

Conta Satélite da Saúde

2012 – 2014Pe

Em 2014, a despesa corrente em saúde aumentou 1,3%

Em 2014, a despesa corrente em saúde aumentou 1,3%, após um decréscimo de 1,6% observado em 2013, registando no entanto, uma taxa de crescimento nominal inferior à do Produto Interno Bruto (2,2%). Esta evolução foi determinada pelo aumento da despesa corrente pública (0,7%) e privada (2,5%). Em 2013, a despesa corrente pública e privada decresceu 0,3% e 4,1%, respetivamente.

O Instituto Nacional de Estatística apresenta os primeiros resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS), compilados de acordo com o novo manual metodológico *System of Health Accounts – 2011 Edition (SHA 2011)*, publicado em 2011. Após a implementação da base 2011 em 2014, motivada pela adoção do Sistema Europeu de Contas 2010 (SEC 2010), a transição para o novo referencial metodológico das contas da saúde foi determinada pela entrada em vigor do Regulamento (UE) 2015/359 da Comissão Europeia, de 4 de março de 2015, com aplicação legal obrigatória em todos os Estados-membros da União Europeia a partir de 2016.

As principais alterações metodológicas decorrentes da implementação do manual SHA 2011 são apresentadas no final do destaque. A informação agora divulgada tem uma natureza final para o ano 2012, provisória para o ano 2013 e preliminar para o ano 2014.

No portal do INE, na área de divulgação das Contas Nacionais (secção das Contas Satélite¹) são ainda disponibilizados quadros adicionais com informação mais detalhada.

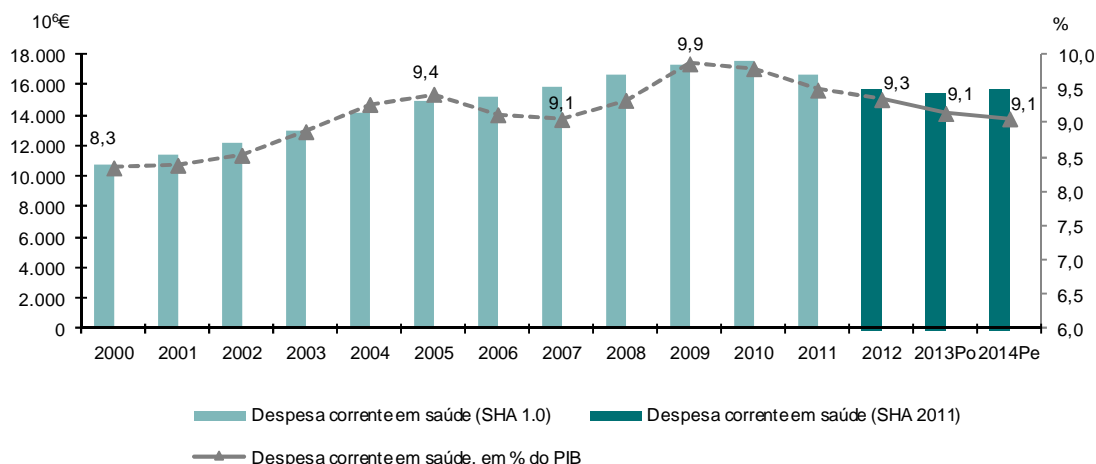
1. Despesa corrente em saúde e Produto Interno Bruto (PIB)

Em 2012, a despesa corrente em saúde atingiu 15.733,7 milhões de euros, correspondendo a 9,3% do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2013, a despesa corrente em saúde diminuiu 1,6%, fixando-se em 15.483,2 milhões de euros (9,1% do PIB). Para 2014 estima-se uma despesa de 15.681,9 milhões de euros, representando 9,1% do PIB, o que traduz um crescimento de 1,3% face a 2013.

¹https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cnacionais

Considerando a série de dados disponível para o período 2000-2014² observa-se, desde 2009, a diminuição consecutiva do peso relativo da despesa corrente em saúde no PIB, atingindo, em 2013 e 2014, 9,1%, um nível idêntico ao registado em 2006 e 2007 (9,1%).

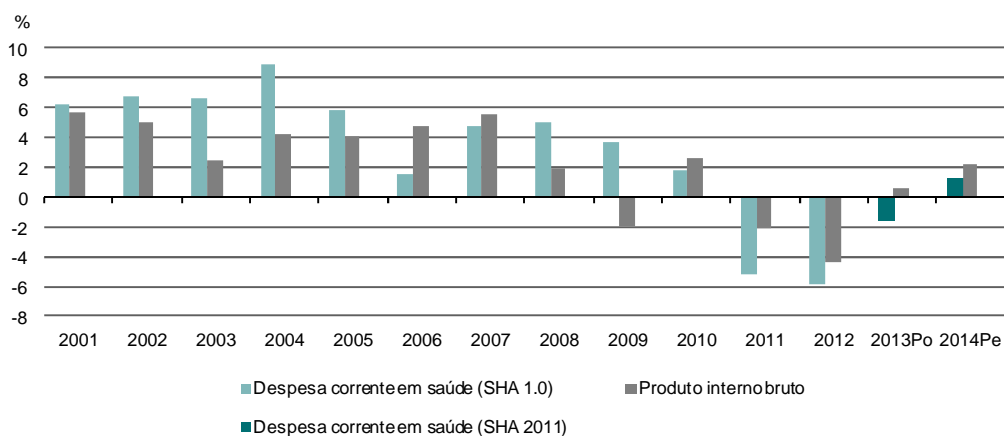
Gráfico 1: Despesa corrente em saúde e PIB (2000-2014Pe)



Desde 2010 que a despesa corrente em saúde tem registado taxas de crescimento nominais inferiores às do PIB. Na década anterior, esta situação só se tinha verificado em 2006 e 2007. Em 2013, o PIB voltou a crescer (0,6%) enquanto a despesa corrente em saúde diminuiu 1,6%. Para 2014 estima-se que a despesa corrente em saúde tenha aumentado 1,3%, registando uma taxa de crescimento inferior à do PIB (2,2%).

