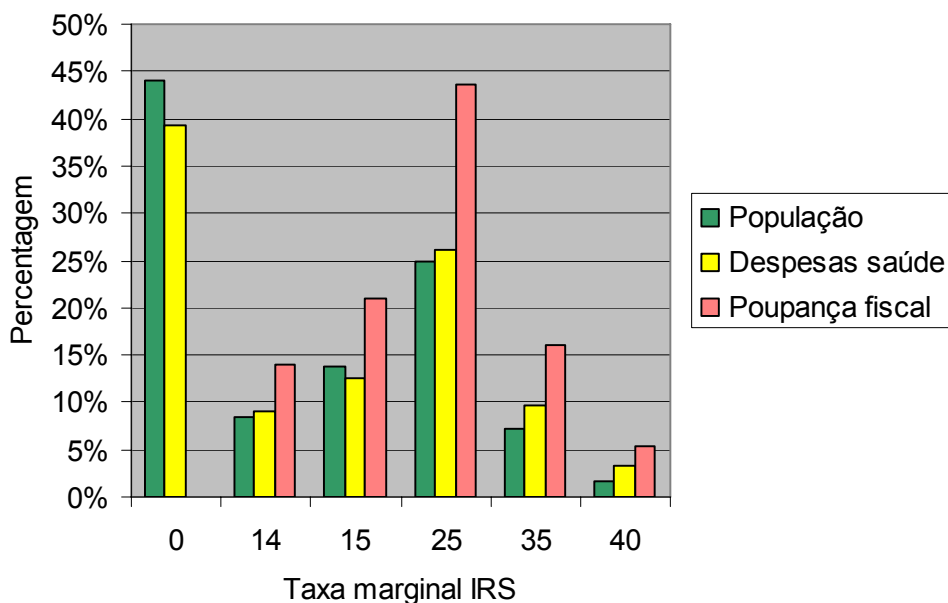


A distribuição da poupança fiscal em 2000 segue essencialmente a distribuição do rendimento e não, como seria de esperar como requisito mínimo de um sistema equitativo, a distribuição das despesas em saúde. Estas últimas distribuem-se, como vimos no capítulo anterior, de forma relativamente uniforme 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 iníquos do que na década de 90 mas estão ainda longe de atingir um padrão que possa ser julgado, com razoabilidade, como equitativo.

A principal razão para o sistema manter característica de iniquidade é que apenas beneficiam dele aquelas famílias que têm rendimento suficiente para pagar IRS. Na figura 3 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 socio-económicos 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 3**  
**Poupança fiscal e despesas em saúde na população portuguesa – 2000**



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.

#### 8.4 Conclusão

Neste capítulo argumentámos 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.

Evidenciámos 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 M€ 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.

Apresentámos 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, na sua maior parte isentos de imposto, ao terem também 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.

Os benefícios fiscais em saúde ao induzirem uma redução das receitas fiscais, que tem que ser compensada pelo aumento geral da tributação, 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.

## **Anexo 16**

### **Operacionalização da definição de sustentabilidade financeira**

As dificuldades sentidas, de um modo geral, na apresentação de uma definição concreta do que significa sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, conceito distinto do de sustentabilidade financeira da despesa pública (em agregado), ou de sustentabilidade do modelo de cuidados de saúde (entendido como a capacidade operacional do sistema de saúde dar resposta às necessidades da população, e como tal desligado dos aspectos do respectivo financiamento) tem levado a duas posições distintas.

A primeira dessas posições é implicitamente usar o rácio da despesa pública em saúde em proporção do PIB como indicador. Apesar de tal definição de sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (ou da despesa pública em saúde) não ter sido explicitada, está subjacente em vários documentos e apreciações (por exemplo, OCDE - Portugal Survey, 2006). Por exemplo, e para apresentar um caso recente, no relatório OECD sobre a economia finlandesa (2005), a noção de sustentabilidade financeira é identificada com eficiência macroeconómica, que por sua vez é definida como a trajectória “adequada” da despesa total em saúde e das suas componentes. Não há, contudo, uma sua definição quantitativa, limitando-se a análise produzida à menção de que existem limites ao aumento da tributação. Pelo facto de a Finlândia ter um rácio de despesa pública em saúde como proporção do PIB relativamente baixo, considera a OCDE que este país deve encarar com algum optimismo a questão da sustentabilidade financeira, embora não defina de forma precisa quando se atinge (ou deixa de se ter) essa sustentabilidade financeira.

A segunda posição consiste em desvalorizar a própria noção de sustentabilidade financeira e promover a ideia de valor obtido para os recursos gastos, que pode gerar maior ou menor despesa pública em saúde como proporção do PIB

Estas duas abordagens são, porém, insatisfatórias para uma discussão de como organizar fontes de origens de fundos com o objectivo de alcançar eficiência e equidade (quer no financiamento quer na prestação).

O rácio despesa pública em saúde face ao PIB é um mau indicador por dois motivos. Por um lado, é conhecido que existem forças subjacentes ao crescimento das despesas em saúde que são de difícil controlo. Por exemplo, a “doença de custos” (Baumol, 1993), em que a despesa em saúde aumenta por o crescimento da produtividade ser menor no sector da saúde do que no resto da economia, fazendo com que o seu preço relativo aumente. O segundo motivo está em um determinado crescimento da despesa pública em saúde poder ser perfeitamente compatível com estar acima da taxa de crescimento da economia (e por isso, o rácio despesa pública em saúde sobre PIB estaria a crescer) e não criar dificuldades de financiamento público (desde que o crescimento das receitas públicas decorrente do crescimento da economia não seja integralmente absorvido pelo crescimento de outras despesas públicas).

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, pois, definida de um modo preciso na literatura económica.

Não existe uma “regra” absoluta que seja amplamente aceite como critério de avaliação de “sustentabilidade financeira”. Importa, por isso, proceder desde já a uma definição concreta do que se entende por sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.

Um ponto de partida para a identificação dos elementos cruciais dessa definição é a consideração de casos limite. Uma situação em que a despesa pública se mantém constante em termos reais corresponde, claramente, ao que geralmente se tomará como tendo sustentabilidade financeira.

No outro extremo, se a despesa pública em saúde exceder a riqueza gerada na economia nesse ano, existe, manifestamente, uma situação de insustentabilidade financeira. Mas ainda antes de se chegar a este extremo, se a despesa pública em saúde exceder a capacidade do Estado obter receitas e de se endividar, também se terá uma situação de insustentabilidade financeira.

No actual enquadramento macroeconómico da economia portuguesa, uma despesa pública em saúde que exceda as receitas do Estado em mais de 3% do PIB será igualmente insustentável, já que implicaria que, mesmo abdicando de qualquer outra despesa pública, não seria possível cumprir os critérios de equilíbrio macroeconómico de médio e longo prazo acordados no seio da União Europeia.

A aceitação destes casos extremos como descrevendo situações limite de sustentabilidade financeira, o primeiro, e de insustentabilidade financeira, os restantes, sugere que uma possível definição desta noção deverá envolver uma medida da capacidade do Orçamento de Estado em suportar o crescimento das transferências para o Serviço Nacional de Saúde.

Destas considerações, será tentador apresentar uma proposta de definição de “sustentabilidade financeira” baseada na despesa pública em saúde face ao PIB ou face à despesa pública total. Mas, independentemente de qual o ponto de referência escolhido (PIB, despesa pública total ou despesa total em saúde), propostas dessa natureza são excessivamente redutoras.

Basta pensar, por exemplo, numa situação em que o crescimento da economia permite, dado o actual sistema tributário, aumentar as receitas de impostos a um ritmo superior ao do crescimento da economia. Então, um crescimento da despesa pública em saúde seria financeiramente sustentável.

De modo análogo, se houver uma tendência de menor crescimento da restante despesa pública, então haverá capacidade para um crescimento da despesa pública em saúde superior ao da economia ser financeiramente sustentável.

É também possível determinar situações de insustentabilidade financeira mesmo que a despesa pública em saúde cresça a um ritmo inferior ao da economia: caso haja uma opção por uma redução acentuada da carga fiscal (diminuição das receitas de impostos), então uma despesa pública em saúde a crescer ao mesmo ritmo da economia poderia gerar défice público incompatível com as regras da União Europeia e, como tal, não teria sustentabilidade financeira (embora neste contexto fosse menos natural argumentar que a falta de sustentabilidade financeira era devida ao crescimento da despesa em saúde e não à decisão em termos de tributação).

Deve-se ainda referir-se que indicadores de sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde com referência ao PIB não acomodam as restrições e folgas eventuais decorrentes da evolução das restantes despesas e receitas públicas, nem reconhecem a possível endogeneidade entre despesa pública em saúde e crescimento económico. Apenas a título exemplificativo, refira-se que se mais despesa em saúde gerar melhor saúde da população que se traduza em menos dias de ausência do trabalho por motivo de doença, esta situação permitirá um maior crescimento económico. Por outro lado, sendo reconhecido que o crescimento da produtividade no sector da saúde é menor do que no resto da economia, então um maior peso do sector da saúde na economia implica um menor crescimento económico. Há, pois, influências de sentido contrário, de difícil quantificação.

Estes exemplos ilustram que a noção de sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde não pode ser vista de forma independente da evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado, bem como dos condicionalismos decorrentes dos compromissos assumidos por Portugal na União Europeia quanto ao equilíbrio de variáveis macroeconómicas. Uma evolução da despesa pública em saúde que acarrete um défice público total superior a 3% do PIB não será financeiramente sustentável, por incompatibilidade com esses compromissos internacionais da economia portuguesa. Deve, contudo, recordar-se que esses compromissos foram criados de forma a que houvesse sustentabilidade financeira das contas públicas em cada país, sendo aqui a noção de sustentabilidade financeira associada, em última análise, a dívida pública não explosiva.

Para além destas considerações, em rigor, a noção de sustentabilidade do financiamento do SNS é igualmente determinada por aspectos normativos de carácter subjectivo: quanto está disposta a sociedade a sacrificar para aumentar os recursos empregues em cuidados de saúde assegurados pelo Estado? Ou, de forma mais simples, em que medida é aceitável aumentar os impostos (reduzir-se a restante despesa pública), se exclusivamente destinados a financiar o Serviço Nacional de Saúde?

A resposta a esta questão envolve juízos de valor sobre as preferências da

sociedade que não são de fácil formulação. Uma posição possível a este respeito é a de tomar a actual situação como base. Tal significa que alcançar o objectivo de redução do défice das contas públicas para níveis dentro dos limites exigidos pela União Europeia será realizado sobretudo através da restante despesa pública. De alguma forma, esse julgamento está presente na acção governativa quando se atribuiu um orçamento inicial para 2006 ao Ministério da Saúde (e consequentemente também ao Serviço Nacional de Saúde) substancialmente reforçado face ao Orçamento inicial do ano anterior e sensivelmente idêntico à execução orçamental do ano de 2005.

Em termos de finanças públicas tomadas no seu conjunto, e não apenas na componente do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, a definição de sustentabilidade financeira tem sido mais fácil de apresentar: existe sustentabilidade financeira quando as receitas do Estado são suficientes para financiar os custos associados com a emissão de mais dívida pública. Tecnicamente, existe sustentabilidade financeira das contas públicas quando o valor actualizado da dívida pública tende para zero quando se alarga o momento futuro de referência (Afonso, 2005).

Outras definições de sustentabilidade têm sido propostas, normalmente em contextos distintos dos de análise da sustentabilidade financeira do SNS. Em Romanow (2002), a definição de sustentabilidade do sistema de saúde assenta em três dimensões: serviços, necessidades e recursos. A definição concreta apresentada é “sustentabilidade significa que estão disponíveis os recursos suficientes no longo prazo para assegurar o acesso a serviços de qualidade que satisfaçam as necessidades de saúde da população na sua evolução previsível”.

A noção de sustentabilidade também recebe uma definição explícita em CBO (2000). Embora seja referido que não existe uma definição única de sustentabilidade, CBO (2000) utiliza a noção de ser possível ter um crescimento das despesas em saúde sem uma redução das outras despesas (que terão de crescer necessariamente a um ritmo mais baixo). Implicitamente, define-se uma situação de sustentabilidade como sendo caracterizada por um diferencial de 1% da taxa de crescimento da despesa em cuidados de saúde do programa americano Medicare para o crescimento do PIB. Esta definição faz com que a noção de sustentabilidade não seja independente da opção de financiamento tomada.

Igualmente interessante é a discussão fornecida por Evans (2002), que argumenta muito claramente que a discussão da sustentabilidade do financiamento por impostos do sistema público não faz sentido em termos económicos já que a capacidade de um país sustentar um determinado nível de despesa em saúde não se altera por usar uma fonte de financiamento em vez de outra. Reconhece ainda que o seguro privado como fonte de financiamento tem custos administrativos mais elevados. Contudo, esta visão de Evans não é completamente exacta, dado que o controle maior ou menor da procura de cuidados médicos por via de pagamentos no momento de consumo afecta o

montante a ser financiado. De modo similar, se a forma de financiamento influenciar o modo de pagamento aos prestadores, existe um canal de influência adicional sobre o volume global de despesa a ser financiado. A discussão de Evans situa-se também ao nível do apoio público a aumentos de tributação, mesmo que para financiar os gastos com saúde.

Embora o aspecto financeiro seja predominante nas preocupações associadas com a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, não deve constituir o único critério presente na escolha de fontes de financiamento. O impacto de diferentes fontes de financiamento, ou de uma diferente composição de fontes de financiamento num sistema de saúde, far-se-á também sentir em níveis de utilização e, em última análise, em níveis de saúde da população. Se essas considerações não tivessem relevância, a escolha entre fontes de financiamento seria unicamente baseada nas propriedades de cada origem de fundos em termos das distorções na captação de fundos junto da população.

A concretização, de um modo quantificável, da proposta de definição de sustentabilidade do financiamento do SNS exige alguma formalização.

Sejam  $D(t)$  o défice das contas públicas no ano  $t$ ,  $M(t)$  as despesas públicas em cuidados de saúde no ano  $t$ ,  $X(t)$  as restantes despesas públicas no ano  $t$ ,  $T(Y(t), H(t), Z(t); \tau, s_H, s_Z)$  as receitas totais líquidas, dependentes do nível de actividade económica  $Y(t)$ , das despesas directas apresentadas a dedução fiscal,  $H(t)$ , e das despesas em seguros de saúde apresentadas a dedução fiscal,  $Z(t)$ , no ano  $t$ . O parâmetro  $\tau$  representa a taxa média de receita, e os parâmetros  $\{s_H, s_Z\}$  as taxas de dedução à colecta das duas categorias de despesa. A função  $T(\bullet)$  inclui todas as receitas do Estado, sendo função do PIB como modo simplificado de modelizar a dependência das receitas do Estado face a actividade económica. Dada a relevância para os aspectos de sustentabilidade do financiamento do SNS é explicitado o papel das deduções fiscais associadas com as despesas em saúde. Seja  $B(t)$  o stock de dívida pública no ano  $t$ . Então, por definição, o défice das contas públicas é:

$$\begin{aligned} D(t) &= (r + \delta(t))B(t-1) + X(t) + M(t) - T(Y(t), H(t), Z(t)) = \\ &= (r + \delta(t))B(t-1) + X(t) + H(t) - \tau Y(t) + s_H H(t) + s_Z Z(t) \end{aligned} \quad (1)$$

em que  $r$  é a taxa de juro aplicável à dívida pública e  $\delta(t)$  é a amortização de dívida pública realizada no ano  $t$ . Por seu lado,

$$B(t) = (1 - \delta(t))B(t-1) + D(t) \quad (2)$$

Uma trajectória de despesa pública em saúde,  $M(t)$ , terá sustentabilidade financeira se não levar à violação da condição

$$D(t)/Y(t) \leq \bar{D} \quad (3)$$

De acordo com as regras do Pacto de Estabilidade e Crescimento, o limite  $\bar{D}$  é estabelecido como sendo percentagem do PIB de cada ano.

Obtendo-se uma evolução previsível das restantes componentes, determina-se o valor máximo da despesa pública em saúde que é compatível com a definição de sustentabilidade do financiamento do SNS proposta.

A comparação desse tecto máximo de despesa com a previsão de evolução da despesa pública em saúde permite avaliar de uma forma relativamente simples e intuitiva o grau de sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

Esta formalização permite também avaliar qual o esforço de financiamento público adicional canalizado para o sector da saúde que garanta sustentabilidade financeira. Note-se, uma vez mais, que esse maior esforço de financiamento para o sector da saúde pode decorrer de uma menor despesa pública noutras áreas de intervenção directa do Estado, de um maior esforço de recolha de fundos por via dos impostos ou de uma combinação de ambos os aspectos.

As condições (1) e (2) acima apresentadas fornecem a base para uma primeira apreciação quantitativa, com base na realidade nacional, da sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, caso as tendências de evolução histórica dos vários elementos relevantes se mantenham.

As condições (1) e (2) definem um sistema de equações às diferenças, que pode ser resolvido admitindo regras de evolução das componentes permanecendo como variáveis determinadas pelo sistema de equações o défice das contas públicas e a dívida pública. Como regras de evolução, considera-se que as diferentes componentes das despesas e receitas públicas crescerão a uma taxa constante idêntica à ocorrida na última década, a taxa de juro da dívida pública e a amortização da dívida pública manterão os valores médios da última década. Para a caracterização das receitas fiscais considera-se a manutenção da taxa média de imposto da última década. Esta é uma hipótese conservadora para a evolução da receita fiscal, na medida em que o sistema tributário português tem características de progressividade. Bastará que não haja actualização nos escalões de IRS, por exemplo, para que o mero crescimento nominal da economia gere maiores receitas de impostos, logo uma maior taxa média. A hipótese de trabalho subjacente é que o sistema fiscal será ajustado de forma a manter esta taxa de imposto média.

As despesas de saúde permitem diminuir o IRS a pagar, sendo esta “despesa fiscal” também incluída na evolução dinâmica considerada, através da redução da receita fiscal.



A definição de sustentabilidade do financiamento do SNS proposta baseia-se exclusivamente na noção de equilíbrio orçamental, que pode ser considerada uma visão excessivamente redutora. Outros critérios relevantes para uma apreciação mais completa de sustentabilidade financeira de um sistema de saúde serão, 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, défice das contas públicas, 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. 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.

Heller (2005) discute a questão de como deve ser interpretada a noção de sustentabilidade financeira do ponto de vista da despesa pública em saúde, aplicada aos países em desenvolvimento. A abordagem seguida coincide, com as devidas adaptações, com a aqui proposta. Em concreto, também Heller reconhece que o potencial para fazer crescer as despesas públicas em saúde não pode ser analisado de forma independente da situação orçamental do Estado no seu todo. Significa que são elementos relevantes para a apreciação da sustentabilidade financeira das despesas públicas em saúde a evolução da dívida pública, em particular os pagamentos a ela associados, a capacidade de reduzir despesas noutras áreas da despesa pública libertando fundos que podem ser aplicados em despesas de saúde, a capacidade de aumentar as receitas de impostos (seja por alargamento da base de tributação seja por aumento da taxa média de imposto, ou ambos) e capacidade de endividamento (embora a prazo, esta seja limitada pelo serviço da dívida pública, o primeiro aspecto acima referido).

A consideração de uma abordagem complementar, mais ampla, à noção de sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde, é crucial. De outro modo, “soluções” que passem por simples retirada do financiamento público, transferindo para o âmbito privado, seriam benéficas do ponto de vista de “sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde”. Contudo, poderão não ser atractivas num contexto de discussão de sustentabilidade financeira do sistema de saúde de um país. Sempre que apropriado, a discussão da sustentabilidade do financiamento do SNS será contextualizada no conjunto do sistema de saúde português.

## **Anexo 17**

### **Avaliação de fontes de financiamento**

O sistema de financiamento é:	Tributação	Seguro social	Seguro privado	Pagamentos directos	Contas poupança saúde
1. Progressivo (quem tem mais rendimento paga proporcionalmente mais)?	Impostos directos são progressivos. Impostos indirectos não o são. Impostos locais são geralmente menos progressivos que impostos nacionais.	Ligeiramente regressivo (quando as contribuições são proporcionais ao rendimento)	Regressivo (progressivo dentro de quem tem seguro de saúde).	Regressivo (devido à correlação entre baixo rendimento e pior saúde), desde que haja variação de procura para o mesmo nível de rendimento.	
2. É equitativo (em termos horizontais – com o mesmo rendimento e riqueza pagam o mesmo)?	Não, em alguns países. Os impostos locais favorecem resposta negativa.	Sim, se os fundos tiverem preços diferentes.	Não.	Não.	Não.
3. Tem redistribuição?	Sim.	Sim.	Não.	Não.	Não.
4. Afecta a cobertura e o acesso a cuidados de saúde?	Não.	Sim. A cobertura não é necessariamente universal, embora seja essa a tendência.	Sim.	Sim.	Sim.
4. Influencia a contenção de custos?	Sim, tende a ter custos mais baixos.	Sim, tende a ter custos mais baixos.	Depende dos controlos de risco moral.	Sim.	Depende das condições de utilização.
5. Afecta o resto da economia: a) mercado de trabalho? b) competitividade internacional?	a) Sim, na medida dos impostos indirectos; b) Sim.	a) Sim, negativamente via fixação no posto de trabalho, mas menos que com seguro privado; b) Não.	a) Sim, via fixação no posto de trabalho; b) Não.	a) Não; b) Não.	a) Não; b) Não.
6. Influencia a eficiência técnica e alocativa?	Não necessariamente, pois há novas abordagens à gestão pública que procuram fazer com que isso não suceda.	Não.	Sim, tem incentivos a ser eficiente, mas tem custos administrativos maiores.	Não. Tem maiores custos administrativos.	Não. Tem maiores custos administrativos.

Fonte: Dixon e Mossialos (2002)

## **Anexo 18**

### **Informação estatística utilizada na elaboração dos cenários**

A definição do enquadramento da análise de sustentabilidade financeira do SNS obriga à consideração de vários parâmetros. Privilegiou-se como fonte de informação o Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010 (PEC2006), publicado pelo Ministério das Finanças e da Administração Pública em Dezembro de 2006, e o Relatório do Orçamento do Estado para 2007 (OE2007). O quadro seguinte apresenta as variáveis utilizadas, o seu valor e a fonte de informação respectiva.

<b>Variável</b>	<b>Valor</b>	<b>Fonte</b>
Taxa de receita do Estado como percentagem do PIB, em 2006	41,7%	PEC2006, p. 10, Quadro I.3.1, linha 17
Taxa de dedução fiscal à colecta das despesas em saúde	30%	Código do IRS, artigo 82º
Taxa de juro implícita na dívida pública	4,5%	PEC2006, p.60, Quadro 3
Crescimento real da economia (valor de longo prazo)	2%	PEC2006, p. 63, Quadro 6b
Inflação (deflator do PIB)	2,6%	PEC2006, p. 57, Quadro 1b
Défice público em 2006	7027,4 M€	PEC2006, p.10, Quadro I.3.1, linha 19
Dívida pública em 2006	102948 M€	PEC2006, p.10, Quadro I.3.1, linha 20
Despesa fiscal em saúde em 2004	498 M€	Estatísticas do IRS, DGCI
Receitas do Estado em 2006	63641,4 M€	PEC2006, p.10, Quadro I.3.1, linha 17
PIB nominal em 2006	152,6 x10 <sup>9</sup> €	Implícito nos valores receitas do estado em € e percentagem do PIB
Despesa pública em percentagem do PIB em 2005	47,8%	PEC2006, p. 62, Quadro 6a
Despesa pública em percentagem do PIB em 2020	41,8%	PEC2006, p.62, Quadro 6a
Cuidados de saúde em percentagem do PIB em 2005	6,3%	PEC2006, p.62, Quadro 6a
Despesas com juros em percentagem do PIB em 2005	2,8%	PEC2006, p.62, Quadro 6a
Despesas com juros em percentagem do PIB em 2020	2,6%	PEC2006, p.62, Quadro 6a
Taxa de crescimento da restante despesa pública	3,43%	Cálculos próprios, ver infra

Taxa de crescimento da despesa privada em saúde	6,75%	Valor da taxa de crescimento média do financiamento privado entre 2000 e 2004, segundo a Conta Satélite da Saúde (INE, MS, MFAP)
Despesa com o SNS em 2006	7636,7 M€	OE2007, p. 216, Quadro IV.13.1
Encargos de Saúde suportados pelo OE – ADSE	782,2 M€	OE2007, p. 105, Quadro III.1.13
Encargos de Saúde suportados pelo OE – Forças e Serviços de Segurança	117,7 M€	OE2007, p. 105, Quadro III.1.13
Encargos de Saúde suportados pelo OE – Ramos das Forças Armadas	123,6	OE2007, p. 105, Quadro III.1.13
Despesa pública total	70669 M€	OE2007, p.11, Quadro I.1.1

Para obter a estimativa do ritmo de crescimento implícito da restante despesa pública, para além da despesa pública em saúde e em juros, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$g_x = (1 + g_y) \left( \frac{ODP/PIB|_{2020}}{ODP/PIB|_{2005}} \right)^{1/15} - 1$$

em que  $ODP/PIB|_t$  é o rácio no ano  $t$  da outra despesa pública face ao PIB. Excluem-se da despesa pública total os “cuidados de saúde”, os “cuidados de longa duração (anteriormente incluídos nos cuidados de saúde)” e as “despesas com juros”, já que estas últimas são tratadas explicitamente no quadro de análise, sendo um dos elos dinâmicos. O valor obtido para  $g_y = 4,6\%$  é de 3,43%.

A outra despesa pública em saúde em 2006 foi obtida por diferença entre a despesa pública total e os valores da despesa em saúde.

quadro de análise, sendo um dos elos dinâmicos. O valor obtido para  $g_y = 4,6\%$  é de 3,43%.

A outra despesa pública em saúde em 2006 foi obtida por diferença entre a despesa pública total e os valores da despesa em saúde.

