

AMPDS SAÚDE

ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS
PELO DIREITO À SAÚDE



ÍNDICE

- 1. AMPDS-ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS PELO DIREITO À SAÚDE
MEMORADUM**
- 2. CRÍTICA À PRÉ PROPOSTA DA COMISSÃO PRESIDIDA PELA
DRª MARIA DE BELÉM ROSEIRA**
- 3. ANÁLISE COMPARATIVA DA LEI DE BASES DA SAÚDE
ENTRE A PRÉ PROPOSTA DA COMISSÃO PRESIDIDA PELA
DRª MARIA DE BELÉM ROSEIRA E A PROPOSTA
GOVERNAMENTAL**
- 4. BREVE CONSULTA BIBLIOGRÁFICA**
 - **CONTAS CORRENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE
SAÚDE**
APRESENTADO PELO DR. JOÃO ÁLVARO CORREIA DA
CUNHA
 - **ARTIGO DE OPINIÃO**
*"DOES INVESTMENT IN HEALTH SECTOR PROMOTE OR
INHIBIT ECONOMIC GROWTH?"*





MEMORADUM

Requisitos gerais de uma Lei de Bases

- 1- A Lei de Bases, nos termos do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), consagra que o direito à proteção da saúde é assegurado pelo Estado, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao qual incumbe garantir o acesso a todas as pessoas, independentemente da sua condição económica e social, aos cuidados de saúde preventivos, curativos de reabilitação, paliativos e continuados.
- 2- Compete ao Estado dotar o SNS de meios humanos, técnicos e financeiros e de organização necessários à prestação de cuidados de saúde.
- 3- O SNS é universal, geral e gratuito, ou tendencialmente gratuito, não sendo neste caso admitidas taxas para as prescrições médicas.
- 4- Os serviços e estabelecimentos de saúde do SNS não podem ser geridos por entidades privadas ou do setor social, devendo proceder-se à reversão de contratos das parcerias público-privadas (PPP).
- 5- Em situações excecionais, e só quando ocorra esgotamento da capacidade do SNS, o Estado pode recorrer supletiva e temporariamente aos setores privado e social para assegurar a prestação de cuidados de saúde, sendo tomadas medidas para reposição da capacidade na perspetiva de sustentabilidade do SNS e da acessibilidade dos utentes.

- 6- Os presidentes das entidades pertencentes ao SNS devem ser escolhidos por concurso público. Os conselhos diretivos dessas entidades integrarão um médico como diretor clínico, um profissional de enfermagem como enfermeiro diretor, e um representante dos outros profissionais de saúde, que aí prestam serviço, decorre da eleição pelos seus pares
- 7- O SNS é financiado através do Orçamento do Estado, com uma verba que permita a cada cidadão aceder aos cuidados mais eficazes e eficientes.
- 8- O SNS é orientado pelos princípios da gestão pública, descentralizada e participada, que facilitem a participação dos cidadãos e das comunidades na conceção e avaliação das políticas de saúde.
- 9- As unidades hospitalares pertencentes ao SNS devem assumir a figura jurídica de Entidades Públicas, dotadas de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, extinguindo-se as Entidades Públicas Empresariais e as Parcerias Públicas e Privadas.
- 10- O SNS deve ser estruturado em Sistemas Locais de Saúde que integrem os cuidados de saúde primários, os hospitais, os cuidados continuados, de reabilitação e paliativos, de molde a garantir a acessibilidade e continuidade a todos os níveis de cuidados.
- 11- Aos profissionais de saúde é conferido um vínculo de emprego público. O regime de trabalho implica o tempo completo e a dedicação exclusiva com garantia de integração e progressão na respetiva carreira. A política salarial será conducente à fixação de profissionais de saúde no SNS.

12- Para os investimentos de inovação, ampliação e remodelação das infraestruturas do SNS devem ser elaborados planos plurianuais e garantida a atualização funcional, dimensional e tecnológica. Os investimentos de substituição devem ter o valor total das amortizações dos ativos nos orçamentos correntes, garantindo a manutenção do “capital fixo”.

13- O Ministério da Saúde deve garantir o planeamento nacional, regional e local, das unidades de saúde, na área dos recursos humanos, dos recursos financeiros e das tecnologias, para preenchimento adequado das necessidades em saúde no âmbito do SNS.

Lisboa, 28 de Dezembro de 2018

A Associação de Médicos pelo Direito à Saúde (AMPDS)

AMPDS- Associação de médicos pelo direito à saúde
ampdsaude@gmail.com
Rua Aquiles Machado, nº6 -4ºd
1900-077 Lisboa



CRÍTICA À PRÉ PROPOSTA DA LEI DE BASES DA SAÚDE APRESENTADA PELA COMISSÃO GOVERNAMENTAL

PRESIDIDA PELA DR^a MARIA DE BELÉM ROSEIRO

INTRODUÇÃO

A Medicina e as ciências da saúde têm sofrido grandes alterações desde os finais do século XX. Ao progresso da investigação científica deve corresponder a reorganização do sistema de saúde.

Importa assim que as descobertas recentes e do futuro encontrem as suas aplicações num sistema de saúde que saiba absorvê-las e que não reforce as desigualdades no tratamento, nomeadamente no acesso aos novos medicamentos

O direito à proteção da saúde foi consagrado na nossa constituição, em 2 de Abril de 1976, artigo 64 . Ele define que o direito à saúde é realizado através da criação de um "serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, e de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo"(ponto 2). Em seguida, afirma-se no ponto 3: "garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde".

Não foi esta a filosofia seguida pela comissão que redigiu a pré proposta da lei de bases da saúde tendo considerado letra morta o texto constitucional.

Os enormes ganhos em saúde iniciaram-se com o empenhamento dos profissionais de saúde, mesmo antes da aprovação da Lei do Serviço Nacional de Saúde (56/79), e fizeram com que Portugal saísse de índices de saúde terceiro-mundistas e atingisse os melhores índices internacionais, nomeadamente na mortalidade infantil, materna e de esperança de vida. A título de exemplo a mortalidade infantil passou de 37,9% em 1974 para 3,2 em 2016 (já tendo sido de 2,9 em 2014) e a esperança média de vida de 68,02 em 1974 para 81,52 em 2015.

O momento determinante no processo de criação do SNS é para alguns estudiosos na matéria a unificação da assistência com a previdência. Deixou-se de ter uma saúde para reformados e desempregados, e uma saúde para a força de trabalho empregada

e passou-se a ter uma saúde unificada. E há uma unificação entre o prestador e o consumidor quase a 100% de um lado e do outro.

A nova lei de bases de saúde deve partir destes pressupostos e aproximá-los do espírito da lei do SNS, de 1979. Rejeitando as modificações de índole mercantilistas, introduzidas na lei 48/90 e na lei nº27/2000 (incentivos a seguros de saúde e o apoio ao desenvolvimento do sector privado) em **concorrência** com o sector público.

COMENTÁRIOS

LEI DE BASES DA SAÚDE

Capítulo I

Disposições gerais

Substituir pessoas por **cidadãos**.

Base III

Princípios gerais

4.- **(proposta de texto para substituir)** – A promoção e a defesa da Saúde deverá ser da responsabilidade do Estado e assegurada através do SNS. Este poderá pedir colaboração de entidades do sector social sem fins lucrativos e só deverá recorrer a serviços do sector privado, quando e enquanto estiverem esgotados os recursos públicos.

5.- **(proposta de texto para substituir)** – O Estado deve assegurar através de meios próprios o que atrás fica descrito e deve dispor de auditorias regulares para fiscalizar a necessária ou não prestação de serviços das entidades privadas.

Base IV

Política de saúde

1 – b)- **Retirar a palavra raça**, visto que o termo raça, de origem oitocentista, é errado cientificamente. Não há raças humanas. **Substituir por etnias**.

i)- "...a intervenção das associações representativas de pessoas com doença, ..." Acrescentar: **-comissões de utentes e/ou outras associações da sociedade civil sem fins lucrativos que se constituam com o objectivo de contribuir para a participação dos cidadãos na saúde**.

4 – g) **(texto para substituir)** – O SNS deve maximizar a sua capacidade atual em relação aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, os quais podem estar subutilizados em certas áreas. Deve analisar as necessidades das populações e

tendencialmente equipar-se para satisfazê-las, no sentido de não ter de recorrer ao sector privado com fins lucrativos. Em termos de regulação o SNS, porque é público, não pode ser considerado competidor dos privados.

Base V

Responsabilidade do Estado

1 – Substituir sistema por **Serviço Nacional de Saúde**

Capítulo II

Dos direitos e deveres das pessoas em contexto de saúde

Base XII

Cuidados informais

Em algum dos pontos, de forma mais explícita, deve prever-se a remuneração dos cuidadores informais. (poderia ser incluída no ponto 5)

Capítulo III

Da saúde pública

Base XIV

Saúde Pública

9. **passaria a ponto 10 com a seguinte redação:** " Deve ser promovida a avaliação dos impactos na saúde pública das diferentes políticas sociais, de trabalho, ambientais, comportamentais nomeadamente junto das crianças e jovens, de obras públicas, de habitação, de urbanismo e de transportes.

12 – **(ponto novo)** Protecção da Saúde, tendo em conta que a alimentação é uma das bases. O Estado deve assegurar uma política alimentar protegendo o cidadão do ambiente nutricional obesogénico, assim como carenciado nas suas formas específicas, tanto nos extratos sociais com menos recursos como na população em geral.

Capítulo IV

Da prestação em Saúde

Base XVII

Serviço Nacional de Saúde

c) (texto para substituir) – O princípio da retribuição, através do Orçamento Geral do Estado, o qual se constitui através de impostos progressivos, garante o carácter gratuito das prestações de Saúde, independentemente da avaliação social do cidadão. (nota: Falar em solidariedade é abrir portas às classificações de pagamentos de acordo com o rendimento. É um retrocesso

Base XVIII

Organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde

3. " Ao SNS incumbe promover nos seus estabelecimentos e serviços a investigação e o ensino" O Ensino Superior e pós-graduado nas escolas privadas, que eventualmente possam vir a ser autorizadas não se poderão servir das instituições públicas para o ensino

9. No funcionamento articulado do Serviço Nacional de Saúde deve ser promovida a integração em rede de profissionais com recursos às tecnologias da saúde ao serviço da mais adequada prestação de cuidados de saúde, promovendo o acesso a nível nacional dos registos clínicos e de enfermagem, a todos os profissionais médicos e enfermeiros do SNS

11. Quando se escreve " seleccionando os melhores profissionais" significa que se preveem "contratos individuais/ prestação de serviços"
Ora os melhores profissionais devem ser seleccionados através de concursos de prestação de provas públicas em carreiras profissionais, tal como é o padrão das Carreiras Médicas.

Base XIX

Beneficiários do Serviço Nacional de Saúde

2 Acrescentar: Requerentes de proteção internacional e Refugiados (o não ter estado explícito na lei, levou a cobrar- se taxas moderadores a esta população tão vulnerável)
4- Os imigrantes de primeira e segunda geração são igualmente beneficiários.

Base XX

Prestações públicas de saúde

1. Redefinir prestação pública da saúde.

Como está escrito todos os privados financiados pelo Estado são red denominados como fornecedores de prestação pública de saúde do Serviço Nacional de Saúde

2- (texto para substituir) – Os contratos, convenções ou acordos com entidades privadas com fins lucrativos a que o SNS tenha de recorrer devem ser progressivamente substituídos por serviços existentes ou que venham a existir no sector público, no sentido economicamente rentável.

7. **(texto a eliminar)** " A lei pode estabelecer que a contratação da realização de prestações públicas de saúde dite a integração do estabelecimento no SNS (...) "

A leitura da actual redacção prevê que o SNS passe a incluir estabelecimentos de posse (e gestão) privada.

9- **(texto para substituir)** – A lei pode prever a concessão a entidades privadas com o objecto de construção, reconstrução, ampliação, adaptação ou beneficiação de estabelecimentos de Saúde. (nota: Este ponto é muito importante. Tal como está redigido permite tudo, na concessão aos privados, incluindo a gestão, como é o caso dos hospitais de Braga, Vila Franca, Cascais e Loures, mesmo que esteja controlada, como é o caso No caso do futuro Hospital Oriental só a construção é que é privada, visto o Estado não se considerar actualmente com capacidade para o fazer. Toda a gestão económica, clínica e de equipamentos será pública e, espera-se exaustiva, em relação à população abrangida. Esta distinção é muito importante. O Hospital Oriental fará todos os exames e terapêuticas necessários sem ter de "comprar" a terceiros. E não fará os não-necessários, como é o caso de alguns "fornecedores" do SNS e da ADSE como o Hospital da Luz. Sem auditorias não é possível provar a não necessidade, mas nós todos médicos o sabem, porque as contratações e seus critérios poderão obedecer a agendas políticas municipais.

Base XXIV

Financiamento

1." as prestações públicas de saúde são financiadas por verbas do Orçamento do Estado (...)" *Ver Conclusões*

3. "o financiamento público deve (...) aproximar-se da média da União Europeia " Não tem sentido estar plasmado numa lei de bases. Só se queremos limitar o financiamento

5b " Os serviços e estabelecimentos do SNS podem cobrar as seguintes receitas (...) o pagamento de cuidados *por* entidades seguradoras" *Ver Conclusões*

Base XXV

Taxas moderadoras

Eliminar este ponto sobre taxas moderadoras (que não moderam nada e transformaram-se em verdadeiros co-pagamentos)

Base XXVII

Sistema de saúde

4 e 5 – Os sectores de economia privada, com fins lucrativos devem respeitar o princípio de subsidiariedade do SNS.

Base XXVIII
Conselho Nacional de Saúde

Ponto 2 **A substituir** :- O CNS inclui representantes dos utentes, nomeadamente do SNS e dos subsistemas de saúde das estruturas representativas dos trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas, das autarquias e de outras entidades, nomeadamente do sector privado, cooperativo e social, e personalidades de reconhecido mérito e desempenho na área da saúde.

