

Evolução e Estrutura das Despesas Privadas em Saúde, em Portugal, 1980-1995*

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho **



Sucessivos relatórios da OCDE têm demonstrado que as despesas de saúde em Portugal, não só têm crescido muito nas últimas duas décadas, como esse aumento, ao contrário do que acontece na generalidade dos outros países da União Europeia, se tem realizado com uma cada vez maior participação privada no financiamento daquelas despesas. Este é um argumento que tem sido referido por vários autores mas pouco se sabe sobre a estrutura desta despesa e sobre a forma como a mesma tem evoluído.

Este trabalho analisa a evolução das despesas privadas em saúde entre 1980 e 1995, comparando-a com a evolução observada noutros grupos de despesa; analisa quais os tipos de cuidados onde os gastos privados são mais elevados e quais os que têm registado maiores aumentos. Analisa também como se distribuem estes gastos em função de algumas variáveis geográficas e socio-económicas e quais as principais alterações ocorridas no período em estudo.

Realizou-se um estudo, essencialmente descritivo, recorrendo à análise das bases de dados, cedidas pelo Instituto Nacional de Estatística, do Inquérito às Receitas e Despesas de 1980/81 e dos Inquéritos aos Orçamentos Familiares de 1989/90 e 1994/95.

Introdução

O aumento das despesas com a saúde é um fenómeno universal e tem sido objecto de vários estudos e reflexões, como por exemplo os de CAMPOS (1981) e SERRÃO (1997, 1998).

BARROS (1997) identifica dois factores como sendo os principais responsáveis pelo acréscimo generalizado deste tipo de despesas: *O progresso tecnológico*, que nesta área tem tido um desenvolvimento muito rápido, permitindo a obtenção de novos tratamentos ou o alargamento a um maior

número de indivíduos; *a evolução da produtividade no sector da saúde* que, face a natureza dos serviços prestados com recurso a uma grande intensidade de trabalho humano, leva a um crescimento da produtividade menor do que o observado em outras áreas.

Se o crescimento das despesas de saúde é um fenómeno de características universais a forma como estas têm sido financiadas assume em Portugal algumas particularidades. Apesar de a Constituição da República garantir a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde universais e gratuitos e de o nosso sistema de saúde assentar num SNS geral, universal e tendencialmente gratuito, temos um sistema de saúde misto onde a percentagem do financiamento privado tem aumentado ao longo dos anos.

* Investigação financiada pela Comissão de Investigação em Cuidados de Saúde, Ministério da Saúde e que serviu de base à dissertação de Mestrado apresentada na faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica; Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca; Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Comparando a evolução das despesas de saúde em Portugal, entre 1980 e 1996, com a observada nos restantes países da União Europeia, verificamos que estas têm globalmente acompanhado o crescimento dos restantes países e que os gastos totais, em percentagens do PIB, têm estado próximos da média europeia.

No quadro 1 observamos que, em 1980 apenas a Grécia e o Reino Unido possuíam gastos totais em saúde inferiores a Portugal; em 1990 as despesas em saúde de Portugal eram superiores às realizadas pela Dinamarca, Grécia, Espanha e Reino Unido. Em 1996, não só Portugal realizou despesas totais em saúde superiores às da média europeia e da OCDE, como apenas a França, Alemanha e Holanda possuíam despesas superiores.

É em relação aos gastos privados que Portugal regista uma evolução peculiar. Em 1980, embora Portugal apresentasse níveis de despesa privada dos mais elevadas da CE, estes não se afastavam significativamente da média Europeia. Em 1990, verificamos que, apesar de o esforço de financiamento da saúde pedido aos consumidores ter sido substancialmente aumentado na generalidade dos países (apenas a Bélgica e Espanha registaram despesas privadas inferiores), Portugal continua a ser o país com maiores gastos privados. Em 1996, observamos que as diferenças se acentuam e que o

esforço de financiamento da saúde pedido aos portugueses é substancialmente superior ao registado noutros países.

Esta tendência para o aumento progressivo da despesa privada em saúde é preocupante, sobretudo porque desconhecemos as eventuais repercussões na equidade que, como referem diversos comentadores (por ex., RAMOS, 1994/95; COSTA e MANTAS, 1994, MARTINS 1996, PEREIRA 1996), é um dos objectivos gerais de qualquer sistema de saúde.

Face ao anteriormente exposto, apresentamos neste artigo uma síntese dos resultados de um estudo que realizámos com o objectivo principal de caracterizar a estrutura da despesa privada em saúde e a sua evolução entre 1980 e 1995.

