

13 de julho de 2020

Conta Satélite da Saúde – Base 2016 2016 – 2019Pe

Em 2018 e 2019, a despesa corrente em saúde cresceu a um ritmo superior ao do PIB

De acordo com os resultados da Conta Satélite da Saúde, na base 2016, a despesa corrente em saúde aumentou, em 2018 e 2019, em termos nominais, 5,6% e 5,2%, respetivamente. Nesses anos, o crescimento nominal da despesa corrente foi superior ao do PIB (+1,3 p.p.).

Em 2018, a despesa pública cresceu mais que a despesa privada (6,0% e 4,8%, respetivamente), representando 64,5% da despesa corrente. Para 2019 estima-se que a despesa pública tenha crescido 4,6%, menos 1,5 p.p. que a despesa privada (6,2%).

O Instituto Nacional de Estatística apresenta, neste destaque, os principais resultados da Conta Satélite da Saúde (CSS), na base 2016, para o período 2016-2019. Estes resultados são consistentes com a base 2016 (que substituiu a anterior base 2011) das Contas Nacionais Portuguesas (CNP), divulgada a 23 de setembro de 2019.

Os dados são finais para 2016 e 2017, provisórios para 2018 e preliminares para 2019. Os resultados preliminares para 2019 foram elaborados com base em informação disponível até ao final de junho de 2020.

Na base 2016 foram realizadas alterações metodológicas relevantes e introduzida informação de novas fontes, com impacto no nível da despesa corrente em saúde, em termos nominais, e na composição das dimensões de financiamento, prestação e função. Em consequência, relativamente à série anterior da CSS, os níveis da despesa corrente foram revistos entre 4,2 e 5,2%. Essa revisão foi particularmente pronunciada na despesa corrente privada (entre 9,5 e 11,5%) refletindo a diferente incidência dos principais fatores de revisão. Nesses fatores salientam-se:

- um de natureza fundamentalmente metodológica, em linha com as orientações recentes da OCDE, que consistiu em passar a incluir no perímetro da despesa corrente em saúde uma estimativa da despesa com pessoas dependentes institucionalizadas em estruturas residenciais para pessoas idosas e com deficiência (65,6% e 58,8% da revisão total em 2016 e 2017, respetivamente);
- outro correspondendo fundamentalmente à exploração de novas fontes de informação primária e que se traduziu na revisão em alta da despesa corrente em Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis, que representou 23,9% e 23,3% da revisão total em 2016 e 2017, respetivamente.

Uma explicação mais detalhada das alterações metodológicas decorrentes da mudança de base é apresentada no ponto 3 (nova base da Conta Satélite da Saúde) deste destaque.

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

1. Principais resultados

Em 2018, a despesa corrente em saúde totalizou 19.303,4 milhões de euros, que corresponderam a 9,4% do Produto Interno Bruto (PIB) e a 1.877,1 euros *per capita*. Para 2019 estima-se que a despesa corrente em saúde tenha atingido 20.302,6 milhões de euros (9,6% do PIB e 1.973,8 euros *per capita*).

A despesa corrente em saúde cresceu a um ritmo superior ao do PIB (+1,3 p.p.) em 2018 e 2019, contrariamente ao que se observou no ano anterior (menos 1,0 p.p. do que o PIB).

Quadro 1: **Despesa Corrente em Saúde e PIB (2016-2019Pe)**

	2016	2017	2018 Provisório	2019 Preliminar
Despesa corrente em saúde				
Valor (10 ⁶ €)	17.565,5	18.282,0	19.303,4	20.302,6
Taxa de variação nominal (%)	-	4,1	5,6	5,2
% do PIB	9,4	9,3	9,4	9,6
<i>Per capita</i> (€)	1.701,2	1.774,9	1.877,1	1.973,8
Produto interno bruto (PIB)				
Valor (10 ⁶ €)	186.489,8	195.947,2	204.304,8	212.319,3
Taxa de variação nominal (%)	3,8	5,1	4,3	3,9

Em 2018, a despesa corrente pública¹ registou uma taxa de crescimento nominal superior à despesa corrente privada² (6,0% e 4,8%, respetivamente), representando 64,5% da despesa corrente. Para 2019 estima-se que a despesa pública tenha crescido a um ritmo inferior (menos 1,6 p.p.) que a despesa privada (variação de 6,2%).

¹ A despesa corrente pública corresponde à despesa suportada pelos agentes financiadores públicos. 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 (obrigatórios e voluntários), as outras entidades da administração pública e os fundos de Segurança Social.

² A despesa corrente privada corresponde à despesa suportada pelas famílias e pelos agentes financiadores privados. Os agentes financiadores privados integram as sociedades (de seguros e outras), as Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (ISFLSF) (subsistemas de saúde e outras) e as famílias.