Base XXX
Seguros privados de saúde

Ponto 2 - "...e limites de cobertura incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade dos tratamentos caso sejam alcançados os limites contratualmente estabelecidos" substituir por :-"responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde , pela continuação e conclusão de qualquer tratamento"

Capítulo V
Das políticas específicas de saúde

Base XXXII

3. **Acrescentar:** Sabendo que o repouso, a vida familiar e o sono devem ser garantidos para uma boa saúde, estas entidades e nomeadamente a ACT, devem fiscalizar o cumprimento dos horários do trabalho nos sectores privados, de modo a estes não serem ultrapassados.

Capítulo VI
Dos profissionais

Base XXXV
Profissionais de Saúde

2. Incluir os assistentes operacionais.

4. "{...}o estímulo dos profissionais, " Acrescentar : **promover a dedicação exclusiva nos serviços de saúde**, prevenindo conflito de interesses (...)

Base XXXVII

Estatuto dos profissionais de saúde e outros trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde

2.e 3 " independentemente da relação jurídica de emprego"

incentiva a prestação de serviços

5 e 6 **Para eliminar** Os incentivos monetários são uma perversão do sistema introduzindo nas empresas a competição própria das leis do mercado em detrimento da cooperação. A introdução destas medidas na saúde conduz à catástrofe como já acontece nos cuidados primários com médicos de primeira (USF's) e de segunda (CS)

Base XXXVIII

Contratação colectiva no âmbito do Serviço Nacional de Saúde

1. " As condições de trabalho dos trabalhadores do SNS podem ser objecto de contratação colectiva conjunta independentemente da natureza da relação jurídica de emprego " **Fomenta os contratos individuais**

2. " É atribuída capacidade às pessoas colectivas que integram o SNS para celebrar convenções colectivas de trabalho a nível local"

Base XLII

Profissionais de terapêuticas não convencionais

Ponto 2. -" É competência do ministério que tutela a área da saúde a credenciação, tutela e fiscalização da prática ...**nos sectores públicos e privados (...)**

Base XLIV

Autarquias locais

1. " A intervenção das autarquias locais manifesta-se (...) no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores (...)" **Acrescentar** : Mas o quadro de profissionais, tal como a atribuição de grandes equipamentos e do orçamento devem ser de carácter nacional, para não obedecer a critérios municipais. A articulação com o Ministério da Educação, o sector social não lucrativo e as respectivas áreas do município devem depender deste, tanto no aspecto central como nas freguesias.

Base LVIII

Comissão Técnica de Acompanhamento da Lei de Bases da Saúde

Atenção : Carece de melhor esclarecimento a composição desta Comissão. Qual lugar dos profissionais de saúde e suas organizações representativas?

CONCLUSÃO

A comissão para a revisão da lei de bases da saúde, nomeada pelo ministro da saúde e presidida pela Dr^a Maria de Belém é maioritariamente formada por juristas, sem a presença de profissionais da saúde nomeadamente médicos ou enfermeiros.

Não faria sentido esta referência se este facto não se refletisse na forma como está redigida.

A pré-proposta de lei, em muitos artigos, é de difícil interpretação o que facilita a vida dos advogados, habituados a ver os furos nas leis, e esta é uma lei com furos.

Algumas observações: (i) nada é dito sobre atividade farmacêutica (tão importante no delinear de uma política de saúde, no contexto de um SNS que satisfaça as necessidades de saúde das populações) e (ii) não existe nenhum item que diga respeito aos atos profissionais.

É contudo de sublinhar alguns aspetos positivos da pré-proposta de lei.

1. A importância dada à prevenção da doença e à saúde pública, deficit reconhecido das políticas de saúde dos vários governos, desde a Lei de 1979, e a política de saúde centrada nas pessoas que preferia substituir por cidadão.
2. A inclusão dos cuidadores informais, apesar de não referir se são pagos
3. A gestão descentralizada, embora não estar suficientemente esclarecido *o modus faciendi*. Qual o papel das comunidades locais? O que acontece ao poder da gigantesca Administração Central de Saúde e às ARS?
4. A criação dos sistemas locais de saúde, com articulação formal, efectiva e permanente entre os hospitais e cuidados primários.

Quanto aos aspetos mais **negativos** referem-se à manutenção e insistência das taxas moderadoras e dos incentivos monetários individuais aos profissionais características de um sistema neo-liberal.

Por outro lado salienta-se a:

1. Continuação e reforço do financiamento público aos privados. As PPP's podem revestir-se de diversas formas; desde a posse privada das instalações, gestão e administração privada de instalações públicas ou posse privada das instalações com gestão e administração privada, (Base XX) desde que com financiamento público (Base XXIV)

2. Porta aberta à Municipalização da saúde (Base XX)

3. Destruição das Carreiras fomentando contratos individuais e prestação de serviços.

4. Não existência de um estímulo à exclusividade e fixação dos profissionais de saúde.

Por último. a lei de bases é omissa sobre a **gestão democrática dos serviços de saúde**. Apesar de ser consensual, ou quase, que uma das razões maiores da ineficácia e ineficiência do SNS, é o frequente alheamento voluntário e a exclusão formal dos profissionais da saúde de tudo o que diga respeito à gestão dos serviços onde desempenham as suas funções. Pergunta-se:- Como pode então exercer o direito de " **contribuir para a gestão rigorosa, eficaz e eficiente dos recursos existentes**" , conforme preceitua a alínea c) do nº2 da Base XXXVI, de modo a garantir uma boa " **gestão dos recursos disponíveis**..", como previamente impõe a alínea f) do nº2 da Base IV? Como contribuir para a bondade da **Política de saúde** que esta Base IV pretende estabelecer ? E, enfim, como dar conta do desempenho do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a Base XVII

A nova lei do SNS deve respeitar os princípios constitucionais de universalidade e equidade de acesso dos cidadãos de forma que todos possam beneficiar dos progressos da investigação científica. Isto só será possível com um Serviço Nacional de Saúde robusto, com o financiamento estatal necessário e seguramente, nesta fase, com a colaboração, na base de contratos claros e transparentes, dos diversos agentes de saúde privados, numa clara divisão de funções e de financiamentos próprios.

Lisboa, 17 de julho de 2018

Pela Associação Médica Pelo Direito à Saúde (AMPDS)

Jaime Teixeira Mendes

(Presidente da Direção)



ANÁLISE COMPARATIVA DA LEI DE BASES DA SAÚDE

ENTRE

PRÉ PROPOSTA DA COMISSÃO PRESIDIDA PELA DRA. MARIA DE BELÉM ROSEIRA
(ADIANTE DESIGNADA POR MB)

E

PROPOSTA GOVERNAMENTAL (ADIANTE DESIGNADA POR MS)

1- Serviço Nacional de Saúde

Na proposta MB, a Base XVII: "explica os princípios e valores fundamentais" do SNS: universalidade, generalidade, solidariedade, acessibilidade, etc, etc... mas nunca é referida a natureza constitucional do SNS. Mas fala de gestão, alíneas h) e i):

"...gestão descentralizada e participada...valorizando a perspectiva dos utilizadores e dos prestadores de cuidados de saúde, na organização e funcionamento dos estabelecimentos e serviços".

A referência a estes prestadores de cuidados de saúde é fundamental naquilo que se chama *gestão privada dos dinheiros públicos*, como veremos no capítulo sobre **Gestão**.

Na proposta MS, na Base 16: a definição é mais correta, diz: " O SNS é um conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo MS, e que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde". Diz no Ponto 3: " O SNS dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão (não diz pública) descentralizada e participada".

No Preâmbulo., afirma-se : " O direito à proteção da saúde como direito fundamental, **constitucionalmente consagrado**."

Na Base 5 (Responsabilidade do Estado), no Ponto 1: "A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se **primeiramente** através do SNS e dos serviços públicos, **podendo ainda** ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social..."

2- Sistemas de Saúde

Na MB: Na Base XXVIII (Sistema de Saúde): " 1- O Sistema de Saúde integra **todas** as entidades que atuem na prestação de cuidados de saúde." No Ponto 4: "Os setores público, de economia social e privado devem atuar entre si de acordo com os princípios de **cooperação** e com um princípio de separação pautado por regras de transparência." *É uma Base com 12 Pontos e nunca, nunca se fala no SNS, nem por extenso, nem pela sigla bem consagrada!*

Na MS.: no Preâmbulo fala também da cooperação e da transparência, mas diz: "...o Sistema de Saúde português integra, primeiramente, o SNS, mas também os SRS, outras entidades da AP, subsistemas, autarquias, setor social e setor privado", e "...o texto constitucional constante da alínea d) do nº 3 do **artigo 64º da CRP** e sublinha que incumbe ao Estado a... e a fiscalização de todo o Sistema".

Mas na Base 15, no Ponto 1, trata em plano de igualdade o SNS e todos os outros setores atrás referidos

3- Política de Saúde

Na MB: na Base IV (Política de Saúde), diz na g): "...o acesso atempado às adequadas prestações de saúde, em áreas eventualmente não asseguradas pelo setor público, pode haver recurso aos setores de economia social e privado...."

Na MS.: na Base 3 (Política de Saúde), no Ponto 1: "A Política de Saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva...". No Ponto 3: "Cabe ao membro do Governo responsável pela área...propor a política de saúde".

Na alínea g): "A participação das pessoas, das comunidades e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde."

4- Financiamento

Na MB: na Base XXIV, diz no Ponto 1: "As prestações públicas de saúde são financiadas por verbas do OE transferidas para o ministério que tutela a área..."*Não afirma explicitamente que o SNS é financiado essencialmente pelo OE, mas são sim as prestações públicas de Saúde.*"

A MS: afirma na Base 19, no Ponto 1: "O financiamento do SNS é assegurado por verbas do OE."

5- Sistemas Locais de Saúde

Na MB: não há uma Base específica. Na Base XVIII (Organização e funcionamento do SNS), no Ponto 6: " A lei deve prever...a criação de modelos organizativos de coordenação e articulação....através de redes e de Sistemas Locais de Saúde que visem a prevenção da doença, a promoção e proteção da saúde." Ver ainda a Base XLIV.

Na MS: não há Base específica sobre SLS, mas na Base 18, no Ponto 2, diz: "A organização e funcionamento do SNS sustentam-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades....de forma articulada, integrada e intersectorial".

No Ponto 7: " O SNS articula-se.. com os órgãos municipais e das comunidades intermunicipais e com todas as entidades que operam na área da saúde."

No aspecto da organização do SNS, a MS não fala nos órgãos centrais, regionais e locais do SNS e das entidades públicas que o compõem, que têm funções e responsabilidades que são fulcrais para a concretização do direito à proteção da saúde. Perante a importância dessas funções e responsabilidades, e o vazio assim criado, podem as mesmas virem a ser atribuídas a entidades não públicas.

6- Gestão

Na MB: não existe uma Base especificamente sobre Gestão, mas na Base XX (Prestações públicas de saúde) ganha grande importância esta figura dos **prestadores públicos de saúde ou entidades ou estabelecimentos prestadores.**

Pontos 7, 8 e 9 : "A lei pode estabelecer que a contratação da realização de prestações públicas de saúde dite a **integração do estabelecimento no SNS...**" e "A lei pode prever....a celebração de contratos-programa com as autarquias locais....para a realização de prestações públicas de saúde ou para a **gestão de estabelecimentos e serviços do SNS ou de partes funcionalmente autónomas dos mesmos**" e ainda:" ...que a **gestão...** possa constituir objeto de **concessão com entidades do setor de economia social e com entidades privadas....**"

*Tudo isto pode levar à privatização de serviços e funções, e à interferência do setor social e privado na **gestão do SNS.***

Na MS: não tem nenhuma Base sobre Gestão, mas afirma no Preâmbulo, no Ponto 7: "Assume-se que a gestão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é pública, podendo ser supletiva e temporariamente assegurada por contrato com entidades privadas ou do setor social." O mesmo é referido na Base18, Ponto 3, onde se lê: "...a organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiem a **autonomia de gestão**..."

7- Profissionais de Saúde

Na MB: na Base XXXV, não há qualquer referência ao regime legal das Carreiras das várias profissões da Saúde. Só na Base XXXVII (Estatuto dos profissionais...), no Ponto 2: " As carreiras... são unitárias e aplicáveis

independentemente da natureza da relação jurídica de emprego..." e no Ponto 3: "Os postos de trabalho existentes...podem ser preenchidos por **quaisquer trabalhadores** independentemente da natureza da relação jurídica de emprego...", e no Ponto 5: "A lei estabelece...bem como a progressão nas carreiras através de provas públicas."

Na MS: no Preâmbulo, no Ponto 8: "...o conceito de profissionais de saúde como aquele definido pela OMS, enquanto trabalhadores envolvidos em ações cujo principal foco é o da melhoria do estado de saúde do indivíduo ou das populações, incluindo os prestadores diretos e os de atividade de suporte."

"Assume-se uma política norteadora de condições e ambiente de trabalho promotores de satisfação e desenvolvimento profissionais e a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar". Na Base 23, no Ponto 3: "...têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais"; no Ponto 6: "... estão sujeitos a auditoria, inspeção e fiscalização do ministério..."; no Ponto 7: "... devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício da sua atividade".

8- Autarquias Locais

Na MB: na Base XLIV, no Ponto 1: "...sem prejuízo de **eventual delegação ou transferência de competências** do Estado e de outras entidades públicas",

No Ponto 2: "...no apoio aos sistemas locais de saúde...nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, bem como no planeamento da rede dos estabelecimentos prestadores...". No Ponto 5: "...devem participar em parceria com as entidades competentes da AC e outras entidades dedicadas à promoção e à proteção da saúde..."

Atenção ao Ponto 8 da Base XX (Prestações públicas de saúde): " A lei pode prever...a celebração de contratos programa com autarquias locais ou outras pessoas coletivas públicas para a realização de prestações públicas de saúde ou para a **gestão** dos estabelecimentos e serviços do SNS ou de partes funcionalmente autónomas..."

Na MS: na Base 7 (Autarquias Locais), no Ponto 2 "...no apoio aos Sistemas Locais de Saúde...." No Ponto 3 do Preâmbulo: "A descentralização de competências nos órgãos municipais assume-se como uma clara **proposta política** para o setor da saúde."