## **Anexo 19**

### **Estudo sobre percepções e atitudes em relação ao financiamento do SNS**

# Estudo sobre percepções e atitudes em relação do financiamento do SNS

Henrique Lopes  
Pedro Magalhães



Dezembro de 2006



## Índice

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>235</b>
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO.....</b>	<b>237</b>
FICHA TÉCNICA FICHA TÉCNICA .....	240
Amostra .....	240
Caracterização da Amostra .....	240
<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PARTICIPANTES.....</b>	<b>241</b>
SEXO DO RESPONDENTE .....	243
NACIONALIDADE .....	244
IDADE .....	245
NÍVEL DE INSTRUÇÃO .....	246
RENDIMENTO.....	247
PERTENÇA A SUBSISTEMAS DE SAÚDE .....	248
POSSE DE SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS.....	249
PROXIMIDADE A PARTIDO POLÍTICO.....	250
PARTIDOS POLÍTICOS .....	251
<b>RESULTADOS DO INQUÉRITO.....</b>	<b>252</b>
1ª PARTE – CONTACTO COM O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE .....	253
1- <i>Recorrência no último ano a um serviço de saúde público</i> .....	253
2- <i>Atendimento num Centro de Saúde nos últimos 3 meses</i> .....	254
3- Satisfação com o atendimento no Centro de Saúde nos últimos 3 meses.....	254
4- <i>Internamento num hospital público no último ano</i> .....	255
5- Satisfação com o internamento no Hospital Público no último ano .....	255
6- <i>Consulta ou tratamento num Hospital Público nos últimos 3 meses</i> .....	256
7- Satisfação com a consulta ou tratamento no Hospital Público nos últimos 3 meses .....	256
8- <i>Atendimento de urgência num hospital público nos últimos 3 meses</i> .....	257
9- Satisfação com o atendimento em urgência no Hospital Público nos últimos 3 meses .....	257
10- <i>Atendimento de urgência num Centro de Saúde</i> .....	258
11- Satisfação com o atendimento em urgência num Centro de Saúde nos últimos 3 meses .....	258
12- <i>Outras formas de contacto com o SNS</i> .....	258
13- <i>Avaliação dessa forma contacto com o SNS</i> .....	260
2ª PARTE - IMAGEM DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE .....	261
14- <i>Imagem global do SNS</i> .....	261
15- <i>Consultas ou tratamentos nos Centros de Saúde</i> .....	262
16- <i>Atendimento em urgência nos Centros de Saúde</i> .....	263
17- <i>Internamento hospitalar</i> .....	264
18- <i>Consultas e tratamentos nos hospitais públicos</i> .....	265
19- <i>Atendimento em urgência nos hospitais públicos</i> .....	266
3ª PARTE- SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS .....	267
20- <i>Situação financeira actual do SNS</i> .....	267
21- <i>Forma como o dinheiro do SNS é gasto</i> .....	268
22- <i>Exemplos de situações onde o dinheiro do SNS é mal gasto</i> .....	269
4ª PARTE- AUMENTO DO FINANCIAMENTO DO SNS .....	270
23- <i>Aumentar os impostos gerais tais como o IVA ou o IRS</i> .....	270
24- <i>Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas da saúde</i> .....	271
25- <i>Aumento das taxas moderadoras</i> .....	272
26- <i>Criação de novas taxas moderadoras</i> .....	273
27- <i>Co-pagamento dos custos dos actos médicos</i> .....	274
28- <i>Aumentar a contribuição dos beneficiários dos subsistemas, como a ADSE</i> .....	275
29- <i>Alargar os subsistemas como a ADSE, a mais pessoas para que possam descontar para esse fim</i> .....	276

30- Criar uma contribuição individual para um seguro de saúde Estatal, calculada de acordo com o rendimento de cada pessoa.....	277
31- Haver um máximo de consultas anual para as pessoas que não têm uma doença crónica.....	278
32- Financiamento individual para criar um seguro de saúde Estatal, que cubra cuidados de saúde adicionais.....	279
33- Pessoas com doenças crónicas isentas das taxas moderadoras.....	280
34- Pessoas com doenças crónicas isentas de outros pagamentos.....	281
35- Concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais, em vez de aumentar as contribuições.....	282
5ª PARTE - DISPONIBILIDADE PARA ENCARAR ALTERNATIVAS AO ACTUAL MODELO DO SNS .....	284
36- O SNS deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência.....	284
37- Cada um aderir individualmente aos seguros de saúde privados em vez de pagar impostos destinados ao pagamento de cuidados de saúde.....	285
6ª PARTE - MEDIÇÃO DA CONFIANÇA FUTURA NO SNS .....	286
38- Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora .....	286
39- Os serviços Estatais de saúde tal como se encontram organizados agora, mas com modelos mais modernos de gestão.....	287
40- Seguros de saúde complementares ao SNS, a serem desenvolvidos pelo Estado, mas em que cada um contribui na medida do que desejar para esse seguro, e dependendo dessas opções terá um tipo de coberturas de risco.....	288
41- Nas companhias de seguro de saúde (sector privado).....	288
42- Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestação de cuidados de saúde (especializadas em determinadas doenças e/ou actividades médicas) .....	290
43- Avaliação do grau de confiança actual no Serviço Nacional de Saúde .....	291
44- Avaliação do grau de concordância com o facto de todos serem obrigados a descontar para o SNS, tendo por contrapartida, direito de utilização de cuidados de saúde .....	292
45- Avaliação do grau de necessidade de mudança do SNS.....	293
46- Razões da necessidade de mudança .....	294
7ª PARTE - AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DO RESPONDENTE ACERCA DO FINANCIAMENTO DO SNS.....	295
47- Grau de conhecimento do respondente acerca do financiamento do SNS.....	296
48- Expressão do conhecimento da despesa .....	297
49- Valor da despesa do SNS por ano e por habitante em €.....	297
50- Conhecimento da despesa agregada do SNS.....	299
51- Valor da despesa total do SNS em milhões de Euros .....	300
À semelhança do caso anterior não só o número dos que afirmam saber qual é o montante é baixo, como os que indicam cometem graves erros. Apenas 9% acertaram numa banda muito larga (de 5.001 a 10.000 milhões de euros/ano). .....	300
52- Nível de despesa do Estado português em euros / habitante com o SNS comparativamente aos restantes países da UE.....	301
53- Percentagem da riqueza nacional destinada ao SNS comparativamente aos restantes países da UE.....	302

## Índice de figuras

Gráfico 1 – Participantes no inquérito .....	242
Gráfico 2 – Sexo do respondente .....	243
Gráfico 3 – Nacionalidade .....	244
Gráfico 4 – Idade .....	245
Gráfico 5 – Nível de instrução .....	246
Gráfico 6 – Rendimento.....	247
Gráfico 7 – Subsistemas de saúde – Participantes no inquérito.....	248
Gráfico 8 – Posse de seguro de saúde privado (participantes).....	249
Gráfico 9 – Proximidade a partido político.....	250
Gráfico 10 – Partidos políticos (participantes) .....	251
Gráfico 11 – Recorrência a serviço de saúde não privado.....	253
Gráfico 12 - Satisfação com o atendimento no Centro de Saúde nos últimos 3 meses ..	254
Gráfico 13 - Satisfação com o internamento no Hospital Público no último ano.....	255
Gráfico 14 - Satisfação com a consulta ou tratamento no Hospital Público nos últimos 3 meses.....	256
Gráfico 15 - Satisfação com o atendimento de urgência no Hospital Público.....	257
Gráfico 16 – Satisfação com o atendimento em urgência num Centro de Saúde nos últimos 3 meses.....	258
Gráfico 17 – Imagem global do SNS.....	261
Gráfico 18 - Consultas ou tratamentos nos Centros de Saúde .....	262
Gráfico 19 - Atendimento em urgência nos Centros de Saúde .....	263
Gráfico 20 - Internamento hospitalar .....	264
Gráfico 21 – Consultas e tratamentos nos hospitais públicos.....	265
Gráfico 22 – Atendimento em urgência nos hospitais públicos .....	266
Gráfico 23 – Avaliação da situação financeira do SNS .....	267
Gráfico 24 – Forma como o dinheiro do SNS é gasto .....	268
Gráfico 25 – Situações onde o dinheiro do SNS é mal gasto .....	269
Gráfico 26 – Aumento dos impostos gerais como o IVA ou o IRS.....	270
Gráfico 27 – Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas da saúde .....	271
Gráfico 28 – Aumento das taxas moderadoras .....	272
Gráfico 29 – Criação de novas taxas moderadoras .....	273
Gráfico 30 – Pagar uma percentagem dos actos médicos.....	274
Gráfico 31 - Aumentar a contribuição dos beneficiários dos subsistemas, como a ADSE .....	275
Gráfico 32 - Alargar os subsistemas como a ADSE, a mais pessoas para que possam descontar para esse fim .....	276
Gráfico 33 - Criar uma contribuição individual para um seguro de saúde estatal, calculada de acordo com o rendimento de cada pessoa .....	277
Gráfico 34 - Haver um máximo de consultas anual para as pessoas que não têm uma doença crónica .....	278
Gráfico 35 - Financiamento individual para criar um seguro de saúde estatal, que cubra cuidados de saúde adicionais .....	279
Gráfico 36 - Pessoas com doenças crónicas isentas das taxas moderadoras .....	280

Gráfico 37 - Pessoas com doenças crónicas isentas de outros pagamentos como por exemplo as comparticipações em despesas com os medicamentos .....	281
Gráfico 38 - Concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais, em vez de aumentar as contribuições .....	283
Gráfico 39 - O SNS deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência .....	284
Gráfico 40 - Cada um deve aderir individualmente aos seguros de saúde privados em vez de pagar impostos destinados ao pagamento de cuidados de saúde .....	285
Gráfico 41 - Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora ..	286
Gráfico 42 - Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora, mas com modelos mais modernos de gestão.....	287
Gráfico 43 - Seguros de saúde complementares ao SNS, a serem desenvolvidos pelo Estado, mas em que cada um contribui na medida do que desejar para esse seguro, e dependendo dessas opções terá um tipo de coberturas de risco.....	288
Gráfico 44 - Companhias de seguro privadas .....	289
Gráfico 45 - Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestação de cuidados de saúde (especializadas em determinadas doenças e/ou actividades médicas).....	290
Gráfico 46 - Avaliação do grau de confiança actual no Serviço Nacional de Saúde.....	291
Gráfico 47 - Avaliação do grau de concordância com o facto de todos serem obrigados a descontar para o SNS, tendo por contrapartida, direito de utilização de cuidados de saúde .....	292
Gráfico 48 - Avaliação do grau de necessidade de mudança do SNS .....	293
Gráfico 49 - Razões da necessidade de mudança .....	294
Gráfico 50 - Avaliação do grau de conhecimento do respondente acerca do financiamento do SNS .....	296
Gráfico 51 – Conhecimento do valor da despesa por ano e por habitante em €.....	297
Gráfico 52 – Proximidade das referências à realidade.....	298
Gráfico 53 – Conhecimento do valor da despesa total em milhões de €.....	299
Gráfico 54 - Nível de despesa do Estado português por habitante com o SNS comparativamente aos restantes países da UE.....	301
Gráfico 55 - Percentagem da riqueza nacional destinada ao SNS comparativamente aos restantes países da UE.....	302

## Sumário executivo

1. O actual estudo, dada a exiguidade de tempo disponível para a sua realização, consiste apenas numa descrição compreensiva dos resultados encontrados no conjunto de entrevistas, pelo que não se procedeu à análise avançada dos dados. Manifestamos contudo a nossa disponibilidade para numa segunda fase podermos estudar com maior detalhe a base de dados agora criada.
2. O elevado número de inquéritos confere ao presente estudo um grau de proximidade da amostra à população nacional bastante elevado, pelo que as conclusões aqui apresentadas deverão estar em linha com o sentir do País a este propósito.
3. O grau de desconhecimento revelado pelos respondentes sobre financiamento do SNS é elevadíssimo, valendo sobretudo as entrevistas pelo valor impressionista acerca do SNS. Quando questionados sobre os elementos técnicos de financiamento do SNS, quase todos (99,7%) cometeram erros superiores a 10% sobre os valores correctos<sup>99</sup>, e 96,5% com erros que se podem considerar grosseiros<sup>100</sup>.
4. Não só foi manifesto um grau de desconhecimento quase total acerca do financiamento do SNS, como a grande maioria das pessoas diz sentir falta de informação a esse propósito. O grau de afastamento entre o valor

---

<sup>99</sup> Ficando por saber se aqueles que acertaram são efectivamente devidos a conhecimento ou a erro tipo II

<sup>100</sup> Consideramos como erro grosseiro, a indicação de um valor sem qualquer aderência à realidade.

- de despesa real incorrida pelo SNS e o valor de pressuposição médio encontrado, exprime-se num rácio de quase 1 para 100.
5. Não há diferenças de padrão de resposta entre os votantes dos principais partidos, manifestando-se apenas diferenças residuais num ou noutro aspecto.
  6. A imagem do SNS enquanto Sistema de Estado é globalmente positiva, não se tendo manifestado uma verdadeira alternativa de qualquer dos formatos propostos: companhias de seguro privadas, seguros de saúde complementares estatais, desenvolvimento de subsistemas de saúde, alterações estruturais ao SNS face ao modelo presente.
  7. A hipótese de se aumentar o financiamento do SNS através de novas fontes de capitais especificamente atribuídas a esse fim é mal aceite em todos os formatos propostos, registando-se elevadas polarizações nas escalas de medição. Isto implica significa que, seja qual for a forma de financiamento que venha a ser proposta, há um forte potencial de que ela venha a ser objecto de insatisfação social.
  8. Os sentimentos de solidariedade social no âmbito do SNS são menos visíveis nos escalões etários abaixo dos 35 anos, aceitando-se nessas faixas soluções mais individuais para financiar a saúde.
  9. Todos os grandes grupos populacionais são favoráveis de uma forma ou outra à continuação do SNS.
  10. É também muito partilhada a noção de que é necessário aperfeiçoar o modelo actual de SNS: as populações mais letradas optam por

aperfeiçoamentos no modelo de gestão. As populações com menos estudos tendem a optar por resultados mais imediatos, por via de alterações no modelo de operações.

11. Globalmente o presente estudo tem uma representatividade social próxima dos 95%. Porém como cada pergunta está sujeita à existência de experiencição de determinadas formas de relacionamento com serviços concretos, não devemos falar em representatividades específicas de cada realidade, mas sim como linhas de força do sentir dos portugueses adultos.

## ***Ficha técnica***

**Cliente:** SNS

**Data de realização da Sondagem:** 15 e 16 Novembro e de 22 de Novembro a 6 de Dezembro de 2006

**N.º de Inquiridores:** 195

**N.º de Coordenadores:** 19

**Universo:** indivíduos com 18 ou mais anos de idade residentes em lares com telefone fixo no Continente

### ***AMOSTRA***

**Seleção da amostra:** números de telefone seleccionados aleatoriamente a partir das listas telefónicas, com estratificação por regiões; na família foi seleccionada a pessoa com 18 ou mais anos que tivesse tido o seu aniversário há menos tempo.

**Telefonemas realizados:** 1506

**Inquéritos válidos:** 1173

**Recusas:** 187

**Desistências:** 146

**Taxa de resposta obtidas:** 78%

**Margem de erro máximo da amostra:** 2.9%, com um nível de confiança de 95%.

### ***CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA***

**Sexo:**

47.7% Masculino

52.3% Feminino



## Caracterização da amostra de Participantes

A primeira pergunta dirigida ao entrevistado visou saber se estaria interessado em partilhar a sua opinião acerca do SNS. Por motivos de análise estatística recolheram-se também alguns dados sociodemográficos dos que não quiseram dar a sua opinião. Disto resultou que a amostra final fosse repartida entre participantes e não participantes, onde os primeiros representaram 86% da amostra e os últimos somente 14 % num total de 1.360 indivíduos. Não estão naturalmente reflectidos aqui os valores daqueles que sendo contactados, não aceitaram fornecer qualquer dado para o inquérito ou somente sociológico, a qual estimamos em %.

A amostra *tout venant* as composições amostrais eram idênticas entre os dois subgrupos em todos os critérios sociológicos trabalhados, com excepção da indicação de partido político, situação normal em subgrupos amostrais com comportamentos defensivos. Essa diferenciação entre os dois subgrupos é visível na caracterização final das subamostra.

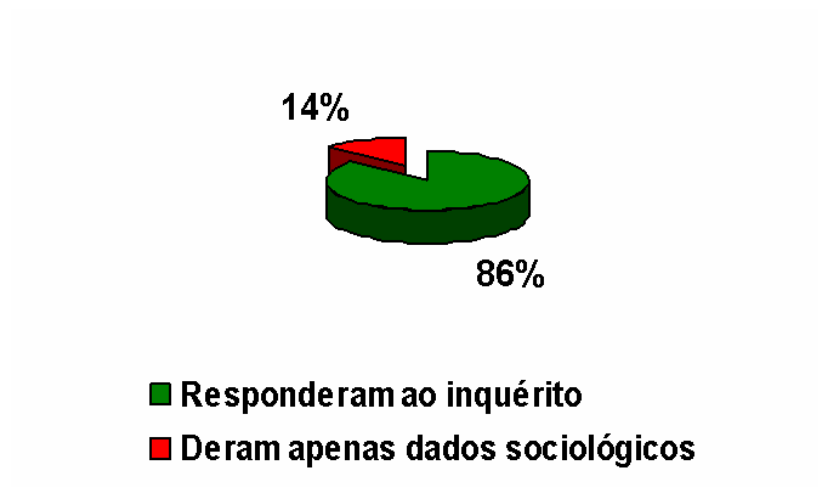
Após correcção do enviesamento metodológico<sup>101</sup> as composições naturalmente alteraram-se gerando diferenças entre os subgrupos mas aproximando a amostra respondente da composição natural do país.

Apesar de estar representada na ficha técnica em powerpoint ambas as subamostra centraremos o esforço analítico na amostra de respondentes.

---

<sup>101</sup> Os estudos que recorrem ao método de entrevista telefónica com telefone fixo, têm um enviesamento metodológico endógeno que feminiza a composição média da amostra, bem como a envelhece. Procedeu-se no presente estudo à correcção do primeiro efeito.

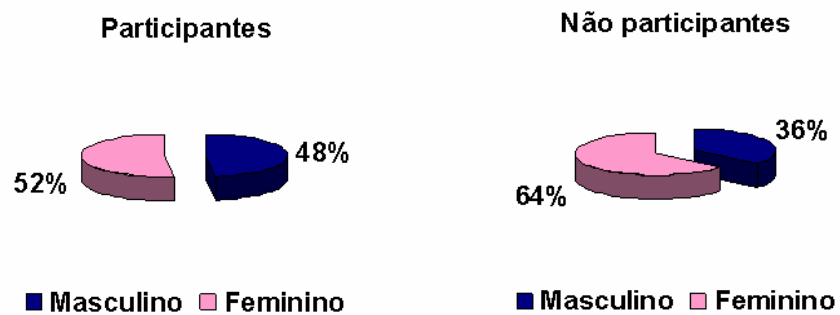
Gráfico 1 - Participantes no inquérito



## Sexo do Respondente

Na subamostra dos participantes, as mulheres representaram 52 % da amostra, valor próximo da média portuguesa. Obteve-se este valor forçando a representação masculina mantendo contudo a aleatoriedade dos contactos.

Gráfico 2 - Sexo do respondente



## Nacionalidade

A expressão dos nacionais foi quase total sobre a amostra 99%. A diferença entre os dois subgrupos (1% e 2%) não chega a registar diferenciação estatística para que se possa arguir com segurança uma menor apetência dos imigrantes para responder ao inquérito.

Gráfico 3 - Nacionalidade



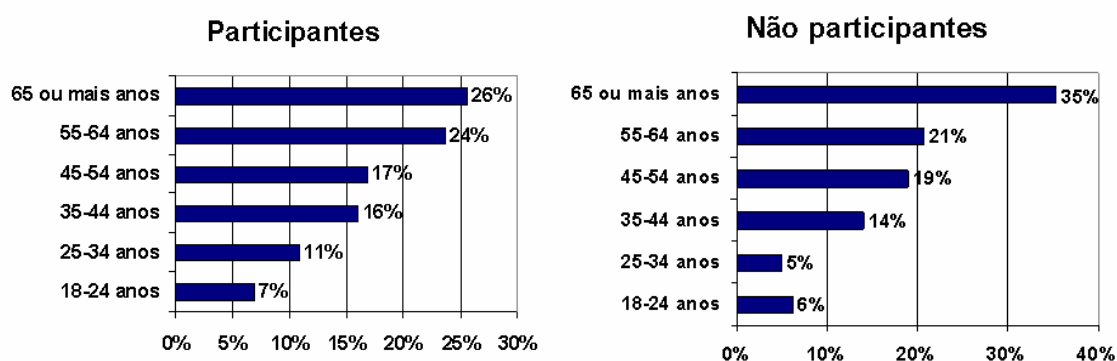
## Idade

Chamamos a atenção para o facto de que os valores que figuram em percentagem na descrição dos escalões etários, não podem ser directamente comparados com as respectivas percentagens do todo nacional, na medida em que, a nossa amostra se inicia apenas aos 18 anos.

Há contudo um efeito metodológico de envelhecimento na amostra, provocado pelo facto de que muitos jovens optam por não ter nas suas residências telefone fixo, entre outros efeitos de menor impacto.

Consideramos contudo que apesar de existir esse efeito, em nada se altera a leitura dos resultados, porque o efeito idade foi avaliado em todas as questões, e deu-se registo apropriado sempre que ele ocorreu.

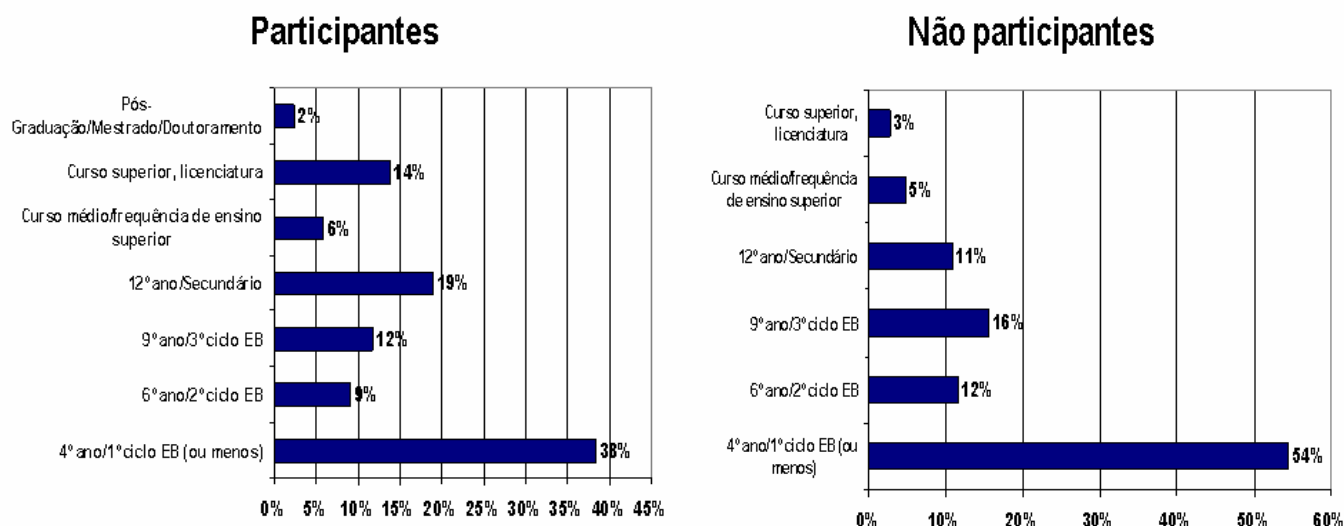
Gráfico 4 - Idade



## Nível de instrução

A instrução escolar média da amostra foi baixa, reflectindo o país real. Alertamos mesmo assim para o facto de que as habilitações inscritas nos quadros são as declaradas, isto é, como se espera num estudo com as presentes características, não há confirmação documental de habilitações. Em resultado desse efeito declarativo espera-se que haja algum empolamento das habilitações, em particular de fases escolares não concluídas, as quais são apresentadas como se o fossem. Será talvez realista estimar uma média 1 a 2 anos abaixo do declarado.

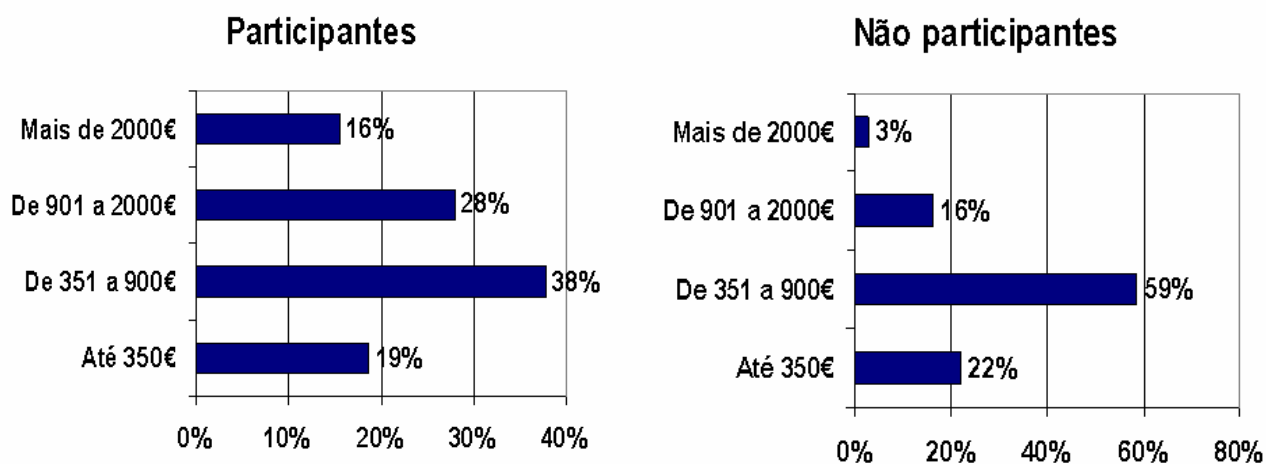
Gráfico 5 - Nível de instrução



## Rendimento

A distribuição de rendimentos deve tal como na questão anterior ser lida com alguma reserva por ter natureza declarativa. Estima-se que haja uma reacção a este propósito de curva em U, provocada do lado esquerdo da distribuição por aqueles que receios de fornecerem dados diminuem os valores verdadeiros, e do lado direito por aqueles que se sentem constrangidos por declarar os baixos rendimentos auferidos, tendem a aumenta-los.

