

SNS: Caracterização e Desafios

Ariana Paulo*

Resumo

A despesa pública em saúde representa uma parcela relevante do total da despesa pública. Paralelamente, tem vindo a registar aumentos significativos nos últimos anos. Com a crescente necessidade de encontrar métodos mais eficazes e eficientes de afectação e utilização dos recursos destinados ao sector da saúde e, tendo em consideração a qualidade e cobertura dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, as políticas da saúde tornam-se cada vez mais um tema de debate político e social.

O presente artigo descreve a evolução e caracterização do sistema de saúde português, em particular o modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Adicionalmente, é feita uma análise da evolução da despesa em saúde em Portugal, comparando as tendências de evolução com outros países da União Europeia. A análise da evolução da despesa procura identificar, igualmente, os seus principais determinantes, nomeadamente, a estrutura demográfica, o desenvolvimento do estado da saúde, o rendimento, o desenvolvimento tecnológico e o capital físico e humano.

Palavras-Chave: *Despesa pública e saúde, Saúde Pública, Serviço Nacional de Saúde, Finanças Públicas.*

GABINETE DE PLANEAMENTO, ESTRATÉGIA, AVALIAÇÃO E
RELAÇÕES INTERNACIONAIS
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA

Av. Infante D. Henrique, 1C - 1º
1100 - 278 LISBOA

www.gpeari.min-financas.pt

*Técnica do GPEARI-MFAP. As opiniões expressas no artigo são da responsabilidade da autora podendo não coincidir com as da instituição que representa. Todos os erros e omissões são da responsabilidade da autora.

1. Introdução

Nas últimas décadas, assistiram-se a diversas transformações do sistema de saúde levando a melhorias significativas no estado de saúde da população portuguesa. O aumento do rendimento das famílias, sobretudo a partir da década de 80, e a procura de serviços de saúde que daí decorre, exerceu pressões por parte da população no que respeita aos acessos dos cuidados de saúde, exigindo mais do sistema de saúde, em particular no que respeita à cobertura e qualidade dos serviços prestados.

Porém, estas transformações contribuíram também para o aumento da despesa associada aos cuidados e serviços de saúde, que, actualmente, consomem uma parte significativa do total da despesa pública. Desta forma, têm vindo a surgir diversos estudos relativos à temática da eficiência e eficácia dos recursos destinados aos sistemas de saúde, realizados sobretudo pela OCDE e dando especial atenção à pressão sobre este tipo de despesa que o envelhecimento da população irá exercer.

As projecções mais recentes divulgadas pela Comissão Europeia no “*The 2009 Ageing Report*”, apontam para um aumento significativo das despesas em saúde, em percentagem do PIB, nas próximas décadas. Consequentemente, o debate tem sido direccionado para a questão do financiamento dos sistemas de saúde, enquadrado na temática de sustentabilidade de longo prazo das finanças públicas.

2. Estado da Saúde, Factores de Risco e Comportamentos Saudáveis

O direito à protecção da saúde está directamente ligado à qualidade de vida humana, sendo um direito garantido a todos os portugueses pela Constituição da República Portuguesa consagrado no artigo 64.º, o qual define que a prestação de cuidados de saúde deve ser “realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Na última década, o estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente. Esta evolução parece estar parcialmente correlacionada com o aumento dos recursos financeiros afectos aos cuidados de saúde, a par da melhoria das condições socioeconómicas das famílias portuguesas.

A evolução positiva da esperança média de vida à nascença dos portugueses deve-se, em grande parte, à quebra na taxa de mortalidade, em todas as faixas etárias, associada a uma maior capacidade da medicina para salvar vidas. A esperança média de vida tem registado sucessivos aumentos desde 1960 (Quadro 1) e, conseqüentemente, a percentagem de pessoas idosas, com mais de 65 anos, no total da população tem vindo a aumentar nos últimos anos.

Esta tendência de evolução favorável da esperança média de vida, sobretudo a partir da década de 70, fez com que Portugal se aproximasse dos valores médios dos quinze países que constituíam a Área do Euro, em 2007, com a esperança média de vida das mulheres a rondar os 82 anos e a dos homens os 76 anos.

Quadro 1. Evolução de esperança média de vida e mortalidade infantil

	1960	1970	1980	1990	2000	2004	2005	2006	2007
Esperança média de vida à nascença, mulheres (em anos) - PT	66,7	69,7	74,9	77,5	80,2	81,5	81,3	82,3	82,2
Esperança média de vida à nascença, homens (em anos) - PT	61,1	63,7	67,9	70,6	73,2	75,0	74,9	75,5	75,9
Esperança média de vida à nascença (em anos) - PT	63,9	66,7	71,4	74,1	76,7	78,3	78,1	78,9	79,1
Esperança média de vida à nascença (em anos) - UE15	:	:	73,8	76,0	78,1	79,3	79,5	79,9	80,0
Mortalidade infantil (por 1000 nados vivos) - PT	77,5	55,5	24,2	12,2	5,8	4,1	3,8	3,5	3,3
Mortalidade infantil (por 1000 nados vivos) - UE15	32,6	22,9	12,3	7,7	4,9	4,1	3,8	3,6	3,5

Fonte: *OECD Health Data* 2010. EU15 - Bélgica, Alemanha, Irlanda, Grécia, Espanha, França, Itália, Chipre, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Áustria, Portugal, Eslovénia e Finlândia..

Embora haja, indiscutivelmente, uma melhoria dos padrões de vida, ainda persistem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre regiões e classes sociais, reflectidas na variação de alguns indicadores de saúde, tais como a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas, a taxa de mortalidade evitável por cuidados de saúde ou a esperança média de vida à nascença, que registou aumentos significativos nas últimas décadas.

A taxa de mortalidade infantil (Quadro 1) demonstra uma redução acentuada, apresentando desde 2005 valores inferiores à média da UE15. A evolução favorável da taxa de mortalidade infantil está intrinsecamente correlacionada com os sucessivos programas, políticas e estratégias determinados para os cuidados maternos e infantis.

O Quadro 2 apresenta as principais causas de morte em Portugal, constatando-se que as doenças do sistema circulatório são as que mais contribuem para as causas de morte da população portuguesa. Em 2003, as doenças do sistema circulatório e as neoplasias malignas representaram 35,2% e 22%, respectivamente, do total das causas de morte em Portugal.

Quadro 2. Principais causas de morte (taxas de mortalidade padronizadas)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Neoplasias malignas	155,1	156,2	152,6	152,7	152,4	151,3
Doenças do sistema circulatório	379,4	319,0	261,1	251,9	248,5	242,0
Doenças vasculares cerebrais	204,7	170,5	132,5	124,9	116,8	111,2
Doença isquémica cardíaca	79,6	68,5	59,9	58,7	60,6	59,4
Diabetes Mellitus	22,6	23,1	20,9	25,6	28,0	27,8
Doenças do sistema respiratório	63,2	58,8	65,3	55,7	56,0	55,9
Acidentes de transportes terrestres	28,0	24,1	13,0	17,5	19,8	17,4
HIV	1,5	9,2	8,6	9,1	8,6	8,2
Todas as causas	786,0	799,0	719,5	699,3	690,7	686,8

Fonte: *OECD Health Data 2010*.