9- Taxas Moderadoras

Ambas as Leis mantêm as Taxas Moderadoras, embora estabelecendo limites ao montante total



BREVE CONSULTA BIBLIOGRÁFICA

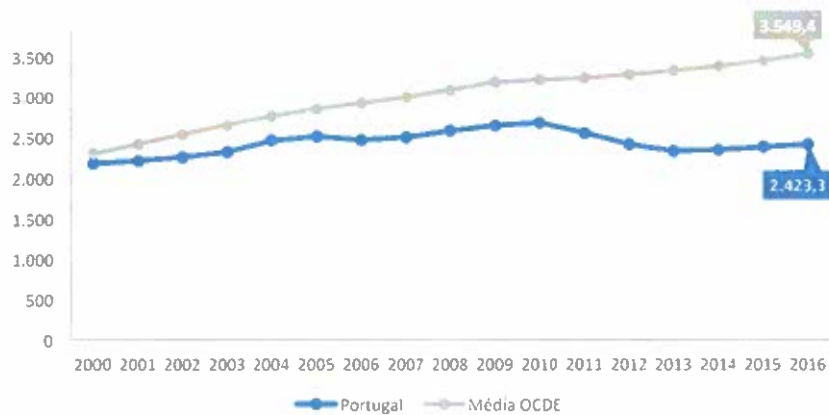


**Contas Correntes
do
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

Fontes:

- Conselho Nacional de Saúde – Fluxos Financeiros no SNS
- Ministério da Saúde:
- ACSS – Relatórios e Contas do MS e do SNS
- Balanços Sociais Globais e Relatórios e Contas do MS e do SNS
- Infarmed – Monitorização do Mercado em Meio Hospitalar e Ambulatório
- Nota Explicativa do Orçamento de Estado de 2019
- Relatórios de Monitorização da RNCCI
- Relatório Social do MS e do SNS de 2017

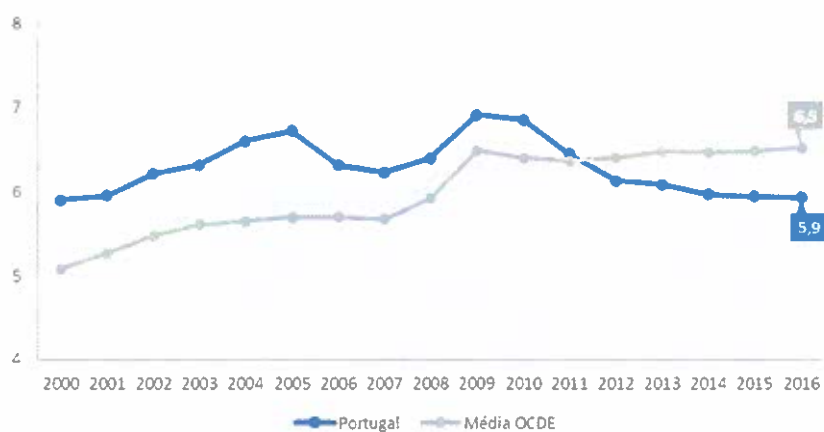


Evolução da despesa corrente em saúde per capita, US\$PPC ⁽¹⁾, 2000-2016.

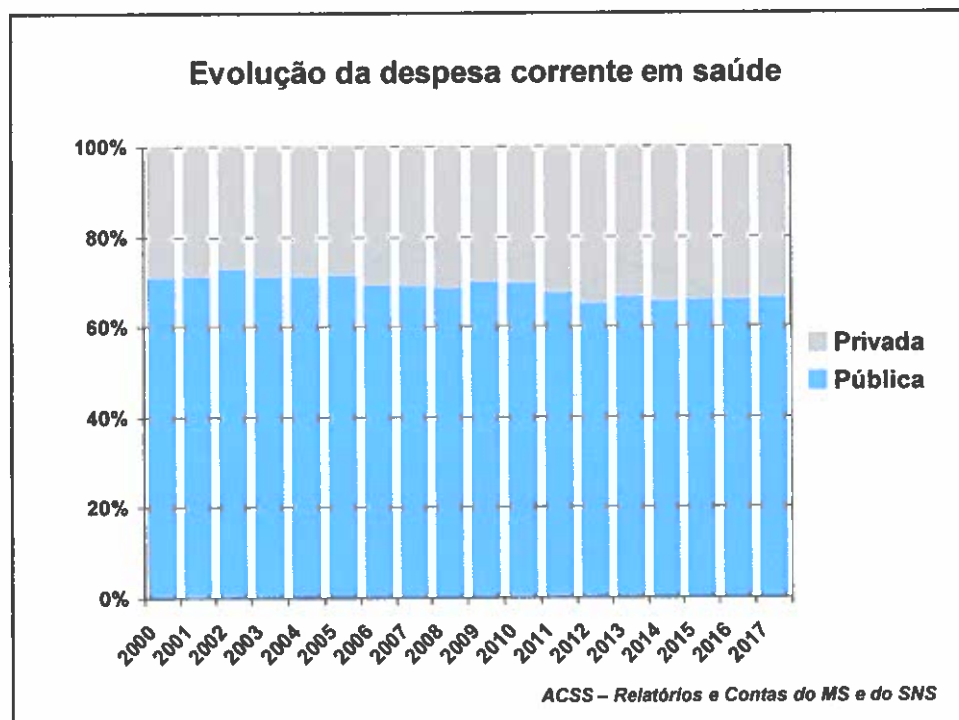
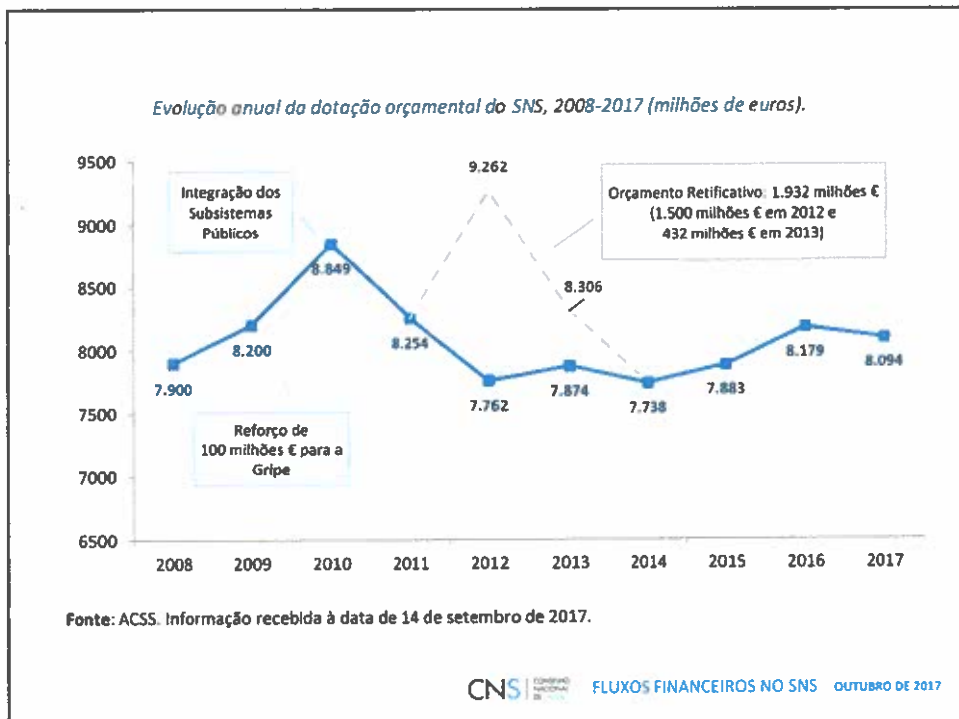
Fonte: OECD Health Statistics, 2017.

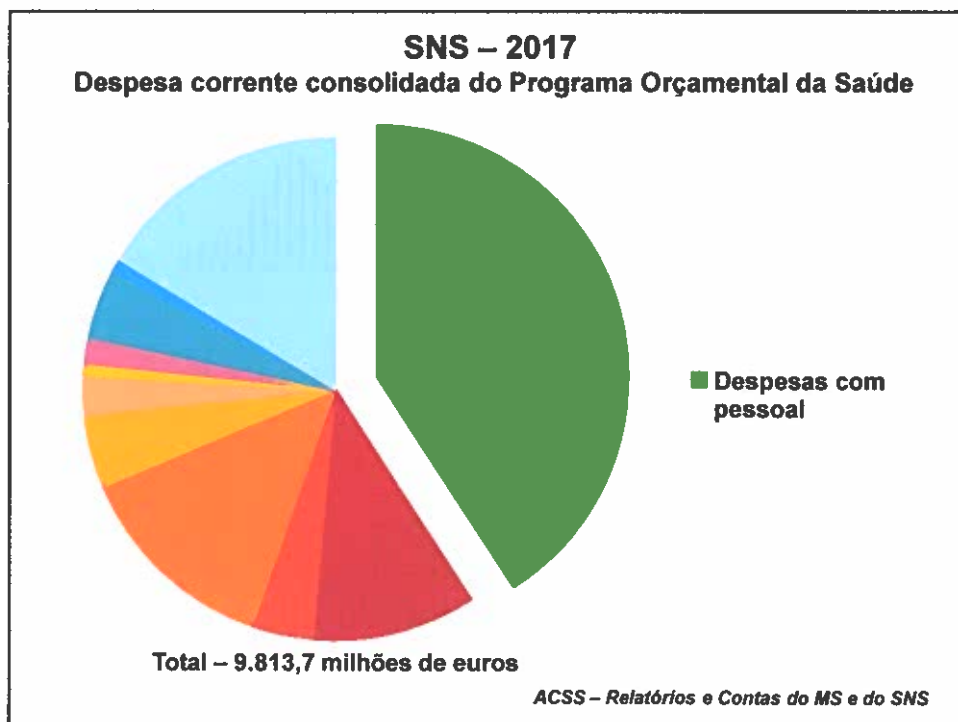
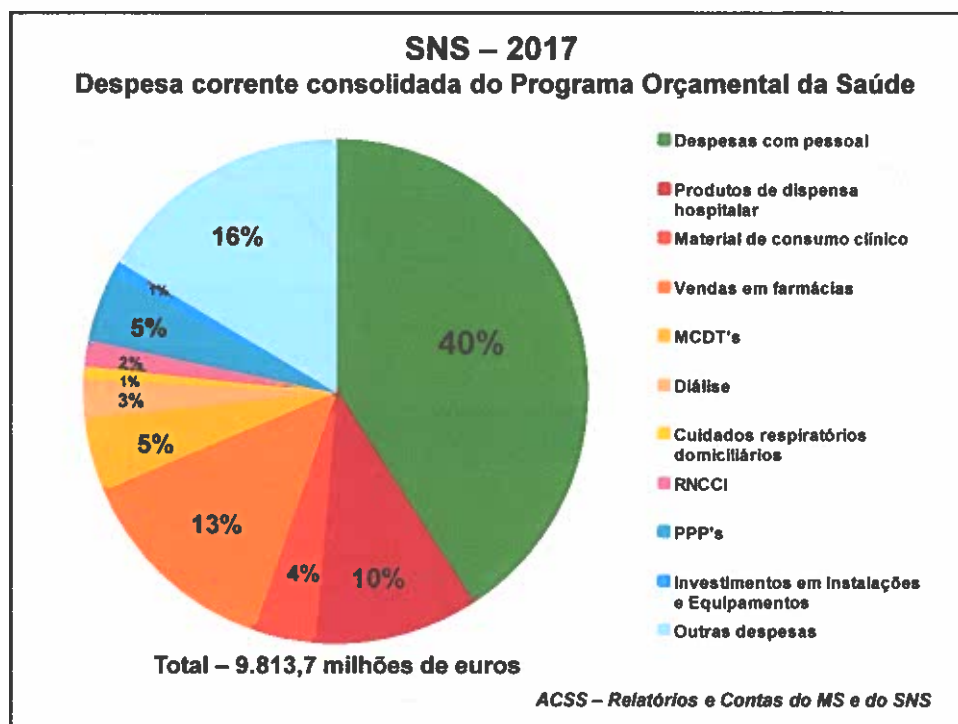
Nota: ⁽¹⁾ Preços constantes, dólares americanos de 2010 em paridades de poder de compra.

Evolução da despesa corrente pública em saúde em percentagem do PIB, 2000-2016.



Fonte: OECD Health Statistics, 2017.