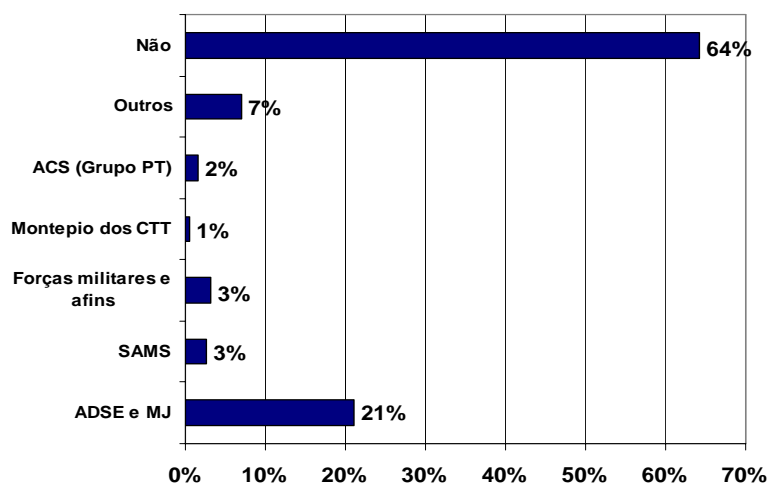
Gráfico 6 - Rendimento



## Pertença a subsistemas de saúde

Dado que o facto de se pertencer a um subsistema de saúde pode alterar a forma de contacto do inquirido com o SNS, e por inerência a sua percepção, investigámos o impacto desse facto nos resultados. A distribuição de pertença é a seguinte:

Gráfico 7 - Subsistemas de saúde - Participantes no inquérito

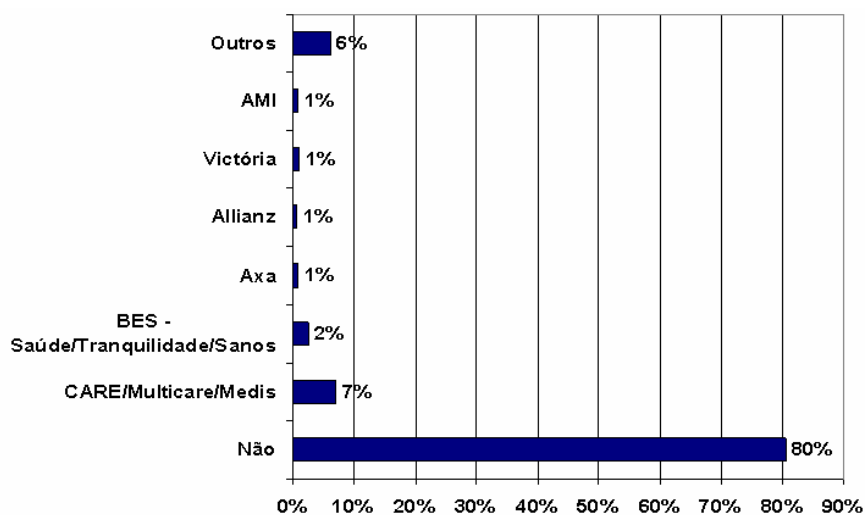




## Posse de seguros de saúde privados

À semelhança do caso anterior, a posse de um seguro de saúde privado pode alterar a percepção do respondente acerca do SNS tanto por via de abdicar do usufruto de regalias e direitos a que poderia aceder, como por não se expor aos aspectos mais negativos que também lhe são endógenos.

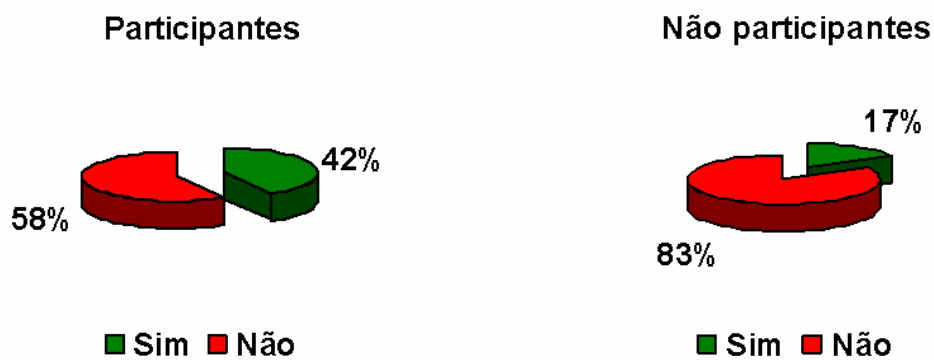
Gráfico 8 - Posse de seguro de saúde privado (participantes)



## Proximidade a partido político

Os indivíduos que aceitaram responder a este inquérito telefónico, tenderam a ser mais abertos quanto à exposição pública das suas ideias políticas. Daí que haja proporcionalmente muito mais sujeitos entre os participantes a revelar as suas posições ideológicas.

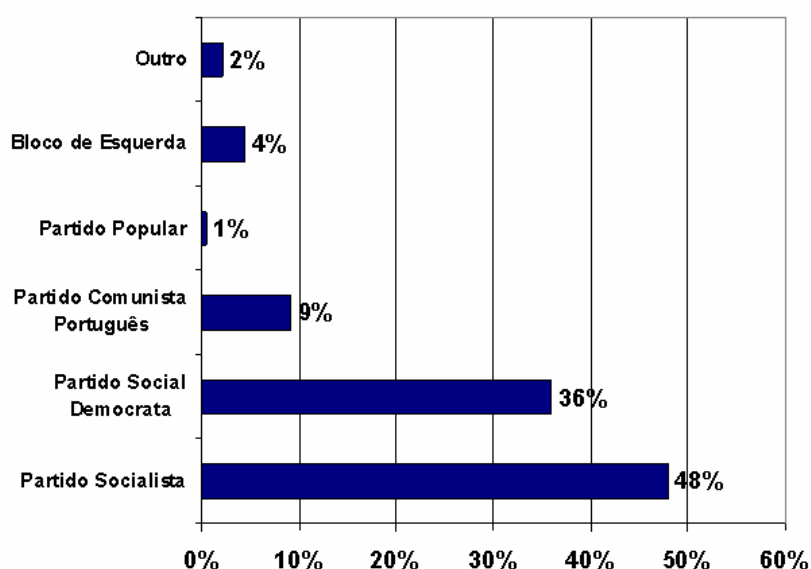
Gráfico 9 - Proximidade a partido político



## Partidos políticos

Os valores encontrados como figura no gráfico 10 são bastante próximos do encontrado nas sondagens políticas actuais. Para mais se tivermos em conta os habituais desvios que minoram um pouco as declarações de proximidade ao PCP, e majoração relativa do partido no poder, chegamos a valores praticamente idênticos aos das sondagens publicadas na imprensa nas últimas semanas.

Gráfico 10 - Partidos políticos (participantes)



## **Resultados do Inquérito**

- 1ª Parte - Contacto com Serviço Nacional de Saúde (1 - 13)**
- 2ª Parte – Imagem do Serviço Nacional de Saúde (14 - 19)**
- 3ª Parte – Percepção da situação financeira do SNS (20 - 22)**
- 4ª Parte – Análise do aumento de financiamento (23 - 35)**
- 5ª Parte – Disponibilidade para encarar alternativas (36 - 37)**
- 6ª Parte – Confiança futura no SNS (38 - 46)**
- 7ª Parte – Avaliação dos conhecimentos dos inquiridos (47 - 53)**

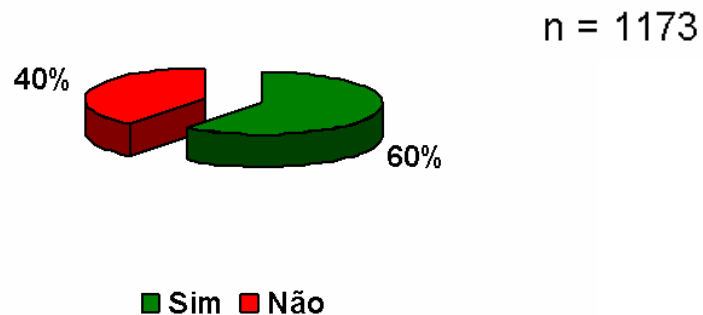
## 1ª parte – Contacto com o Serviço Nacional de Saúde

### 1- Recorrência no último ano a um serviço de saúde público

A grande maioria dos respondentes afirmou ter recorrido a pelo menos um serviço público de saúde no último ano.

Num total de 1.173 indivíduos que aceitaram responder ao inquérito, e foram validados, 60% tiveram algum tipo de experiência com o Serviço Nacional de Saúde.

Gráfico 11 - Recorrência a serviço de saúde não privado



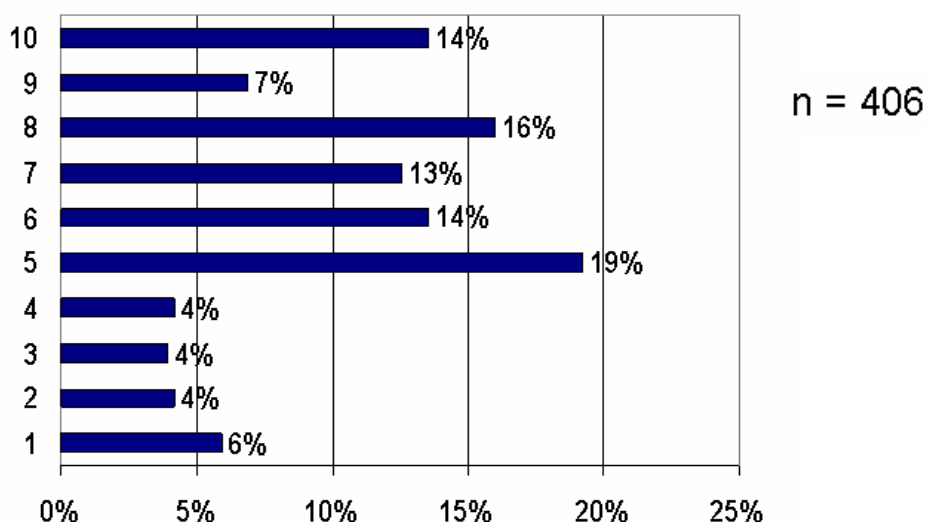
## 2- Atendimento num Centro de Saúde nos últimos 3 meses.

Dentre aqueles que declararam ter havido experiencição com o SNS no último ano, 406 disseram ter tido contacto com um Centro de Saúde nos últimos 3 meses, o que revela uma recorrência muito elevada.

## 3- Satisfação com o atendimento no Centro de Saúde nos últimos 3 meses

Os níveis de satisfação indicados, numa escala de 1 a 10 em que 1 significa “Nada Satisfeito” e 10 “Muito satisfeito”, a média atingiu os 6,34 valores, com polaridades muito marcadas. O Índice de polaridade positivo (IPP)<sup>102</sup> foi de 37% e o IPN de 14%.

Gráfico 12 - Satisfação com o atendimento no Centro de Saúde nos últimos 3 meses



<sup>102</sup> Os índices de polaridade medem o extremismo com que uma população reage a um estímulo em que é solicitada resposta. Empregamos dois índices principais, o IPP e o IPN, calculados de forma muito simples: o IPP consiste na soma das percentagens dos respondentes que assinalaram o 3 pontos mais altos da escala, enquanto o IPN corresponde à soma das percentagens dos 3 pontos mais baixos da escala.

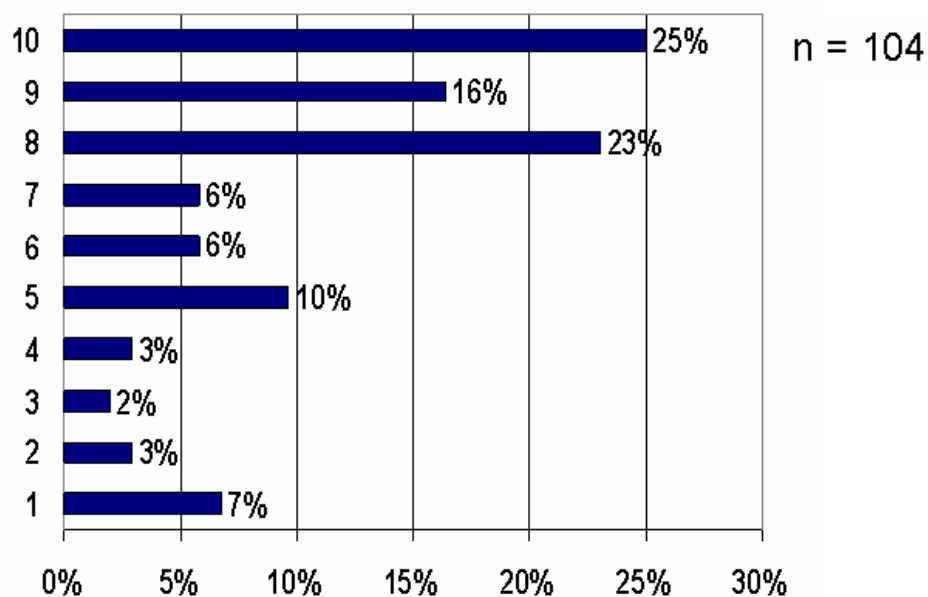
#### 4- Internamento num hospital público no último ano

Outra forma de contacto analisada foi o internamento do respondente num hospital público no último ano. Apenas uma pequena quantidade de indivíduos afirmou ter recorrido a um internamento, nomeadamente 105 indivíduos, cerca de 15% no total de 706 que utilizaram o SNS.

#### 5- Satisfação com o internamento no Hospital Público no último ano

Relativamente aos níveis de satisfação indicados, novamente utilizando a mesma escala, a média fez os 7,35 valores. Com níveis IPP de 64% e IPN nos 12%.

Gráfico 13 - Satisfação com o internamento no Hospital Público no último ano



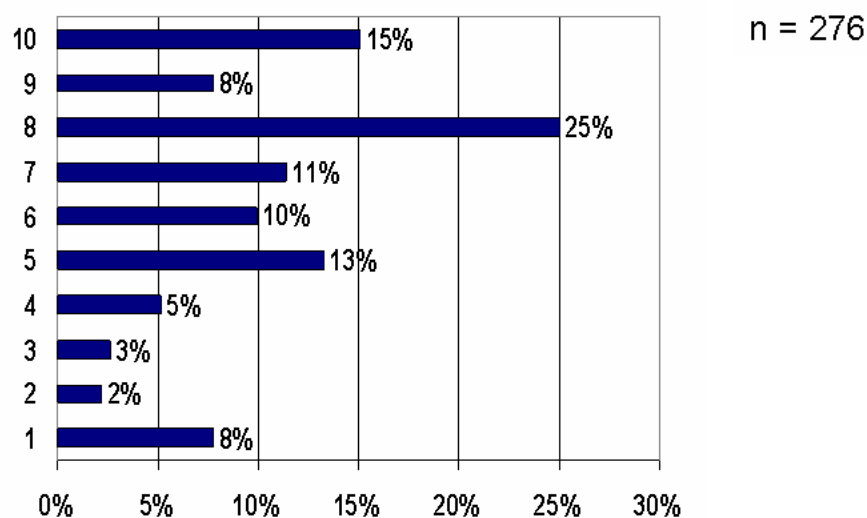
#### 6- Consulta ou tratamento num Hospital Público nos últimos 3 meses

Questionaram-se também os respondentes sobre a eventualidade de terem recebido uma consulta ou tratamento hospitalar nos últimos 3 meses. 39% dos 704 indivíduos revelaram ter tido essa experiência.

#### 7- Satisfação com a consulta ou tratamento no Hospital Público nos últimos 3 meses

Os índices de satisfação relativos a este contacto com o SNS atingiram uma média de 6,66 pontos com um IPP de 48% e IPN de 13%.

Gráfico 14 - Satisfação com a consulta ou tratamento no Hospital Público nos últimos 3 meses





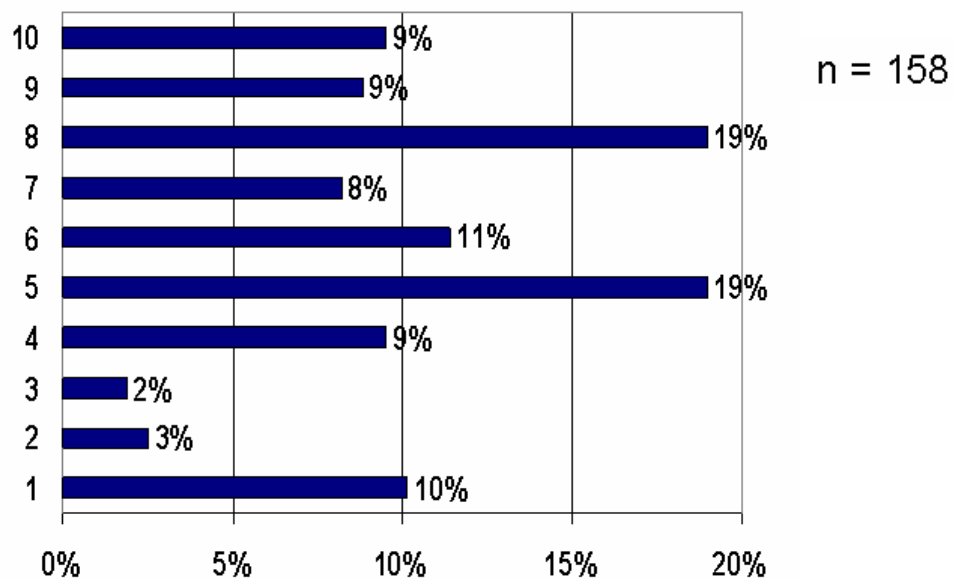
#### 8- Atendimento de urgência num hospital público nos últimos 3 meses

Questionou-se o participante, para saber se nos seus contactos com os hospitais públicos nos últimos 3 meses, envolveu alguma situação de urgência. A percentagem de pessoas que experimentaram esta forma foi de 23% dos que utilizaram o hospital público.

#### 9- Satisfação com o atendimento em urgência no Hospital Público nos últimos 3 meses

Os valores médios atribuídos pelos participantes à sua satisfação por este atendimento em urgência, ultrapassaram os 5 pontos com 6,1 pontos numa escala máxima de 10. O IPP foi de 37% e o IPN de 16%.

Gráfico 15 - Satisfação com o atendimento de urgência no Hospital Público



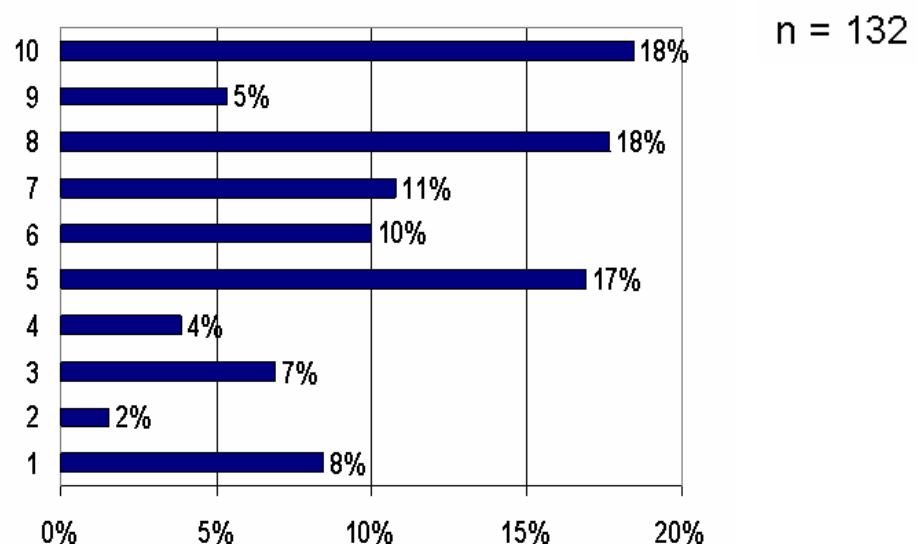
#### 10- Atendimento de urgência num Centro de Saúde

Novamente a situação de urgência é remetida aos respondentes, mas desta vez relativamente a um Centro de Saúde, também fazendo referência aos últimos 3 meses. Apenas 19% manifestaram ter recorrido a ela nesse período.

#### 11- Satisfação com o atendimento em urgência num Centro de Saúde nos últimos 3 meses

O índice de satisfação com os serviços prestados em situação de urgência no Centro de Saúde, foram um pouco mais elevados do que sucedeu em relação ao hospital público. No entanto esse aumento per fez apenas 0,5 pontos na escala de 10 com 6,42. O IPP registou 41% e o IPN 17%.

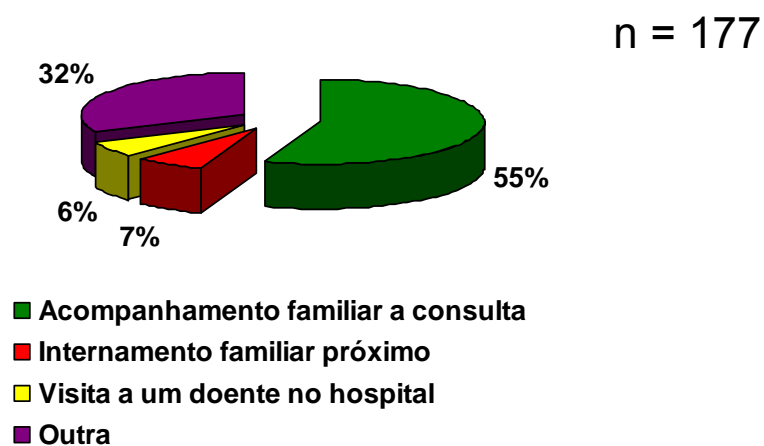
Gráfico 16 - Satisfação com o atendimento em urgência num Centro de Saúde nos últimos 3 meses



#### 12- Outras formas de contacto com o serviço

Verificámos também se o contacto com o SNS é produzido de outras formas para além da da condição de doente. Isso foi verdade para 16% da amostra global. A discriminação por classe está indicada no gráfico 17.

Gráfico 17 - Outras formas de contacto

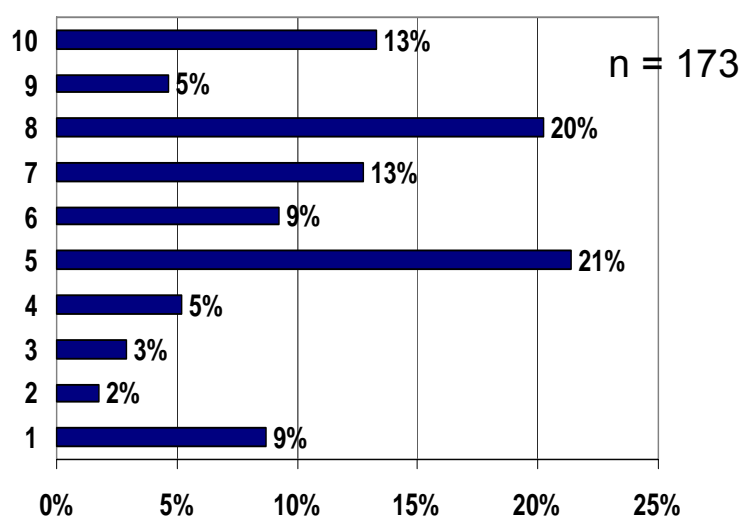


### 13- Avaliação dessa forma de contacto com o SNS

Estudos recentes realizados em países anglo-saxónicos indicam que as famílias desenvolvem junto do doente um papel fundamental na formação da imagem do SNS, influenciando a sua própria percepção.

Em face desta nova realidade científica medimos o grau de satisfação com o SNS obtido nesses contactos. A média foi de 6,29 com a moda estatística a cair no valor 5. As polarizações foram de 38% para o IPP e de 14% para o IPN.

Gráfico 18 - Nível de satisfação desse contacto com o SNS

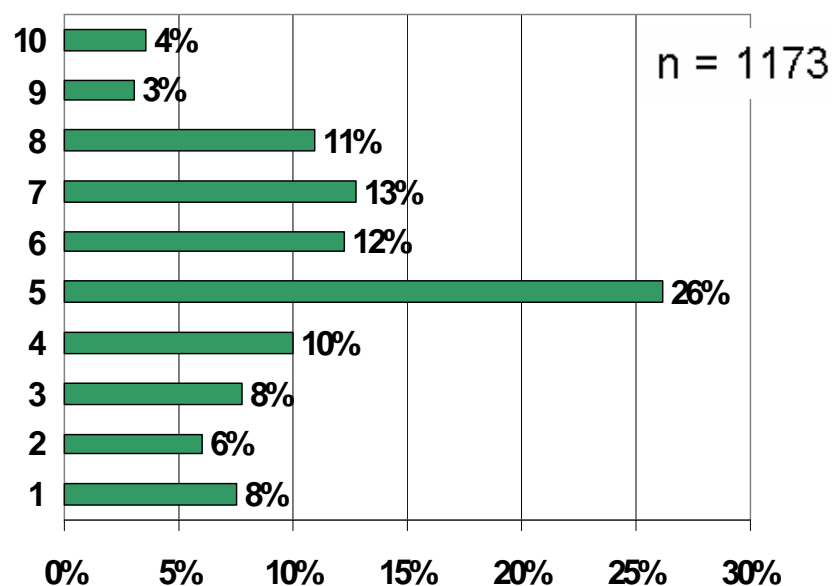


## 2ª parte - Imagem do Serviço Nacional de Saúde

### 14- Imagem global do SNS

Novamente numa escala de 1 a 10 em que 1 significa “muito má imagem” e 10 “muito boa imagem” pediu-se aos participantes que partilhassem a sua opinião relativamente à imagem actual que têm do Serviço Nacional de Saúde. Num universo de 1173 pessoas a média de respostas situou-se nos 5,15 pontos. A classificação certamente encarada pela maioria dos inquiridos como estado no centro de escala (5) foi referida por cerca de 30 % dos respondentes, o que indicia forte desconhecimento ou ausência de fundamentação para além da impressionista. As polarizações confirmaram a leptocurticidade<sup>103</sup> desta distribuição com IPP de 18% e IPN de 24%.

Gráfico 19 - Imagem global do SNS



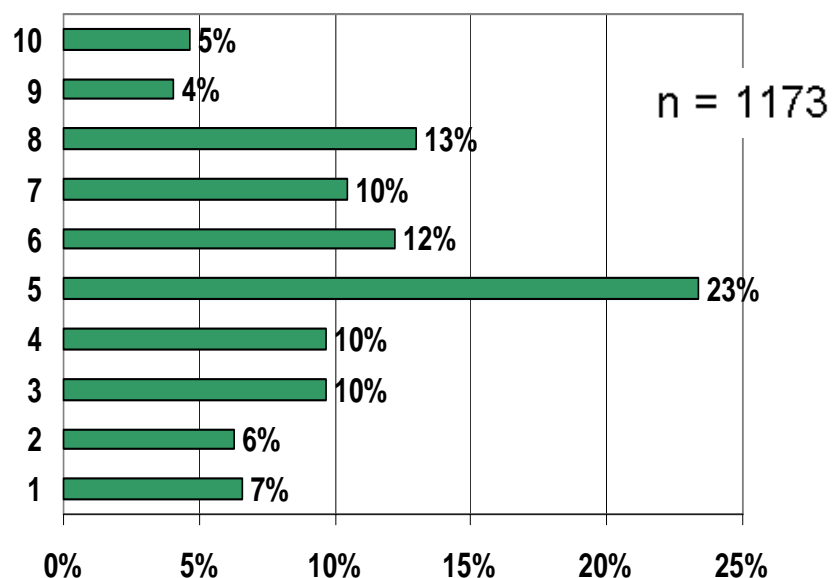
<sup>103</sup> Uma distribuição de Gauss pode assumir varios formatos desde que mantenha os parametros estatísticos iguais aos da formula sua definidora. Três formatos têm nomes proprios: Distribuição normal Leptocurtica, quando a forma Gauss é mantida mas estreitada na região central, Distribuição normal Mesocurtica podendo esta ter o formato classico de Gauss chamando-se então apenas Distribuição normal, ou ser achatada na sua região central e nesse caso designada apenas por mesocurtica; distribuição normal endocurtica quando o achatamento é muito pronunciado

No seguimento desta questão perguntou-se aos entrevistados que especificassem a imagem que têm relativamente a alguns dos serviços prestados pelo SNS, como as consultas nos Centros de Saúde, o atendimento em urgência nos centros de saúde, internamento hospitalar, consultas ou tratamentos nos hospitais públicos, e finalmente a imagem do atendimento em urgência nos hospitais públicos. Os padrões de resposta foram muito similares ao global, vejamos:

#### 15- Consultas ou tratamentos nos Centros de Saúde

A média de satisfação com as consultas e tratamentos obtidos nos Centros de Saúde foi de 5,37 com um IPP de 22% e IPN de 23%.