Consideramos despesa privada em saúde, a realizada directamente pelas famílias. Nesta, incluímos os gastos realizados no sector público (concretamente, taxas moderadoras) e os efectuados no sector privado.

Como objectivos específicos pretendemos:

- Identificar a evolução das despesas de saúde no contexto das outras despesas familiares;
- Identificar os tipos de cuidados de saúde onde mais se gasta e os que registam maiores aumentos;
- Analisar como se distribuem as despesas privadas em saúde em função de variáveis

QUADRO 1 – Evolução dos Gastos em Saúde em Percentagem do PIB

	1980			1990			1996		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Bélgica	6,6	5,4	1,2	7,6	6,8	1,0	7,9	6,9	1,0
Dinamarca	6,8	5,8	1,0	6,3	5,3	1,1	6,4	5,1 ⁽¹⁾	1,3
França	7,6	6,2	1,4	8,8	6,6	2,3	9,6	7,8	1,8
Alemanha	7,9	6,2	1,7	8,3	6,0	2,4	10,7	8,2	2,3
Grécia	4,3	3,5	0,8	5,4	4,1	1,2	5,9	4,9	1,0
Irlanda	8,5	7,8	0,7	7,0	5,2	1,8	6,0	4,9	1,1
Itália	6,8	5,6	1,2	8,1	6,3	1,8	7,6	5,3	2,3
Luxemburgo	6,8	6,3	0,5	7,2	6,6	0,6	7,0	6,5	0,5
Holanda	8,2	6,5	1,7	8,2	5,8	2,3	8,6	6,6	2,0
Portugal	5,9	4,2	1,7	6,7	4,1	2,6	8,2	4,9	3,3
Espanha	5,9	4,4	1,5	6,6	5,3	1,3	7,7	5,9	1,8
Reino Unido	5,8	5,2	0,6	6,2	5,2	1,0	6,9	5,8 ⁽¹⁾	1,1 ⁽¹⁾
U E (média)	6,9	5,6	1,3	7,3	5,9	1,8	7,7	5,4	1,4 ⁽¹⁾
OCDE (média)	6,7	5,2	1,5	9,8	5,4	3,9	8,1	5,5	1,7 ⁽¹⁾

(1) - Dados de 1994.
Fonte: OCDE, Paris 1993, 1998.

- geográficas, como por ex. a região e a localização rural/urbana;
- Analisar como se distribuem as despesas privadas em saúde em função de variáveis socio-económicas como por ex. o nível de instrução do representante da família e o rendimento equivalente da mesma.

Metodologia

Do ponto de vista metodológico, apesar de analisarmos como se distribuem as despesas de saúde em função de algumas características da população, este é um estudo de natureza essencialmente descritiva. O facto de estudarmos em três inquéritos sucessivos, amostras representativas da mesma população permite-nos considerar que realizámos um estudo de tendências⁽¹⁾.

Neste trabalho utilizámos as bases de dados do Inquérito às Receitas e Despesas Familiares de 1980/1981 (IRDF 80) e dos Inquéritos aos Orçamentos Familiares de 1989/1990 e 1994/1995 (IOF 90 e IOF 95). Estes inquéritos, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), são de base populacional, com amostras representativas da população portuguesa. Em cada inquérito, as amostra foram seleccionadas a partir de Amostras-Mãe, utilizando o método de amostragem probabilístico multietápico. Na sua construção tiveram por base os Inquéritos do recenseamento da população que lhe antecederam.

De forma a reduzir ao mínimo os viés de memória (resultante de eventuais lapsos de

memória dos respondentes ao inquérito), na colheita de informação referente à aquisição de bens e serviços, foram estabelecidos períodos de referência. Estes períodos tiveram por base a frequência com que normalmente os bens a que reportam são adquiridos.

Embora ao longo do trabalho, também se utilize o termo família (atribuindo-lhe o mesmo significado), a unidade de análise do presente estudo é o *agregado doméstico privado (ADP)*, que é formado pelo conjunto dos indivíduos que residem no mesmo alojamento e cujas despesas de alojamento e alimentação são suportadas por um orçamento comum. (INE, 1983, 1992, 1997).

Para podermos comparar as despesas relatadas pelos ADP, foi necessário homogeneizar as suas características demográficas. Uma forma expedita seria calcular a despesa per capita, dividindo as despesas pelo número de indivíduos que constituem o ADP. No entanto, tal opção ignoraria a possibilidade de partilha de recursos e de economias de escala em diversos consumos familiares.

