

Conta Satélite da Saúde – Base 2011

2010 – 2013Pe

Em 2013, a despesa corrente em saúde diminuiu 2,1%

Em 2013, a despesa corrente em saúde continuou a diminuir (-2,1%), mas de forma menos acentuada que o verificado em 2011 (-5,2%) e 2012 (-6,6%). Em percentagem do Produto Interno Bruto, a despesa corrente em saúde representou 8,9% em 2013. A despesa corrente pública contribuiu para esta evolução, diminuindo 1,1% em 2013, após registar reduções significativas em 2011 (-8,2%) e 2012 (-9,9%). A despesa corrente privada registou aumentos moderados em 2011 (+1,8%) e 2012 (+0,5%), estimando-se um decréscimo de 3,9% para 2013.

O Instituto Nacional de Estatística divulga os resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS), na base 2011, para o período 2010-2013. Esta nova base substitui a base 2006 e é consistente com a base 2011 das Contas Nacionais Portuguesas (CNP), divulgada em 29 de agosto de 2014. A revisão dos resultados da CSS refletiu as alterações metodológicas decorrentes da adoção do Sistema Europeu de Contas 2010 – SEC 2010, as atualizações de procedimentos, de métodos e do universo de referência da CSS e a incorporação de novas fontes de informação. Na última secção deste documento referem-se os principais aspetos sobre as alterações introduzidas.

A informação divulgada neste destaque apresenta um carácter final para os anos 2010 e 2011, provisório para o ano 2012 e preliminar para o ano 2013. No Portal do INE, na área de divulgação das Contas Nacionais (secção das Contas Satélite¹) são ainda disponibilizados quadros adicionais com informação mais detalhada.

1. Principais Agregados da Despesa em Saúde e Produto Interno Bruto (PIB)

Em 2011 e 2012, a despesa corrente em saúde decresceu 5,2% e 6,6%, respetivamente. Em 2012, a despesa corrente atingiu os 15 607 milhões de euros, o que representou 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB) e uma despesa *per capita* de 1 484,28 euros. Em 2013 estima-se que a despesa corrente tenha voltado a diminuir, com menor intensidade que nos dois anos anteriores (-2,1%), atingindo 15 284 milhões de euros, o equivalente a 8,9% do PIB.

¹ http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cnacionaissec2010

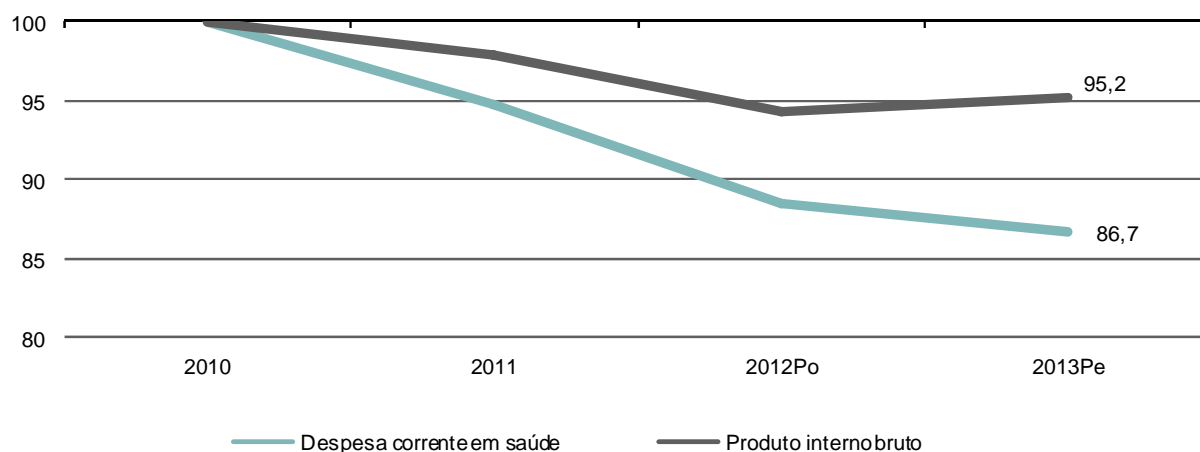
Quadro 1: Despesa corrente em saúde, formação bruta de capital e PIB (2010-2013Pe)

	2010	2011	2012Po	2013Pe
Despesa corrente em saúde				
Valor (10 ⁶ €)	17 623,5	16 703,1	15 607,0	15 283,8
Taxa de variação nominal (%)	-	-5,2	-6,6	-2,1
% do PIB (%)	9,8	9,5	9,2	8,9
Per capita (€)	1 666,82	1 582,09	1 484,28	1 461,54
Formação bruta de capital				
Valor (10 ⁶ €)	1 155,3	1 034,5	801,1	-
Taxa de variação nominal (%)	-	-10,5	-22,6	-
% do PIB (%)	0,6	0,6	0,5	-
Produto Interno Bruto (PIB)				
Valor (10 ⁶ €)	179 929,8	176 166,6	169 834,5	171 359,7
Taxa de variação nominal (%)	2,6	-2,1	-3,6	0,9

Em 2011 e 2012, a despesa corrente em saúde decresceu a um ritmo muito superior ao do PIB (-2,1% em 2011 e -3,6% em 2012). Em 2013, estima-se que a despesa corrente tenha continuado a diminuir, enquanto o PIB registou um crescimento de 0,9%. Em termos acumulados, face a 2010, a despesa corrente em saúde apresentou uma redução superior em 8,5 p.p. (pontos percentuais) à do PIB.

Gráfico 1: Despesa corrente em saúde e PIB (2010-2013Pe)

(variação nominal, 2010=100)

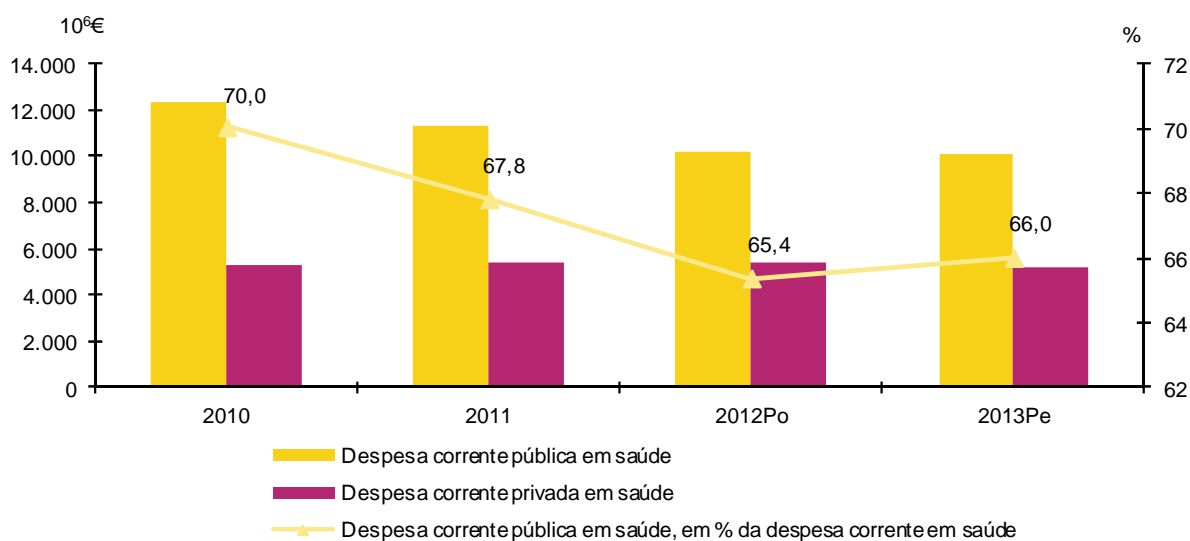


Em 2011 e 2012, a formação bruta de capital dos prestadores de cuidados de saúde também acompanhou a tendência decrescente, mas de forma mais significativa, registando reduções nominais de 10,5%, em 2011 e de 22,6%, em 2012.