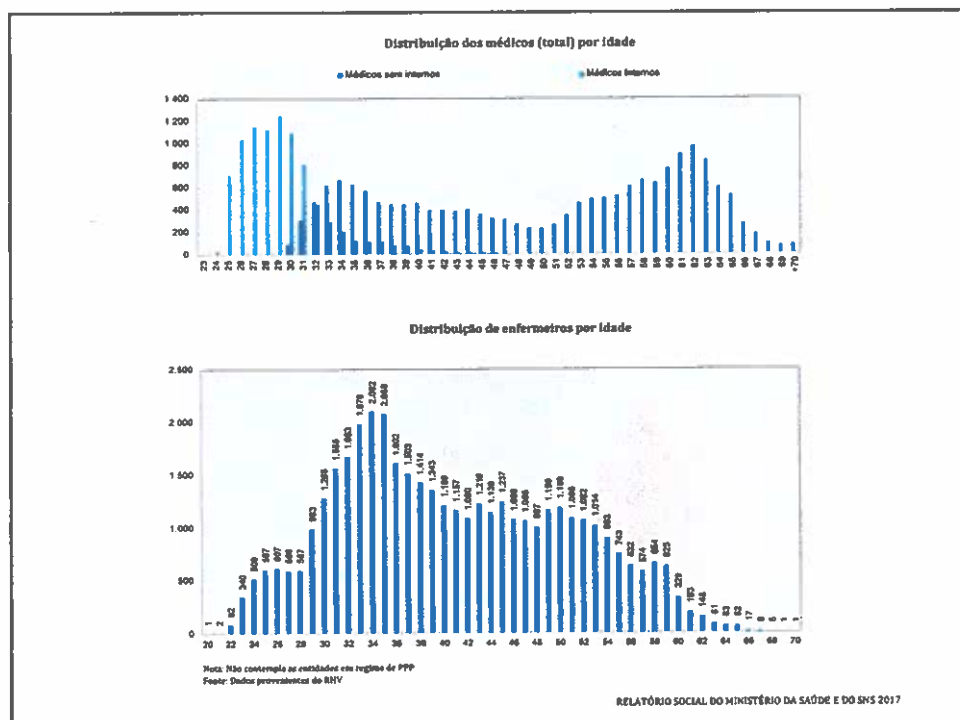
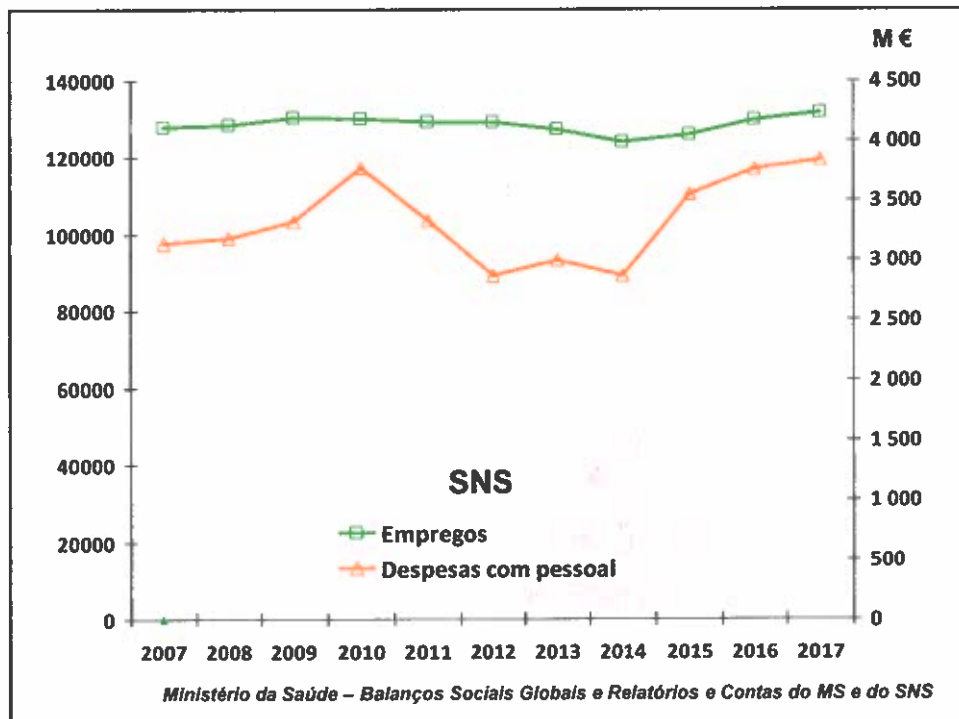
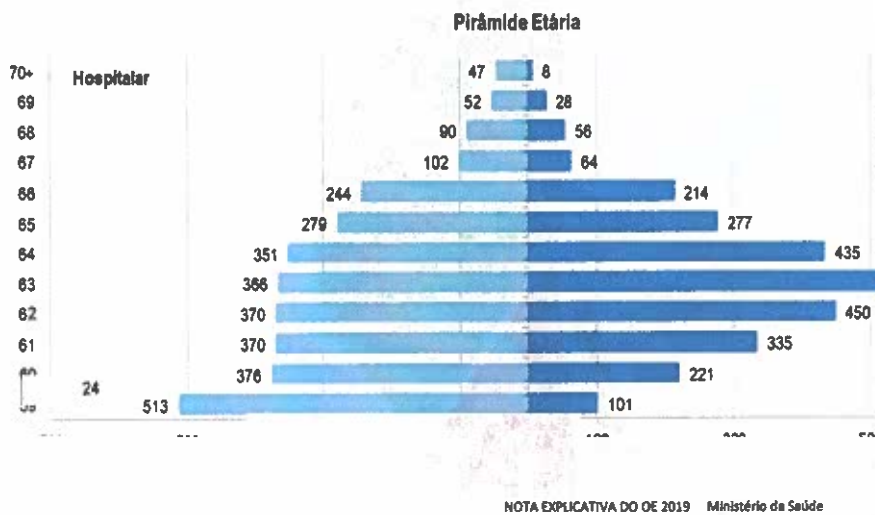
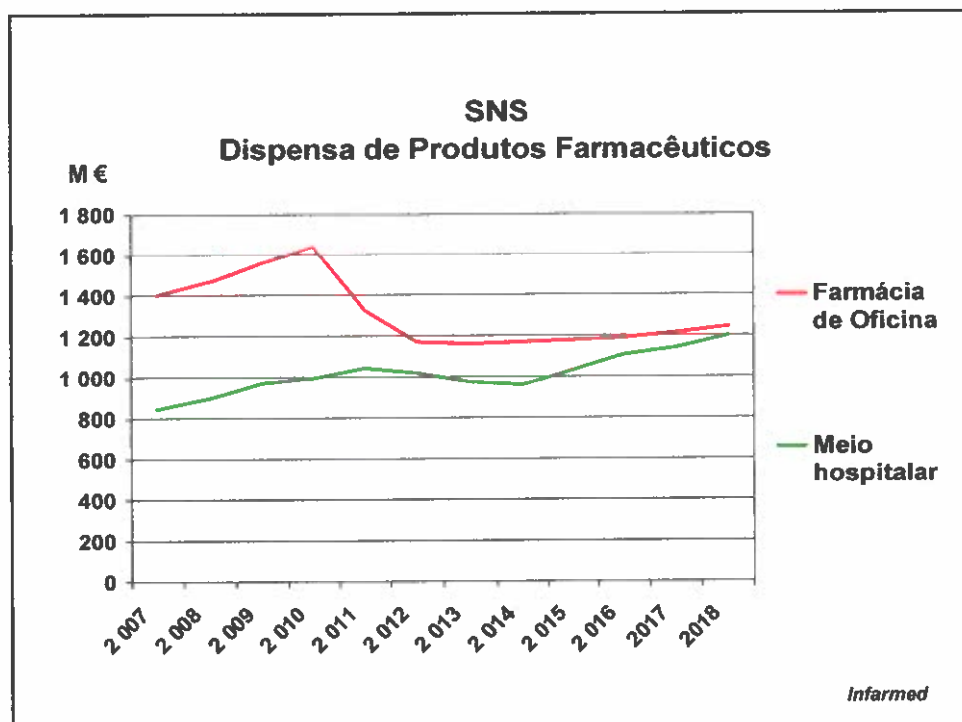
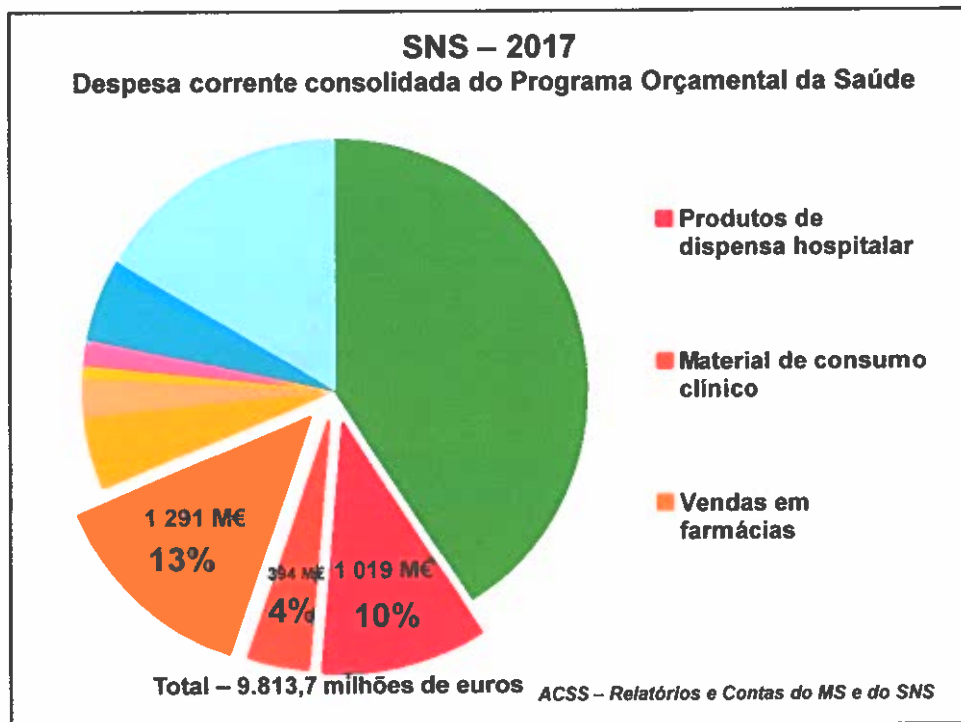
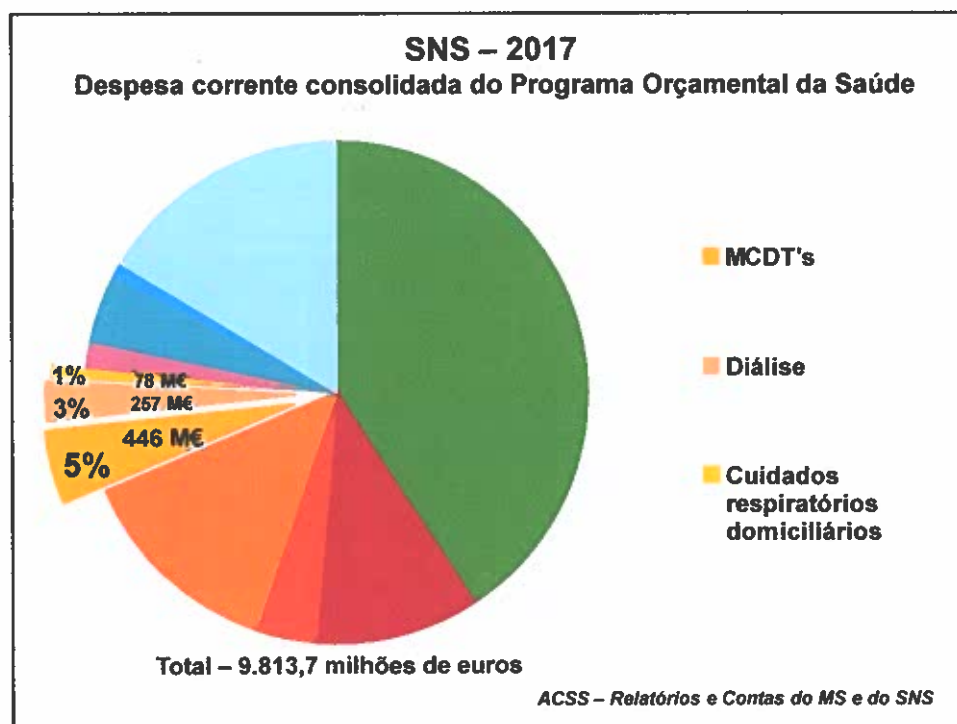
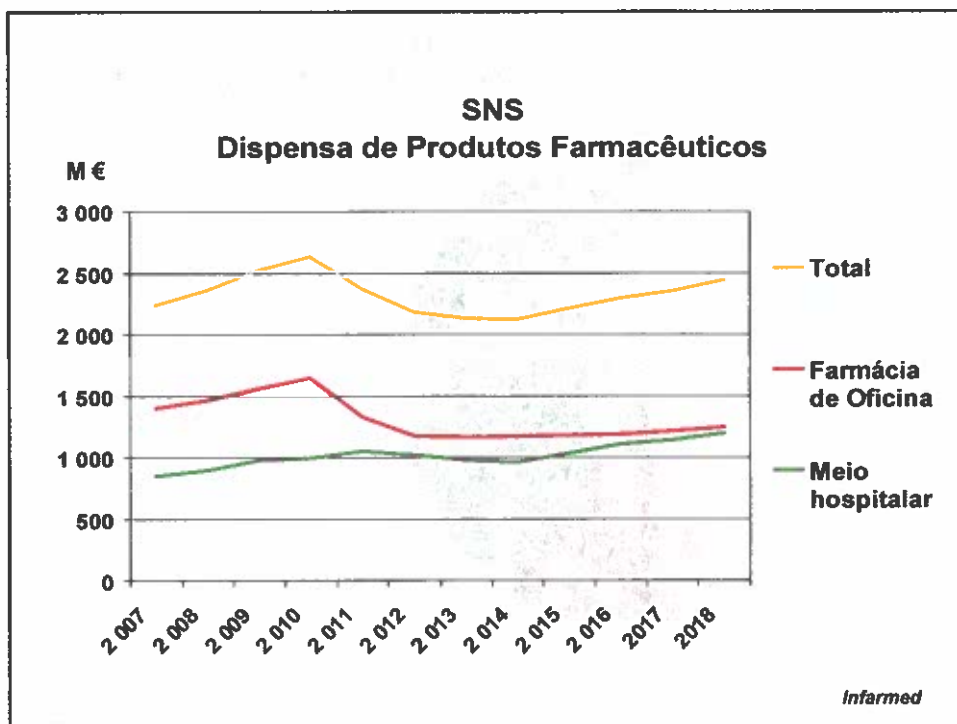
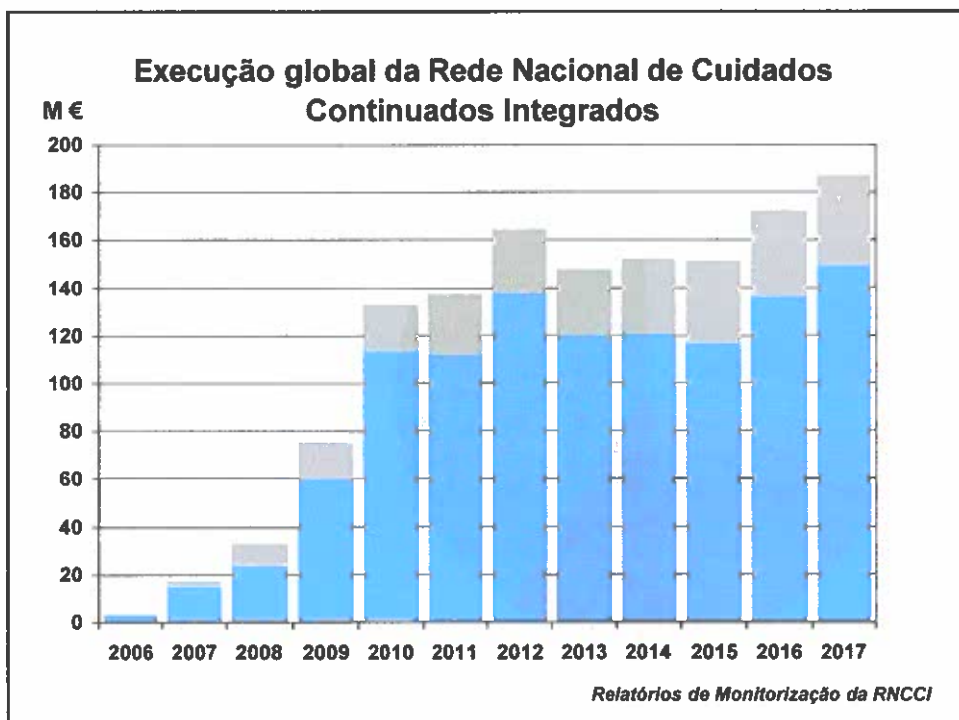
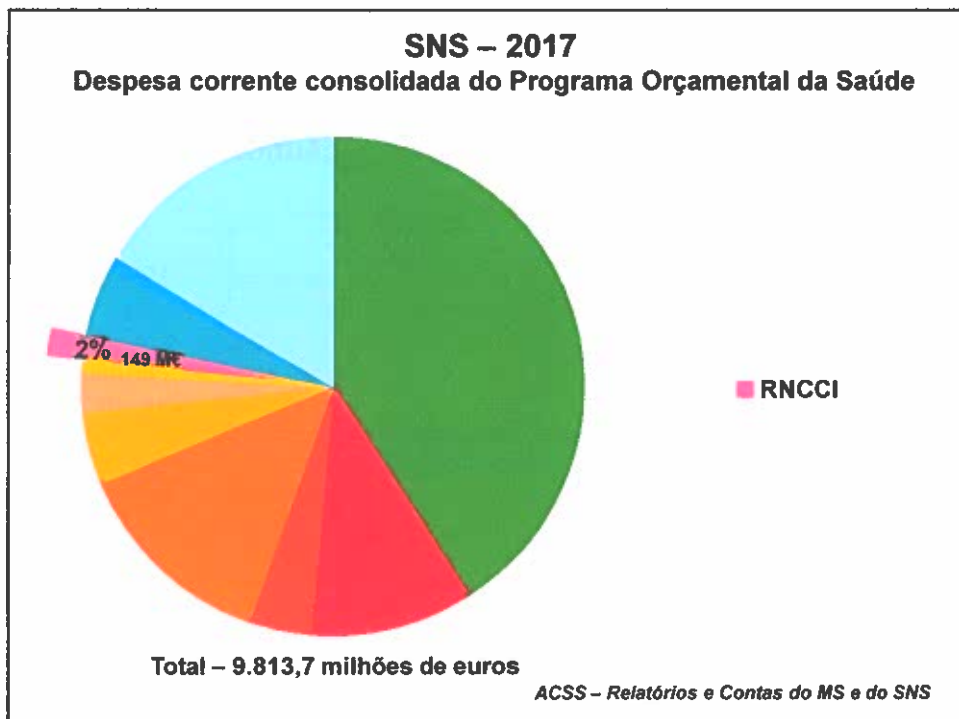