Gráfico 1: **Despesa corrente pública e privada (2016-2019Pe)**

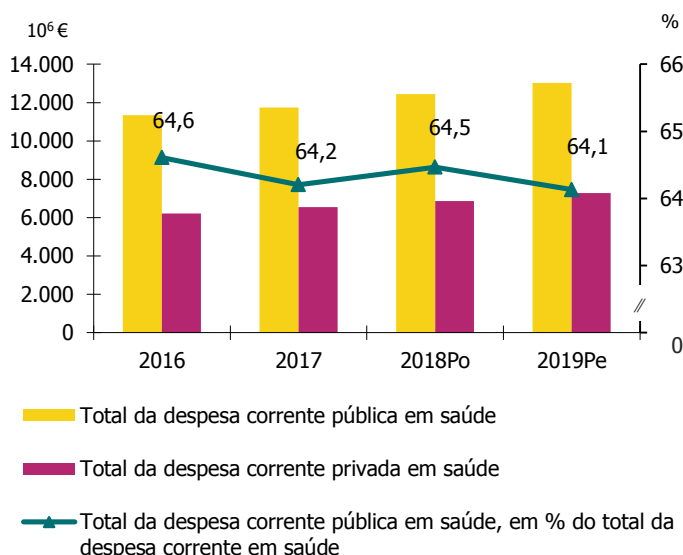
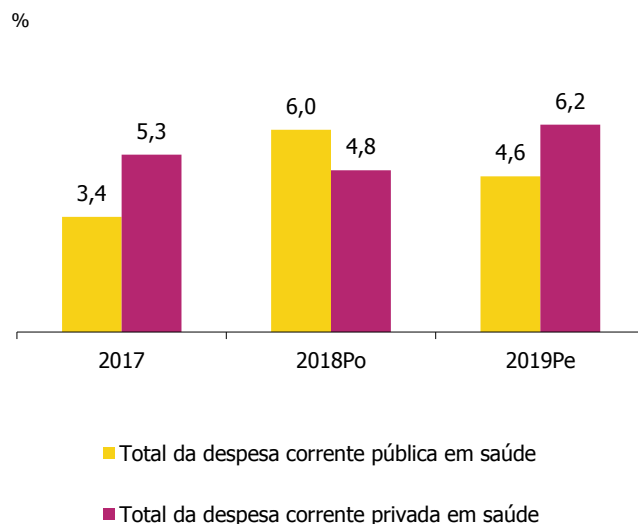


Gráfico 2: **Despesa corrente pública e privada (2016-2019Pe) (Taxa de variação nominal)**



A despesa corrente dos principais agentes financiadores aumentou em 2018, com exceção dos subsistemas de saúde públicos voluntários (-0,4%). O aumento mais significativo foi registado pelas outras unidades da administração pública (+11,1%) devido, principalmente, ao incremento do financiamento da atividade das entidades públicas prestadoras que não integram o SNS, como, por exemplo, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, E.P.E.), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED) e o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Em 2018 e 2019, as sociedades de seguros continuaram a reforçar a sua importância relativa no financiamento do sistema de saúde (4,1% em 2018 e 4,2% em 2019), apresentando aumentos de 10,4% e 8,8%, respetivamente.

Gráfico 3: Evolução da despesa corrente dos principais agentes financiadores (2016-2019Pe)
(Taxa de variação nominal)

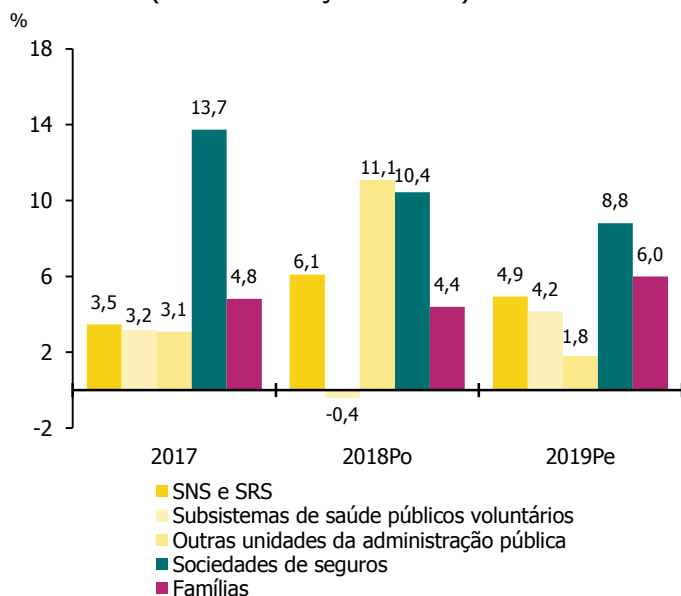
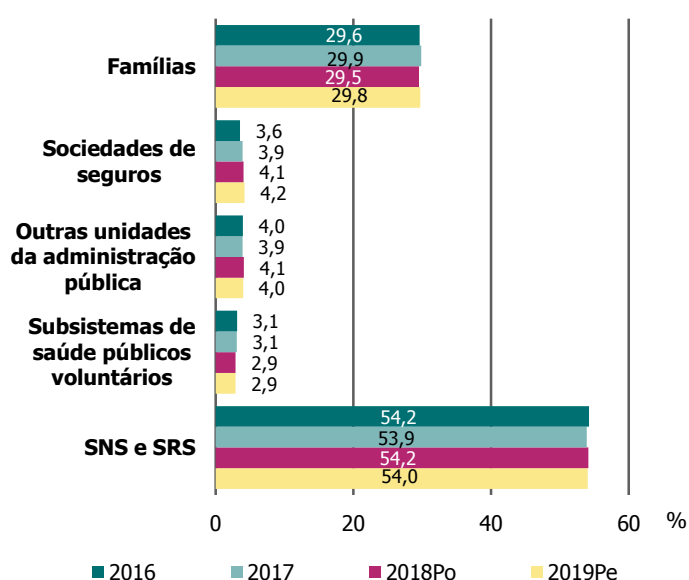


Gráfico 4: Peso dos principais agentes financiadores (2016-2019Pe)



Em 2018 não se observaram alterações significativas na repartição da despesa corrente em saúde por prestador. O peso relativo na despesa corrente das farmácias continuou a diminuir (-0,3 p.p.). Os prestadores públicos (hospitais³, unidades residenciais de cuidados continuados, prestadores de cuidados de saúde em ambulatório e prestadores de serviços auxiliares) concentraram 38,0% da despesa corrente. Os hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada (PPP) representaram 19,4% da despesa corrente dos hospitais privados⁴.

