

Sistemas de Saúde

Publicação Ocasional do CFP n.º 1/2018

Gisele Teixeira Braun

Luís Gomes Centeno

Dezembro de 2018

A série "Publicação Ocasional" divulga textos esporádicos sobre qualquer tema relacionado com a missão e as atribuições do Conselho das Finanças Públicas. Trata-se de trabalhos aprovados pelo Conselho Superior e assinados pelos autores.

Índice geral

1	INTRODUÇÃO	2
2	CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	3
2.1	COBERTURA DE RISCO	3
2.2	ORGANIZAÇÃO DA OFERTA (PROVISÃO)	4
2.3	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	5
2.4	OUTRAS CARACTERÍSTICAS	7
2.4.1	<i>Copagamento e reembolso</i>	7
2.4.2	<i>Controlo do acesso</i>	9
2.4.3	<i>Escolha dos utentes</i>	9
3	SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	11
3.1	CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	11
3.2	INDICADORES-CHAVE	14
3.3	FINANCIAMENTO	18
	REFERÊNCIAS	25

Índice de quadros

Quadro 1	- Cuidados de saúde primários – cobertura, forma de adesão principal	4
Quadro 2	- Cuidados de saúde primários – provisão, tipo de organização principal	5
Quadro 3	- Cuidados de saúde primários e especializados – natureza do prestador principal	5
Quadro 4	- Internamento hospitalar, método de pagamento principal	6
Quadro 5	- Copagamentos e reembolso na organização principal	8
Quadro 6	- Controlo do acesso na organização principal	10
Quadro 7	- Liberdade de escolha do prestador na organização principal	10

Índice de gráficos

Gráfico 1	- Características dos sistemas de seguros de saúde predominantes	14
Gráfico 2	- Esperança de vida à nascença	15
Gráfico 3	- Esperança de vida aos 65 anos	16
Gráfico 4	- Esperança de vida saudável aos 65 anos	17
Gráfico 5	- Taxa de mortalidade	18
Gráfico 6	- Despesa corrente em saúde per capita (preços correntes)	19
Gráfico 7	- Despesa corrente em saúde (% do PIB)	20
Gráfico 8	- Despesa corrente em saúde (%)	22

Índice de figuras

Figura 1	- Visão geral do sistema de saúde em Portugal	12
----------	---	----

1 Introdução

O sector da saúde ocupa um espaço cada vez maior na economia dos países desenvolvidos, quer em termos de consumo de recursos globais, quer em termos de despesa pública. O progresso concretizado na generalidade desses países no sentido do acesso universal a cuidados de saúde, a evolução tecnológica e o envelhecimento das populações explicam fundamentalmente essa evolução.

Individualmente, a incerteza relativa ao momento e ao montante da despesa em cuidados de saúde e, socialmente, as externalidades positivas associadas aos cuidados de saúde justificam a existência de sistemas de transferência de risco, assim como a participação do Estado no seu financiamento.

Os sistemas de saúde são complexos, envolvem agentes com objetivos distintos e implicam a tomada de decisão em contextos de informação geralmente assimétrica. De acordo com a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000):

“Um sistema de saúde genérico é composto pelas pessoas, instituições e recursos, organizados em conjunto com as políticas estabelecidas para melhorar a saúde da população que servem, respondendo às expectativas legítimas das pessoas e protegendo-as contra o custo da doença, através de atividades cuja intenção principal é melhorar a saúde.”

Embora seja muito difícil, se não impossível, encontrar sistemas de saúde idênticos em diferentes países, é possível classificá-los por grandes grupos de características. Não há evidência na literatura que permita concluir definitivamente quanto à superioridade de um sistema de saúde sobre outro, apesar de ser cada vez mais comum a existência de avaliações dos sistemas de saúde e a consequente atribuição de um valor. Estas avaliações caracterizam-se, no entanto, por algum grau de arbitrariedade na seleção e ponderação dos elementos a serem avaliados (OMS, 2000; Health Consumer Powerhouse, 2018).

Os sistemas de saúde estabelecidos nos diferentes países resultam da interação de um conjunto de elementos, especialmente nos âmbitos da população coberta e dos serviços incluídos, das fontes de financiamento e disponibilização dos recursos, bem como da organização da oferta e prestação dos serviços. O modo de financiamento e o tipo de provisão são características importantes que os diferenciam e que, em ambos os casos, percorrem uma escala ampla: desde o predominantemente público ao predominantemente privado. Todos têm associada uma componente assistencial tanto mais relevante quanto menor a abrangência da componente pública.

Esta publicação descreve, na secção 2, os principais elementos que caracterizam um sistema de saúde e compara as características do sistema existente em Portugal com um conjunto de sistemas de saúde alternativos. Na secção 3, faz-se uma descrição mais detalhada do modelo vigente em Portugal, dos seus indicadores-chave de desempenho e dos recursos financeiros alocados ao seu funcionamento.

2 Caracterização dos sistemas de saúde

Esta secção apresenta as características fundamentais de um sistema de saúde, analisando também os sistemas existentes em diferentes Estados-Membros da OCDE. As informações utilizadas foram extraídas da base de dados *Health System Characteristics*, um resultado do projeto [Health Systems Characteristics Survey](#), desenvolvido pela OCDE, que, até ao momento, possui informação relativa aos anos de 2009, 2012 e 2016.¹

2.1 Cobertura de risco

A transferência do risco financeiro individual para uma entidade terceira é uma característica intrínseca dos sistemas de proteção contra eventuais despesas com cuidados de saúde. Nestes sistemas, a adesão de um elevado número de pessoas com episódios de doença não correlacionados permite a diversificação do risco.

A percentagem da população que possui algum seguro contra os riscos financeiros derivados de um episódio de doença é referida como a população segurada, que tecnicamente pode assumir qualquer valor entre 0 e 100. Esta cobertura pode ser classificada consoante a forma de adesão dos beneficiários ao seguro de saúde.

A **adesão automática** aplica-se aos sistemas de saúde financiados através de impostos. Esta é a forma de adesão que está na base do modelo *Beveredgiano*, em que o Estado, assumindo o papel de segurador de saúde, também acumula a responsabilidade do financiamento, a posse das instalações de saúde e gere uma rede de prestadores de cuidados primários, hospitalares e continuados, assim como contrata os recursos necessários ao funcionamento da rede.

A **adesão obrigatória** é aquela que está associada ao pagamento de contribuições sociais ou de um prémio de risco definido para o conjunto da comunidade.² Neste modelo de seguros de saúde sociais (modelo *Bismarkiano*), as funções do Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade e no financiamento de cuidados para os excluídos dos sistemas de seguros, podendo ou não gerir uma rede hospitalar, mas sem limitar o tipo de prestadores que podem atuar no âmbito da participação pública. Em países com este tipo de seguro de saúde, geralmente observam-se pagamentos suplementares à(s) seguradora(s), financiados por impostos. Quando a obrigatoriedade da adesão não está determinada pela ocupação (empregado, desempregado, pensionista), implementam-se regras para evitar a exclusão, por parte das seguradoras, de indivíduos com risco de doença elevado.

O pagamento individual e facultativo de um prémio de risco para a contratação de um seguro individual caracteriza a **adesão voluntária**. Além das preferências dos agentes, a procura pela

¹ Países que participaram do projeto *OECD Health Committee Survey on Health Systems Characteristics*: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Polónia, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido, Estados Unidos, Costa Rica, Lituânia e África do Sul.

² Quanto maior for o número de pessoas seguradas, menor será a correlação entre os eventuais episódios de doença que possam ocorrer.

oferta privada de seguros de saúde pode derivar da existência de défices de cobertura (da população servida ou das especialidades oferecidas), dos tempos de espera verificados e da qualidade dos serviços prestados.

A classificação “**não segurada**” faz sentido nos casos em que, por defeito, existe uma cobertura supostamente universal (automática), mas que funciona de forma imperfeita. Quando o sistema não é universal, há um espaço para coberturas voluntárias. Neste contexto, a classificação de “não segurada” pode resultar de um ato de vontade do cidadão ou de incapacidade do sistema para o fazer.

A cobertura de risco para despesas financeiras derivadas da prestação de cuidados de saúde primários através de um seguro de saúde com adesão obrigatória é a mais frequentemente adotada nos Estados analisados, tendo sido identificada em 21 dos 38 países que responderam ao questionário sobre os sistemas de saúde em 2016 (Quadro 1). Além disso, foram identificados dez países onde uma parte da população, em média de dimensão reduzida, não tem qualquer cobertura.

Quadro 1 - Cuidados de saúde primários – cobertura, forma de adesão principal

Países	
Automática	Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Letônia, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido, Costa Rica, África do Sul, Estados Unidos ^(a) (32,2%), Chile (18,4%), Coreia ^(a) (3,4%)
Obrigatória	República Checa, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Países Baixos, Eslováquia ^(a) , Eslovénia, Suíça, Turquia, Áustria (99,9%), Bélgica (99%), Lituânia (99%), Japão (98,3%), Coreia ^(a) (96,6%), Estónia (95%), Costa Rica (94,7%), Luxemburgo (94,6%), Polónia (92,2%), Chile (56,8%), México (47%)
Voluntária	Eslovénia (73%), Estados Unidos ^(a) (63,9%), México (49%), África do Sul (16%), Espanha (15,6%), Luxemburgo (1,3%), Estónia (<1%)
Não-segurada	México (18%), Estados Unidos ^(a) (15,7%), Polónia (7,8%), Costa Rica (5,3%), Estónia (5%), Luxemburgo (4,1%), Japão (1,7%), Bélgica (1%), Lituânia (1%), Áustria (0,1%)

Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Notas: (a) - informação para o ano de 2012; os números entre parênteses indicam a percentagem de cobertura da população; os países para os quais não há percentagem associada têm cobertura de 100%; para Espanha, Estados Unidos, Costa Rica e África do Sul, o grau de cobertura reportado ultrapassa os 100%, sendo estes casos onde os países reportaram as formas de adesão principal e secundária.

2.2 Organização da oferta (provisão)

A OCDE identifica quatro grandes modelos de organização da oferta de cuidados de saúde primários no ano de 2016: i) **sistema nacional de saúde**, ii) **sistema local de saúde**, iii) **sistema de seguro de saúde com seguradora única** ou iv) **sistema de seguro de saúde com múltiplas seguradoras**. A designação de sistema local de saúde cobre quer sistemas estritamente locais quer sistemas regionais, de acordo com o sistema de organização administrativa do território dos diferentes Estados-Membros. No caso de sistemas de seguro de saúde com múltiplas seguradoras, estas podem ou não ser objeto de escolha por parte dos beneficiários.

Relativamente aos cuidados de saúde primários disponibilizados pela(s) seguradora(s) predominante(s) em cada país, o modelo de organização da oferta dos serviços mais frequentemente observado é o sistema nacional de saúde (Quadro 2), tendo sido identificado em 14 dos 38 países, seguido pelos sistemas de seguros com múltiplas seguradoras (12 de 38 países).

A possibilidade de escolha da entidade seguradora é facultada na maioria dos sistemas em que os seguros de saúde são oferecidos por múltiplas seguradoras, com exceção da Áustria e do Japão. Nestes países, a atribuição da seguradora de saúde está geralmente associada à profissão dos beneficiários (Paris & al., 2010). Esta característica é pertinente já que muitos dos riscos de saúde estão ligados à natureza e à duração da atividade profissional desenvolvida. Por outro lado, uma maior homogeneidade entre os segurados pode colocar em causa a eficiência e a sustentabilidade financeira do sistema, uma vez que a correlação dos riscos de doença é mais elevada.