Assim, decidimos homogeneizar as características demográficas dos agregados e analisar a distribuição das despesas familiares e rendimento com base na sua dimensão expressa em número de *adultos equivalentes*. Utilizamos a escala de equivalência da OCDE, também usada em grande parte da mais recente investigação económica a nível nacional e internacional. Trata-se de uma escala relativamente simples que atribui peso 1,0 ao primeiro indivíduo do agregado, 0,7 a cada um dos restantes, desde que tenham mais de 14 anos e 0,5 a cada criança com idade igual ou inferior a 14 anos. (SANTOS, 1984).

QUADRO 2 – Caracterização das bases de dados

Inquérito	Período de colheita da informação	Período de observação directa	Nº de famílias	Nº de indivíduos
IRDF 1980/81	Março de 1980 a Março de 1981	1 semana	8 039	26 753
IOF 1989/90	Março de 1989 a Março de 1990	1 semana	9 640	29 622
IOF 1994/95	Outubro de 1994 a Outubro de 1995	2 semanas	8 130	23 577

⁽¹⁾ RICHARDSON (1989) considera que os inquéritos tipo "survey" se realizam com três objectivos básicos: descrição, explicação e exploração. Com estudos descritivos pretende-se essencialmente descrever aspectos de uma população ou analisar a distribuição de determinadas características ou atributos, podendo ainda o investigador descrever e comparar sub-amostras. Ainda o mesmo autor, defende que num estudo de tendência, ainda que diferentes pessoas possam ser estudadas em cada momento, cada amostra representa a mesma população em diferentes períodos.

Para calcular as despesas por adulto equivalente, utilizámos a seguinte fórmula:

$$\text{Despesa por adulto equivalente} = \frac{\text{Despesa média do agregado}}{\text{Dimensão do agregado expressa em número de adultos equivalentes}}$$

Assim, na apresentação de resultados quando falamos de despesas dos agregados referimo-nos a despesas por adulto equivalente realizadas pelos elementos desse agregado.

Na comparação longitudinal, que nos permite analisar a forma como as despesas evoluíram ao longo do período em estudo, estas foram *atualizadas pelo índice de preços no consumidor*, a preços de 1996.

Variável dependente

Consideramos variável dependente do nosso estudo as despesas médias anuais em serviços médicos e de saúde, realizadas pelos agregados familiares. Tendo em consideração que estas são muito variadas, que as razões que influenciam um tipo de despesa podem não influenciar necessariamente outro, de acordo com a classificação do INE, esta despesa média foi desagregada:

- Medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Aparelhos e material terapêutico;
- Serviços médicos, de enfermagem, paramédicos e outros;
- Cuidados Hospitalares e análogos;
- Despesas com seguros de acidentes e doença;
- Outras despesas com a saúde, não discriminadas.

Sempre que considerarmos oportuno, embora reconhecendo que um nível de desagregação mais elevado diminui a fiabilidade dos dados, também com base na classificação disponibilizada pelo INE, desagregamos as despesas com serviços médicos, de enfermagem, paramédicos e outros.

Variáveis independentes

Variáveis Geográficas: Região, Localização Rural/urbana.

Variáveis Socio-económicas: Escolaridade, Rendimento.

Fiabilidade dos dados

Embora reconhecendo que possam existir algumas limitações na informação utilizada, resultantes dos viés de memória dos respondentes e da dificuldade que alguns indivíduos apresentam em expor aspectos da sua vida privada, consideramos que esta é, actualmente, a melhor fonte disponível para este tipo de estudo. Também noutros países se tem recorrido a este tipo de inquéritos para estudos similares, por exemplo RODRIGUEZ (1988, 1993); TORREY e JACOBS (1993); RUBIN; KOELLN e SPEAS (1995). Mais recentemente, WAGSTAFF *et al.* (1999), compararam a equidade no financiamento dos cuidados de saúde em treze países, baseando-se em estudos que utilizaram este tipo de inquéritos.

Apresentação e análise dos principais resultados

Quando analisamos a evolução das despesas familiares entre 1980 e 1995 verificamos que, num período de 15 anos, as despesas familiares registaram um acréscimo de 40%. Analisando a estrutura dessa despesa verificamos que a mesma se alterou, tendo-se registado decréscimo no peso relativo das despesas com alimentação vestuário e calçado e grandes acréscimos nas despesas com a “habitação e aquecimento” “serviços médicos e de saúde” “Transportes e comunicações” e de “outros bens e serviços”.