O número de pessoas contaminadas com HIV é elevado quando comparado com a média da UE15 (1,3%). Os últimos dados divulgados pela OCDE, demonstram igualmente valores elevados para o número de mortes provocados por acidentes de transportes terrestres. Em 2003, Portugal apresenta uma taxa de 17,4%, enquanto que a média da UE15 é de 9,9%.

3. Relevância Económica do Sector da Saúde

Tem sido atribuída à saúde, nos últimos anos, uma maior relevância como factor impulsionador do bem-estar económico, por se considerar que o estado de saúde dos indivíduos afecta não só o seu bem-estar físico e psicológico, bem como a sua situação económica¹, sendo cada vez mais considerado como um determinante fundamental para o crescimento económico.

A saúde pode afectar o crescimento económico através de diversos canais. O mecanismo mais discutido e quantificado na literatura é o impacto do estado de saúde na despesa pública e privada em saúde, cuidados continuados e outras áreas de protecção social². Uma maior despesa afecta à saúde implica que as opções de financiamento são mais limitadas, havendo menos verbas disponíveis para outras áreas como investimento em investigação, educação e outras áreas que promovem a produtividade. Contudo, existem outros canais que devem ser tidos em conta: um estado de saúde débil reduz a produtividade, a participação no mercado de trabalho, a frequência escolar (um bom estado de saúde durante a infância, normalmente, aumenta as capacidades cognitivas e diminui o absentismo escolar e no futuro trabalhadores mais qualificados induzem a maiores níveis de produtividade) e o nível de poupança (que parece estar correlacionado com o estado da saúde e, sobretudo, com a esperança média de vida). Contrariamente, um bom nível de saúde dos indivíduos aumenta a probabilidade de participação no mercado de trabalho, através de uma maior capacidade para trabalhar, tendo, por isso, um rendimento associado ao trabalho reduzindo-se assim o número de indivíduos dependentes de benefícios sociais.

Não é apenas a deterioração da saúde dos indivíduos que os impede de trabalhar, mas também a dos seus familiares. Os cuidados informais são uma prática generalizada na Europa, alguns estudos sugerem que a participação no mercado de trabalho reduz-se significativamente quando os filhos têm de cuidar dos pais, mais especificamente os cuidados informais a idosos contribui para a redução da participação das mulheres de meia-idade no mercado de trabalho.

A falta de indicadores agregados comparáveis tem impedido os investigadores de estabelecerem uma ligação clara e quantificável entre o estado de saúde da população e o crescimento económico. É importante referir que a ligação entre estado de saúde e crescimento económico não é simples nem linear, e que existem redundâncias, nomeadamente na educação, participação no mercado de trabalho e crescimento económico, que podem também contribuir para a saúde dos indivíduos.

¹ World Health Organization (WHO).

² *The 2009 Ageing Report*.

O sector da saúde distingue-se dos restantes sectores pela elevada proporção de trabalhadores qualificados, um padrão que se tem cada vez mais acentuado ao longo do tempo, é igualmente caracterizado pela expansão de novas tecnologias e novas técnicas complexas de tratamentos e, contrariamente ao que se observa em muitos outros sectores, é dominado por trabalhadores do sexo feminino.

Em 2009, o emprego no sector da saúde representava cerca de 6,7%³ do total da população empregada, ligeiramente abaixo da média da UE, tendo um impacto significativo no total de emprego da economia.

4. Evolução do Sistema de Saúde

Os serviços de saúde, em Portugal, sofreram mutações ao longo do tempo, acompanhando os conceitos sociais, religiosos e políticos, de forma a dar resposta às patologias associadas às diferentes épocas. Até à designada “Reforma de Gonçalves Ferreira” (1971), a prestação de cuidados de saúde era, sobretudo, de natureza privada, havendo, contudo cuidados mínimos de saúde prestados aos pobres pelas Misericórdias, isto é, hospitais das obras de caridade religiosas. Só a partir desta data é que se reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política integrada de saúde.

O Sistema de Saúde Português até 1974

Durante os séculos XVIII e XIX assistiram-se inúmeras alterações nos serviços de saúde, com a contratação de médicos assalariados encarregues pela saúde pública e estabelecimento de hospitais públicos, que complementassem os cuidados já prestados pelas Misericórdias, assim como a fundação de hospitais escola. Em 1901, regulamentou-se a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, entrando em vigor em 1903. Em 1945, aprova-se a lei que regulamenta os cuidados de maternidade, saúde infantil, tuberculose, lepra e saúde mental.

A prestação de serviços de saúde sofreu uma nova alteração, em 1946, ano da aprovação da primeira lei de segurança social. Estabeleceu-se um sistema de cuidados de saúde com características “beveridgeano”, onde a população empregada e seus dependentes, primeiramente abrangendo somente os trabalhadores do sector indústria, sendo expandido mais tarde para outros sectores de actividade, recebiam cuidados de saúde pagos através de fundos de segurança social e de beneficência. O fundo era financiado por contribuições obrigatórias, tanto dos empregados como dos empregadores.

Apenas em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência (igualmente conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”) se reconheceu o direito à saúde de todos os cidadãos competindo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária tutelada pelo Ministério da Saúde. Esta reforma permitiu a integração das actividades de saúde, que consistiam em numerosos pequenos subsistemas autónomos e não coordenados, a introdução da noção de planeamento central e de descentralização na execução, possibilitando a dinamização dos serviços locais e, sobretudo, o aumento da eficiência dos recursos usados, surgindo, assim, o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Sistema de Saúde Português entre 1974 e 1990

Com a Revolução em 1974, a política de saúde sofreu uma mudança, iniciando-se um processo de reorganização dos serviços de saúde, conhecidos como Serviços Médico-Sociais. Foi consagrado na Constituição da República, em 1976, o princípio do direito do cidadão à saúde, com a criação de “um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”⁴. Posteriormente, em 1979 reuniram-se as condições necessárias à criação do SNS, onde o Estado seria responsável por atestar que todos os cidadãos teriam iguais direitos no que concerne à protecção e acesso a cuidados de saúde gratuitos e universais, independentemente do seu estatuto económico e social, sendo este sistema financiado por impostos, usufruindo

³ EUROSTAT e cálculos efectuados pela Comissão Europeia.

⁴ Posteriormente, em 1989, com a revisão da Constituição o termo gratuito foi substituído para tendencialmente gratuito, permitindo desta forma a existência de co-pagamentos.

de autonomia financeira e administrativa. Estes cuidados de saúde incluem cuidados de saúde integrados, vigilância da saúde, diagnóstico e tratamento de doentes, prevenção de doenças e reabilitação médica e social.

Os princípios formulados na lei referiam a centralização do SNS, com gestão descentralizada, concentrando, também, os serviços de saúde públicos e os serviços fornecidos pela previdência social, que permitiam o pagamento dos subsídios monetários e outros serviços sociais pelo sistema geral da Segurança Social. O SNS foi organizacionalmente estruturado de forma descentralizada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde diferenciados. Adicionalmente, dispunha também de apoio por parte das actividades de ensino, com o objectivo de formar e aperfeiçoar técnicas dos profissionais de saúde.