A despesa dos hospitais públicos e dos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório cresceu, em 2018, 6,1% e 3,9%, respetivamente, refletindo o acréscimo do consumo intermédio e dos custos com o pessoal (influenciados, entre outros motivos, pelo aumento do número de trabalhadores, pagamento de horas extraordinárias e descongelamento de carreiras). A despesa dos prestadores privados continuou a registar taxas de crescimento superiores a 5% (+5,9% nos hospitais e +5,2% nos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório).

³ Os hospitais públicos incluem os hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.).

⁴ Os hospitais privados incluem os hospitais com Contrato de Parceria Público-Privada.

Gráfico 5: **Despesa corrente em saúde por prestador (2016-2018Po)**

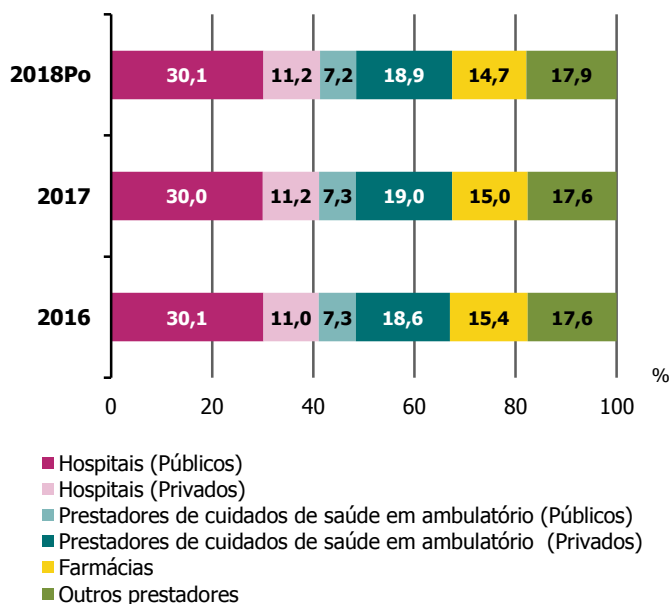
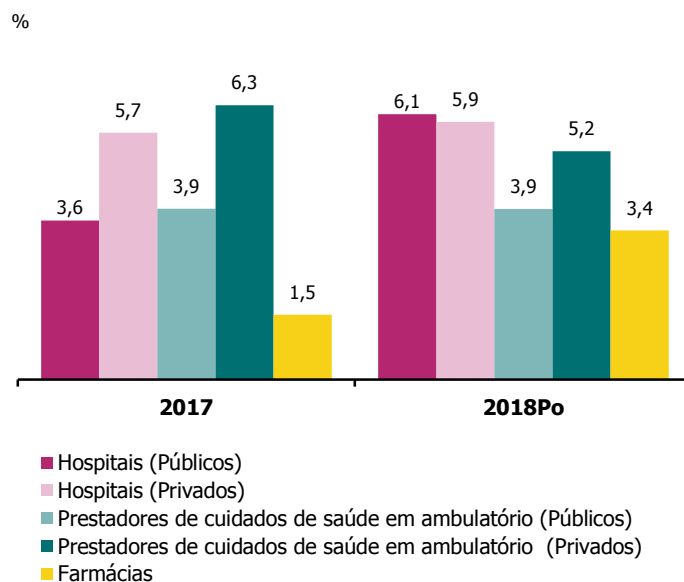


Gráfico 6: **Evolução da despesa corrente dos principais prestadores (2016-2018Po)**
(Taxa de variação nominal)



A despesa do **SNS e SRS** cresceu 6,1% em 2018, mais 2,6 p.p. do que em 2017, devido ao reforço do financiamento de todos os principais prestadores. A despesa em hospitais privados e prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório aumentou 10,7% e 6,2%, respetivamente, em consequência do maior financiamento aos hospitais com Contrato de PPP (+4,0%) e às entidades convencionadas. O aumento do consumo intermédio e dos custos com o pessoal dos prestadores públicos justificaram o incremento do financiamento aos hospitais públicos (+6,1%) e aos prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (+3,4%). A despesa em farmácias (+5,1%) aumentou, refletindo o crescimento da despesa com medicamentos comparticipados e com outros produtos médicos, tais como dispositivos da diabetes, produtos de ostomia e incontinência, dietéticos e câmaras expansoras.

Em termos estruturais destacou-se a diminuição do peso do financiamento em prestadores públicos de cuidados de saúde em ambulatório (-0,3 p.p.) e em farmácias (-0,2 p.p.) e, em sentido inverso, o aumento da importância relativa dos hospitais privados (+0,3 p.p.).

Para 2019, os dados preliminares apontam para um aumento da despesa do SNS e SRS (+4,9%).