Os períodos de crescimento económico são frequentemente caracterizados por um aumento das despesas familiares e por alterações do padrão de consumo, passando as famílias a despender menores fatias do seu rendimento para bens de primeira necessidade libertando rendimentos que lhes permita aceder a outro tipo de bens. Esta alteração do padrão de consumo das famílias portuguesas é indicador de um período de

crescimento económico e de que nos estaremos a aproximar de padrões de consumo de países mais desenvolvidos.

Depois de verificarmos que as despesas de saúde foram das que mais cresceram, no período em estudo, observemos como evoluiu esta despesa.

As despesas em “serviços de saúde” crescem no período em estudo 123%, registando-se um crescimento mais acentuado desta despesa entre 1990 e 1995.

São os *medicamentos e outros produtos farmacêuticos* e as despesas em *serviços médicos, de enfermagem, paramédicos e outros* que mais contribuem para as despesas privadas neste sector. Embora as despesas com medicamentos continuem a desempenhar um papel importante, verificamos que as realizadas com serviços médicos, enfermagem, paramédicos e outros, foram as que mais cresceram, passando em 1995 a constituir a principal despesa de saúde. Para o aumento desta despesa contribuiu sobretudo o aumento das despesas com consultas médicas e de dentista. As despesas com aparelhos e material terapêutico representam a terceira fatia mais importante de despesa privada em saúde. Cresceram para o triplo entre 1980 e 1990 mas decresceram ligeiramente no período seguinte. As despesas com seguros de saúde apesar de terem registado um acréscimo de 927%, continuam a representar em 1995, apenas 1% da despesa privada em saúde.

As despesas com cuidados hospitalares são as únicas despesas familiares em saúde que diminuem entre os dois últimos inquéritos.

São múltiplas as razões que ajudam a explicar o grande aumento observado nas despesas com medicamentos e consultas médicas. Salientamos que a OCDE (1998) no seu relatório, chama a atenção para o facto de o número de prescrições por acto médico, quando comparado com os restantes países ser muito elevado em Portugal e que SERRÃO *et al.* (1998), com base em dados do INFARMED, explicita que o volume de vendas de medicamentos cresceu muito nos últimos anos, tendo registado entre 1992 e 1995 um acréscimo superior a 26%. O mesmo autor é da opinião que este aumento de consumo de medicamentos não

traduz mais ou melhores cuidados de saúde à população, reflectindo antes “*um modelo assistencial essencialmente curativo onde o peso das observações de urgência, a massificação e a rotina dos centros de saúde, a rapidez e superficialidade com que os doentes são muitas vezes observados, a descontinuidade dos cuidados com eventual duplicação de prescrições, são razões ponderosas que concorrem para o aumento das prescrições e do consumo*”. (SERRÃO, 1998, p.164)

Em relação ao aumento das despesas com consultas médicas, as insuficiências da oferta pública de consultas médicas, levaram SERRÃO (1998) a reconhecer que o cidadão é muitas vezes obrigado a recorrer a prestadores privados. A política fiscal, ao permitir uma ilimitada dedução nos impostos das despesas de saúde, representa também um incentivo ao consumo de cuidados de saúde em ambiente privado. O preço da medicina privada no nosso país é apontado pela OCDE (1998), como um dos factores a contribuir para esta situação, uma vez que, segundo o mesmo relatório, em 1993 o preço das consultas médicas em Portugal era em média cerca de 30% mais elevado do que o preço médio nos países da União Europeia.

TABELA 1 – Evolução das despesas em saúde por adulto equivalente em 1980/81, 1989/90 e 1994/95

Preços constantes⁽¹⁾ – 1996 (IP de Saúde)

Despesas de saúde	1980	1990	1990
Serviços Médicos e de Saúde	24 621	36 952	54 826
		<i>50%</i>	<i>123%</i>
Medicamentos/Produtos farmac.	15 716	18 143	22 654
		<i>15%</i>	<i>44%</i>
Aparelhos e Mat. Terapêutico	1 177	3 627	3 314
		<i>208%</i>	<i>182%</i>
S.Médicos, Enferm. Param. e outros	6 187	12 454	26 621
		<i>101%</i>	<i>330%</i>
Cuidados hospitalares	1 359	2 367	1 683
		<i>74%</i>	<i>24%</i>
Seguros de acidente e doença	40	195	406
		<i>393%</i>	<i>927%</i>
Outras despesas de saúde	134	163	148
		<i>22%</i>	<i>10%</i>