Gráfico 2: Despesa corrente em saúde e PIB (2000-2014Pe)

(Taxa de variação nominal)

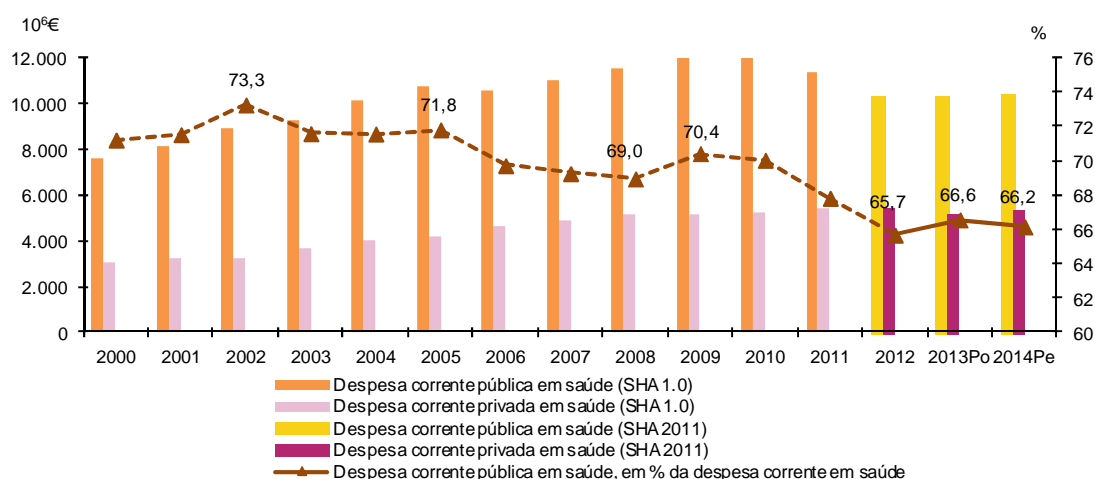


² Os resultados da despesa corrente (total, pública e privada) referentes ao período 2000-2011 foram compilados de acordo com o manual SHA 1.0. Em 12 de setembro de 2014, o INE divulgou os resultados da CSS, na base 2011, finais para os anos 2010 e 2011, provisórios para 2012 e preliminares para 2013. Em 12 de Fevereiro de 2015 foi divulgada, no portal do INE, a série retropolada da CSS para o período 2000-2009.

2. Despesa corrente pública e privada

A despesa corrente pública³ representou, em 2012, 65,7% da despesa corrente. Em 2013 registou-se um aumento de 0,9 p.p. da importância relativa da despesa corrente suportada pelos agentes financiadores públicos (66,6%), contrariando a tendência decrescente dos anos anteriores. Os resultados preliminares para 2014 evidenciam uma ligeira diminuição do peso da despesa corrente pública (66,2%).

Gráfico 3: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2014Pe)



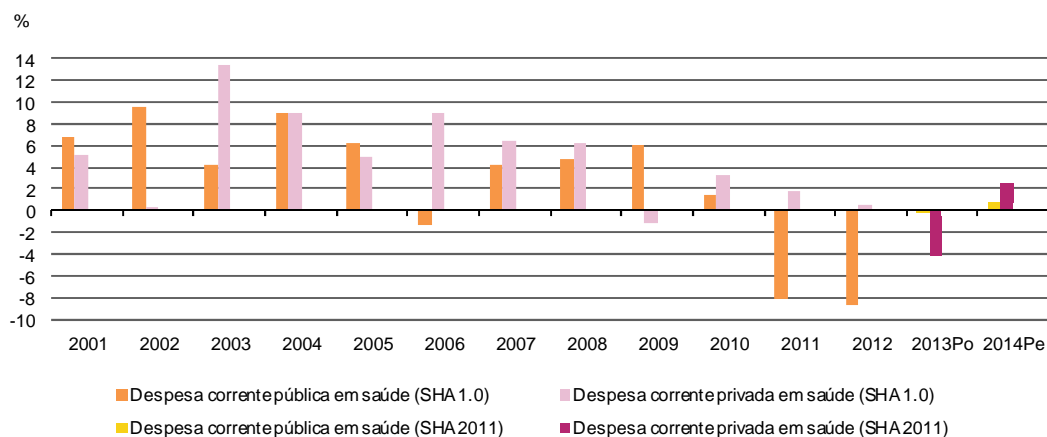
Entre 2000 e 2010, a despesa corrente pública em saúde cresceu, em média, 5,0% ao ano. Nesse período, a despesa apenas diminuiu em 2006 (-1,5%). Os anos 2011 e 2012 destacam-se por apresentarem reduções muito significativas da despesa corrente pública em saúde, traduzindo o impacto de medidas políticas gerais de contenção da despesa pública e de medidas setoriais, como a política do medicamento. Em 2013, a despesa corrente pública continuou a diminuir (-0,3%), mas a um ritmo mais moderado que nos anos anteriores. Para 2014 estima-se um ligeiro aumento (0,7%) da despesa corrente pública.

Por sua vez, entre 2000 e 2010, a despesa corrente privada⁴ aumentou, em média, 5,6% ao ano. Em 2013, a despesa corrente privada diminuiu significativamente (4,1%), após ter registado um crescimento moderado em 2011 e 2012. Para 2014 estima-se um aumento de 2,5% na despesa corrente privada.

³ A despesa corrente pública corresponde à despesa suportada pelos agentes financiadores públicos que gerem e administram os regimes de financiamento das administrações públicas e os regimes de financiamento contributivos obrigatórios. Os agentes financiadores públicos integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde (SRS), os subsistemas de saúde públicos, as outras entidades da administração pública e os fundos de segurança social.

⁴ A despesa corrente privada corresponde à despesa suportada pelos agentes financiadores privados que gerem e administram os regimes de financiamento voluntários. Os agentes financiadores privados integram as sociedades (de seguros e as outras sociedades), as Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF) (subsistemas de saúde e outras ISFLSF) e as famílias.

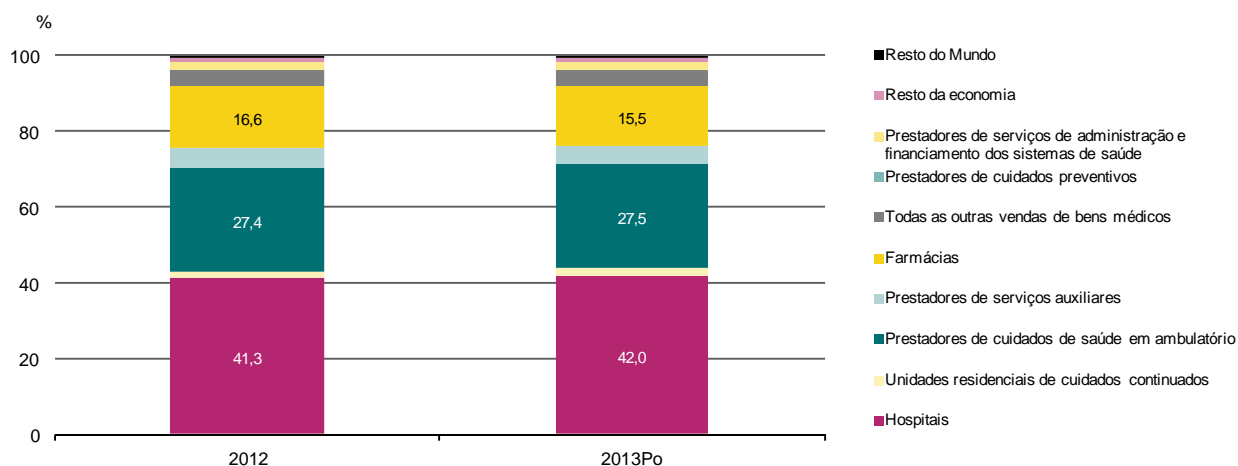
Gráfico 4: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2014Pe)
(Taxa de variação nominal)



3. Despesa corrente por prestadores de cuidados de saúde⁵

Em 2012 e 2013 não se observaram alterações significativas na estrutura da despesa corrente por prestador. Ao nível dos principais prestadores, aumentou o peso da despesa em hospitais (41,3% em 2012 e 42,0% em 2013) e nos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (27,4% em 2012 e 27,5% em 2013) e, em sentido inverso, verificou-se uma diminuição da importância relativa da despesa em farmácias (16,6% em 2012 e 15,5% em 2013).