Não obstante o desenvolvimento do sistema unificado de cuidados de saúde, algumas características do sistema pré-SNS permaneceram. Embora se tenha assegurado a universalidade, os subsistemas de saúde, que não foram integrados no SNS, continuaram a cobrir um conjunto de funcionários (especialmente bancários e funcionários públicos), concedendo mais opções quanto à escolha do prestador e um nível de reembolso significativo quando os doentes recorrem a prestadores privados, comparativamente ao SNS. Consequentemente, as famílias cobertas pelos subsistemas possuíam de um dupla cobertura, originando desigualdades no acesso.

O Sistema de Saúde Português após 1990

Desde a criação do SNS até hoje, tem-se assistido a diversas reformas no sistema de saúde, tentando acompanhar a evolução, necessidades e expectativas das sociedades. Contudo, a partir de 1990, existiram três alterações relevantes as quais passamos a descrever. Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde, a qual veio estabelecer novos princípios de organização e funcionamento do sistema de saúde e, em 1993, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde onde consta o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, publicando o Estatuto do SNS de forma a aplicar as alterações introduzidas pela Lei de bases e, desta forma superar a dualidade entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde visam possibilitar a articulação entre grupos de centros de saúde e hospitais, procurando-se uma gestão de recursos mais eficaz para os destinatários. No final da década de 90, mais propriamente em 1999, definiu-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS). Os SLS formam um conjunto de recursos articulados (nomeadamente grupos hospitalares ou centros de saúde de uma mesma região) baseados na complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Mais recentemente, em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), introduziram-se alterações substanciais na Lei de Bases da Saúde. Definiu-se um novo modelo de gestão hospitalar, que abrange os estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Cuidados de Saúde, para um modelo de gestão de tipo empresarial (EPE).

5. Caracterização do Actual Sistema de Saúde

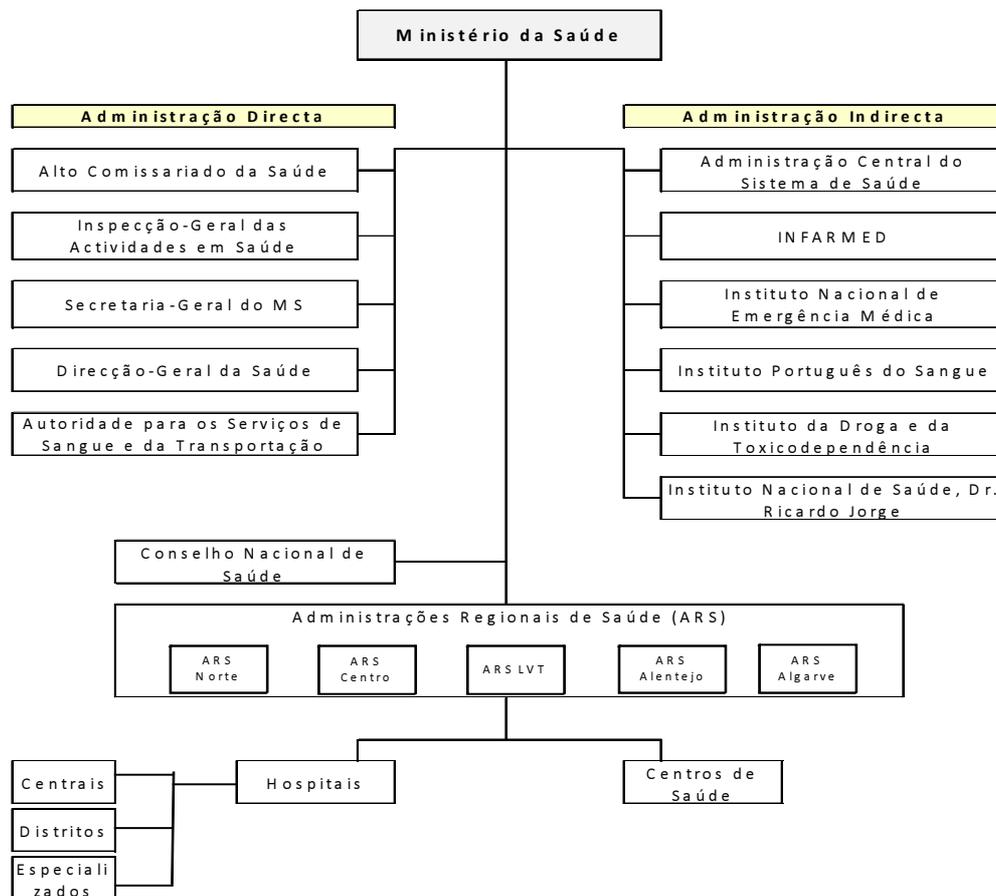
O sistema de saúde português é, desde 1979, baseado no SNS, podendo ser caracterizado como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, com custos reduzidos para o utente aquando da prestação do serviço e financiado por impostos e taxas moderadoras. Actualmente, o sistema de saúde português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), por seguros de saúde voluntários e privados e pelos subsistemas de saúde, sendo estes esquemas de seguro de saúde geralmente associados à actividade profissional. Os prestadores de cuidados de saúde privados possuem um papel suplementar ao SNS e não uma alternativa integral a ele, fornecendo, sobretudo, serviços de diagnóstico, terapêuticos e dentários, assim como consultas de especialidade, serviços de reabilitação e psiquiátricos.

As unidades de saúde podem ser divididas em três tipos: hospitais, que garantem cuidados de saúde como cirurgias, e consultas de diversas especialidade; centros de saúde, onde se encontram disponíveis consultas de clínica geral (médico de família) e de algumas especialidades e tratamentos de enfermagem; por último, e apenas com consultas de clínica geral (médico de família) e alguns tratamentos de enfermagem, os postos médicos.

Portugal adoptou um sistema de “gate-keeping”, os pacientes têm de recorrer a um médico de clínica geral, designado por médico de família, para uma primeira avaliação e, quando necessário, enviado ao especialista. Estes profissionais de saúde prestam os cuidados primários necessários e emitem pareceres indispensáveis para o acesso aos restantes níveis de cuidados designadamente para as consultas de especialidade.

O Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das políticas nacionais de saúde, nomeadamente na regulação, organização e gestão global do Serviço Nacional de Saúde. Deve, igualmente, supervisionar e avaliar a política de saúde, coordenando as acções ligadas à saúde com os restantes Ministérios, particularmente com os Ministérios da Educação e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Estes últimos Ministérios são relevantes na estrutura organizacional e processo de decisão do SNS, no que respeita à formação médica e dos restantes profissionais de saúde e pagamentos a instituições sociais que prestam principalmente serviços a jovens, deficientes e idosos.

Figura 1. Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: *Health Systems in Transition*, Portugal – Retrato do Sistema de Saúde (2007).

De acordo com o organograma apresentado na publicação “*Health Systems in Transition*”, Portugal – Retrato do Sistema de Saúde, o Ministério da Saúde é constituído por diversas instituições, umas sob administração directa da Estado (dirigidos pelo Ministério da Saúde, através de uma relação hierárquica), outras sob administração indirecta do Estado, algumas tendo o estatuto de empresa pública e um corpo consultivo. A Entidade Reguladora da Saúde é independente no exercício das suas funções, cuja principal função é regular e supervisionar o sector de prestação de cuidados de saúde. Contudo no que respeita ao seu financiamento, depende maioritariamente de transferências provenientes do Ministério da Saúde.

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) têm a responsabilidade de planeamento, afectação de fundos, execução dos objectivos da política nacional de saúde, gestão dos recursos humanos, fornecimento de apoio técnico e administrativo às unidades de saúde e supervisionar e avaliar a desempenho das unidades de saúde.

