



## ECONOMIA DA SAÚDE: O SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL

Inês Sofia Nunes Oliveira Antunes<sup>1</sup>

Resumo: A economia da saúde deve ser encarada como a aplicação da teoria económica aos fenómenos e problemas associados ao tema da saúde, tendo como objetivo facilitar o processo de escolha através de métodos que auxiliam as tomadas de decisão. É notório que o setor da saúde tem vindo a ganhar maior destaque em termos económicos. Este possui diversas características que em conjunto o tornam único e complexo, nomeadamente: as questões éticas, o papel da incerteza e a enorme intervenção pública e restrições ao livre funcionamento do mercado. A valorização da saúde e a procura por um sistema de saúde mais eficiente têm sido questões cada vez mais importantes nos dias de hoje e merecido maior investimento tanto pelos governadores, como pela sociedade. Os objetivos deste trabalho centram-se principalmente na caracterização do funcionamento do setor da saúde em Portugal, desde o Serviço Nacional de Saúde, ao financiamento do Sistema de Saúde Português, até à importante discussão entre a dinâmica que existe entre os setores público e

---

<sup>1</sup> Licenciatura em Ciências da Saúde Animal pela Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de Lisboa. Especialização em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestranda em Regulação e Avaliação do Medicamento e Produtos de Saúde pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

privado. A contextualização da análise económica na saúde e das particularidades deste setor irá ser também abordada neste trabalho.

Palavras-Chave: Economia da saúde; Financiamento; Sistemas de saúde; Serviço Nacional de Saúde; Medicamento

Abstract: Health economics should be seen as the application of economic theory to the phenomenon and problems associated with health to facilitate the choice process through methods that assist in decision-making. The health sector has gained increasing relevance in economic terms and deserves particular attention for having several characteristics that together achieve a unique and complex sector, such as: ethical issues, the role of uncertainty, and massive public intervention and restrictions on the free functioning of the market. The importance of health and looking for a more efficient health system have been increasingly important topics nowadays and deserved more investment by both governors and society. The objectives of this work are mainly focused on the characterization of the operation of the health sector in Portugal, from the National Health System, and the financing of the Portuguese Health System, to the important discussion of the dynamics between the public and private health sectors. The contextualization of health economic analysis and the particularities of this sector will also be mentioned in this work.

Keywords: Health Economics; Reimbursement; Health systems; National Health Service; Medicine

Sumário: Definição de economia da saúde. Importância do setor da saúde na economia. O que difere na economia da saúde. Análise económica na saúde. O Serviço Nacional de Saúde. Financiamento do sistema de saúde português. O setor da saúde

público e privado. Seguros de saúde privados. Futuro do Serviço Nacional de Saúde.

## 1. DEFINIÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE



economia pode ser definida como “o estudo da afetação de recursos escassos suscetíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas”.<sup>2</sup> Quando nos estamos a referir à economia da saúde, a definição deve ser aplicada ao contexto em que se insere.

As questões que nos podemos confrontar neste setor podem ser por exemplo, estarmos perante dois antibióticos diferentes para o tratamento da mesma infeção ou duas técnicas cirúrgicas alternativas para resolver um determinado problema, podendo ainda a comparação ser feita contra a hipótese de simplesmente não se fazer nenhuma das opções. Outras decisões como a aplicação de programas preventivos de saúde, aquisição de novos medicamentos, investimento na literacia da saúde das populações, envolvem a aplicação de custos e recursos perante diferentes oportunidades disponíveis. A relação entre os custos e as consequências das diferentes oportunidades permite identificar os elementos que sustentam as decisões.<sup>3</sup>

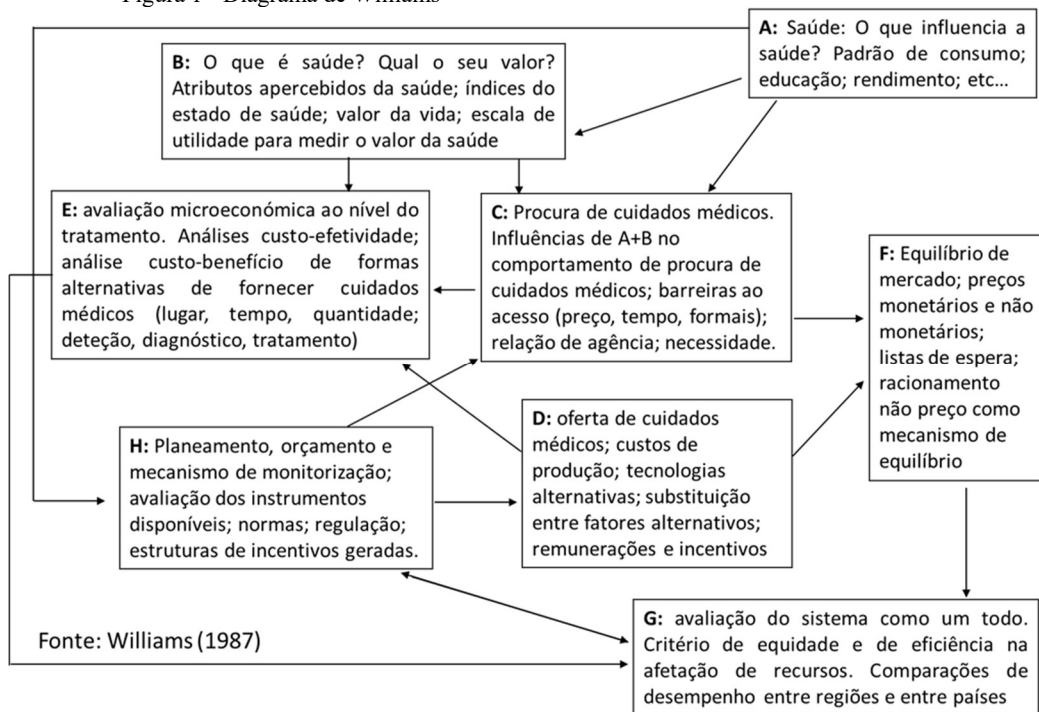
Deste modo, a economia da saúde pode ser encarada como a aplicação da teoria económica aos fenómenos e problemas associados ao tema da saúde, tendo como objetivo facilitar o processo de escolha através de métodos desenvolvidos para auxiliar as tomadas de decisão. O diagrama de Williams é uma ferramenta chave para organizar os conceitos e as relações económicas que se encontram no setor da saúde.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Barros PP. *Economia da Saúde*. 4o edição. 2022. 480 p.

<sup>3</sup> Lourenço Ó, Silva V. Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:729–52.

<sup>4</sup> Pereira J. *Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos*. 2004.

Figura 1 - Diagrama de Williams<sup>5</sup>

A análise do setor da saúde pode começar pelo que influencia a saúde, na medida em que as necessidades de cada um, quer o padrão de consumo, educação, rendimento, entre outros, têm uma influência importante na tomada de decisão, como destaca a caixa A. Seguem-se outras duas caixas, B e C. A primeira aborda o conceito da saúde, o valor que se atribui à mesma e de que forma são medidos estes conceitos para os processos de tomada de decisão na atribuição de recursos. A segunda retrata a procura de cuidados médicos e os seus determinantes diretos e indiretos. Por sua vez, a caixa D expõe as relações económicas, características do setor da saúde, ao passo que a caixa F foca o equilíbrio do mercado. De ressaltar que neste setor o equilíbrio pode ser alcançado por outros mecanismos sem ser por preços

<sup>5</sup> Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.

monetários, como por exemplo, pelo tempo de espera. Por fim, as caixas E, H e G referem-se à avaliação de desempenho do sistema, em 3 níveis: individual, organização e sistema.<sup>6</sup>

Assim, o diagrama de Williams demonstra o quão dinâmico é o setor da saúde e as diversas relações que se podem estabelecer e que contribuem para a tomada de decisão.