2. Despesa corrente pública e privada

Entre 2010 e 2012, o peso relativo da despesa corrente financiada pelos agentes financiadores públicos² diminuiu, passando de 70,0% em 2010 para 65,4% da despesa corrente total em 2012. Os resultados preliminares para 2013 apontam para um ligeiro aumento da importância relativa da despesa corrente pública face à despesa corrente privada³ (66,0% em 2013, mais 0,6 p.p. face a 2012).

Gráfico 2: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2010-2013Pe)



Em 2011 e 2012, a despesa corrente pública com saúde diminuiu significativamente (-8,2%, em 2011 e -9,9%, em 2012), traduzindo o impacto de medidas políticas gerais de contenção da despesa pública, adotadas nesses anos, nomeadamente a redução dos custos com o pessoal, e de medidas setoriais, como a política do medicamento. Por sua vez, a despesa corrente privada registou aumentos moderados de 1,8% em 2011 e 0,5% em 2012. Para 2013 estima-se que a despesa corrente pública e privada tenham decrescido 1,1% e 3,9%, respetivamente.

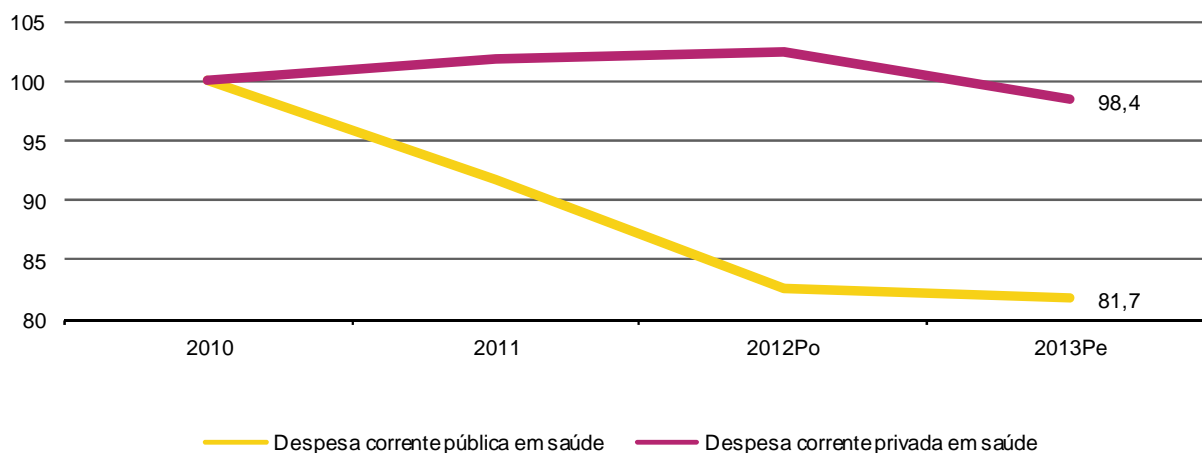
Em 2013, a despesa corrente total foi inferior à registada em 2010 (-18,3% de despesa corrente pública e -1,6% de despesa corrente privada). A primeira registou um decréscimo médio anual de 6,4%, enquanto a segunda diminuiu 0,5%.

² Os agentes financiadores públicos englobam as entidades das Administrações Públicas, tais como as que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde públicos e os fundos de segurança social.

³ Os agentes financiadores privados englobam os seguros privados (subsistemas de saúde privados e outros seguros privados), as famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF) e as outras sociedades.

Gráfico 3: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2010-2013Pe)

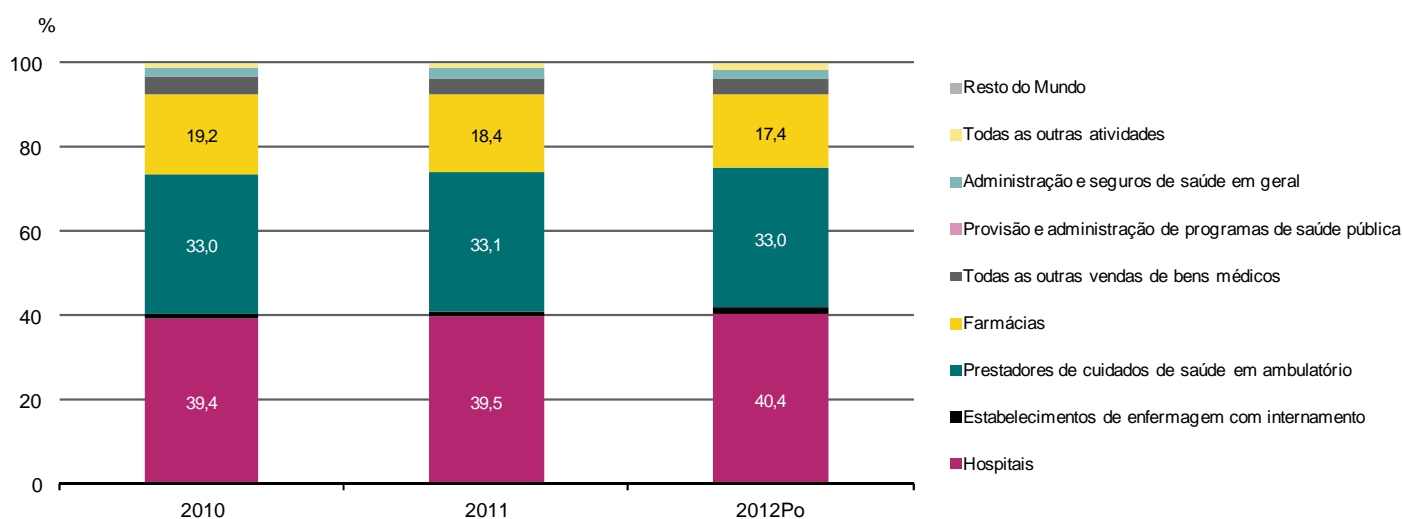
(variação nominal, 2010=100)



3. Despesa corrente por prestadores de cuidados de saúde e por funções de cuidados de saúde (incluindo modos de produção)⁴

No período em análise não se observaram alterações estruturais significativas da despesa corrente por prestador. Os hospitais, os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório e as farmácias, em conjunto, representaram, em média, 91,1% da despesa corrente em saúde. Ao nível desses prestadores observou-se um aumento do peso relativo da despesa em hospitais (39,4% em 2010, 39,5% em 2011 e 40,4% em 2012), em detrimento da despesa em farmácias (19,2% em 2010, 18,4% em 2011 e 17,4% em 2012).