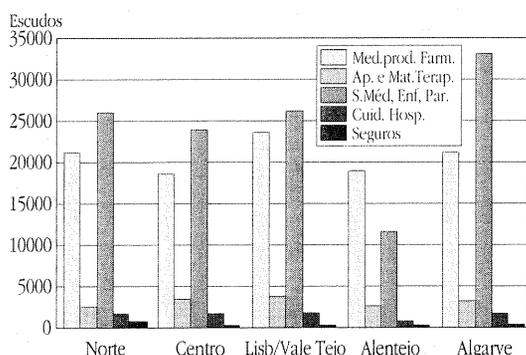
NOTA: Os números em itálico representam a variação percentual em relação a 1980/81

⁽¹⁾ O cálculo dos preços constantes permite comparar as despesas familiares em diferentes anos, retirando o efeito da inflação. A actualização de todos os preços, através do índice de preços ao consumidor, para um ano base, permite interpretar as diferenças como mudanças no consumo e não como resultantes de alteração do preço base do bem consumido. Escolheu-se 1996 por ser o último ano com dados disponíveis no INE.

Quando analisamos a evolução das despesas de saúde por região e a forma como se distribuem podemos verificar que em 1980 as maiores despesas se realizavam na região de Lisboa/Vale do Tejo e era no Norte que estas despesas eram menores. Embora tenham crescido em todas as regiões foi no Norte e no Algarve que se registaram os maiores acréscimos, passando o Algarve a ser a região com maiores despesas em saúde por adulto equivalente em 1995.

No gráfico 1, referente aos dados do último inquérito, onde a informação foi mais desagregada, verifica-se que as maiores despesas do Algarve se devem sobretudo a despesas muito elevadas em serviços médicos.

GRÁFICO 1 – Despesas em saúde por adulto equivalente, segundo a região – 1994/95



Os residentes no Alentejo, não só são os que possuem menores despesas em saúde, como é a única região onde as despesas com medicamentos são mais elevadas do que as realizadas em serviços médicos.

São várias as razões que podem explicar as diferenças existentes entre regiões, a começar por algumas características demográficas das populações, como o desigual envelhecimento das mesmas, embora LUCENA *et al.* (1995) considerem que este factor tem um peso menor do que habitualmente lhe é atribuído. Pensamos que uma maior procura de cuidados de saúde da população, não terá sido acompanhada do respectivo reforço de oferta de serviços públicos no período em estudo. A posterior entrada em funcionamento de novos hospitais nessa região, nomeadamente em

Vila da Feira e Portimão, poderão, eventualmente, contribuir para corrigir as diferenças encontradas.

Ainda em relação à distribuição geográfica, verificamos que todos os inquéritos evidenciaram maiores despesas em saúde nas áreas urbanas e que foi nestas áreas que as despesas mais cresceram. Também a estrutura da despesa é diferente: Enquanto a principal despesa das áreas urbanas se regista em serviços médico de enfermagem e outros, nas zonas rurais a maior despesa com a saúde realiza-se na aquisição de medicamentos.

GRÁFICO 2 – Evolução das D.S., em função da localização rural/urbana em 1980/81, 1989/90 e 1994/95, a preços constantes

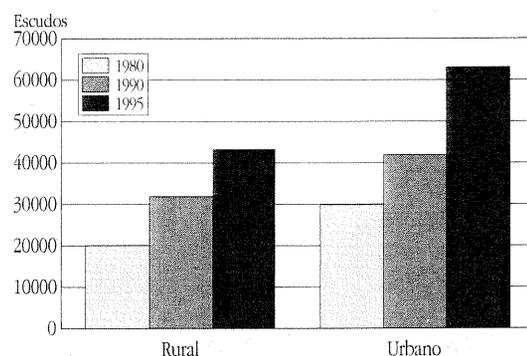
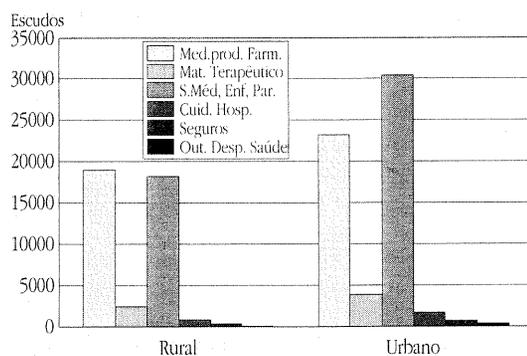