## 2. IMPORTÂNCIA DO SETOR DA SAÚDE NA ECONOMIA

O setor da saúde tem ganho cada vez maior destaque em termos económicos. As despesas em saúde mais do que duplicaram nos últimos 20 anos em Portugal. Durante este período, destacam-se dois marcos importantes, em 2011, com a crise económica, verifica-se uma redução do valor das despesas em cuidados de saúde e em 2013, com a recuperação económica em Portugal, retomou-se a tendência crescente que até então vinha a acontecer. Destaca-se agora, mais recentemente com a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), desde 2 de março de 2020, um aumento acentuado das despesas em cuidados de saúde, como seria expectável.<sup>7</sup>

De modo a compreender se o investimento feito na saúde tem trazido resultados, é importante observarmos alguns dados que indiretamente podem mensurar a qualidade da saúde de um país. De acordo com os dados pordata, existe uma tendência crescente na esperança média de vida em Portugal. No ano 2000 a esperança média de vida, encontrava-se aproximadamente nos 76 anos, ao passo que em 2020 passou para os 80 anos. Assim, nestes 20 anos houve um aumento de 4 anos na esperança de vida, o que eventualmente poderá estar relacionado com o facto de, neste mesmo período, a despesa em saúde ter mais do que duplicado.

---

<sup>6</sup> Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.

<sup>7</sup> PORDATA - Despesa corrente em cuidados de saúde per capita [Internet]. [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+per+capita-609>

Deste modo, dados relativamente à esperança de vida tal como, a mortalidade infantil e a mortalidade evitável, podem também ser indicadores aproximados do desempenho do sistema de saúde e da medição indireta dos resultados do investimento neste setor.

### 3. O QUE DIFERE NA ECONOMIA DA SAÚDE?

Existem diversas características que em conjunto tornam o setor da saúde um setor único, tais como:

Existência de instituições cujo objetivos não são o lucro - Este ponto leva à distinção dos setores público, privado e social. Podemos considerar que o setor social é equivalente ao setor privado, mas sem fins lucrativos, enquanto o setor público é da posse do Estado.

Necessidade de vários licenciamentos para exercer atividade – É um setor que requer determinadas licenças para que se possa exercer atividade.

Restrição de publicidade - A restrição de publicidade existe de forma a contornar os possíveis problemas de informação à população e a influência na tomada de decisões relacionadas com saúde.

Regulação de acesso à profissão e regulação do número de entidades que podem prestar cuidados – É necessária formação adequada e específica para ser profissional de saúde. Sem o cumprimento desses requisitos não é possível exercer a profissão.

Além das anteriormente mencionadas, o setor saúde apresenta particularidades que o distinguem dos demais setores da economia, principalmente devido a três fatores: a incerteza, os juízos éticos e o papel das instituições específicas.

#### 3.1. O PAPEL DA INCERTEZA

Em termos históricos, *Arrow* sintetizou as particularidades dos serviços de cuidados de saúde, tais como as práticas aliadas ao preço, a natureza da procura, as condições da oferta, a intervenção dos médicos e destacou com particular relevância o papel da incerteza.<sup>8</sup>

A incerteza afirma-se no setor da saúde por maioritariamente não ser possível prever situações como o momento em que se necessita de cuidados de saúde, qual será o custo desses mesmos cuidados, em que estado de saúde é que se encontrará, qual o tratamento adequado e se o tratamento irá resultar no efeito pretendido.

O mercado da saúde tem a particularidade de que quem usufrui do serviço, não tem de ser necessariamente quem paga aos prestadores de serviços. A recolha de fundos/organização da prestação pode ser feita por outras entidades (SNS, ADSE, seguros, subsistemas), representando um terceiro elemento na cadeia de procura de oferta de bens e serviços. Os seguros no sistema de saúde, podendo ser públicos ou privados, pretendem minimizar o impacto da incerteza em termos das consequências monetárias da necessidade de cuidados de saúde.

A existência de incerteza neste setor justifica a necessidade de intervenção pública, quer diretamente por organismos públicos ou através da regulação das entidades privadas. Esta última revela-se importante para que os prestadores de cuidados de saúde não possam pôr em prática preços demasiado elevados, para aproveitamento do facto de quem paga puderem ser entidades terceiras.

Outra característica da existência de incerteza é a assimetria de informação entre agentes económicos que têm relação entre si.<sup>9</sup> Por exemplo, quando o indivíduo após uma consulta médica toma determinada decisão relativamente a um

---

<sup>8</sup> Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev* [Internet]. 1963;53(5):941–696. Available from: [https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)

<sup>9</sup> Barros PP. *Economia da Saúde*. 4o edição. 2022. 480 p.

tratamento a realizar com base na opinião do médico, por este possuir um maior nível de conhecimentos/informações para recomendar essa decisão. No setor da saúde estamos perante um mercado onde o sistema de informação em torno da prestação de saúde é dominado pela oferta.<sup>10</sup>

No fundo, pode considerar-se que se estabelece uma relação de agência imperfeita entre médico e doente. O médico, como identidade que representa a oferta de cuidados de saúde, deverá ter em conta o risco moral, sendo que também a decisão que é tomada pelo mesmo tem um carácter subjetivo ao depender da informação que é fornecida pelo doente.

Outro fator que pode levar ao aumento da procura, é o facto de os doentes ao estarem protegidos financeiramente por um sistema, seja ele privado, como um seguro de saúde, ou público (Serviço Nacional de Saúde), poder conduzir à procura excessiva de cuidados de saúde, levando à sobrecarga dos sistemas.

Por outro lado, também o próprio médico pode recomendar uma terapêutica não só de acordo com as preferências e necessidades do doente, mas também uma que traga benefício para o próprio médico, condicionando assim a procura para a oferta que pretende.

### 3.2 – JUÍZOS ÉTICOS

No consumo de serviços e cuidados médicos estamos perante juízos de valor que não encontramos no consumo de outros bens. Esta premissa assenta no facto de ninguém dever ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade independentemente das suas condições financeiras.

Neste sentido, é importante fazermos a distinção entre análise positiva e análise normativa. A economia positiva trata da teoria e da análise económica, isto é, versa sobre o que acontece ou, dito de outro modo, consiste no estudo científico ligado

---

<sup>10</sup> Matias Á. O mercado de cuidados de saúde. Assoc Port Econ da Saúde. 1995;



ao comportamento humano e dos agentes económicos. Enquanto a economia normativa debruça-se sobre os juízos de valor, ou seja, sobre o que deve ser. Estes juízos de valor dependem das opiniões de cada um sobre o que é bom ou melhor e o que é mau e pior. Pretende identificar a melhor decisão perante o que é conhecido em termos de análise positiva da situação em análise.<sup>11</sup>

Geralmente em termos económicos é possível ter uma distinção clara entre estes tipos de análises, contudo na economia da saúde é frequente alternar entre ambas. É necessário continuamente explicar os processos de tomada de decisão, mas também, demonstrar como se devem realizar, tendo em conta juízos de valor.