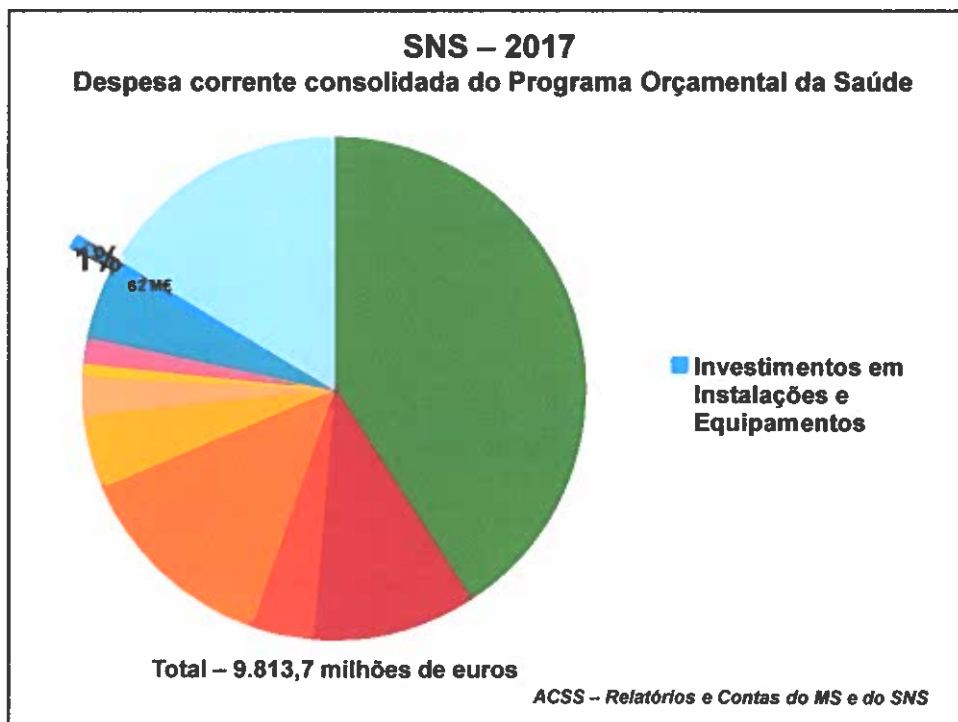
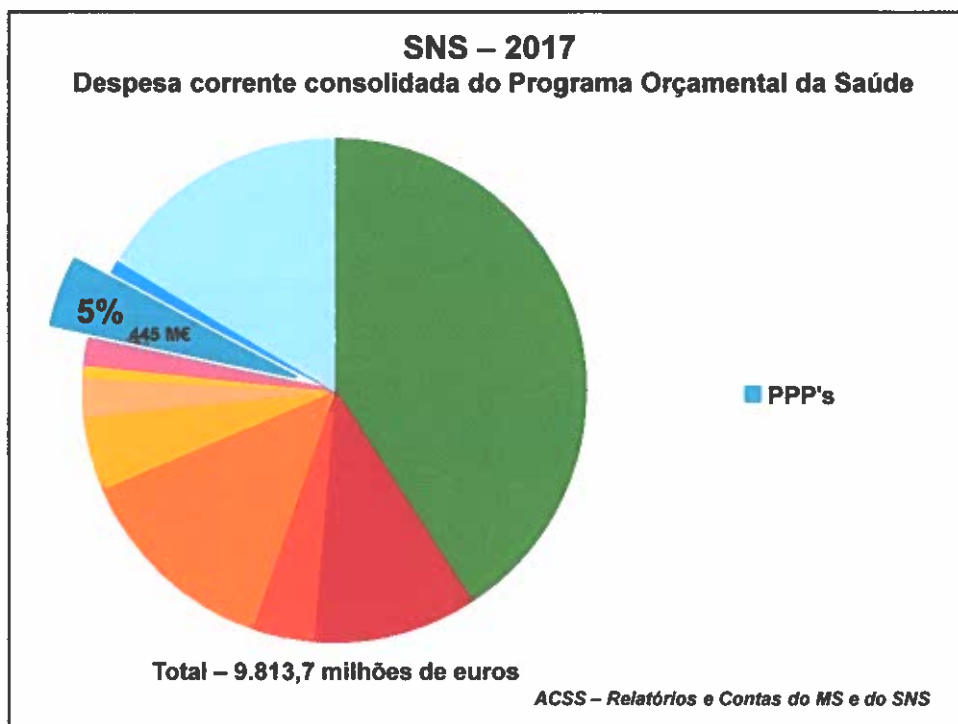
Figura 8 - Distribuição etária dos médicos especialistas hospitalares e de Medicina Geral e Familiar











100
100
100

○

○

Tabela 7 – Evolução dos gastos com a diálise ambulatoria (milh

| | Faturas (n.º) | Utentes (nº médio mensal) | Faturação S (milhares de |
|------|---------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 2015 | 1.280 | 10.731 | 247,1 |
| 2016 | 1.273 | 10.990 | 253,4 |

Tabela 12 – Requisições de MCDT realizados em entidades convencionadas, por área

| Área MCDT | 2014 | | 2015 | | M |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---|
| | Milhares de € | Peso no total (%) | Milhares de € | Peso no total (%) | |
| Análises Clínicas | 138.989 | 41,6 | 157.175 | 41,0 | 1 |
| Radiologia | 85.070 | 25,4 | 94.611 | 24,7 | |
| Medicina Física e de Reabilitação | 62.169 | 18,6 | 67.980 | 17,7 | |
| Endoscopia Gastroenterológica | 20.128 | 6,0 | 32.970 | 8,6 | |
| Cardiologia | 18.787 | 5,6 | 20.375 | 5,3 | |
| Medicina Nuclear | 3.744 | 1,1 | 4.007 | 1,0 | |
| Anatomia Patológica | 3.350 | 1,0 | 3.532 | 0,9 | |
| Pneumologia e Imunoalergologia | 1.511 | 0,5 | 1.776 | 0,5 | |
| Outros | 696 | 0,2 | 653 | 0,2 | |

Tabela 3 – Despesa corrente do SNS e SRS com hospitais. (milho

| Ano | Hospitais públicos | | Hospitais privados ⁽²⁾ | | Total |
|------|--------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | Milhares € | Peso no total (%) | Milhares € | Peso no total (%) | |
| 2006 | 4.299.740 | 92,9 | 326.744 | 7,1 | 4.626.484 |
| 2007 | 4.434.845 | 92,9 | 339.099 | 7,1 | 4.773.944 |
| 2008 | 4.686.957 | 92,8 | 361.841 | 7,2 | 5.048.798 |
| 2009 | 5.063.514 | 94,6 | 290.184 | 5,4 | 5.353.698 |
| 2010 | 5.508.028 | 93,4 | 391.282 | 6,6 | 5.899.310 |
| 2011 | 5.119.354 | 92,9 | 389.085 | 7,1 | 5.508.439 |
| 2012 | 4.796.241 | 91,5 | 447.275 | 8,5 | 5.243.516 |
| 2013 | 4.800.853 | 90,9 | 483.237 | 9,1 | 5.284.090 |
| 2014 | 4.731.240 | 90,1 | 520.808 | 9,9 | 5.252.048 |

Tabela 4 – Encargos líquidos acumulados com as PPP do setor da saú

| Tipologia de encargos | 2015 | | |
|--|----------------|-------------------|----------|
| | Milhares € | Peso no total (%) | Milhões |
| Estabelecimentos | 349.767 | 81,5 | 3 |
| Pagamentos Contratuais ⁽¹⁾ | 284.742 | 66,4 | 2 |
| Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul ⁽²⁾ | 589 | 0,1 | |
| Hospitais PPP | 284.153 | 66,2 | 2 |
| Protocolos/outros (Hospitais PPP) ⁽³⁾ | 22.948 | 5,3 | |
| Pagamentos de Reconciliação ⁽⁴⁾ | 42.077 | 9,8 | |
| Edifícios | 79.258 | 18,5 | |
| Pagamentos Contratuais ⁽¹⁾ | 72.008 | 16,8 | |

RESEARCH

Open Access

Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?

Aaron Reeves^{1*}, Sanjay Basu^{2,3}, Martin McKee³, Christopher Meissner⁴ and David Stuckler^{1,3}

Abstract

Background: Is existing provision of health services in Europe affordable during the recession or could cuts damage economic growth? This debate centres on whether government spending has positive or negative effects on economic growth. In this study, we evaluate the economic effects of alternative types of government spending by estimating "fiscal multipliers" (the return on investment for each \$1 dollar of government spending).

Methods: Using cross-national fixed effects models covering 25 EU countries from 1995 to 2010, we quantified fiscal multipliers both before and during the recession that began in 2008.

Results: We found that the multiplier for total government spending was 1.61 (95% CI: 1.37 to 1.86), but there was marked heterogeneity across types of spending. The fiscal multipliers ranged from -9.8 for defence (95% CI: -16.7 to -3.0) to 4.3 for health (95% CI: 2.5 to 6.1). These differences appear to be explained by varying degrees of absorption of government spending into the domestic economy. Defence was linked to significantly greater trade deficits ($\beta = -7.58$, $p=0.017$), whereas health and education had no effect on trade deficits ($p_{\text{education}}=0.62$; $p_{\text{health}}=0.33$).

Conclusion: Our findings indicate that government spending on health may have short-term effects that make recovery more likely.

Keywords: Health spending, Government spending, Economic growth

Background

The Great Recession that beset Europe and North America since 2007 has sparked widespread debate about alternative approaches to achieving economic recovery. Much of the discussion has centred on the question of whether government spending will promote [1-3] or inhibit economic growth [4,5]. Critics of government spending argue, first, that such spending has an immediate effect of increasing debt which, if associated with a loss of confidence by investors, will also increase the cost of servicing that debt as a consequence of increased interest rates [6,7]. Second, they argue that, by "crowding out" private markets and, by implication, their assumed greater efficiency, they will inhibit the growth necessary for recovery [8]. In contrast, advocates of greater spending during

recessionary periods, which are characterized by unemployment and deficits, argue that the effects of short term increases in borrowing will be compensated for by higher growth resulting from a high marginal propensity to consume, generating positive cycles of consumption and employment growth [9]. Many of these arguments have been tested empirically. Contrary to what is claimed by the advocates of austerity, increased debt is not consistently associated with high interest rates nor lower economic growth rates [10-12]. Similarly, rather than crowding out private markets, government spending, at least on physical infrastructure, seems to increase the productivity of private capital [13,14]. However, other aspects of stimulus spending have been subject to less attention from researchers.