Gráfico 7: **Evolução da despesa do SNS e SRS, por principais prestadores (2016-2018Po)**
(Taxa de variação nominal)

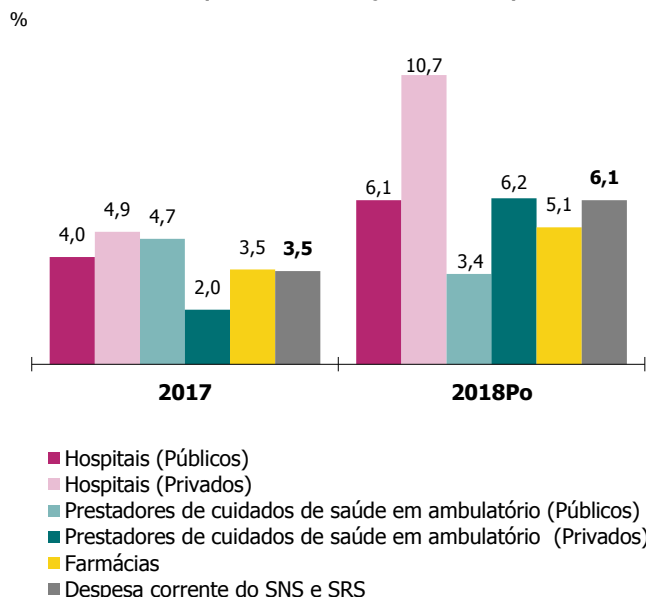
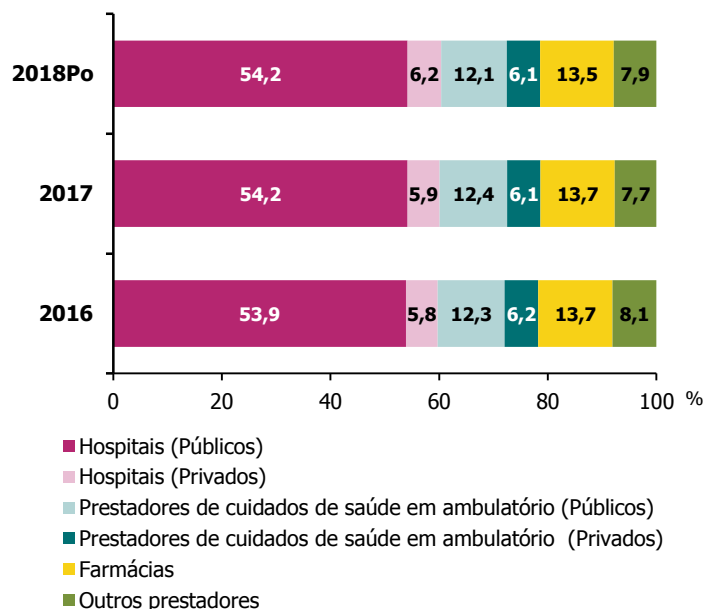


Gráfico 8: **Despesa corrente do SNS e SRS, por prestador (2016-2018Po)**



Em 2018, a despesa das **famílias** aumentou 4,4% devido, principalmente, ao acréscimo do financiamento em entidades que prestam cuidados de saúde continuados como atividade secundária (subcategoria do resto da economia) (+5,8%), em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (+5,1%), em hospitais privados (4,1%), em outras vendas de bens médicos (+3,8%) e em farmácias (+1,9%). A despesa em hospitais públicos foi a única a diminuir (-0,6%).

Nesse ano foi reforçada a importância relativa da despesa nos prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (+0,3 p.p.). As entidades que prestam cuidados de saúde continuados, pertencentes ao resto da economia, representaram 5,0%, mais +0,1 p.p. que no ano anterior. Por sua vez, as farmácias continuaram a diminuir o seu peso na estrutura de despesa das famílias (-0,5 p.p.).

Estima-se que o financiamento das famílias tenha crescido 6,0% em 2019.

Gráfico 9: Evolução da despesa das famílias, por principais prestadores (2016-2018Po)
(Taxa de variação nominal)

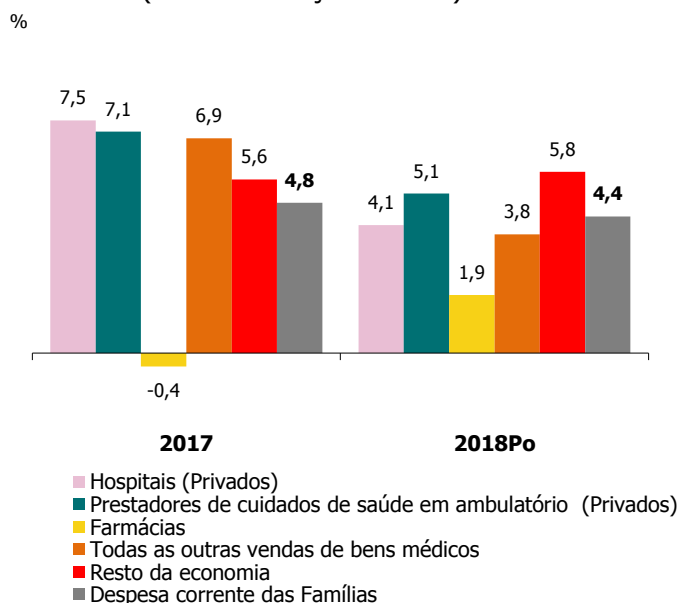
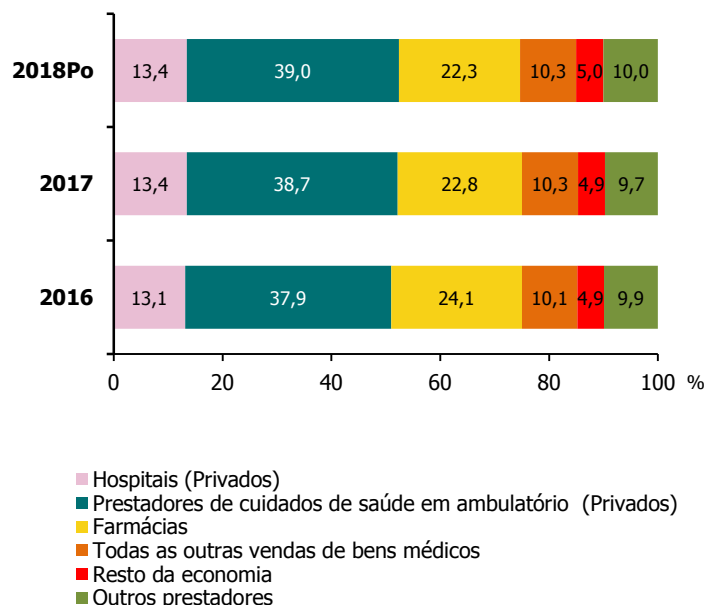