Os profissionais de saúde têm um código deontológico profissional que suporta as suas decisões. O profissional de saúde, ao longo de toda a intervenção, não deve fazer mal a outra pessoa, pelo que tem necessariamente um juízo ético a influenciar a sua tomada de decisão. Para além deste, existem uma série de princípios, como: a proibição da discriminação, imparcialidade, direito de recusa de ato especializado, entre muitos outros, que regem a profissão com vista a determinar quais os comportamentos permitidos ou não, respeitando os princípios éticos estabelecidos no exercício da sua profissão.

Além disso, existem também julgamentos ao nível da sociedade, sendo que alguns deles podem ter por base correntes filosóficas, tais como o utilitarismo, o igualitarismo e a corrente filosofia de rawls.

As teorias utilitaristas enfatizam a eficiência social e o máximo benefício global. Consideram o alcance daquilo que é justo mediante a promoção e obtenção da maior quantidade de bem possível e com maior utilidade pública, mais prazer e bem-estar para a maior quantidade possível de pessoas, ampliando o somatório de felicidade social. Para isso, admite-se a possibilidade de que uma minoria sofra alguns sacrifícios, justificados

---

<sup>11</sup> Santos AD, Ribeiro S. Micro Economia:: Exercícios Propostos e Resolvidos. 2017.

pelo bem maior.<sup>12</sup> Contrariamente, o Igualitarismo defende que o justo ou o desejável é um resultado em que todos têm acesso ao mesmo serviço. O ideal a ser alcançado é a igualdade na distribuição dos bens. As teorias utilitaristas foram diretamente combatidas por Rawls, em razão da tendência a maximizar o bem social, terminar por minimizar a importância dada ao ser humano individualmente.<sup>13</sup>

As correntes filosóficas acima mencionadas podem ser a base do funcionamento de determinados sistemas de saúde nos diferentes países, consoante aquilo uma sociedade considera mais importante. Os juízos éticos têm influência sobre o funcionamento de um sistema de saúde.

Outro fator a ter em conta é a liberdade de escolha como princípio na saúde, sendo que esta varia ao longo do tempo e consoante as sociedades. Também dentro da mesma sociedade, o conceito de liberdade de escolha pode ser valorizado de forma diferente de pessoa para pessoa. É deste modo um conceito particularmente subjetivo, mas que não pode deixar de ser tido em conta quando falamos de juízo ético na saúde.

Um caso prático é compararmos os Estados Unidos da América (EUA) com a Europa: em termos de sistema de saúde, nos EUA aceita-se que a proteção financeira contra os riscos de saúde possa ser de natureza mais individual, enquanto na Europa procuramos uma proteção mais coletiva, de toda a sociedade. Esta diferença influencia toda a gestão e financiamento do setor da saúde.

O setor da saúde enfrenta difíceis questões éticas, quer no processo de tomada de decisão na alocação de recursos, quer ao nível do financiamento dos medicamentos. O orçamento alocado à saúde é limitado, por isso o financiamento de determinados medicamentos inovadores, irá necessariamente levar ao não

---

<sup>12</sup> Michel V de F, Deitos MA. Teorias da justiça e saúde pública. *Rev Direito Sanitário*. 2019;19(3):34–53.

<sup>13</sup> Villas-Bôas ME. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde. *Rev Bras Bioética*. 2010;6(1–4):29–52.

financiamento de outros, mesmo que igualmente importantes para a sociedade. É por isto tão importante que o processo de financiamento dos medicamentos, não seja trazido para a opinião pública antes da decisão final, na medida em que poderá influenciar e condicionar a imparcialidade na tomada de decisão.

### 3.3. INTERVENÇÃO PÚBLICA E RESTRIÇÕES AO LIVRE FUNCIONAMENTO DO MERCADO

No mercado da saúde, o que é comercializado é assente num direito fundamental, que é o direito à saúde, estando a oferta dividida em 2 setores com objetivos económicos diferentes: o sistema público que não visa a obtenção de lucro na sua maioria, enquanto o sistema privado tem como um dos seus objetivos principais a obtenção de lucro. O mercado da saúde é um mercado regulado, no qual a prestação de cuidados de saúde não é um monopólio natural e a concorrência assegura que a população obtém os cuidados que necessita a um preço razoável. As entidades reguladoras ajudam a manter a concorrência nos mercados e certificam-se que os prestadores competem para satisfazer a procura.<sup>14</sup>

Em Portugal, a regulação do mercado da saúde está a cargo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que garante o cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, tais como o licenciamento dos estabelecimentos, a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, a prestação de cuidados de saúde de qualidade e demais direitos dos utentes e verificação da legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes. A ERS está encarregue pela regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

---

<sup>14</sup> Rodrigues NC. Regulação em geral e regulação da saúde. Regulação na Saúde. 2017;11-8.

dos setores público, privado, cooperativo e social.<sup>15</sup> Os Estatutos da ERS foram aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto.<sup>16</sup>

#### 4. ANÁLISE ECONÓMICA NA SAÚDE

A análise económica consiste na análise comparativa de determinadas atividades, processos ou estruturas em termos dos seus custos e consequências. De uma forma simplificada, consiste na utilização de modelos económicos para responder às questões em causa.<sup>17</sup>

Em Portugal inicia-se pela avaliação da eficácia para verificarmos que o novo medicamento é mais eficaz comparativamente aos já existentes utilizados na prática clínica. Só depois desta demonstração é possível avançar para a análise económica.

Na quantificação dos custos de um dado programa ou ação de saúde deverá incluir-se tanto os custos fixos, como os custos variáveis; tanto encargos de capital, como encargos correntes e também os custos individuais e sociais, devendo ainda incluir os custos suportados diretamente pelo indivíduo ou comunidade, bem como os custos indiretos, como o tempo perdido.<sup>18</sup>

A análise custo-benefício (ACB) é um método de avaliação económica que pretende identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas ações. Avalia de forma sistemática todos os custos e resultados de diferentes alternativas, de modo a determinar qual (ou quais) das alternativas maximizam a diferença ou a razão entre benefícios e custos. O raciocínio base da ACB, passa por uma determinada decisão

---

<sup>15</sup> DRE. Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/126-2014-56304800>

<sup>16</sup> Entidade Reguladora da Saúde (ERS) [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.ers.pt/pt/institucional/a-ers/>

<sup>17</sup> Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.

<sup>18</sup> Pereira J. Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos. 2004.

conduzir a uma melhoria do bem-estar social, se os benefícios a ela associados excederem os seus custos.<sup>19</sup> Este tipo de avaliação económica distingue-se por valorizar tanto os custos, como os resultados em termos monetários, isto é, valoriza vidas salvas ou outras dimensões da saúde em termos monetários. É, por isso, confrontada com um problema ético de valorização da saúde, sendo um método que dificilmente é usado em tomada de decisão.<sup>20</sup> Deste modo, existem variantes que têm sido aplicadas: análise de minimização de custos, a análise custo efetividade (ACE) e a análise custo-utilidade (ACU).

A análise de minimização de custos é um método de avaliação económica que determina os custos de determinada ação, comparando-se alternativas que, através de um estudo controlado (ensaio clínico ou outro), têm resultados rigorosamente iguais. Este tipo de análise pode ser considerado um caso especial das técnicas ACE, ACU e ACB, onde por existir equivalência dos resultados em termos de benefício, são independentes da opção escolhida e, por isso, apenas se consideram os custos. A alternativa mais eficiente é aquela que apresentar menores encargos.<sup>21</sup>

No caso da análise de custo-efetividade, utiliza-se este método quando os resultados em estudo podem ser avaliados em termos de um indicador comum. Distingue-se da análise custo-benefício e da análise custo-utilidade pelo facto dos resultados ou consequências serem medidos em unidades naturais (p. ex. anos de vida ganhos, número de mortes evitadas, etc.). A sua limitação prende-se na obrigação de que seja escolhida uma única medida de efetividade, contudo é muito utilizada tanto em estudos de medicamentos, como de tratamentos e outras

---

<sup>19</sup> Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.