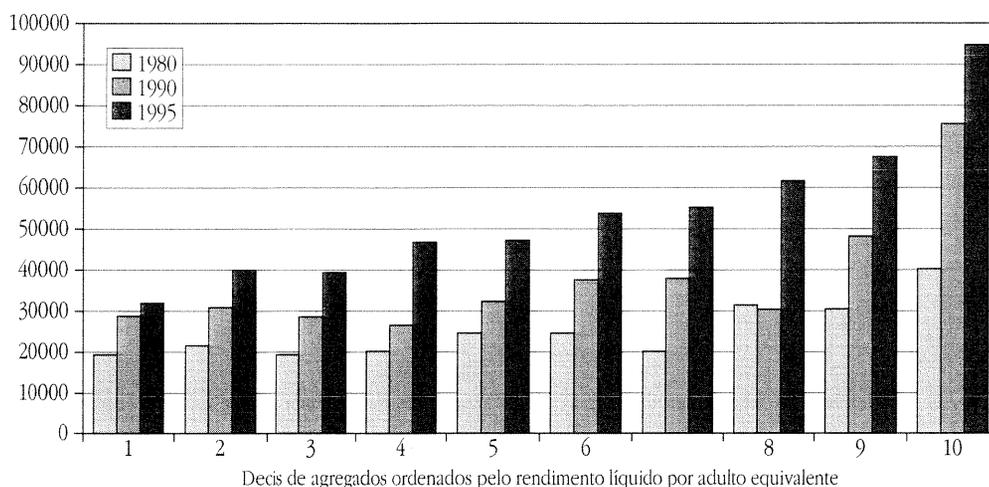
GRÁFICO 3 – Despesas em saúde em função da localização rural/urbana em 1994/95



Observando a forma como as despesas de saúde cresceram em função do rendimento, verificamos que o acréscimo, ocorreu em todos os agregados, ainda que incida mais nos de maiores rendimentos.

Da distribuição dos vários tipos de despesa, em função do rendimento, podemos concluir que, com

GRÁFICO 4 – Evolução da distribuição das despesas de saúde por decis de rendimento
- 1980/81, 1989/90 e 1994/95



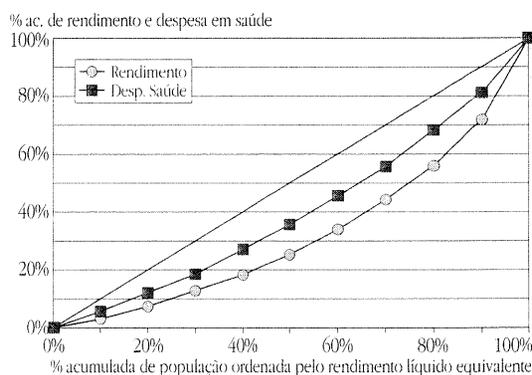
exceção das despesas com medicamentos, que apresentam uma distribuição homogênea, todas as outras despesas são mais elevadas nos agregados com maiores rendimentos. Esta concentração é particularmente notória nas despesas com seguros e com outras despesas de saúde.

No gráfico 5 estão representadas as curvas de Lorenz do rendimento e de concentração da despesa em saúde relativos a 1995. O eixo horizontal corresponde à percentagem acumulada da população ordenada pelo rendimento e o eixo vertical corresponde, respectivamente, à percentagem acumulada de rendimento e de despesas em saúde. A linha diagonal representa a situação hipotética, em que quer o rendimento quer as

despesas de saúde seriam igualmente distribuídos. A distribuição da despesa privada em saúde seria proporcional ao rendimento se se verificasse sobreposição das duas curvas.⁽¹⁾

Observamos que o rendimento está mais concentrado e que as despesas privadas em saúde, embora sejam mais elevadas nos agregados de maiores rendimento, possuem uma distribuição mais próxima da proporcionalidade. Por exemplo: verificamos que os 20% mais pobres, possuem cerca de 7% do rendimento e realizam 11% das despesas em saúde. Se pelo contrário analisarmos o que se passa nos 30% mais ricos, verificamos que possuem 56% do rendimento e realizam 44% das despesas de saúde.

GRÁFICO 5 – Curvas de Lorenz e de concentração das despesas de saúde, 1994/95



(1) As curvas de concentração relacionam, em abcissas, a percentagem acumulada da população ordenada pelos níveis de despesa ou rendimento com a percentagem acumulada de despesa ou rendimento, em ordenadas. A partir destas curvas podem ser calculados o índice de Gini para a despesa. Este varia entre 0 e 1. É zero quando a despesa se distribui igualmente por todas as famílias e 1 quando a despesa de saúde se concentra numa única família; O índice de concentração da despesa obtém-se a partir de curvas de concentração da despesa, usualmente definidas em termos da relação entre despesas e rendimentos. Os índices de concentração da despesa variam entre -1 e +1. São -1 quando as famílias de menores rendimentos fazem todas as despesas de saúde e +1 quando apenas as famílias de maiores rendimentos fazem despesas de saúde. A aplicação deste tipo de índices às despesas em saúde vem detalhadamente apresentada em PEREIRA e PINTO (1992) e PEREIRA (1996).