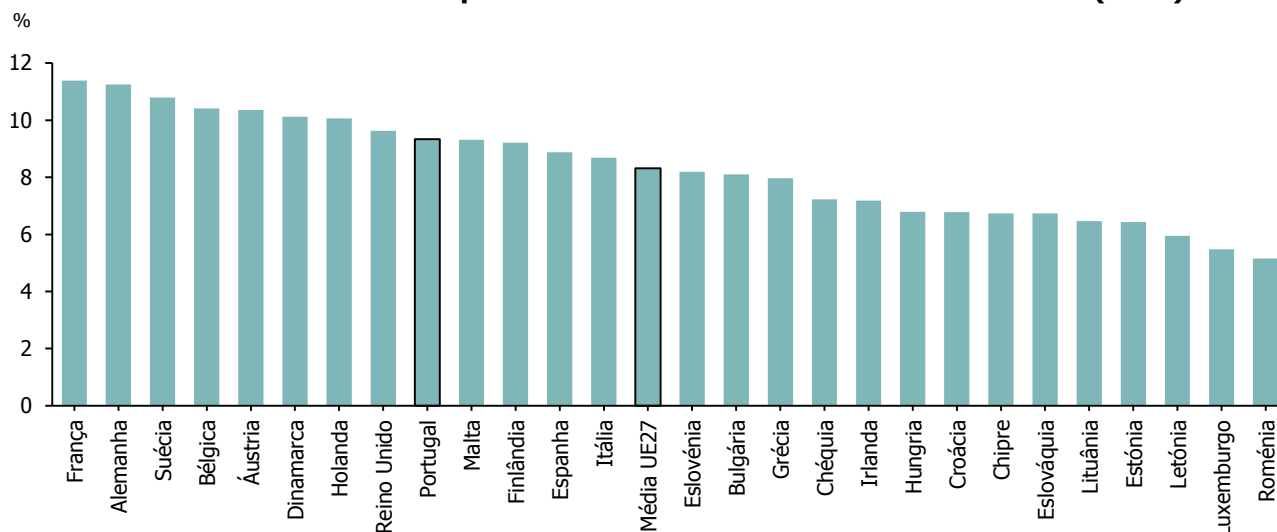
Gráfico 10: Despesa corrente em saúde das famílias, por prestador (2016-2018Po)



2. Comparações internacionais

Em 2017, os Estados-Membros (EM) da UE27⁵ gastaram, em média, 8,3% do PIB na despesa corrente em saúde. Nesse ano, Portugal ocupou a 9ª posição no *ranking* dos EM em termos de peso relativo da despesa corrente no PIB (9,3%), 1,0 p.p. acima da média da UE27.

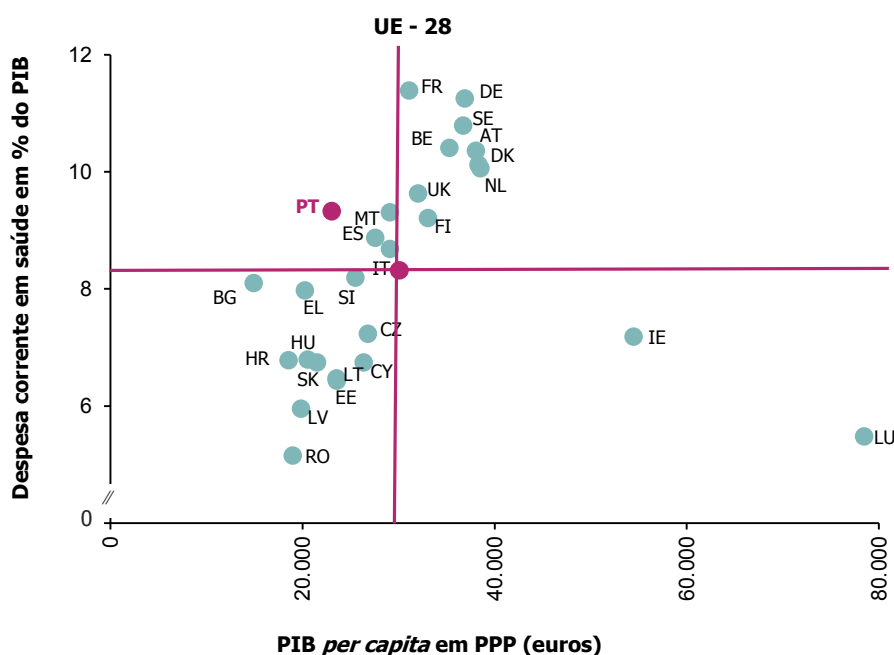
Gráfico 11: Despesa corrente em saúde em % do PIB na UE27 (2017)



⁵ Dados extraídos da base de dados do Eurostat a 10 de julho de 2020 (data da última atualização: 8 de julho de 2020). 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 da Polónia, todos os EM disponibilizaram dados da despesa corrente em saúde para o ano 2017.