<sup>20</sup> Rocha CA, Rossi TA, Boa Sorte NCA, Maciel RRBT. Análise econômica em saúde: O que precisamos saber: Res Soc Dev. 2021;10(10):1–12.

<sup>21</sup> Rocha CA, Rossi TA, Boa Sorte NCA, Maciel RRBT. Análise econômica em saúde : O que precisamos saber: Res Soc Dev. 2021;10(10):1–12.

intervenções terapêuticas.<sup>22</sup>

Por fim, a análise custo-utilidade, que é uma forma de avaliação económica semelhante à ACE, mas em que as consequências são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos. Os resultados das análises custo-utilidade são “anos de vida ajustados pela qualidade”, sendo, por isso, o único método que pode comparar diversas intervenções ao utilizar uma unidade métrica (QALY) que permite atribuir valor à qualidade de vida, ou seja, alguns anos de vida têm mais qualidade que outros e por isso, um peso diferente. É a mais utilizada na tomada de decisão em saúde.<sup>23</sup>

## 5. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o SNS organiza-se a nível territorial, por regiões de saúde, e a nível funcional, por níveis de cuidados, devendo os seus estabelecimentos e serviços orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação inter-regional dos serviços.<sup>24</sup>

As regiões de saúde em que o SNS se organiza são as seguintes: Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; Algarve, dividindo-se estas em sub-regiões. Em cada uma das regiões existem unidades de saúde (centros de saúde e hospitais por freguesia). O SNS como conjunto organizado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados visa garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, mediante os recursos humanos e financeiros disponíveis. Encontra-se sob a tutela do Ministério da Saúde e é administrado

---

<sup>22</sup> Pereira J. Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos. 2004.

<sup>23</sup> Pereira J. Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos. 2004.

<sup>24</sup> Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto | DRE. Estatuto do SNS. [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

pelo Conselho de Administração, sendo da responsabilidade do Estado a proteção da saúde individual e coletiva.<sup>25</sup> O SNS é financiado através do orçamento do Estado.

É administrado ao nível de cada região pela Administração Regional de Saúde (ARS). Em cada sub-região existe um coordenador sub-regional de saúde e em cada concelho uma comissão municipal de saúde.

O SNS caracteriza-se por: ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as suas condições económicas e sociais; ter uma organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participativa. Mesmo sendo tendencialmente gratuito, é importante ressaltar que fica condicionado pela limitação dos recursos humanos, técnicos e financeiros.<sup>26</sup>

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, apátridas e estrangeiros com residência em Portugal e também os cidadãos nacionais de Estados Membros das Comunidades Europeias.<sup>27</sup>

Podemos considerar o SNS distribuído por cuidados de saúde primários, hospitalares e cuidados continuados integrados.

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde e constituem uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial.<sup>28</sup> Este nível de cuidados deve responder de forma contínua às necessidades em saúde e bem-estar da população, promovendo a eficiência geral do sistema de prestação de cuidados e contribuindo de forma

---

<sup>25</sup> Baganha M, Ribeiro J, Pires S. O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Cent Estud Sociais*. 2002;33.

<sup>26</sup> ERS. Direitos e Deveres dos Utentes. 2021; [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

<sup>27</sup> Serviço Nacional de Saúde – Guia do Utente [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.chs.min-saude.pt/guia-do-utente/o-servico-nacional-de-saude/>

<sup>28</sup> DRE. Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto - Estatuto do SNS. 2022. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

decisiva para alcançar os objetivos de cobertura universal da população. A importância dos cuidados de saúde primários ficou muito evidente durante a pandemia por COVID-19. Os centros de saúde ajudaram na identificação e triagem de possíveis casos, mas também no seguimento dos casos ativos. Adicionalmente estas equipas desempenharam um papel essencial no plano de vacinação contra a COVID-19, possibilitando que a população portuguesa atingisse uma das taxas de vacinação mais elevadas do mundo.<sup>29</sup> Em Portugal muitas vezes, em situações médicas que poderiam ser geridas nos cuidados de saúde primários, os doentes recorrem diretamente aos serviços de urgência dos hospitais. Tal acaba por se traduzir em custos superiores para o SNS, assim como em sobrecarga do sistema.<sup>30</sup>

Os cuidados hospitalares envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência. Enfrentaram inúmeros desafios durante a pandemia por COVID-19. O ano de 2021 ficou marcado pela retoma generalizada dos níveis de atividade hospitalar no SNS, nomeadamente na vertente das consultas e das cirurgias que durante o ano de 2020 foram fortemente afetados. A COVID-19 continuou a exercer pressão sobre os hospitais públicos, com maior incidência nos serviços de urgência e nos internamentos em enfermaria e em unidades de cuidados intensivos (UCI). Contudo, as equipas e os profissionais do SNS conseguiram em 2021, de acordo com os dados do relatório de saúde de 2021, voltar aos níveis de produção de 2019 em diversas áreas assistenciais.<sup>31</sup>

Os cuidados continuados integrados centram-se em intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que visam

---

<sup>29</sup> CFP. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021 - Relatório no 07/2022. Cons das Finanças Públicas. 2022;1-50.

<sup>30</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1-118.

<sup>31</sup> CFP. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021 - Relatório no 07/2022. Cons das Finanças Públicas. 2022;1-50.



promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.<sup>32</sup>

## 6. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema de Saúde Português nasceu, oficialmente, em 1946, contudo apenas na década de sessenta foi construída a primeira rede de serviços de saúde. Nesta fase predominavam as instituições privadas, principalmente as de natureza religiosa ou sem fins lucrativos. Também surgiram as primeiras instituições dentro do próprio Estado, porém ainda se considerava que este não era o responsável pela assistência da doença.<sup>33</sup>

Até 1976, o sistema era baseado em entidades prestadoras pertencentes aos empregadores e os cuidados de saúde eram exclusivamente prestados aos empregados. Também alguns serviços eram prestados por misericórdias, essencialmente aos mais desfavorecidos, sendo que grande parte da população não tinha acesso a cuidados de saúde.<sup>34</sup>

Em 1979 foi criada a Lei nº 56/79, de 15 de Setembro que “cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.”<sup>35</sup> Assim, os cuidados de saúde passaram a estar assentes na estrutura do SNS, como seguro público, de cobertura universal, acesso quase livre no momento de utilização de serviços e de financiamento através dos impostos.

Atualmente, o financiamento do sistema de saúde

---

<sup>32</sup> Diana Lopes, Eduardo Anselmo Castro JS. Saúde 2040. 2018. 1–138 p.

<sup>33</sup> Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.

<sup>34</sup> Lourenço A. Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal. Organ Int do Trab. 2018;1–20.

<sup>35</sup> DRE. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro [Internet]. 1979. [cited 2022 Oct 15]. Available from: [https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864?\\_ts=1665964800034](https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864?_ts=1665964800034)

português é feito através de uma combinação de recursos públicos e privados. A maior fatia da despesa é a despesa pública em saúde, com o SNS a ser financiado, essencialmente, pelas verbas inscritas no Orçamento do Estado.

A participação dos utentes na despesa de saúde faz-se pela via de diferentes meios de copagamento, em particular através de taxas moderadoras ou dos pagamentos diretos.