Gráfico 4: Despesa corrente em saúde por prestador (2010-2012Po)



⁴ A análise da despesa corrente em saúde por prestador de cuidados de saúde e por funções de cuidados de saúde (incluindo modos de produção) baseou-se nos resultados finais, para o período 2010-2011, e nos resultados provisórios para o ano 2012. A versão preliminar da CSS para o ano 2013 não apresenta esse detalhe.

Em 2011 e 2012, a despesa corrente dos principais prestadores diminuiu significativamente. O decréscimo da despesa em hospitais (-4,8% em 2011 e -4,6% em 2012) deveu-se à redução da despesa em hospitais públicos⁵ (-7,7% em 2011 e -8,2% em 2012), uma vez que a despesa em hospitais privados⁶ aumentou nesses anos (+7,8% em 2011 e +9,4% em 2012). O aumento da despesa em hospitais privados é justificado, principalmente, pelo incremento da atividade destas unidades hospitalares e pela criação de novas unidades hospitalares, nomeadamente unidades com contrato de parceria público-privada (a transferência de gestão do Hospital de Reynaldo dos Santos de Vila Franca de Xira, em Junho de 2011, e a abertura do Hospital Beatriz Ângelo (Loures), em Janeiro de 2012).

A despesa dos outros prestadores de cuidados em ambulatório, públicos e privados, também decresceu. No entanto, a diminuição da despesa corrente destes prestadores públicos (-9,1% em 2011 e -10,1% em 2012) foi muito superior à registada pelos prestadores privados (-3,1% em 2011 e -5,6% em 2012). As medidas políticas implementadas no setor da saúde, com o objetivo de diminuir o consumo intermédio e os custos com o pessoal dos prestadores públicos, refletiram-se na redução significativa da sua despesa em 2011 e 2012. A despesa em farmácias decresceu 9,2% em 2011 e 11,9% em 2012.

Gráfico 5: Despesa corrente em saúde, por principais prestadores (2010-2012Po)
(variação nominal)

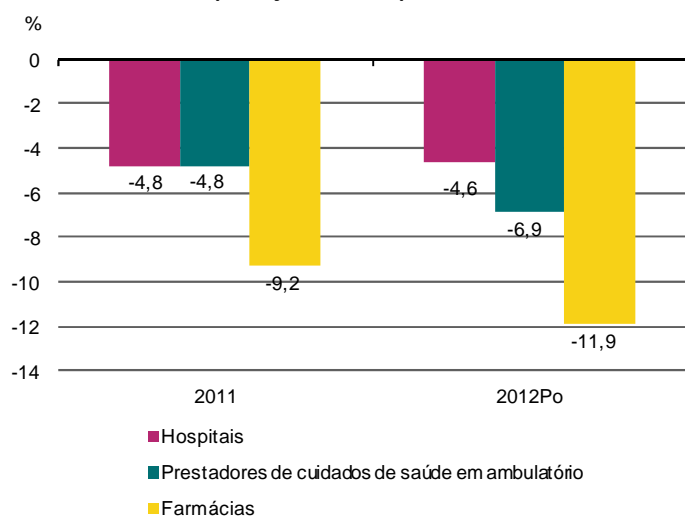
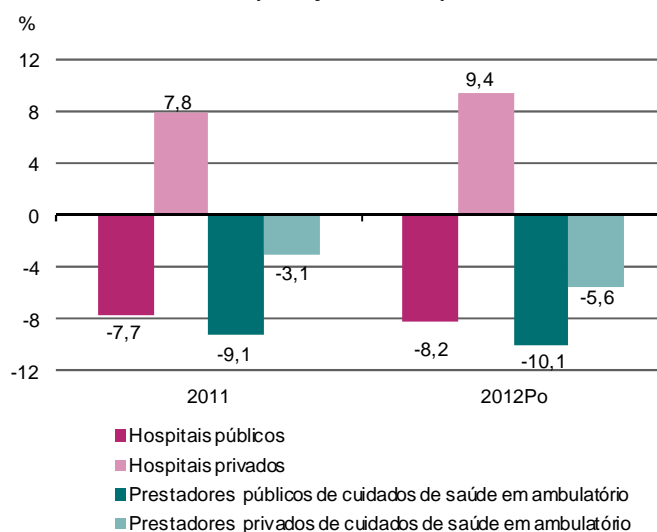


Gráfico 6: Despesa corrente em saúde, por principais prestadores públicos e privados (2010-2012Po)
(variação nominal)



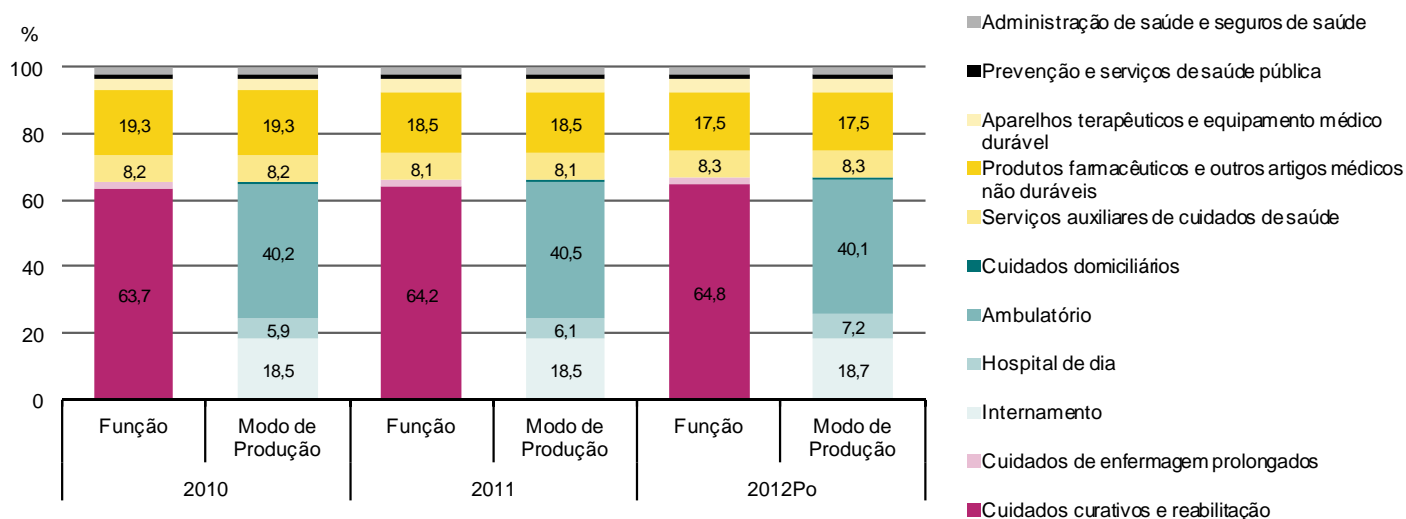
A análise da estrutura funcional do conjunto dos prestadores permite concluir que, entre 2010 e 2012, as funções de cuidados de saúde mais representativas na despesa corrente são os cuidados curativos e de reabilitação (em média 64,2%), os produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (em média 18,5%) e os serviços auxiliares (em média 8,2%). Considerando o modo de produção, observa-se que, ao longo do período em análise, a maior parte dos cuidados curativos e de reabilitação e os cuidados de enfermagem prolongados foram prestados em ambulatório, representando o seu peso na despesa (40,2% em 2010, 40,5% em 2011 e 40,1% em 2012) mais do dobro dos serviços prestados em internamento.