Gráfico 5: Despesa corrente em saúde por prestador (2012-2013Po)



⁵ 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 ano 2012, e nos resultados provisórios para o ano 2013. A versão preliminar da CSS para o ano 2014 não apresenta esse detalhe.

Em 2013 observou-se um ténue aumento da despesa em hospitais (0,3%), justificado pelo aumento da despesa em hospitais privados⁶ (5,4%), uma vez que a despesa em hospitais públicos⁷ diminuiu 1,3%. A diminuição do consumo intermédio em 2013, principalmente em medicamentos e material de consumo clínico, mais que compensou o aumento dos custos com pessoal nos hospitais públicos em consequência da reintrodução do pagamento do subsídio de férias.

A despesa dos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório decresceu 1,2% devido, sobretudo, à diminuição da despesa dos prestadores privados de cuidados em ambulatório (-2,5%). Por outro lado, a despesa dos prestadores públicos de cuidados em ambulatório⁸ registou um aumento de 2,2%, devido ao aumento dos custos com o pessoal (reintrodução dos subsídios) e do consumo intermédio (nomeadamente nos encargos com as rendas dos hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada, contabilizados nas contas das Administrações Regionais de Saúde e, como tal, incluídos na despesa dos prestadores públicos de cuidados em ambulatório).

Em 2013, a despesa em farmácias decresceu 7,9%.

Gráfico 6: Despesa corrente em saúde, por principais prestadores (2013Po)
(Taxa de variação nominal)

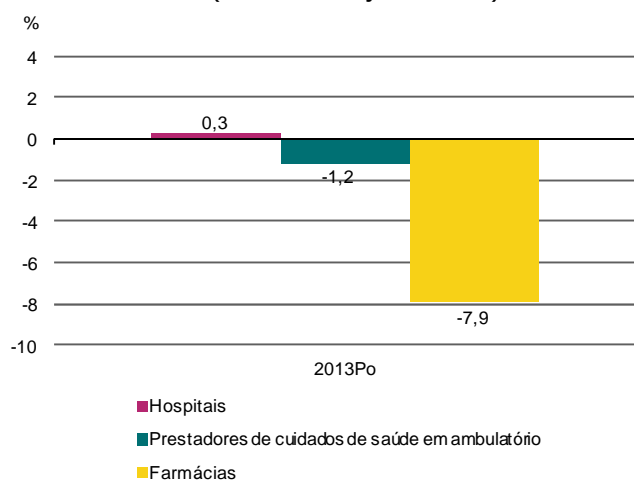
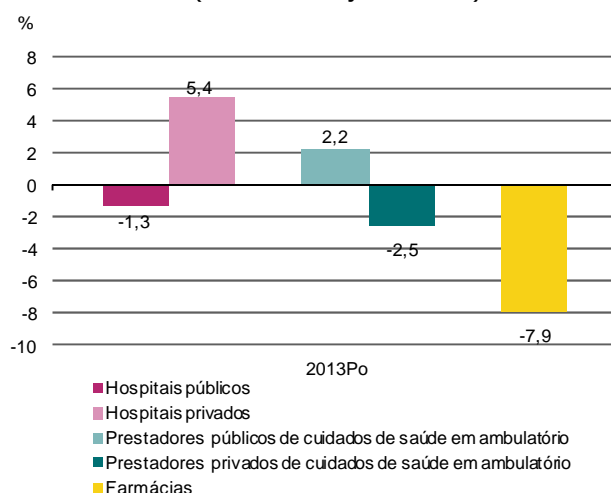


Gráfico 7: Despesa corrente em saúde, por principais prestadores públicos e privados (2013Po)
(Taxa de variação nominal)



4. Despesa corrente por funções de cuidados de saúde e modos de produção⁹

Em 2012 e 2013, as principais funções de cuidados de saúde foram: os cuidados curativos e de reabilitação (65,1% em 2012 e 66,0% em 2013), os produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (16,6% em 2012 e 15,6% em 2013) e os serviços auxiliares (8,1% em 2012 e 2013).

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

⁷Os hospitais públicos incluem os hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.).

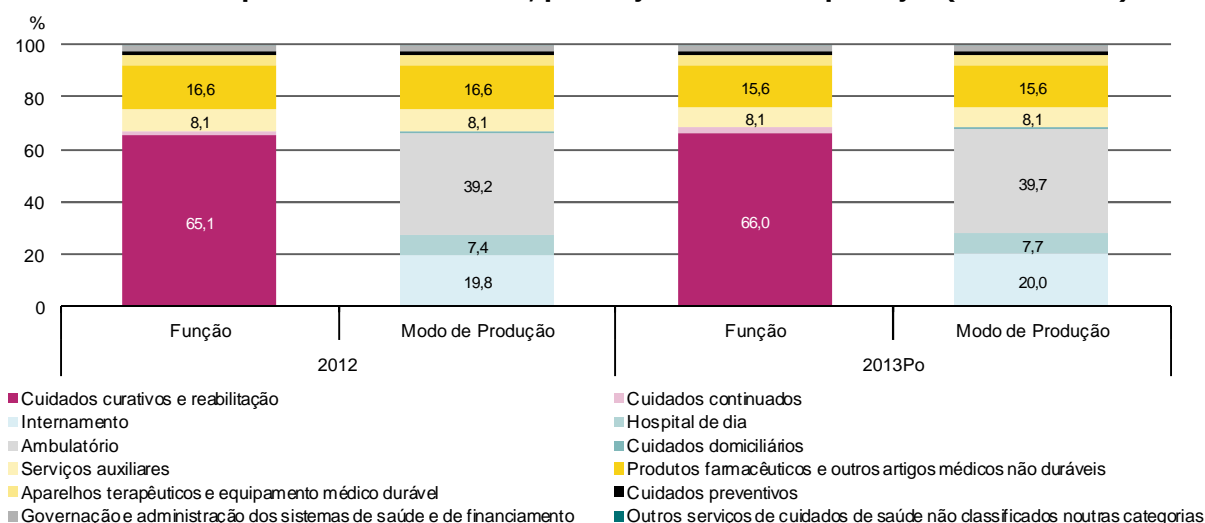
⁸Incluem os centros de cuidados de saúde em ambulatório do SNS e dos SRS dos Açores e da Madeira.

⁹A 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 ano 2012, e nos resultados provisórios para o ano 2013. A versão preliminar da CSS para o ano 2014 não apresenta esse detalhe.

Nesses anos, grande parte dos serviços curativos e de reabilitação e dos cuidados continuados foram prestados em ambulatório, correspondendo a sua despesa (39,2% em 2012 e 39,7% em 2013) quase ao dobro da despesa em serviços prestados em internamento (19,8% em 2012 e 20,0% em 2013).