Relativamente às taxas moderadoras, a partir de 1 de junho de 2022, estas passaram a ser pagas apenas nos serviços de urgência quando o doente não vai referenciado pelo SNS ou quando não resulte em internamento, segundo o Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio. Ressalva-se que mesmo nas situações em que a taxa moderadora continue a ser paga, os utentes mantêm a dispensa de pagamento nos casos de insuficiência económica.<sup>36</sup>

Um dos subsistemas de saúde públicos importante de destacar é a Rede ADSE que é constituída por prestadores de cuidados de saúde que celebram uma convenção com o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE, I.P.), permitindo que, os beneficiários, possam ter acesso a consultas, exames e outros cuidados médicos a preços mais reduzidos. Os beneficiários são todos os trabalhadores com relação jurídica de emprego público (CTFP) a título definitivo e a termo resolutivo e os trabalhadores com contrato individual de trabalho (CIT) com e sem termo, que exerçam funções em entidades de natureza jurídica pública.<sup>37</sup> Em 2020, a ADSE tinha 1.202.485 beneficiários.<sup>38</sup>

## 6.1. VISÃO GERAL DO FINANCIAMENTO DO SETOR DA

---

<sup>36</sup> Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio | DRE [Internet]. 2022. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>

<sup>37</sup> ADSE - Beneficiários [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www2.adse.pt/beneficiarios/quem-sao/>.

<sup>38</sup> PORDATA - Beneficiários da ADSE [Internet]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Beneficiários+da+ADSE-612>

## SAÚDE

O financiamento da saúde é feito por duas vias: pelo financiamento público e pelo financiamento privado. O primeiro provém do Orçamento de Estado, a partir dos impostos; enquanto o segundo é resultado dos pagamentos das famílias, dos seguros de saúde e de outras fontes de financiamento, como instituições sem fins lucrativos.

Entre 2000 e 2018 a maior fonte de financiamento do sistema de saúde foi o SNS, com cerca de 60%, porém a maior percentagem que se seguiu proveio das famílias entre os 20-30%, através de pagamentos diretos. Com percentagens menores, inferiores a 10%, contribuem outros subsistemas públicos, seguros de saúde privados, subsistemas privados e outros privados.<sup>39</sup>

Os pagamentos diretos por parte das famílias são uma fonte de preocupação por criarem a possibilidade de as despesas com saúde serem catastróficas e levarem as famílias a abandonar o consumo de outros bens e serviços essenciais e consequentemente, ao seu empobrecimento.<sup>40</sup>

Em 2010, os subsistemas públicos tiveram uma descida acentuada na percentagem de contribuição para o financiamento do sistema de saúde, dando a sensação de que o subsistema público teve uma forte redução na sua proteção financeira. Contudo, existe uma explicação para este acontecimento: durante algum tempo questionou-se se deveriam ser cobrados os custos como beneficiário da ADSE ou se deviam ser vistos como cidadãos beneficiários do SNS, quando os beneficiários da ADSE se deslocavam a um hospital público. No ano 2010, esta deixou de ser uma questão, sendo que no orçamento de estado entregou-se diretamente o dinheiro aos hospitais, em vez de dar esse mesmo

---

<sup>39</sup> Barros PP. Apresentação Aula Pós-graduação em Direito e Economia da Saúde e do Medicamento - Economia da saúde. 2022;

<sup>40</sup> Lourenço A. Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal. *Organ Int do Trab.* 2018;1–20.

dinheiro à ADSE para os reembolsos posteriores.

Por outras palavras, em 2009 uma pessoa com ADSE que fosse a um hospital público era considerado um beneficiário da ADSE, nesta situação a pessoa em questão não pagava nada, mas o hospital criava uma dívida que depois a ADSE teria como despesa. Em 2010 ficou estabelecido que a ADSE não tinha de pagar esse valor e que devia ser retirado diretamente do orçamento de estado para os hospitais. Em conclusão, esta descida acentuada em 2010 correspondeu apenas a uma alteração contabilística sem impacto na cobertura que os beneficiários tinham ao nível da ADSE.

Relativamente aos seguros de saúde apesar de em 20 anos terem duplicado o seu peso em termos de financiamento, apenas asseguram 4% da despesa de saúde em Portugal.<sup>41</sup>

Os subsistemas privados estão a perder relevância, estando os seguros de saúde a ocupar o seu espaço. As empresas têm preferido substituir estes subsistemas por mecanismos de seguros privados, contratando as redes de prestadores de seguros que já existem. A diferença principal está no facto de as empresas ao terem subsistemas, as responsabilidades futuras com os beneficiários terão de fazer parte das contas da empresa. Caso prefiram optar por um seguro privado, têm somente uma despesa anual correspondente ao valor que tem de ser pago à empresa prestadora do seguro de saúde e deixam de existir responsabilidades futuras para a empresa.

No sistema de saúde português mantém-se um nível relativamente elevado da falta de proteção financeira. O financiamento da saúde em Portugal é deste modo ligeiramente regressivo devido à elevada percentagem de pagamentos diretos e ao elevado peso de impostos indiretos.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Barros PP. Apresentação Aula Pós graduação em Direito e Economia da Saúde e do Medicamento - Economia da saúde. 2022;

<sup>42</sup> Lourenço A. Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal. *Organ Int do Trab.* 2018;1–20.

## 6.2. DESPESA CORRENTE EM SAÚDE: 2020-2021

Em 2021, a despesa corrente em saúde teve um crescimento de 12,2%, atingindo 11,2% do PIB (mais 0,7% do que em 2020), o nível mais elevado desde 2000. A manutenção da situação pandémica e a recuperação da atividade assistencial dos prestadores contribuíram para o aumento significativo da despesa corrente pública (+11,0%) e privada (+14,7%). Os apoios da Segurança Social atribuídos aos prestadores de cuidados de saúde, no âmbito das medidas excecionais COVID-19, corresponderam a 76,8 milhões de euros em 2020. Sendo que cerca de 48% foram pagos aos prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório. Em 2021, estima-se que tenham sido atribuídos 34,6 milhões de euros.<sup>43</sup>

Em 2020, a despesa dos principais prestadores públicos aumentou e os hospitais e prestadores de cuidados de saúde em ambulatório destacaram-se, reforçando o seu peso relativo na estrutura da despesa corrente, este correspondeu a 40,6%, com um aumento de 3,2% face a 2019. Este aumento deveu-se à necessidade de resposta ao tratamento de doentes COVID-19, com impacto no aumento dos custos com o pessoal (contratações, horas extra, entre outros) e no consumo intermédio (equipamentos de proteção individual, medicamentos e outros).<sup>44</sup>

No caso dos hospitais privados verificou-se a diminuição substancial da sua despesa e dos prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório. Este fenómeno poderá ser explicado pelo facto de a pandemia ter condicionado a capacidade de oferta nos primeiros meses de 2020 e também, pelo receio de contrair COVID-19, tendo ocorrido tendencialmente uma diminuição da procura de cuidados de saúde não urgentes pelos cidadãos.

As contribuições das famílias continuam a representar a

---

<sup>43</sup> Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde 2019-2021. 2022;1-17.