Analisando conjuntamente o peso relativo da despesa corrente em saúde e PIB *per capita*, é possível verificar que Portugal, a par de Malta, Espanha e Itália, está no grupo de países com um nível de desenvolvimento económico abaixo da média europeia, mas com despesa corrente em saúde superior à média.

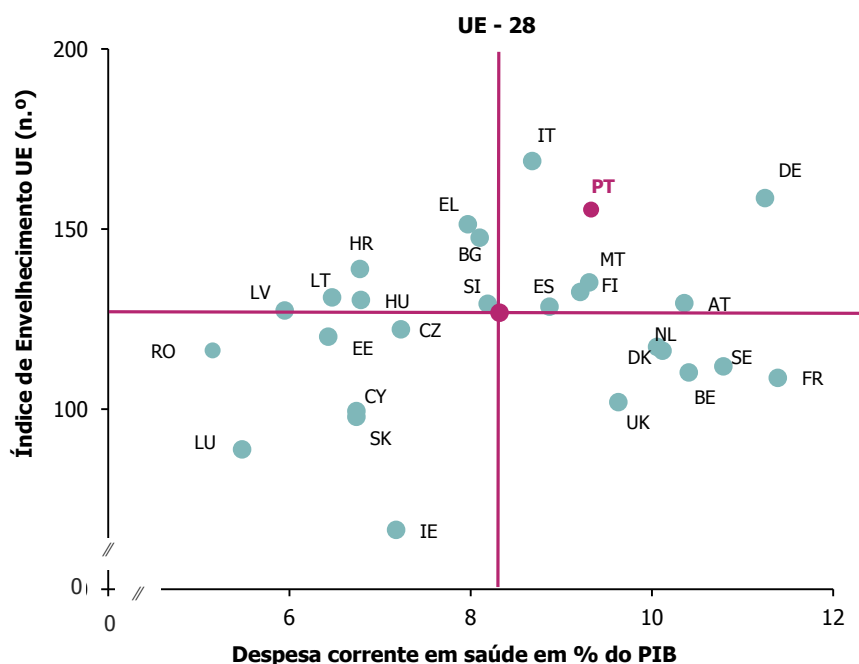
Gráfico 12: **Despesa corrente em saúde no PIB e PIB *per capita* em Paridades de Poder de Compra (PPP) na UE (2017)**



Este posicionamento poderá estar associado, entre outros fatores, ao envelhecimento da população. Com efeito, Portugal enquadra-se no grupo de Estados Membros que simultaneamente apresenta um peso relativo da despesa corrente em saúde superior à média da UE e um índice de envelhecimento demográfico⁶ maior que o da média da UE.

⁶ Este índice apresenta a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

Gráfico 13: **Índice de envelhecimento demográfico e despesa corrente no PIB na UE (2017)**



3. Nova base da Conta Satélite da Saúde

Tal como as Contas Nacionais Portuguesas (CNP), a CSS é objeto de mudanças de base, sensivelmente a cada cinco anos, com o objetivo de refletir desenvolvimentos metodológicos, atualizações de procedimentos, do universo de referência e respetivas classificações e a incorporação de novas fontes de informação.

Os impactos na despesa corrente em saúde, pública e privada, devido às alterações realizadas na base 2016 da CSS, são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 2: **Revisões na despesa corrente em saúde, pública e privada (2016-2018)**

	2016	2017	2018
Despesa corrente (B2016 - B2011)			
Revisão (10 ⁶ €)	711,7	825,5	958,3
Revisão (% da despesa corrente)	4,2	4,7	5,2
Despesa corrente pública (B2016 - B2011)			
Revisão (10 ⁶ €)	173,5	161,4	251,6
Revisão (% da despesa corrente pública)	1,6	1,4	2,1
Despesa corrente privada (B2016 - B2011)			
Revisão (10 ⁶ €)	538,2	664,1	706,7
Revisão (% da despesa corrente privada)	9,5	11,3	11,5

As revisões de 2017 e 2018 refletem, além das alterações metodológicas devido à mudança de base, a incorporação de informação mais detalhada e atualizada ao nível dos prestadores e agentes financiadores, que não estava disponível aquando da compilação da base 2011.

As principais alterações metodológicas e as novas fontes de informação incorporadas na compilação da CSS na base 2016 foram as seguintes:

a) Principais alterações metodológicas

- De acordo com as orientações da OCDE⁷, a definição das fronteiras entre os cuidados continuados, saúde (HC.3) e sociais (HCR.1) é baseada na abordagem funcional, consoante o tipo de serviços de cuidados pessoais prestados. A despesa com os serviços pessoais relacionados com as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) é incluída na despesa corrente em saúde e classificada em cuidados de saúde continuados (HC.3). A despesa com os serviços pessoais relacionados com as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) é contabilizada nos cuidados sociais continuados (HCR.1) e excluída da despesa corrente em saúde. Com base neste pressuposto, a situação de dependência de cuidados nas ABVD é o critério elegível de inclusão na despesa corrente de saúde classificada em HC.3.