Ao nível da estrutura funcional, em 2013, registou-se o aumento do peso relativo dos serviços prestados em ambulatório (mais 0,5 p.p. face a 2012) e em hospital de dia (mais 0,3 p.p. face a 2012), tendo-se reduzido a proporção da despesa em produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (menos 1,0 p.p. face a 2012).

Gráfico 8: Despesa corrente em saúde, por função e modos de produção (2012-2013Po)



Em 2013 observou-se um decréscimo da despesa nas principais funções de cuidados de saúde, principalmente na parte relativa aos produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (-7,7%). Nesse ano, com a exceção da despesa em hospital de dia, que aumentou 2,6%, a despesa nos restantes modos de produção diminuiu.

Gráfico 9: Despesa corrente em saúde, por principais funções (2013Po) (Taxa de variação nominal)

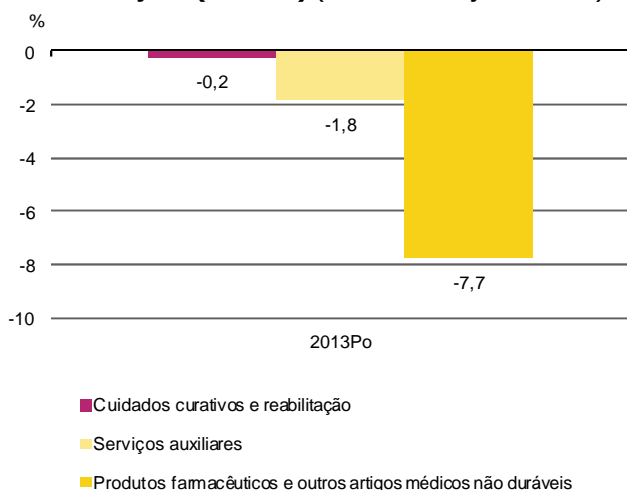
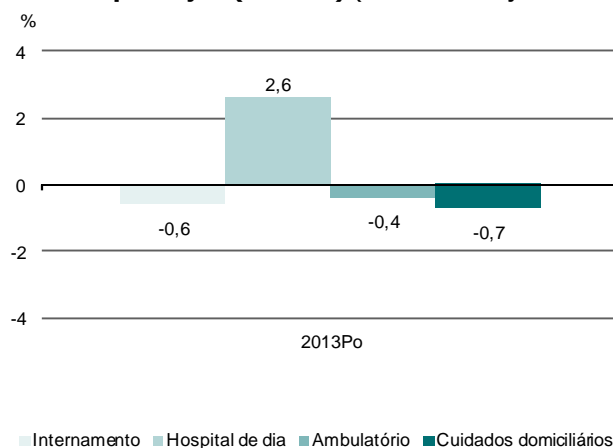


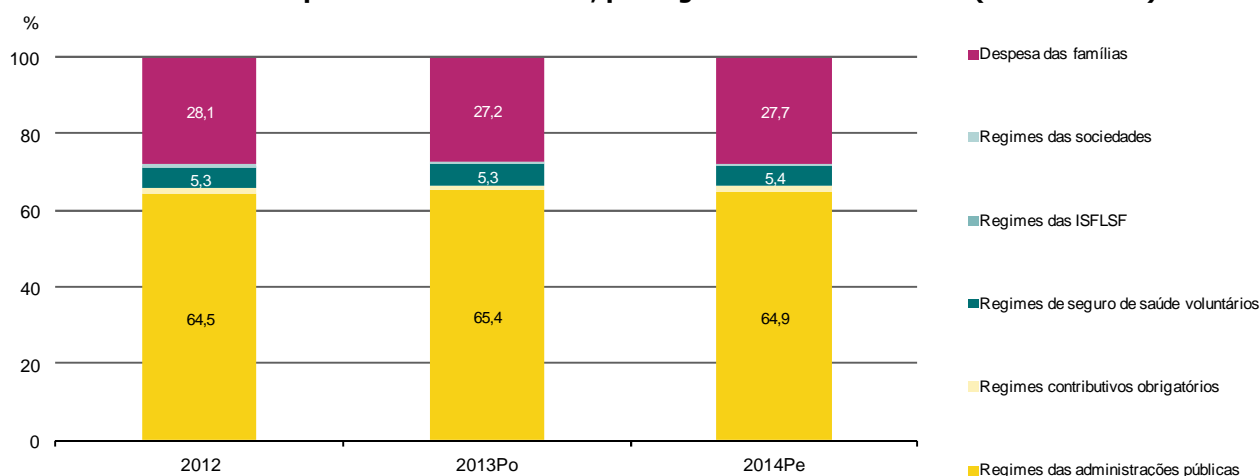
Gráfico 10: Despesa corrente em saúde, por principais modos de produção (2013Po) (Taxa de variação nominal)



5. Despesa corrente por regimes de financiamento¹⁰ e agentes financiadores

Entre 2012 e 2014, em média, 64,9% da despesa corrente do sistema de saúde português foi financiada através dos **regimes de financiamento das administrações públicas**. Os regimes de financiamento voluntário suportaram, em conjunto, em média, 6,2% da despesa corrente em saúde. Estes regimes englobam os seguros de saúde voluntários (representaram, em média, 5,3%), os regimes das sociedades (representaram, em média, 0,8%) e os regimes das instituições sem fim lucrativo (ISFLSF) (representaram, em média, 0,04%).

Gráfico 11: Despesa corrente em saúde, por regimes de financiamento (2012-2014Pe)



A análise ao nível dos agentes financiadores¹¹ permite concluir que, entre 2012 e 2014, o **Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS)**, em conjunto, foram o principal agente financiador da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 57,9% do total. Nesses anos, em média, 27,7% da despesa corrente foi suportada diretamente pelas **famílias**¹².