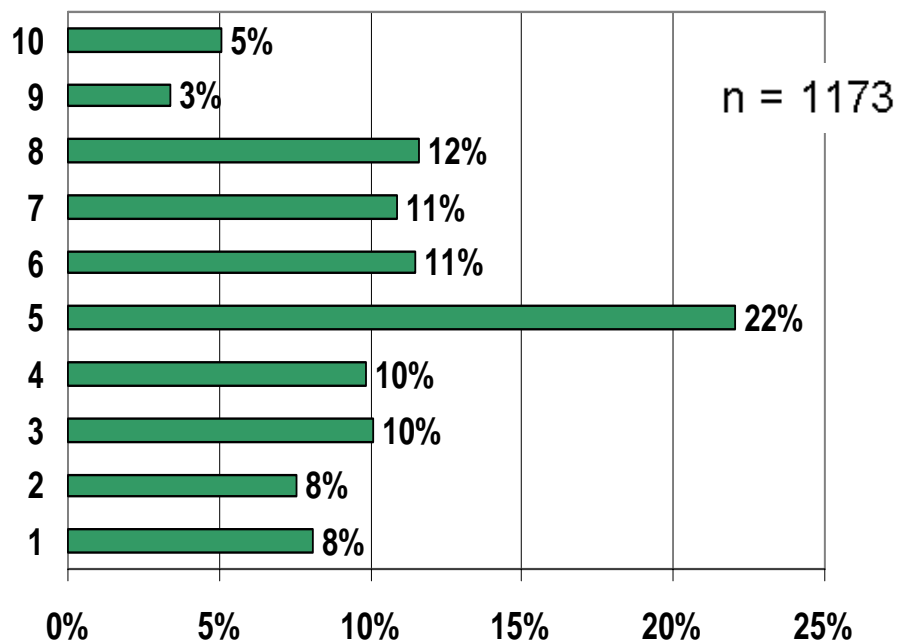
Gráfico 20 - Consultas ou tratamentos nos Centros de Saúde



## 16- Atendimento em urgência nos Centros de Saúde

Mais uma vez nos atendimentos de urgência proporcionados pelos Centros de Saúde a média foi de 5,21 com IPP de 20% e IPN de 26%

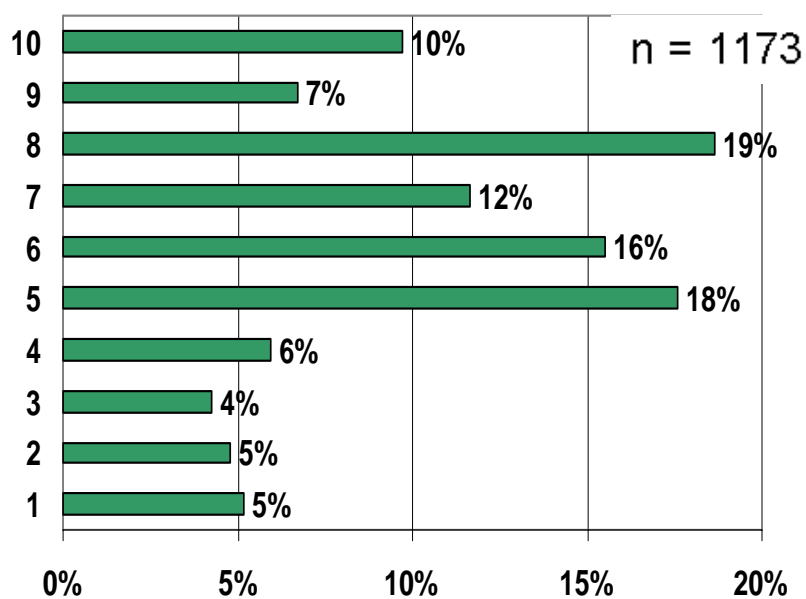
Gráfico 21 - Atendimento em urgência nos Centros de Saúde



### 17- Internamento hospitalar

Nos internamentos hospitalares o padrão altera-se polarizando à esquerda, mas tendo em simultâneo uma zona central forte de que resultou uma média superior à dos anteriores casos: média 6,20, IPP de 46% e IPN de 15%, traduzindo a existência de uma realidade percebida de per si, em linha com o que se tem obtido noutros estudos desenvolvidos em Portugal, designadamente os do ISEGI.

Gráfico 22 - Internamento hospitalar

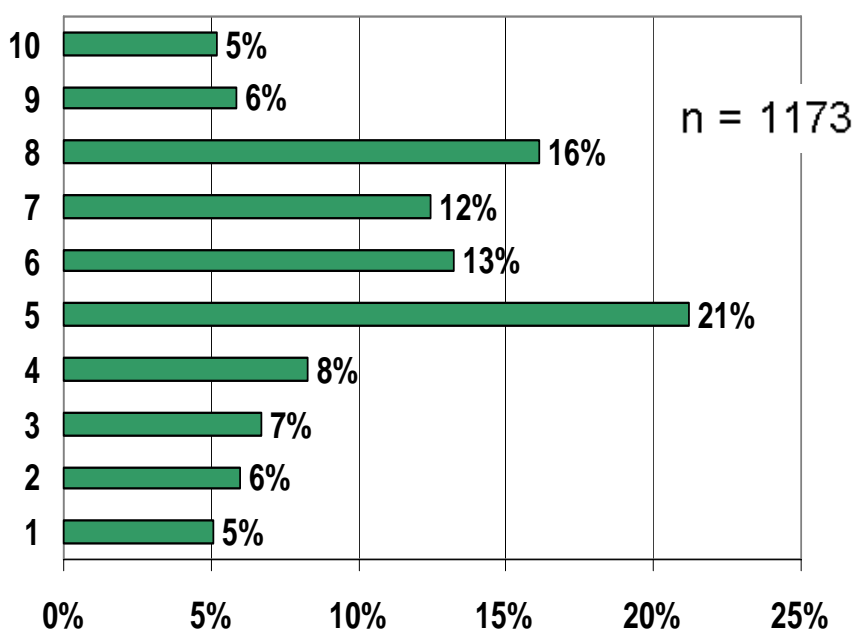




### 18- Consultas e tratamentos nos hospitais públicos

O ambulatório hospitalar retorna a uma proximidade conceptual maior com o dos Centros de Saúde do que com a parte de internamento hospitalar. A média sofre com isso baixando para 5,76 , do mesmo modo que o IPP baixa para 27% e o IPN sobe para 18%

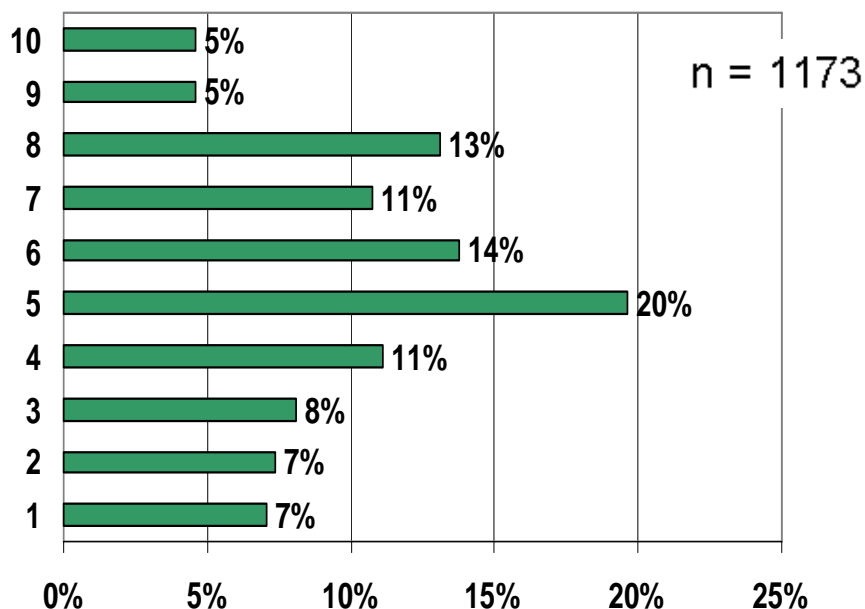
Gráfico 23 - Consultas e tratamentos nos hospitais públicos



### 19- Atendimento em urgência nos hospitais públicos

A urgência hospitalar já apresenta um padrão de resposta misto entre o que foi encontrado com o internamento hospitalar e os índices relativos aos Centros de Saúde: média de 5,38 , IPP de 23% e IPN de 22%.

Gráfico 24 - Atendimento em urgência nos hospitais públicos

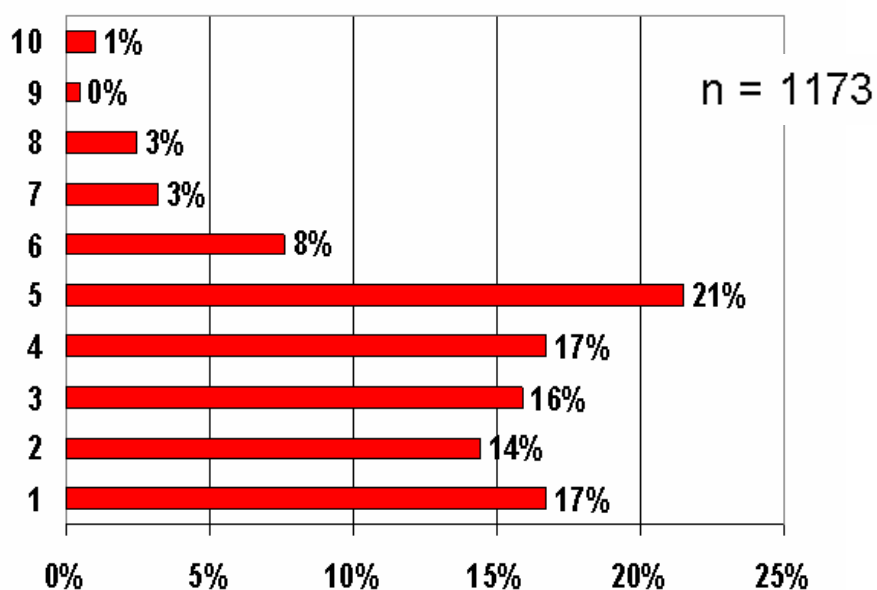


### 3ª parte- Situação Financeira do SNS

#### 20- Situação financeira actual do SNS

Pedi-se aos participantes que procedessem a uma avaliação da situação financeira do SNS, numa escala de 1 a 10, em que 1 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”. O valor médio final foi bastante baixo: 3,69 pontos, o que evidencia como os Portugueses percebem com preocupação este aspecto do SNS, e partilham uma preocupação com as dificuldades com que o sector se debate. O IPP é naturalmente baixo com apenas 4%, e o IPN com 47%.

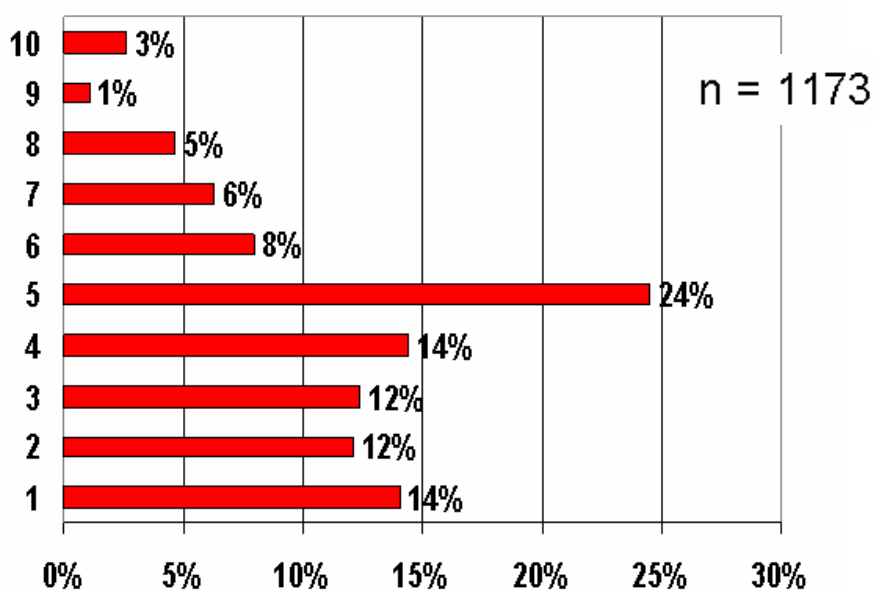
Gráfico 25 - Avaliação da situação financeira do SNS



## 21- Forma como o dinheiro do SNS é gasto

A par com a concordância de que há falta de dinheiro, verifica-se que há uma posição generalizada de que o dinheiro não é tão bem gasto como o poderia ser. Não deve contudo extrapolar-se que um aspecto é decorrente de outro, pois o inquérito não o estimou, nem tinha por objectivo avaliar as causas profundas dos problemas económicos do SNS aos olhos da opinião pública portuguesa. No que concerne à forma como o dinheiro do SNS é aplicado, os resultados manifestaram um elevado grau de descontentamento sobre o destino do dinheiro dos contribuintes com uma avaliação de média de 4,20 valores.

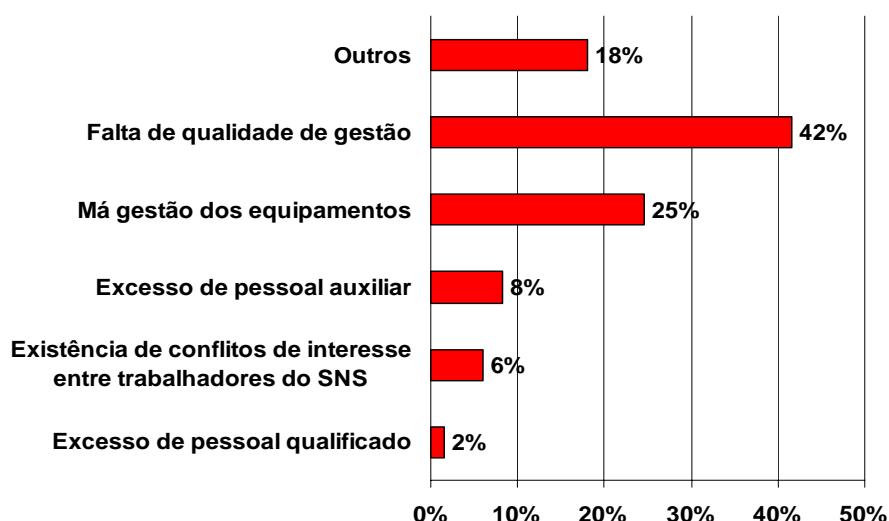
Gráfico 26 - Forma como o dinheiro do SNS é gasto



## 22- Exemplos de situações onde o dinheiro do SNS é mal gasto

Solicitou-se aos respondentes que consideraram que o dinheiro do SNS estava a ser mal gasto (529), que especificassem de que forma em sua opinião o estava a ser. A resposta era aberta para que não se influenciasse o padrão de respostas. Durante os pré-testes procedeu-se a ensaios e estudos qualitativos que permitissem apurar as classes de resposta mais frequentes, de que resultaram as classes indicadas no quadro abaixo. Os entrevistadores enquadraram com base num manual de qualidade previamente redigido, a forma de inserção classificativa. 17% das respostas não foram enquadráveis em nenhuma das classes prévias espalhando-se num vasto conjunto de critérios. Dos 83% enquadráveis os resultados são os seguintes:

Gráfico 27 - Situações onde o dinheiro do SNS é mal gasto



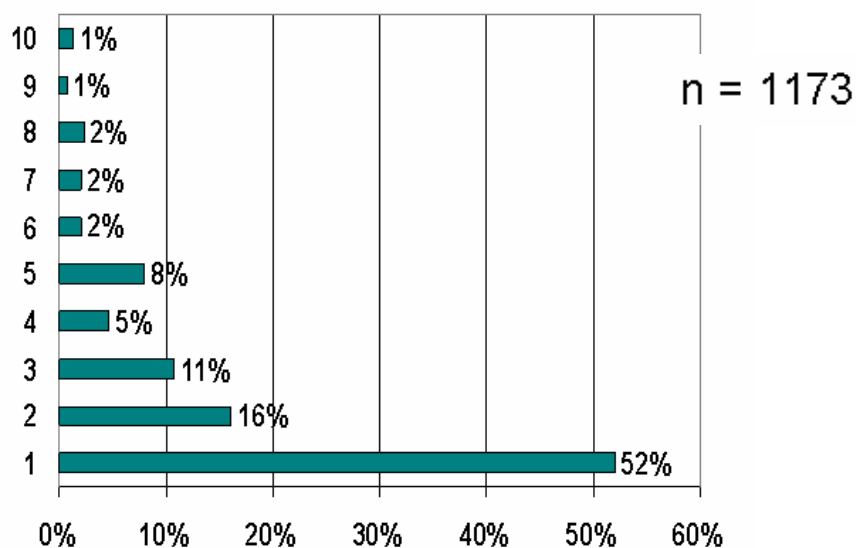
#### 4ª parte- Aumento do Financiamento do SNS

Neste bloco são colocadas ao respondente um conjunto de situações que visam aumentar o financiamento do SNS, nas quais o participante manifesta o seu grau de concordância numa escala de 1 a 10, em que 1 significa “discordo totalmente” e 10 “concordo totalmente”.

##### 23- Aumentar os impostos gerais tais como o IVA ou o IRS

Dos todos os exemplos de financiamento do SNS, o aumento do IVA ou IRS com o fim específico de financiar o SNS foi, de longe, a sugestão que obteve menor grau de concordância, perfazendo uma média de 2,30 valores numa escala máxima de 10 pontos. Mais de 50% dos respondentes atribuíram a classificação mínima de 1 ponto, demonstrando claramente a sua discordância com a possibilidade de esta medida ser tomada, de que resultou uma escala extremamente polarizada: IPP de 4% e IPN de 79%.

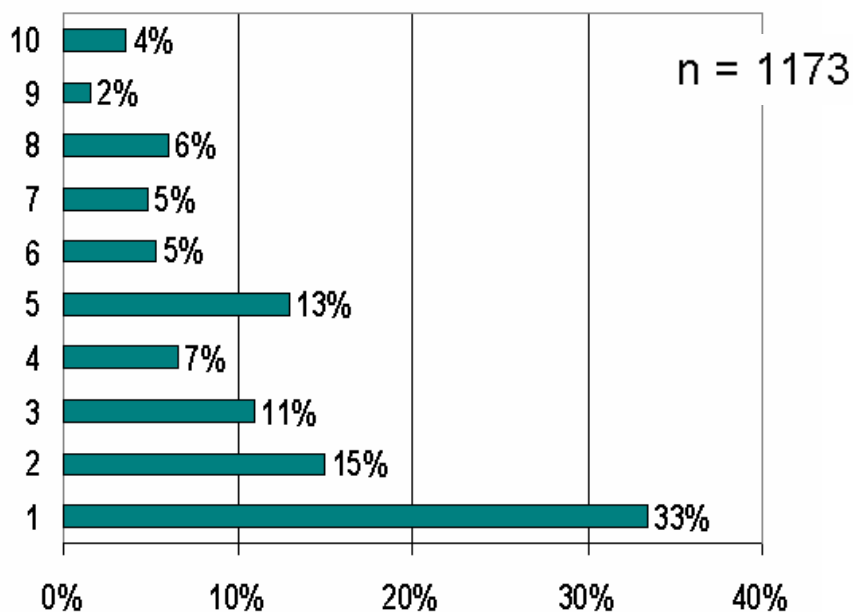
Gráfico 28 - Aumento dos impostos gerais como o IVA ou o IRS



#### 24- Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas da saúde

A possibilidade de reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas da saúde é um pouco menos penalizada do que a anterior, com uma média de 3,49 e um IPP de 12% e IPN de 59%. Seria interessante saber destas pessoas quantas usufruíram de benefícios fiscais no domínio da saúde, ou simplesmente estão a manifestar maior concordância porque esta alternativa não os afecta se entrar em vigor.

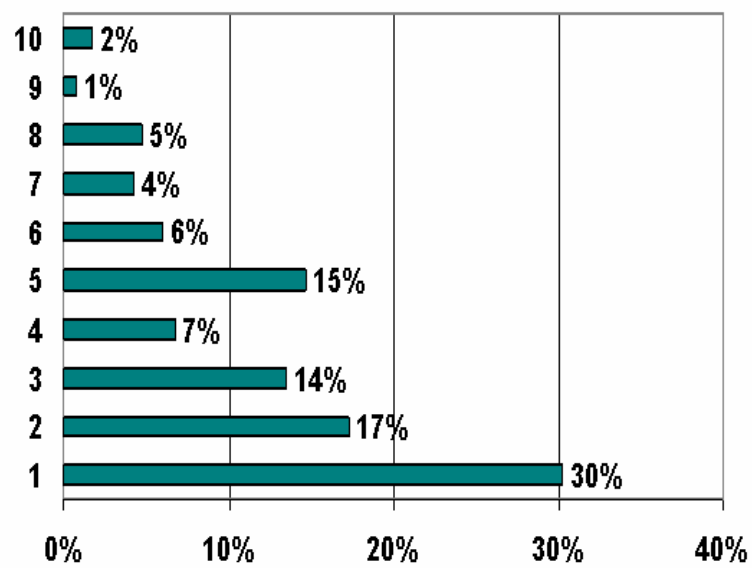
Gráfico 29 - Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas da saúde



## 25- Aumento das taxas moderadoras

Esta sugestão reuniu uma classificação média de pouco acima dos 3 pontos, (3,33) revelando também uma forte discordância por parte dos entrevistados. O IPP foi de 8% e o IPN de 61%.

Gráfico 30 - Aumento das taxas moderadoras

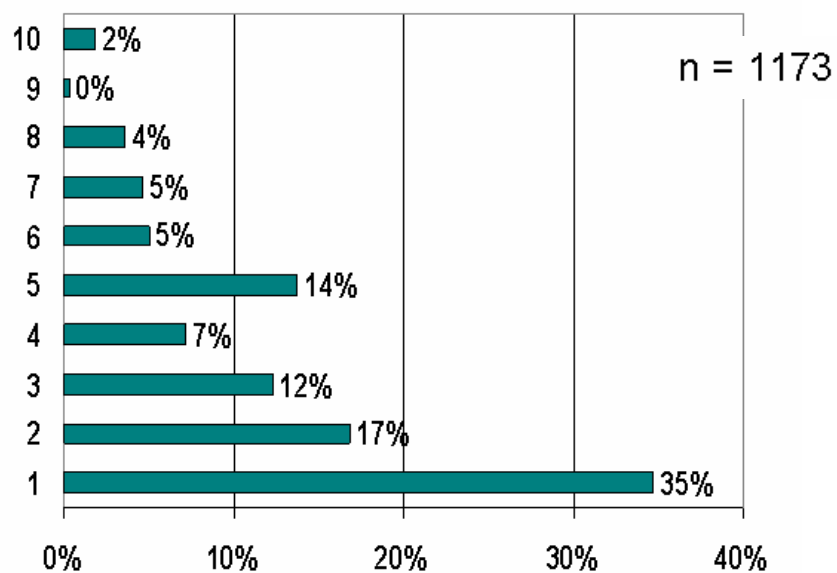




## 26- Criação de novas taxas moderadoras

O padrão de respostas foi idêntico ao da questão anterior: Média 3,14 IPP de 6%, e IPN de 64%.

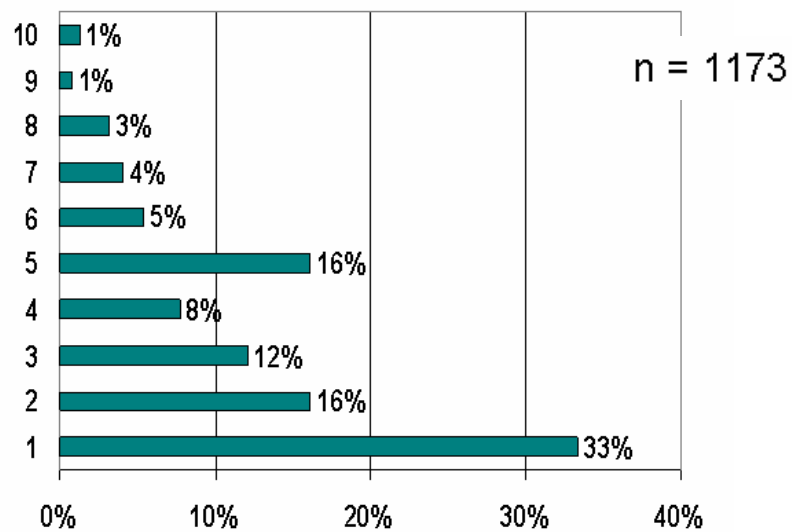
Gráfico 31 - Criação de novas taxas moderadoras



## 27- Co-pagamento dos custos dos actos médicos

Mais uma vez um padrão similar: Média de 3,19, IPP de 5% e IPN de 61%.