A transposição desta recomendação implicou uma revisão em alta da despesa corrente com cuidados de saúde continuados, com a inclusão da estimativa da despesa com as pessoas dependentes das ABVD que estão institucionalizadas em estruturas residenciais para pessoas idosas e lares residenciais para pessoas com deficiência ou são suportadas no seu domicílio através de serviços de apoio domiciliário, com ou sem fins lucrativos. Anteriormente, esta despesa estava registada em cuidados sociais (HCR.1) e excluída da despesa corrente em saúde. A estimativa para esta componente e que permitiu desagregar a despesa corrente daquelas entidades em HC.3 e HCR.1 baseia-se em informação relativa ao número de utentes, caracterização e respetiva despesa divulgada na Conta Anual da Segurança Social e na Carta Social do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

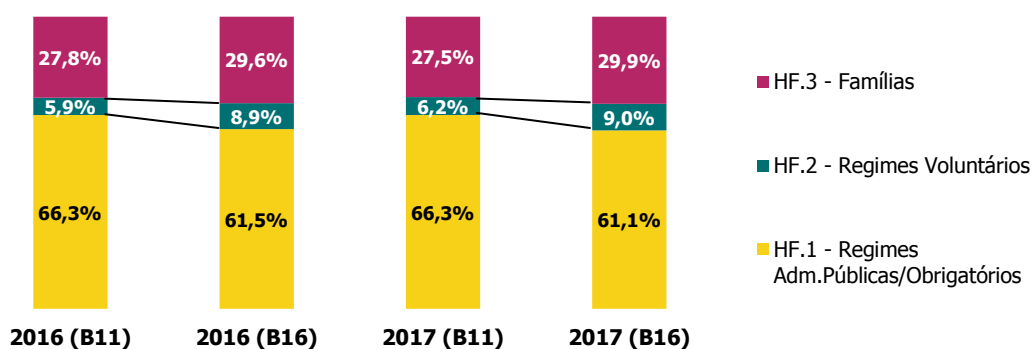
- Reclassificação das entidades que prestam cuidados continuados (saúde e sociais) na categoria de prestador "Todas as outras atividades" (HP.8.2) (anteriormente estavam na HP.8.9 - Restantes atividades não especificadas). De acordo com as referidas orientações da OCDE, a categoria Restantes atividades não especificadas (HP.8.9) apenas deve incluir as entidades que prestam exclusivamente cuidados sociais continuados (HCR.1). Na transposição desta recomendação para Portugal, foi considerado que todas as estruturas residenciais para pessoas idosas, lares residenciais para pessoas com deficiência e serviços de apoio domiciliário prestam cuidados pessoais a pessoas dependentes de ABVD e AIVD e, como tal, deverão estar incluídos no universo da CSS. Esta reclassificação teve um efeito neutral relativamente ao nível de despesa.

- Criação de uma nova categoria de agentes financiadores das administrações públicas (FA.1), os subsistemas de saúde públicos voluntários. Esta nova categoria passou a incluir o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE,

⁷ *Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011, march 2018* (<https://www.oecd.org/health/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>)

I.P.), nos Regimes de financiamento voluntários (HF.2), assegurando-se assim a consistência com as CNP, em que a respetiva despesa está integrada na despesa pública (ver figura 3). Esta classificação é aplicável a partir de 2006, após a publicação do Decreto-Lei nº 234/2005, de 30 de dezembro, que tornou a participação na ADSE, I.P voluntária. Para o período anterior a 2006, a ADSE, I.P continuou classificada nos Regimes de financiamento das administrações públicas e regimes de financiamento contributivos obrigatórios (HF.1). Note-se que esta alteração não tem impacto no nível agregado da despesa corrente em saúde, afetando apenas a repartição da despesa corrente por regime de financiamento.

Gráfico 14: **Repartição da despesa corrente em saúde por Regime de Financiamento (2016 e 2017, Base 2011 e Base 2016)**



- A criação de uma nova categoria de agentes financiadores das administrações públicas (FA.1) "subsistemas de saúde públicos voluntários" implicou a criação de outra categoria, que passou a integrar os "subsistemas de saúde públicos obrigatórios", porque na anterior base existia apenas a categoria subsistemas de saúde públicos. Os "subsistemas de saúde públicos obrigatórios" incluem, por exemplo, a Assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM) (v. figura 3).

- Reclassificação de unidades institucionais (em virtude de recomendações da OCDE, da alteração ou diversificação do tipo de serviços de saúde prestados, forma de financiamento, etc.), como por exemplo, entidades que alteraram ou diversificaram o tipo de serviços de saúde prestados, implicando a sua reclassificação noutra categoria de prestador.

- Alterações na contabilização da rubrica "outros subcontratos" registados nos Balancetes analíticos detalhados das Administrações Regionais de Saúde (ARS) devido à disponibilização de informação mais detalhada, que permitiu identificar e anular casos de duplicação de valores obtidos por outras fontes de informação.

b) Apropriação de informação de novas fontes:

- Reavaliação da despesa em Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis (não especificados por função) (HC.5.1) devido à integração dos montantes despendidos pelo SNS e SRS e pelas famílias na aquisição de produtos com prescrição médica vendidos por farmácias, tais como produtos manipulados e dietéticos, de ostomia e incontinência, artigos médicos utilizados no controlo da diabetes (informação da Administração Central do Sistema de

Saúde - ACSS); inclusão da despesa em medicamentos referentes às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, na sequência de nova informação das Regiões Autónomas.