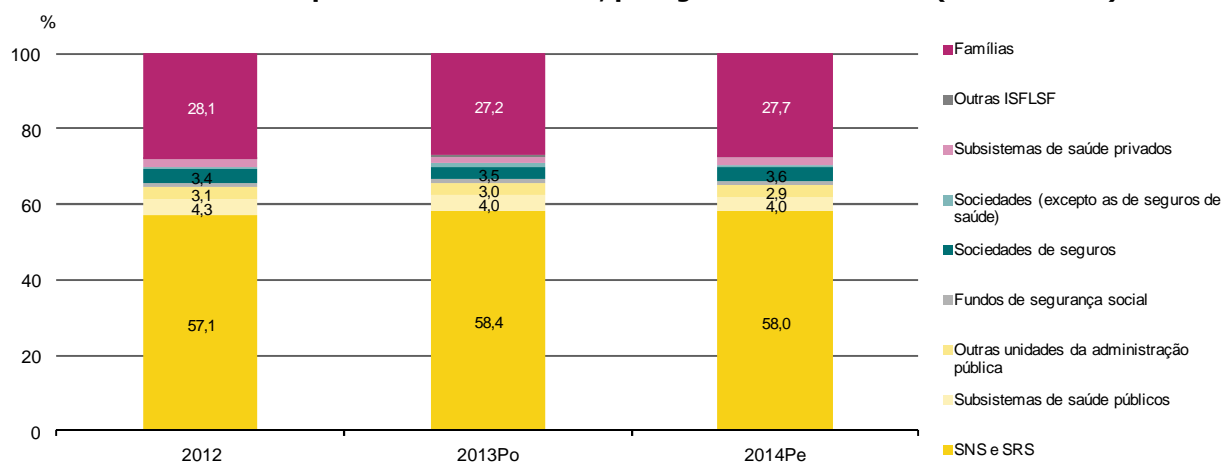
Em termos estruturais, entre 2012 e 2014, as alterações foram pouco significativas ao nível dos principais agentes financiadores. No entanto, em relação aos restantes destaca-se o aumento do peso relativo da despesa das sociedades de seguros (3,4% em 2012, 3,5% em 2013, 3,6% em 2014) e, em sentido inverso, a redução da importância do financiamento das outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde) (3,1% em 2012, 3,0% em 2013, 2,9% em 2014). Entre 2012 e 2013, a diminuição da proporção da despesa financiada pelos subsistemas de saúde públicos (4,3% em 2012 e 4,0% em 2013) deveu-se, principalmente, à diminuição dos encargos com medicamentos, que passaram a ser suportados pelo SNS a partir de abril de 2013.

¹⁰ A classificação dos regimes de financiamento (ICHA-HF) foi introduzida pelo Manual SHA 2011 e constitui a nova nomenclatura de referência utilizada pelas Organizações Internacionais (Eurostat, OCDE e Organização Mundial de Saúde (OMS)) para análise comparativa do financiamento dos sistemas de saúde. Portugal adotou a classificação dos regimes de financiamento, devido às exigências de comparação internacional, mas manteve a Classificação dos agentes financiadores (ICHA-HF) que disponibiliza informação mais detalhada, de acordo com as necessidades de análise do financiamento do sistema de saúde português (ver na página 15).

¹¹ Os agentes financiadores são as unidades institucionais que gerem e administram os regimes de financiamento, recolhem as receitas e/ou adquirem os bens e serviços de saúde.

¹² A despesa das famílias pode ser analisada, similantemente, na vertente de regime de financiamento ou de agente financiador.

Gráfico 12: Despesa corrente em saúde, por agentes financiadores (2012-2014Pe)



6. Despesa corrente dos principais agentes financiadores, por prestadores

Em 2012 e 2013, os hospitais públicos (53,4% em 2012 e 52,8% em 2013) concentraram mais de metade do financiamento do **SNS** e **SRS**. A restante despesa do SNS e SRS destinou-se ao financiamento das farmácias (13,8% em 2012 e 13,6% em 2013) e dos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (12,1% em 2012 e 12,8% em 2013).

Nesses anos não se verificaram alterações estruturais muito significativas do financiamento do SNS e SRS. No entanto, importa destacar a diminuição do peso relativo da despesa em hospitais públicos (menos 0,7 p.p. face a 2012) e em farmácias (menos 0,2 p.p. face a 2012). Ao nível dos hospitais públicos, a diminuição da despesa refletiu as medidas adotadas ao nível da contenção do consumo intermédio, nomeadamente medicamentos e material de consumo clínico. Não obstante o facto de, a partir de abril de 2013, o SNS ter assumido a responsabilidade dos encargos com os medicamentos dos subsistemas públicos de saúde, ainda assim, registou-se uma diminuição da despesa em farmácias devido às medidas adotadas no âmbito da política do medicamento.

Entre 2012 e 2013 observou-se, ainda, o aumento do peso relativo do financiamento do SNS e SRS nos prestadores públicos de cuidados em ambulatório (mais 0,7 p.p. face a 2012), nos prestadores privados de cuidados em ambulatório (mais 0,6 p.p. face a 2012) e nos hospitais privados (mais 0,4 p.p. face a 2012).

Em termos nominais, a despesa corrente do SNS e SRS aumentou 0,7% em 2013, refletindo o aumento do financiamento em hospitais privados (8,2%) (mais concretamente, nos hospitais com contratos de parceria público-privada), em prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (5,9%) e em prestadores privados de cuidados em ambulatório (8,6%). Para 2014, estima-se que a despesa do SNS e SRS tenha crescido 0,5%.

Gráfico 13: Despesa corrente do SNS e SRS, por prestador (2012-2013Po)

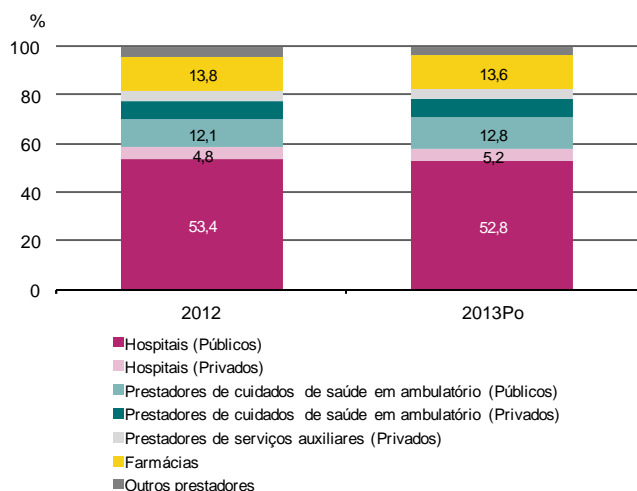
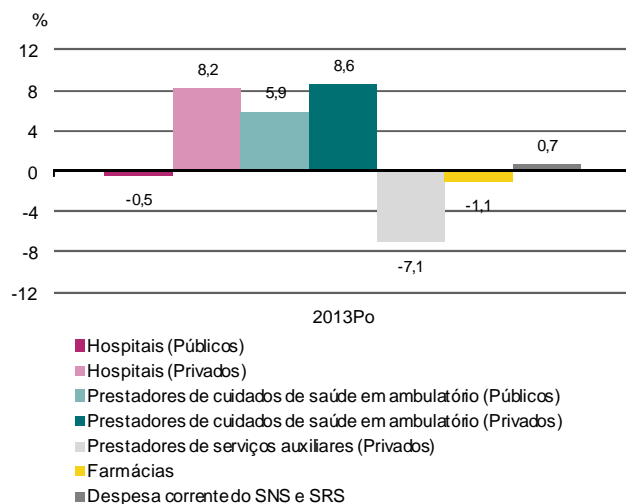


Gráfico 14: Despesa corrente do SNS e SRS, por principais prestadores (2013Po) (Taxa de variação nominal)



Em 2012 e 2013, as **famílias** financiaram, principalmente, os prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (41,1% em 2012 e 40,3% em 2013), as farmácias (26,5% em 2012 e 24,7% em 2013), os hospitais privados (14,3% em 2012 e 14,9% em 2013) e todas as outras vendas de bens médicos (9,6% em 2012 e 10,5% em 2013). Em termos estruturais, entre 2012 e 2013, registou-se o aumento da proporção relativa da despesa das famílias nas outras vendas de bens médicos (0,9 p.p. face a 2012) e nos hospitais privados (0,6 p.p. face a 2012). Em sentido inverso, observou-se a diminuição do peso da despesa das famílias em farmácias (-1,8 p.p. face 2012) e nos prestadores privados de cuidados em ambulatório (-0,8 p.p. face a 2012).