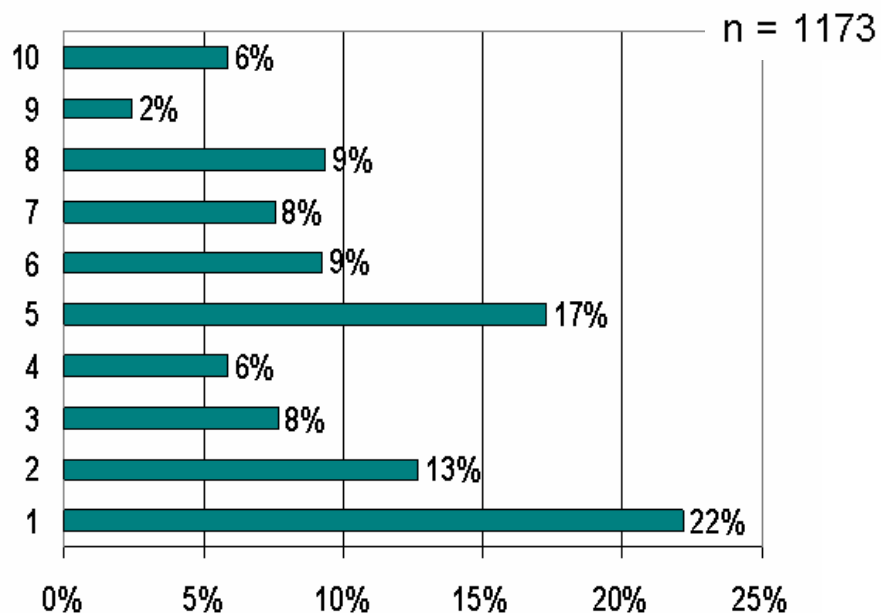
Gráfico 32 - Pagar uma percentagem dos actos médicos



## 28- Aumentar a contribuição dos beneficiários dos subsistemas, como a ADSE

Esta medida parece ser a que congrega até ao momento o maior apoio (ou a menor resistência). A média foi de 4,43, O IPP de 17% e o IPN de 43%. Há uma possível explicação simples para estes resultados, que reside no facto de que o pronuncio incide apenas sobre uma fracção da população, pelo que é mais fácil colocar os outros a pagar do que sermos nós próprios a fazê-lo. De tal modo que quando se calcula o chi-quadrado de ambas as populações (com e sem subsistemas de saúde) o valor do erro é de 0,0000. Por outras palavras, quem desfruta de subsistema de saúde tender a opor-se a esta hipótese, quem não os tem tende a achar a medida mais positiva.

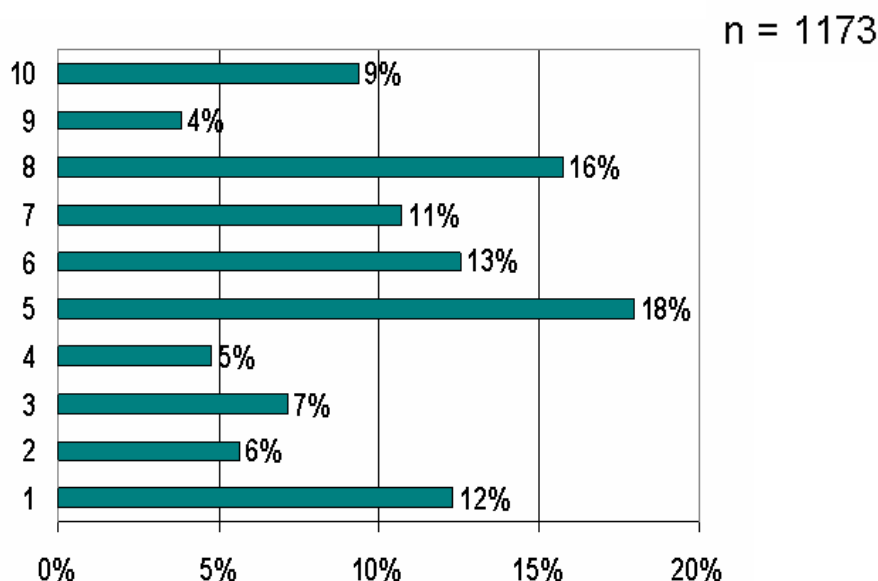
Gráfico 33 - Aumentar a contribuição dos beneficiários dos subsistemas, como a ADSE



29- Alargar os subsistemas como a ADSE, a mais pessoas para que possam descontar para esse fim.

Dentro das sugestões propostas, esta foi a primeira alternativa a ter aceitação positiva, com um valor médio de concordância situado nos 5,57 pontos. É também de registar que cerca de 30% dos respondentes atribuíram classificações negativas. Mas mais interessante do que os valores globais chamou-nos a atenção o facto de que quando detalhámos os valores por subgrupos, encontramos 4. Os padrões verificados são: um subgrupo (28% dos que têm) usufrui de subsistema e não quer que essa regalia seja alargada a quem não a tem; um segundo subgrupo (15%) não tem e não quer ter para não ter de pagar; o terceiro subgrupo, não tem subsistema de saúde mas quer ter e está disposto a pagar por isso (30%), o quarto grupo, é composto por aqueles que desfrutam de um subsistema e gostariam de ver alargado aos restantes cidadãos (25%).

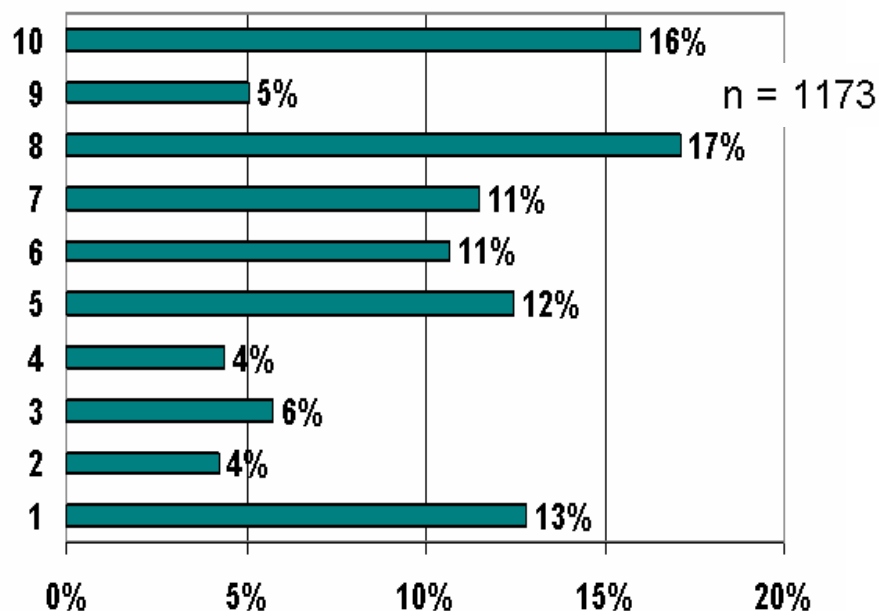
Gráfico 34 - Alargar os subsistemas como a ADSE, a mais pessoas para que possam descontar para esse fim



**30- Criar uma contribuição individual para um seguro de saúde Estatal, calculada de acordo com o rendimento de cada pessoa.**

A classificação média final desta alternativa manifestou comparativamente às anteriores hipóteses ampla concordância dos participantes com a atribuição de 6,05 valores. Porém alertamos fundamentados nos valores atribuídos pelos inquiridos sobre despesas per capita, que a larga maioria não tem consciência dos valores que poderão estar em jogo, e que se forem confrontados com quantias concretas poderão recuar drasticamente na concordância. As polaridades também foram interessantes: IPP 38%, e IPN 23%.

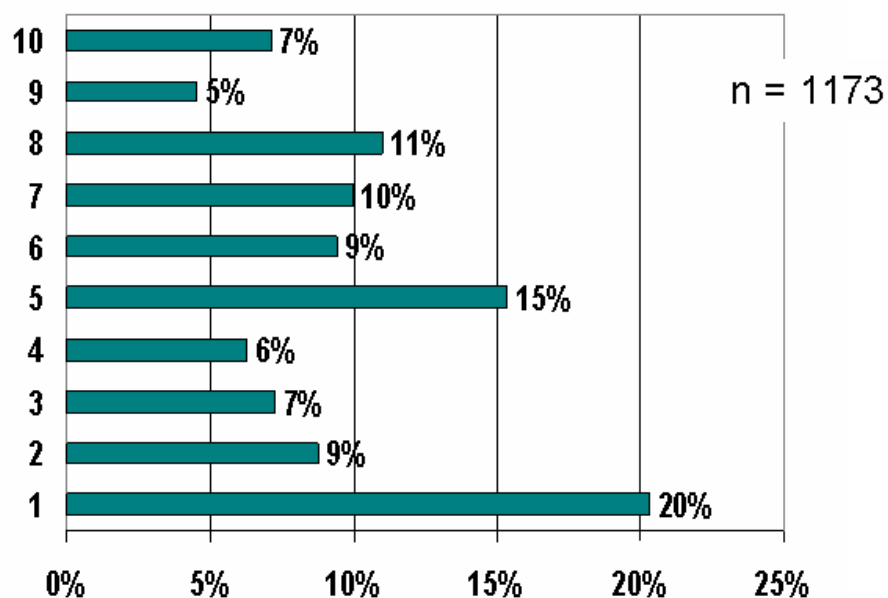
**Gráfico 35 - Criar uma contribuição individual para um seguro de saúde estatal, calculada de acordo com o rendimento de cada pessoa**



### 31- Haver um máximo de consultas anual para as pessoas que não têm uma doença crónica

O grau de concordância nesta situação reuniu um valor médio perto dos 5 pontos de escala (4,88). Há também a registar que a moda (classificação mais atribuída) foi o valor mínimo da escala, ou seja de 1 ponto, abrangendo 20% dos participantes, evidenciando uma rejeição imediata perante esta situação. Isto é, um grupo muito expressivo dos portugueses reagiria muito efusivamente com recusa da situação, e os restantes espalham-se pela distribuição amostral. As polaridades reflectem isso mesmo: IPP 23% IPN 36%.

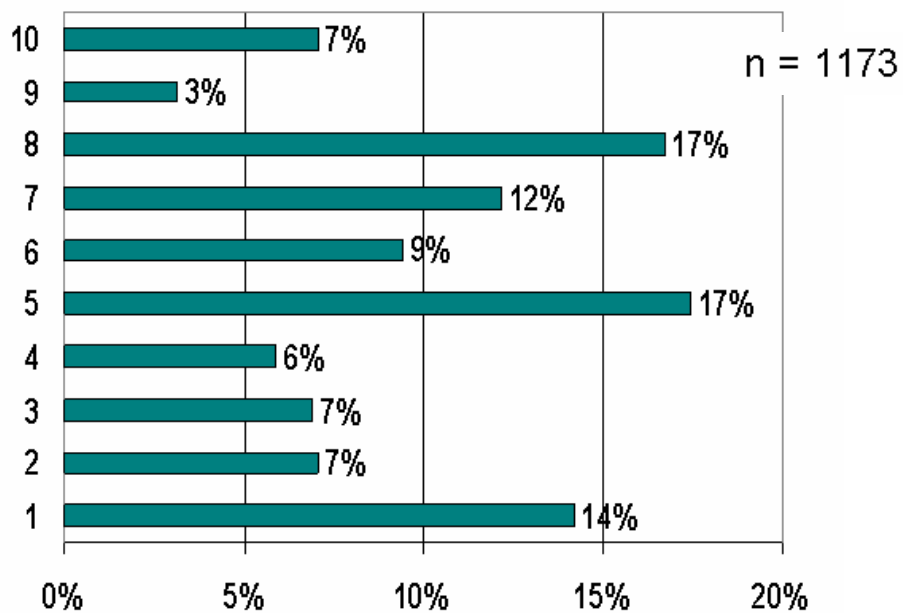
Gráfico 36 - Haver um máximo de consultas anual para as pessoas que não têm uma doença crónica



**32- Financiamento individual para criar um seguro de saúde Estatal, que cubra cuidados de saúde adicionais**

A concordância inerente a esta sugestão é positiva, como demonstram os 5,3 pontos de valor médio atribuídos. Mas o valor médio esconde por anulação de sinais um triplo padrão: Os que aceitam bem a ideia, os que se mantêm neutrais, e os que rejeitam fortemente. A polaridade mede bem esse fenómeno: IPP 27%, IPN 28%.

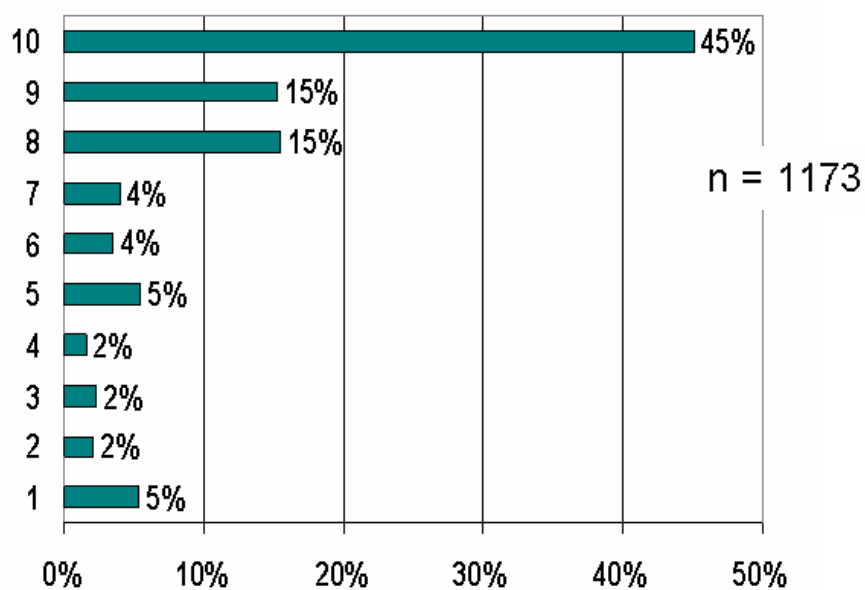
**Gráfico 37 - Financiamento individual para criar um seguro de saúde estatal, que cubra cuidados de saúde adicionais**



### 33- Pessoas com doenças crónicas isentas das taxas moderadoras

Esta hipótese não pode ser considerada financiadora do SNS, antes pelo contrário, mas havia a necessidade de a medir e conceptualmente este bloco era o que mais se apropriava. Porque é um alargamento de benefício, foi a sugestão que obteve a maior taxa de concordância por parte dos respondentes: média igual a 8,1. O IPP abrangeu 75% dos participantes, enquanto o IPN se ficou por apenas 9%.

Gráfico 38 - Pessoas com doenças crónicas isentas das taxas moderadoras

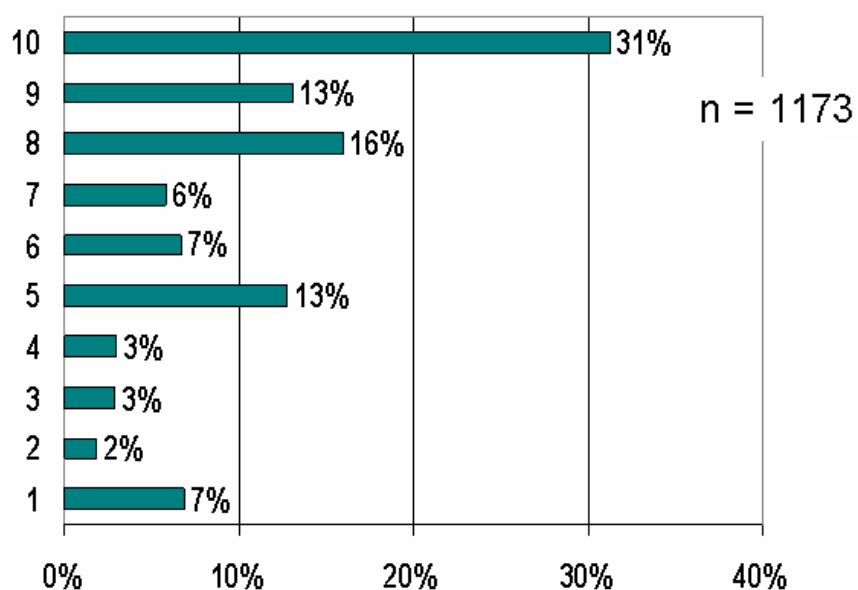




#### 34- Pessoas com doenças crónicas isentas de outros pagamentos

A natureza da questão é idêntica à anterior. O grau de concordância médio referente a esta sugestão foi também bastante elevado situando-se nos 7,32 valores na escala de 10 pontos. Novamente a classificação máxima foi a que reuniu a maior percentagem das classificações com 31%. IPP 60% e IPN de 12%

Gráfico 39 - Pessoas com doenças crónicas isentas de outros pagamentos como por exemplo as comparticipações em despesas com os medicamentos



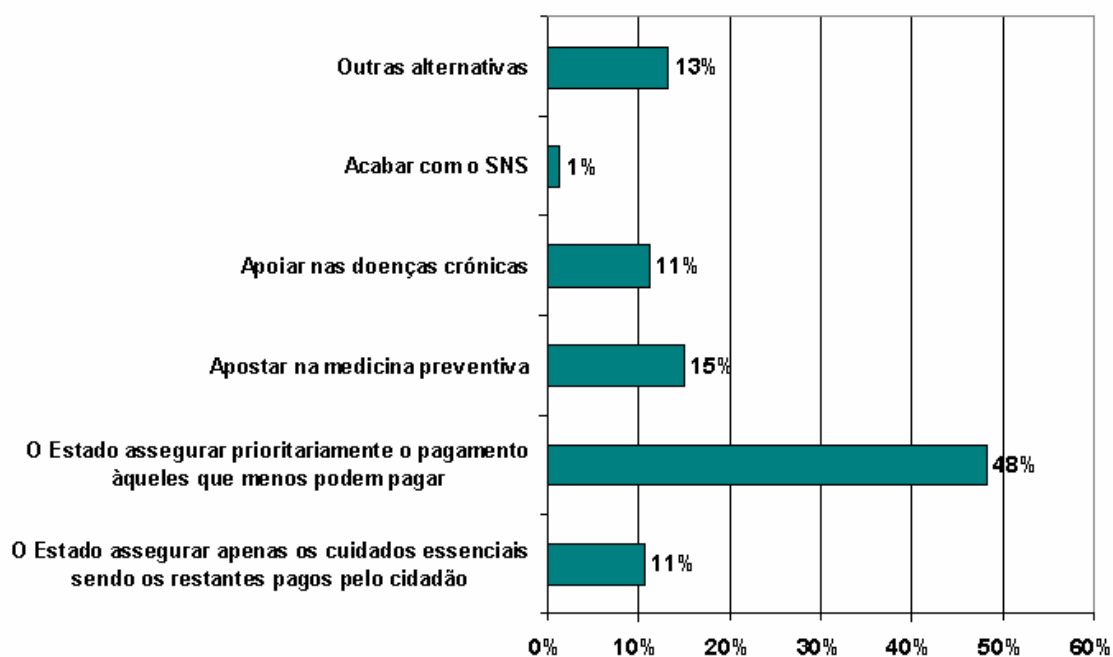
### 35- Concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais, em vez de aumentar as contribuições

Perguntou-se aos participantes do inquérito quais seriam os destinos mais prioritários para a distribuição do dinheiro do SNS, no caso de se adoptar uma política de concentração de financiamento em vez de aumento da despesa. Também aqui a resposta foi aberta para não influenciar o padrão de respostas espontâneas. Durante os pré-testes, desenvolveram-se classes capazes de enquadrar a maioria das respostas. De facto apenas 13% das respostas do teste não se enquadraram nas classes pré-definidas.

A opinião largamente mais partilhada com cerca de 50% das respostas foi a do facto do Estado assegurar o pagamento dos cuidados de saúde aos cidadãos que menos têm possibilidades para o fazer. Em segundo lugar, considerou-se a necessidade do Estado apostar de forma prioritária na medicina preventiva. Duas sugestões ficaram ex aequo, que foram o facto de o Estado assegurar apenas os cuidados de saúde mais essenciais, sendo os restantes pagos pelo cidadão, e concentrar os esforços de cobertura nas doenças crónicas.

Pela negativa, isto é, pelo baixo número de ocorrências, registamos o facto de que apenas 1% dos cidadãos respondentes (1173) se pronunciaram pelo fim do SNS como forma de redução de custos.

**Gráfico 40 - Concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais, em vez de aumentar as contribuições**



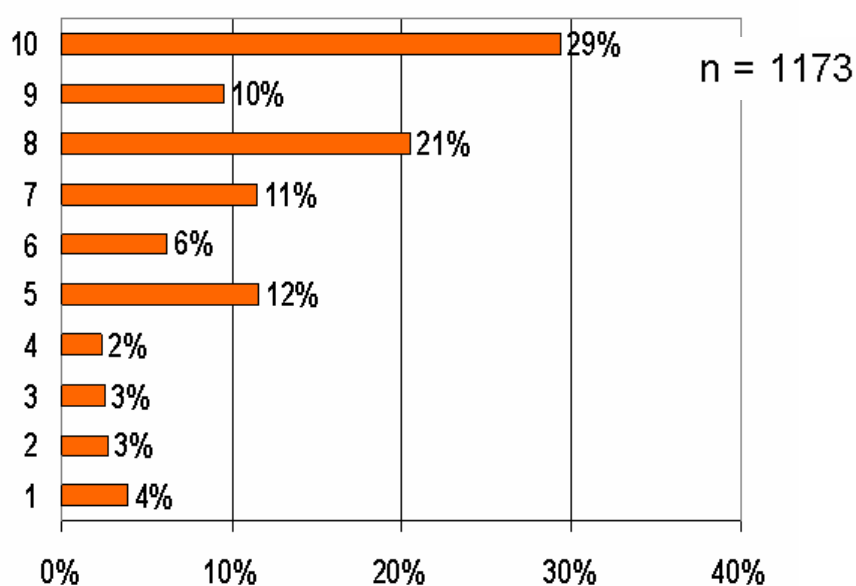
## 5ª parte - Disponibilidade para encarar alternativas ao actual modelo do SNS

Seguindo a escala de concordância utilizada anteriormente, pediu-se ao entrevistado que remetesse a sua opinião referente a alternativas ao actual modelo SNS.

### 36- O SNS deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência

A manutenção do modelo existente reuniu elevada concordância por parte dos inquiridos com um valor médio de classificação situado nos 7,45 pontos de escala. A classificação que obteve a maior percentagem (moda estatística) foi a máxima com 29% das respostas. As classificações claramente negativas, ou seja, abaixo dos 5 pontos, não ultrapassaram nenhuma delas per si os 5% das respostas, de que resultou um IPP de 60% e um IPN de apenas 10%.

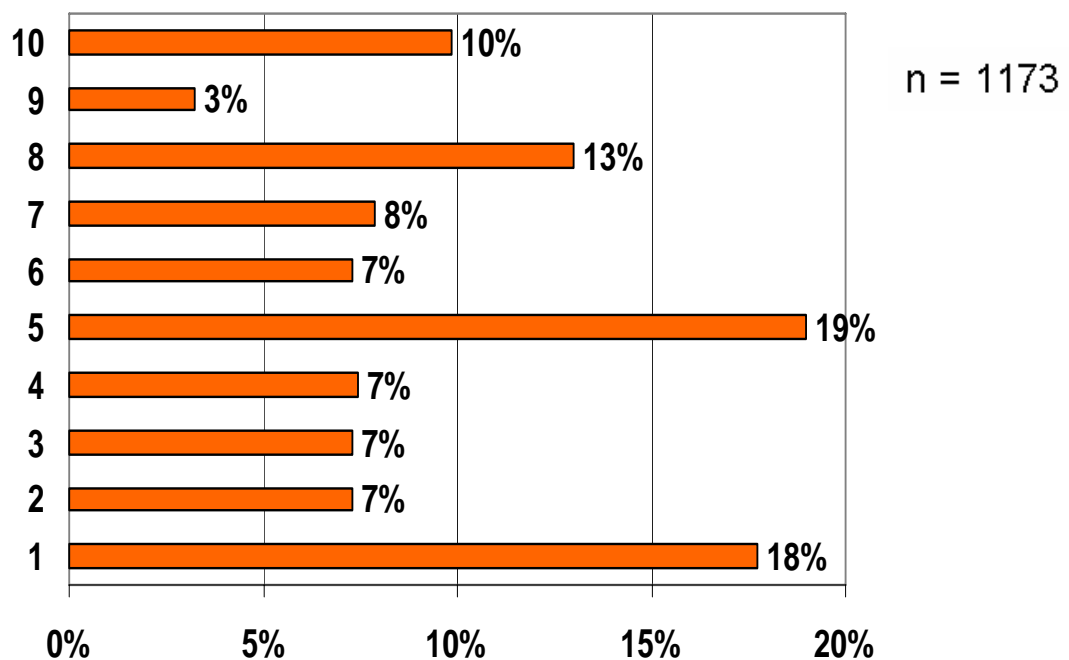
Gráfico 41 - O SNS deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência



**37- Cada um aderir individualmente aos seguros de saúde privados em vez de pagar impostos destinados ao pagamento de cuidados de saúde**

Esta situação obteve um nível de concordância neutro, perfazendo uma classificação média de 5,1 pontos. Uma das razões que contribuíram para este valor foi o facto de 31% dos respondentes terem atribuído a nota mínima de concordância. Contudo as polaridades foram predominantemente negativas com um IPP de 26% e o IPN de 32%.

**Gráfico 42 - Cada um deve aderir individualmente aos seguros de saúde privados em vez de pagar impostos destinados ao pagamento de cuidados de saúde**



## 6ª parte - Medição da Confiança Futura no SNS

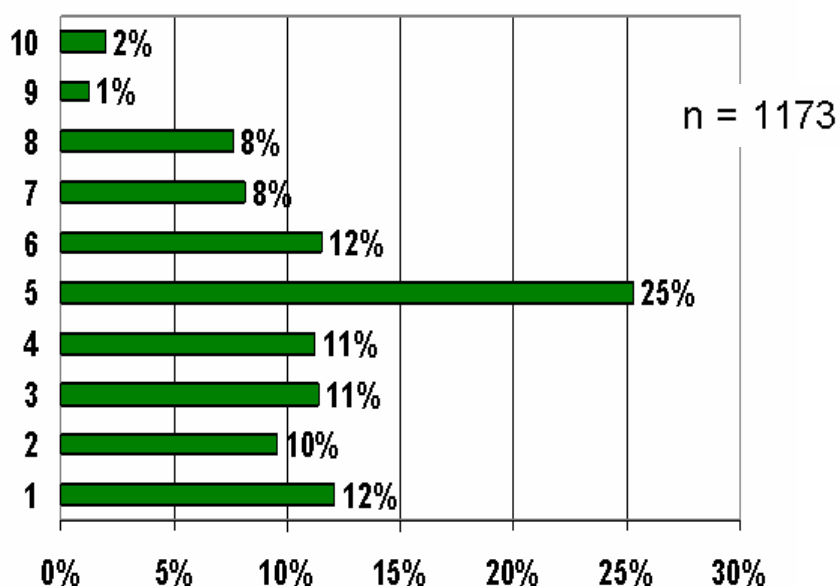
Este bloco destinou-se a obter dos entrevistados o seu grau de confiança no SNS tal como ele se encontra, ou mediante um conjunto de propostas de alteração para assegurar a gestão dos serviços de saúde. Novamente a escala utilizada foi de 1 a 10, mas em que 1 significa “Pouco confiante” e 10 “Muito confiante”.

### 38- Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora

A classificação média final espelhou um grau de confiança geral ligeiramente abaixo do satisfatório com 4,54 pontos, com o IPP de apenas 11%, e o IPN de 33%.

A moda estatística foi a posição 5 da escala, a qual reuniu 25% das respostas dos inquiridos.