Na evolução registada no período em estudo, apesar das despesas de saúde terem aumentado sobretudo nas famílias de maiores rendimentos, pelo cálculo do índice de Kakwani⁽¹⁾, verificamos que as despesas privadas em saúde constituem uma forma de financiamento regressivo do sistema de saúde⁽²⁾ e, se em 1990 se registava uma tendência para a diminuição da regressividade, em 1995 há um ligeiro agravamento deste índice.

Analisando as diferentes despesas de saúde verifica-se que são sobretudo as despesas com

medicamentos que mais contribuem para a regressividade deste tipo de financiamento.

As únicas despesas que constituem um financiamento progressivo em todos os inquéritos e que inclusivamente têm aumentado a sua progressividade, são as despesas com seguros de acidente e doença. Esta situação excepcional das despesas privadas com seguros deve-se a este tipo de despesa estar concentrada nas famílias de maiores rendimentos e serem sobretudo estas famílias que têm aumentado este tipo de despesa.

TABELA 2 – Evolução dos índices de concentração e de progressividade das despesas de saúde em 1980/81, 1989/90 e 1994/95

Despesas de saúde	Índice de concentração			Índice de Kakwani		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995
Serviços Médicos e de Saúde	0,131	0,16	0,179	-0,201	-0,166	-0,170
Medicamentos/Produtos farmac.	0,000	0,004	0,030	-0,332	-0,322	-0,320
Aparelhos e Mat. Terapêutico	0,302	0,263	0,277	-0,030	-0,063	-0,073
S.Médicos, Enferm. Param. e outros	0,304	0,286	0,281	-0,028	-0,040	-0,069
Cuidados hospitalares	0,531	0,49	0,300	0,199	0,164	-0,050
Seguros de acidente e doença	0,463	0,523	0,578	0,131	0,197	0,287

Comentário final

Independentemente do seu modelo organizacional, todos os sistemas de saúde, procuram atingir objectivos de equidade no financiamento e prestação de cuidados de saúde. Os dados encontrados mostram-nos que dificilmente tais objectivos têm sido atingidos e que a situação até parece estar a agravar-se. O facto de a despesa com medicamentos se distribuir igualmente por todos os decis de rendimento, penaliza sobretudo as famílias de menores rendimentos. O acentuado acréscimo das despesas com consultas médicas, além de indiciarem uma certa incapacidade dos serviços públicos para responder à procura deste tipo de cuidados, podem estar a constituir uma barreira importante para determinadas famílias, que não possuam recursos económicos para recorrer à medicina privada.

⁽¹⁾ O índice de Kakwani pode variar entre -2 e +1. É -2 quando todo o rendimento se concentra numa pessoa e toda a despesa de saúde é realizada por outra (corresponde ao máximo de regressividade deste financiamento). É +1 quando o rendimento é igualmente distribuído e as despesas de saúde são realizadas por uma única pessoa (corresponde ao máximo de progressividade do financiamento). É zero quando as despesas de saúde são proporcionais ao rendimento. (Kakwani, 1977; Pereira, 1996). Em síntese pode-se dizer que um índice de Kakwani negativo, zero e positivo corresponde a um financiamento da saúde regressivo, proporcional e progressivo, respectivamente (PEREIRA, 1996).

⁽²⁾ Considera-se o financiamento da saúde regressivo quando a percentagem do rendimento familiar afectada à saúde diminui à medida que o rendimento da família aumenta. O sistema de financiamento é proporcional quando todas as famílias contribuem para o mesmo de forma proporcional ao seu rendimento. O sistema é progressivo quando a percentagem do rendimento familiar afectada à saúde aumenta à medida que o rendimento familiar aumenta. (PEREIRA e PINTO, 1992).

Quando estão em curso reformas no sistema nacional de saúde e se procuram novas formas de financiamento, gostaríamos de salientar que as despesas privadas em saúde não só aumentaram muito no período em estudo, como se mostrou que os índices de regressividade também aumentaram.