One aspect that has received less attention is the potential return on government investment in the health sector. The fiscal multiplier is an estimate of the effect of government spending on economic growth. A multiplier greater than 1 corresponds to a positive growth stimulus

* Correspondence: aaron.reeves@sociology.ox.ac.uk

¹Department of Sociology, University of Oxford, Manor Road Building, Manor Road, Oxford OX1 3UQ, England

Full list of author information is available at the end of the article

(returning more than \$1 for each dollar invested), whereas a multiplier less than one reflects a net loss from spending. Prior studies have estimated the aggregate multipliers from overall government spending [15-19], most notably in a recent study by two senior economists at the International Monetary Fund that suggested that the multiplier was greater than one, higher than the previously assumed multiplier of 0.5-0.6 [20]. It is obvious that some sectors will have greater capacity to translate additional funds into new employment opportunities or increase incomes domestically and thus intuitive that such expenditure will achieve greater fiscal multipliers [16,21]. However, to our knowledge no study has yet to comparatively estimate the growth effects of differing types of government spending.

While this paper cannot hope to resolve the debate between those advocating greater austerity to reduce levels of debt and those who see government spending as a way of encouraging recovery (and in turn the debt), it is possible to examine what any government that wished to adopt the latter course should spend its money on to achieve the greatest return on investment. Health, education, and social welfare sectors are currently experiencing significant cuts in several European countries, either as a result of political decisions by national governments or, in the case of countries subject to bail outs, by the troika of the European Commission, European Central Bank, and International Monetary Fund [22]. There is growing evidence that these cuts are having an adverse effect on the health of populations [23]. The question we ask here is whether they are also damaging the prospects for economic growth.

Methods

In the first step of the analysis, we used comparative cross-national data on sector-specific funding [24] among 25 EU countries from 1995 to 2010 to estimate empirically the magnitude and direction of fiscal multipliers in health, defence, education, and other key government spending sectors (see Table 1 for definitions of budget categories).

To estimate fiscal multipliers empirically in non-recession periods, we estimated a weighted-average of country-specific slopes ('within-country' variation). Government spending may correlate with unobserved factors that also independently affect economic growth. To address potential confounding factors, some studies apply mathematical simulation models, relying on theoretical assumptions [25,26]. Vector autoregressive models have been applied to quarterly data for small numbers of countries, but for annual data with larger numbers of countries fixed effects models are more consistent. Case-studies of small economies have been applied to correct for potential confounding factors, but these micro studies lack generalisability to larger economies. Instead, to correct for these potential confounding factors, we correct for total

Table 1 Types of government spending

| Types of government spending | |
|------------------------------|--|
| Health | Government outlays on health include expenditures on services provided to individual persons and services provided on a collective basis; Medical products, appliances, and equipment; Outpatient, hospital, and public health services |
| Education | Pre-primary, primary, secondary, post-secondary, non-tertiary, tertiary education Provision of education not definable by level; Subsidiary services to education |
| Culture | Recreational, sporting, cultural, broadcasting, publishing, religious and other community services, R&D recreation, culture, and religion |
| Housing and community | Housing and community development; Water supply and street lighting |
| General public services | Executive and legislative organs, financial and fiscal affairs, external affairs, Public debt transactions; General and public services; Foreign economic aid Police, fire, and prison services; Law courts; R&D public order and safety |
| Defence | Military and civil defence; foreign aid defence; R&D Defence |
| Environment | Waste and waste water management; Pollution abatement. Protection of biodiversity and landscape |
| Social protection | Sickness and disability, old age, survivors, family and children, unemployment, housing, and social exclusion |
| Economic affairs | General economic, commercial, and labour affairs; agriculture, forestry, fishing, hunting, fuel and energy, mining, manufacturing, construction, transport, communication and other industries. |

Source: EuroStat 2013 edition.

government spending as well as between-country heterogeneity by using fixed effects models [27,28], covering the years 1995–2007 as follows:

$$GDP_{it} = \alpha + \beta G_{ijt} + \phi \left(\left(\sum_j G_{ijt} \right) - G_{ijt} \right) + \mu_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Here i is country, j is type of government spending as described in Table 1, and t is year. GDP is Gross Domestic Product and G is government spending, both in purchasing-power-parity and constant international 2005 dollars. β is the estimate fiscal multiplier, where $\beta = 1$ is no effect, $\beta > 1$ is a multiplicative effect, and $\beta < 1$ is a contractionary effect, and ϕ is the fiscal multiplier for the total of all other types of government spending. Standard errors were clustered by country to reflect non-independence of sampling.

In the second stage of the analysis, to test whether fiscal multipliers differ in recession and non-recessionary periods, we quantified fiscal multipliers from the recessionary period between 2008 and 2010, then compared these estimated fiscal multipliers with those from pre-recession models. We also use out-of sample prediction

with observed economic outcomes between 2008 and 2010 and for non-EU economies of the U.S. and Japan. In subsequent analyses, to assess whether specific multipliers differed across recessionary and non-recessionary periods, we added an interaction term for the recessionary years. All analyses were performed using STATA v12.1.

Results

Estimating fiscal multipliers by type of government spending, pre-recession 1995–2007

The forest plot in Figure 1 displays the estimated fiscal multiplier across eight types of government spending, which range from -9.8 and 8.4 among various government spending sectors. Overall, we estimated the fiscal multiplier for total government spending as 1.61 (95% CI: 1.37 to 1.86), which is consistent with recent independent estimates of the aggregate multiplier [17].

The magnitude of fiscal multipliers differed significantly by type of government spending. As shown in Figure 1, we estimated a negative fiscal multiplier of defence spending (-9.8, 95% CI: -16.7 to -3.0), while the largest positive fiscal multipliers were in the sectors of health (4.32, 95% CI: 2.51 to 6.14) and education (8.24, 95% CI: 3.94 to 12.54).

To further evaluate potential mediating factors, we included a standard set of determinants of economic growth, including time dummies, interest rates, unemployment, trade balance, and domestic investment (Figure 2a). All factors had associations in the expected direction (e.g. higher unemployment and interest rates were negative, whereas greater savings, investment, and net exports were positive) (see Tables 2a-j). Consistent with a domestic multiplier mechanism, we found that when we adjusted for unemployment, the health and education multipliers were attenuated, but adjusting for trade balance had no effect. In contrast, when after adjusting for the trade balance, the defence spending multiplier was attenuated ($\beta = -3.62$, Table 2c).

We found evidence that the size of the fiscal multiplier was partly mediated by the degree of domestic absorption

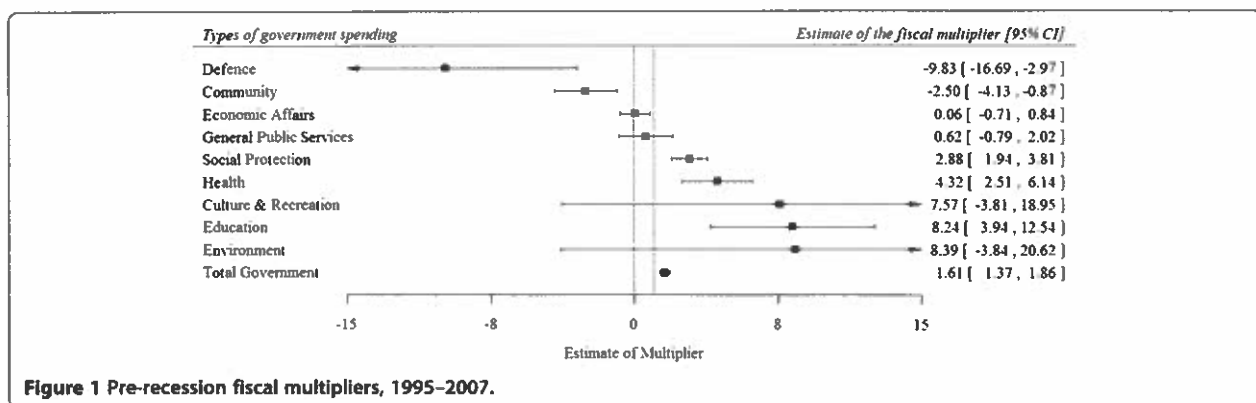
of government spending. Tradable components of government spending, like defence spending, were linked to significantly more negative trade balance ($\beta = -7.58$, $p=0.017$) (see Additional file 1: Web Appendix 1). However, non-tradable areas of the budget, including health and education had no significant association with the trade balance ($p_{education}=0.62$; $p_{health}=0.33$) (see Additional file 1: Web Appendix 1).

Observed fiscal multiplier for total government spending, 2008–2010

As a final test, we performed two out-of-sample predictions using our estimates from the 1995–2007 period. First, we quantified the fiscal multiplier for total government spending during the current recessionary period by identifying the period of significant changes in government spending. Panel a of Figure 3 presents a heat map showing patterns of government spending change in the EU (blue = increased, red = decreased spending). Europe's governments have differed considerably in their patterns of expenditure, both overall and across sectors. Greece, Luxembourg, and Hungary have implemented large reductions, whereas Germany, Finland, Poland, and Sweden implemented significant spending increases. In general, community and general public services (e.g. civil service) have seen the largest budget shifts in both positive and negative directions. Social protection spending has tended to increase during the recession, while defence spending has tended to decline slightly.

Figure 4 presents the association of changes in government spending and in Gross Domestic Product ($\beta = 1.05$, 95% CI: 0.49 to 1.61, $p<0.01$) during the current recession. As shown in the figure, those countries which have instituted greater increases in government spending have had larger rises in per capita GDP.

Second, to further test the generalizability of our findings, we performed an out-of-sample prediction using GDP data on the US and Japan. As shown in Figure 4, during the recessionary years of 2008–2010, both US



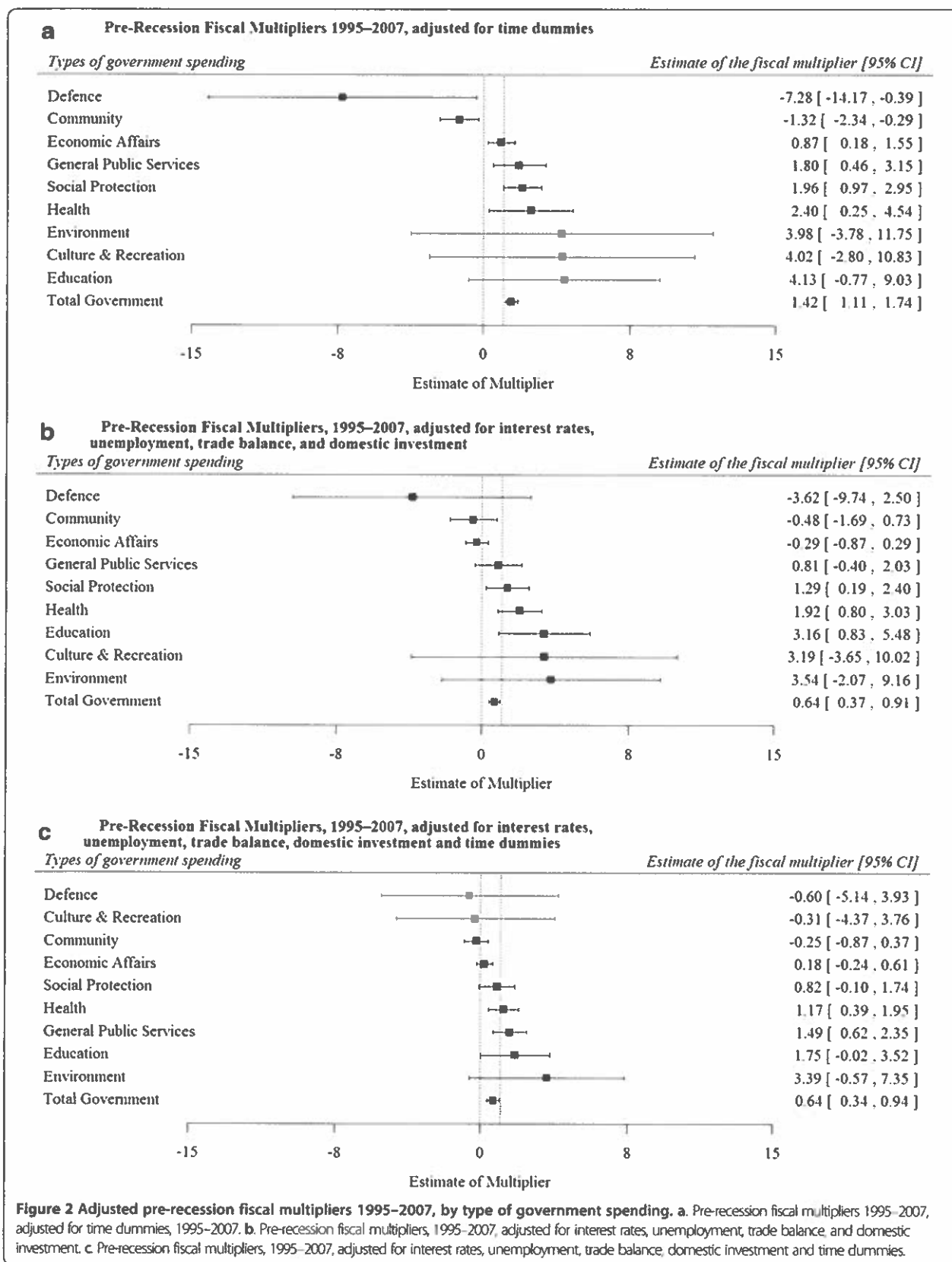


Table 2 Estimated fiscal multipliers, adjusted for unemployment rates, interest rates, trade balance (net exports), and domestic investment

| a. Fiscal multiplier for total government spending | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Covariates | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total government spending | 1.61** (0.12) | 1.60** (0.15) | 1.38** (0.17) | 1.10** (0.10) | 0.64** (0.13) |
| Unemployment rate | — | -248.28** (65.84) | -258.67** (86.17) | -364.58** (94.99) | -205.14 (131.78) |
| Interest rate | — | — | -320.26** (94.24) | -304.69** (76.57) | -269.42** (54.26) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.61** (0.16) | 1.31** (0.19) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.12** (0.26) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| b. Fiscal multiplier for health spending | | | | | |
| Covariates | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total health spending | 4.32** (0.88) | 3.21** (0.98) | 2.07 (1.21) | 2.23* (0.90) | 1.92** (0.53) |
| Total government spending minus health spending | 1.05** (0.33) | 1.26** (0.37) | 1.25** (0.39) | 0.88** (0.27) | 0.39* (0.15) |
| Unemployment rate | — | -205.61** (57.89) | -239.03* (87.57) | -336.54** (94.16) | -173.88 (123.10) |
| Interest rate | — | — | -286.44** (83.05) | -248.57** (58.98) | -203.53** (47.45) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.64** (0.17) | 1.24** (0.17) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.06** (0.25) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| c. Fiscal multiplier for defense spending | | | | | |
| Covariates | Gross domestic product adjusted for Inflation and purchasing-power parity | | | | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total defense spending | -9.83** (3.32) | -13.17** (3.67) | -12.92** (4.33) | -8.51 (4.77) | -3.62 (2.91) |
| Total government spending minus defense spending | 1.66** (0.08) | 1.62** (0.09) | 1.42** (0.10) | 1.20** (0.11) | 0.71** (0.14) |
| Unemployment rate | — | -286.58** (66.15) | -301.73** (90.73) | -368.95** (91.27) | -221.27 (124.46) |
| Interest rate | — | — | -253.31* (96.90) | -263.02** (84.62) | -251.73** (55.96) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.47* (0.20) | 1.24** (0.18) |