Em 2013, a despesa corrente das famílias diminuiu 4,5%. Para esta evolução contribuiu a diminuição do financiamento nos principais prestadores: hospitais privados (-0,8%), prestadores privados cuidados de saúde em ambulatório (-6,4%) e farmácias (-10,8%). Para 2014 estima-se que a despesa corrente das famílias tenha aumentado 3,1%.

Gráfico 15: Despesa corrente das famílias, por prestador (2012-2013Po)

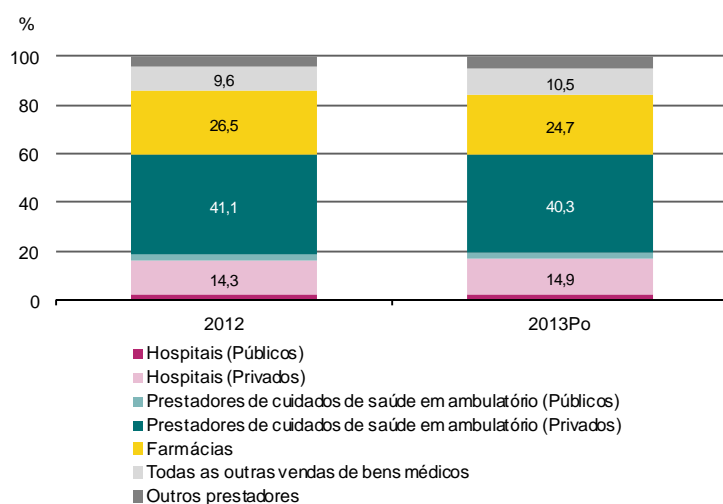
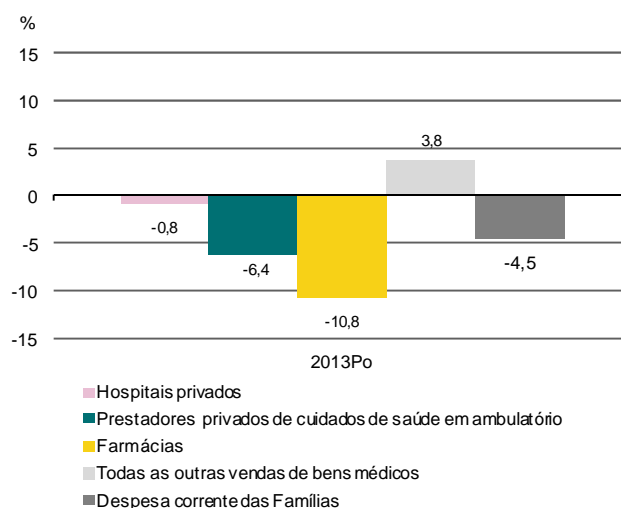


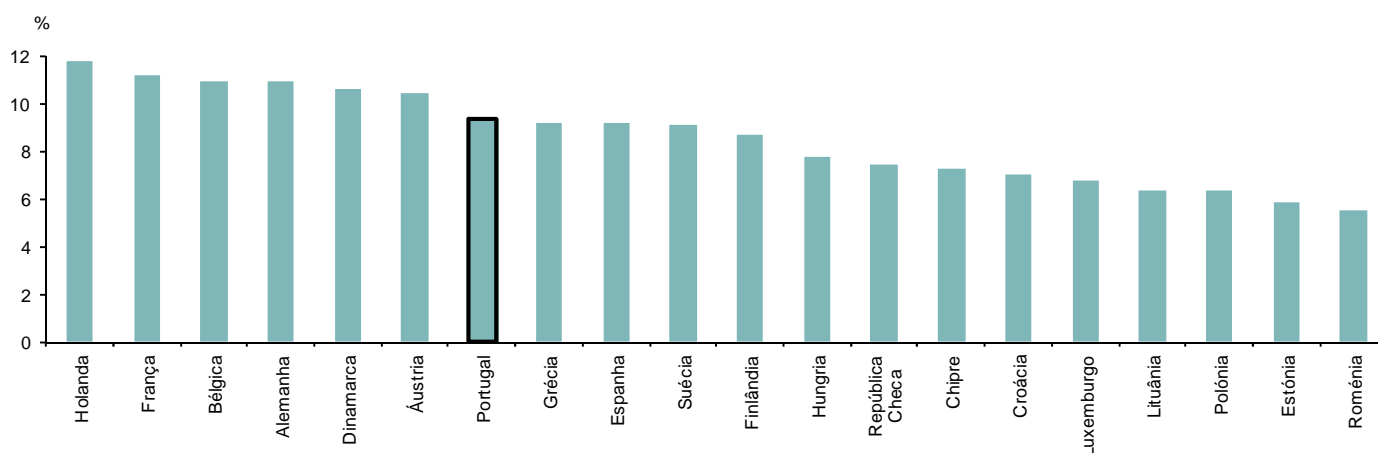
Gráfico 16: Despesa corrente das famílias, por principais prestadores (2013Po) (Taxa de variação nominal)



7. Comparações internacionais

De acordo com dados do Eurostat¹³ constata-se que, dos 20 Estados-Membros (EM) da União Europeia que disponibilizam resultados para o ano 2012, os EM com maior representatividade da despesa corrente em saúde no PIB foram a Holanda (11,8%), a França (11,2%) e a Bélgica (10,9%). Portugal, nesse ano, foi o sétimo EM a registar o maior peso da despesa corrente no PIB (9,3%) ultrapassando a Grécia (9,2%), a Espanha (9,2%) e a Suécia (9,1%). Por outro lado, a Roménia (5,5%), a Estónia (5,8%) e a Polónia (6,3%) foram os EM que apresentaram menor peso relativo da despesa corrente no PIB.

Gráfico 17: Despesa corrente em saúde em percentagem do PIB na União Europeia (2012)



Fonte: Eurostat e Conta Satélite da Saúde de Portugal (INE)

8. Revisões: comparação de resultados entre as séries baseadas no SHA 1.0 e no SHA 2011

No destaque anterior da Conta Satélite da Saúde, publicado a 12 de Setembro de 2014, foram apresentados os resultados provisórios, para o ano 2012, e preliminares, para o ano 2013, compilados de acordo com o manual SHA 1.0.

No presente destaque são divulgados resultados revistos para esses anos, tendo como referência metodológica o manual SHA 2011. Os dados relativos a 2012 têm a natureza de dados finais e os dados relativos a 2013 são ainda provisórios.

Faz-se notar que o novo manual SHA 2011 não introduz alterações nos princípios, pressupostos e métodos de cálculo da despesa corrente em saúde face ao que estava definido no manual SHA 1.0. As principais melhorias conceptuais e metodológicas verificaram-se ao nível da Classificação Internacional para as Contas da Saúde e na repartição da despesa por prestadores, regimes de financiamento, agentes financiadores e funções de cuidados de saúde.

¹³ Dados extraídos da base de dados do Eurostat a 17 de julho de 2015 (data da última atualização: 11 de maio de 2015). Para Portugal utilizaram-se os resultados atualizados da Conta Satélite da Saúde compilados de acordo com o manual SHA 2011. Os dados referentes aos restantes Estados-membros apresentam como referência metodológica o manual SHA 1.0.

Deste modo, as revisões na despesa corrente em 2012 e 2013 decorreram, principalmente, da incorporação de informação mais detalhada das Contas Nacionais Anuais de 2012 e da integração de dados mais atualizados das fontes de informação relativas ao setor público e privado.

Os resultados finais para 2012 e provisórios para 2013, face aos dados publicados anteriormente, refletiram uma reavaliação positiva da despesa corrente em saúde (+0,8% em 2012 e +1,3% em 2013). Na repartição da despesa corrente pública e privada destaca-se a reavaliação positiva da despesa corrente pública (+1,3% em 2012 e +2,1% em 2013) e, em sentido oposto, a revisão em baixa da despesa corrente privada (-0,1% em 2012 e -0,3% em 2013).

Quadro 1: Revisões da despesa corrente em saúde (total, pública e privada) (2012 e 2013)

	2012	2013
Despesa corrente em saúde (SHA 2011 - SHA 1.0)		
Revisão (10 ⁶ €)	126,7	199,4
Revisão (% da despesa corrente)	0,8	1,3
Despesa corrente pública em saúde (SHA 2011 - SHA 1.0)		
Revisão (10 ⁶ €)	129,5	215,6
Revisão (% da despesa corrente pública)	1,3	2,1
Despesa corrente privada em saúde (SHA 2011 - SHA 1.0)		
Revisão (10 ⁶ €)	- 2,7	- 16,2
Revisão (% da despesa corrente privada)	- 0,1	- 0,3

O novo Sistema de Contas da Saúde de 2011 (*System of Health Accounts - 2011 Edition*)

O Instituto Nacional de Estatística apresenta, neste destaque, os primeiros resultados da Conta Satélite da Saúde, compilados de acordo com o novo manual metodológico *System of Health Accounts – 2011 Edition* (SHA 2011).

O processo de revisão do manual SHA 1.0 (em vigor desde 2000) foi iniciado em 2007, com a participação conjunta do Eurostat, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da OCDE, e a auscultação de um vasto grupo de peritos neste domínio. A versão final do manual foi publicada em 2011. Desde então, os EM da União Europeia (UE) têm sido encorajados pelas organizações internacionais a adotar o novo manual, sobre o qual se baseia o Regulamento (UE) 2015/359 da Comissão Europeia, de 4 de março de 2015, com aplicação legal obrigatória em todos os EM a partir de 2016. No cumprimento desta imposição legal, a partir de 2016, a compilação da CSS assume um caráter obrigatório.

De um modo geral, o novo manual metodológico procurou incorporar todas as melhorias resultantes da experiência de implementação do manual SHA 1.0:

- 1) Apresenta de forma mais detalhada as fronteiras e definições da Classificação Internacional para as Contas da Saúde (*International Classification for Health Accounts*) (ICHA), que constituem a estrutura contabilística central do sistema de contas da saúde (ICHA-HP (Prestadores); ICHA-HC (Funções); ICHA-HF (Financiamento));
- 2) Propõe novas extensões às classificações existentes (Classificações de receitas dos regimes de financiamento (ICHA-FS); Classificação dos fatores de produção dos cuidados de saúde (ICHA-FP));
- 3) Apresenta novas dimensões de análise da despesa de saúde de acordo com os interesses nacionais específicos (despesa de acordo com características dos beneficiários: por doença, idade, género; importações e exportações; preço e volume);
- 4) Aperfeiçoa conceitos e métodos, com o objetivo de aumentar a comparabilidade dos dados ao nível internacional.

- Despesa corrente em saúde

O manual SHA 2011 mantém a consistência com os princípios, conceitos, definições e classificações presentes no Sistema Europeu de Contas 2010 (SEC 2010) e no Sistema de Contas Nacionais 2008 (SCN 2008) das Nações Unidas, garantindo, assim, a harmonização das metodologias e a comparabilidade internacional dos resultados.

O manual SHA 2011 centra-se no conceito de despesa corrente em saúde e abandona o conceito de despesa total, propondo o registo da formação bruta de capital separadamente, numa conta de capital mais detalhada.

A despesa corrente em saúde integra a despesa de consumo final das unidades residentes em bens e serviços de saúde. Tal como ocorria no SHA 1.0, a despesa corrente exclui as exportações de bens e serviços de saúde, prestados a unidades não residentes no território económico, e inclui as importações de bens e serviços de saúde prestados por unidades residentes fora do território económico.

- Classificação Internacional para as Contas da Saúde (*International Classification for Health Accounts*)

A estrutura central do sistema de contas de saúde, de acordo com SHA 2011, mantém a análise tridimensional dos sistemas de saúde ao nível da prestação, das funções de cuidados de saúde e respetivo financiamento.

Quadro 2: Utilizações dos bens e serviços de cuidados de saúde

Bens e serviços de cuidados de saúde	Utilizações dos bens e serviços de cuidados de saúde			
	Fatores de produção	Consumo final	Formação bruta de capital	Exportações
		Funções		
Prozuidos no território económico		Bens e serviços de cuidados de saúde adquiridos dentro e fora do território económico por residentes		
Importações				

Financiamento

Fonte: Manual SHA 2011 (pág. 36)

O manual SHA 2011 reforça a importância da classificação funcional dos cuidados de saúde (ICHA-HC) na definição da despesa corrente em saúde e na delimitação da fronteira das atividades de cuidados de saúde.

Mais concretamente, são estabelecidos 4 critérios para determinar a inclusão das atividades:

- 1) O objetivo principal da atividade é melhorar, preservar e prevenir a deterioração do estado de saúde das pessoas, grupos da população ou a população como um todo, bem como atenuar as consequências dos problemas de saúde;
- 2) São necessárias qualificações e competências médicas para a realização desta função, é executada sob a supervisão de pessoal qualificado ou a função é no âmbito da governação e administração do sistema de saúde e do financiamento;
- 3) O consumo dos bens e serviços de cuidados de saúde é para o uso final dos residentes;
- 4) Pressupõe a existência de uma transação de bens ou serviços de saúde.

Algumas das alterações na classificação funcional apresentadas no Manual SHA 2011 já tinham sido adotadas pelos EM por proposta das organizações internacionais, minimizando assim os impactos da alteração do manual: são exemplos, no caso português, o tratamento dos cuidados continuados e a separação dos cuidados de saúde dos cuidados sociais e respetivo registo numa função relacionada com a saúde (HCR.1), e a existência de um item específico (*reporting items*) para identificar a despesa total em produtos farmacêuticos (HC.RI.1).