Bibliografia

- BARROS, Pedro Pita – O papel dos seguros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. Vol. 15, nº 4 (Outubro/Dezembro, 1997), pp. 47-58.
- BARROS, Pedro Pita – *Technology Levels and Efficiency in Health Care*. Lisboa: APES, Dezembro, 1995 (Documento de trabalho 6/95).
- BARROS, Pedro Pita – *The Black Box of Health Care Expenditures. Growth Determinantes*. Lisboa: APES, Dezembro 1995 (Documento de trabalho 2/95)
- CAMPOS, A.C. – O Controlo dos Gastos em Saúde. Racionamento ou Redistribuição?, *Cadernos de Saúde* / 7, Lisboa, ENSP, Série XII, nº 1, 1981
- CAMPOS, A.C. – Reforma da Saúde em Portugal. Cenários de Fontes de Financiamento e Estatuto de Prestadores. *Revista Nova Economia*. Lisboa. Associação Estudantes Fac. Economia U.N. nº6, (1992), pp. 14-19.
- COSTA, C.; MANTAS, A. – Financiamento do Sistema de Saúde: A Situação em Portugal. *Gestão Hospitalar*. Nº 29 (1994), pp. 25-32.
- INE – *Inquérito aos Orçamentos Familiares 1980/81: Metodologia*. Lisboa: INE, 1983
- INE – *Inquérito aos Orçamentos Familiares 1989/90: Metodologia*. Lisboa: INE, 1992
- INE – *Inquérito aos Orçamentos Familiares 1994/95: Metodologia*. Lisboa: INE, 1997
- KAKWANI, N. – Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, vol. 87, pp.71-80, 1977
- LERMAN, R.; S.YITZHAKI – A note on the calculation in interpretation of Gini index. *Economic Letters*, vol.15.pp.363-368,1984
- LUCENA, D.; GOUVEIA, M.; BARROS, P. P. – *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, Março, 1995 (Documento de Trabalho).
- MARTINS, J. C. L. – A Reforma do Sistema de Saúde Português. In VAZ, A. M.; PINTO, C. G.; RAMOS, F.; PEREIRA, J.A. – *As Reformas dos Sistema de Saúde*. Lisboa: APES, 1996, pp. 37-43.
- OCDE – *Health Systems, Health Policy Studies*. Paris, Nº 3, 1993.
- OCDE – *OECD Economic Surveys Portugal*. Paris: OCDE, January 1998.
- PEREIRA, J. A. – Estimates of Health Care Finance Progressivity in Portugal: How Robust?. *Estudos de Economia*. vol. XVIII, Nº 3 (Verão, 1998), pp. 351-372.
- PEREIRA, J. A. – Who Paid for Health Care, 1980-1990. In VAZ, A. M.; PINTO, C. G.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. A. – *As Reformas dos Sistema de Saúde*, Lisboa: APES, 1996, pp. 209-235.
- PEREIRA, J. A. [et al.] – *Co-Payments and Access to Health Care: Principles, International Experience and Implications for Romania*. Phare Health Project n.º RO9209-04-02-1002, August, 1996
- PEREIRA, J.; PINTO, C. G. – Equidade no Financiamento da Saúde em Portugal. *Economia*. separata do vol. XVI, nº 1 (Janeiro, 1992), pp. 105-135.
- RAMOS, Francisco; AMARAL, M. João – Despesas com a Saúde em Portugal. *Gestão Hospitalar*. N.º30, (Dezembro 1994-Janeiro 1995), pp. 28-32.
- RICHARDSON, R. J. [et al.] – *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 2ª ed. S. Paulo: Editora Atlas, 1989.
- RODRIGUEZ M. – El Gasto Sanitário Privado En España: Su Natureza y Su Efecto Sobre la Equidade Del Sistema. In MONTSERRAT, J.; MURILLO, C. – *Salud e Equidad*. In *VIII Jornadas de la Economia de la Saúde*. Las Palmas de Gran Canaria, 1988, pp. 287-297.
- RUBIN, R. M.; KOELLEN, K – Determinants of Household Out-of-Pocket Health Expenditures. *Social Science Quarterly*. Vol. 74, nº 4 (December, 1993), pp. 721-735
- SANTOS, J. – Escalas de Equivalência. *Estudos de Economia*. Vol. 5, 1984, p.43-65
- SERRÃO, Daniel [et al.] – *Opções para um Debate Nacional*. Porto: Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1997 (documento de trabalho do Conselho de Reflexão sobre a Saúde).
- SERRÃO, Daniel [et al.] – *Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Porto: CRES, 1998
- WAGSTAFF, A. [et al.] – Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18 , 1999, pp. 263-290