⁵Os hospitais públicos incluem os hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.).

⁶Os hospitais privados incluem hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada.

Nas alterações da repartição funcional da despesa, destacou-se o aumento do peso relativo dos serviços prestados em hospital dia (5,9% em 2010, 6,1% em 2011 e 7,2% em 2012) e a redução da importância da despesa em produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (19,3% em 2010, 18,5 em 2011 e 17,5% em 2012).

Gráfico 7: Despesa corrente em saúde, por função e modo de produção (2010-2012Po)



Com efeito, em 2011 e 2012 registou-se a contração generalizada da despesa nas principais funções de cuidados de saúde, com maior intensidade na parte relativa aos produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (-9,1% em 2011 e -11,8% em 2012). Em relação à despesa por modos de produção, em 2011 e 2012 verificou-se um ligeiro aumento da despesa em cuidados domiciliários (+1,5% em 2011 e +0,3% em 2012). Com a exceção da despesa em hospital dia, que em 2012 cresceu 10,3% (devido a um aumento da cirurgia em ambulatório), a despesa nos restantes modos de produção diminuiu nesses anos.

Gráfico 8: Despesa corrente em saúde, por principais funções (2010-2012Po) (variação nominal)

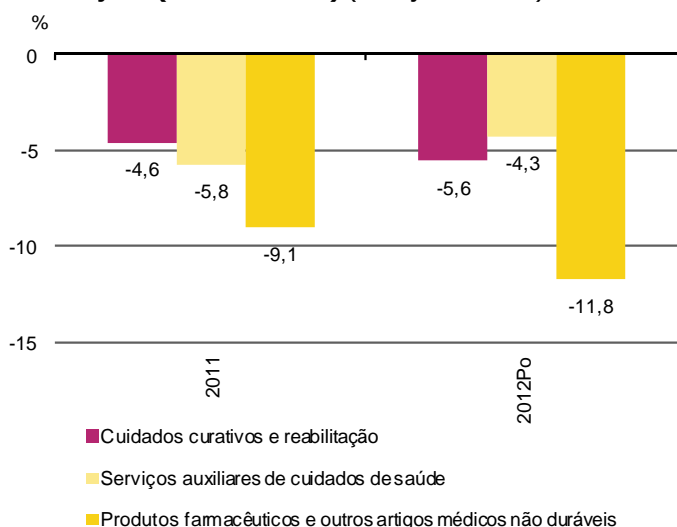
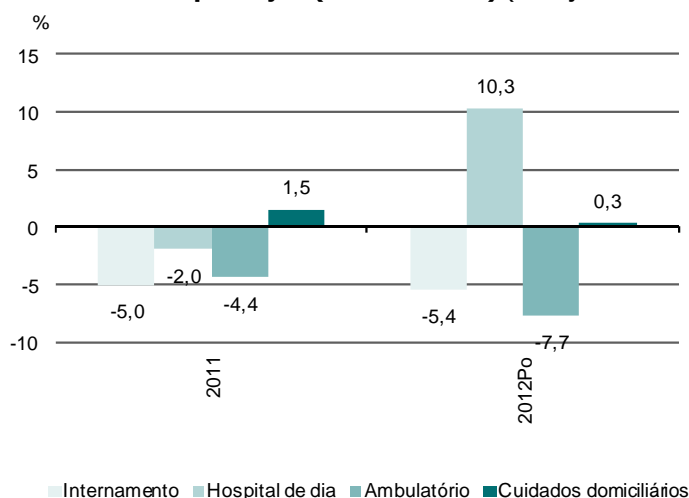


Gráfico 9: Despesa corrente em saúde, por principais modos de produção (2010-2012Po) (variação nominal)



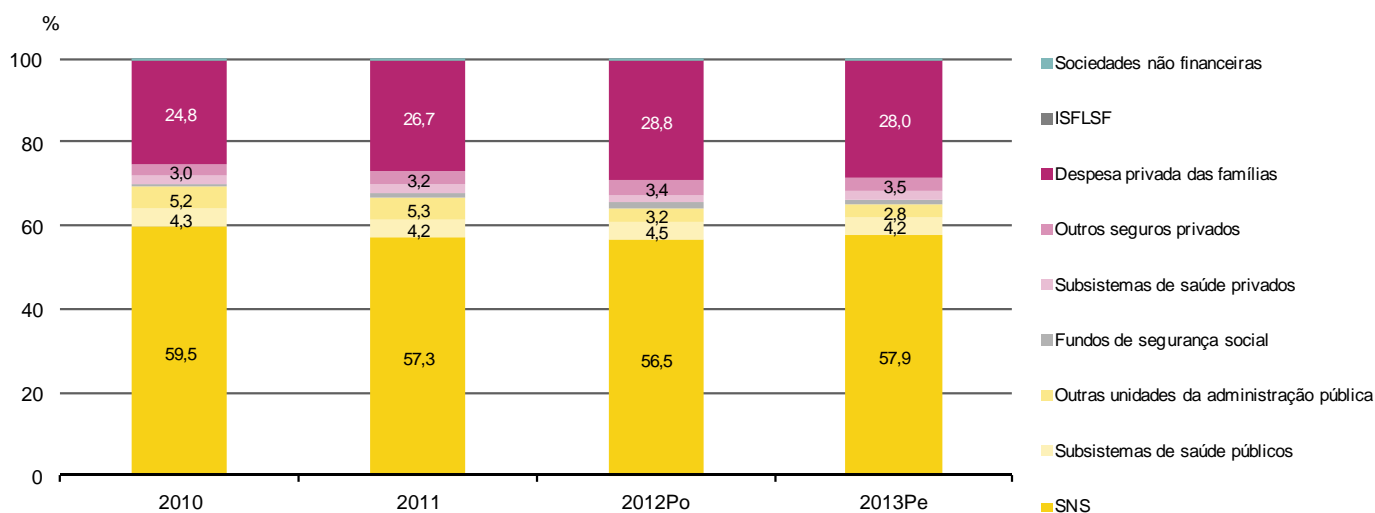
4. Despesa corrente por agentes financiadores e prestadores de cuidados de saúde

Entre 2010 e 2013, o **Serviço Nacional de Saúde (SNS)** foi o principal agente financiador da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 57,8% do total. Nesse período, as famílias constituíram o segundo agente financiador mais importante do sistema de saúde português, financiando, em média, 27,1% da despesa.

Entre 2010 e 2012, o peso da despesa corrente das famílias aumentou sucessivamente (24,8% em 2010, 26,7% em 2011 e 28,8% em 2012), enquanto a despesa financiada pelo SNS foi proporcionalmente menor (59,5% em 2010, 57,3% em 2011 e 56,5% em 2012). Para 2013 estima-se uma inversão desta tendência, observando-se, por um lado, o decréscimo da proporção do financiamento das famílias (menos 0,8 p.p. face a 2012) e, por outro lado, o aumento da importância relativa da despesa do SNS (mais 1,4 p.p. face a 2012).