Quadro 2 - Cuidados de saúde primários – provisão, tipo de organização principal

	Países
Nacional	Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Irlanda, Itália, Letônia, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Portugal, Espanha, Reino Unido, África do Sul
Local	Suécia
Seguradora única	Estónia, França, Grécia, Hungria ^(a) , Coreia ^(a) , Luxemburgo, Polónia, Eslovénia, Turquia, Costa Rica, Lituânia
Múltiplas seguradoras	Áustria ^(b) , Bélgica, Chile, República Checa, Alemanha, Israel, Japão ^(b) , México, Países Baixos, Eslováquia ^(a) , Suíça, Estados Unidos ^(a)

Fonte: OECD Health Systems Characteristics Survey 2016. | Notas: (a) - informação para o ano de 2012; (b) - indica que a adesão é automática, em oposição à escolha livre, que acontece nos demais países onde a provisão dos cuidados de saúde é ofertada por múltiplas seguradoras.

Quadro 3 - Cuidados de saúde primários e especializados – natureza do prestador principal

	Pública	Privada
CSP	Chile, Finlândia, Grécia, Hungria ^(a) , Islândia, Israel, Letônia, México, Polónia, Portugal, Eslovénia, Espanha, Suécia, Turquia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia, África do Sul	Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, República Checa, Dinamarca, Estónia, França, Alemanha, Irlanda, Itália, Coreia ^(a) , Luxemburgo, Países Baixos, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Suíça
CSE	Chile, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Israel, Itália, Letônia, Noruega, Polónia, Portugal, Eslovénia, Suécia, Turquia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia, África do Sul	Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, República Checa, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Islândia, Irlanda, Japão ^(a) , Coreia ^(a) , Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia ^(a) , Eslováquia ^(a) , Espanha, Suíça, Estados Unidos ^(a)

Fonte: OECD Health Systems Characteristics Survey 2016. | Notas: CSP – cuidados de saúde primários; CSE – cuidados de saúde especializados; (a) - informação para o ano de 2012; não há informação relativa aos CSP para Japão, Eslováquia e Estados Unidos.

2.3 Prestação de cuidados

A prestação dos cuidados de saúde pode ser realizada por entidades **públicas** ou **privadas**. Contudo, para fins de classificação, é necessário distinguir a realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários da que corresponde aos cuidados de saúde especializados. A prestação dos cuidados de saúde primários é mais frequentemente realizada por instituições públicas, tendo sido identificada em 18 países (Quadro 3). Para os cuidados de saúde especializados, a prestação privada é a mais frequente.

No âmbito dos cuidados prestados sob a forma de internamento hospitalar, é comum haver sistemas de saúde onde a prestação dos serviços é realizada tanto por instituições públicas, como por instituições privadas com e sem fins lucrativos. O método de pagamento adotado pela(s) seguradora(s) em cada sistema de saúde é a principal distinção, podendo ser realizado *a priori* ou *a posteriori*.

O método de pagamento do internamento hospitalar **por grupos de diagnósticos homogêneos** (GDH), também conhecido como pagamento por caso, refere-se ao pagamento de um valor pré-determinado e fixo para cada caso tratado. Este valor baseia-se em grupos de diagnósticos e custos associados, definidos em conformidade com a quantidade e tipos de procedimentos comumente requeridos para cada caso de internamento hospitalar.

O pagamento **por orçamento antecipado** implica a definição um limite global para as despesas derivadas da prestação de cuidados num período limitado, geralmente um ano fiscal. Embora muitos países tenham reportado este método, a forma efetiva de pagamento costuma ser uma combinação de orçamento antecipado com uma componente baseada no volume de serviços esperado, com o objetivo de promover o acesso e a qualidade, juntamente com o controlo dos custos (CE, 2016).

Tal como os nomes sugerem, pode ter-se também pagamentos **por procedimento** realizado, **por item consumido** durante o internamento e **por dia** despendido na entidade hospitalar. Por fim, há certos sistemas de saúde que realizam o pagamento **por orçamento retrospectivo**, em que as despesas geradas na prestação dos cuidados de saúde são pagas depois da prestação efetiva dos serviços.

Quadro 4 - Internamento hospitalar, método de pagamento principal

	Pública	Privada (sem fins lucrativos)	Privada (com fins lucrativos)
GDH	Austrália, Áustria, Bélgica, República Checa, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Itália, Países Baixos ^(a) , Polónia, Eslovénia, Suíça, Reino Unido, Estados Unidos ^(a) , Lituânia	Áustria, Bélgica, Chile, República Checa, Estónia, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Itália, Países Baixos, Polónia, Eslovénia, Suíça, Estados Unidos ^(a)	Áustria, República Checa, Estónia, França, Alemanha, Grécia, Itália, Noruega, Polónia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Lituânia
Orçamento	Canadá, Chile, Dinamarca, Islândia, Irlanda, Letónia, Luxemburgo, México, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Turquia	Canadá, Irlanda, Luxemburgo, Noruega	Canadá, Letónia
Procedimento	Israel, Japão, Coreia ^(a)	Austrália, Japão, Coreia ^(a) , México, Portugal, Turquia ^(a) , Reino Unido, África do Sul	Austrália, Chile, Hungria ^(a) , Israel, Japão, México, Portugal, Turquia ^(a) , Estados Unidos ^(a) , África do Sul
Outro	Costa Rica ^(b) , África do Sul ^(b)	Israel ^(c)	Reino Unido ^(d)

Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Notas: GDH - grupo de diagnóstico homogêneo; (a) - informação para o ano de 2012; (b) - por item; (c) - por dia; (d) - retrospectivo; não há informação para Estónia (pública), Eslováquia (pública, privada sem e com fins lucrativos), Finlândia (privada sem e com fins lucrativos), Espanha (privada sem fins lucrativos) e Irlanda (privada com fins lucrativos).

Esta diversidade de meios de pagamento resulta da procura por um método de financiamento eficaz, considerando os objetivos de contenção de custos, de incentivos ao acesso da população e de promoção da qualidade. O método por GDH é o mais frequentemente utilizado para pagamento do internamento hospitalar nos sistemas de saúde que responderam ao inquérito da OCDE, seja esta uma instituição pública, uma entidade privada sem fins lucrativos, ou uma organização privada com fins lucrativos (Quadro 4), seguido do pagamento por orçamento antecipado.

Regra geral, os sistemas de pagamento *a posteriori* não propiciam a contenção de custos, uma vez que criam incentivos ao aumento da prestação de serviços, podendo ir além das necessidades requeridas para o tratamento do doente. No caso do pagamento por orçamento antecipado, geram-

se incentivos à poupança de recursos, mas, por outro lado, não criam necessariamente incentivos a melhorias na qualidade da prestação e geram maior incerteza financeira à entidade hospitalar.³

2.4 Outras características

Destacam-se ainda, de forma não exaustiva, outras características dos sistemas de saúde, tais como: a existência ou não da partilha de custo no momento da prestação dos cuidados, a possibilidade de reembolso parcial das despesas, o controlo do acesso ao sistema e o grau de liberdade dos utentes.

2.4.1 Copagamento e reembolso

A regulação do uso dos serviços de saúde através da partilha de custos com o doente é um elemento utilizado pelas seguradoras de saúde, públicas ou privadas, com o objetivo de promover a racionalidade na utilização, não servindo primordialmente para a arrecadação de receita, mas sobretudo para moderar a procura excessiva por cuidados de saúde (Schokkaert & van de Voorde, 2011).

O **copagamento**, ou taxa de utilização, refere-se ao valor fixo pago pelo utente no momento da prestação do serviço de saúde (Paris & *al.*, 2016). A maioria dos sistemas de saúde utiliza, em conjunto com a política de copagamentos, medidas de proteção aos utentes com maiores riscos de doença e financeiramente mais desfavorecidos, através da isenção do pagamento.

Dos sistemas de saúde analisados, a cobrança de taxas de utilização para cuidados de saúde primários foi identificada em 18 dos 38 países no ano de 2016 (Quadro 5). Para cuidados especializados, o número de países que praticam a política de copagamentos sobe para 23. Em relação ao internamento, a cobrança é realizada em 50% dos sistemas de saúde dos países que responderam ao inquérito da OCDE. Quanto à realização de análises clínicas e exames por imagem, 21 e 17 países dos 38 analisados, respetivamente, exigem um copagamento no momento da utilização dos serviços. A dispensa de medicamentos, a realização de consultas em saúde oral e o fornecimento de próteses dentárias nos distintos sistemas de saúde analisados apresentam uma semelhança: apenas um ou dois países (México e Costa Rica para medicamentos; Hungria e México para cuidados de saúde oral; e Polónia para próteses dentárias) não requerem a partilha de custos com o doente.

A possibilidade de **reembolso** de uma parte dos custos suportados pelos utentes, geralmente com um limite máximo definido, é outro fator de distinção entre os sistemas de saúde. A maioria dos sistemas tem esta possibilidade: o reembolso é facultado em 22 dos 38 sistemas de saúde analisados. (Quadro 5).

³ Para uma análise teórica destas implicações, ver Barros (2013, cap. 14).