Table 2 Estimated fiscal multipliers, adjusted for unemployment rates, interest rates, trade balance (net exports), and domestic investment (Continued)

| | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.08** (0.25) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| d. Fiscal multiplier for education spending | | | | | |
| | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| Covariates | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total education spending | 8.24** (2.09) | 6.53** (2.10) | 4.98 (2.50) | 5.06** (1.75) | 3.16* (1.11) |
| Total government spending minus education spending | 0.66* (0.24) | 0.88** (0.26) | 0.92** (0.27) | 0.59** (0.20) | 0.33 (0.24) |
| Unemployment rate | — | -188.09** (58.30) | -227.19** (76.03) | -333.20** (84.09) | -168.63 (117.61) |
| Interest rate | — | — | -211.45 (127.38) | -184.21 (97.00) | -186.19** (61.05) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.63** (0.15) | 1.26** (0.17) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.11** (0.22) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| e. Fiscal multiplier for general public services spending | | | | | |
| | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| Covariates | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total general public services spending | 0.62 (0.68) | 1.37 (0.71) | 2.44* (0.89) | 2.05* (0.88) | 0.81 (0.58) |
| Total government spending minus general public services spending | 1.75** (0.09) | 1.63** (0.12) | 1.21** (0.14) | 0.96** (0.14) | 0.62** (0.11) |
| Unemployment rate | — | -242.48** (67.58) | -279.25** (88.70) | -381.55** (100.42) | -207.43 (132.83) |
| Interest rate | — | — | -396.26** (97.04) | -372.92** (84.44) | -284.09** (59.63) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.60** (0.16) | 1.30** (0.19) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.12** (0.27) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| f. Fiscal multiplier for culture & recreation spending | | | | | |
| | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| Covariates | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total culture & recreation spending | 7.57 (5.51) | 6.25 (4.70) | 4.52 (3.99) | 0.83 (2.96) | 3.19 (3.25) |

Table 2 Estimated fiscal multipliers, adjusted for unemployment rates, interest rates, trade balance (net exports), and domestic investment (Continued)

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Total government spending minus culture & recreation spending | 1.34** (0.32) | 1.38** (0.30) | 1.24** (0.26) | 1.11** (0.19) | 0.57** (0.18) |
| Unemployment rate | — | -243.28** (65.52) | -259.08** (88.99) | -365.32** (94.63) | -194.27 (129.50) |
| Interest rate | — | — | -306.23** (98.71) | -305.79** (77.59) | -258.23** (54.23) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.61** (0.16) | 1.31** (0.18) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.14** (0.26) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |

g. Fiscal multiplier for community spending

| Covariates | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total community spending | -2.50** (0.79) | -2.32** (0.63) | -1.57** (0.52) | -0.91 (0.63) | -0.48 (0.58) |
| Total government spending minus community spending | 1.68** (0.10) | 1.67** (0.13) | 1.47** (0.15) | 1.19** (0.09) | 0.73** (0.11) |
| Unemployment rate | — | -231.99** (58.31) | -255.56** (85.00) | -351.38** (90.87) | -198.19 (129.65) |
| Interest rate | — | — | -254.50** (80.86) | -260.82** (69.72) | -248.63** (49.31) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.55** (0.14) | 1.22** (0.19) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.03** (0.28) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |

h. Fiscal multiplier for environment spending

| Covariates | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total environment spending | 8.39 (5.92) | 1.03 (4.73) | -0.46 (4.01) | 3.02 (4.02) | 3.54 (2.67) |
| Total government spending minus environment spending | 1.50** (0.17) | 1.60** (0.16) | 1.40** (0.18) | 1.07** (0.14) | 0.59** (0.14) |
| Unemployment rate | — | -251.28** (67.63) | -269.12** (86.71) | -356.05** (96.24) | -193.58 (128.60) |
| Interest rate | — | — | -322.65** (94.54) | -301.83** (78.69) | -261.57** (56.92) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.62** (0.16) | 1.35** (0.18) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 1.14** (0.26) |

Table 2 Estimated fiscal multipliers, adjusted for unemployment rates, interest rates, trade balance (net exports), and domestic investment (Continued)

| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| i. Fiscal multiplier for economic affairs spending | | | | | |
| | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| Covariates | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total economic affairs spending | 0.06 (0.38) | -0.06 (0.45) | 0.03 (0.40) | -0.55 (0.35) | -0.29 (0.28) |
| Total government spending minus economic affairs spending | 1.83** (0.14) | 1.80** (0.17) | 1.58** (0.20) | 1.32** (0.14) | 0.84** (0.19) |
| Unemployment rate | — | -248.83** (62.40) | -271.11** (75.94) | -388.53** (84.40) | -233.36 (125.08) |
| Interest rate | — | — | -265.45** (91.29) | -237.34** (74.14) | -238.72** (50.65) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.66** (0.13) | 1.27** (0.18) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 0.97** (0.26) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| j. Fiscal multiplier for social protection spending | | | | | |
| | Gross domestic product adjusted for inflation and purchasing-power parity | | | | |
| Covariates | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Total social protection spending | 2.88** (0.45) | 3.25** (0.49) | 2.72** (0.64) | 2.21** (0.49) | 1.29* (0.53) |
| Total government spending minus social protection spending | 0.83** (0.27) | 0.52 (0.26) | 0.57 (0.31) | 0.47* (0.20) | 0.36 (0.20) |
| Unemployment rate | — | -289.73** (61.01) | -323.90** (85.98) | -410.46** (94.19) | -254.49 (142.36) |
| Interest rate | — | — | -211.82 (101.48) | -217.75* (80.13) | -229.26** (59.17) |
| Net exports (PPP, Real, per capita) | — | — | — | 0.57** (0.17) | 1.28** (0.21) |
| Total domestic investment (PPP, Real, per capita) | — | — | — | — | 0.98** (0.31) |
| Country-years | 296 | 213 | 213 | 213 | 192 |
| Number of countries | 25 | 19 | 19 | 19 | 19 |

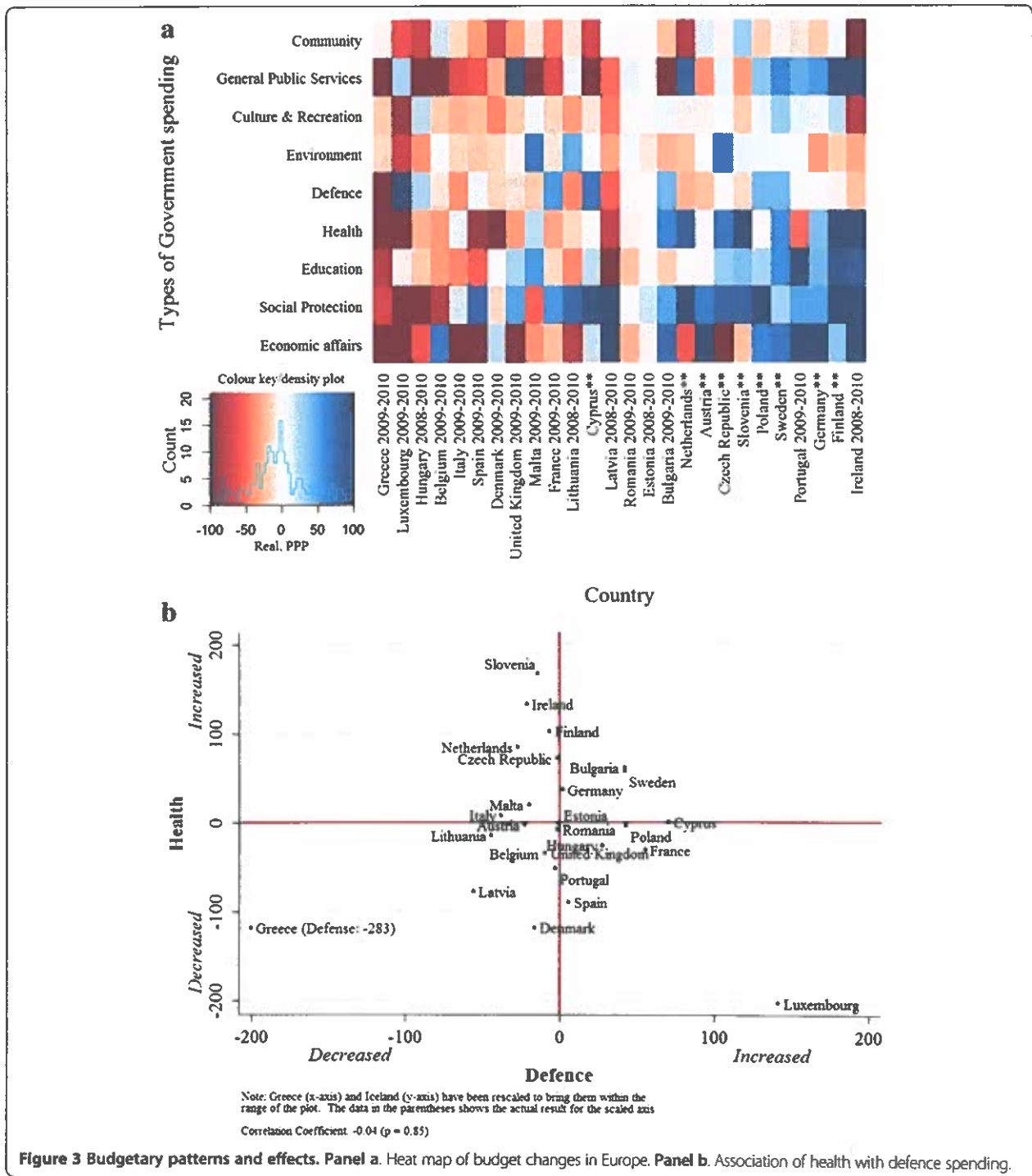
Notes: Robust standard errors in parentheses clustered by country to reflect non-independence of sampling.
 ** p<0.01, * p<0.05.

and Japan's economic performance were predicted by changes in total government spending.

Comparing recession and pre-recession multipliers

To test whether fiscal multipliers differed across recessionary and non-recessionary periods, we extended our disaggregated analysis of fiscal multipliers of 1995–2007

to include 2008–2010. As shown in Table 3, there was a significant interaction of the recessionary period with the estimated magnitude of fiscal multipliers. Apart from defence and public service spending, the fiscal multipliers were slightly attenuated during the recessionary period. The multiplier for total government spending, for example, was reduced by 0.15 (95% CI: 0.08 to 0.21).

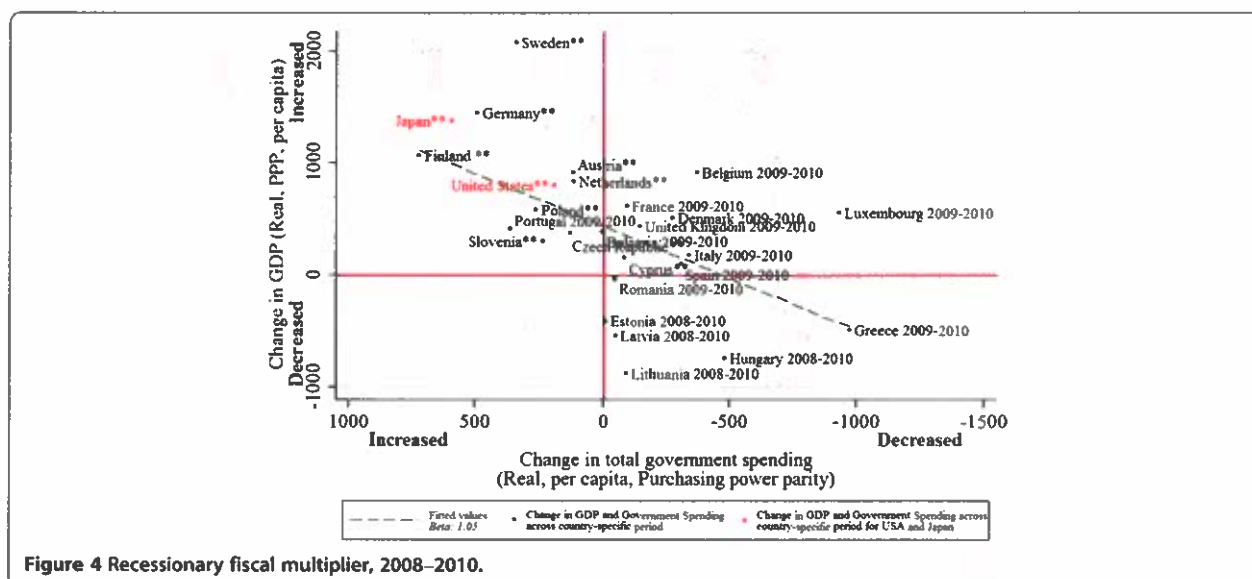


Health and education dropped, respectively, by 1.31 (95%: 0.94 to 1.68) and 1.44 (95% CI: 0.80 to 2.08). Social protection spending was reduced to a lesser degree, by 0.33 (95%: 0.11 to 0.56). However, in the statistical models, the health, education, and social protection categories of spending all exhibited statistically significant

and positive growth associations above 1 during the recessionary period.