<sup>44</sup> Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde 2019-2021. 2022;1-17.

maior percentagem do financiamento privado e são devidas a consultas e exames de diagnóstico no setor privado, a despesas com medicamentos, saúde oral, e taxas moderadoras. Em 2020, as famílias e os subsistemas de saúde públicos voluntários foram os agentes financiadores que registaram as maiores reduções do peso relativo, mas mesmo com esta redução em 2020, estes pagamentos atingiram o valor de 26% da despesa total em saúde, o que representou mais de 5 mil milhões de euros.<sup>45</sup>

Em 2020, fazendo uma comparação internacional, a despesa corrente em saúde aumentou na maioria dos 18 Estados-Membros (EM), refletindo o impacto da pandemia COVID-19. As maiores subidas ocorreram na Chéquia, Polónia e Irlanda. A Finlândia, Itália e Portugal foram os EM com menores crescimentos. A Bélgica foi o único EM a registar uma diminuição da despesa corrente em saúde.<sup>46</sup>

### 6.3. DESPESA DO ESTADO COM MEDICAMENTOS

Os sistemas de comparticipação dos medicamentos estão associados ao modelo de financiamento do sistema de saúde de cada país. No caso de Portugal, o doente na aquisição dos medicamentos comparticipados, paga o montante resultante da diferença entre o preço de venda ao público (PVP) e a comparticipação do estado.<sup>47</sup> Esta percentagem de comparticipação está dividida em escalões consoante as indicações terapêuticas dos medicamentos. Quando nos referimos a comparticipação, estamos a ter em conta os medicamentos dispensados em ambulatório.

No caso dos medicamentos utilizados em ambiente

---

<sup>45</sup> Lourenço A. Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal. *Organ Int do Trab.* 2018;1–20.

<sup>46</sup> Instituto Nacional de Estatística. *Conta Satélite da Saúde 2019-2021.* 2022;1–17.

<sup>47</sup> Sistemas de saúde: modelo Bismarck vs modelo Beveridge [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://blog.apolo.app/sistemas-de-saude-modelo-bismarck-vs-beveridge/>

hospitalar, estes estão sujeitos a um processo diferente denominado de Avaliação Prévia Hospitalar (APH). A APH visa estabelecer as condições de aquisição de medicamentos pelos hospitais do SNS. Neste caso, o estado financia em 100% o valor dos medicamentos e o utente não paga nenhum custo diretamente.

Os dados do portal da transparência demonstram que a despesa com medicamentos nos hospitais do SNS tem vindo a crescer ao longo dos últimos 10 anos.<sup>48</sup> Em 2020, os hospitais do SNS aumentaram as despesas em medicamentos em 260 milhões de euros face a 2019.<sup>49</sup>

Os principais responsáveis pelo aumento superior a 20% desde 2019 foram os fármacos inovadores, sobretudo na área da Oncologia. Em 2021, os medicamentos para tratamento do cancro custaram quase 500 milhões de euros, mais 12% do que em 2020. Além do cancro, a atrofia muscular espinal e o grupo composto pela artrite reumatoide, psoríase e doença inflamatória do intestino foram outras doenças cujos medicamentos representaram um grande encargo para o SNS.

Os dados disponíveis da despesa nos hospitais do SNS até Maio de 2022 demonstram que nestes primeiros 5 meses do ano já existe uma tendência crescente dos custos face a 2021. As áreas de maior destaque em peso financeiro: Oncologia, Vírus da Imunodeficiência humana (HIV), Artrite Reumatoide/Psoríase/Doença inflamatória intestinal e os medicamentos órfãos.<sup>50</sup> Os medicamentos órfãos são medicamentos desenvolvidos para

---

<sup>48</sup> SNS - Portal da Transparência - Despesa com Medicamentos nos Hospitais do SNS [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/despesa-com-medicamentos-nos-hospitais-do-sns/table>

<sup>49</sup> SNS gastou mais 260 milhões de euros em medicamentos no ano passado face a 2019. Expresso [Internet]. 2022; Available from: <https://expresso.pt/sociedade/2022-07-06-SNS-gastou-mais-260-milhoes-de-euros-em-medicamentos-no-ano-passado-face-a-2019-297600f5>

<sup>50</sup> Infarmed. Meio Hospitalar - Monitorização de Medicamentos - Maio 2022. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/utilizacao-e-despesa/relatorios/hospitalar>

tratar doenças raras que colocam em risco a vida e para os quais não há outras alternativas terapêuticas disponíveis.

É importante ter também em consideração estes dados, na medida em que uma fatia considerável da despesa do estado em saúde é investida nos medicamentos de forma que estes sejam acessíveis à população.

## 7. O SETOR DA SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO

A partir de 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto)<sup>51</sup> criou-se um tipo de enquadramento no setor da saúde, a partir do conceito de “Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde”, cujo objetivo visava garantir adequados padrões de eficiência e de qualidade tanto nas instituições públicas como nas instituições privadas (artigo 64º, n.º 3, alínea d, da Lei Constitucional n.º 1/2005).<sup>52</sup>

Este novo modelo de articulação entre prestadores públicos e privados, em que o Estado reforçou a sua condição de regulador, transformou o sistema de saúde português enquanto "conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde" (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).<sup>53</sup>

De acordo com a constituição portuguesa todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. É no sentido de proteger este direito que Portugal tem estabelecidas relações de cooperação entre o setor público e privado que integram o sistema de saúde. Existem acordos e convenções

---

<sup>51</sup> Lei n.º 48/90 | DRE [Internet]. 2019. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475-124482698>

<sup>52</sup> Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto [Internet]. 2005. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>

<sup>53</sup> Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro [Internet]. 1993. [cited 2022 Oct 15]. Available from: [https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006?\\_ts=1666224000034](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006?_ts=1666224000034)



entre o estado e os prestadores privados e sociais, caso essa situação se afigure mais vantajosa para garantir os direitos de acesso para os utentes do SNS.

Como visto anteriormente, em Portugal o financiamento e a prestação de cuidados de saúde são assegurados através de um modelo de natureza mista com forte predominância pública. O financiamento público é assegurado através do orçamento de Estado e a prestação de cuidados está organizada no contexto das unidades e serviços que integram o SNS. Ao nível da prestação de cuidados coexistem prestadores públicos e privados num contexto de regulação pública.<sup>54</sup>

Ao analisar a forma como o SNS é financiado através de impostos sobre o rendimento e impostos sobre o consumo (IVA), conseguimos deduzir que o crescimento do sector privado pode corresponder a poupanças para o Estado. Tal acontece porque parte da população paga o SNS através dos seus impostos, mas pouco usufrui dos seus serviços, recorrendo ao sistema privado, pelo que acabam por fazer um pagamento duplo. Atualmente, se toda a população utilizasse exclusivamente o SNS, tal levaria a custos insuportáveis na despesa pública e uma ausência de capacidade de resposta por parte do sistema público. Deste modo, o sistema privado veio permitir uma maior capacidade de resposta dos cuidados de saúde para parte da população.

O crescimento do privado também veio permitir ao Estado estabelecer várias áreas de cooperação entre os dois setores. O Estado recorre ao setor privado com o propósito de garantir que determinada atividade assistencial ou programas de saúde possam ser executados e garantir o acesso à saúde a todos os cidadãos. Como por exemplo:

Sistema integrado de gestão das listas de espera cirúrgicas (SIGIC) –Quando é proposta ao utente uma cirurgia num hospital público e depois de dar o seu consentimento, o mesmo

---

<sup>54</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1–118.

obtem um documento comprovativo da sua inscrição. Quando o hospital público não pode garantir a realização da cirurgia dentro do tempo estipulado, o SIGIC propõe transferir o utente para outro hospital público ou emite um Vale-Cirurgia para que este recorra a um hospital privado. O utente a quem foi atribuído um Vale-Cirurgia pode escolher o local onde irá realizar a sua cirurgia, dentro da lista de Hospitais convencionados com o Ministério da Saúde. É um sistema que pretende diminuir a lista de espera para as cirurgias.<sup>55</sup>

Programa cheque dentista para grávidas, crianças e idosos – Os cheque-dentista podem ser utilizados em qualquer médico dentista aderente, em consultórios ou clínicas de medicina dentária privadas. O âmbito de utilização dos cheque-dentista prevê a promoção da saúde oral, a prevenção e tratamento das doenças orais.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho.<sup>56</sup> É constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua residência, como em unidades de internamento da RNCCI.