Quadro 5 – Copagamentos e reembolso na organização principal

	Não	Sim
Consulta CSP	Austrália ^(b) , Canadá, República Checa, Dinamarca, Estónia, Alemanha ^(b) , Grécia ^(b) , Hungria ^(a) , Israel, Itália, México ^(b) , Países Baixos, Polónia, Eslováquia ^(a) , Espanha, Turquia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia, África do Sul ^(b)	Áustria, Bélgica, Chile ^(b) , Finlândia, França, Islândia, Irlanda ^(b) , Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, Noruega, Nova Zelândia ^(a) , Portugal, Eslovénia, Suécia ^(a) , Suíça, Estados Unidos ^(a,b)
Consulta CSE	Austrália ^(b) , Canadá, República Checa, Dinamarca, Alemanha ^(b) , Grécia ^(b) , México ^(b) , Hungria ^(a) , Nova Zelândia ^(a) , Polónia, Eslováquia ^(a) , Espanha, Reino Unido, Costa Rica, África do Sul ^(b)	Áustria ^(b) , Bélgica, Chile, Estónia, Finlândia, França, Islândia, Irlanda ^(b) , Israel, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Portugal, Eslovénia, Suécia ^(a) , Suíça, Turquia, Estados Unidos ^(a) , Lituânia
Internamento hospitalar	Austrália ^(b) , Canadá, República Checa, Dinamarca, Hungria ^(a) , Islândia, Israel, Itália, México ^(b) , Nova Zelândia, Noruega, Polónia, Portugal, Eslováquia ^(a) , Espanha, Turquia ^(b) , Reino Unido, Costa Rica, Lituânia	Áustria, Bélgica, Chile, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda ^(b) , Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, Países Baixos, Eslovénia, Suécia ^(a) , Suíça, Estados Unidos ^(a,b) , África do Sul
Análise clínica	Austrália ^(b) , Canadá, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia ^(b) , Alemanha, Grécia, Hungria ^(a,b) , Israel ^(a) , Irlanda ^(b) , Luxemburgo, México ^(b) , Nova Zelândia ^(a,b) , Polónia, Eslováquia ^(a) , Espanha, Turquia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia	Áustria, Bélgica, Chile, França, Islândia, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Países Baixos, Noruega, Portugal, Eslovénia, Suécia ^(a) , Suíça, Estados Unidos ^(a,b) , África do Sul
Exame por imagem	Austrália ^(b) , Canadá, República Checa, Dinamarca, Estónia, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a,b) , Irlanda ^(b) , México ^(b) , Nova Zelândia ^(a,b) , Polónia, Eslováquia ^(a) , Espanha, Turquia, Reino Unido, Costa Rica	Áustria, Bélgica, Chile, Finlândia, França, Islândia, Israel, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Portugal, Eslovénia, Suécia ^(a) , Suíça, Estados Unidos ^(a,b) , Lituânia, África do Sul ^(b)
Medicamento	México ^(b) , Costa Rica	Austrália, Áustria, Bélgica ^(b) , Canadá ^(a) , Chile ^(b) , República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, Países Baixos ^(b) , Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Polónia, Portugal, Eslováquia ^(a) , Eslovénia, Suécia ^(a) , Espanha ^(b) , Suíça, Turquia, Reino Unido, Estados Unidos ^(a) , Lituânia, África do Sul
Consulta CSO	Hungria ^(a) , México	Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá ^(c) , Chile, República Checa, Dinamarca ^(c) , Estónia ^(c) , Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda ^(b) , Israel, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia ^(c) , Luxemburgo, Países Baixos ^(c) , Nova Zelândia ^(a,c) , Noruega ^(c) , Polónia, Portugal ^(c) , Eslovénia, Suécia ^(a) , Espanha ^(c) , Suíça ^(c) , Turquia, Reino Unido ^(b) , Estados Unidos ^(a) , Costa Rica ^(d) , Lituânia, África do Sul
Prótese dentária	Polónia	Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá ^(c) , Chile, República Checa, Dinamarca ^(c) , Estónia ^(c) , Finlândia, França, Alemanha ^(b) , Grécia, Hungria ^(a) , Islândia, Irlanda ^(b) , Israel ^(d) , Itália ^(d) , Japão, Coreia ^(a,c) , Letônia ^(c) , Luxemburgo, México ^(d) , Países Baixos, Nova Zelândia ^(a,d) , Noruega ^(c) , Portugal ^(c) , Eslovénia, Suécia ^(a) , Espanha ^(c) , Suíça ^(d) , Turquia, Reino Unido ^(c) , Estados Unidos ^(a) , Costa Rica ^(d) , Lituânia ^(d) , África do Sul
Reembolso	Bélgica, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Israel, Nova Zelândia ^(a) , Eslováquia ^(a) , Eslovénia, Espanha, Suécia, Turquia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia	Austrália, Áustria, Canadá, França, Alemanha, Grécia, Hungria ^(a) , Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Coreia ^(a) , Letônia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Noruega, Polónia, Portugal, Suíça, Estados Unidos ^(a) , África do Sul

Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Notas: (a) - informação para o ano de 2012; (b) - aplicam-se exceções; (c) - geralmente não coberto; (d) - sem cobertura; CSP - cuidados de saúde primários; CSE – cuidados de saúde especializados; CSO - cuidados de saúde oral; não há informação para Eslováquia (consulta em cuidados de saúde oral, prótese dentária e reembolso).

2.4.2 Controlo do acesso

O primeiro nível de contacto dos utentes com o sistema de saúde ocorre nas unidades de cuidados de saúde primários, através de médicos especialistas em medicina geral e familiar, os quais tratam condições que não exigem elevada tecnologia, mas que requerem um conhecimento abrangente e continuado do utente e das suas circunstâncias. Além disso, têm o papel de desenvolvimento e promoção de atividades de prevenção, bem como de referenciação dos utentes para outros níveis de cuidados, quando as circunstâncias justificarem.

O **controlo do acesso** é um mecanismo utilizado nos sistemas de saúde para otimizar a alocação da procura por cuidados de saúde, reduzindo os custos da procura para os utentes e maximizando a capacidade produtiva do sistema de saúde.⁴ Dos 38 países que responderam ao questionário sobre as características dos sistemas de saúde em 2016, 18 exigem ou incentivam o registo dos utentes no sistema antes da prestação dos cuidados de saúde primários (Quadro 6). A referenciação para os cuidados de saúde especializados, através de médicos especialistas em medicina geral e familiar, é obrigatória ou incentivada em 24 dos 38 países analisados.

2.4.3 Escolha dos utentes

A possibilidade de escolha por parte dos utentes quanto aos cuidados de saúde é uma característica dos sistemas de saúde competitivos, geralmente utilizada como instrumento de controlo dos preços e/ou de melhoria da qualidade dos serviços. Em algumas circunstâncias, aplicam-se regras de restrição da escolha: sistemas nacionais de saúde com prestadores locais costumam limitar a escolha dos utentes dentro de uma área geográfica pré-determinada, ou formulam-se incentivos para certos grupos de prestadores em detrimento de outros.

Num extremo, existem sistemas de saúde com **escolha proibida**, nos quais os utentes não podem selecionar os prestadores de cuidados de saúde. A **escolha limitada** refere-se, geralmente, à área geográfica ou à rede de prestadores pré-definidos, a qual facilita o investimento e a distribuição dos recursos disponíveis dentro do sistema de saúde. Em sistemas de saúde com características mais competitivas, pode existir a **escolha permitida**, ou seja, não há restrições impostas aos utentes na seleção das entidades prestadoras de cuidados de saúde. No extremo oposto, pode haver sistemas de saúde com **escolha incentivada**, através da introdução de incentivos financeiros que favoreçam a escolha dos prestadores de uma rede previamente definida, em alternativa a outros prestadores não pertencentes à rede.

A escolha permitida foi a característica mais frequente nos sistemas de saúde dos 38 Estados analisados (Quadro 7). No ano de 2016, a escolha do prestador para os cuidados de saúde primários era facultada em 26 países. Em relação à escolha do prestador de cuidados de saúde especializados e do internamento hospitalar, 27 dos 38 países também tinham a escolha permitida como característica. Nota-se ainda que o incentivo para a escolha de um prestador, ou de uma rede de prestadores, é uma prática comum, sendo mais frequente para escolha dos prestadores de cuidados de

⁴ Controlo do acesso é uma tradução livre de *gatekeeping*, o termo original. Nestes sistemas o médico especialista em medicina geral e familiar é definido como agente dirigente e coordenador da referenciação de utentes para os serviços de saúde mais complexos. O surgimento deste agente é uma resposta profissional à especialização crescente dos conhecimentos médicos (Dranove & Satterthwaite, 2000).

saúde especializados (dez países) e para o internamento hospitalar (11 países), do que o observado para a escolha dos prestadores de cuidados de saúde primários (cinco países).

Quadro 6 - Controlo do acesso na organização principal

	Obrigatório	Incentivado (financeiramente)	Não-obrigatório e não incentivado
Registo CSP	Chile, Estónia, Finlândia, Irlanda, Itália, Letónia, Portugal, Eslovénia, Espanha, Turquia, Lituânia	Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Suíça	Austrália, Áustria, Canadá, República Checa, Grécia, Islândia, Israel, Japão, Coreia ^(a) , Luxemburgo, México, Países Baixos, Polónia, Suécia, Reino Unido, Costa Rica, África do Sul
CSE via CSP	Austrália, Canadá, Chile, Estónia, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Nova Zelândia ^(a) , Polónia, Portugal, Eslovénia, Espanha, Suécia, Reino Unido, Costa Rica, Lituânia	Bélgica, Dinamarca, França, Letónia, México, Noruega, Suíça	Áustria, República Checa, Alemanha, Grécia, Islândia, Israel, Japão, Coreia ^(a) , Luxemburgo, Turquia, África do Sul

Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Notas: CSP - cuidado de saúde primário; CSE – cuidado de saúde especializado; (a) - informação para o ano de 2012; não há informação para Hungria, Eslováquia e Estados Unidos.

Quadro 7 - Liberdade de escolha do prestador na organização principal

	Proibida	Limitada	Permitida	Incentivada (financeiramente)
CSP	México, Portugal, Costa Rica	Dinamarca, Finlândia, Islândia, Itália, Espanha, Reino Unido, Lituânia, África do Sul	Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Estónia, França, Alemanha, Hungria ^(a) , Irlanda, Israel, Japão, Coreia ^(a) , Luxemburgo, Países Baixos, Nova Zelândia ^(a) , Noruega, Polónia, Eslovénia, Suécia	Grécia, Letónia, Suíça, Turquia, Estados Unidos ^(a)
CSE	Chile, Hungria ^(a) , México, Nova Zelândia ^(a) , Portugal, Costa Rica	Canadá, Finlândia, Espanha, Lituânia	Austrália, Áustria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Islândia, Irlanda, Itália, Israel, Japão, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Eslovénia, Suécia, Reino Unido	Estónia, França, Grécia, Coreia ^(a) , Letónia, Países Baixos, Suíça, Turquia, Estados Unidos ^(a) , África do Sul
Internamento hospitalar	México, Costa Rica	Canadá, Chile, Finlândia, Hungria ^(a) , Israel, Nova Zelândia ^(a) , Portugal, Espanha	Austrália, Áustria, Bélgica, República Checa, França, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Lituânia	Dinamarca, Estónia, Alemanha, Grécia, Coreia ^(a) , Letónia, Países Baixos, Suíça, Turquia, Estados Unidos ^(a) , África do Sul

Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Notas: (a) - informação para o ano de 2012; não há informação para Eslováquia.

3 Sistema de saúde em Portugal

3.1 Características do sistema de saúde em Portugal

Em Portugal, a organização dos serviços de saúde pública remete ao princípio do século XX, com a entrada em vigor do regulamento geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública no ano de 1903. Até então, a prestação dos cuidados tinha um caráter privado, cabendo ao Estado apenas a assistência aos cidadãos financeiramente mais carenciados.⁵ O direito de proteção à saúde para a totalidade dos cidadãos, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, vem a ser estabelecido em 1976, com a aprovação da Constituição da República Portuguesa (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro). De acordo com o número 2 do Artigo 64º e revisões:

“O direito à proteção da saúde é realizado: a) através um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadão, tendencialmente gratuito; b) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.”

Portugal possui um sistema de saúde misto, em que os residentes têm proteção automática, da responsabilidade do Estado, podendo ainda voluntariamente contratar proteção adicional através de seguradoras de saúde, públicas ou privadas. Pela componente pública, os residentes estão automaticamente cobertos contra o risco financeiro associado a um episódio de doença, através do papel do Estado-segurador, à semelhança do que ocorre noutros 19 sistemas de saúde de países da OCDE (Gráfico 1). Tendo em consideração que o Serviço Nacional de Saúde é de cobertura universal, a parcela da população que realiza contribuições para algum subsistema de saúde, ou paga prémios de risco a seguradoras de saúde privadas, fica duplamente coberta contra riscos financeiros associados à procura de cuidados de saúde.

A forma predominante de organização da oferta de cuidados de saúde concretiza-se através de um sistema nacional de saúde. Este tipo de organização foi o mais frequentemente observado nos países analisados (Gráfico 1). Os subsistemas de saúde públicos e privados e as seguradoras de saúde privadas organizam a oferta dos serviços de forma livre, através de acordos e convenções com prestadores de cuidados de saúde em território nacional, sob fiscalização do Ministério da Saúde.