O Ministério das Finanças e da Administração Pública (MFAP) também faz parte da estrutura administrativa do SNS, pois é necessário haver uma autorização do MFAP para a criação de novos postos de trabalho e é também responsável pela elaboração do Orçamento do Estado, onde inclui o orçamento anual do SNS, baseado numa proposta submetida pelo Ministério da Saúde.

Existem esquemas de seguros privados e públicos para determinadas profissões, denominados como subsistemas de saúde. Os principais subsistemas de saúde em Portugal são:

- ADSE, no sector público, que desde 2005 tem recebido beneficiários de outros subsistemas devido à convergência para um menor número de subsistemas;
- Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS), no sector privado, dirigido para funcionários da operadora telefónica e para os funcionários dos correios; e
- Serviços de Assistência Médico-social (SAMS), igualmente pertencente ao sector privado, destinam-se aos funcionários bancários e do sector dos seguros associados, determinados pelos sindicatos numa base regional.

Os subsistemas de saúde, assim como os seguros privados, concedem uma cobertura suplementar relativamente à fornecida pelo SNS, originando dupla cobertura, desigualdades no acesso a cuidados de saúde, quando comparados com os utentes exclusivos do SNS. De acordo com os dados mais recentes publicados pela ADSE⁵, em 2009, o subsistema de saúde dos funcionários públicos, ADSE, abrangia 12,7% da população total residente.

Relativamente à sua gestão, o SNS é, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, controlado centralmente, mas com gestão descentralizada, isto é, gerido pelas cinco Administrações Regionais de Saúde. Acordou-se que cada ARS receberia um orçamento, mediante as necessidades da população, para usar na prestação de serviços de saúde. No entanto, na prática, a autonomia das ARS na afectação de orçamentos tem sido limitada aos cuidados primários, uma vez que os orçamentos dos hospitais continuam a ser definidos e distribuídos pela autoridade central.

6. Financiamento

O financiamento do sistema de saúde português é feito através de uma combinação de recursos públicos e privados, tal como observado para a maioria dos países da UE. O SNS é fundamentalmente financiado através da tributação geral e contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde. Os subsistemas de saúde são, maioritariamente, financiados pelas contribuições efectuadas pelos empregadores, incluindo o Estado, e pelos empregados. As formas de financiamento privadas têm um peso significativo e consistem em pagamentos directos e co-pagamentos efectuados pelos pacientes e os prémios de seguros voluntários de saúde.

Em 2006, 71,7%⁶ do total de financiamento da despesa em saúde proveio do Estado (financiado maioritariamente através de impostos), e o remanescente, sob a forma de co-pagamentos, seguros de saúde privados, entre outros, foram responsáveis por 28,3%⁷ do financiamento.

⁵ <http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=352&IdMasterCat=351&MenuLevel=2>.

⁶ Cálculos efectuados com dados retirados da *OECD Health Data* 2010.

⁷ Cálculos efectuados com dados retirados da *OECD Health Data* 2010.

Quadro 3. Despesa em saúde por agente de financiamento

(% PIB)	2002	2003	2004	2005	2006
Despesa Pública em Saúde	6,5	7,1	7,2	7,3	7,1
Esquemas da Segurança Social	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Despesa Privada em Saúde	2,5	2,6	2,8	2,9	2,8
Co-pagamentos	2,0	2,0	2,2	2,3	2,3
Total	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9

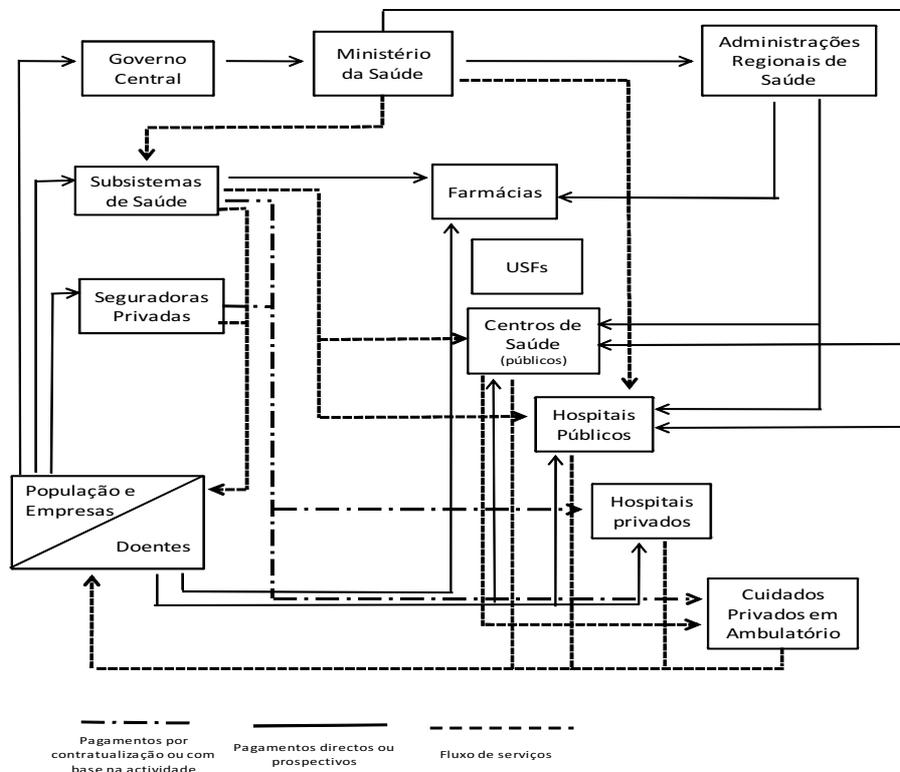
Fonte: *OECD Health Data 2010*.

Para além do montante estabelecido no orçamento anual para financiamento, o SNS possui ainda receitas próprias, geradas na sua maioria pelos hospitais (donativos, pagamentos de quartos privados, pagamentos de beneficiários de subsistemas de saúde e seguradoras privadas, etc). Para além destas receitas, existem as taxas moderadoras, que se traduzem na partilha de custos nos cuidados de saúde. Os pagamentos directos têm vindo a aumentar nos últimos anos, sobretudo no SNS, sob a forma de co-pagamentos ou taxas moderadoras dos utentes, que consistem numa quantia fixa para um determinado serviço paga pelos utilizadores. Os pagamentos directos encontram-se igualmente nos produtos farmacêuticos, cujo objectivo é influenciar a procura, diminuindo o risco moral inerente a um serviço que é gratuito e, por conseguinte, pode levar a excesso de consumo, e transferir parte do custo financeiro para os utentes.

Para além das fontes de financiamento referidas anteriormente existem ainda outras formas de obtenção de recursos como seja os seguros voluntários de saúde, os subsistemas, as fontes externas de fundos e outras fontes de financiamento como fundos de mutualidades e a rede de cuidados continuados.

Através do esquema (Figura 2) é possível perceber quais são os principais intervenientes e o modo como interagem entre si.

Figura 2. Esquema global e fluxos financeiros globais do sistema de saúde



Fonte: *Health Systems in Transition, Portugal – Retrato do Sistema de Saúde (2007)*.