Parcerias Público-Privadas (PPP) - Mecanismo de contratação privilegiado para a criação e melhoria de hospitais públicos. Para a sua realização foi definido o seguinte modelo de partilha de responsabilidades: Planeamento e financiamento público; Investimento e gestão privada; Controlo e titularidade pública; Globalmente financiado pelo SNS. O objetivo é garantir o acesso ao sistema de saúde.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> CUF. SIGIC - Vale Cirurgia [Internet]. [cited 2022 Oct 15] Available from: <https://www.cuf.pt/servicos-cuf/servicos-clinicos/sigic-vale-cirurgia>

<sup>56</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

<sup>57</sup> Apresentação das parcerias público privadas. O caso português no sector da saúde [Internet]. [cited 2022 Oct 20]. Available from: [https://www.igf.gov.pt/inftecnica/75\\_anos\\_IGF/fausto/fausto\\_indice.htm](https://www.igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/fausto/fausto_indice.htm)

## 7.1. SISTEMAS DE SAÚDE

A classificação mais comum dos sistemas de saúde assenta na fonte de financiamento que prevalece. Dentro dos sistemas coercivos, podem distinguir-se os sistemas com base em dois modelos distintos: Modelo Beveridgiano e o Modelo Bismarkiano.

O modelo Beveridigiano, assenta num Serviço Nacional de Saúde, no qual o estado tem a responsabilidade do financiamento, posse e gestão das instalações de saúde e o financiamento é efetuado sobretudo através de impostos pagos por todos os cidadãos, pretendendo garantir que os cuidados de saúde são tendencialmente gratuitos no momento do acesso.<sup>58</sup> Este modelo foi idealizado pelo inglês William Beveridge através do seu Relatório Beveridge de 1942, resultando na criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico em 1948. O modelo Beveridgiano tem como objetivo a universalidade, pelo que deve abranger todos os cidadãos. A sua prestação é essencialmente pública, mas cada vez mais contratualizada.<sup>59</sup> O sistema de saúde em Portugal tem uma inspiração fortemente beveridgiana.

O Modelo Bismarkiano, criado na Alemanha em 1883, é um Sistema de seguro de saúde social. Coexistem entidades públicas e privadas na prestação de cuidados de saúde. O financiamento é efetuado por contribuições de empregadores e empregados, baseadas no salário e independentes do nível de risco de doença individual, sendo que o estado remete o financiamento para a iniciativa privada que faz a sua gestão. Deste modo o Estado intervém na afirmação dos princípios gerais do

---

<sup>58</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1–118.

<sup>59</sup> Prates D. Beveridge, Bismarck e a urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta. Observador [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]; Available from: <https://observador.pt/opiniao/beveridge-bismarck-e-a-urgencia-pediatria-do-hospital-garcia-de-orta/>

funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros.<sup>60</sup> Exemplos deste modelo são a Alemanha e a Suíça. No caso da Alemanha é baseado em seguros sociais obrigatórios e no caso da Suíça, em seguros privados igualmente obrigatórios.<sup>61</sup>

A OMS encontra na localização geográfica dos países um padrão para a caracterização dos sistemas de saúde prevalentes na Europa. Nos países da Europa Central e de Leste predominam os sistemas de seguro social de saúde e, tradicionalmente, o sector privado desempenha um papel importante na prestação de serviços de saúde. Enquanto nos países do Norte e do Sul da Europa predomina a existência de um serviço nacional de saúde, tendo feito reformas para permitir que serviços de saúde sejam comprados ao sector privado com dinheiro público.<sup>62</sup> Contudo, atualmente vários países da Europa adotam um modelo misto, apresentando as características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade.

## 8. SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS

O mercado de seguros de saúde privados é baseado num regime livre cuja adesão é voluntária, sujeito a legislação do sector segurador. Este mercado inclui todos os contratos cujos prémios são calculados com base nos riscos.<sup>63</sup> Os contratos de seguro podem ser individuais ou de grupo, consoante sejam

---

<sup>60</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1-118.

<sup>61</sup> Prates D. Beveridge, Bismarck e a urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta. Observador [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]; Available from: <https://observador.pt/opiniao/beveridge-bismarck-e-a-urgencia-pediatica-do-hospital-garcia-de-orta/>

<sup>62</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1-118.

<sup>63</sup> Baptista FL. A Realidade Portuguesa dos Seguros de Saúde. 2019;

celebrados relativamente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro por um vínculo ou interesse comum.<sup>64</sup>

Os seguros voluntários de saúde têm assumido, essencialmente, um papel suplementar face ao sistema público, oferecendo serviços também disponíveis no SNS, com vantagens em termos de rapidez no acesso e de liberdade de escolha.

O seguro de saúde pode ser dividido em três modalidades distintas: um regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência; um regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso; e um sistema misto, que resulta da combinação dos dois anteriores.<sup>65</sup>

No sistema convencionado a empresa de seguros dispõe de uma rede convencionada de profissionais ou entidades que prestam cuidado médicos-hospitalares. Deste modo, o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde aos quais pode recorrer, sendo que apenas suporta uma parte do preço com o cuidado recebido. A parte remanescente fica a cargo da entidade seguradora que terá de o liquidar diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente determinado na convenção celebrada entre ambos. No caso do sistema de reembolso, o segurado tem a liberdade para escolher o prestador ao qual pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo que a empresa de seguros indemniza o segurado na totalidade ou numa parte das despesas de saúde suportadas por este, mediante a apresentação dos respetivos comprovativos.<sup>66</sup>

O regime de sistema misto permite o recurso a ambas as modalidades descritas anteriormente, sendo a modalidade

---

<sup>64</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1-118.

<sup>65</sup> Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1-118.

<sup>66</sup> Ramos AR, Silva C. Evolução do seguro de saúde em Portugal. Inst Seguros Port. 2009;11.

preferencial para os utentes.

Contudo as seguradoras cada vez preferem mais o sistema de reembolso, na medida em que os utentes ao terem de pagar inicialmente a totalidade das despesas e só posteriormente receber o valor pago, irão ter um maior controlo dos custos.

Em Portugal existem também cada vez mais planos de saúde. As principais diferenças entre um seguro de saúde e um plano de saúde estão no contrato de serviço e na forma de pagamento.

No plano de saúde o cliente paga um valor fixo, que poderá ser mensal ou anual baseado numa estimativa feita pela seguradora de despesas que podem ser necessárias ao perfil do segurado. Desta forma, o cliente pode usufruir de forma gratuita de todos os serviços que necessitar na rede limitada de médicos e hospitais com cobertura.

O crescimento da procura pelos seguros de saúde tem sido notável, em 11 anos o mercado dos seguros de saúde em Portugal duplicou, superando os mil milhões de euros em 2021, um valor que cobre o risco de doença de 3,3 milhões de beneficiários, mais um milhão de pessoas do que em 2010, segundo dados da Associação Portuguesa de Seguradores (APS).<sup>67</sup>

Existem vários fatores que justificam a procura de cuidados de saúde nos últimos anos nas instituições privadas e consequentemente a necessidade de adesão a um seguro de saúde, como por exemplo a resposta lenta do SNS no agendamento de consultas e cirurgias, o tempo de espera das urgências do SNS, a preferência por acompanhamento obstétrico a nível dos hospitais privados e a existência de um número considerável de cidadãos sem médico de família.