De acordo com a [Lei de Bases da Saúde](#), os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Cada uma das entidades, conforme o seu estatuto legal, está de alguma forma relacionada com o Ministério da Saúde, que também negocia com as diferentes associações profissionais e é apoiado pelo Conselho Nacional de Saúde (Quadro 8).⁶

⁵ A prestação de saúde e assistência teve na sua génese a iniciativa religiosa e corporativa. Desde a Idade Média que as Misericórdias têm um papel relevante para o tratamento dos enfermos, dada sua proximidade à população e distribuição no território nacional (Rodrigues & Leão, 2014).

⁶ A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) encontra-se atualmente em processo de [revisão](#).

privada, em que a gestão do estabelecimento e da prestação dos serviços foi transferida para instituições privadas.⁹ Relativamente às entidades privadas sem fins lucrativos e às instituições hospitalares privadas, o pagamento por procedimento é o método mais comum, diferentemente do que se observou na maioria dos sistemas de saúde dos países comparados.

Quanto aos custos suportados pelos utentes em contrapartida pelos serviços prestados publicamente (a forma predominante), o Sistema Nacional de Saúde adotou a política de partilha de custos através da cobrança de taxas fixas de utilização (copagamentos), exceto no internamento hospitalar.¹⁰ Os subsistemas de saúde públicos e privados, bem como as seguradoras de saúde privadas regem-se por regras próprias quanto à cobrança de taxas de utilização.

Através do reembolso de uma percentagem das despesas com a aquisição de bens e serviços de saúde públicos e privados, sejam copagamentos, prémios de seguro ou o pagamento direto de serviços de saúde, o Estado possibilita a redução do peso destes gastos no consumo total das famílias. De acordo com a legislação em vigor, é possível obter uma dedução individual de até 15% dos valores pagos em sede de IRS, com um limite anual de mil euros.

Para uma melhor alocação dos recursos disponíveis e da procura por serviços no Serviço Nacional de Saúde, bem como para moderar a procura excessiva por cuidados de saúde, Portugal utiliza mecanismos de controlo do acesso. Estes mecanismos são realizados através da obrigatoriedade de registo prévio à prestação de cuidados de saúde primários e através do encaminhamento dos utentes para cuidados de saúde especializados, realizado por médicos especialistas em medicina geral e familiar. No entanto, a efetividade destes mecanismos é limitada relativamente à redução da procura de cuidados de saúde primários nas urgências das entidades hospitalares públicas. De acordo com o último relatório da OCDE sobre a qualidade do sistema de saúde português, 42% dos atendimentos efetuados nas urgências hospitalares poderiam ter sido realizados em unidades de cuidados de saúde primários (OCDE, 2015).

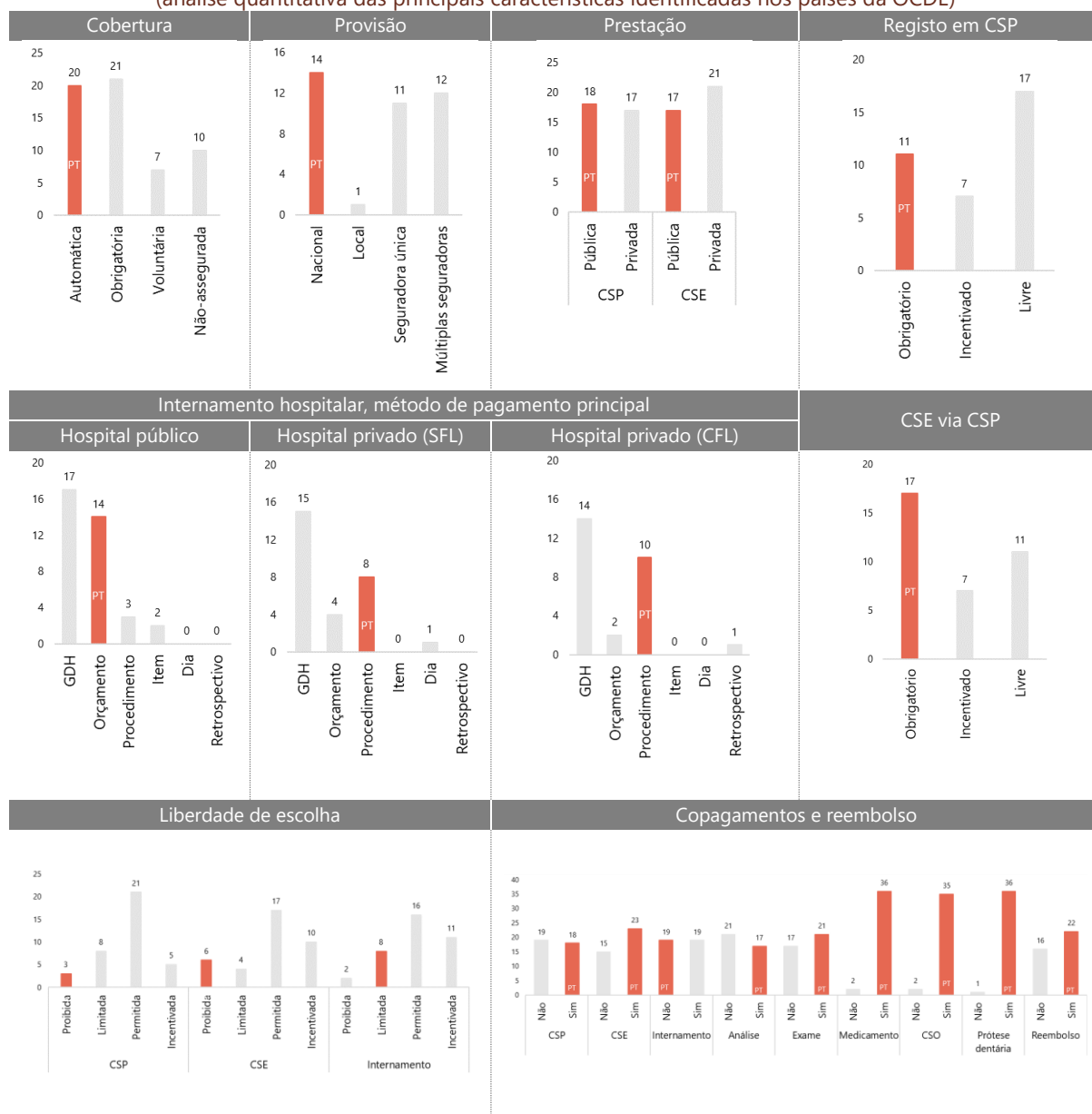
No que se refere à liberdade de escolha quanto aos prestadores de cuidados de saúde, em 2016, os utentes do sistema nacional de saúde português estavam proibidos de optar nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde especializados. Relativamente ao internamento hospitalar, tinham uma opção limitada. No entanto, esta característica encontra-se em modificação desde a implementação do [Livre Acesso e Circulação no Serviço Nacional de Saúde](#).¹¹ Através deste normativo, e em conjunto com o seu médico de família, o utente pode escolher o prestador de cuidados de saúde especializados, tomando em consideração o seu próprio interesse, a proximidade geográfica e as listas de espera. De qualquer modo, esta alteração não produz efeito relativamente à liberdade de escolha nos cuidados de saúde primários, por oposição ao que ocorre na maioria dos demais sistemas de saúde que servem de comparação nesta análise.

⁹ As entidades hospitalares que funcionam sob este regime são o Hospital Beatriz Ângelo, o Hospital de Braga, o Hospital de Cascais Dr. José Almeida e o Hospital Vila Franca de Xira.

¹⁰ Apesar de Portugal praticar a política de copagamentos, cerca de 60% da população estava isenta da cobrança de taxas moderadoras no momento da utilização dos serviços realizados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Paris & al., 2016). Este valor compara com 55% de isenção no ano de 2009 (Paris & al., 2010).

¹¹ Estabelecido pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio.

Gráfico 1 – Características dos sistemas de seguros de saúde predominantes
(análise quantitativa das principais características identificadas nos países da OCDE)



Fonte: *OECD Health Systems Characteristics Survey 2016*. | Nota: as características do sistema de seguro de saúde predominante em Portugal estão destacadas em laranja; SFL – sem fins lucrativos; CFL – com fins lucrativos; CSP – cuidados de saúde primários; CSE – cuidados de saúde especializados.

3.2 Indicadores-chave

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde pode ser realizada por doença, por subsector do sistema de saúde e para o sistema de saúde como um todo. Trata-se, no entanto, de um tema complexo e objeto de debate entre especialistas.

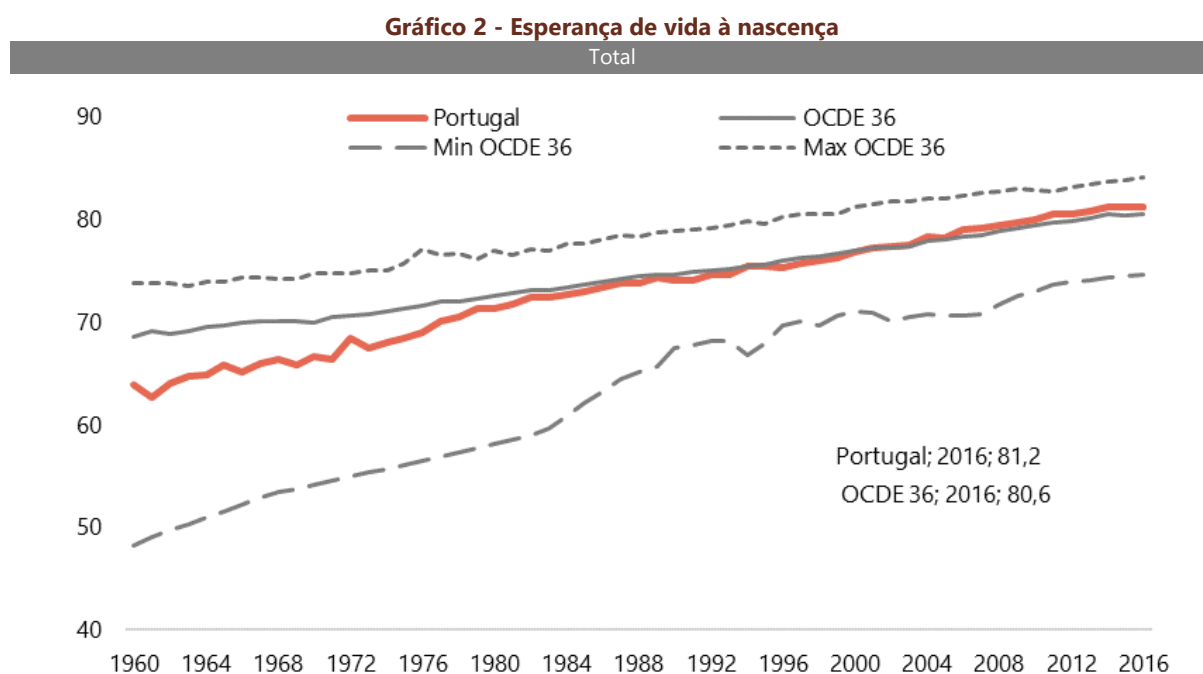
A abordagem ao nível das doenças é teoricamente atrativa, mas possui barreiras internas relevantes para a implementação. O tratamento de uma doença pode envolver cuidados primários, serviços especializados, consumo de medicamentos, entre outros. Consequentemente, a análise de custo-eficácia exige informação de diversas fontes, o que nem sempre é possível obter. Além disso, a realização de comparações internacionais dos resultados obtidos é limitada, uma vez que as metodologias utilizadas podem variar.

Ao nível dos subsectores, os indicadores medem sobretudo o desempenho no subsector hospitalar através do acompanhamento de medidas de eficiência baseadas na atividade, tais como o número de consultas realizadas por profissional de saúde ou o custo médio dos cuidados hospitalares (OCDE, 2010). O maior grau de homogeneidade dos serviços prestados nos hospitais e a evolução dos sistemas de registo de atividades favorecem as comparações internacionais, embora não estejam isentas de limitações.¹²

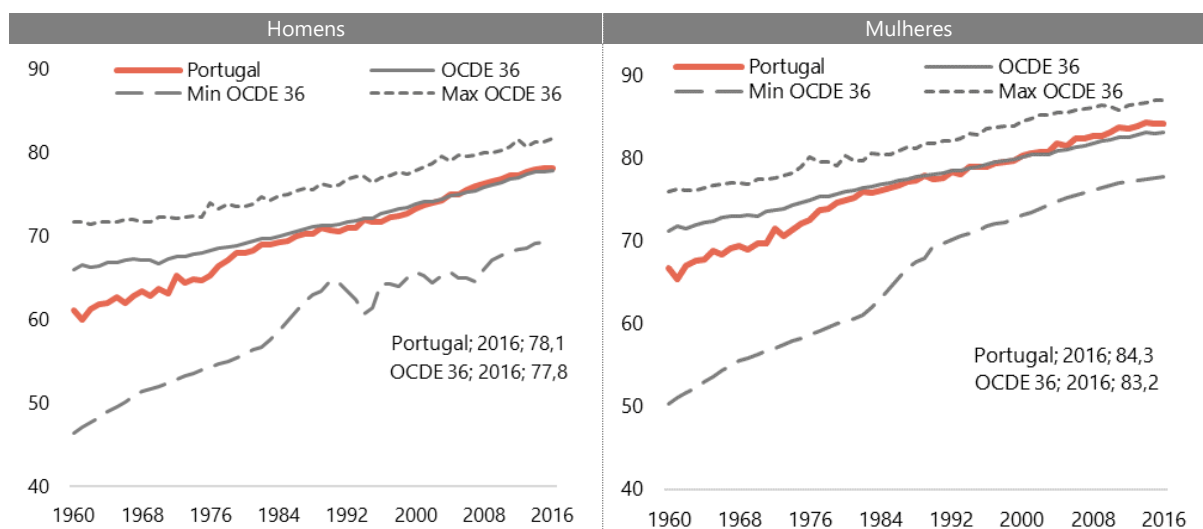
O desempenho global do sistema de saúde, que é mais frequente, pode ser medido a partir de um conjunto de indicadores geralmente aceites como representativos da qualidade dos serviços prestados e dos bens fornecidos nos diferentes países, tais como as medidas de longevidade e de mortalidade. Alguns indicadores de processos e resultados globais em saúde têm sido cada vez mais utilizados de forma complementar aos indicadores de esperança de vida e de mortalidade.

A esperança de vida é uma medida habitual de caracterização do estado de saúde da população e pode ser calculada para qualquer idade. Esta medida é fortemente influenciada pelos cuidados de saúde a que uma população tem acesso, mas também por outros fatores relacionados com o estilo de vida (que muitas vezes não são diretamente mensuráveis).

A esperança de vida à nascença mede o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento de referência. O Gráfico 2 (superior) torna evidente o esforço efetuado no desenvolvimento do sistema de saúde, fazendo convergir a esperança de vida em Portugal (81,2 anos em 2016) para os valores médios dos países que servem de comparação (80,6 anos em 2016). A esperança de vida à nascença das mulheres alcançou a média da OCDE antes da dos homens (Gráfico 2, inferior). A diferença na esperança de vida à nascença entre homens e mulheres foi de 6,2 anos em 2016. Para a média de países da OCDE no mesmo ano a diferença foi de 5,4 anos.



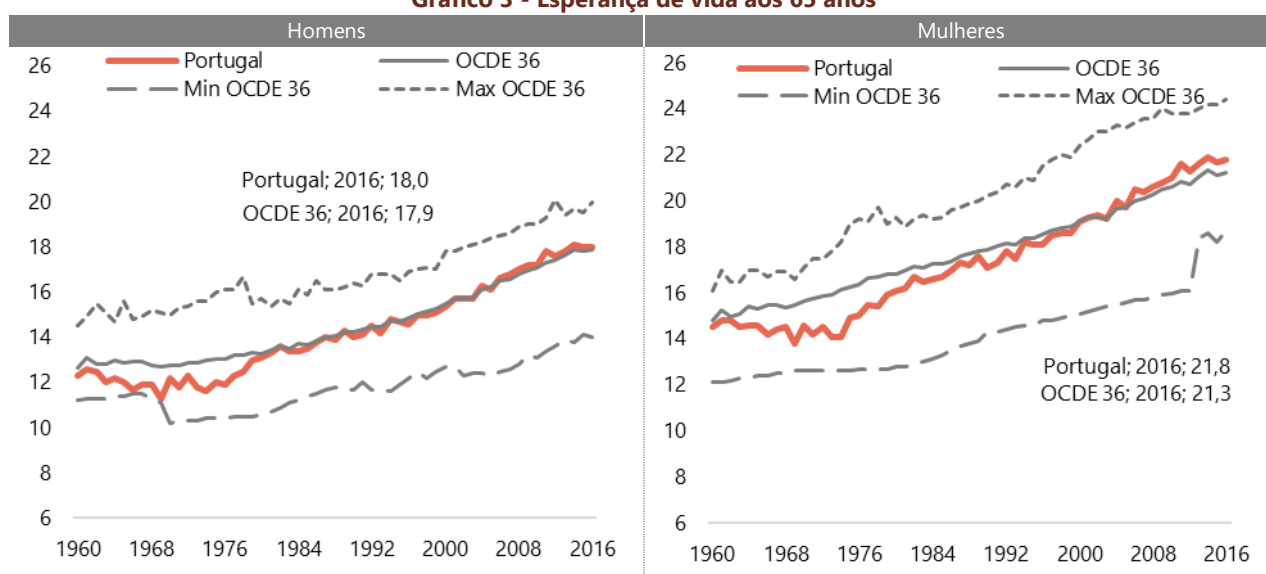
¹² Exemplos destas limitações incluem diferenças nos métodos de alocação dos custos indiretos, diferenças de custo do capital e ausência de informação sobre a qualidade dos serviços prestados e/ou impacto do tratamento médico no estado de saúde da população.



Fonte: OCDE. | Notas: Min – mínimo; Max – máximo; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

Complementarmente à avaliação global do sistema de saúde em Portugal, olha-se para a esperança de vida aos 65 anos, que capta os ganhos de longevidade em idade mais avançada. Este indicador também apresenta uma tendência de crescimento ao longo do tempo. Tal como a esperança de vida à nascença, o indicador é mais favorável para as mulheres do que para os homens, tendo aquelas ultrapassado a média da OCDE desde o ano de 2002 (Gráfico 3). A diferença entre mulheres e homens foi de 3,8 anos para Portugal em 2016, ligeiramente acima da diferença média observada para os países-membros da OCDE (3,4 anos). Conclui-se, com base neste indicador, que o sistema de saúde português apresenta um desempenho satisfatório em termos de longevidade não ajustada, quando comparado com os restantes países-membros da OCDE, embora exista uma maior desigualdade entre géneros.

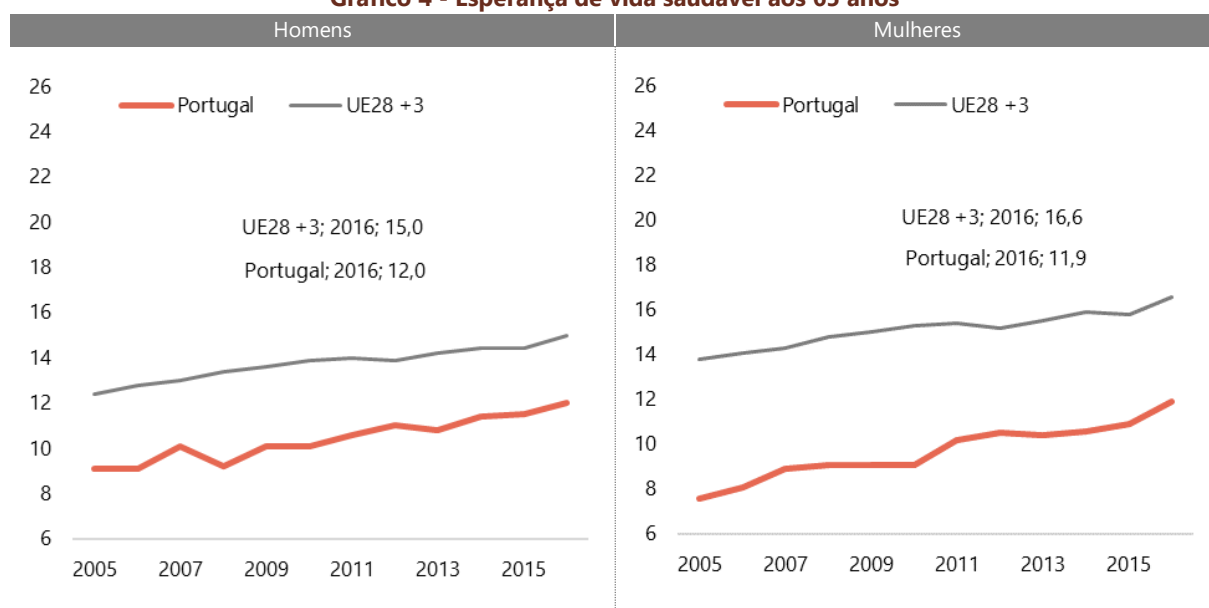
Gráfico 3 - Esperança de vida aos 65 anos



Fonte: OCDE. | Notas: Min – mínimo; Max – máximo; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

Por sua vez, a esperança de vida saudável aos 65 anos mede o número de anos que uma pessoa pode esperar viver sem limitações funcionais ou incapacidades a partir daquela idade. Este indicador combina informações de mortalidade e morbilidade da população. Portugal está abaixo da média observada para o grupo de países que serve de comparação, tanto para os homens como para as mulheres (Gráfico 4). A média de anos que um homem pode esperar viver saudavelmente em Portugal após os 65 anos é de 12 anos, enquanto as mulheres podem esperar viver 11,9 anos com saúde depois dos 65, o que implica uma ligeira desigualdade entre géneros (0,1 anos) mais favorável para os homens. Estes valores comparam com médias de 15 e 16,6 anos para homens e mulheres, respetivamente, no grupo de países da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça, traduzindo uma desigualdade de 1,6 anos em favor das mulheres. Esta medida revela um desempenho relativamente insatisfatório do sistema de saúde em Portugal, apesar da menor desigualdade entre géneros.

Gráfico 4 - Esperança de vida saudável aos 65 anos



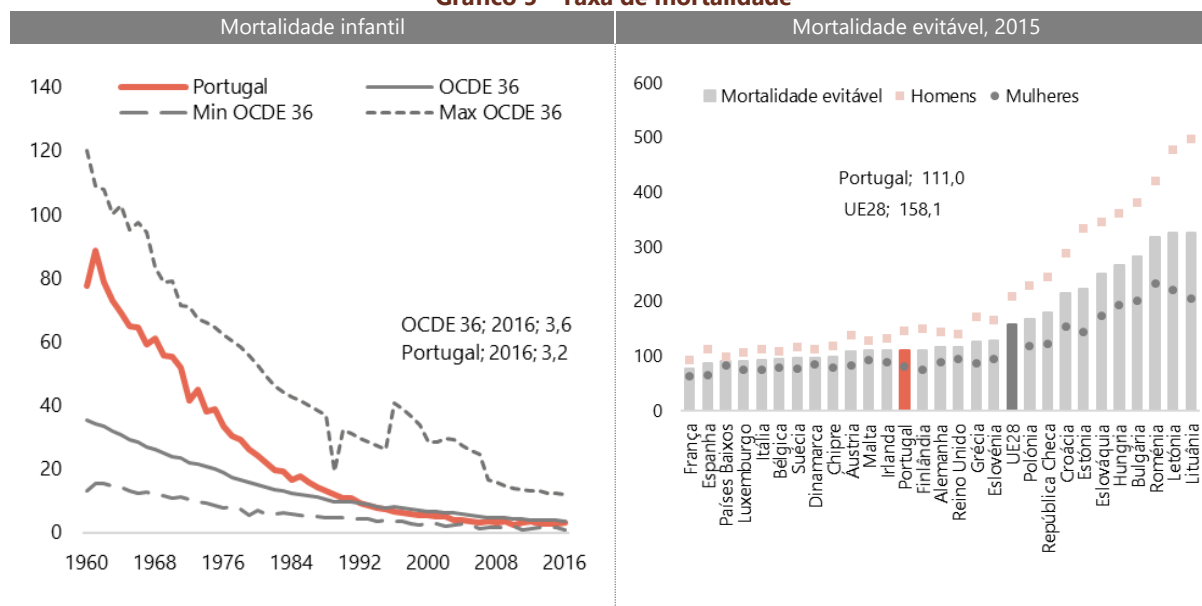
Fonte: Eurostat. | Notas: UE31 – 28 países-membros da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça; países-membros da UE: Bélgica, Bulgária, República Checa, Dinamarca, Alemanha, Estónia, Irlanda, Grécia, Espanha, França, Croácia, Itália, Chipre, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Malta, Países Baixos, Áustria, Polónia, Portugal, Roménia, Eslovénia, Eslováquia, Finlândia, Suécia, Reino Unido.

Outro indicador representativo do desenvolvimento dos sistemas de saúde como um todo é a taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade observado durante um período relativamente ao número de nados-vivos nesse período (normalmente um ano civil). Este indicador reflete as condições de vida, o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade da atenção materna e infantil da população. Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil convergiu para o valor médio observado nos países da OCDE no início dos anos 90. Em 2016, registaram-se 3,2 mortes para mil nados-vivos, valor que compara com 78 mortes para mil nascidos vivos em 1960 (Gráfico 5, esquerda).

Há ainda outros indicadores que procuram refletir o desempenho global do sector da saúde, tal como a taxa de mortalidade evitável, que mede o número de anos de vida potenciais perdidos por cada cem mil habitantes, isto é, a diferença entre a mortalidade que efetivamente se verifica e a que existiria na ausência de doença. Este indicador serve de medida aproximada da diferença entre

a taxa de mortalidade observada e a que existiria caso não houvesse o sistema de saúde.¹³ Portugal encontra-se no grupo de países com taxa de mortalidade evitável inferior à média dos Estados-Membros da OCDE em 2015 (Gráfico 5, direita).

Gráfico 5 - Taxa de mortalidade



Fonte: OCDE e Eurostat (mortalidade evitável). | Notas: Min – mínimo; Max – máximo; a taxa de mortalidade infantil, para crianças menores de um ano de idade, é calculada por 1 000 nados-vivos; a taxa de mortalidade evitável é calculada para cada 100 000 habitantes; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

A lista de indicadores relacionados com o desempenho dos sistemas de saúde é vasta e pode ser mais ou menos específica em relação aos itens analisados. Indicadores de processo e resultados, tais como o uso apropriado dos medicamentos e a eficácia do tratamento, são utilizados para medir a qualidade de um sistema de saúde, dada a elevada correlação que apresentam com o desempenho global do sistema. Entre as medidas disponíveis, destacam-se o volume de antibióticos prescritos, a prevalência de doenças crónicas, a taxa de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio após admissão hospitalar e taxas de sobrevivência ao cancro.¹⁴

3.3 Financiamento

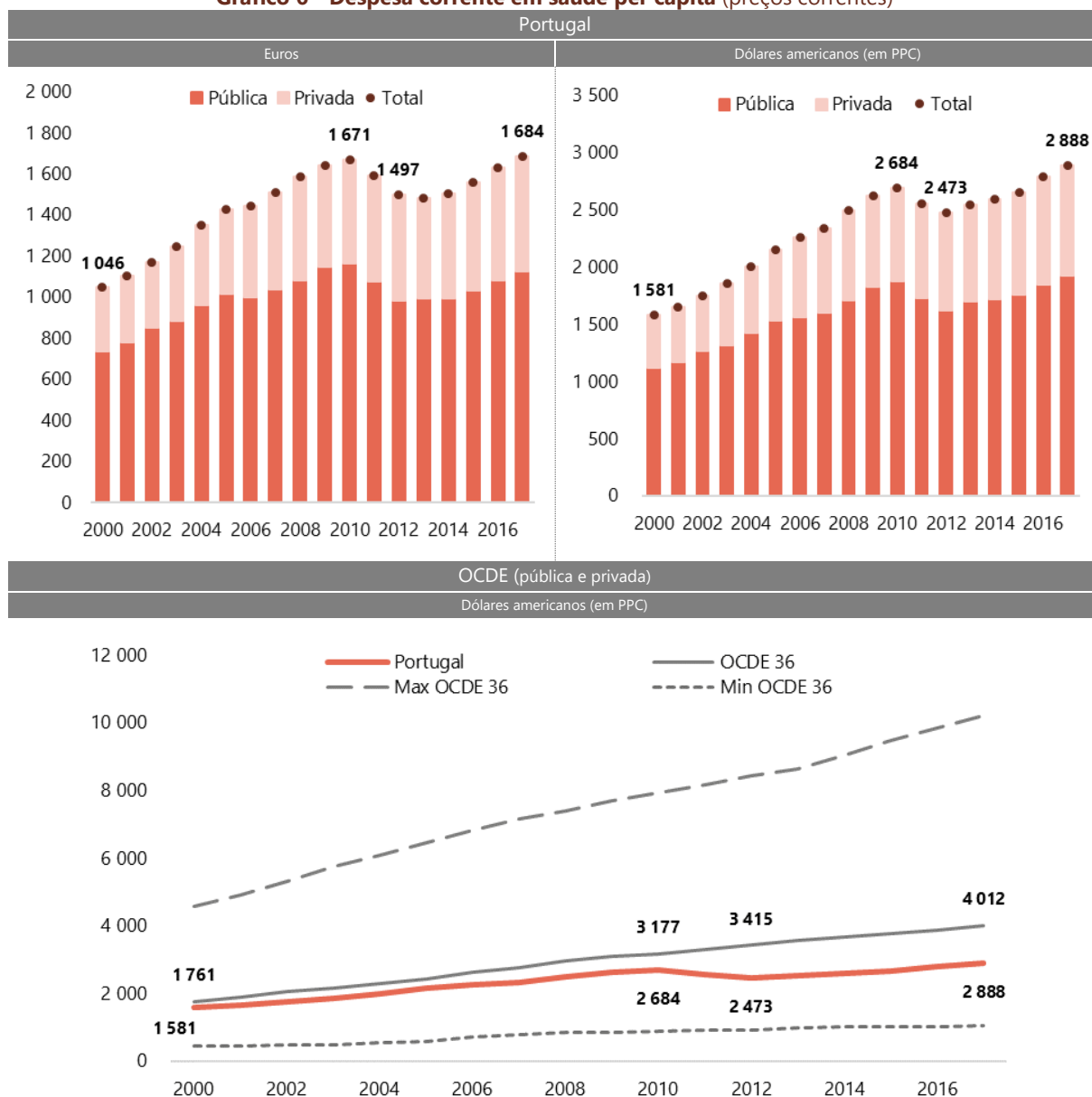
Os recursos financeiros alocados ao sistema de saúde dependem de um amplo conjunto de fatores sociais e económicos, além das características institucionais dos sistemas (CE, 2013; de la Maison-neuve & al., 2016). Em Portugal, a despesa corrente per capita alcançou 1 684 euros em 2017 (Gráfico 6, esquerda), equivalentes a 2 888 dólares americanos ajustados à paridade do poder de compra (Gráfico 6, direita). Apesar do crescimento continuado desde 2013, este valor é inferior à média da despesa nos países-membros da OCDE (Gráfico 6, abaixo), tendo os sistemas de saúde características diferentes, bem como fatores sociais e económicos distintos.¹⁵

¹³ É uma medida aproximada porque a taxa de mortalidade que existiria na ausência do sistema de saúde não é observável e o seu cálculo é difícil de ser realizado.

¹⁴ Para informações sobre a evolução destes indicadores, ver OCDE (2017).

¹⁵ A comparação face à média da OCDE não deve ser interpretada como uma meta a ser alcançada, uma vez que o volume de financiamento, por si só, não permite saber se os objetivos do sistema, em termos de saúde da

Gráfico 6 - Despesa corrente em saúde per capita (preços correntes)