Em relação aos outros agentes responsáveis pelo financiamento da despesa de saúde, ao longo do período em análise, destaca-se o aumento do peso relativo da despesa dos outros seguros privados que, em 2013, representou 3,5% da despesa corrente (3,0% em 2010, 3,2% em 2011, 3,4% em 2012). Em sentido oposto, registou-se na estrutura de financiamento a redução da percentagem referente às outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde) que, em 2013, correspondeu a 2,8% da despesa corrente. Esta evolução é justificada pela alteração das regras aplicadas ao cálculo das deduções à coleta de IRS⁷.

Gráfico 10: Despesa corrente em saúde, por agente financiador (2010-2013Pe)



Entre 2010 e 2012, o financiamento dos hospitais públicos representou, em média, 52,5% da despesa do SNS (52,4%, 52,9% e 52,2% em 2010, 2011 e 2012, respetivamente). A restante despesa do SNS, nesse período, concentrou-se no financiamento em farmácias (em média 15,1%), nos prestadores públicos de cuidados em ambulatório (em média 13,7%) e nos prestadores privados de cuidados em ambulatório (em média 11,3%). Ao longo do período observado,

⁷ De acordo com a Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro. A partir de 2012, as famílias passaram a poder deduzir apenas 10% das despesas em saúde, com o limite de 838,44€, no caso das despesas isentas de IVA ou sujeitas à taxa reduzida. Até 2011 era possível deduzir até 30% das despesas de saúde, com bens e serviços isentos de IVA ou com taxa de 6% (e juros contraídos para pagamento das mesmas), sem limite estabelecido.

registou-se, por um lado, o aumento do peso relativo do financiamento do SNS em hospitais privados (3,6% em 2010, 3,9% em 2011 e 5,3% em 2012), explicado pelo início de contratos de parceria público-privada, e nos prestadores privados em ambulatório (10,5% em 2010, 11,2% em 2011 e 12,1% em 2012), apesar da redução nominal da despesa nestes prestadores. Por outro lado, diminuiu a percentagem do financiamento do SNS destinado quer às farmácias (16,6% em 2010, 14,7% em 2011 e 14,1% em 2012), refletindo as medidas adotadas no âmbito da política do medicamento⁸ quer aos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (14,3% em 2010, 13,9% em 2011 e 13,0% em 2012), em consequência das medidas implementadas para redução da despesa.

Em termos nominais, em 2011 e 2012, a despesa corrente do SNS decresceu 8,7% e 7,9%, respetivamente. Esta redução refletiu a diminuição da despesa do SNS em hospitais públicos (-7,9% em 2011 e -9,1% em 2012), em prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (-11,4% em 2011 e -14,1% em 2012) e em farmácias (-19,2% em 2011 e -11,6% em 2012). A adoção de medidas para a diminuição da despesa pública, em 2011 e 2012, através da redução dos custos com o pessoal e dos consumos intermédios, bem como as medidas de política do medicamento implementadas traduziram-se na diminuição da despesa do SNS nesses anos. Para 2013, estima-se que a despesa do SNS tenha crescido ligeiramente (0,3%), contrariando a tendência decrescente observada nos dois últimos anos. Para esta evolução contribuiu o aumento da despesa com as entidades com contratos de parceria público-privada, com as entidades E.P.E e o aumento dos custos com o pessoal (com a reintrodução do pagamento dos subsídios de férias e de Natal e o aumento da contribuição para a Caixa Geral de Aposentações - CGA).

Gráfico 11: Despesa corrente do SNS, por prestador (2010-2012Po)

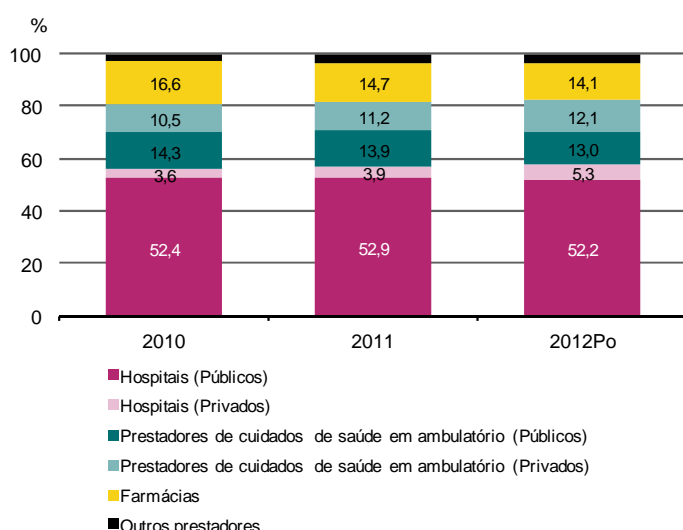
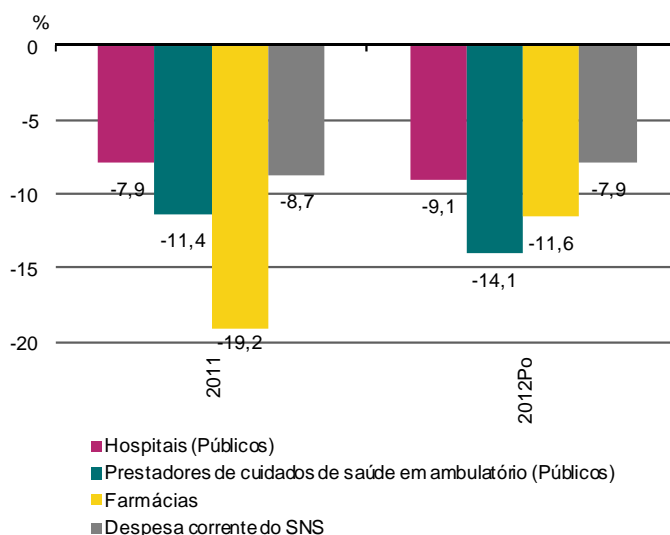


Gráfico 12: Despesa corrente do SNS, por principais prestadores (2010-2012Po) (variação nominal)



⁸ Entre 2010 e 2012, as medidas de política do medicamento consistiram em: alterações dos escalões de comparticipação do regime geral e especial; reduções dos preços dos medicamentos genéricos e de marca; alterações na fórmula de cálculo do preço de referência dos medicamentos; incentivo ao consumo e ao acesso ao mercado de medicamentos genéricos; implementação da prescrição e dispensa por "Denominação Comum Internacional", etc..

Ao longo do período em análise, os principais prestadores financiados pelas **famílias** foram os prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (em média 47,8%), as farmácias (em média 27,8%), os hospitais privados (em média 11,2%) e todas as outras vendas de bens médicos (em média 9,4%). Entre 2010 e 2012, a estrutura da despesa das famílias sofreu algumas alterações, registando-se o reforço contínuo do peso relativo da despesa em hospitais públicos (+0,9 p.p. em 2012, face a 2010) e privados (+1,0 p.p. em 2012, face a 2010) e nos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (+1,5 p.p. em 2012, face a 2010). Em relação aos prestadores públicos, o aumento da despesa das famílias foi justificado pelas alterações implementadas nas atualizações e isenções das taxas moderadoras, bem como pela sua introdução na Região Autónoma dos Açores. É ainda de referir a diminuição progressiva da proporção da despesa das famílias no financiamento dos prestadores privados de cuidados em ambulatório (-3,4 p.p. em 2012, face a 2010) e nos estabelecimentos de enfermagem com internamento (-0,4 p.p. em 2012, face a 2010).