Sensitivity analysis

We tested the robustness of multiplier estimates to several alternative model specifications. First, we incorporated a



set of time dummies to correct for cross-EU economic interactions, finding that none of the results was qualitatively changed (see Figure 2b). Second, we included both time dummies and the aforementioned set of controls and found that direction of the coefficients remained the same and the health multiplier remained above 1 in the pre-recessionary period (see Figure 2c). Third, we used alternative data sources of government statistics, including the OECD and World Bank. None of the spending multipliers qualitatively changed.

To test whether budgetary changes in the recessionary period were confounded by the depth of recession (peak-to-trough change in GDP), we assessed the correlation of depth of recession and the depth of subsequent government spending changes ($r = 0.12$, $p = 0.59$). None of the results was changed when controlling for the cumulative magnitude of recession. Overall, we observed no correlation among changes in government spending instituted in different sectors (e.g., changes in health and defence spending are not correlated, $r = 0.02$, $p = 0.90$, panel b of Figure 3), indicating large, exogenous variation in budgetary choices in response to recession.

Discussion

Government spending changes during recession serves as a large “quasi-natural experiment”, in which countries experiencing relatively similar recessions undertook alternative budgetary paths. From these differences, we can deduce the relationship between spending and economic outcomes. Our findings suggest a total pro-growth effect of overall government spending, with significant positive fiscal multipliers in the social protection, health and education sectors [29]. These estimates were based on cross-national models addressing potential economic and

political confounding factors. By empirically evaluating fiscal multipliers across different sectors, we observed that changes in government spending corresponded to similar directional changes in economic growth during non-recessionary and recessionary periods. Multipliers estimated from non-recession periods can account for current changes in economic growth associated with spending instituted in 2008–2010.

Our study has several limitations. First, the statistical analysis covers only the first three years of economic recession, given the limited availability of more recent data. While it has been argued that short-term multipliers may fail to account for longer-term effects [30], we found that estimated fiscal multipliers from 1995–2007 predicted directional changes in subsequent short-term periods. However, it is possible that longer-term effects differ from those observed currently, remaining an important topic for future research. Second, there was marked heterogeneity in the magnitude of fiscal multipliers. This heterogeneity exists both within and between countries. Within countries, our results identified that domestic absorption of spending is a significant factor mediating the relationship between government spending and economic growth. When we adjusted for the trade balance, the multipliers for components of government spending which are tradable, such as defence, were attenuated, whereas semi-tradable components, such as health and education, were not significantly altered. Across countries, the magnitude of the fiscal multiplier is also likely to depend on several country-specific factors and market characteristics, including the level of economic development, exchange rate regime, openness to trade, and public debt dynamics [31,32]. Third, the data on government spending could not differentiate the

Table 3 Recessionary (1995–2010) and pre-recession fiscal multipliers (1995–2007), by type of government spending

| Covariates | Increase in GDP (PPP, per capita, real) | | |
|---------------------------|---|----------------------------|--------------------------------|
| | Estimated multiplier 1995–2010 | Recession interaction | Estimated recession multiplier |
| | (1) | (2) | (3) |
| Total Government Spending | 1.28 (0.78 to 1.77) | -0.15 (-0.084 to -0.21) | 1.13 (0.66 to 1.61) |
| Defence | -5.69 (-15.77 to 4.39) | -1.71 (-6.16 to 2.74) | -7.40 (-18.12 to 3.32) |
| Community | -2.29 (-4.84 to 0.25) | -5.99 (-1.34 to -10.64) | -8.29 (-13.45 to -3.12) |
| Economic Affairs | 0.45 (-0.35 to 1.24) | -1.17 (-1.99 to -0.35) | -0.72 (-1.09 to -0.35) |
| General Public Services | 1.57 (-0.26 to 3.40) | -0.45 (-1.17 to 0.28) | 1.12 (-0.75 to 3.00) |
| Social Protection | 3.04 (2.05 to 4.03) | -0.33 (-0.56 to -0.11) | 2.71 (1.81 to 3.60) |
| Health | 4.92 (2.92 to 6.93) | -1.31 (-1.68 to -0.94) | 3.61 (1.60 to 5.62) |
| Culture & Recreation | 14.12 (2.16 to 26.26) | -2.38 (-0.67 to -4.10) | 11.83 (-0.92 to 24.58) |
| Education | 9.37 (4.40 to 14.34) | -1.44 (-2.08 to -0.80) | 7.92 (3.19 to 12.66) |
| Environment | 9.49 (-5.03 to 24.00) | -6.30 (-8.93 to -3.68) | 3.18 (-10.60 to 16.97) |

Notes: Numbers in parentheses are 95% confidence intervals. GDP and all forms of government spending are adjusted for inflation and purchasing-power parity. Robust standard errors in parentheses clustered by country to reflect non-independence of sampling. Columns 1–2 report coefficients from equation 2. Column 3 reports the linear combination of columns 1 and 2. All models control for between-country variation.

growth effects of government spending that acts as a stimulus from those effects of spending which replaces spending during recessions. Although it has been suggested that recessionary periods exhibit higher multiplier effects, as consumer demand is relatively low, we found contrary evidence that fiscal multipliers were slightly attenuated during periods of recessions compared with periods of economic growth. This may reflect a tendency of 'replacement' spending, such as when patients turn from private health care to public health care consumption during recessions, to have smaller pro-growth effects than 'stimulus' spending, which creates new jobs and income. This interpretation is corroborated by the observation that health spending was more greatly attenuated than total social protection, as the latter is largely driven by replacement spending both in recessionary and non-recessionary periods. Another possibility is that when multiple countries simultaneously introduce budget

reductions, as in the current recession, the potential multiplier effects of government spending are dampened. Further disaggregating categories of government spending, identifying time lags, and evaluating the role of effect modifiers associated with various forms of government spending would be a next logical step for research to identify critical policy strategies during and after the ongoing economic recession.

Overall, our findings are consistent with recent estimates of fiscal multipliers for total government spending [28], but extends these estimates in a novel way to evaluate alternative budgetary sectors, compare periods of non-recession and recession, identify the role of domestic absorption, and include both Europe and the United States. It also lends support for theories that there are both 'productive' and 'unproductive' components of government spending [33]. However, in contrast with previous case-study estimates of the fiscal multipliers associated with defence spending in the United States [3,18,19], we estimated negative fiscal multipliers for military spending in Europe. This observation may reflect the presence of a large defense manufacturing sector in the United States so that most expenditure is absorbed domestically while, in most European countries, equipment is imported. It is also plausible that military spending will vary according to where the funds are being spent, so the multiplier effect may be greater in countries with a large domestic defence industry.

These findings have important implications for policy. First, these results, taken together with other studies, corroborates existing evidence that historical prescriptions for austerity from international financial institutions have tended to exacerbate economic crises [29,34,35]. Second, there is a widespread consensus that investment in education and in health contribute to economic growth in the long term, by creating a healthier, better educated, and therefore more productive labour force [36]. However, that argument finds little favour among those who view short term reductions in expenditure as a necessary condition for the recovery that will permit such investment in the future. Our findings suggest that, in addition to their long-term benefits, such investments may actually have short-term, positive growth effects that make that recovery more likely.

Additional file

Additional file 1: Web Appendix 1. Associations between trade balance and sector-specific government spending between 1995–2007, 26 EU countries.

Competing interests

We declare that we have no conflicts of interests.

Authors' contributions

AR DS analyzed the data and wrote the draft; SB MM CM assisted with the analysis and helped finalise the paper. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

AR and DS are supported by an Demetriq EU FP7 grant. This study was carried out with financial support from the Commission of the European Communities, Grant Agreement no. 278511. The study does not necessarily reflect the Commission's views and in no way anticipates the Commission's future policy in this area.

Author details

¹Department of Sociology, University of Oxford, Manor Road Building, Manor Road, Oxford OX1 3UQ, England. ²Stanford Prevention Research Center, Department of Medicine, Stanford University, Palo Alto, CA, USA. ³London School of Hygiene & Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK. ⁴Department of Economics, University of California Davis, Davis, USA.

Received: 14 June 2013 Accepted: 20 August 2013

Published: 23 September 2013

References

- Gali J, Lopez-Salido J, Valles J: Understanding the effects of government spending on consumption. *J Eur Econ Assoc* 2010, **5**:227-270.
- Brown C: Fiscal policy in the thirties: a reappraisal. *Am Econ Rev* 1956, **46**:857-859.
- Romer C, Bernstein J: *The job impact of the American recovery and reinvestment plan, Report from the Council of Economic Advisers, January, 2009.*
- Giavazzi F, Pagano M: *Can severe fiscal contractions be expansionary? Tales of two small European countries. NBER Working Paper No 3372.* Cambridge, MA: MIT Press; 1990.
- Taylor J: *Macroeconomic policy in a world economy: from econometric design to practical operation.* New York: WW Norton; 1993.
- Correia-Nunes J, Stemitsiotis L: Budget deficit and interest rates: is there a link? International evidence. *Oxford Bull Econ Stat* 1995, **57**:425-449.
- Laubach T: New evidence on the interest rate effects of budget deficits and debt. *J Eur Econ Assoc* 2009, **7**:858-885.
- A B: *How the Austerity Class Rules Washington*, The Nation. 2011. <http://www.thenation.com/article/164073/how-austerity-class-rules-washington#>.
- Mundell RA: The appropriate use of monetary and fiscal policy for internal and external stability. *Staff Papers - International Monetary Fund* 1962, **9**:70-79.
- Evans P: Do budget deficits raise nominal interest rates?: Evidence from six countries. *J Monetary Econ* 1987, **20**:281-300.
- Evans P: Interest rates and expected future budget deficits in the United States. *J Pol Econ* 1987, **95**:34-58.
- Hoelscher GP: Federal borrowing and short term interest rates. *South Econ J* 1983, **50**:319-333.
- Aschauer D: Does public capital crowd out private capital? *J Monetary Econ* 1989, **24**:171-188.
- Canning D: *Infrastructure's Contribution to Aggregate Output, Policy Research Working Paper, no. 2246.* Washington DC: World Bank; 1999.
- Spillimbergo A, Symansky S, Blanchard O, Cottarelli C: *Fiscal Policy for the Crisis*, Book Fiscal Policy for the Crisis. IMF: City; 2008.
- Spillimbergo A, Symansky S, Schindler M: *Fiscal Multipliers, IMF Staff Positions, SPN/09/11.* Washington, D.C.: IMF; 2009.
- International Monetary Fund: *World Economic Outlook. Coping with High Debt and Sluggish Growth.* Washington, D.C.: IMF; 2012.
- Ramey VA: Identifying Government Spending Shocks: It's all in the Timing. *The Quarterly Journal of Economics* 2011, **126**(1):1-50.
- Ramey VA: *Defense News Shocks, 1939-2008: An Analysis Based on News Sources, UCSD Working Paper.* San Diego, CA: UCSD; 2009.
- Blanchard O, Leigh D: *Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers.* Washington DC: IMF; 2013.
- Scott A, Barnett S, De Broeck M, Ivanova A, Kim D, Kumhof M, Laxton D, Leigh D, Stehn SJ, Symansky S: *Fiscal Policy as Countercyclical Tool.* In *World Economic Outlook: Financial Stress, Downturns, and Recoveries.* Edited by Blanchard O. Washington, D.C., USA: IMF; 2008.
- McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D: Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine* 2012, **12**:346-350.
- Stuckler D, Basu S, McKee M: Equitable distribution of pefpar-supported HIV/Aids services in South Africa respond. *Am J Public Health* 2011, **101**:1351-1351.
- EUROSTAT: *General government expenditure by function.* Luxembourg City, Luxembourg: EUROSTAT; 2012.
- Auerbach AJ: The fall and rise of keynesian fiscal policy. *Asian Econ Policy Rev* 2012, **7**:157-175.
- Auerbach AJ, Gorodnichenko Y: Measuring the output responses to fiscal policy. *Am Econ J: Econ Pol* 2012, **4**:1-27.
- Stock JH, Watson MW: Vector autoregressions. *J Econ Perspect* 2001, **15**:101-115.
- Blanchard O, Perotti R: An empirical characterization of the dynamic effects of changes in government spending and taxes on output. *Q J Econ* 2002, **117**:1329-1368.
- Stuckler D, Basu S: *The Body Economic: why austerity kills?* London: Penguin; 2013.
- Uhlig H: "Some Fiscal Calculus." *American Economic Review* 2010, **100**(2):30-34.
- Ilzetzki E, Mendoza EG, Végh CA: How big (small?) are fiscal multipliers? *J Monetary Econ* 2012, **60**(2):239-254.
- Favero C, Giavazzi F, Perego J: *Country Heterogeneity and the International: Evidence on the Effects of Fiscal Policy. NBER Working Paper 17272.* Cambridge, MA: MIT Press; 2011.
- Devarajan S, Swaroop V, Zou H: The composition of public expenditure and economic growth. *Am Econ Rev* 1996, **37**:313-344.
- Blyth M: *Austerity: the history of a dangerous idea.* Oxford: OUP; 2013.
- Knight EKS: *Analysis: Aid recipients welcome IMF's shift on austerity, Book Analysis: Aid recipients welcome IMF's shift on austerity.* City; 2012. <http://uk.reuters.com/article/2012/10/14/us-imf-aid-admission-idUSBR89D0GQ20121014>.
- Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Sauto Arce R, Tsoлова S, Mortensen J: The contribution of health to the economy in the European Union. *Public health* 2006, **120**:994-1001.

doi:10.1186/1744-8603-9-43

Cite this article as: Reeves et al.: Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health* 2013 **9**:43.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit