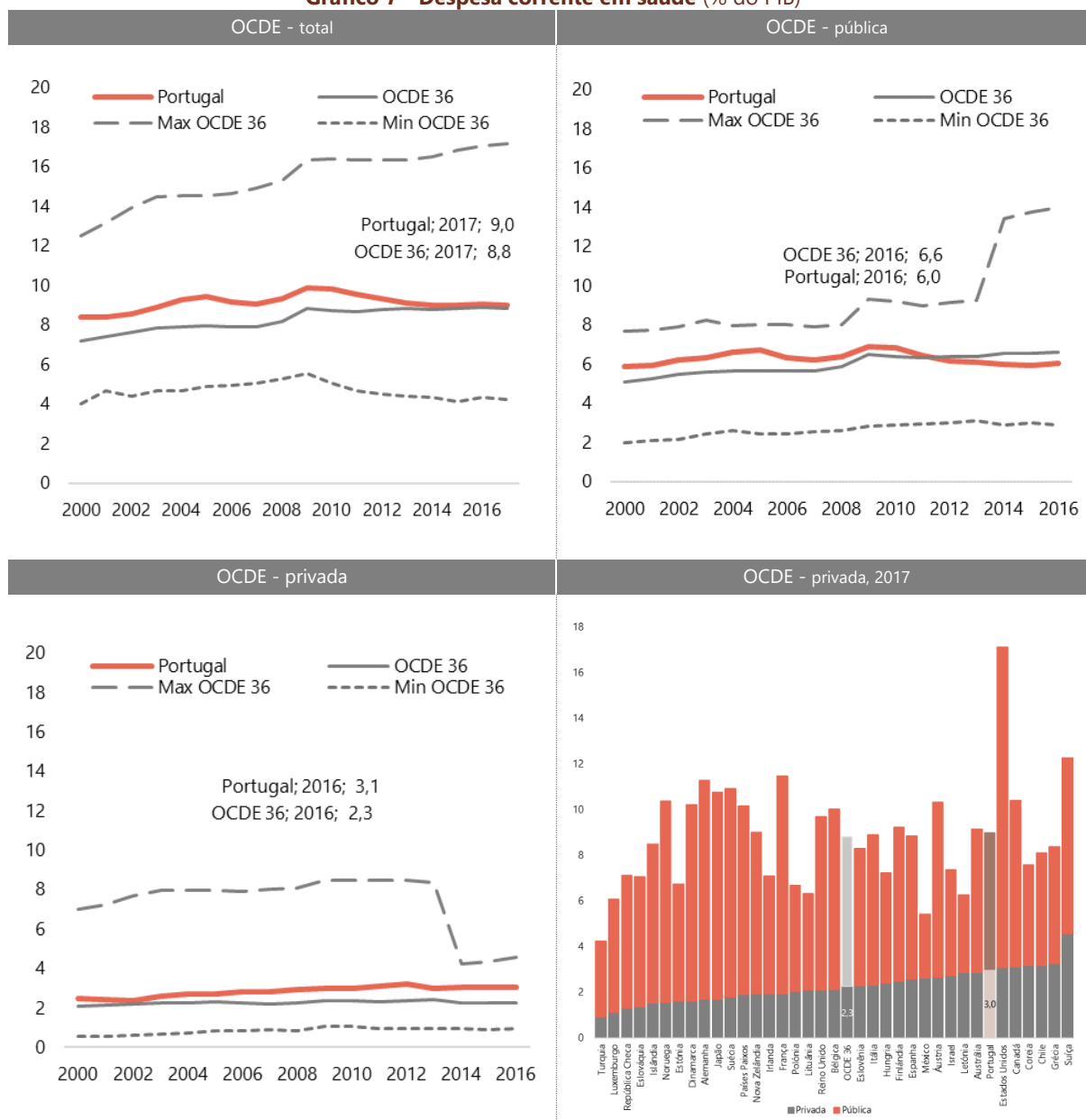


Fonte: INE e OCDE. | Notas: PPC – paridade do poder de compra; Min – mínimo; Max – máximo; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

Para analisar o peso da despesa em saúde em relação aos recursos financeiros disponíveis do país, analisa-se a sua evolução face ao PIB. No ano de 2017, a despesa corrente com saúde atingiu 9% do PIB em Portugal, aumentando 0,6 p.p. face aos 8,4% observados em 2000. Para a média da OCDE, entre 2000 e 2017, registou-se um crescimento acumulado de 1,7 p.p., atingindo 8,8% do PIB no final do período (Gráfico 7, superior esquerdo). No entanto, ao longo de todo o período considerado, Portugal manteve um rácio de despesa corrente em saúde no PIB superior ao verificado na média dos países-membros da OCDE, apesar de se ter registado uma aproximação deste indicador à média do grupo de comparação após 2009.

população, estão ou não a ser atingidos. Esta análise serve para identificar como a despesa em saúde em Portugal difere em relação aos países do grupo que servem de comparação.

Gráfico 7 - Despesa corrente em saúde (% do PIB)



Fonte: OCDE. | Nota: Min – mínimo; Max – máximo; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

Relativamente à despesa corrente pública em relação ao PIB, Portugal tinha um rácio de 6% em 2016, inferior à média da OCDE (6,6% do PIB) no mesmo ano (Gráfico 7, superior direito).¹⁶ A variação acumulada entre os anos de 2000 e 2017 foi de apenas 0,1 p.p. do PIB em Portugal, passando

¹⁶ De acordo com estimativas da Comissão Europeia, a previsão para o rácio da despesa corrente pública em saúde no PIB apresentará uma trajetória crescente nos próximos 30 anos, tal como se espera que venha a acontecer para a média dos 28 Estados-Membros da União Europeia e Noruega. Estas estimativas são realizadas com base em pressupostos sobre a evolução da população, o perfil da despesa em saúde por idade, a evolução dos custos e o impacto do aumento no rendimento sobre a despesa com saúde, através da elasticidade da renda. Estima-se um aumento no rácio da despesa corrente pública em saúde face ao PIB, passando de 6% em 2016 para 8,3% em 2070. Para uma descrição detalhada dos pressupostos e valores projetados, ver CE (2018).

de 5,9% em 2000 para 6,0% em 2017.¹⁷ Este crescimento compara com uma variação acumulada de 1,3 p.p. para a média dos países-membros da OCDE. O rácio da despesa corrente pública face ao PIB situou-se abaixo do verificado para os Estados-Membros da OCDE a partir de 2009, diferindo do observado para a despesa corrente total no PIB.

Em relação à despesa corrente privada em Portugal, observou-se um rácio de 3,1% do PIB em 2017, valor superior à média calculada para o grupo de países da OCDE (2,3% do PIB) no mesmo ano (Gráfico 7, inferior esquerdo). Entre 2000 e 2017, Portugal registou um aumento acumulado de 0,5 p.p. neste rácio, passando de 2,5% em 2000 para 3,1% do PIB em 2017.¹⁸ Para a média dos países-membros da OCDE, este crescimento situou-se em 0,2 p.p. do PIB. Tal como na despesa corrente total, Portugal manteve um rácio superior ao observado para a média dos países-membros da OCDE ao longo de todo o período analisado.

Considerando que Portugal possui um sistema nacional de saúde com cobertura automática e integral da população, um aumento no rácio da despesa privada em saúde face ao PIB sugere a existência de restrições efetivas no acesso da população aos cuidados de saúde disponibilizados no Serviço Nacional de Saúde, o que justifica uma análise mais detalhada da despesa corrente privada em relação à despesa corrente total (Paris & al., 2016).

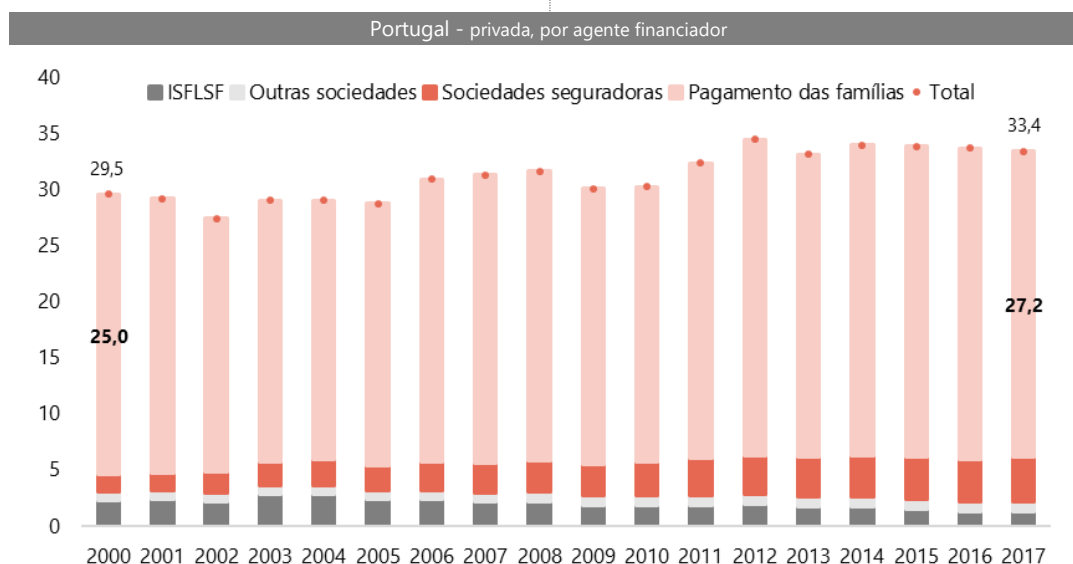
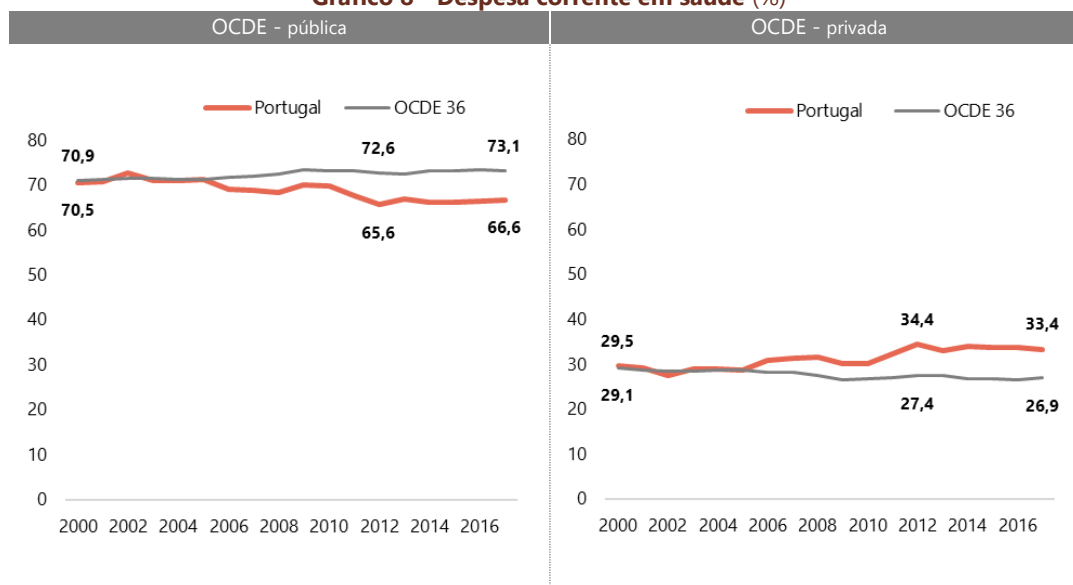
Apesar de o financiamento do sistema de saúde em Portugal ser maioritariamente público, o rácio da despesa corrente pública em relação à despesa corrente total é inferior ao observado para a média da OCDE (Gráfico 8, esquerda). Observou-se uma redução acumulada de 3,8 p.p. no rácio da despesa corrente pública em relação à despesa corrente total entre 2000 e 2017, tendo diminuído de 70,5% em 2000 para 66,6% em 2017. Em contrapartida, o rácio da despesa corrente privada em relação à despesa corrente total passou de 29,5% em 2000 para 33,4% em 2017. Note-se que, na média da OCDE, o rácio da despesa corrente privada no PIB decresceu 2,2 p.p., passando de 29,1% em 2000 para 26,9% do PIB em 2017 (Gráfico 8, direita).

Tal como para a totalidade da despesa corrente privada (famílias, seguradoras, instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias e outras sociedades), a despesa direta das famílias registou um aumento acumulado de 2,2 p.p. entre os anos 2000 e 2017, passando de 25% para 27,2% da despesa corrente total (Gráfico 8, inferior), representando uma cada vez maior participação destes financiadores na totalidade do sistema de saúde português.

¹⁷ Esta trajetória foi influenciada por recomendações efetuadas por instituições internacionais durante o Programa de Assistência Económica e Financeira 2011-2014 e posteriormente, na fase de monitorização pós-programa. Exemplos destas recomendações podem ser encontrados em FMI (2016).

¹⁸ Este rácio coloca Portugal no quintil mais elevado, juntamente com Estados Unidos, Canadá, Coreia, Chile, Grécia e Suíça, (Gráfico 7, inferior direito).

Gráfico 8 - Despesa corrente em saúde (%)



Fonte: OCDE e INE. | Notas: ISFLSF – instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias; países-membros da OCDE: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e Turquia.