Em 2011 e 2012, a despesa corrente das famílias registou aumentos ligeiros de 2,0% e 0,7%, respetivamente. Para esta evolução contribuiu o aumento do financiamento em hospitais privados (+10,1% em 2011 e 2,2% em 2012) e nos prestadores públicos: hospitais (+26,9% em 2011 e +55,9% em 2012) e prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (+64,1% em 2011 e +141,5% em 2012). Contrariando esta tendência, nesse período, as famílias reduziram a sua despesa em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (-4,2% em 2011 e -0,2% em 2012). Por sua vez, a despesa das famílias em farmácias registou um aumento de 11,8%, em 2011, e uma diminuição de 4,0%, no ano seguinte. Em ambos os anos, a evolução da despesa das famílias em farmácia foi fortemente influenciada pelas medidas adotadas no âmbito da política do medicamento. Após o aumento registado em 2011, devido, principalmente, à diminuição das comparticipações de determinados grupos e subgrupos farmacoterapêuticos e a alteração do Escalão A⁹ de 95% para 90%, no ano seguinte, foram adotadas medidas de revisão dos preços que tornaram os medicamentos mais baratos e proporcionaram a diminuição da despesa das famílias.

Para 2013 estima-se que a despesa corrente das famílias tenha diminuído 4,7%.

Gráfico 13: Despesa corrente das famílias, por prestador (2010-2012Po)

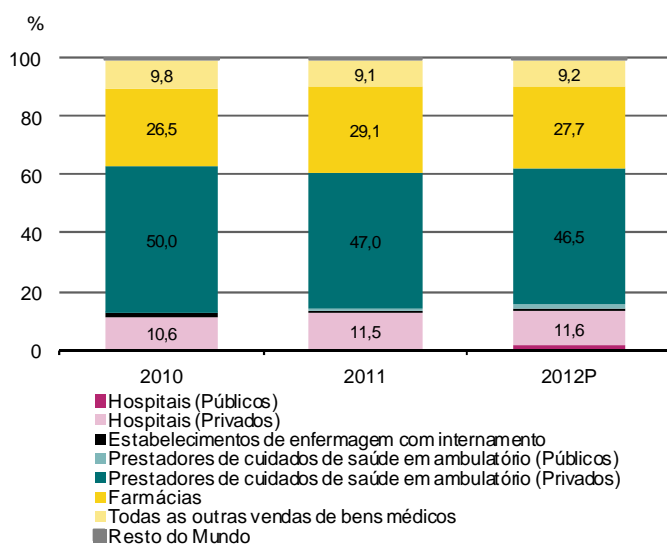
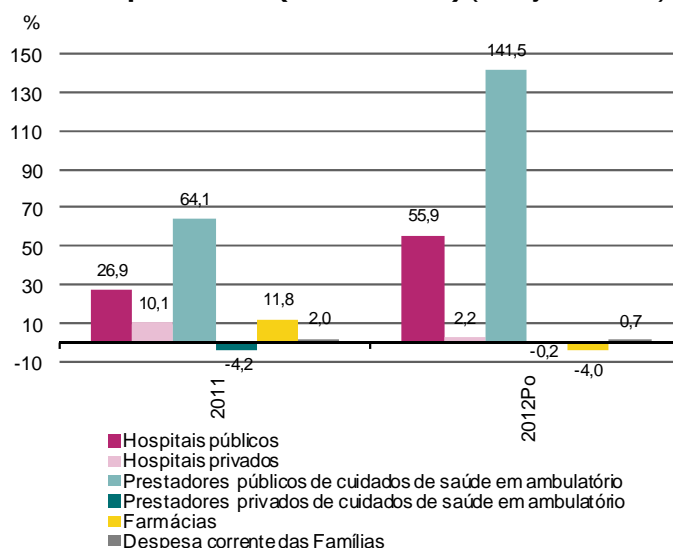


Gráfico 14: Despesa corrente das famílias, por principais prestadores (2010-2012Po) (variação nominal)



⁹ A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos de venda ao público é fixada de acordo com os seguintes escalões: Escalão A - 90%; Escalão B - 69%; Escalão C - 37%; Escalão D - 15%. Os escalões de comparticipação variam de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias (divulgado em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/medicamentos/comparticipacaomedicamentos.htm>).

5. Principais alterações relativamente a série anterior da CSS (base 2006)

A implementação da nova base da CSS (base 2011) foi motivada, por um lado, pela mudança para a base 2011 das Contas Nacionais Portuguesas, garantindo-se assim a consistência e comparabilidade da informação estatística produzida, decorrente da implementação do Sistema Europeu de Contas 2010 – SEC 2010 e, por outro lado, pela necessidade de atualizar procedimentos, métodos e o universo de referência da CSS e incorporar novas fontes de informação.

Os impactos na despesa corrente em saúde (pública e privada) e na formação bruta de capital, devido às alterações realizadas na nova base da CSS, são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 2: Revisões da despesa corrente em saúde e da formação bruta de capital (2010-2012)

	2010	2011	2012
Despesa corrente em saúde (B2011 - B2006)			
Revisão (10 ⁶ €)	70,8	166,2	- 21,1
Revisão (% da despesa corrente)	0,4	1,0	- 0,1
Despesa corrente pública em saúde (B2011 - B2006)			
Revisão (10 ⁶ €)	517,0	494,4	414,7
Revisão (% da despesa corrente pública)	4,4	4,6	4,2
Despesa corrente privada em saúde (B2011 - B2006)			
Revisão (10 ⁶ €)	- 446,2	- 328,2	- 435,8
Revisão (% da despesa corrente privada)	- 7,8	- 5,8	- 7,5
Formação bruta de capital (B2011 - B2006)			
Revisão (10 ⁶ €)	44,3	63,7	-
Revisão (% da FBC)	4,0	6,6	-

Os resultados finais para os anos 2010 e 2011, na base 2011, quando comparados com os resultados calculados na base 2006 (finais para 2010 e provisórios para 2011), refletiram uma reavaliação positiva da despesa corrente em saúde (+0,4% em 2010 e +1,0% em 2011). Para 2012, na base 2011, a despesa corrente em saúde foi revista em baixa em cerca de 21,1 milhões de euros, correspondente a menos 0,1% face aos resultados preliminares da base 2006. Na separação da despesa corrente pública e privada, na comparação entre bases, destaca-se a reavaliação positiva da despesa corrente pública (+4,4%, +4,6% e +4,2% em 2010, 2011 e 2012, respetivamente) e, em sentido oposto, a reavaliação negativa da despesa corrente privada (-7,8%, -5,8% e -7,5% em 2010, 2011 e 2012, respetivamente). Para esta alteração estrutural no financiamento da despesa corrente foram determinantes os efeitos da reclassificação setorial das entidades E.P.E. no setor das Administrações Públicas. Ao nível da formação bruta de capital, entre bases, verificou-se a revisão em alta deste agregado da despesa total em saúde em cerca de 4,0%, em 2010, e 6,6% em 2011.