Em Portugal, a porção de financiamento da saúde afecta ao sector público é superior à porção afecta ao sector privado, por esta razão as variações da despesa em saúde reflectem-se sobretudo na despesa pública em saúde. O sector privado tende a ter um carácter suplementar, focando os seus serviços em procedimentos não essenciais à vida humana (tratamentos dentários, cirurgia plástica, etc) e alguns produtos farmacêuticos.

7. Evolução da Despesa em Saúde

Diversas comparações internacionais têm sido elaboradas com o objectivo de comparar as despesas de saúde e, conseqüentemente, comparar o desempenho de sistemas e de países. Porém, analisando as acentuadas diferenças entre as despesas dos países, não é claro quais as características dos sistemas que estão na origem dessas diferenças, nem se essas diferenças têm relevância para explicar o comportamento da despesa.

Assim, as comparações internacionais⁸, debruçam-se sobre a identificação dos grandes factores que podem influenciar a despesa e, desta forma, compreender se as características de um determinado sistema de saúde contribuem ou não para o nível da despesa observado.

Em Portugal, assim como no conjunto de países que constitui a UE, a despesa em saúde constitui cada vez mais uma parte significativa da despesa pública e do PIB, tornando-se mais um dos factores de pressão orçamental com que os diversos Estados Membros se deparam actualmente.

De acordo com os dados⁹ publicados pela Comissão Europeia, prevê-se para Portugal um aumento em 1,9 p.p. do PIB da despesa em saúde até 2060 (7,2%¹⁰ em 2007), colocando grandes desafios no que respeita ao financiamento dos cuidados de saúde. Também os cuidados continuados irão colocar pressão nas despesas públicas, com o envelhecimento da população. As projecções apontam para um aumento da despesa pública em cuidados continuados, até 2060, de 1,1 p.p. para o conjunto da UE e de 0,1 p.p. no caso de Portugal (0,1%¹¹ em 2007).

Quadro 4. Projecções da despesa pública relacionada com o envelhecimento
% e p. p. (variação) do PIB

	Pensões		Saúde		Cuidados Continuados		Desemprego		Educação		Total	
	Variação		Variação		Variação		Variação		Variação		Variação	
	2007	2007-60	2007	2007-60	2007	2007-60	2007	2007-60	2007	2007-60	2007	2007-60
Portugal	11,4	2,1	7,2	1,9	0,1	0,1	1,2	-0,4	4,6	-0,3	24,5	3,4
União Europeia	10,2	2,4	6,7	1,5	1,2	1,1	0,8	-0,2	4,3	-0,3	23,1	4,7
Área do euro	11,1	2,8	6,7	1,4	1,3	1,4	1,0	-0,2	4,2	-0,3	24,3	5,2

Fonte: *The 2009 Ageing Report*.

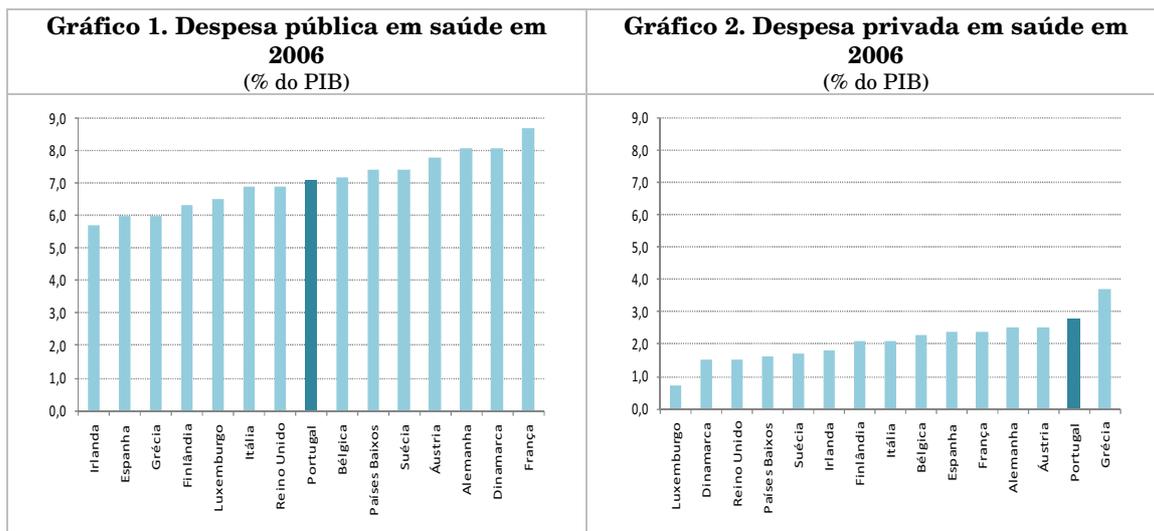
Em 2007, as despesas em saúde situavam-se em 7,2% do PIB, ligeiramente acima da média da área do euro e do conjunto da UE.

⁸ As comparações internacionais têm limitações metodológicas, nomeadamente ao nível da informação estatística e de diferenças conceptuais entre países. Esta é a principal razão para que ao longo deste estudo os dados usados tenham sido da OCDE e da Comissão Europeia, cujas bases de dados diminuem estas limitações

⁹ *The 2009 Ageing Report*.

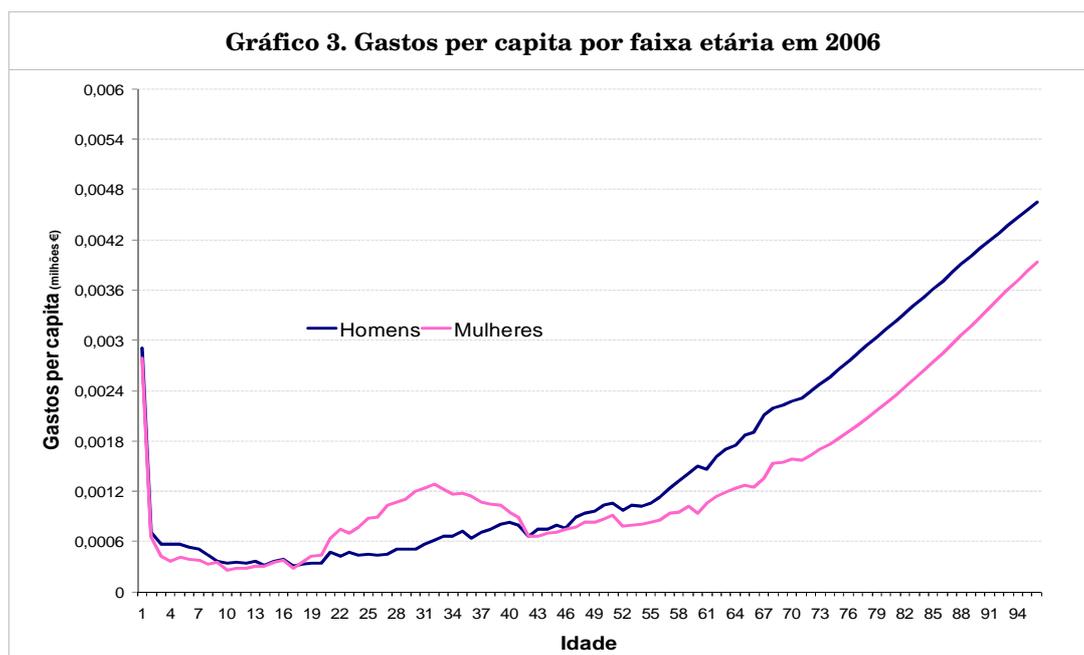
¹⁰ Assume o valor de 2007 igual a 2006, pois a *OECD Health Data 2010* apenas tem dados até 2006 para Portugal.