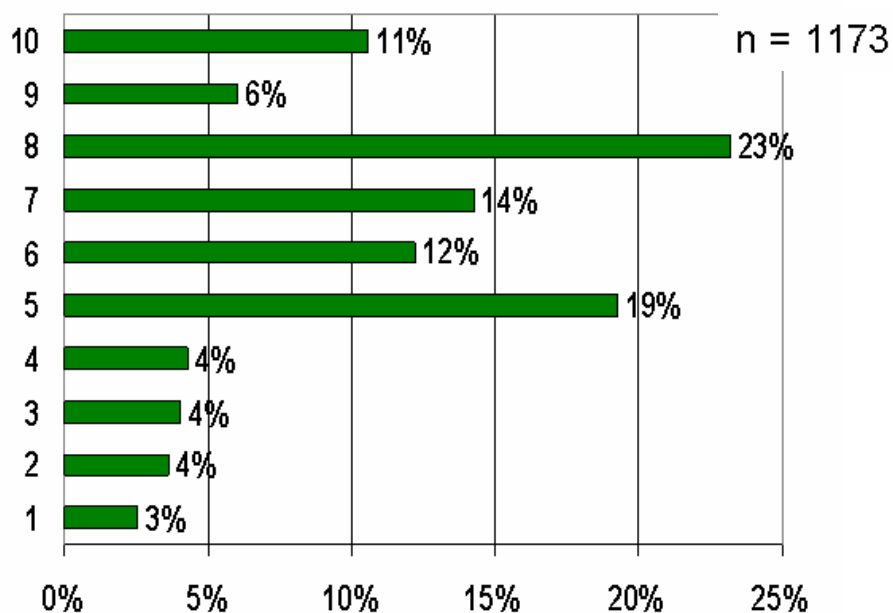
Gráfico 43 - Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora



**39- Os serviços Estatais de saúde tal como se encontram organizados agora, mas com modelos mais modernos de gestão**

Com introdução de modelos modernos de gestão, o grau de confiança dos respondentes subiu consideravelmente, sendo reflectida na classificação média final perfazendo 6,53 pontos. As classificações que obtiverem o maior número de respondentes foram o grau 8 de confiança com 23% das respostas e o grau 5 com 19%. O IPN reuniu apenas 11% do total das classificações referidas.

**Gráfico 44 - Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora, mas com modelos mais modernos de gestão**

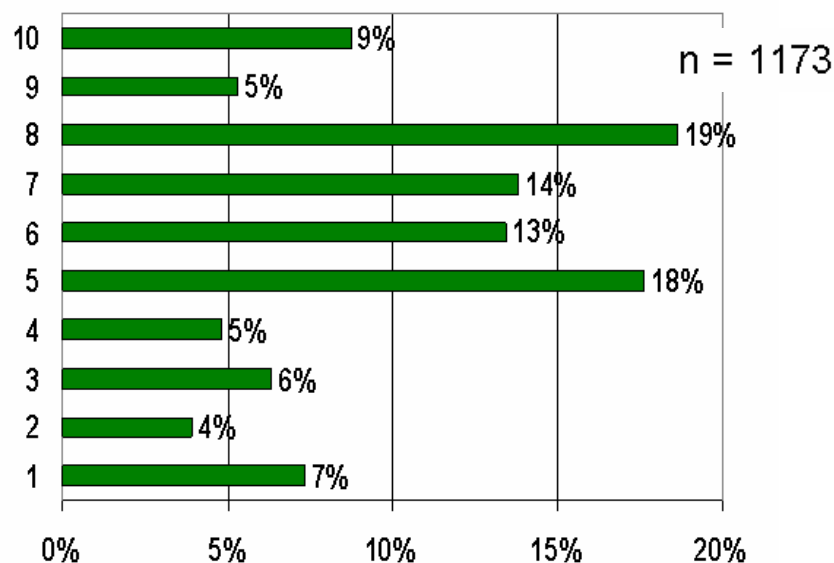


40- Seguros de saúde complementares ao SNS, a serem desenvolvidos pelo Estado, mas em que cada um contribui na medida do que desejar para esse seguro, e dependendo dessas opções terá um tipo de coberturas de risco.

A questão em si é complexa quer pela extensão necessária à explicitação do conceito, quer pelo entendimento dos respondentes a este propósito. De todo o inquérito é seguramente a pergunta com respostas mais frágeis, devendo por isso ser objecto de cautela.

O grau de confiança atribuído a esta solução foi positivo, mas não se pode dizer que tenha suscitado grande confiança nos inquiridos, visto que o valor médio reuniu apenas 6,03 pontos.

Gráfico 45 - Seguros de saúde complementares ao SNS, a serem desenvolvidos pelo Estado, mas em que cada um contribui na medida do que desejar para esse seguro, e dependendo dessas opções terá um tipo de coberturas de risco

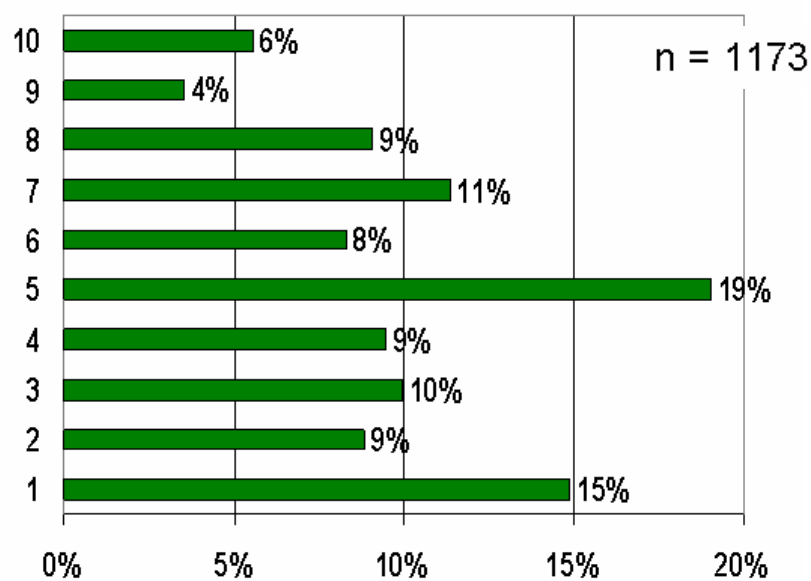


41- Nas c



As companhias de seguro privadas não obtiveram a aprovação clara dos respondentes visto que, a classificação média final não atingiu sequer os 5 pontos da escala (4,85). Há também a registar que as cotações que reuniram a maior percentagem de respostas foram a de 5 e 1, ambas com cerca de 20%. O IPP foi de 19% e o IPN 34%.

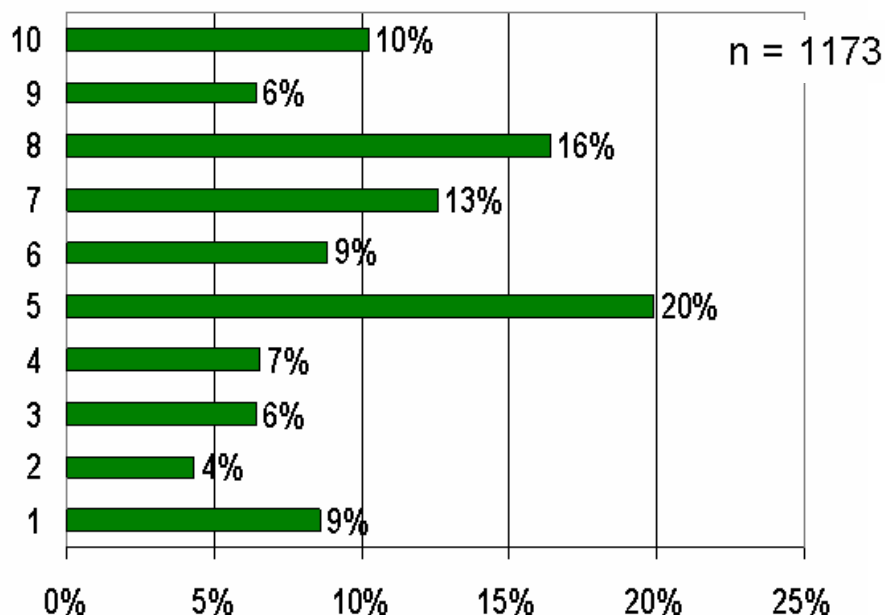
Gráfico 46 - Companhias de seguro privadas



**42- Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestação de cuidados de saúde (especializadas em determinadas doenças e/ou actividades médicas)**

Esta é a outra questão que levanta problemas complexos quer de resposta, quer de interpretação das respostas. O conceito em si, na linha da frente do controlo orçamental de saúde nos EUA e Escandinávia, é do desconhecimento da opinião pública portuguesa (senão mesmo de muitos profissionais de saúde). Por isso optámos por fazer a sua indicação de modo descritivo. O índice de confiança médio obtido nesta sugestão foi ligeiramente positivo como indicam os 5,87 pontos. O IPP foi de 33% e o IPN de 19%.

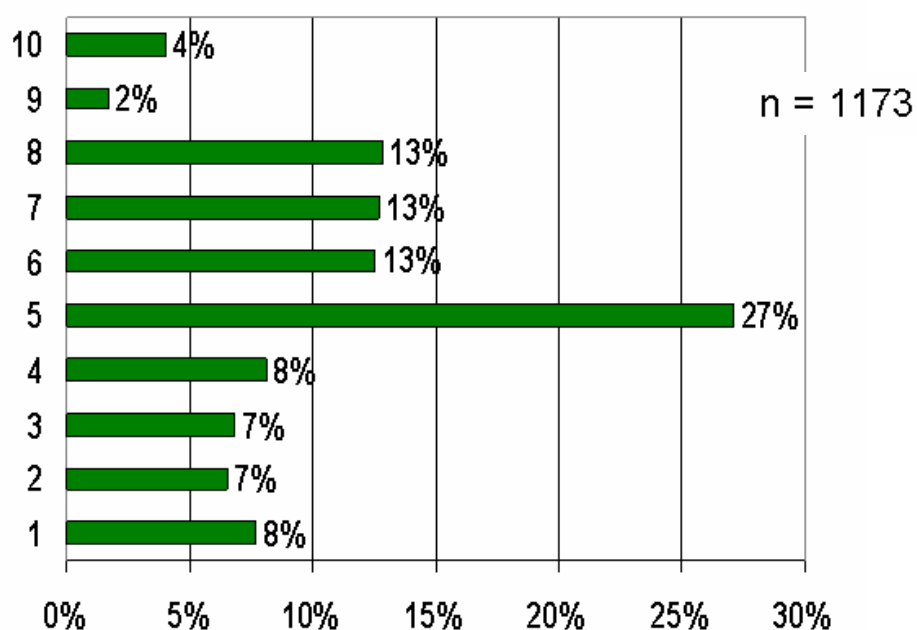
**Gráfico 47 - Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestação de cuidados de saúde (especializadas em determinadas doenças e/ou actividades médicas)**



#### 43- Avaliação do grau de confiança actual no Serviço Nacional de Saúde

Esta questão diferencia-se da primeira na medida em que, essa é apresentada na perspectiva do médio-longo prazo, e esta no de curto prazo. O grau de confiança médio atribuído pelo total dos inquiridos foi de 5,31 pontos. A cotação que reuniu a esmagadora maioria das respostas foi naturalmente os 5 pontos com 27% do total das respostas, o que nos indicia potencial desconhecimento factual.

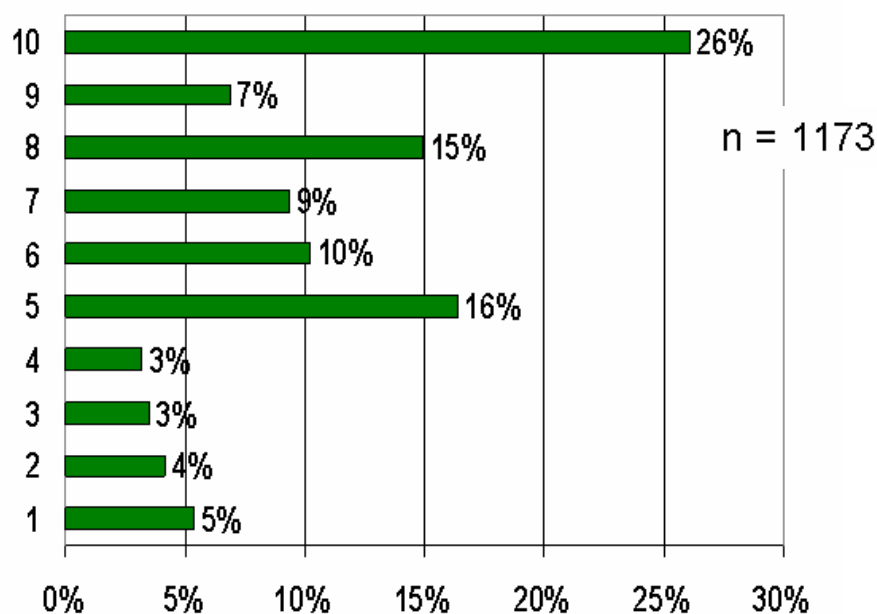
Gráfico 48 - Avaliação do grau de confiança actual no Serviço Nacional de Saúde



**44- Avaliação do grau de concordância com o facto de todos serem obrigados a descontar para o SNS, tendo por contrapartida, direito de utilização de cuidados de saúde**

A classificação média final é positiva como revela o valor médio de 6,7 pontos, com mais de um quarto dos respondentes a darem a classificação máxima da escala. Os dados indicam que o conceito do SNS é um facto adquirido na mente dos portugueses. Os elementos ficam ainda mais marcados se olharmos para as polaridades: IPP de 48% e IPN de apenas 12%.

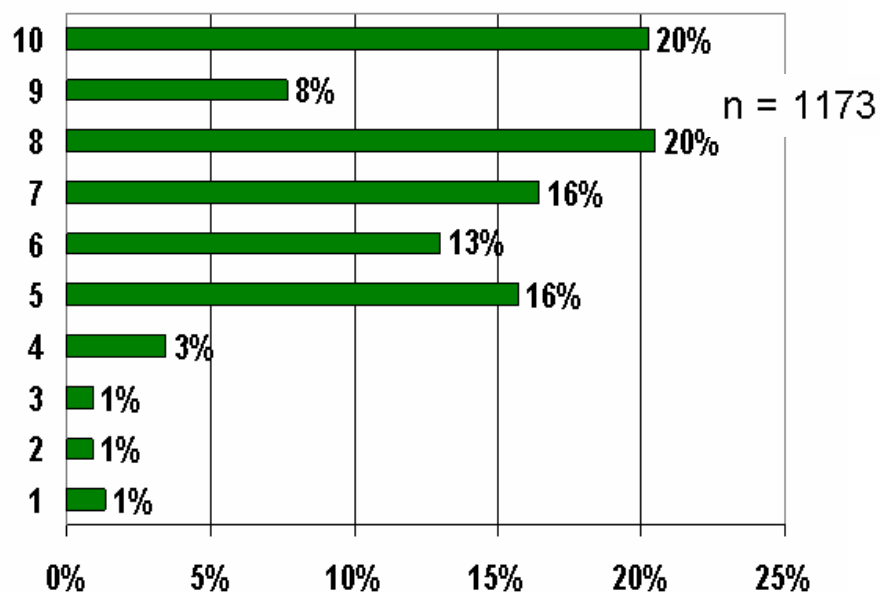
**Gráfico 49 - Avaliação do grau de concordância com o facto de todos serem obrigados a descontar para o SNS, tendo por contrapartida, direito de utilização de cuidados de saúde**



#### 45- Avaliação do grau de necessidade de mudança do SNS

A classificação média final relativa à necessidade de mudança do SNS espelha claramente o desejo dos entrevistados por uma alteração significativa no sistema, tal como indica o valor médio de 7,25 do total das respostas. As cotações que abrangeram o maior número de respostas foram a cotação 10 (20%), 8 (20%) e 7(16%). O IPN não reuniu mais do que 3% do total das respostas.

Gráfico 50 - Avaliação do grau de necessidade de mudança do SNS

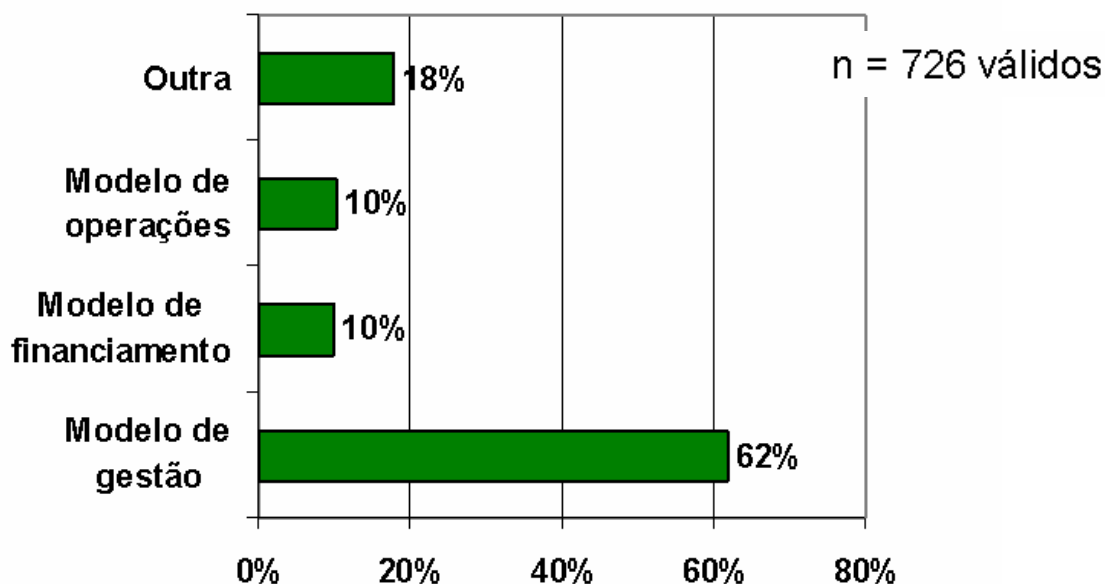


#### 46- Razões da necessidade de mudança

Esta resposta foi apresentada de uma forma aberta. No pré-teste apurou-se as classes de resposta bem como as suas operacionalizações, as quais foram revertidas no Manual de Qualidade. Foi possível classificar 82% das respostas nas pré-classes.

Dentro de um conjunto de alternativas propostas aos participantes do estudo, a mudança do modelo de gestão do SNS foi a que colheu mais de 50% das respostas dos entrevistados. As alterações do modelo de financiamento e de operações só foram referidos por cerca de 10% dos respondentes.

Gráfico 51 - Razões da necessidade de mudança



## **7ª parte - Avaliação do grau de conhecimento do respondente acerca do financiamento do SNS**

Neste bloco foi pedido ao entrevistado que respondesse a um pequeno conjunto de itens em que se espelhava o grau de conhecimentos efectivamente detidos acerca do SNS, o qual incluía itens desde meramente de ordem, até dados mais complexos de valor numérico e de rácio.

Começou-se por uma auto-avaliação do seu grau de sensação de informação acerca do financiamento do SNS. A primeira questão solicitada, pedia que o entrevistado mediante uma escala de 1 a 10 em que 1 significa “Mal informado”, e 10 significa “Bem informado”.

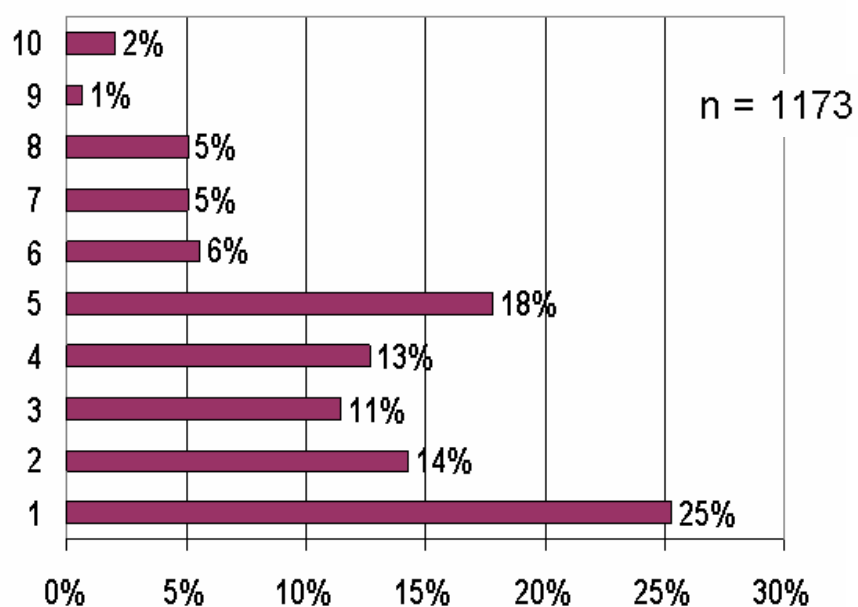
As perguntas seguintes foram mais técnicas, comparando-se as percepções de despesa entre Portugal e outros países da UE, em valor absoluto e em valor relativo, pesquisou-se a sensibilidade numérica da grandeza de despesa total e per capita.

Não se pretendia aqui saber se com grande rigor os portugueses eram capazes de indicar ao cêntimo o valor da despesa do SNS, mas sim verificar a sensibilidade à realidade que é enfoque do estudo numa lógica de ordem de grandeza.

#### 47- Grau de conhecimento do respondente acerca do financiamento do SNS

Como se pode verificar no quadro a generalidade dos respondentes sentem-se mal informada acerca do financiamento do SNS. 81% situam-se no lado negativo da escala.

Gráfico 52 - Avaliação do grau de conhecimento do respondente acerca do financiamento do SNS

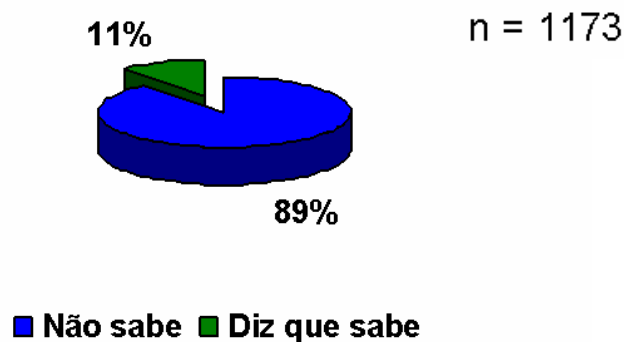




#### 48- Expressão do conhecimento da despesa

Conforme se indicou anteriormente testou-se o conhecimento fino da despesa do SNS. O primeiro rácio foi o do valor de despesa em €/Hab/ano. Apenas 11% disseram saber qual é esse valor.

Gráfico 53 - Conhecimento do valor da despesa por ano e por habitante em €



#### 49- Valor da d

Entre aqueles que disseram saber qual é o valor de despesa médio do SNS por habitante e por ano, solicitou-se que o indicassem de forma livre. Os valores recolhidos foram depois agrupados em classes de banda monetárias, tendo resultado o gráfico 52.

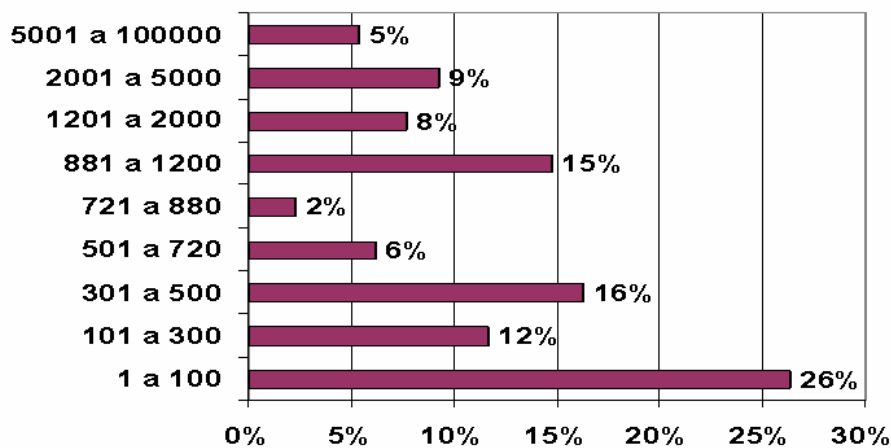
A principal constatação a fazer é a de quase ninguém acertou na classe correcta (721 a 880)<sup>104</sup> sendo esta até por sinal a classe monetária com menor expressão

<sup>104</sup> Segundo o Ministério das Finanças via DGO (2006) o valor médio de despesa per capita em 2005 do SNS foi de aproximadamente 800€. Considerámos então como válidos os valores correspondentes a uma banda de flutuação equivalente a 10% em ambas as direcções

das indicações. Acumula o facto de que deveremos considerar a possibilidade de respostas casuísticas na classe, o que quase elimina os valores brutos se utilizarmos o Teorema de Corel para essas invalidações.

Salientamos igualmente a grande densidade de ocorrências (26%) na classe de 1 a 100€/habitante/ano, facto que exprime a ligeireza com que se considera ou rejeitam novas despesas e direitos. Do mesmo modo no lado contrário das bandas monetárias verificámos a existência de 14% com valores fora de contexto.

Gráfico 54 - Proximidade das referências à realidade da despesa per capita/ano



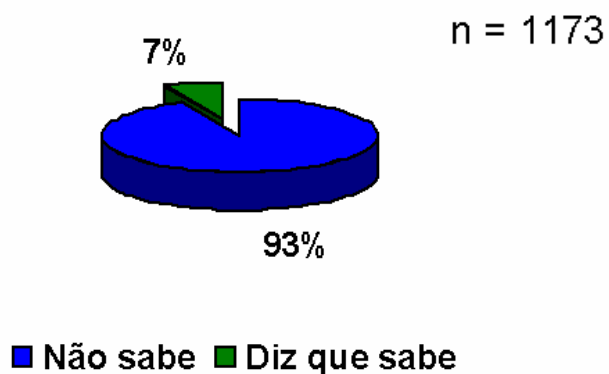
## 50- Conhecimento da despesa agregada do SNS

O mesmo raciocínio foi aplicado para o valor global da despesa de modo a possibilitar que o inquirido pudesse demonstrar conhecimento em pelo menos uma das questões.

Também fraccionamos a resposta em duas partes: conhece/não conhece, e no caso de conhecer saber qual é esse valor.

O número de sujeitos que dizem conhecer ainda é mais baixo do que na situação anterior, apenas 7%.