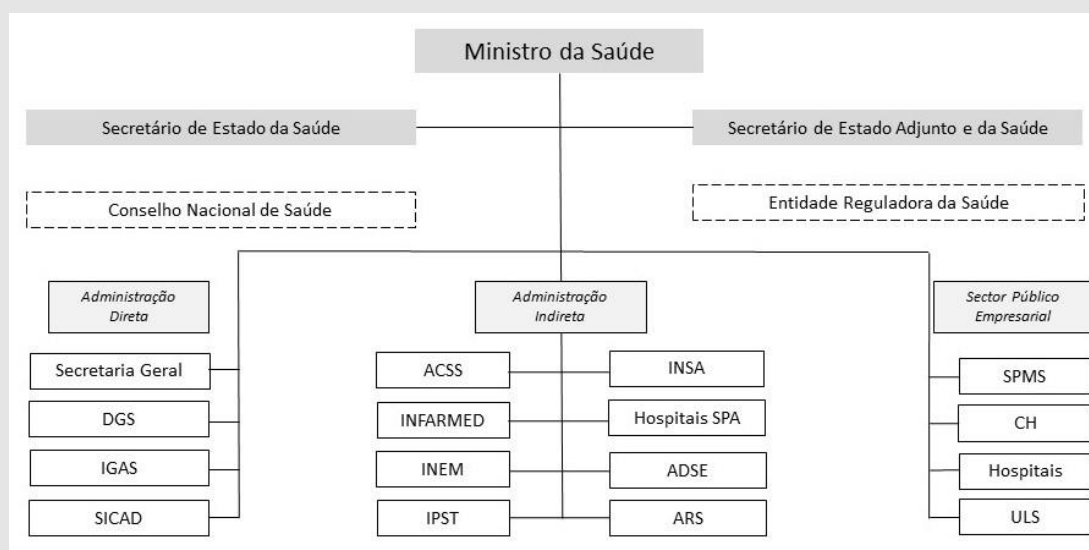
Caixa 1 - Organização do Ministério da Saúde em Portugal

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei N.º 124/2011, de 29 de dezembro, estabelece a missão e as atribuições do Ministério da Saúde (MS). O MS é o departamento governamental responsável pela formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde, pela regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção do Serviço Nacional de Saúde, bem como pela regulamentação, inspeção e fiscalização das atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo sector privado, e pela gestão do subsistema de saúde da Administração Pública. A prossecução das suas atribuições é efetivada através de serviços integrados na administração direta e na administração indireta do Estado, através de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no sector empresarial do Estado.

A Entidade Reguladora da Saúde é a entidade administrativa independente responsável pela supervisão e regulação. O Conselho Nacional de Saúde é o órgão consultivo.

Os serviços centrais que integram a administração direta do Estado, no âmbito do MS, são: a) Secretaria-Geral; b) Inspeção-Geral das Atividades em Saúde; c) Direção-Geral da Saúde; e d) Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

A administração indireta do Estado é composta pelos seguintes organismos: a) Administração Central do Sistema de Saúde, IP; b) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP; c) Instituto Nacional de Emergência Médica, IP; d) Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP; e) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; f) Instituto de Proteção e Assistência na Doença, IP; g) Administração Regional de Saúde do Norte, IP; h) Administração Regional de Saúde do Centro, IP; i) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP; j) Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP; k) Administração Regional de Saúde do Algarve, IP; e l) todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, independentemente da sua designação (agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde).



Fonte: CFP, com base no Decreto-Lei N.º 124/2011, de 29 de dezembro, retificação e alterações. Retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012 de 27 de fevereiro. Alterado por: Decretos-Lei n.ºs 126 e 127/2014, de 22 de agosto, Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto e Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro. | Notas: DGS = Direção-Geral da Saúde; IGAS = Inspeção-Geral das Atividades em Saúde; SICAD = Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; ACSS = Administração Central do Sistema de Saúde; INFARMED = Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde; INEM = Instituto Nacional de Emergência Médica; IPST = Instituto Português do Sangue e da Transplantação; INSA = Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; SPA = Sector Público Administrativo; ADSE = Direção-Geral de Proteção Social as Funcionários e Agentes da Administração Pública; ARS = Autoridades Regionais de Saúde; SPMS = Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; CH = Centros hospitalares; ULS = Unidades Locais de Saúde.

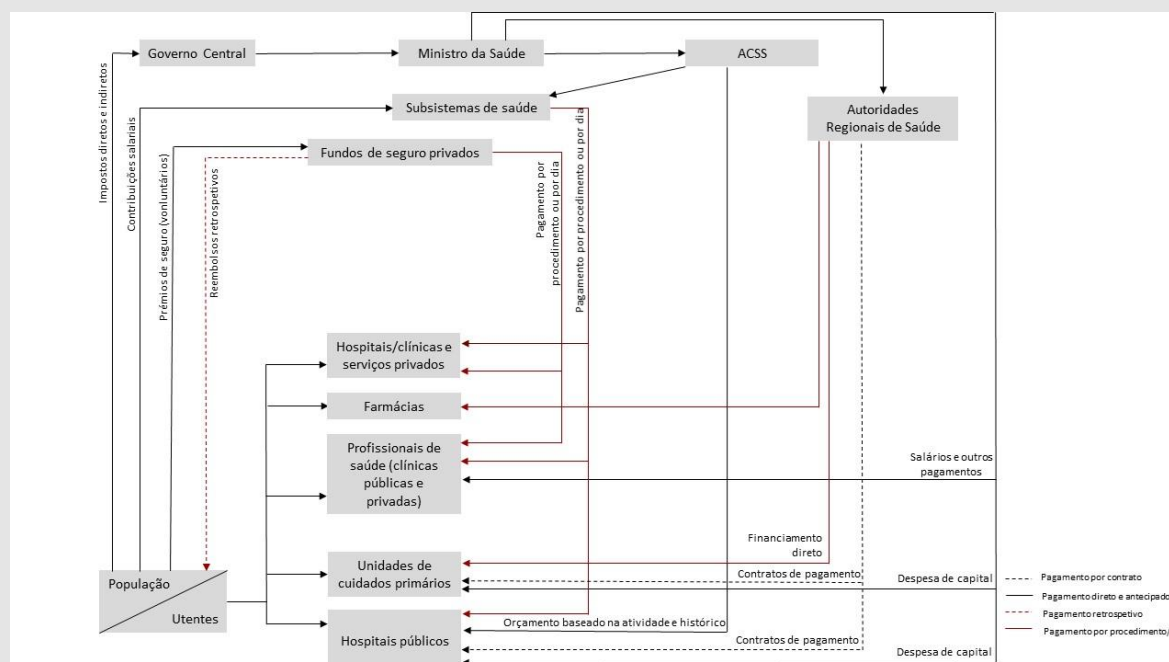
Caixa 2 - Fluxos financeiros do sistema de saúde em Portugal

O financiamento do sistema de saúde em Portugal é realizado com recursos provenientes de impostos, contribuições de empregados e empregadores, pagamentos voluntários de prémios de risco e pagamentos diretos (*out-of-pocket*).

O Ministério da Saúde (MS), através da receita de impostos, é responsável pelo financiamento do Serviço Nacional de Saúde, que ocorre por transferências diretas aos prestadores de cuidados de saúde, mas também através da Administração Central do Sistema de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde. O montante dos recursos financeiros destinados ao MS é definido no Orçamento Anual do Estado.

Os subsistemas de saúde públicos e privados, por meio das contribuições de empregados e empregadores, efetuam o pagamento das prestações de cuidados de saúde recebidas pelos seus assegurados às distintas entidades prestadoras de serviços.

De modo semelhante, mas com contribuições provenientes dos prémios de risco voluntários pagos por uma parcela da população, as seguradoras de saúde privadas efetuam o pagamento às entidades prestadoras de cuidados de saúde. Por fim, identifica-se também o pagamento direto por parte das famílias aos diversos prestadores de cuidados de saúde que compõem o sistema de saúde.



Fonte: Adaptado de Barros & al., 2011.

Referências

- ASSEMBLEIA CONSTITUINTE (1976), Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. Consult. 18 Set 2018 em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.
- BARROS, P. (2013). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina.
- BARROS, P., & BRAUN, G. (2016). Upcoding in a National Health Service: the evidence from Portugal. *Health Economics* 26(5): 600-618. DOI: 10.1002/hec.3335.
- BARROS, P., MACHADO, S., & SIMÕES J. (2011). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition* 13(4): 1-156.
- COMISSÃO EUROPEIA (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). *Institutional Paper* 79. Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI:10.2765/615631.
- ___ (2016). Cost-containment policies in hospital expenditure in the European Union. *Discussion Papers* 037. Consult. 17 Set 2018 em https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/cost-containment-policies-hospital-expenditure-european-union_en.
- ___ (2013). Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's cost disease. *Economic Papers* 507. Consult. 17 Set 2018 em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/ecp507_en.htm.
- DRANOVE, D., & SATTERTHWAITE, M. (2000). The industrial organization of health care markets. *The Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland.
- DE LA MAISONNEUVE, C., MORENO-SERRA, R., MURTI, F., & MARTINS, J. (2016). The drivers of public health spending: integrating policies and institutions. *OECD Economics Department Working Papers* 1283. OECD Publishing, Paris. Consult. 18 Set 2018 em <http://dx.doi.org/10.1787/5jm2f76rnhkj-en>.
- EUROSTAT (2018). Healthy life years statistics (base de dados). Consult. 18 Set 2018 em <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>.
- FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (2016). Policy Options to Mitigate the Impact of Adverse Demographic Developments. *IMF Country Report* 16/301. Consult. 18 Set 2018 em <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2016/cr16301.pdf>.
- HEALTH CONSUMER POWERHOUSE (2018), "EuroHealth consumer index 2017". Consult. 18 Set 2018 em <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2018). Conta Satélite da Saúde (base de dados). Consult. 18 Set 2018 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_contas_nacionais&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=97154797&INST=116634832&xlang=pt.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (2018). OECD health statistics, (base de dados). Consult. 18 Set 2018 em <http://stats.oecd.org/>.
- ___ (2017). Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing. Consult. 18 Set 2018 em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

___ (2016). OECD health systems characteristics survey 2016 (database). Consult. 18 Set 2018 em <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>.

___ (2015). *OECD reviews of health care quality: Portugal 2015: raising standards*. Paris: OECD Publishing. Consult. 24 Jun 2016 em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

___ (2010). *Health care systems: efficiency and policy settings*. Paris: OECD Publishing. Consult. 18 Set 2018 em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization. Consult. 18 Set 2018 em http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

PARIS, V., HEWLETT, E., AURAAEN, A., ALEXA, J., & SIMON, L. (2016). Health care coverage in OECD countries in 2012. *OECD Health Working Papers* 88. Paris: OECD Publishing. Consult. 18 Set 2018 em <http://dx.doi.org/10.1787/5jlz3kbf7pzv-en>.

PARIS, V., DEVAUX, M., & WEI, L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers* 50. Consult. 18 Set 2018 em <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>.

RODRIGUES, T., & LEÃO, C. (2014). A saúde em Portugal: atores e temporalidades. In CARVALHO, A., & al., *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança*. Editora Instituto Hidrográfico. ISBN: 978-989-705-075-6.

SCHOKKAERT, E., & VAN DE VOORDE, C. (2011). User Charges. In Glied, S. and P. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press.

SIMÕES, J., AUGUSTO, G., FRONTEIRA, I., & HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2017). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition* 19(2): 1-171.