¹¹ Assume o valor de 2007 igual a 2006, pois a *OECD Health Data 2010* apenas tem dados até 2006 para Portugal.



Fonte: OECD Health Data 2010.

A necessidade de cuidados de saúde é determinada pelo estado de saúde da população, que é fortemente correlacionada, mas não totalmente dependente, com a média de idades da população. A relação entre a idade de um indivíduo e a sua procura por cuidados de saúde é bem representada pelos gastos per capita por faixa etária (Gráfico 3).

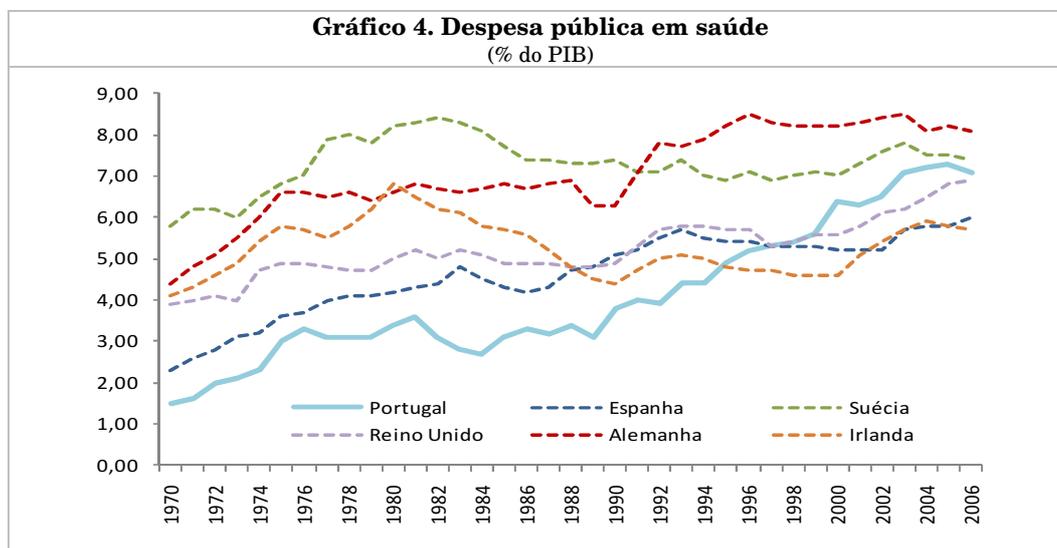


Fontes: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e GPEARI.

O gráfico 3 mostra a despesa pública média afectada aos cuidados de saúde para os diferentes níveis etários em Portugal. A despesa aumenta geralmente com o aumento da idade da pessoa e justificado pelo aumento da probabilidade de invalidez e de dependência.

Ao longo das últimas décadas a despesa em saúde tem evidenciado um crescimento rápido, tanto em Portugal como em outros Estados da UE (Gráfico 4). Em Portugal, a despesa em saúde apresenta um crescimento acentuado na década de

80, com a criação do SNS e cobertura universal da população, seguida por um período mais estável no crescimento da despesa. A partir da década de 90, constata-se novamente uma aceleração, muito devido aos avanços tecnológicos, novas terapêuticas e métodos de diagnóstico, que em muito contribuíram para o crescimento da despesa.



Fonte: OECD Health Data 2010.

A despesa total em saúde tem vindo a aumentar, ao longo das duas últimas décadas, particularmente, a despesa pública em saúde. Portugal insere-se, presentemente, no grupo de países com maior despesa em saúde em percentagem do PIB na UE.

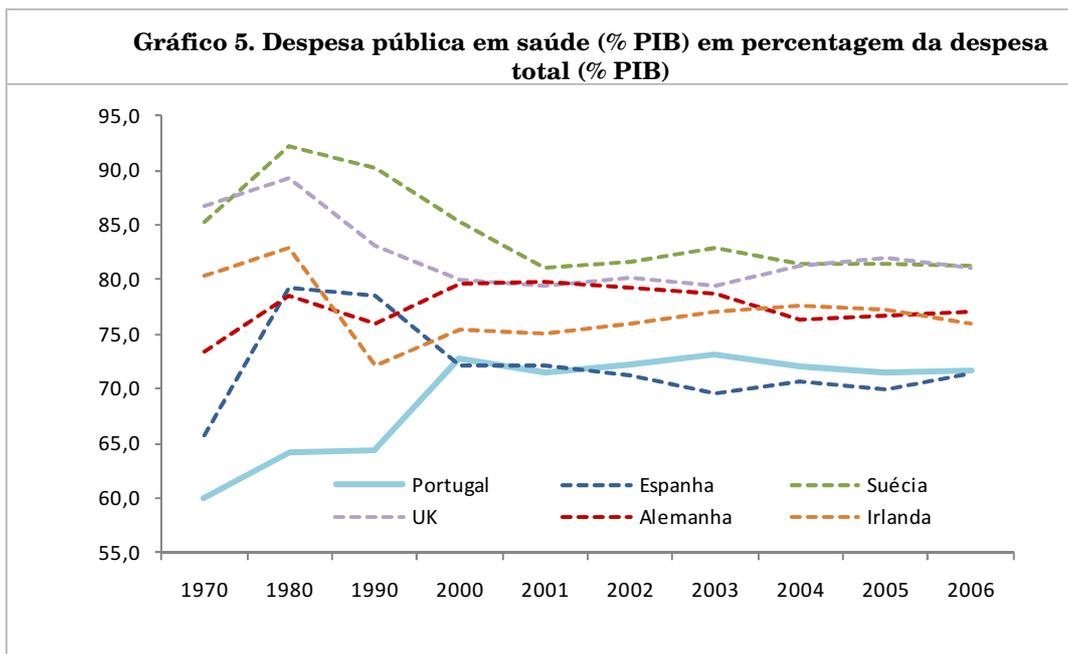
Quadro 5. Despesa pública per capita em US\$ PPC

	1970	1980	1990	2000	2005	2006
Alemanha	195	761	1.344	2.130	2.577	2.661
Irlanda	95	419	566	1.328	2.241	2.362
Espanha	62	289	685	1.101	1.601	1.766
França	146	533	1.107	2.027	2.620	2.685
Áustria	124	540	1.191	2.199	2.644	2.758
Portugal	28	178	411	1.097	1.507	1.539
Finlândia	136	450	1.103	1.318	1.903	2.023
Suécia	267	872	1.431	1.941	2.415	2.539

Fonte: OECD Health Data 2010.

No entanto, analisando a despesa per capita, constata-se o oposto, Portugal apresenta um dos valores mais baixos (Quadro 5).

As taxas de crescimento com a despesa pública têm diminuído. Observando o comportamento do rácio da despesa pública em percentagem da despesa total, constata-se que até à década de 2000, assistiu-se a uma maior volatilidade do mesmo, porém a partir desta data têm-se mantido constante, embora a despesa tenha vindo a aumentar (Gráfico 5).



Fonte: *OECD Health Data 2010*.