Gráfico 55 - Conhecimento do valor da despesa total em milhões de €

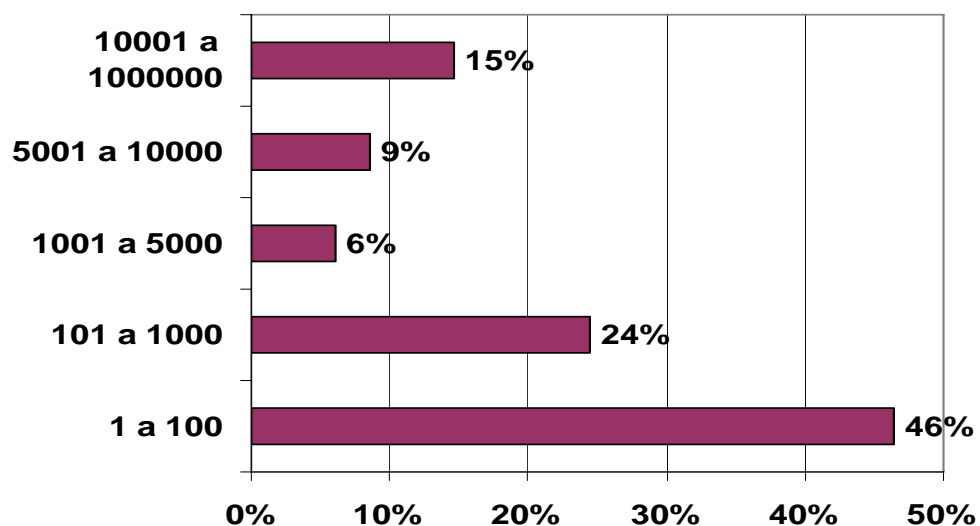


#### 51- Valor da despesa total do SNS em milhões de Euros

À semelhança do caso anterior não só o número dos que afirmam saber qual é o montante é baixo, como os que indicam cometem graves erros. Apenas 9% acertaram numa banda muito larga (de 5.001 a 10.000 milhões de euros/ano)<sup>105</sup>.

Cruzando ambas as questões (despesas por habitante e despesa absoluta) verificamos que em 1.173 pessoas apenas uma acertou nas duas questões técnicas do inquérito.

Gráfico 56 - Proximidade das referências à realidade da despesa total

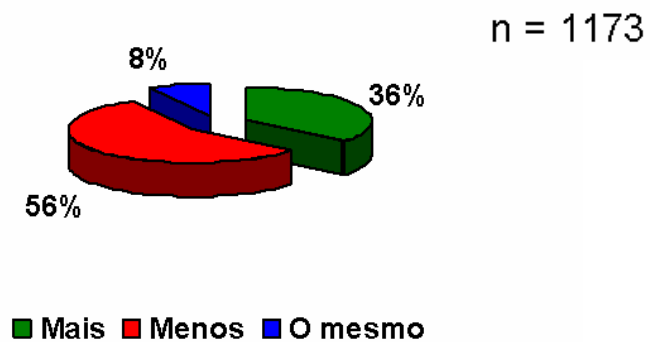


<sup>105</sup> Valor de referência 8.000 milhões

**52- Nível de despesa do Estado português em euros / habitante com o SNS comparativamente aos restantes países da UE**

56% dos respondentes referiram que o Estado português gasta menos dinheiro com a saúde em relação aos seus parceiros europeus, 36% acham que gasta mais e finalmente apenas 8% consideram que se gasta o mesmo.

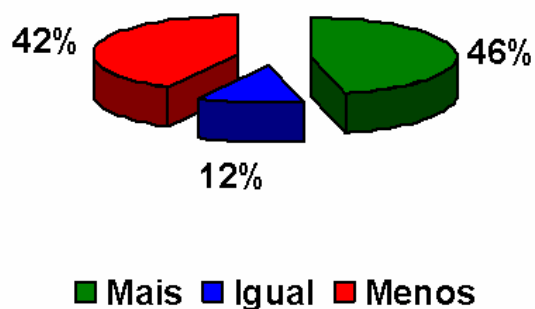
**Gráfico 57 - Nível de despesa do Estado português por habitante com o SNS comparativamente aos restantes países da UE**



**53- Percentagem da riqueza nacional destinada ao SNS comparativamente aos restantes países da UE**

Novamente a opinião não difere da anterior, visto que 42% consideram que o Estado português liberta menos dinheiro da sua riqueza nacional para a SNS, do que os seus parceiros europeus. 46% consideram que despende mais e 12% consideram que o esforço exercido sobre orçamento é o mesmo.

**Gráfico 58 - Percentagem da riqueza nacional destinada ao SNS comparativamente aos restantes países da UE**



## **Avaliação de correlatos de opiniões no estudo SNS**

Embora não estivesse no âmbito do presente estudo passar para análises mais aprofundadas sobre as causas das atitudes e percepções avançadas pelos inquiridos, procedemos a alguns testes preliminares em torno de algumas potenciais variáveis independentes. De uma forma geral os contributos são diminutos e pontuais, mas indicam possíveis hipóteses que análises multivariadas podem vir a testar cabalmente.

Retemos algumas ideias-chave por variável, assinalando apenas aquelas que revelaram diferenciação significativa:

## Idade

- 1- Há diferenças etárias entre os participantes e não participantes no estudo, devido a se ter forçado a representatividade masculina e mais jovem entre os respondentes ao inquérito, para compensar o enviesamento metodológico, que em local oportuno foi explanado: ( $\chi^2= 11,55$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,041$ ).
- 2- Houve também diferenças no recurso aos serviços de saúde, situação decorrente da natureza humana com a sua maior utilização em idades avançadas. ( $\chi^2= 12,53$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,028$ ).
- 3- O mesmo se passou na utilização dos Centros de Saúde: ( $\chi^2= 12,61$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,027$ ).
- 4- Nos internamentos hospitalares: ( $\chi^2= 17,98$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,003$ ).
- 5- Nas urgências hospitalares: ( $\chi^2= 26,86$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 6- E nas consultas ou tratamentos em espaço hospitalar: ( $\chi^2= 11,55$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,041$ ).
- 7- Houve diferenças de origem etária na avaliação da imagem do SNS: ( $\chi^2= 72,75$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,005$ ). O padrão é complexo, e envolve aspectos de polaridade intragrupo etário, que deverão ser estudados com ferramentas estatísticas mais sofisticadas.
- 8- A avaliação do contacto com o SNS está em paralelismo com a questão anterior: ( $\chi^2= 63,50$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,036$ ).
- 9- Bem como na imagem que pontuam acerca das consultas em Centros de Saúde: ( $\chi^2= 94,76$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 10- Nas urgências hospitalares: ( $\chi^2= 83,56$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).



- 11- E nas consultas e tratamentos em hospitais: ( $\chi^2= 88,74$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 12- Em síntese nos pontos anteriores verificamos que há um paralelismo na percepção das várias componentes do SNS, em que quase basta medirmos um dos elementos para obtermos todo o grupo.
- 13-Os padrões de resposta embora similares ao longo das várias questões, não são lineares nem idênticos ao que a Teoria deste campo científico prevê. As diferenças apuradas devem-se a factores de polaridade-extremismo, remetendo-nos para a discussão das propriedades matemáticas das representações sociais, em elementos sobre os quais se tem baixo conhecimento. Se assim for, e a teoria Tesser-Linville estiver correcta, este padrão de respostas indica que as pessoas se pronunciaram sobre assuntos acerca dos quais têm conhecimento muito superficiais e cujas opiniões são facilmente modificáveis.
- 14-A percepção da situação de financiamento do SNS é diferenciada pela variável idade. ( $\chi^2= 65,64$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,024$ ). Os mais novos são menos penalizadores do que os mais velhos.
- 15- O mesmo se passando acerca da forma como percebem que o dinheiro é gasto no SNS. ( $\chi^2= 80,01$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,001$ ).
- 16- Quanto à forma de aumentar os recursos financeiros do SNS, todos são contra, mas quanto mais velhos forem os respondentes, mais reagem a implementação de novas formas de captação. Não é despropositado que aqueles que mais resistem, são também os que em caso de aumento mais sofrerão com ele, por como se viu no início deste ponto, serem quem mais recorre aos serviços de saúde. Este aspecto é crucial para a

interpretação dos valores. No caso do aumento do IVA temos: ( $\chi^2=65,30$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,026$ ). O mesmo se passando com o aumento das taxas moderadoras, ( $\chi^2=115,20$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ), ou da criação de novas taxas moderadoras ( $\chi^2=106,46$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

17- Já a redução dos benefícios fiscais de saúde tendo um resultado estatístico idêntico, ( $\chi^2=84,51$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ). possui um infra-estrutura de dados completamente diferente, porque porventura incide de modo diferenciado nos bolsos dos pagantes. O mesmo se passa com a introdução da modalidade de os pagantes contribuírem com uma percentagem dos custos ( $\chi^2=77,19$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,002$ ), com a criação de um seguro Estatal em que cada contribuinte paga de acordo com os rendimentos ( $\chi^2=62,86$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,040$ ), e com a criação de um seguro Estatal para cuidados adicionais ( $\chi^2=83,68$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

18- A concordância com a isenção de pagamento de taxas moderadoras para pessoas com doenças crónicas colheu mais apoio entre os idosos do que entre os mais novos. Assinalamos a forte correlação entre este padrão de respostas e a utilização de serviços (presumivelmente por as doenças de continuidade conforme é habitual sucederem mais nas idades mais avançadas). A diferenciação etária é expressa por ( $\chi^2=96,37$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

19- Embora haja profundas diferenças perceptivas entre os escalões etários acerca da adesão a seguros de saúde privados em substituição do actual SNS, ( $\chi^2=73,53$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,005$ ), as modificações

intergrupos é complexa, e exige formas avançadas de análise para que se possa compreender totalmente a situação.

20- A confiança no actual SNS tal como se encontra organizado agora apresenta diferenças estatísticas no foro etário ( $\chi^2= 79,90$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,001$ ) manifestando diferenças de estrutura de resposta grupal.

21-A hipótese de cada um contribuir no que desejar para esse seguro e em face desse pagamento ter mais ou menos coberturas de risco, apresentou-se como uma solução geradora de desconfiança entre os mais velhos ( $\chi^2= 87,2$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

22- As Companhias de seguro privadas suscitam diferentes níveis de confiança nos vários grupos etários ( $\chi^2= 91,94$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ). Os grupos mais velhos tendem a ser menos confiantes.

23-Desenvolver em Portugal organizações privadas especializadas na prestação de determinados cuidados de saúde é melhor vista pelos grupos mais jovens ( $\chi^2= 77,36$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,002$ ). É provável que neste item se agreguem aspectos de desconfiança tácita, e de desconhecimento nuclear do conceito.

24-O grau de confiança no actual SNS apresenta padrões bastante diferenciados na sua estrutura nos vários grupos etários ( $\chi^2= 97,00$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

25-A obrigação em descontar para o SNS, tendo por contrapartida direito de utilização dos cuidados de saúde ( $\chi^2= 79,05$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,001$ ) manifesta a existência não só de diferenças intergrupais, como também intragrupais.

26-A necessidade de mudança do SNS no figurino em que actualmente se encontra é mais sentida pelos mais velhos. Efeito de experimentação? ( $\chi^2= 73,86$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,004$ ).

27-Se é verdade que todos os escalões etários manifestam vontade de mudança no actual SNS, o enfoque é colocado pelos mais novos na Gestão e pelos mais velhos, nas Operações ( $\chi^2= 25,46$ ;  $df=15$ ;  $Sig-2s=0,044$ ). Este resultado é colinear com as habilitações.

28-Nenhum grupo etário se sente bem informado acerca do SNS, mas para além disso há diferenças de intensidade entre grupos e também de estrutura intragrupal ( $\chi^2= 70,03$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,010$ ).

## **Rendimento económico**

29-O facto de ter sido atendido num centro de saúde nos últimos três meses demonstrou diferenciação por nível de rendimento ( $\chi^2= 15,93$ ;  $df=5$ ;  $Sig-2s=0,007$ ). Este efeito é colinear com a idade.

30-A Imagem do SNS é bastante melhor junto das camadas mais pobres. ( $\chi^2= 43,44$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,024$ ).

31-Idem acerca da imagem das consultas ou tratamentos nos centros de saúde ( $\chi^2= 42,98$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,026$ ). Além desta diferenciação há a registar diferenças estruturais dentro de cada grupo.

32-Idem na imagem do internamento hospitalar ( $\chi^2= 46,75$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,011$ ).

33-O mesmo na imagem do atendimento em urgência nos hospitais públicos ( $\chi^2= 52,59$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,002$ ).

- 34-Todos acham a Situação financeira do SNS frágil, mas com diferenças de distribuição estatística ( $\chi^2= 51,50$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,003$ ).
- 35-Como acha que é gasto o dinheiro do SNS ( $\chi^2= 69,42$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,000$ ). Resultado colinear com a idade.
- 36-Exemplos de coisas em que o dinheiro do SNS é mal gasto ( $\chi^2= 31,03$ ;  $df=15$ ;  $Sig-2s=0,009$ ). Os grupos menos abonados criticam elementos operacionais, os mais ricos criticam elementos de governance.
- 37-Aumentar os impostos gerais como o IVA ou o IRS ( $\chi^2= 43,44$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,024$ ). Há diferenciação nas distribuições estatísticas.
- 38-Reduzir os benefícios fiscais relacionados com as despesas de saúde ( $\chi^2= 53,55$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,02$ ). Idem.
- 39-Aumentar as taxas moderadoras ( $\chi^2= 46,07$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,012$ ). Os escalões centrais têm padrões mais favoráveis que os extremos.
- 40-Pessoas com doenças crónicas isentas de pagamento das taxas moderadoras ( $\chi^2= 55,22$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,001$ ). Os escalões mais abonados aceitam menos do que os mais carenciados.
- 41-E em relação a outros pagamentos como as comparticipações em despesas com medicamentos ( $\chi^2= 51,78$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,003$ ). Aqui os padrões quase se invertem em relação à questão anterior.
- 42- Se o estado em vez de aumentar o financiamento concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais ( $\chi^2= 36,21$ ;  $df=15$ ;  $Sig-2s=0,002$ ). A diferenciação decorre principalmente do facto de que o grupo menos rico atribuir muito pouca importância à medicina preventiva, e dos grupos mais ricos proporem alternativas não previstas nas pre-classes.

- 43-Os serviços estatais de saúde tal como se encontram organizados agora, suscitam mais desconfiança entre os mais ricos ( $\chi^2= 51,00$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,003$ ).
- 44-Cada um contribui com o que quiser para o seguro de saúde, e dependendo dessa contribuição, terá um tipo de coberturas de risco é melhor aceite pelos sujeitos mais abonados ( $\chi^2= 54,57$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,001$ ).
- 45-Companhias de seguro privadas suscitam menos confiança entre os menos abonados ( $\chi^2= 51,87$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,003$ ).
- 46-Idem quanto a desenvolver em Portugal organizações privadas de cuidados de saúde ( $\chi^2= 45,27$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,015$ ).
- 47-Todos sejamos obrigados a descontar para o SNS tendo por contrapartida direito de utilização de cuidados de saúde, manifestou dentro dos grupos de rendimento económico diferente estrutura de distribuição. ( $\chi^2= 60,04$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 48-Grau de necessidade de mudança do SNS ( $\chi^2= 89,73$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,000$ ). Os grupos de mais elevado rendimento são menos polarizados negativamente do que o mais pobre.
- 49-Bem informado acerca do financiamento do SNS. Os grupos mais pobres sentem-se pior informados. ( $\chi^2= 89,73$ ;  $df=27$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 50-Em comparação com os outros países da UE acha que o Estado português gasta mais, menos ou o mesmo dinheiro por habitante com o SNS ( $\chi^2= 23,31$ ;  $df=6$ ;  $Sig-2s=0,001$ ). Quanto maior o rendimento, maior a expressão de que o Estado Português faz um esforço maior, do que os restantes países da UE

## Escolaridade

A escolaridade é globalmente colinear com o rendimento e, em grande medida, com a idade, pelo que, para não estar a repetir o que foi acima dito, nos limitamos a indicar as diferenciações estatísticas.

51-Participantes VS Não participantes: ( $\chi^2= 32,13$ ;  $df=6$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

52-Foi atendido num centro de saúde nos últimos três meses? ( $\chi^2= 31,75$ ;  $df=6$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

53-Imagens das consultas ou tratamentos nos centros de saúde ( $\chi^2= 77,37$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,020$ ).

54-Imagem do atendimento em urgência nos centros de saúde ( $\chi^2= 98,20$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

55-Imagem do atendimento em urgência nos hospitais públicos ( $\chi^2= 116,69$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

56-Situação financeira do SNS ( $\chi^2= 97,91$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

57-Como acha que é gasto o dinheiro do SNS ( $\chi^2= 88,62$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,002$ ).

58-Exemplos onde o dinheiro do SNS é mal gasto ( $\chi^2= 52,91$ ;  $df=30$ ;  $Sig-2s=0,006$ ).

59-Aumentar os impostos gerais como o IVA ou o IRS ( $\chi^2= 83,75$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,006$ ).

60-Aumentar as actuais taxas moderadoras ( $\chi^2= 125,05$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

- 61-Alargar os subsistemas tipo ADSE a mais pessoas fazendo com que elas passem a descontar para esse fim ( $\chi^2= 95,64$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 62-Limitação dos Serviços, haver um máximo de consultas anual para que não tem doença crónica ( $\chi^2= 78,27,31$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,017$ ).
- 63-Financiamento individual para criar seguro de saúde estatal que cubra custos adicionais ( $\chi^2= 79,54$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,013$ ).
- 64-Pessoas com doença crónica isentas do pagamento de taxas moderadoras ( $\chi^2= 77,28$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,021$ ).
- 65- E a outros pagamentos como por exemplo as comparticipações em medicamentos ( $\chi^2= 109,37$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 66-Em vez de aumentar as contribuições o Estado concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais ( $\chi^2= 61,63$ ;  $df=30$ ;  $Sig-2s=0,001$ ).
- 67-O Estado deve desenvolver-se dentro do modelo existente, procurando melhorar a sua eficiência ( $\chi^2= 74,54$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,033$ ).
- 68-Os serviços estatais tal como se encontram organizados agora ( $\chi^2= 114,57$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 69- Os serviços estatais tal como se encontram organizados agora, mas com modelos mais modernos de gestão ( $\chi^2= 97,01$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 70-Companhias de seguro privadas ( $\chi^2= 83,39$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,006$ ).
- 71-Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestações de cuidados de saúde ( $\chi^2= 98,71$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,001$ ).
- 72-Grau de confiança actual no SNS ( $\chi^2= 77,72$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,019$ ).



73-Que tipo de mudanças introduzir no SNS ( $\chi^2= 49,97$ ;  $df=18$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

74-Está bem informado acerca do financiamento do SNS ( $\chi^2= 123,40$ ;  $df=54$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).

### **Pertença a partido político**

Apesar de existirem diferenças entre os respondentes dos partidos repercute-se a baixa ocorrência de proximidades ao PP, desfalcando células de resposta potencial, e com isso intensificando a existência de diferenças. De qualquer forma indicamo-las porque elas tecnicamente se verificaram, mas alertamos para a necessidade se se pretender aprofundar conhecimentos a este propósito, de ser absolutamente imprescindível detalhar a investigação muito para lá dos objectivos nucleares deste trabalho no essencial descritivo-exploratório.

De modo sintético diremos que os votantes no PS tendem a ter um maior espalhamento pelas escalas, os do PSD a tomarem posições polarizadas em ambas os extremos de escala, os do PCP a serem os menos extremistas nas opções, e os do Bloco de Esquerda a serem polarizados num dos lados de escala. O PP como se disse foi residual, sendo portanto especulativo qualquer comentário que se teça.

Tecnicamente, e com todas as reservas indicadas o registo de diferenciações é o seguinte:

- 75-Fazer com que os utentes paguem uma percentagem dos actos médicos tal como se passa nos medicamentos VS Partidos ( $\chi^2= 62,03$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,047$ ).
- 76-Alargar o papel dos subsistemas do SNS como a ADSE e fazer com que essas pessoas contribuam VS Partidos ( $\chi^2= 66,64$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,020$ ).
- 77-Haver um máximo de consultas anual para as pessoas que não padecem de doença crónica VS partidos ( $\chi^2= 66,49$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,020$ ).
- 78-Pessoas com doenças crónicas isentas do pagamento de taxas moderadoras VS Partidos ( $\chi^2= 76,50$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,002$ ).
- 79-E isenção em relação ao pagamento de medicamentos VS partidos ( $\chi^2= 65,07$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,027$ ).
- 80-Em vez de o Estado aumentar as contribuições concentrar o dinheiro nas coisas mais essenciais VS Partidos ( $\chi^2= 40,90$ ;  $df=25$ ;  $Sig-2s=0,024$ ).
- 81-SNS desenvolver-se dentro do modelo existente mas procurando a sua eficiência VS Partidos ( $\chi^2= 99,37$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 82-Companhias de seguro privadas VS partidos ( $\chi^2= 112,58$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,000$ ).
- 83-Desenvolver em Portugal organizações privadas de prestação de cuidados de saúde VS partidos ( $\chi^2= 69,72$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,010$ ).
- 84-Considera que está bem informado acerca do financiamento do SNS VS proximidade a partido ( $\chi^2= 27,56$ ;  $df=9$ ;  $Sig-2s=0,001$ ).

85-Considera que está bem informado acerca do financiamento do SNS VS

Partidos ( $\chi^2= 65,52$ ;  $df=45$ ;  $Sig-2s=0,024$ ).

## **Anexo 20**

**Importância da existência de um sistema de avaliação económica de tecnologia no nível e taxa de crescimento da despesa em saúde**

Tanto quanto se conhece, não existem dados oficiais disponíveis sobre quais os países com sistemas de Avaliação Económica de Tecnologia (AET). Assim, foram recolhidos dados de várias fontes que permitiram chegar à classificação de países com sistemas de AET em 2004 apresentada na tabela 1. De modo a testar a robustez dos resultados, e uma vez que a existência formal de organismos de AET nada diz sobre a seu grau de intervenção ou real capacidade de influenciar a tomada de decisão, admite-se que a participação de organismos de um país em organizações internacionais de AET pode ser uma proxy razoável para o grau de importância efectiva (e não formal) que é dado à AET. Assim, estima-se também a importância de cada país ser ou não membro das seguintes organizações internacionais: INAHTA (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*) e GIN (*Guidelines International Network*). Na tabela, para cada uma das três variáveis alternativas, 1 indica que o país tinha um sistema AET ou pertencia a uma das duas organizações em 2004.

Idealmente, deveria ser usada uma medida reflectindo a intensidade de utilização da avaliação económica. Infelizmente, não existe informação quantitativa ou qualitativa da actividade destas instituições (por exemplo, em Portugal, o INFARMED tem competências na área de avaliação económica de medicamentos, não existindo contudo qualquer informação publicamente disponível sobre o trabalho desenvolvido).

Tabela 1

País	Sist Aval Ecn Tecn (2004)	Membro de GIN	Membro de INAHTA
Australia	1	1	1
Austria	1	1	1
Belgium	1	1	1
Canada	1	1	1
Denmark	1	1	1
Finland	1	1	1
France	1	1	1
Germany	1	1	1
Greece	0	0	0
Iceland	1	0	0
Ireland	1	1	0
Italy	1	1	0
Japan	1	1	0
Luxembourg	0	0	0
Netherlands	1	1	1
New Zealand	1	1	1
Norway	1	1	1
Portugal	1	1	0
Spain	1	1	1
Sweden	1	1	1
Switzerland	1	1	1
Turkey	0	0	0
United Kingdom	1	1	1
United States	1	1	1

As restantes variáveis foram construídas através de dados da base de dados CREDES, OECD *Health Data*, obtendo-se um painel incompleto com dados anuais para 24 países da OCDE entre 1980 e 2004.

### Nível da despesa em saúde *per capita*

Os resultados da estimação pelo método dos mínimos quadrados (OLS) do impacto da existência de um sistema de AET na despesa total em saúde *per capita* são apresentados no quadro 1. O modelo permite concluir por um forte efeito positivo da riqueza na despesa em saúde, bem como por uma aparente poupança de custos associada a sistemas de tipo reembolso público e público integrado, face ao caso base de contrato público. A existência de um sistema de *gatekeeping* parece também permitir custos totais mais baixos. Sistemas de saúde nos quais o peso da despesa privada na despesa total em saúde seja mais importante estão associados a níveis mais elevados de despesa total.

Quadro 1. Logaritmo da Despesa Total em saúde <i>per capita</i>			
Constante	-6.649 (-20.74)***	-6.650 (-19.20)***	-6.963 (-20.29)***
Log(PIB)	1.355 (42.87)***	1.353 (38.56)***	1.392 (40.35)***
PR	-0.157 (-5.94)***	-0.066 (-2.45)**	-0.116 (-4.34)***
PI	-0.039 (-2.35)**	0.034 (1.98)**	0.004 (0.26)
GK	-0.087 (-4.02)***	0.004 (0.18)	-0.027 (-1.23)
Desp. Priv.	0.008 (10.29)***	0.009 (11.33)***	0.008 (10.64)***
Idade65	0.018 (5.67)***	0.021 (6.21)***	0.018 (5.60)***
AET	0.231 (8.32)***		
INAHTA		0.081 (5.18)***	
GIN			0.084 (3.15)***
R <sup>2</sup> Ajustado	0.922	0.915	0.914
Número de Obs.	545	545	545

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

Quanto às variáveis de interesse, tanto a comparação dos resultados das estimativas para os vários parâmetros, como do poder explicativo geral dos modelos sugere a superioridade do controlo da existência formal de um sistema de avaliação económica de tecnologia face às duas *proxies* alternativas. Comum aos três modelos é o resultado algo surpreendente de um efeito positivo da existência/importância de um sistema de AET na despesa total em saúde. Uma possível explicação para este facto será alguma endogeneidade das *proxies* para o controlo de AET, no sentido em que países com níveis de despesa mais elevada poderão ter mais incentivos em implementar sistemas de controlo de custos do que países para os quais os custos com saúde não sejam um problema tão grave. Assim, e tendo em conta que os dados de AET, INAHTA e GIN dizem respeito a 2004 e as restantes variáveis cobrem o período de 1980 a 2004, este efeito será mais plausível que um resultado contraproducente do investimento em estruturas de controlo de custos como são os sistemas de AET.

No quadro 2 apresenta-se a estimativa do impacto dos mesmos factores na despesa pública em saúde em lugar da despesa total em saúde. As conclusões são globalmente as mesmas.

