

Conta Satélite da Saúde

2014 – 2016Pe

Em 2015 e 2016, a Despesa Corrente em Saúde continuou a crescer a um ritmo inferior ao do Produto Interno Bruto (PIB)

Em 2015 e 2016, em termos nominais, a despesa corrente em saúde aumentou 3,1% e 2,7%, respetivamente. Em ambos os anos a taxa de crescimento nominal foi inferior à do PIB (3,7% em 2015 e 3,0% em 2016), tendência que se observa desde 2010. No mesmo período, a despesa corrente pública em saúde cresceu mais intensamente que a despesa corrente privada. Em 2015, a despesa corrente pública e privada aumentaram 3,3% e 2,7%, respetivamente. Em 2016, os resultados preliminares apontam para um aumento da despesa corrente pública em 2,8%, variação ligeiramente superior à estimada para a despesa privada (2,6%).

O INE divulga, neste destaque, os resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS) para o período de 2014-2016. Os dados agora divulgados são finais para 2014, provisórios para 2015 e preliminares para 2016.

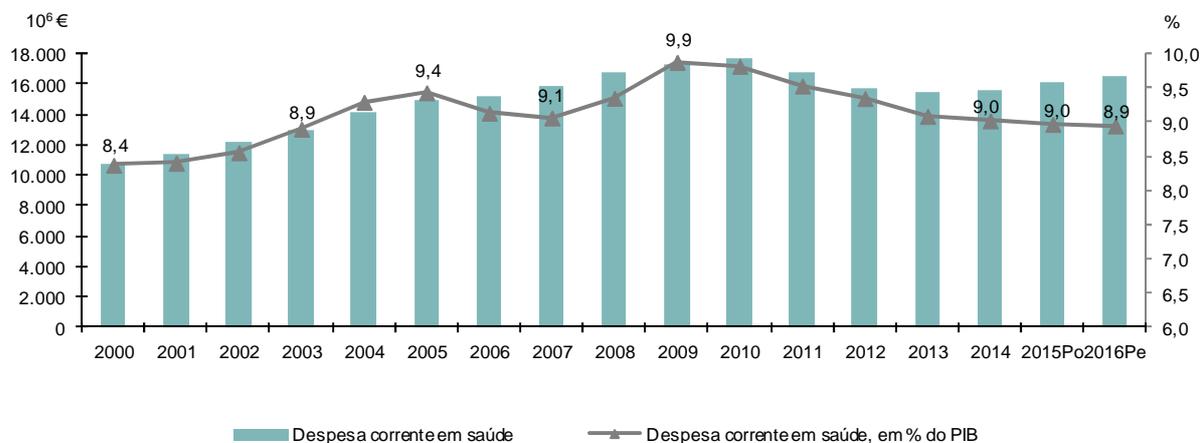
No âmbito do Regulamento (UE) N.º 2015/359 da Comissão Europeia, de 4 de março de 2015, esta informação é transmitida, anualmente, ao Eurostat.

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

Em 2015 e 2016, a despesa corrente em saúde continuou a aumentar a um ritmo inferior ao do PIB.

Em 2014, a despesa corrente em saúde atingiu 15.615,8 milhões de euros, correspondendo a 9,0% do PIB e a 1.501,36 euros *per capita*. No ano seguinte, a despesa corrente em saúde aumentou 3,1%, fixando-se em 16.105,8 milhões de euros (correspondente a 9,0% do PIB e a 1.554,90 euros *per capita*). Em 2016, estima-se que este agregado tenha crescido 2,7%, equivalendo a 16.545,3 milhões de euros (8,9% do PIB e 1.601,89 euros *per capita*).

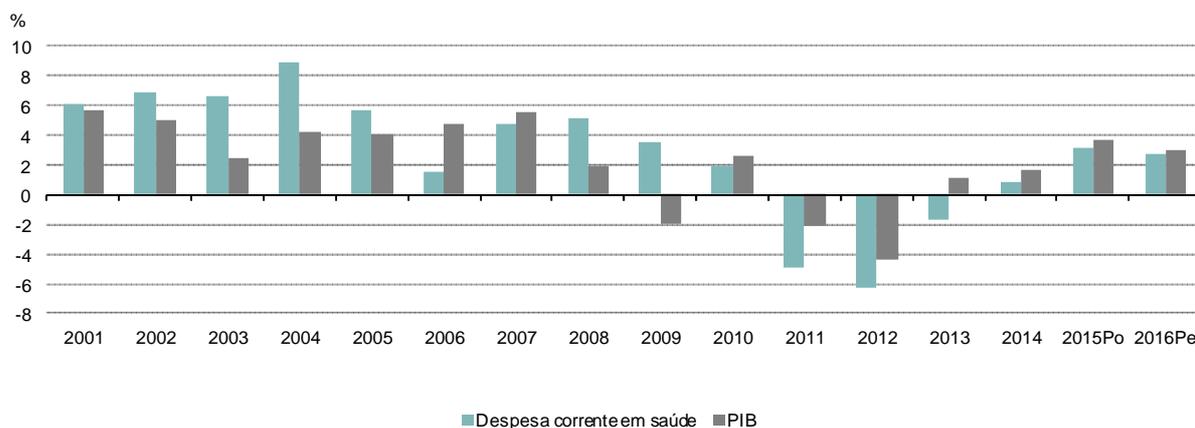
Gráfico 1: Despesa corrente em saúde e PIB (2000-2016Pe)



Em 2015 e 2016, a despesa corrente em saúde continuou a aumentar a um ritmo inferior ao do PIB, tendência que se verifica desde 2010. Em 2015, a despesa corrente cresceu 3,1%, enquanto o PIB variou 3,7%. Para 2016 estima-se que tenha aumentado 2,7% em valor, enquanto o PIB cresceu 3,0%. Esta evolução traduziu-se na diminuição continuada do peso relativo da despesa corrente em saúde no PIB que, em 2016, atingiu 8,9%, idêntico ao registado em 2003.

Gráfico 2: Despesa corrente em saúde e PIB (2000-2016Pe)

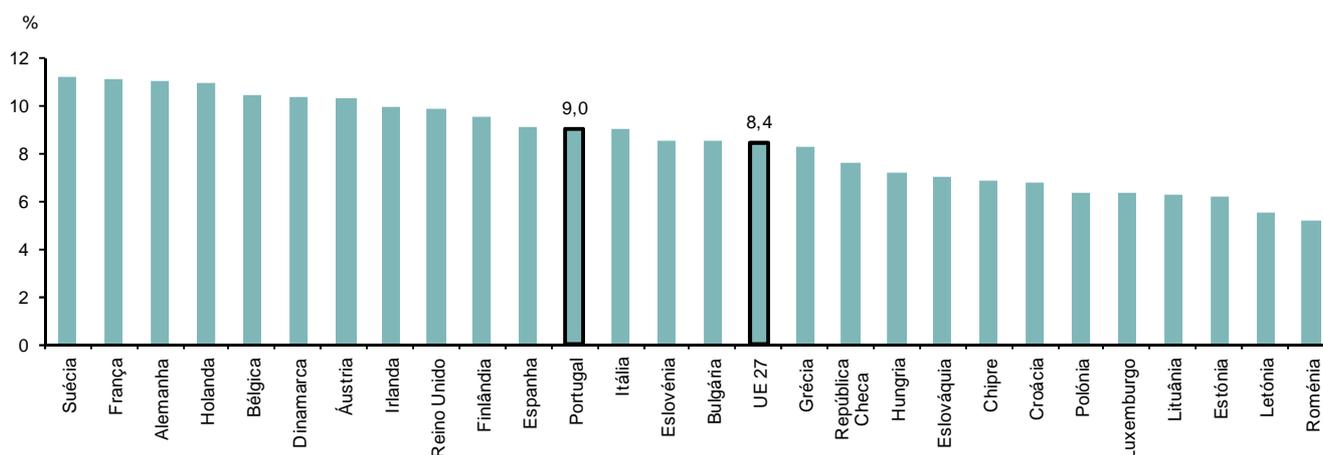
(Taxa de variação nominal)



Em 2014, o peso relativo da despesa corrente em saúde no PIB em Portugal foi superior à média da União Europeia (UE).

De acordo com dados do Eurostat¹, no conjunto dos 27 Estados-Membros (EM) da União Europeia (UE) com resultados disponíveis para 2014 (o último ano com informação pública)², Portugal ocupava o 12º entre os EM com maior importância relativa da despesa corrente em saúde no PIB, ligeiramente acima da média da UE (8,4%). Nesse ano, o peso relativo da despesa corrente em saúde no PIB, no contexto europeu, variou entre 5% e 11%. Portugal, com um rácio de 9,0%, ocupou uma posição intermédia, semelhante a Itália (9,0%) e abaixo da Espanha (9,1%). No *ranking* dos EM com maior peso destacaram-se a Suécia (11,1%), a França (11,1%) e a Alemanha (11,0%), registando cerca do dobro do observado na Letónia (5,5%) e na Roménia (5,1%).

Gráfico 3: Despesa corrente em saúde em % do PIB na UE (2014)



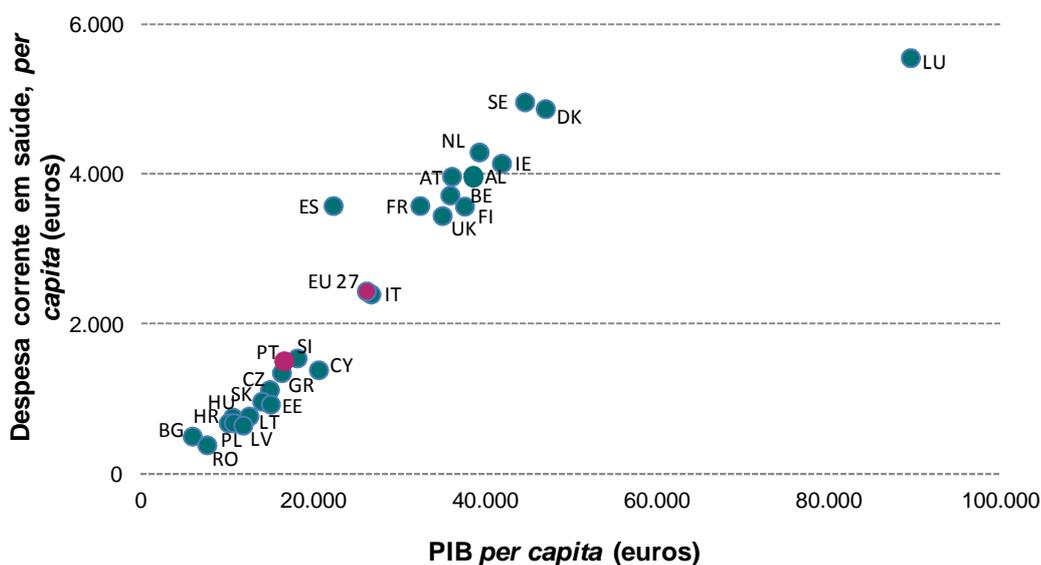
Fonte: INE (Portugal) e Eurostat (restantes EM)

Ao comparar a despesa corrente em saúde e o PIB *per capita*, na UE em 2014, conclui-se que os EM que apresentaram o PIB *per capita* mais elevado também foram os que registaram níveis superiores de despesa corrente em saúde, como se pode observar no gráfico 4. Neste gráfico, os dois indicadores representados sugerem dois grupos de EM, ocupando a Espanha e a Itália posições intermédias. Portugal posiciona-se no topo do grupo com valores mais baixos destes dois indicadores.

¹ Dados extraídos da base de dados do Eurostat a 8 de junho de 2017 (data da última atualização: 12 de dezembro de 2016). Para Portugal recorre-se aos resultados atualizados da Conta Satélite da Saúde (despesa corrente em saúde) e das Contas Nacionais (PIB).

² No âmbito do Regulamento (UE) N.º 2015/359 da Comissão Europeia (de 4 de março de 2015), que entrou em vigor em 2016, com exceção de Malta, todos os Estados-Membros disponibilizaram dados da despesa corrente em saúde para o ano 2014.

Gráfico 4: Despesa corrente em saúde e PIB na EU, *per capita* (2014)



Fonte: INE (Portugal) e Eurostat (restantes EM)

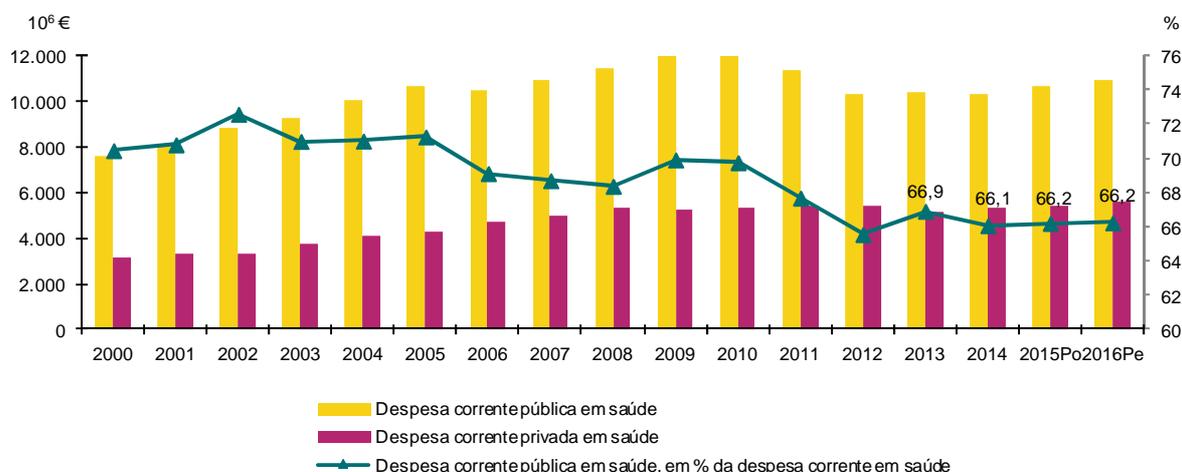
Em 2015 e 2016, a despesa corrente pública cresceu mais que a despesa corrente privada.

Em 2014, a despesa corrente pública³ representou 66,1% da despesa corrente. Em 2015 e 2016, a importância relativa da despesa corrente pública aumentou ligeiramente, atingindo os 66,2%. Em 2016, a despesa corrente pública e privada⁴ *per capita* atingiram 1.061,15 euros e 540,74 euros, respetivamente.

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) dos Açores e da Madeira, 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 pelas famílias e 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), as Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF) (subsistemas de saúde e outras) e as famílias.

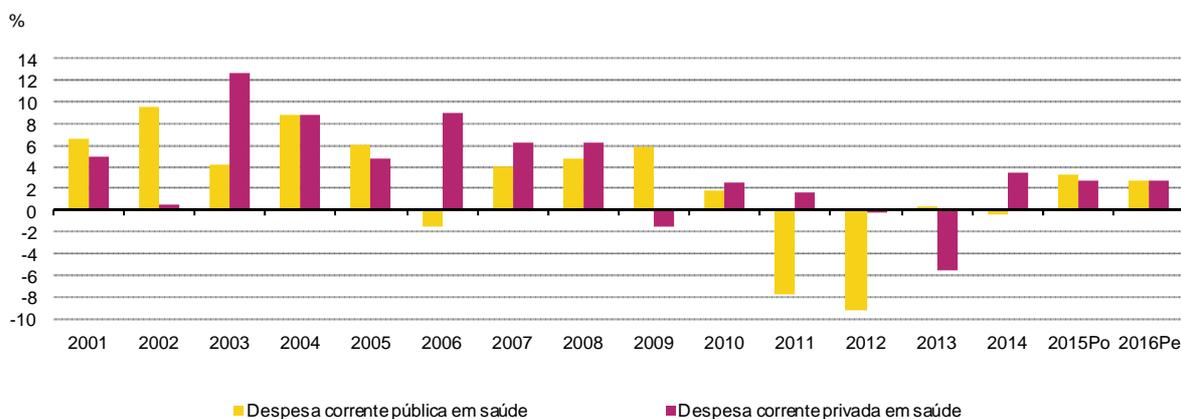
Gráfico 5: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2016Pe)



Em 2015, a despesa corrente pública e privada aumentaram 3,3% e 2,7%, respetivamente. Para 2016, os resultados preliminares apontam para um aumento da despesa corrente pública em 2,8%, mais próximo do da despesa privada (2,6%).

Gráfico 6: Despesa corrente em saúde, pública e privada (2000-2016Pe)

(Taxa de variação nominal)

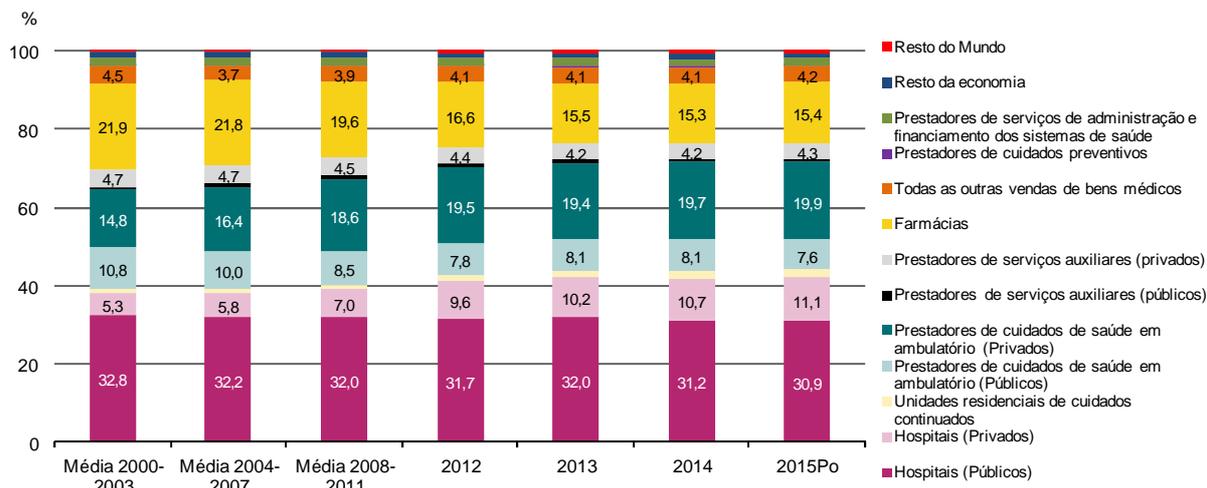


Em 2015, a despesa corrente em prestadores privados (hospitais, prestadores de cuidados em ambulatório e prestadores de serviços auxiliares) aumentou 5,1%.

Em 2015, o peso relativo da despesa em hospitais públicos (31,2% em 2014 e 30,9% em 2015) e nos prestadores públicos de cuidados em ambulatório (8,1% em 2014 e 7,6% em 2015) diminuiu. Em sentido oposto, observou-se o

reforço do peso relativo da despesa em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório, destacando-se os hospitais privados (10,7% em 2014 e 11,1% em 2015).

Gráfico 7: Despesa corrente em saúde por prestador (2000-2015Po)



Em 2015, a despesa corrente dos hospitais públicos⁵ aumentou 2,3%, invertendo a tendência de diminuição que se observava desde 2010. Esta evolução deveu-se, principalmente, ao aumento da despesa em consumo intermédio (em produtos farmacêuticos - medicamentos inovadores utilizados no tratamento de doenças oncológicas, SIDA e hepatite C - e em material de consumo clínico). Nesse ano, a despesa dos hospitais privados⁶ e dos prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório também cresceram, observando-se taxas de variação de 7,4% e 3,8%, respetivamente.

Em 2015, a despesa dos prestadores públicos⁷ de cuidados de saúde em ambulatório diminuiu 3,1% devido aos decréscimos dos custos com o pessoal (nomeadamente dos encargos com remunerações) e do consumo intermédio (destacando-se os encargos com as rendas dos hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada).

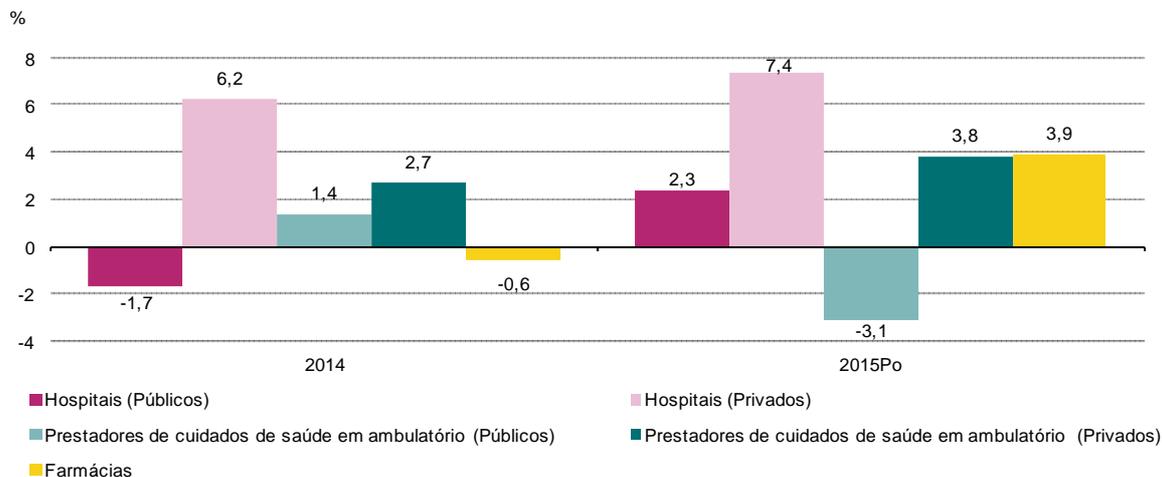
Após um período de 6 anos (2009-2014) em que a despesa em farmácias diminuiu consecutivamente, em 2015 esta tendência foi interrompida, observando-se um aumento de 3,9%. O aumento da despesa em novos medicamentos, nomeadamente anticoagulantes orais e antidiabéticos, contribuiu para esta evolução.

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

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

⁷ Incluem os centros de cuidados de saúde em ambulatório do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos Serviços Regionais de Saúde (SRS) dos Açores e da Madeira.

Gráfico 8: Evolução da despesa corrente em saúde, por principais prestadores (2014 e 2015Po)

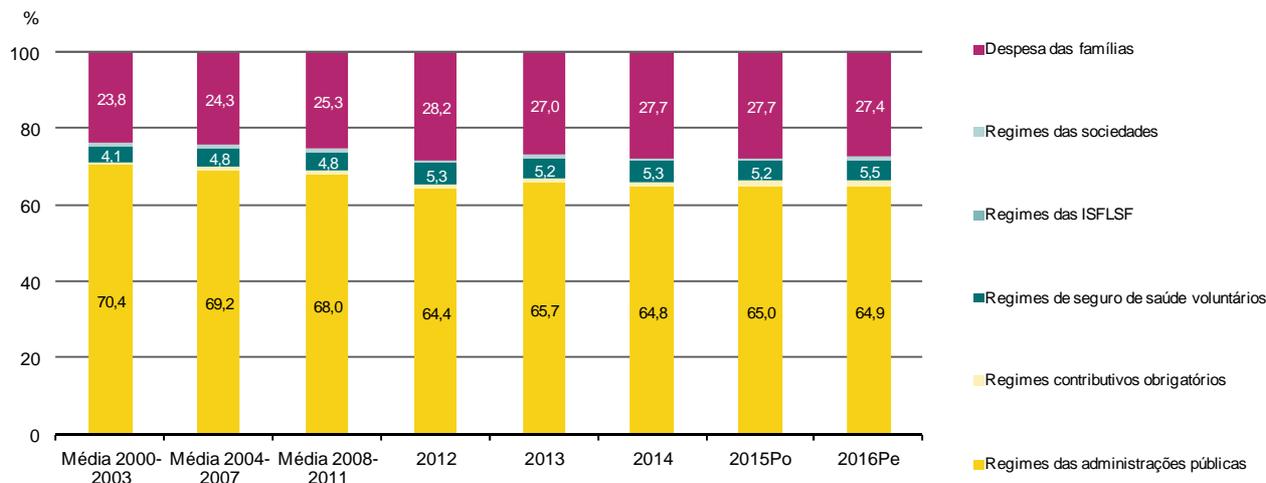


Entre 2014 e 2016, o regime das Administrações Públicas⁸ financiou, em média, 64,9% da despesa corrente em saúde.

Entre 2014 e 2016, em média, 64,9% da despesa corrente em saúde foi financiada através dos regimes de financiamento das Administrações Públicas. Nesse período, os regimes de financiamento voluntário, que incluem os seguros de saúde voluntários, os regimes das sociedades e os regimes das Instituições sem fim lucrativo (ISFLSF) suportaram, em conjunto, em média, 6,2% da despesa corrente em saúde.

⁸ 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-FA) que disponibiliza informação mais detalhada, de acordo com as necessidades de análise do financiamento do sistema de saúde português (ver página 14).

Gráfico 9: Despesa corrente em saúde, por regimes de financiamento (2000-2016Pe)



Entre 2014 e 2016, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS) financiaram, em média, 57,6% da despesa corrente.

Entre 2014 e 2016, o **SNS** e os **SRS**, em conjunto, suportaram, em média, 57,6% da despesa corrente. Nesse período, as **famílias**⁹ continuaram a financiar uma parte significativa da despesa (em média 27,6%), continuando, assim, a constituir o segundo agente financiador¹⁰ mais importante do sistema de saúde português.

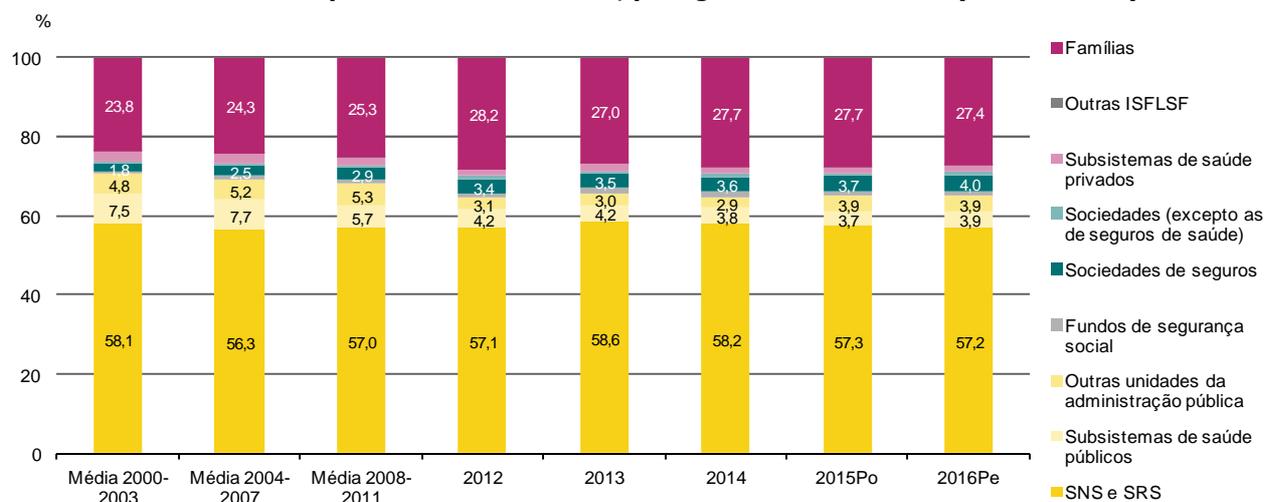
Entre 2014 e 2016, o peso da despesa corrente do SNS e SRS (58,2% em 2014 e 57,2% em 2016) e das famílias (27,7% em 2014 e 27,4% em 2016) diminuiu ligeiramente. Observou-se, em contrapartida, um reforço da importância relativa do financiamento das sociedades de seguros (4,0% da despesa corrente em 2016, mais 0,4 p.p. que em 2014). É ainda de referir que em 2015 se registou um aumento de 1,0 p.p. do peso relativo da despesa das outras unidades da administração pública (que incluem as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde). Para esta evolução contribuíram o aumento das despesas em saúde declaradas no IRS, impulsionada pela implementação do sistema e-fatura, e as medidas introduzidas pela Lei do Orçamento de Estado para 2015. Estas traduziram-se em alterações dos limites percentuais e nominais das deduções fiscais respeitantes a despesas em saúde (aumento da dedução à coleta de IRS até 15%, com limite máximo de 1.000 euros¹¹) e introdução de deduções à coleta nos escalões mais elevados de rendimento.

⁹ A despesa das famílias pode ser analisada, similarmente, na vertente de regime de financiamento ou de agente financiador.

¹⁰ 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.

¹¹ Em 2014 era possível deduzir à coleta de IRS 10% das despesas de saúde, com o limite máximo de 2 vezes o valor do IAS. Conta Satélite da Saúde, 2014 – 2016Pe

Gráfico 10: Despesa corrente em saúde, por agentes financiadores (2000-2016Pe)



Em 2015, a despesa do SNS e SRS cresceu 1,7%. Mais de 50% do financiamento do SNS e SRS destinou-se aos hospitais públicos.

Em 2014 e 2015, grande parte do financiamento do SNS e SRS dirigiu-se aos hospitais públicos (52,1% em 2014 e 52,4% em 2015), às farmácias (13,6% em 2014 e 2015) e aos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (12,9% em 2014 e 12,2% em 2015).

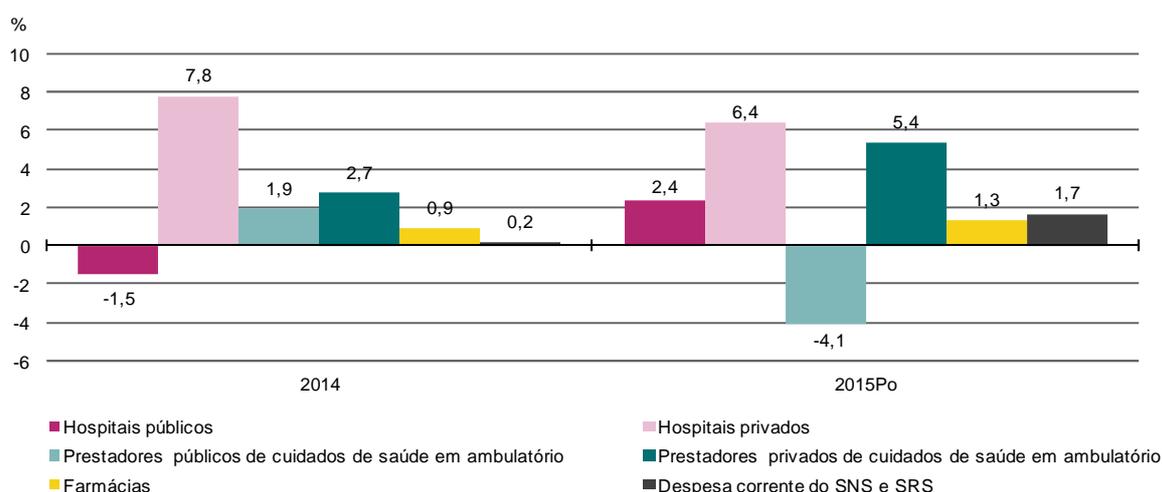
Em 2015, a estrutura de financiamento do SNS e SRS não registou alterações significativas. A proporção da despesa em hospitais, públicos e privados, e em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório aumentou 0,3 p.p. face a 2014. Em sentido inverso, observou-se a diminuição do peso relativo da despesa em prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (-0,7 p.p. face a 2014).

Gráfico 11: Despesa corrente do SNS e SRS, por prestador (2000-2015Po)



Em 2015, a despesa corrente do SNS e SRS aumentou 1,7%, devido ao reforço do financiamento em hospitais privados (+6,4%), onde se incluem os hospitais com contratos de parceria público-privada, em prestadores privados de cuidados em ambulatório (+5,4%), em hospitais públicos (+2,4%) e em farmácias (+1,3%). Em sentido oposto, registou-se a diminuição do financiamento destinado aos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (-4,1%). Para 2016 estima-se que a despesa do SNS e SRS tenha aumentado 2,4%.

Gráfico 12: Evolução da despesa corrente do SNS e SRS, por principais prestadores (2014 e 2015Po)



Em 2015, a despesa das famílias aumentou 3,0%.

Em 2014 e 2015, as famílias concentraram, em média, 89,4% da despesa corrente em saúde. Esta foi canalizada para prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório, em farmácias, em hospitais privados e em todas as outras

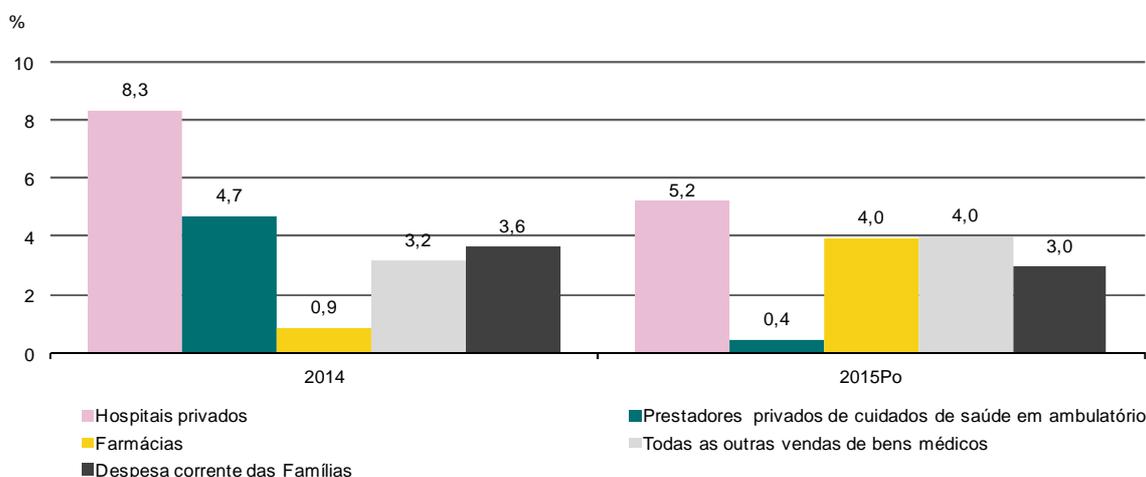
vendas de bens médicos. Em 2015 destacou-se a diminuição do peso relativo da despesa com serviços de prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (-1,0 p.p.).

Gráfico 13: Despesa corrente das famílias, por prestador (2000-2015Po)



Em 2014 e 2015, a despesa corrente das famílias aumentou, 3,6% e 3,0%, respetivamente, destacando-se a componente correspondente a serviços dos principais prestadores privados (hospitais (+8,3% em 2014 e +5,2% em 2015)). São ainda de destacar a desaceleração ao nível dos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório (+4,7% em 2014 e +0,4% em 2015)), e a aceleração nas farmácias (+0,9% em 2014 e +4,0% em 2015) e, em menor grau, em todas as outras vendas de bens médicos (+3,2% em 2014 e +4,0% em 2015). Para 2016 prevê-se um aumento de 1,6% da despesa corrente das famílias.

Gráfico 14: Evolução da despesa corrente das famílias, por principais prestadores (2014 e 2015Po)



Notas metodológicas:

A Conta Satélite da Saúde (CSS) tem como referências metodológicas o manual *System of Health Accounts – 2011 Edition* (SHA 2011) e o Regulamento (UE) N.º 2015/359 da Comissão Europeia, de 4 de março de 2015.

O manual SHA 2011 é consistente 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.

- Despesa corrente em saúde

A despesa corrente em saúde integra a despesa de consumo final das unidades residentes em bens e serviços de saúde. 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 - ICHA*)

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

Quadro 1: 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 está 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.

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

Funções de cuidados de saúde		Modos de produção
HC.1	Cuidados curativos	Internamento Hospital de dia Ambulatório Domiciliário
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)	

O SHA 2011 distingue 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. Exclui os produtores de bens e serviços intermédios destinados ao intraconsumo das atividades prestadoras (ex.: indústrias farmacêuticas).

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 Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Serviços Regionais de Saúde (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:	Prestadores Privados:
Hospitais (HP.1)	Hospitais (HP.1)
Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (SNS e SRS) (HP.3.4)	Unidades residenciais de cuidados continuados (HP.2)
Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (outros) (HP.3.4)	Consultórios ou gabinetes médicos (HP.3.1, HP.3.2, HP.3.3)
Transporte de doentes e emergência (HP.4.1)	Centros de cuidados de saúde especializados em ambulatório (HP.3.4)
Laboratórios médicos e de diagnóstico (HP.4.2)	Prestadores de cuidados domiciliários (HP.3.5)
Prestadores de serviços de administração e financiamento dos sistemas de saúde (HP.7)	Transporte de doentes e emergência (HP.4.1)
Resto da economia (HP.8)	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)

De acordo com o manual SHA 2011, os regimes de financiamento (ICHA-HF) 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.

Os principais critérios de classificação dos regimes de financiamento são: 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).

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.

Note-se que o Manual SHA 2011 exclui da estrutura central do sistema de contas da saúde, a classificação dos agentes financiadores (ICHA-FA), passando a constituir uma extensão da mesma.

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.

Na transposição da nomenclatura de financiamento para o caso português adotou-se a relação descrita no quadro 2 entre os regimes de financiamento e agentes financiadores, assim como a respetiva separação entre a despesa privada e pública.

Quadro 2: Correspondência entre os regimes de financiamento, os agentes financiadores e a despesa pública e privada

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	
HF.1.2.1	Regimes de seguro social de saúde			Privada
HF.2	Regimes de financiamento voluntários	FA.2	Sociedades de seguros	
HF.2.1	Regimes de seguro de saúde voluntários	FA.3	Sociedades (exceto as de seguros de saúde)	
HF.2.3	Regimes de financiamento das sociedades	FA.4	Instituições sem fim lucrativos ao serviço das famílias (ISFLSF)	
HF.2.1	Regimes de seguro de saúde voluntários	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	

Revisões dos dados em relação às versões anteriores:

A 27 de junho de 2016, o Instituto Nacional de Estatística publicou a série de resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS), compilados de acordo com o novo manual metodológico *System of Health Accounts – 2011 Edition (SHA 2011)*, para o período 2010-2015.

Neste destaque são apresentados resultados revistos para 2014 e 2015. Os quadros publicados no portal do INE, para o período 2000-2013, também foram revistos devido à reclassificação dos subsistemas de saúde públicos, na parte relativa à administração dos mesmos, em HP.7.1 (Administração do sistema de saúde pelo Governo (exceto Segurança Social) em vez de HP.7.3 (Outros seguros (privados))). Esta alteração não teve impacto na despesa corrente em saúde.

Os dados finais para 2014 refletem uma revisão em alta da despesa corrente em saúde, em cerca de 33,1 milhões de euros (+0,2% da despesa corrente). Estas revisões decorreram da integração de dados atualizados das fontes de informação relativas ao setor público e privado, com efeito na reavaliação positiva da despesa corrente privada em 35,2 milhões de euros e, em sentido oposto, na revisão negativa da despesa corrente pública em 2,1 milhões de euros.

Os resultados para 2015, face à anterior versão preliminar, traduzem também uma revisão em alta da despesa corrente em saúde, devido a revisões no mesmo sentido da despesa corrente pública (+1,6%) e privada (+0,8%), resultantes da incorporação de informação atualizada e com maior detalhe, nomeadamente relativa a deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde.

Quadro 3: Revisões da despesa corrente em saúde (total, pública e privada) (2014-2015)

	2014	2015
Despesa corrente em saúde (CSS 2017 - CSS 2016)		
Revisão (10 ⁶ €)	33,1	218,1
Revisão (% da despesa corrente)	0,2	1,4
Despesa corrente pública em saúde (CSS 2017 - CSS 2016)		
Revisão (10 ⁶ €)	- 2,1	176,0
Revisão (% da despesa corrente pública)	0,0	1,6
Despesa corrente privada em saúde (CSS 2017 - CSS 2016)		
Revisão (10 ⁶ €)	35,2	42,1
Revisão (% da despesa corrente privada)	0,7	0,8