Factores que Influenciam o Crescimento da Despesa

A procura de saúde e de cuidados de saúde, embora resultem de uma escolha do indivíduo é resultante de um processo de escolha (individual), influenciado por diversos factores como a educação, rendimento, comportamentos e hábitos do indivíduo, etc. Por outro lado, o mercado da oferta de cuidados de saúde é caracterizado por uma relação económica invulgar, pois os médicos são fornecedores e, simultaneamente, agentes que transformam a procura de saúde em procura de cuidados de saúde. Da interacção entre a procura e a oferta de cuidados de saúde não resulta um equilíbrio directo, observado na análise microeconómica, é necessário recorrer a mecanismos que permitam repor o equilíbrio.

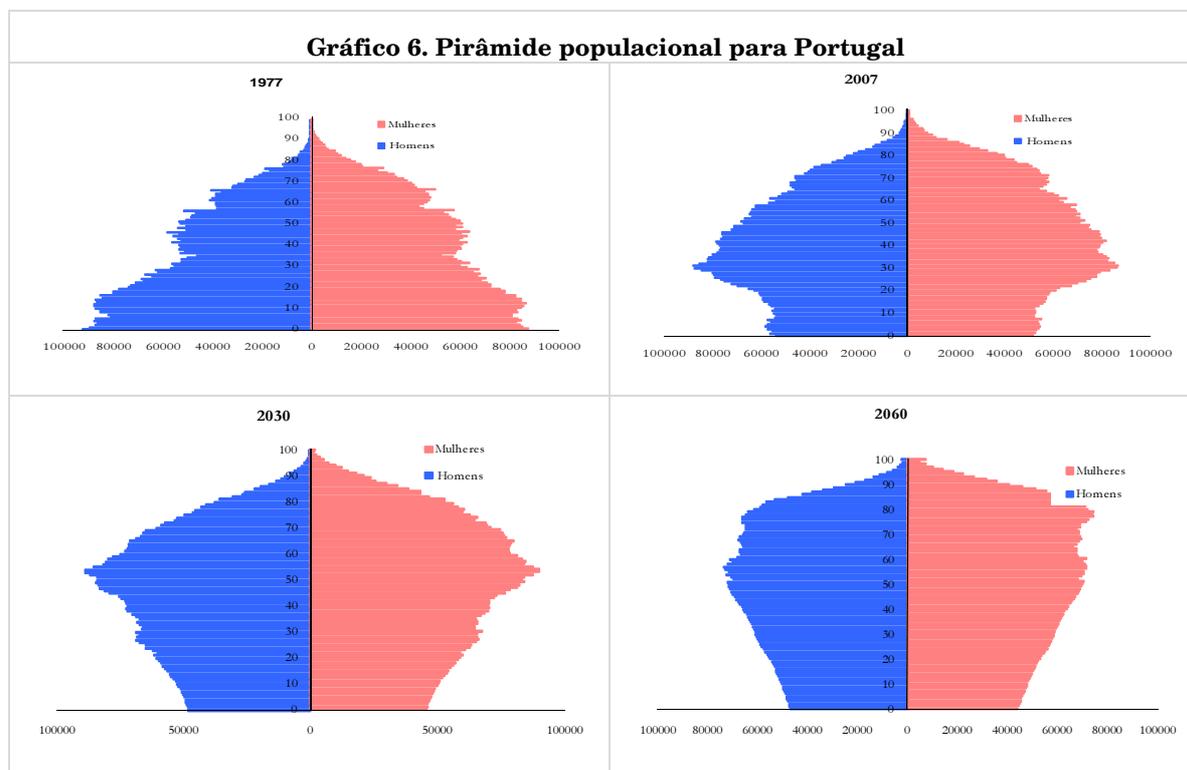
Ainda associada a este processo encontra-se a incerteza. A incerteza no que respeita à necessidade de cuidados de saúde, quanto aos custos desses cuidados, quanto ao estado de saúde, tratamento adequado, etc. O estudo realizado por Arrow, em 1963, permitiu-lhe concluir que o sector da saúde está envolto num nível tal de incerteza que não haveria possibilidade de surgirem de forma natural mercados de seguro de saúde que cobrissem todos os riscos presentes no sector. Este raciocínio é facilmente suportado pela violação de uma regra económica elementar, em que o valor de uma transacção deve ser determinado pelo equilíbrio entre a procura e a oferta, ou seja, pelo valor que os consumidores pagam aos fornecedores. No entanto, com o seguro de saúde, quem paga o bem ou serviço pode não ser o beneficiário do mesmo, esta pequena diferença origina uma afectação de recursos completamente diferente. Outra consequência resultante da incerteza e presente no sector da saúde é a possibilidade de assimetrias da informação (tema estudado por Akerlof em 1970) entre agentes económicos afectando o equilíbrio de mercado.

Os principais factores do lado da procura que afectam a procura dos bens e cuidados de saúde são: estrutura demográfica da população, desenvolvimento do estado da saúde e o rendimento.

- Estrutura demográfica da população:

Os investigadores são praticamente unânimes quanto à afirmação que a esperança média de vida tem tendência para aumentar em todo o mundo. Com as perspectivas de aumento da esperança média de vida da população, juntamente com as baixas taxas de fertilidade, perspectiva-se um aumento da percentagem de pessoas idosas na população.

A procura global de cuidados de saúde depende do número de pessoas com necessidade de cuidados médicos. Por sua vez, a necessidade de cuidados de saúde é determinada pelo estado de saúde da população, que está correlacionado com a percentagem de idosos no total da população. Indivíduos com idades mais avançadas tendem a desenvolver mais padrões de doenças crónicas, invalidez e dependência, necessitando de mais cuidados durante um período de tempo superior. Assim, de acordo com estudos publicados pela OCDE¹² e pela Comissão Europeia¹³, pode-se considerar o envelhecimento da população como um dos factores que influenciam o crescimento da despesa em saúde.



Relacionando a diminuição da taxa de fertilidade e o aumento da esperança média de vida da população, como é visível nos gráficos anteriores, com a informação retirada do Gráfico 3, cujas faixas etárias mais elevadas têm associadas gastos per capita superiores, é possível encontrar parte da justificação para o aumento das despesas com saúde.

- Desenvolvimento do estado da saúde

As alterações da estrutura demográfica da população são relativamente fáceis de analisar, através das tendências observáveis das taxas de fertilidade e de mortalidade e ainda dos fluxos migratórios. Porém, prever a evolução do estado de saúde da população é um exercício mais complexo. Para avaliar se uma população é mais ou menos saudável é necessário ter uma medida de saúde e normalmente não existe apenas um indicador que forneça esta medida, mas sim vários. De acordo com os indicadores definidos pela Comissão Europeia para comparação e evolução dos sistemas de saúde europeus, consideram-se a mortalidade infantil, número de infectados por HIV, acidentes rodoviários, índice de vacinação

¹² OECD, 2006, "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: What are the Main Drivers?" Economics Department Working Papers No. 477, OECD – Paris.

¹³ The 2009 Ageing Report e Joint Report on Health Systems (2010).

de crianças, entre outros. A OCDE publica anualmente o estudo “*Health at a Glance*”¹⁴, onde consta uma análise detalhada do estado de saúde da população de 31 países.