## 9. FUTURO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

---

<sup>67</sup> Portugueses pagam mil milhões de euros para terem seguro de saúde. Expresso [Internet]. 2022. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://expresso.pt/economia/2022-02-17-portugueses-pagam-mil-milhoes-de-euros-para-terem-seguro-de-saude>

Foi publicado a 4 de agosto de 2022 em Diário da República, o Decreto-Lei n.º 52/2022 que cria o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).<sup>68</sup> O novo estatuto prevê a criação de uma direção executiva do SNS, bem como o regime de dedicação plena aplicada progressivamente aos médicos. Pretende garantir mais autonomia aos hospitais para a contratação de trabalhadores e para investir. Existem também alterações ao nível da estrutura do SNS, de forma a garantir mais autonomia ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Para além deste novo estatuto, existem reformas previstas ao nível do SNS, sendo duas reformas centrais no sistema de saúde: a dos cuidados de saúde primários e a dos cuidados continuados. O governo pretende investir na generalização do modelo de Unidade de Saúde Familiar a todo o país e “dotar estas unidades de equipamentos de análise e diagnóstico para despistar situações na medicina de proximidade, evitando a pressão sobre as urgências hospitalares”. Ao nível dos cuidados continuados integrados tenciona-se assegurar a sua qualidade de resposta em parceria com as Misericórdias, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPPS) e Mutualidades, de forma também a diminuir o consumo de recursos hospitalares. O foco destas duas reformas está no investimento para reduzir a pressão que existe nos cuidados hospitalares com situações que podem ser acompanhadas ao nível de cuidados primários ou ao nível de cuidados continuados.<sup>69</sup>

De modo que o setor da saúde alcance melhores resultados e rentabilize o seu investimento, é necessário continuar a desenvolver estratégias para garantir a eficiência, qualidade e

---

<sup>68</sup> Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

<sup>69</sup> Gov.pt. Reformas estruturais no SNS estão previstas no Programa do Governo. 2022; [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=reformas-estruturais-no-sns-estao-previstas-no-programa-do-governo>

segurança em todos os níveis de prestação de cuidados e em todos os sectores da prestação: público, privado e social.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros PP. Economia da Saúde. 4o edição. 2022. 480 p.
- Lourenço Ó, Silva V. Avaliação económica de programas de saúde – Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. Rev Port Clínica Geral. 2008;24:729–52.
- Pereira J. Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos. 2004.
- PORDATA - Despesa corrente em cuidados de saúde per capita [Internet]. [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+per+capita-609>
- Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Am Econ Rev [Internet]. 1963;53(5):941–696. Available from: [https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)
- Matias Á. O mercado de cuidados de saúde. Assoc Port Econ da Saúde. 1995;
- Santos AD, Ribeiro S. Micro Economia:: Exercícios Propostos e Resolvidos. 2017.
- Michel V de F, Deitos MA. Teorias da justiça e saúde pública. Rev Direito Sanitário. 2019;19(3):34–53.
- Villas-Bôas ME. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde. Rev Bras Bioética. 2010;6(1–4):29–52.
- Rodrigues NC. Regulação em geral e regulação da saúde.



- Regulação na Saúde. 2017;11–8.
- DRE. Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/126-2014-56304800>
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.ers.pt/pt/institucional/a-ers/>
- Rocha CA, Rossi TA, Boa Sorte NCA, Maciel RRBT. Análise econômica em saúde : O que precisamos saber ? Res Soc Dev. 2021;10(10):1–12.
- Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto - Estatuto do SNS | DRE [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Baganha M, Ribeiro J, Pires S. O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Cent Estud Sociais. 2002;33.
- Lourenço A. Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal. Organ Int do Trab. 2018;1–20.
- ERS. Direitos e Deveres dos Utentes. 2021; Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde – Guia do Utente [Internet]. [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://www.chs.min-saude.pt/guia-do-utente/o-servico-nacional-de-saude/>
- CFP. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021 - Relatório no 07/2022. Cons das Finanças Públicas. 2022;1–50.
- Pascoal A, Silva S. Os Seguros De Saúde Privados No Contexto Do Sistema Português. Assoc Port Seguradores. 2009;1–118.
- Diana Lopes, Eduardo Anselmo Castro JS. Saúde 2040. 2018.

1–138 p.

Lei nº 56/79, de 15 de setembro | DRE [Internet]. 1979 [cited 2022 Oct 2]. Available from: [https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864?\\_ts=1665964800034](https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864?_ts=1665964800034)

Decreto-Lei nº 37/2022, de 27 de maio | DRE [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>

ADSE - Beneficiários [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www2.adse.pt/beneficiarios/quem-sao/>.

PORDATA - Beneficiários da ADSE [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Beneficiários+da+ADSE-612>

Barros PP. Apresentação Aula Pós graduação em Direito e Economia da Saúde - Economia da saúde. 2022;

Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde 2019-2021. 2022;1–17.

Sistemas de saúde: modelo Bismarck vs modelo Beveridge [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://blog.apolo.app/sistemas-de-saude-modelo-bismarck-vs-beveridge/>

Portal da Transparência - Despesa com Medicamentos nos Hospitais do SNS [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/despesa-com-medicamentos-nos-hospitais-do-sns/table>

Expresso. SNS gastou mais 260 milhões de euros em medicamentos no ano passado face a 2019. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://expresso.pt/sociedade/2022-07-06-SNS-gastou-mais-260-milhoes-de-euros-em-medicamentos-no-ano-passado-face-a-2019-297600f5>

Infarmed. Meio Hospitalar - Monitorização de Medicamentos -

- Maio 2022. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/utilizacao-e-despesa/relatorios/hospitalar>
- Lei nº 48/90 | DRE [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475-124482698>
- Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto | DRE [Internet]. 2005 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro | DRE [Internet]. 1993 [cited 2022 Oct 15]. Available from: [https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006?\\_ts=1666224000034](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006?_ts=1666224000034)
- CUF. SIGIC - Vale Cirurgia [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.cuf.pt/servicos-cuf/servicos-clinicos/sigic-vale-cirurgia>
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho | DRE [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Apresentação das parcerias público privadas. O caso português no sector da saúde [Internet]. [cited 2022 Oct 20]. Available from: [https://www.igf.gov.pt/infecnica/75\\_anos\\_IGF/fausto/fausto\\_indice.htm](https://www.igf.gov.pt/infecnica/75_anos_IGF/fausto/fausto_indice.htm)
- Prates D. Beveridge, Bismarck e a urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta. Observador [Internet]. 2022; Available from: <https://observador.pt/opinioao/beveridge-bismarck-e-a-urgencia-pediatica-do-hospital-garcia-de-orta/>
- Baptista FL. A Realidade Portuguesa dos Seguros de Saúde. 2019;
- Ramos AR, Silva C. Evolução do seguro de saúde em Portugal. Inst Seguros Port. 2009;11.
- Portugueses pagam mil milhões de euros para terem seguro de

saúde. Expresso [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15].; Available from: <https://expresso.pt/economia/2022-02-17-portugueses-pagam-mil-milhoes-de-euros-para-terem-seguro-de-saude>

Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto | DRE [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Gov.pt. Reformas estruturais no SNS estão previstas no Programa do Governo. 2022; [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=reformas-estruturais-no-sns-estao-previs-tas-no-programa-do-governo>