Para além destas alterações, destacam-se: a melhoria introduzida ao nível da classificação dos cuidados preventivos (HC.6), nomeadamente na definição dos serviços incluídos nesta categoria; a clarificação do registo dos bens médicos e dos serviços auxiliares não especificados por função, ou seja, não incluídos em episódios de internamento, ambulatório, hospital de dia ou domiciliários; a transferência da formação de capital, da formação de recursos humanos e dos serviços de investigação e desenvolvimento da classificação funcional para uma conta de capital, uma vez que não se destinam ao consumo final; e a criação de uma nova categoria HC.9 (Outros serviços de cuidados de saúde não classificados noutras categorias).

Na transposição para o caso português adotou-se a seguinte classificação funcional de cuidados de saúde:

Funções de cuidados de saúde	
HC.1	Cuidados curativos
HC.2	Cuidados de reabilitação
HC.3	Cuidados continuados
HC.4	Serviços auxiliares (não especificados por função)
HC.5	Artigos médicos (não especificados por função)
HC.6	Cuidados preventivos
HC.7	Governança e administração dos sistemas de saúde e de financiamento
HC.9	Outros serviços de cuidados de saúde não classificados noutras categorias
Itens de Memória: Itens específicos	
HC.RI.1	Despesa total em produtos farmacêuticos
Itens de Memória: Cuidados relacionados com a saúde	
HCR.1	Cuidados continuados (social)

Modos de produção
Internamento
Hospital de dia
Ambulatório
Domiciliários

O novo manual mantém os critérios de classificação dos prestadores de cuidados de saúde, distinguindo entre os prestadores principais (prestação de cuidados de saúde como atividade principal) e secundários (prestação de serviços de cuidados de saúde como atividade secundária) que fornecem bens e serviços diretamente aos consumidores. São, assim, excluídos os produtores de bens e serviços intermédios destinados ao intraconsumo das atividades prestadoras (ex.: Indústrias farmacêuticas).

A nomenclatura de classificação dos prestadores de cuidados de saúde (ICHA-HP) do manual SHA 2011 apresenta duas novas classificações: prestadores de cuidados auxiliares (HP.4), onde se incluem o transporte de doentes e emergência (HP.4.1) e os laboratórios médicos e de diagnóstico (HP.4.2), que anteriormente estavam incluídos nos prestadores de cuidados em ambulatório (HP.3); restantes atividades não especificadas (HP.8.9), que incluem as atividades que não prestam cuidados de saúde como atividade principal ou secundária, mas que atuam no âmbito das atividades relacionadas com a saúde (exemplo: estabelecimentos que prestam cuidados sociais continuados).

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

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

Em Portugal, a classificação de prestadores adotada foi a seguinte:

Prestadores de Cuidados de Saúde

Prestadores Públicos:

Hospitais (HP.1)
Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (SNS e SRS) (HP.3.4)
Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (outros) (HP.3.4)
Transporte de doentes e emergência (HP.4.1)
Laboratórios médicos e de diagnóstico (HP.4.2)
Prestadores de serviços de administração e financiamento dos sistemas de saúde (HP.7)
Resto da economia (HP.8)

Prestadores Privados:

Hospitais (HP.1)
Unidades residenciais de cuidados continuados (HP.2)
Consultórios ou gabinetes médicos (HP.3.1, HP.3.2, HP.3.3)
Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (HP.3.4)
Prestadores de cuidados domiciliários (HP.3.5)
Transporte de doentes e emergência (HP.4.1)
Laboratórios médicos e de diagnóstico (HP.4.2)
Farmácias (HP.5.1)
Todas as outras vendas de bens médicos (HP.5.2-5.9)
Prestadores de cuidados preventivos (HP.6)
Prestadores de serviços de administração e financiamento dos sistemas de saúde (HP.7)
Resto da economia (HP.8)

O manual SHA 2011 introduz, na estrutura central do sistema de contas da saúde, uma nova nomenclatura de financiamento: os regimes de financiamento (ICHA-HF). Os regimes de financiamento constituem as componentes estruturais dos sistemas de financiamento de cuidados de saúde, através dos quais os indivíduos acedem aos bens e serviços de saúde. Incluem os pagamentos diretos das famílias, bem como os pagamentos por terceiros.

O modo de participação ou cobertura (automática/obrigatória ou voluntária), as condições gerais ou regras básicas para aceder aos cuidados de saúde nos diferentes regimes de financiamento (regimes contributivos, não contributivos ou discricionários) e o método de captação das receitas (obrigatórias ou voluntárias) são os principais critérios de classificação dos regimes de financiamento.

Adicionalmente, o manual SHA 2011 considera a classificação de agentes financiadores (ICHA-FA) que são as unidades institucionais que gerem e administram os regimes de financiamento, recolhem as receitas e/ou adquirem os bens e serviços de saúde.

Na transposição da nova nomenclatura de financiamento para o caso português foi adotada a seguinte relação entre os regimes de financiamento e agentes financiadores, assim como a respetiva separação entre a despesa privada e pública. Note-se que a classificação dos agentes financiadores (ICHA-FA), de acordo com o Manual SHA 2011, foi excluída da estrutura central do sistema de contas de saúde, passando a uma extensão. No entanto, no caso português, por se considerar importante uma análise de resultados mais detalhada, ao nível dos agentes financiadores, permitindo a separação dos resultados do SNS e SRS, optou-se por manter ambas as classificações de financiamento.

Regimes de Financiamento (ICHA-HF)		Agentes Financiadores (ICHA-FA)		Despesa pública/privada?
HF.1	Regimes de financiamento das administrações públicas e regimes de financiamento contributivos obrigatórios	FA.1	Administrações públicas	Pública
HF.1.1	Regimes das administrações públicas	FA.1.1+FA.1.2	Administração central e administração central/regional/local	
HF.1.1.1 + HF.1.1.2	Regimes de financiamento da administração central/regional/local	FA.1.1.1 + FA.1.2.1	SNS e SRS	
		FA.1.1.2 + FA.1.2.2	Subsistemas de saúde públicos	
		FA.1.1.3 + FA.1.2.3	Outras unidades da administração pública	
HF.1.2	Regimes contributivos obrigatórios	FA.1.3	Fundos de segurança social	Privada
HF.1.2.1	Regimes de seguro social de saúde			
HF.2	Regimes de financiamento voluntários	FA.2	Sociedades de seguros	
HF.2.1	Regimes de seguro de saúde voluntário	FA.3	Sociedades (excepto as de seguros de saúde)	
HF.2.3	Regimes de financiamento das sociedades	FA.4	Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (ISFLSF)	
HF.2.1	Regimes de seguro de saúde voluntário	FA.4.1	Subsistemas de saúde privados	
HF.2.2	Regimes de financiamento das instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF)	FA.4.2	Outras ISFLSF	
HF.3	Despesa das famílias	FA.5	Famílias	
HF.4	Regimes de Financiamento do resto do mundo	FA.6	Resto do mundo	