Quadro 2. Logaritmo da Despesa Pública em saúde <i>per capita</i>			
Constante	-7.412 (-19.46)***	-7.286 (-18.27)***	-7.574 (-18.68)***
Log(PIB)	1.415 (38.01)***	1.403 (35.48)***	1.437 (35.84)***
PR	-0.176 (-5.89)***	-0.099 (-3.16)***	-0.136 (-4.41)***
PI	0.020 (1.21)	0.072 (4.34)***	0.051 (3.03)***
GK	-0.044 (-1.87)*	0.027 (1.14)	0.010 (0.42)
Idade65	0.022 (6.26)***	0.023 (6.39)***	0.023 (6.46)***
AET	0.183 (7.79)***		
INAHTA		0.071 (4.67)***	
GIN			0.049 (2.08)**
R <sup>2</sup> Ajustado	0.914	0.910	0.908
Número de Obs.	545	545	545
NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White			
b) ***, ** e * indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente			

### Taxa de crescimento da despesa em saúde *per capita*

Para além do efeito de sistemas de AET no nível de despesa em saúde, outra questão pertinente é investigar o impacto desta característica na taxa de crescimento da despesa em saúde.

Os resultados da estimação por OLS do impacto das mesmas variáveis de controlo para AET na taxa de crescimento da despesa total em saúde *per capita* são apresentados no quadro 3. Encontra-se um efeito positivo do crescimento da riqueza na taxa de crescimento da despesa em saúde, bem como um efeito positivo nesta variável do envelhecimento da população. Não se encontram diferenças significativas entre sistemas do tipo reembolso público, público integrado e de contrato público nem efeitos significativos da existência de *gatekeeping* ou do peso da despesa privada na despesa total em saúde.

Quadro 3. Taxa de crescimento da despesa total em saúde <i>per capita</i>			
Constante	3.294 (2.28)**	3.427 (2.29)**	3.450 (2.33)**
GPIB	0.439 (4.96)***	0.455 (5.07)***	0.450 (5.08)***
PR	1.099 (1.57)	0.514 (0.69)	0.848 (1.23)
PI	0.517 (1.04)	-0.090 (-0.17)	0.173 (0.36)
GK	0.898 (1.51)	0.076 (0.12)	0.495 (0.85)
Desp. Priv.	0.029 (1.50)	0.021 (1.12)	0.028 (1.45)
Idade65	0.371 (2.24)**	0.307 (1.80)*	0.320 (1.92)*
DT per capita <sub>T</sub>	-0.001 (-1.38)	-0.001 (-2.18)***	-0.001 (-1.89)*
AET	-2.087 (-2.45)**		
INAHTA		-0.180 (-0.41)	
GIN			-1.294 (-2.10)**
R <sup>2</sup> Ajustado	0.127	0.116	0.124
Número de Obs.	539	539	539
NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White			
b) ***, ** e * indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente			

Mais uma vez, o modelo que distingue a existência formal de um sistema de AET parece ter um comportamento melhor que os que incluem *proxies* para a real importância dada a estes sistemas. Ainda assim, ambas as medidas sugerem um efeito negativo da aplicação de AET na taxa de crescimento da despesa.

O quadro 4 apresenta o impacto das mesmas variáveis na taxa de crescimento da despesa pública em saúde. As principal conclusão a tirar é que os determinantes da taxa de crescimento da despesa pública em saúde parecem ser os mesmos da despesa total em saúde.

Quadro 4. Taxa de crescimento da despesa pública em saúde <i>per capita</i>			
Constante	6.908 (3.74)***	6.525 (3.58)***	6.999 (3.72)***
GPIB	0.341 (3.56)***	0.359 (3.70)***	0.359 (3.76)***
PR	0.443 (0.49)	-0.537 (-0.54)	0.049 (0.05)
PI	0.491 (0.93)	-0.273 (-0.47)	0.076 (0.14)
GK	0.283 (0.40)	-0.776 (-0.99)	-0.274 (-0.38)
Idade65	0.397 (2.48)**	0.305 (1.81)*	0.326 (1.99)**
DP per capita <sub>T</sub>	-0.003 (-3.01)***	-0.003 (-3.32)***	-0.003 (-3.35)***
AET	-2.796 (-2.79)***		
INAHTA		-0.840 (-1.47)	
GIN			-1.806 (-2.46)**
R <sup>2</sup> Ajustado	0.132	0.118	0.128
Número de Obs.	493	493	493

NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os t-rácios calculados com base nos desvios-padrão de White  
b) \*\*\*, \*\* e \* indicam coeficientes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente

### Teste de endogeneidade

Esta secção destina-se a testar se é relevante a suspeita levantada pelos resultados dos quadros 1 e 2 de que a probabilidade de se desenvolverem sistemas de controlo de custos como a avaliação económica de tecnologias é maior nos países em que despesa com saúde é um problema mais importante. Este teste é feito através da estimação de *probits* em que a variável dependente é a presença de um sistema de AET e o nível inicial da despesa total em saúde (DT *per capita*<sub>T</sub>) ou a taxa de crescimento desta na década anterior ao início da amostra das regressões da secção anterior (gDT7080) são incluídas como regressores.



Quadro 5. Nível inicial da despesa			
	AET	INAHTA	GIN
DT per capita <sub>T</sub>	0.001153 (3.42)***	0.000517 (2.28)**	0.000913 (3.27)***
gDT7080	0.201 (3.27)***	0.033 (0.82)	0.149 (2.92)***
Número de Obs.	24		
NOTAS: a) Entre parentesis são apresentados os valores da estatística Z b) ***, ** e * indicam coeficintes estatisticamente significativos para níveis de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente			

As conclusões deste teste são que, de facto, valores iniciais elevados do nível e taxa de crescimento da despesa em saúde parecem aumentar a probabilidade de existência de um sistema de avaliação económica de tecnologia. Assim, os países com um problema de custos mais grave terão maiores preocupações em tentar solucioná-lo.

Estas conclusões ajudam a compreender o resultado surpreendente das estimações dos quadros 1 e 2.

### Conclusões

As principais conclusões a tirar da análise levada a cabo são que os sistemas de avaliação económica de tecnologia permitem reduzir a taxa de crescimento da despesa em saúde *per capita* e que a probabilidade de existência de sistemas de avaliação económica de tecnologia é mais elevada em países com valores iniciais elevados do nível e taxa de crescimento da despesa em saúde. Os resultados são inconclusivos quanto ao impacto dos sistemas de avaliação económica de tecnologia no nível da despesa em saúde.

## **Anexo 21**

### **Simulação do impacto da alteração de pagamentos directos**

## 21.1. Taxas moderadoras e necessidades de financiamento do Serviço Nacional de Saúde

Para uma discussão mais rigorosa sobre o papel das taxas moderadoras pode recorrer-se a uma definição simples das necessidades de financiamento do Serviço Nacional de Saúde:

$$(1) F = C \times q - \tau \times q \times (1 - t)$$

em que  $F$  é o conjunto do espaço orçamental absorvido pelos cuidados de saúde prestados pelo SNS (deixando-se por isso de lado as contribuições para sub-sistemas públicos e a despesa fiscal para além da associada com as taxas moderadoras),  $q$  é um cabaz de cuidados de saúde médio utilizado pela população,  $C$  é o custo unitário desse cabaz de cuidados de saúde,  $\tau$  é o valor da taxa moderadora por unidade do cabaz de cuidados de saúde e  $t$  é a taxa de benefício fiscal existente para as despesas privadas em cuidados de saúde.

O segundo elemento central é a relação entre o uso do SNS e o valor da taxa moderadora, traduzido pela seguinte relação:

$$(2) q = q(\tau(1 - t)/p; \theta)$$

sendo  $p$  o índice de preços geral da economia,  $\theta$  designa factores de crescimento da procura, e em que um maior valor de  $\tau(1 - t)/p$  se traduz numa menor utilização de recursos.

Diferenciando totalmente a expressão (1):

$$\frac{dF}{F} = \frac{C \times q}{C \times q - \tau(1 - t)q} \left( \frac{dC}{C} + \frac{dq/q}{d\theta} \right) - \frac{\tau(1 - t)q}{q \times C - \tau(1 - t)q} \frac{d\tau}{\tau} - \varepsilon \left( \frac{d\tau}{\tau} - \frac{dp}{p} \right),$$

$$\text{com } \varepsilon = - \frac{\partial q}{\partial (\tau(1 - t)/p)} \frac{\tau(1 - t)/p}{q}$$

Com esta expressão é fácil de ver que se  $d\tau/\tau = dp/p = 0$ , isto é, não há inflação geral nem são actualizadas as taxas moderadoras, então como  $qC/(qC - \tau(1 - t)q) > 1$ , as necessidades de financiamento do SNS crescem a uma taxa superior à dos custos com cuidados de saúde (que têm uma componente de crescimento de custos unitários  $dC/C$  e uma componente de crescimento das necessidades  $(dq/q)/d\theta$ ).

Se houver inflação geral na economia,  $dp/p > 0$ , e não ocorrendo actualização das taxas moderadoras, constata-se que as necessidades de financiamento do SNS aumentam, mesmo que os custos totais por unidade de cuidados de saúde prestada não se altere ( $dC/C = 0$ ), nem haja outros factores de crescimento da procura de cuidados de saúde. Esta maior necessidade de financiamento decorre de um aumento da procura de cuidados de saúde decorrente do menor preço relativo destes face aos restantes bens e serviços da economia.

Finalmente, se as taxas moderadoras forem actualizadas à taxa de inflação ( $d\tau/\tau = dp/p$ ), mas o crescimento dos custos, por crescimento do custo unitário e de outros factores da procura, for superior a essa taxa de actualização ( $dC/C + (dq/q)/d\theta > d\tau/\tau$ ), então as necessidades de financiamento do SNS também crescem mais do que proporcionalmente.

## 21.2. Estimativa do efeito de alteração das taxas moderadoras e do regime de isenções das taxas moderadoras

Para enquadrar devidamente o impacto da alteração das taxas moderadoras nas necessidades de financiamento do SNS é necessária alguma formalização adicional. Seja  $F$  as necessidades de financiamento, *per capita*, do SNS, definidas por

$$(1) \quad F = \alpha(c - x(1 - \tau))q(x(1 - \tau)/p) + (1 - \alpha)cq(0/p)$$

em que  $q$  é a “quantidade” de cuidados de saúde prestados, “ $x$ ” é a taxa moderadora paga, “ $p$ ” é o preço de outros bens, “ $c$ ” é o custo médio por unidade de “quantidade”, “ $\tau$ ” é a taxa de crédito fiscal e “ $\alpha$ ” é a proporção da população que paga taxas moderadoras.

Esta expressão permite retirar várias implicações. Se o custo por “quantidade” de cuidados de saúde consumidos estiver a crescer, mas a taxa moderadora se mantiver constante, as necessidades de financiamento do SNS estarão também a aumentar. Se houve inflação no resto da economia, mas a taxa moderadora se mantiver constante, o preço relativo de cuidados de saúde irá sendo menor e haverá um aumento de utilização, com a consequente maior necessidade de financiamento do SNS, embora este efeito esteja apenas circunscrito aos utentes do sistema que pagam taxa moderadora. Mesmo que a actualização da taxa moderadora seja realizada com base no valor da inflação, mantendo o “preço relativo” de cuidados de saúde para os que pagam taxa moderadora, desde que o custo médio esteja a crescer mais rapidamente, continuam a aumentar mais as necessidades de financiamento do SNS.

Designa-se por  $\varepsilon$  a elasticidade procura – preço da utilização de cuidados de saúde. Uma aproximação a  $q(x(1 - \tau)/p)$  é  $q(x(1 - \tau)/p) = q(0)/(1 + \varepsilon)$ .

Tomando a variação das necessidades de financiamento do SNS quando  $x$  varia,

$$\frac{dF}{F} = \alpha \left( -q(x(1 - \tau)/p) - (c - x(1 - \tau)) \frac{\partial q}{\partial r} \frac{1}{p} \right) \frac{dx}{F}$$

ou

$$\frac{dF}{F} = - \left( \frac{\alpha q(x(1 - \tau)/p)x}{F} + \varepsilon \frac{\alpha(c - x(1 - \tau))q(x(1 - \tau)/p)}{F} \right) \frac{dx}{x}$$

Seja  $s$  a proporção das taxas moderadoras na despesa do SNS

$$(2) \quad s = \frac{\alpha x q(x(1 - \tau)/p)}{F}$$

Partindo da definição das necessidades de financiamento,

$$(3) \quad F = \alpha c q(x(1 - \tau)/p) + (1 - \alpha)cq(0) - \alpha x(1 - \tau)q(x(1 - \tau)/p)$$

Utilizando a aproximação anteriormente definida

$$(4) \quad F = \alpha c q(x(1-\tau)/p) + (1-\alpha)c(1+\varepsilon)q(x(1-\tau)/p) - \alpha x(1-\tau)q(x(1-\tau)/p)$$

e resolvendo

$$(5) \quad \frac{\alpha c q(x/p)}{F} = \frac{1+s(1-\tau)}{1+\frac{1-\alpha}{\alpha}(1+\varepsilon)}$$

substituindo

$$(6) \quad \frac{dF}{F} = - \left( (1-\varepsilon)s(1-\tau) + \frac{\alpha(1+s(1-\tau))}{\alpha+(1-\alpha)(1+\varepsilon)} \right) \frac{dx}{x}$$

Tomando como parâmetros  $\varepsilon=0,17$  (elasticidade procura preço),  $s=0,1$  (proporção inicial da despesa do SNS que é financiada por taxas moderadoras) e  $\alpha=0,45$  (proporção de pessoas que paga taxa moderadora). Para estes parâmetros, um aumento de 25% na taxa moderadora traduz-se numa redução de 1,90% das necessidades de financiamento do SNS.

Da mesma forma se pode avaliar o impacto de alterar a isenção de taxas moderadoras (equivale na formulação adoptada a variar  $\alpha$ ). Realizando cálculos similares, obtém-se a seguinte expressão:

$$\frac{dF}{F} = - \left( \varepsilon \frac{\alpha(1+s(1-\tau))}{\alpha+(1-\alpha)(1+\varepsilon)} + s(1-\tau) \right) \frac{d\alpha}{\alpha}$$

Esta formulação do problema tem a característica atractiva de se basear num conjunto relativamente pequeno de parâmetros cruciais e susceptíveis de serem medidos para sugerir uma aproximação aos efeitos esperados de alteração das necessidades agregadas de financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

**Anexo 22**  
**Limitação de coberturas**

### 22.1. Limitação de coberturas – um exemplo

O quadro 1 apresenta o número total de utentes da amostra do 4º Inquérito Nacional de Saúde afectado por uma política de limitação de cobertura em três situações alternativas: a) sem isenção para condições crónicas; b) com isenção para doenças crónicas e de tratamento prolongado mais relevantes (oito condições) e c) com isenção para as condições crónicas e de tratamento prolongado que se encontrou estarem estatisticamente associadas com um maior consumo de consultas.

**Quadro 1 - número total de utentes da amostra do 4º Inquérito Nacional de Saúde afectado por uma política de limitação de cobertura em três situações alternativas**

	Número de	
	Utentes	Consultas
Utentes com mais de 3 consultas em 90 dias		
Todos	2269	14013
Excluindo 8 condições clínicas	794	4779
Excluindo todas as condições crónicas estatisticamente relevantes	590	3646
Todos os utentes	41145	43187

Fonte: cálculos próprios, com base numa amostra das respostas ao 4º INS.

Resulta deste exercício que seriam afectados 1,4% dos utentes caso seja considerada a hipótese c), tendo como efeito, na amostra considerada, uma redução de 8,4% no total das consultas realizadas.

Uma preocupação natural será o impacto distributivo de uma medida de limitação de cobertura e, em particular, saber se afecta de modo mais significativo as classes de rendimento mais desfavorecidas.

Como se pode ver no quadro 2, os indivíduos afectados por uma medida deste teor encontram-se concentrados nas classes de maior rendimento. Esta visão simples é corroborada por uma análise que para os indivíduos com mais de três consultas por trimestre relaciona a probabilidade de estar abrangido pela medida com o nível de rendimento médio do agregado familiar (normalizado para a composição do agregado familiar), dela resultando que indivíduos de menores rendimentos têm menor probabilidade de estarem abrangidos.

**Quadro 2 - indivíduos afectados por uma medida de limitação de cobertura, por classe de rendimento**

<b>Classe de rendimento</b>	<b>Afectados pela medida</b>	<b>Total da amostra</b>
A	1,05%	0,99%
B	2,62%	3,35%
C	4,36%	5,24%
D	8,90%	12,68%
E	14,83%	14,67%
F	14,49%	15,50%
G	17,80%	16,13%
H	14,14%	12,00%
I	6,81%	8,14%
J	15,01%	11,30%

Fonte: cálculos próprios, a partir da amostra do 4º INS; A- classe de rendimento mais baixa; J- classe de rendimento mais elevada.

Também os resultados sobre os factores determinantes da procura do número de consultas são globalmente concordantes – um maior rendimento médio do agregado familiar está associado com uma maior probabilidade de realização de consultas, mas uma vez que o indivíduo tem pelo menos uma consulta, não há um efeito rendimento sobre o número de consultas realizado.

Da conjugação destes vários elementos de análise retira-se a percepção de que não ocorrerá um impacto distributivo que agrave as desigualdades no acesso a consultas.

É importante referir que a análise realizada se centrou no volume total de consultas. É, porém, sabido que existe uma fracção muito considerável de consultas que tem lugar no sector privado, com pagamento imediato e eventualmente algum reembolso posterior por parte de um subsistema ou seguro privado contratado.

Infelizmente, a informação do 4º INS não permite a divisão do total de consultas entre sector privado e sector público (nomeadamente, SNS), excepto na última consulta realizada. Optou-se por não usar essa informação. A título de referência, os 590 utentes abrangidos pela simulação da medida referem em 58% dos casos que a última consulta foi realizada numa instituição do SNS.

No 4º INS não existe uma variável que, de algum modo, reflecta o preço das consultas, por forma a ser medido o seu impacto no consumo verificado. Como aproximação, é possível a utilização do valor da despesa com consultas nas duas últimas semanas, expressa em euros por consulta ocorrida nos três meses prévios à entrevista, admitindo-se que existirá uma forte relação entre consultas nas duas últimas semanas que deram origem a pagamento do utente e o número total de consultas que o utente teve nos últimos três meses. Como para os casos em que não se registou qualquer consulta não é possível calcular esta aproximação a uma noção de preço por consulta, a análise é apenas condicional às observações com a informação disponível. Deste exercício resulta um efeito negativo no número de consultas associado com o



preço, sendo a respectiva elasticidade estatisticamente significativa e da ordem dos -0,01, significando que um aumento de 100% do “preço” por consulta se traduz na redução de 1% da procura de consultas. Se se restringir a atenção apenas aos grandes utilizadores, o valor da elasticidade é bastante menor, embora ainda estatisticamente significativa. O “preço”, na amostra disponível, tem o valor médio de 24€ por consulta para todos os utilizadores, e o valor médio de 16€ para os que têm mais de 3 consultas no último trimestre antes da entrevista, admitindo que os reembolsos das duas últimas semanas podem ser extrapolados linearmente para o período de um trimestre (12 semanas).<sup>106</sup> Estes são valores de magnitude razoável quando comparados com o valor das taxas moderadoras no sector público, com a proporção de pessoas isentas das mesmas e com os valores pagos em consultas privadas, depois de reembolsos.

É agora necessário traduzir estes efeitos em magnitudes que permitam ter uma noção sobre o impacto financeiro no SNS, para avaliar a relevância da medida no que se refere à sustentabilidade financeira do SNS.

O primeiro aspecto a ter em consideração é que a medida não afecta o “excesso de consultas” que seja realizado no sector privado. Quanto ao impacto da medida no sector público, é exigida alguma hipótese sobre o aumento do pagamento do utilizador. 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 nº 567/2006).

Admitindo que cada consulta que exceda a terceira, por trimestre, seja paga pelo utente a 75% do seu valor e tendo em atenção uma elasticidade de -0,01, 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 utilização da elasticidade medida no grupo de indivíduos com um número positivo de consultas, a redução no número de consultas seria de 7,2%, ou seja, das 3646 consultas que excedem o limite de três consultas por trimestre, admitindo-se que 58% se realizam no sector público, cerca de 152 deixariam de se realizar, sendo que 1960 passariam a ter um pagamento adicional de 19,75€ por consulta.

A transposição para números globais nacionais implica hipóteses adicionais: a proporção de consultas em excesso no total de consultas públicas ser similar à da amostra do INS e a elasticidade estimada ser válida para a população como um todo. Daqui resulta uma receita adicional de 50 milhões de euros e uma poupança de consultas não realizadas de 5,4 milhões de euros. A magnitude de cada um dos efeitos está directamente relacionada com a baixa elasticidade procura-preço encontrada.

---

<sup>106</sup> No caso de uma proporção constante, o valor da elasticidade não é alterado por esta extrapolação.

Em termos de impacto distributivo, tendo em atenção o rendimento do agregado familiar, o acréscimo da despesa em consultas corresponde a um valor de cerca de 5% do rendimento médio normalizado das famílias afectadas, o que corresponde um acréscimo mensal médio em consultas de 21€ para os 1,8€ da amostra afectados.

## **22.2. Limitação de coberturas: a experiência do Estado de Oregon**

A experiência do Estado de Oregon (Estados Unidos da América) fornece implicações interessantes para este tipo de medidas. Em 1987 o governo apercebeu-se que era necessário reformar o sistema de acordo reconhecendo que o objectivo é maximizar a saúde e não os cuidados de saúde ou o 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.

As prioridades relativamente a que serviços deveriam ser financiados ou eliminados da cobertura seriam decididas por uma comissão que decidiria num processo público e assumindo responsabilidades. Com base nestes princípios foi aprovada em 1989 legislação que criava uma comissão para os serviços de saúde encarregada de fazer uma lista de todos os serviços de saúde ordenados por prioridade. Todos os cidadãos deveriam receber cobertura. A referida legislação estipulava ainda que a comissão deveria ser composta por cinco médicos, um enfermeiro, um assistente social e quatro representantes dos consumidores de cuidados de saúde.

A posição de cada tratamento seria feita com base numa avaliação custo-benefício. Os benefícios seriam estimados através da opinião de especialistas com base em evidência clínica de resultados de saúde. O resultado de cada tratamento seria comparado com tratamentos alternativos e com ausência de tratamento. A informação sobre custos foi obtida junto de fornecedores de cuidados, hospitais e dados de seguros.

A comissão procurou ainda obter informação sobre a valorização pública dos cuidados de saúde através de doze audiências públicas onde cidadãos explicaram as suas experiências e preferências e de cerca de 50 *focus groups* foram incumbidos de ajudar a população a identificar valores de saúde sobre os quais houvesse algum consenso. Foi feito um inquérito a 1001 cidadãos com o objectivo de perceber o impacto apercebido no nível geral de saúde devido a diversas condições clínicas, tais como falta de ar, dificuldades de mobilidade, disfunção social e perda de audição.

Os resultados da aplicação deste método bastante objectivo não foram considerados razoáveis pelos membros (médicos e outros) da comissão. Isto porque tratamentos muito baratos e eficazes para condições pouco graves vieram primeiro na lista de prioridades que tratamentos moderadamente eficazes e moderadamente caros para condições clínicas muito graves.

A comissão concluiu então que a análise custo-benefício seria útil para avaliar os custos do tratamento mas não para aferir da importância de tratar ou não. Assim, optou-se por fazer uma lista de tratamentos prioritários de acordo com os resultados das sondagens feitas à opinião pública: tratamento de doença aguda fatal que evita a morte e permite recuperação total; cuidados de maternidade; tratamento de doença aguda fatal que evita a morte mas não permite recuperação total; cuidados preventivos para crianças; tratamento de doenças crónicas fatais que aumenta tanto o tempo como a qualidade de vida; serviços reprodutivos (excluindo maternidade e infertilidade); cuidados de “conforto”; cuidados preventivos de estomatologia; cuidados preventivos para adultos com eficácia comprovada; tratamento de doenças agudas não fatais que permite voltar ao estado de saúde anterior; tratamento de doenças crónicas não fatais que numa só toma melhora a qualidade de vida; tratamento de doenças agudas não fatais que não permite voltar ao estado de saúde anterior; tratamento de doenças crónicas não fatais que se administrado repetitivamente melhora a qualidade de vida; tratamento de patologias auto-limitativas que potencia a recuperação; serviços de fertilidade; cuidados de prevenção menos eficientes para adultos; e tratamento para doenças fatais ou não fatais que provoca aumento marginal ou nulo na qualidade de vida.

Os serviços foram ordenados dentro de cada categoria de acordo com o custo e eficácia. A comissão nomeou três subcomissões para garantir que as necessidades das populações mais vulneráveis eram tidas em conta e que teriam a melhor informação possível a nível de resultados de saúde: a) subcomissão para os cuidados de saúde mental e dependência química; b) subcomissão para os idosos, cegos e deficientes; e c) subcomissão de resultados de saúde.

Surgiu depois uma acção em tribunal que afirmava ser ilegal a priorização de acordo com a lista acima. A decisão do tribunal foi que as prioridades poderiam ser estabelecidas apenas de acordo com dois critérios: capacidade do tratamento evitar a morte e custo do tratamento.

Contudo, o facto de terem sido excluídas as medidas objectivas ditou que a informação recolhida junta junto da opinião pública fosse utilizada, ainda que com maior discricionariedade por parte da comissão. A lista de prioridades foi então completada em 1993 e é sujeita a revisão de dois em dois anos.

Em termo de impactos da reforma, a lista tem o mérito de ter tornado as decisões de afectação de recursos públicos (que de qualquer forma eram tomadas) mais claras e de ter permitido responsabilização dos decisores. Houve também um aumento da importância da evidência clínica sobre as melhores práticas nas referidas escolhas, e registaram-se mesmo alterações da prática clínica de forma a melhor reflectir os benefícios definidos na lista de prioridades.

Contudo, o objectivo inicial de responder às restrições orçamentais apenas com reduções dos benefícios oferecidos não foi atingido. Isto porque face a uma diminuição de receitas o governo se mostra relutante em limitar as

coberturas, optando por ajustar o numero de beneficiários e os níveis dos pagamentos.

A maioria dos beneficiários abrangidos pela lista de prioridades estão inscritos em programas de Managed Care, e muitos dos planos de Managed Care incluídos no programa desenvolveram mecanismos para acomodar nos seus padrões de prática clínica os as prioridades definidas na lista.

Contudo, o impacto da aplicação da lista nos custos foi reduzido. Estima-se que o custo de cobrir 540 dos itens da lista é 90% do custo de cobrir a totalidade dos 730 itens inventariados. A explicação para tal facto é que os tratamentos considerados mais prioritários são também os mais dispendiosos. Para mais, os serviços de diagnóstico são sempre cobertos.

Ainda assim, a opinião pública continua a não se mostrar crítica em relação à iniciativa, e a integridade da lista é aceite tanto por prestadores como por consumidores de cuidados. Para mais, os legisladores que tomas decisões sobre a afectação de recursos públicos a cuidados de saúde aceitaram a independência do processo de ordenação de serviços prioritários das acções legislativas.

A conclusão global desta experiência, retirada aliás em várias análises feitas, é a de a exclusão explícita de coberturas de certos tipos de cuidados médicos não levar a uma poupança de recursos.