As principais alterações metodológicas e as novas fontes de informação incorporadas na compilação da CSS, na base 2011, foram as seguintes:

5.1. Alterações metodológicas

5.1.1. Implementação do Sistema Europeu de Contas 2010 – SEC 2010

A adoção do SEC 2010, à semelhança do ocorrido nas CNP, introduziu alterações metodológicas com impactos significativos na CSS. As principais alterações foram as seguintes:

a) Registo das despesas em investigação e desenvolvimento (I&D) na Formação Bruta de Capital

De acordo com o SEC 2010, as despesas resultantes da aquisição de bens e serviços de I&D ou de processos de desenvolvimento de I&D internos às organizações, passam a ser registadas como investimento (Formação Bruta de Capital Fixo – FBCF). No SEC 1995, estas despesas eram consideradas nos custos de exploração e registadas como consumo intermédio ou remunerações, estando incluídas na despesa corrente em saúde. Com a nova classificação, as despesas em I&D, geradas em cada ano, pelas unidades institucionais mercantis e não mercantis, deixam de estar incluídas na despesa corrente em saúde, passando a ser consideradas na formação bruta de capital. Assim sendo, esta alteração contribuiu para a reavaliação positiva da FBC na base 2011. No entanto, no caso das unidades institucionais não mercantis, em que a atividade é medida pelos custos, esta alteração também incrementa a despesa corrente em saúde, mas apenas no montante do Consumo do Capital Fixo (CCF), que passa a ser considerado em resultado da capitalização das despesas com I&D. Ao nível da despesa corrente, o efeito líquido desta alteração é negativo, uma vez que os montantes transferidos da despesa corrente para a FBC, devido à alteração no registo de I&D, são superiores aos incrementos na produção/despesa dos produtores não mercantis resultantes da contabilização do CCF nos custos.

b) Novas regras de análise da classificação setorial das unidades institucionais

O SEC 2010 introduz alterações aos critérios de classificação das unidades por setor institucional. Ao nível das unidades institucionais públicas, o SEC 2010 reforça significativamente os critérios qualitativos, com destaque para os aspetos relacionados com o controlo e com a natureza das receitas obtidas. Além disso, o critério quantitativo (“rácio de mercantilidade”) foi também alterado, passando agora a incluir no denominador (correspondente aos custos operacionais), os encargos líquidos com o pagamento de juros. Estas alterações implicaram a reclassificação setorial de várias unidades institucionais pertencentes ao universo da CSS, com efeitos diretos na alteração da metodologia de avaliação da sua atividade. Ao nível da CSS destaca-se a reclassificação das entidades E.P.E. no setor das Administrações Públicas. Sendo consideradas unidades institucionais não mercantis, a sua atividade passou a ser medida através dos custos, contribuindo para a reavaliação positiva da despesa corrente pública em saúde na base 2011 (+2,0% de despesa corrente pública em 2010 e 2011).

5.1.2. Alterações ao universo da CSS

A implementação da base 2011 implicou a análise do universo de referência da CSS, principalmente das unidades prestadoras de cuidados de saúde. As principais alterações na classificação de prestadores ocorreram ao nível das unidades institucionais que prestam, simultaneamente, cuidados de saúde e cuidados sociais. Sempre que as fontes de informação não possibilitaram a separação das atividades de prestação de cuidados de saúde das atividades sociais, assumiu-se a predominância da natureza social da atividades dessas unidades institucionais, sendo assim reclassificadas

em HCR.6 (Administração e provisão de serviços sociais em espécie destinados à assistência a doentes e deficientes). Com base neste critério, destaca-se a alteração da classificação dos Serviços Integrados da Segurança Social da classificação de prestadores públicos HP.2 (Estabelecimentos de enfermagem com internamento) para a classificação HCR.6. O objetivo principal desta alteração consistiu na necessidade de isolar a despesa em cuidados sociais, que deverá ser excluída da despesa corrente em saúde e incluída na despesa em HC.R.6.

5.1.3. Reclassificação dos subcontratos das Entidades E.P.E

A reclassificação setorial das entidades E.P.E. no setor das Administrações Públicas teve repercussões no registo da produção subcontratada por estas entidades a outros prestadores mercantis externos (subcontratos). Enquanto unidades institucionais pertencentes ao setor das Sociedades não Financeiras (S.11) estes subcontratos eram registados como Consumo Intermédio dessas instituições e, uma vez que a sua produção era medida pelos proveitos em prestações de serviços, e para evitar duplicações na despesa corrente, eram deduzidos à despesa dos prestadores mercantis que forneciam estes serviços. Com a sua integração no setor das Administrações Públicas, a produção das entidades E.P.E. passou a ser avaliada através dos custos, excluindo os subcontratos, que passaram a ser registados como financiamento direto aos prestadores mercantis que fornecem estes serviços às Entidades E.P.E.

5.2. Incorporação de nova informação estatística

5.2.1. Incorporação dos resultados do Inquérito aos Gastos Turísticos Internacionais (IGTI)

O Inquérito aos Gastos Turísticos Internacionais de 2013 permitiu a atualização da despesa em saúde e em medicamentos dos cidadãos não residentes (turistas) no território português e dos cidadãos residentes fora do território. Especificamente, permitiu observar, de forma isolada, os dados sobre a despesa nas classes "serviços médicos e paramédicos" e em "medicamentos" que, em versões anteriores do inquérito, estavam integradas na classe de "Outras despesas". Esta informação foi complementada com a informação sobre a utilização de cartões de crédito, que permitiu obter informação adicional sobre a estrutura das despesas efetuadas pelos não residentes.

Na CSS, a despesa dos cidadãos não residentes (turistas) no território português e dos cidadãos residentes fora do território português corresponde, respetivamente, à exportação e à importação de serviços de saúde e de medicamentos. Conceptualmente, a despesa corrente em saúde exclui as exportações e inclui as importações, que deverão ser classificadas em HP.9 (prestadores do resto de mundo).

Face à base 2006, em 2010 e 2011, a incorporação dos resultados do IGTI implicou as seguintes revisões na despesa corrente em saúde:

Quadro 3: Revisões na despesa corrente em saúde (2010-2011)

	Unit: %	
CSS B2011- CSS B2006	2010	2011
Despesa dos cidadãos residentes fora do território económico (importações)	-0,7	-0,7
Despesas dos cidadãos não residentes no território económico (exportações)	0,4	0,5
Efeito líquido na despesa corrente em saúde (importações - exportações)	-1,2	-1,1

Ao nível do financiamento, o efeito da revisão em baixa da despesa corrente em saúde em -1,2%, em 2010, e -1,1%, em 2011, refletiu-se diretamente na diminuição da despesa corrente privada, nomeadamente na despesa corrente das famílias.