- Revisão dos dados do comércio internacional de bens e serviços, devido à apropriação do Inquérito ao turismo internacional de 2016 e à integração da nova série da Balança de Pagamentos (sobretudo os dados referentes à categoria "Outros serviços pessoais, culturais e recreativos"), com impacto na CSS na avaliação da Despesa de Consumo Final dos não residentes no território económico (DCFNRTE) em serviços de saúde e medicamentos.

- A integração dos dados económico-financeiros detalhados disponibilizados pela Santa Casa de Misericórdia de Lisboa respeitantes à unidade de cuidados continuados e às unidades de saúde (além do Hospital Ortopédico de Sant'Ana e do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão já anteriormente considerados na CSS). Esta informação determinou a criação de uma nova categoria de prestadores, Unidades residenciais públicas de cuidados continuados (HP.2 (públicos)).

c) Principais revisões

As alterações da Base 2016 com maior impacto no nível de despesa corrente em saúde, pública e privada, são as seguintes:

Quadro 3: Principais revisões na despesa corrente em saúde, pública e privada (2016-2017⁸)

		B16 - B11			
		2016		2017	
		10 ⁶ €	% da desp corrente	10 ⁶ €	% da desp corrente
1. Inclusão da estimativa da despesa com as pessoas dependentes das ABVD	Total	466,6	2,8	485,4	2,8
	Pública	211,1	1,3	215,6	1,2
	Privada	255,5	1,5	269,7	1,5
2. Reavaliação positiva da despesa corrente em Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis	Total	170,0	1,0	192,7	1,1
	Pública	46,8	0,3	66,3	0,4
	Privada	123,1	0,7	126,4	0,7
3. Revisões da DCFNRTE em serviços de saúde e produtos farmacêuticos	Total	76,7	0,5	82,6	0,5
	Pública	51,0	0,3	54,1	0,3
	Privada	25,7	0,2	28,6	0,2
4. Alterações na contabilização dos "outros subcontratos"	Total	0	0,0	0	0,0
	Pública	-152,5	-0,9	-158,8	-0,9
	Privada	152,5	0,9	158,8	0,9
5. Outras revisões	Total	-1,6	0,0	64,8	0,4
	Pública	17,0	0,1	-15,8	-0,1
	Privada	-18,6	-0,1	80,6	0,5
Despesa corrente em saúde	Total	711,7	4,2	825,5	4,7
	Pública	173,5	1,0	161,4	0,9
	Privada	538,2	3,2	664,1	3,8

Como se pode verificar, o principal fator de revisão foi a inclusão, com esta nova série de CSS, no perímetro da despesa corrente em saúde, de uma estimativa da despesa com pessoas dependentes institucionalizadas em estruturas residenciais para pessoas idosas e com deficiência (65,6% e 58,8% da revisão total em 2016 e 2017, respetivamente). Em segundo lugar, salienta-se a revisão em alta da despesa corrente em Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis que correspondeu a 23,9% e 23,3% da revisão total em 2016 e 2017, respetivamente.

⁸ Para o ano 2018, na base 2011, na versão preliminar, os resultados disponíveis não permitem avaliar detalhadamente as revisões entre a base 2011 e a base 2016.

Notas metodológicas:

A Conta Satélite da Saúde (CSS) tem como referências metodológicas principais 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 do Sistema Europeu de Contas 2010 (SEC 2010) e do Sistema de Contas Nacionais 2008 (SCN 2008) das Nações Unidas, garantindo, assim, a comparabilidade internacional dos resultados.

- **Despesa corrente em saúde:** integra a despesa de consumo final das unidades estatísticas 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 a unidades residentes fora do território económico.

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

A estrutura do sistema de contas da saúde, de acordo com SHA 2011, centra-se na análise tridimensional dos sistemas de saúde ao nível das funções de cuidados de saúde (ICHA-HC), da prestação (ICHA-HP) e do respetivo financiamento (ICHA-HF/ICHA-FA).

Figura 1: **Classificação funcional (ICHA – HC) de cuidados de saúde** (transposição para o caso português)

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

Figura 2: **Classificação de prestadores (ICHA – HP) adotada em Portugal**

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

A CSS apresenta a separação entre os prestadores públicos e privados. Na base 2016, uma nova categoria de prestadores públicos foi incluída: Unidades residenciais de cuidados continuados (HP.2). A CSS 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.

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. 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.

O Regulamento (UE) N.º 2015/359 da Comissão Europeia impõe a adoção da classificação dos regimes de financiamento (ICHA-HF). No caso português considerou-se importante adotar, adicionalmente, a classificação de agentes financiadores (ICHA-FA) permitindo analisar os resultados de forma mais detalhada ao nível da separação da despesa do SNS e SRS.

Na transposição da nomenclatura de financiamento adotou-se a relação descrita na figura 3 entre os regimes de financiamento e agentes financiadores, assim como a respetiva separação entre a despesa privada e pública.

Figura 3: Correspondência entre os regimes de financiamento, os agentes financiadores e a despesa pública e privada (Base 2016)