- **Rendimento**

Outro factor importante que afecta o nível de despesa em saúde é o nível de rendimento. A correlação entre o nível de rendimento e montantes gastos em cuidados de saúde é observável, tanto a nível individual como nacional, embora o mecanismo de transição funcione de uma forma ligeiramente diferente e a elasticidade de cuidados de saúde em relação ao rendimento dependa da estrutura do sistema de saúde de cada país. O estudo elaborado por Newhouse (1977) procurou demonstrar que o rendimento era um factor determinante para a explicação da evolução da despesa em saúde. Os resultados demonstraram que o rendimento é o factor mais relevante na explicação dos gastos com saúde e a elasticidade rendimento das despesas com saúde é superior a 1. Posteriormente, em 1992, aprofundou a análise sobre os determinantes do crescimento das despesas em saúde, ao desagregar em várias componentes as despesas com saúde. O estudo incidiu sobre a despesa médica per capita nos EUA. Os determinantes estudados foram o envelhecimento da população, a cobertura do seguro, o rendimento real, a indução da procura e a produtividade dos factores (também conhecida como a doença de Baumol). Concluiu que, somados os efeitos de todos os determinantes apenas conseguia explicar cerca de 50% do crescimento da despesa em saúde. O remanescente seria explicado pelo progresso tecnológico (aparecimento de novas terapêuticas e novas tecnologias).

Do lado da oferta, um grande número factores interagem para determinar a quantidade de cuidados de saúde fornecida à população em resposta às suas necessidades. Os principais factores estão ligados à evolução tecnológica e ao progresso da medicina. Os factores do lado da oferta são: desenvolvimento tecnológico e capital físico e humano.

- **Desenvolvimento tecnológico**

O desenvolvimento tecnológico é, unanimemente, considerado como o factor principal do crescimento da despesa em saúde. Estudos empíricos sugerem que o aumento significativo na despesa em saúde, observada nas últimas décadas, não pode inteiramente ser explicado por mudanças demográficas ou epidemiológicas, ou simplesmente pelo crescimento no bem-estar global. Este “gap” é, supostamente, preenchido pela tecnologia que, de acordo com estudos realizados por Newhouse 1992 e Cutler 1995, responsabilizam a tecnologia por um aumento da despesa entre os 50% e os 75%. Actualmente, pelo facto do sector da saúde ser um sector cada vez menos trabalho intensivo, pode implicar que no futuro o crescimento das despesas em saúde sejam superiores.

De acordo com um exercício econométrico feito pela Comissão Europeia¹⁵, quase 2 p.p. (pontos percentuais) do acréscimo da despesa pública em saúde per capita, observado nas últimas décadas, pode ser atribuído a factores não demográficos e não relacionados com o rendimento. Considerando que as políticas inerentes à saúde se mantiveram inalteradas, pode-se afirmar que este aumento se deve aos avanços médicos e tecnológicos.

- **Capital físico e humano**

Igualmente problemática é a questão dos recursos humanos e do capital físico associados ao sector da saúde, que são, na sua maioria, determinadas por decisões políticas, condicionadas frequentemente por restrições orçamentais. Estas decisões políticas podem afectar o número de profissionais afectos aos serviços (limites qualitativos e exigências qualitativas, como por exemplo no acesso às Faculdades de Medicina, etc.). Diversos estudos tentaram estabelecer uma correlação estatística entre a dimensão das equipas médicas e a despesa em saúde, contudo os resultados não foram conclusivos, não permitindo, desta forma, efectuar recomendações de política.

¹⁴ Publicação mais recente: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf.

¹⁵ *The 2009 Ageing Report*.

8. Conclusão

O sistema de saúde português sofreu ao longo dos anos diversas reformas no sentido de melhorar o sistema e acompanhar as necessidades da população. Mais recentemente, tem-se assistido à tomada de medidas que vão ao encontro de um maior rigor impostas pelas restrições orçamentais e implementado um conjunto de novas medidas de contenção da despesa e políticas que visam o aumento de eficiência de modo a controlar a despesa no sector

A saúde desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos países no campo económico e social. Numa perspectiva mais económica, a saúde da população exerce influência nos níveis de produtividade e no desenvolvimento educacional, factores que contribuem para os níveis de crescimento económico do país.

Nos últimos anos, a despesa pública em saúde, medida em percentagem do PIB, em Portugal tem vindo a aumentar acompanhando a tendência de crescimento observada nos restantes países da UE. Como consequência da crise económica, assistiu-se à deterioração das contas públicas na maioria dos Estados Membros obrigando à implementação de medidas de natureza estrutural com o objectivo de controlar a despesa. O sector da saúde tem sido alvo de reformas as quais têm, contribuído para a melhoria do estado de saúde da população portuguesa. Mais recentemente, as reformas têm-se direccionado para o melhor aproveitamento dos recursos usados no sector, reflectindo a crescente preocupação de ajustamento dos recursos financeiros existentes.

Nas próximas décadas, o desafio dos Governos passa por encontrarem o equilíbrio entre a necessidade de prestar cuidados de qualidade aos cidadãos com a crescente procura de cuidados de saúde, envelhecimento da população e desenvolvimentos tecnológicos, todas constituindo fontes de pressão financeira para o sistema.

Bibliografia:

- Akerlof, G., (1970), *"The Market of Lemons"*, Quarterly Journal of Economics.
- Arrow, K., (1963), *"Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care"*, American Economic Review.
- Barros, P.P., (2006), *"Economia da Saúde – conceitos e comportamentos"*, Livraria Almedina, Coimbra.
- Campos, A.C., (2002), *"Despesa e Défice na Saúde: o percurso financeiro de uma política pública"*, Análise Social.
- Campos, A.C., (2008), *"Reformas da Saúde – o fio condutor"*, Livraria Almedina, Coimbra.
- Economic Policy Committee and European Commission, (2009), *"The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)"*, European Economy, No. 2/2009, European Commission.
- Economic Policy Committee and European Commission, (2010), *"Joint Report on Health Systems"*, Occasional Papers, No. 74, European Commission and Economic Policy Committee (AWG).
- Grossman, M., (1972), *"The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation"*, NBER.
- Newhouse, J.P., (1992), *"Medical Care Costs – how much welfare loss?"*, Journal of Economic Perspectives.
- OECD, (2010), *OECD Health Data*, OECD – Paris.
- OECD, (2010), *"Health at a Glance Europe 2010"*, OECD – Paris.
- OECD, (2009), *"Health at a Glance 2009"*, OECD – Paris.

OECD, (2010), *“OECD Health Data 2010: Statistics and indicators”*, OECD – Paris.

OECD, (2004), *“The Reform of the Health Care System in Portugal”*, Economics Department Working Papers No. 405, OECD – Paris.

OECD, (2009), *“Policies for Healthy Ageing: An Overview”*, Health Working Papers No. 42, OECD – Paris.

Pinto, C.G. e Oliveira, M., *“The Portuguese Health Care System: Current Organization and Perspectives for Reform”*.

Pinto, C.G. e Oliveira, M., (2005), *“Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience”*, Health Economics, Health Econ. 14: S203 – 220.

Simões, J. e Barros, P.P., (2007), *“Portugal – Retrato do Sistema de Saúde”*, Vol. 9 No. 5, European Observatory on Health Systems and Policies.

Simões, J., (2010), *“30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado”*, Livraria Almedina, Coimbra.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (<http://www.acss.min-saude.pt>).

Direcção-Geral da Saúde (www.dgs.pt).

Ministério da Saúde (www.portaldasaude.pt).