5.2.2. Orçamentos e Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social (OCIP)

A partir de 2011, o INE passou a aceder à base de dados dos Orçamentos e Contas Anuais das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Esta base de dados disponibiliza a informação contabilística que as IPSS e equiparadas são obrigadas a apresentar a partir do momento em que se registam como IPSS na Segurança Social.

O acesso a esta informação permitiu um conhecimento mais atualizado e detalhado da atividade de um conjunto significativo de IPSS que, por vezes, operam simultaneamente nas áreas sociais e de saúde, contribuindo para aferir com maior exatidão a despesa nos serviços de saúde prestados por estas instituições. Ao nível da classificação de prestadores, também se recorreu a esta fonte para identificar as instituições que prestam maioritariamente cuidados sociais, que, de acordo com as orientações metodológicas para a compilação da CSS, deverão estar classificadas na atividade relacionada com a saúde HC.R.6 (Administração e provisão de serviços sociais em espécie destinados à assistência a doentes e deficientes).

5.2.3. Informação detalhada sobre as entidades subcontratadas pelo Serviço Nacional de Saúde (Continente)

A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) disponibilizou a listagem dos montantes faturados ao SNS pelas entidades convencionadas, na área dos meios auxiliares de diagnóstico e de medicina física de reabilitação, permitindo melhorar significativamente a afetação do financiamento do SNS, aos prestadores convencionados privados. O acesso a esta informação detalhada não contribuiu para alterar a despesa corrente em saúde do SNS, mas apenas a distribuição do seu financiamento aos prestadores convencionados privados.

5.2.4. Relatório Único

A estimativa de despesa em serviços de medicina do trabalho incluída no HP.7.1 (Estabelecimentos prestadores de serviços de cuidados de saúde ocupacional) baseou-se na informação recolhida pelo Relatório Único do Gabinete de Estratégia e Estudos do Ministério da Economia que, em 2009, substituiu o Balanço Social do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Ao contrário da fonte de informação anterior, o Relatório Único permitiu isolar as despesas das empresas que dispõem de serviços internos de medicina do trabalho (nomeadamente as despesas com a organização dos serviços de segurança e saúde no trabalho e com a formação, informação e consulta) classificadas como HP.7.1. O Balanço Social não recolhia informação com detalhe suficiente para fazer esta distinção, proporcionando uma relativa sobreavaliação desta despesa na base 2006 (na base 2011 face à base 2006, -0,2% de despesa corrente em 2010 e 2011).

Notas Metodológicas:

A Conta Satélite da Saúde (CSS) tem como referência os princípios, conceitos, definições e classificações presentes no manual *System of Health Accounts – version 1.0** (SHA) da OCDE. Este manual estabelece as metodologias de cálculo dos agregados da despesa em saúde, de acordo com as seguintes definições:

- **Despesa corrente em saúde:** mede a utilização final dos residentes em bens e serviços de saúde. Inclui a despesa corrente em cuidados de saúde pessoais, os serviços de saúde pública e de prevenção e a despesa na administração de saúde e seguros de saúde. Engloba, ainda, as importações (despesas em saúde fora do território económico efetuadas por residentes) e exclui as exportações de serviços de saúde (prestadas por unidades residentes a unidades não residentes). Está integrada no conceito da despesa interna bruta total.

A despesa corrente em cuidados de saúde pessoais integra os cuidados curativos e reabilitação (internamento, ambulatório, hospital dia e cuidados domiciliários), os cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital dia e cuidados domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis e aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável).

- **Formação bruta de capital em atividades de saúde:** corresponde ao valor total da formação bruta de capital (FBC) das unidades institucionais que prestam cuidados de saúde como atividade principal (inclui as unidades institucionais classificadas na nomenclatura de prestadores HP.1 (Hospitais), HP.2 (Estabelecimentos de enfermagem com internamento), HP.3 (Prestadores de cuidados de saúde em ambulatório), HP.5 (Provisão e administração de programas de saúde pública) e HP.6 (Administração e seguros de saúde em geral)). A FBC contribui para o aumento do *stock* de recursos do sistema de saúde, utilizado de forma repetida e continuada, com durabilidade superior a um período contabilístico (um ano).

- **Despesa total em saúde:** compreende a despesa corrente em saúde e a formação bruta de capital dos prestadores de cuidados de saúde.

O manual SHA da OCDE recomenda a classificação tridimensional das unidades institucionais de acordo com a Classificação Internacional para as Contas da Saúde (*International Classification for Health Accounts*) (ICHA): Atividades Prestadoras de Cuidados de Saúde (*Health providers - HP*); os Agentes Financiadores de Cuidados de Saúde (*Health Financing Agents - HF*) e as Funções de Cuidados de Saúde (*Health Care Functions - HC*).

- **Atividades prestadoras de cuidados de saúde (ICHA-HP):** compreende os produtores cuja atividade principal e secundária é a produção de serviços de saúde. Estão incluídos:

- Os produtores que têm como atividade principal a prestação de cuidados de saúde (ex.: Hospitais; clínicas médicas).
- Os produtores que prestam serviços de cuidados de saúde como atividade secundária (ex.: consultórios de medicina do trabalho das empresas; termas; famílias como prestadoras de cuidados de saúde).

Exclui a produção intermédia destinada a intraconsumo das atividades prestadoras (ex.: Indústrias farmacêuticas), exceto a medicina do trabalho.

No caso português, a CSS apresenta a separação entre os prestadores públicos e privados (ver esquema seguinte). Considera ainda a seguinte especificação:

- **Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório do SNS:** incluem os centros de cuidados de saúde em ambulatório do SNS (Centros de Saúde) e dos Serviços Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira.

- **Agentes financiadores de cuidados de saúde (ICHA-HF):** engloba todas as unidades institucionais que financiam diretamente os sistemas de saúde nacionais (ex.: SNS, subsistemas de saúde públicos / privados, despesa privada das famílias). A repartição da despesa em saúde por agentes financiadores permite medir a despesa total (ou corrente), pública e privada, em saúde.

Os **agentes financiadores públicos** compreendem o SNS, os subsistemas de saúde públicos (ADSE, Assistência Médica e Medicamentosa aos beneficiários das Forças Militares e Militarizadas e Serviços Sociais da PSP e do Ministério da Justiça) e as outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde).

São classificados como **agentes financiadores privados** os seguros privados (que incluem os subsistemas de saúde privados (SAMS, PT-ACS, Instituto das Obras Sociais (IOS) dos CTT, entre outros) e os outros seguros privados), a despesa privada das famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais) e as outras sociedades (exceto as de seguros de saúde).

No caso português consideram-se as seguintes especificações:

- **SNS**: engloba o SNS do Continente e os Serviços Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira.
- **Outras unidades da administração pública**: englobam os organismos prestadores fora do SNS e os restantes organismos da Administração Pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde).
- **Funções de cuidados de saúde (ICHA-HC)**: corresponde aos produtos/serviços de saúde prestados, ou seja, a estrutura funcional de produção no sistema de saúde. O SHA considera, como critério de classificação, a funcionalidade específica da produção das atividades de saúde para uso final (§3.26, SHA). Desta forma, todas as funções intermédias inerentes à realização de um ato médico não são classificadas individualmente, mas de acordo com o objetivo final.

A natureza tridimensional da informação fornecida pela CSS é apresentada no seguinte esquema:

