

NOTAS TÉCNICAS

15

Modelos de financiamento do risco
de dependência na velhice



LIVRO VERDE | Grupo de trabalho | Reformas Paramétricas

COMISSÃO PARA A
SUSTENTABILIDADE
DA SEGURANÇA SOCIAL

Notas Técnicas

Modelos de financiamento do risco de dependência na velhice

Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues

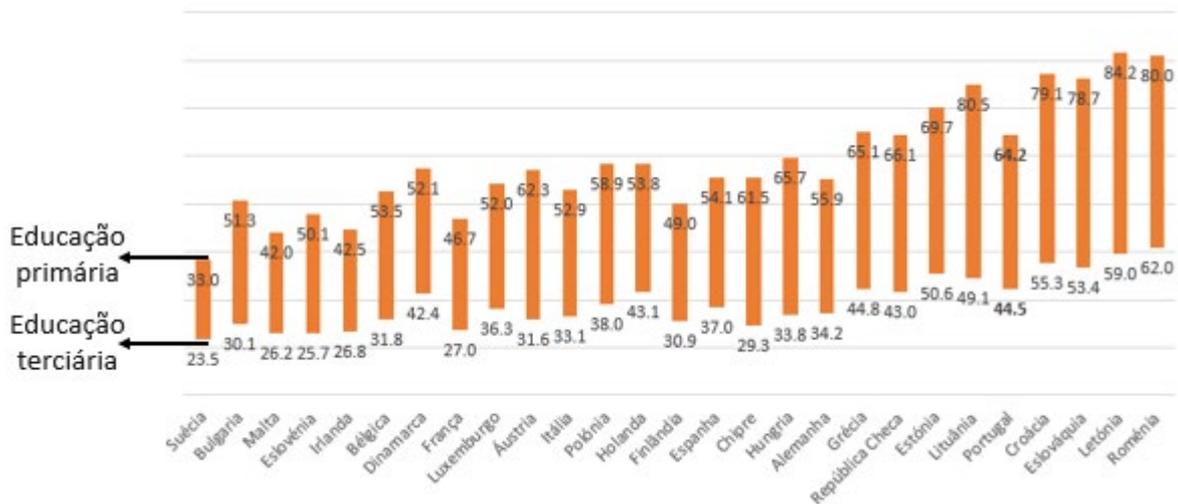
INTRODUÇÃO

A presente nota técnica tem como objetivo apresentar alguns modelos de financiamento do risco de dependência tendo por base uma breve contextualização do sistema em Portugal e exemplos de países europeus. Por financiamento considera-se no âmbito desta nota técnica não só o financiamento público, mas também o financiamento privado, em particular as contribuições adicionais que recaem sobre aqueles que utilizam serviços de cuidados. No contexto desta nota técnica entende-se por dependência a situação de dificuldade ou impossibilidade de levar a cabo atividades da vida quotidiana indispensáveis à sobrevivência ou à vida em sociedade dos indivíduos, motivadas por doenças crónicas, deficiência ou pelo envelhecimento. Muito embora a situação de dependência não esteja limitada à população idosa, os sistemas discutidos neste documento focam-se sobretudo sobre essa população.

1. Breve introdução à situação da dependência em Portugal

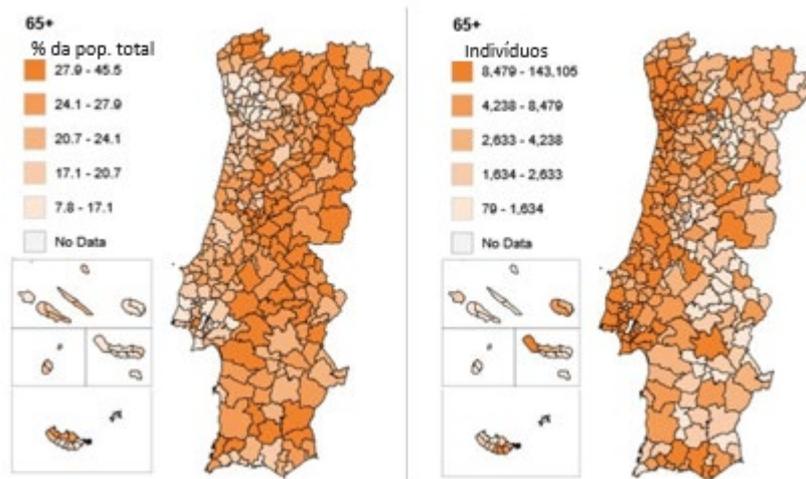
Portugal apresenta-se atualmente como um dos países da Europa com maior percentagem de idosos com 65 e mais anos entre a população total. Contudo, a realidade do envelhecimento em Portugal é caracterizada por duas características com efeito direto na dependência. Em primeiro lugar, uma esperança média de vida elevada, mas cuja uma parte significativa é vivida com limitações na capacidade de realizar tarefas do dia-à-dia motivadas por condições de saúde crónica e multimorbididades. Em segundo lugar, o envelhecimento em Portugal é marcado por fortes desigualdades. Estas desigualdades manifestam-se desde logo nas referidas limitações que se concentram sobretudo entre os idosos com menor educação formal (Figura 1), que representam em Portugal ainda uma parte significativa da população idosa. As desigualdades estendem-se a vários determinantes sociais da saúde, nomeadamente em termos de rendimento e de acesso a condições de habitação adequadas. Finalmente, a desigualdade no envelhecimento é também visível a nível territorial. Os concelhos em que a população idosa representa a maior proporção da população total concentram-se no interior do país, enquanto que em números absolutos a maior parte dos idosos se concentram nas regiões litorais e sobretudo nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto (Figura 2).

Figura 1: Distribuição da população idosa (65+) com limitações de saúde (alguma ou severa), por grau de educação (2021)



Fonte: Eurostat, EU-SILC, [hlth_silc_07__custom_10207184], dados extraídos a 01.03.2024.

Figura 2: Distribuição da população idosa (65 e mais anos) por município, em percentagem da população total (mapa da esquerda) e em números absolutos (mapa da direita) (2018)



Fonte: Reproduzido de OMS (2018): Figura 3, a partir de dados do INE, Pordata.

Para fazer face às necessidades decorrentes da dependência na velhice, a família é em Portugal ainda a principal fonte de cuidados para a população idosa. Dois estudos recentes, com base em dados do inquérito SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), estimam que 5.6% da população idosa com 65 e mais anos receba cuidados informais (Maia et al, 2022) e que 12.7% da população com 50 e mais anos providencie cuidados informais a pessoas idosas com quem partilham o agregado familiar (Barbosa et al, 2020). Esta última característica – a coabitação com a pessoa a quem são prestados cuidados – bem como a esmagadora predominância das mulheres entre os cuidadores informais, são mesmo duas características que diferenciam Portugal do resto da Europa (OMS, 2018).

Se a família e os cuidadores informais continuam a ser os principais prestadores de cuidados na dependência em Portugal, tal está ligado às características do apoio público na dependência e à incapacidade dos idosos e suas famílias de suportarem os custos com cuidados privados, devido em boa medida aos baixos rendimentos médios da população idosa portuguesa. Portugal é um dos países da OCDE com menor despesa total (pública e privada) em cuidados na dependência a idosos: com uma despesa total de 0.9% do PIB, em comparação com a média de 1.6% do PIB para os países da OCDE para qual existem dados (OCDE, 2020, 2021). O apoio público na dependência em Portugal está organizado em três sistemas principais, que são descritos sumariamente na Tabela 1. A juntar a estes, para além dos cuidados informais não pagos, há ainda que considerar vários cuidados a pessoas idosas prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, desde intervenções de saúde pública (como vacinações sazonais) até cuidados primários, agudos e paliativos. Estes não são, no entanto, considerados no âmbito da Tabela 1.

Tabela 1: Principais sistemas de apoio na dependência em Portugal e sumário das suas características

	Rede Social	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	Proteção na dependência
Principal entidade(s) responsável(eis)	Segurança Social	Saúde	Segurança Social
Financiamento	Impostos	Impostos	Impostos e contribuições sociais
Condições de acesso	Com base no reconhecimento e necessidades, prioridade a pessoas mais vulneráveis (na prática, condição de recurso)	Com base no reconhecimento e necessidades, sem condição de recurso	Complemento de dependência: com base no reconhecimento e necessidades e limitada em regra a pensionistas (sem limite de idade); Subsídio de apoio ao cuidador informal: reconhecimento da necessidade, condição de recursos, limitações ao trabalho remunerado e existência de laços familiares entre cuidador e pessoa com necessidade de cuidados.
Tipo de benefícios	Serviços sociais ao domicílio e serviços residenciais	Serviços predominantemente de saúde (mas também sociais) ao domicílio e residenciais	Prestações pecuniárias de valor fixo, e em alguns casos sujeitas a condição de recursos (sub. apoio ao cuidador informal)
Outros	Predominância de IPSS, com cerca de 2/3 da capacidade dos serviços domiciliários contratualizada com acordos de cooperação. Reduzida qualificação e remuneração dos trabalhadores.	Entidades públicas e privadas (incluindo IPSS) providenciam os serviços. A segurança social comparticipa a componente 'social' dos cuidados. Maior qualificação e regulação dos trabalhadores.	Montantes mensais variam entre 122.90 (110.61) EUR e 221.21 (208.92) EUR para o complemento de dependência, consoante o nível de dependência e o regime de segurança social. O montante do subsídio de apoio ao cuidador informal: corresponde à diferença entre rendimentos do cuidador e 509.26 EUR mensais (possibilidade de majoração de 50% para acesso ao seguro social voluntário)

Fonte: Autor, com base em OMS (2018) e www.seg.social.pt.

Segundo as últimas informações disponíveis (para o ano de 2021), a Rede Social dispunha de capacidade para 301,822 beneficiários, dos quais 112,724 se reportavam a serviços de apoio domiciliário (SAD) (GEP, 2023), enquanto a RNCCI tinha uma capacidade contratualizada de 15,209 lugares, dos quais 5,646 prestavam cuidados no domicílio (ERS, 2022). Mesmo considerando a possibilidade real de sobreposição de alguns utentes, a

Rede Social abrangeria 12.4% da população idosa em Portugal e a RNCCI cerca de 0.6%. O número de beneficiários do complemento de dependência era de 194,041 em 2022 (INE, 2023), o que equivalia a 7.8% da população com 65 e mais anos nesse ano.

Os atuais sistemas apresentam uma série de pontos positivos (OMS, 2018), como sejam a distribuição territorial fina da Rede Social, presente em todos os concelhos de Portugal Continental, ou a ênfase na reabilitação de várias das valências da RNCCI e o trabalho das equipas de gestão de altas que procuram assegurar a transição entre os cuidados de saúde e os cuidados na dependência. A aprovação do estatuto do cuidador informal, em julho de 2019, marcou também um primeiro passo no sentido do reconhecimento e apoio direto aos cuidadores informais em Portugal. Existem no entanto, vários aspetos que se apresentam como limitações na forma como a proteção na dependência está organizada ou é providenciada em Portugal (OMS, 2018). Desde logo a coexistência de diversos sistemas numa lógica de sobreposição e com limitada coordenação entre si. Existem diferentes pontos de entrada para cada sistema ou em conjunto para várias das prestações descritas na Tabela 1, o que por um lado poderá aumentar a possibilidade de identificar necessidades não supridas, mas por outro lado, poderá constituir-se como fator de confusão e limitação no acesso às prestações. Ao mesmo tempo, existem diferentes condições de acesso, desde os critérios usados para a determinação de necessidades, até à existência ou não de condições de recursos (Tabela 1). A distribuição serviços no domicílio e em residências está ainda orientada para os últimos, mas sobretudo existe um défice no apoio público à dependência em Portugal, que é notório nos vários sistemas e prestações (ver número de beneficiários e rácio em relação à população idosa reportados no parágrafo anterior) e que resulta em custos demasiado elevados para que os idosos possam aceder aos cuidados de que necessitam (OMS, 2018). O montante das várias prestações pecuniárias são insuficientes para fazer face aos custos com a dependência e embora o estatuto do cuidador informal e prestação pecuniária associada tenha sido um passo positivo, o seu montante e cobertura são claramente insuficientes, como demonstrado na fase piloto da prestação que registou um valor médio de 282 EUR (claramente abaixo do limiar da pobreza em Portugal) e apenas 383 beneficiários (Público, 2021).

2. Abordagens ao financiamento do risco de dependência na Europa

Estudos disponíveis para a Inglaterra sobre os custos associados ao risco de dependência na velhice estimam que estes correspondem a duas vezes o rendimento médio anual de um pensionista (Forder & Fernández 2011) e que mais de metade dos pensionistas apenas consegue financiar do seu próprio bolso os custos com cuidados continuados durante um ano (Mayhew et al, 2010). Embora num determinado momento apenas uma minoria de idosos necessite de cuidados, a probabilidade de necessitar de cuidados ao longo da vida é de cerca de 35% para as mulheres e 16% para os homens na Alemanha (Rothgang et al, 2012) e de 59% para as mulheres e 36% para os homens na Finlândia (Martikainen et al, 2014). Tendo em conta o valor médio das pensões de velhice e a esperança média de vida com limitações de saúde em Portugal, é expectável que a capacidade de financiar os custos com cuidados seja ainda menor e a probabilidade de necessitar desses mesmos cuidados ainda maior que nos exemplos referidos.

Atualmente vários países europeus reconhecem o risco de dependência na velhice como um dos riscos sociais incluídos nos seus sistemas de proteção social. Existe uma grande diversidade na forma como esse risco é definido (condições de elegibilidade) e financiado,

quer no que respeita à divisão entre financiamento público e privado, quer no que respeita aos mecanismos de financiamento. Quanto ao financiamento público, os vários sistemas nacionais podem ser caracterizados como sendo financiados maioritariamente através contribuições sociais (sistemas de seguro social) ou através de transferências do orçamento geral do Estado. Relativamente ao financiamento privado, a maior parte dos países exige uma contribuição adicional da parte dos idosos, e em alguns casos das suas famílias.

2.1. Financiamento público

Atualmente os Países Baixos, a Alemanha, o Luxemburgo e a região da Flandres na Bélgica, financiam a despesa pública com a dependência maioritariamente através de contribuições sociais, à semelhança do que acontece nesses mesmos países para a saúde. Nos sistemas de seguro social público em vigor nestes países, os indivíduos em idade ativa pagam contribuições sociais sobre os seus salários (ver Tabela 2) que financiam os custos com cuidados dos seus contemporâneos que deles necessitam, ao mesmo tempo que geram um direito dos mesmos à proteção social na eventualidade de necessitarem de cuidados mais tarde nas suas vidas. Estes sistemas são assim geridos em repartição (PAYG), embora o sistema alemão de seguro social para a dependência inclua também um fundo de capitalização, financiado através de 0.1 pontos percentuais (p.p.) da taxa contributiva, com o objetivo de suavizar a transição demográfica.

Tabela 2: Exemplos de contribuições sociais em regimes de seguro social na Europa

País	Taxa de contribuição social	Base de incidência
Alemanha	3.4% (partes iguais pela entidade empregadora e trabalhador) + contribuição adicional de 0.6% para indivíduos sem filhos	Salário do trabalhador até ao limite de 4.350 EUR por mês (2017)
Países Baixos	12.15%	Salário do trabalhador até um limite de 33.000 EUR por mês.
Luxemburgo	1.4% (apenas pelo trabalhador)	Salário do trabalhador e ganhos de capital.

Fonte: Ministério Federal Alemão da Saúde (2024), Rodrigues (2019).

Uma das principais vantagens associadas aos modelos de financiamento com base em contribuições é a sua maior transparência. Os critérios de elegibilidade são claramente definidos, reduzindo a discricionariedade de quem gere o acesso ao sistema e podendo assim limitar desigualdades ou estigmatização no acesso aos benefícios. O pagamento de contribuições sociais que estão consignadas a despesas claramente definidas (neste caso, benefícios para a eventualidade de dependência), poderá também aumentar a disponibilidade para pagar uma contribuição adicional por parte da população. Por fim, as receitas poderão estar menos dependentes da discricionariedade do decisor político.

As principais desvantagens associadas a este modelo prendem-se com a sua reduzida base de incidência limitada apenas os rendimentos do trabalho e deixando assim de fora outros rendimentos (com a exceção do Luxemburgo). A incidência fiscal é ainda menor nos casos em que a economia informal é relevante. As receitas do sistema são sensíveis a períodos de estagnação do crescimento da massa salarial ou do emprego das economias (ver abaixo no caso do exemplo alemão)¹. Ao aumentarem os custos unitários de trabalho, as contribuições sociais podem também influenciar a competitividade do país, especialmente em setores de mão-de-obra intensiva. Existe alguma evidência para sistemas de saúde baseados em seguro social público, que as contribuições sociais nem sempre reforçam a capacidade redistributiva do sistema, devido ao plafonamento das mesmas e regimes e *opt-out* do seguro social público que em regra favorecem indivíduos com maiores rendimentos (Comas-Herrera et al, em impressão).

No entanto, a maior parte dos países europeus financia a proteção social na dependência através de transferências do orçamento geral do Estado, ou seja, através das receitas fiscais. Mesmo os sistemas que têm por base um seguro social, financiam parte dos seus custos com cuidados através de impostos, nomeadamente, a componente remanescente dos custos que o beneficiário não consegue financiar do seu próprio bolso. À partida, estes sistemas têm uma base de incidência mais alargada e poderão por essa via ser mais equitativos e redistributivos², ou seja, asseguram que a despesa com a dependência ou os cuidados não é apenas financiada pelos rendimentos do trabalho. Por esta via poderão também contribuir para uma maior justiça intergeracional assegurando que todos os grupos etários contribuem para os custos com cuidados, inclusivamente os idosos. Contudo, como as receitas não estão necessariamente consignadas a despesas específicas, isto poderá reduzir a vontade dos contribuintes em pagarem impostos mais elevados e tornar estes programas mais suscetíveis de verem os seus recursos reduzidos em períodos de austeridade orçamental. Em vários países em que as administrações locais têm o poder de estabelecer e cobrar impostos, como na Suécia, este modelo de financiamento pode dar origem a desigualdades territoriais na medida em que a capacidade de gerar receitas fiscais será maior em regiões mais desenvolvidas, que em geral são também as regiões menos envelhecidas. Tal como os sistemas de seguro social público, a capacidade de cobrar impostos é menor em contextos em que a economia informal tem alguma relevância.

2.1.1. Estudo de caso: seguro social para a dependência na Alemanha

A Alemanha dispõe de um sistema público de seguro social para dependência, gerido por caixas de previdência, que cobre 88% da população, sendo os restantes 12% cobertos por seguros privados obrigatórios³. O acesso ao seguro social não depende da idade, mas cerca de 80% dos beneficiários têm mais de 65 anos de idade (Geyer et al, 2023). Após a

¹ Os modelos atuais de seguro social são geridos em sistema de repartição e assim partilham as vantagens e desvantagens associados a esse sistema.

² Embora alguns impostos sobre o consumo, como o IVA, possam ser regressivos.

³ Esta divisão reflete a organização do sistema de saúde alemão onde certas categorias profissionais estão cobertas por seguros de saúde privados obrigatórios. Os benefícios providenciados pelos seguros privados obrigatórios são iguais aos do seguro público, enquanto os prémios são ajustados por idade, com algumas exclusões para doenças preexistentes. Os beneficiários dos seguros privados obrigatórios são sobretudo funcionários públicos e indivíduos com rendimentos elevados. Estes últimos podem optar por este seguro em vez do seguro social se tiverem rendimentos anuais superiores a 64,350 EUR.

determinação de qual o nível de cuidados a que o beneficiário tem direito por um médico, os beneficiários podem optar por receber um benefício pecuniário, em espécie ou sob a forma cuidados residenciais (Tabela 3). Os benefícios pecuniários e em espécie podem ser combinados livremente. Os benefícios pecuniários podem ser usados livremente para assegurar os cuidados necessários, inclusivamente para compensar o(s) cuidador(es) informal(ais), sendo em qualquer dos casos considerado um rendimento isento de imposto. Os benefícios em espécie correspondem a serviços domiciliários providenciados por uma agência ou profissional acreditado. Estes serviços podem incluir atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, bem como limpeza do domicílio ou preparação de refeições. No caso dos cuidados residenciais, apenas são cobertos pelo seguro social de dependência os custos diretamente relacionados com os cuidados e não a alimentação ou alojamento. As agências que prestam cuidados ao domicílio e as estruturas residenciais recebem o montante do benefício diretamente.

Tabela 3: Valor mensal (EUR) dos benefícios por nível de cuidados, Alemanha, 2024

Tipo de benefício	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Pecuniário	125(1)	332	573	765	947
Em espécie (domiciliário)	-	761(2)	1,432(2)	1,778(2)	2,200(2)
Cuidados residenciais	-	770	1,262	1,775	2,005

Notas: (1) Atribuído apenas em condições especiais. (2) Montante máximo.

Fonte: Ministério Federal Alemão da Saúde (2024).

O seguro social de dependência é financiado por uma taxa contributiva global de 3.4%, paga em partes iguais por empregadores e empregados, que chega aos 4% para indivíduos sem filhos. Por outro lado, famílias com mais que uma criança pagam uma taxa contributiva reduzida (0.25 p.p. por cada criança) até ao 25º aniversário da criança em questão (Ministério Federal Alemão da Saúde, 2024). Os pensionistas pagam também contribuições sociais sobre as suas pensões. O Estado, através dos governos regionais, financia os apoios adicionais que os beneficiários do seguro social com baixos rendimentos possam necessitar para fazer face aos custos com cuidados que recaem sobre os beneficiários. Pessoas sem rendimentos ou com rendimentos reduzidos e que não podem pagar contribuições sociais podem ser abrangidos pelo seguro social de um familiar. Para ter direito aos benefícios do seguro social de dependência, é necessário ter estado segurado (por exemplo, pago contribuições sociais) durante 2 dos últimos 10 anos. Em certas condições é possível ter acesso aos benefícios enquanto residente no estrangeiro.

Os beneficiários de cuidados residenciais pagam do seu próprio bolso os custos com a alimentação e alojamento, para além de um pagamento adicional definido por cada estrutura residencial e que é igual para todos os residentes dessa estrutura. No total, os beneficiários têm que suportar custos elevados que variam substancialmente entre os diversos estados regionais (por exemplo, entre 1.218 EUR mensais na Saxónia e 2,252 EUR na Vestefália, (Geyer et al, 2023)). O Estado providencia uma ajuda suplementar para fazer face a parte destes pagamentos adicionais, que varia consoante o número de meses

que os beneficiários residem nos lares. Quase 2/3 da despesa total com dependência é financiada pelo seguro social público de dependência, enquanto os pagamentos adicionais a cargo dos beneficiários correspondem a 28%. Os seguros privados obrigatórios e complementares juntos equivalem a apenas 6% do total.

O seguro social público de dependência foi estabelecido em 1995, em parte para fazer face ao número crescente de indivíduos que necessitavam de ajuda adicional do Estado, através dos governos regionais, para fazer face aos custos com cuidados, o que colocava uma pressão financeira substancial sobre os orçamentos dos governos regionais (Rothgang, 2010). Preocupações iniciais com o aumento da despesa levaram a que: i) os critérios de elegibilidade tenham sido durante muito tempo bastante apertados, deixando de fora, por exemplo, indivíduos com dificuldades cognitivas ou demências; ii) não tenha sido previsto um mecanismo automático de atualização do montante dos benefícios, tendo o seu valor nominal permanecido constante até 2008; e iii) o valor dos benefícios por escalão de necessidade tenha sido propositadamente fixado aquém daquele que seria necessário para fazer face a essas mesmas necessidades (Rothgang, 2010; Geyer et al, 2023). Do lado da receita, os anos 2000 foram marcados por uma estagnação no crescimento da receita devido à variação real nula dos salários (apesar do crescimento do PIB). Em consequência de sucessivos défices nos finais dos anos 90 e início dos anos 2000, houve lugar a uma série de aumentos da taxa contributiva, inicialmente fixada em 1%, bem como a introdução de uma taxa adicional para indivíduos sem filhos e o pagamento de um 13^o mês de contribuições sociais. Também o montante dos benefícios e os critérios de elegibilidade tiveram que ser revistos consecutivamente a partir de 2008. Em 2017, uma ampla reforma do sistema aumentou consideravelmente a generosidade do mesmo.

A partir de 2013 procurou-se fortalecer a componente complementar do financiamento do sistema. Em primeiro, lugar introduzindo um subsídio de 5 euros mensais para novos contratos individuais de seguro privado voluntários (com a contrapartida que o prémio se deverá manter fixo durante 5 anos) – a chamada reforma ‘Pflege-Bahr’ – que dão direito um benefício de montante fixo complementar ao montante oferecido pelo seguro social público de dependência (Nadash e Cuellar, 2017). Esta medida, no entanto, não produziu os efeitos desejados, tendo apenas sido subscritas cerca de um milhão de apólices, e sendo vista como uma medida que reforçou a seleção adversa e com pouco impacto na melhoria da proteção social dos beneficiários, pois os montantes a que estes têm direito são insuficientes para cobrir os custos pagos do seu próprio bolso (Nadash e Cuellar, 2017; Geyer et al, 2023). Criou-se também um fundo de capitalização para o sistema público, financiado por um aumento de 0.1 p.p. na taxa contributiva, cuja receita é colocada num fundo gerido pelo banco central alemão até 2033. A partir dessa data, 1/20 do montante acumulado será transferido em cada ano para o sistema de seguro social público para ajudar a financiar a transição demográfica. De salientar que a componente privada obrigatória tem sido criticada por reduzir a sustentabilidade do seguro social de dependência público, na medida em que os beneficiários do primeiro têm um perfil de risco de dependência muito mais favorável (Rothgang, 2010).

Atualmente, cerca de 50% de todos os idosos recebem algum tipo de benefício financiado pelo seguro social de dependência público com uma concentração mais elevada entre os grupos etários mais idosos (Geyer et al, 2023). Tem vindo a verificar-se um aumento da proporção de beneficiários que recebe benefícios em espécie no domicílio ou em conjugação com benefícios pecuniários, o que tem sido interpretado como um sinal de desenvolvimento da oferta de serviços (Rothgang, 2010). No entanto, as prestações pecuniárias continuam a ser as mais utilizadas.

2.1.1. Estudo de caso: sistemas financiados por transferências do orçamento do Estado na Áustria e França

O caso francês e austríaco apresentam-se como exemplos de soluções alternativas ao modelo de seguro social para a dependência. Em ambos estes países, os impostos ou transferências do orçamento geral do Estado são a principal fonte de financiamento.

O benefício de dependência austríaco (*Pflegegeld*) é independente da idade, embora também neste caso a maioria dos beneficiários sejam idosos: 82.2% dos beneficiários em 2022 tinham 60 e mais anos (Ministério Federal Austríaco da Saúde, Cuidados e Proteção dos Consumidores, 2023). As necessidades de cuidados dos beneficiários são calculadas em número de horas de cuidados e os beneficiários recebem um benefício pecuniário que pode ser usado livremente para assegurar os cuidados necessários, inclusivamente para compensar o(s) cuidador(es) informal(ais). O benefício é considerado um rendimento isento de imposto (mesmo se for usado para suplementar o rendimento do(s) cuidador informal(ais)). Se for usado para adquirir serviços, os beneficiários têm direito a um número de horas (em função das suas necessidades) a um preço subsidiado, embora este número de horas seja inferior ao total de horas de cuidados que o indivíduo efetivamente necessita. As agências que prestam cuidados ao domicílio e as estruturas residenciais recebem o montante do benefício diretamente. Em função do número de horas mensais de cuidados considerados necessários, existem 7 níveis de benefício, cujo montante e acesso são independentes dos rendimentos (Tabela 4). O *Pflegegeld* e os serviços de cuidados subsidiados pelos governos regionais podem ser suplementados por serviços de saúde (por exemplo, mudança de pensos) que são, nesse caso, financiados pelo seguro social público de saúde. Não existe no entanto, um direito ao cuidado reconhecido legalmente. Para ter direito ao *Pflegegeld* é suficiente ter residência na Áustria, após ser reconhecida a necessidade de cuidados. Os benefícios podem ser utilizados por residentes no estrangeiro sob certas condições.

Tabela 4: Valor mensal (EUR) dos benefícios por nível de cuidados, Áustria, 2024

Tipo de benefício	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	Nível 6	Nível 7
Montante	192	354	551.60	827.10	1,123.50	1,568.90	2,061.80
Número de horas de cuidados (mensais)	>65 h	>95 h	>120h	>160h	>180h	>180h e necessidade de cuidados ou vigilância 24h	>180h e necessidade especiais de cuidados (ex.: acamados)

Notas: (1) Atribuído apenas em condições especiais. (2) Montante máximo.

Fonte: Ministério Federal Austríaco da Saúde, Cuidados e Proteção dos Consumidores (2024)

O *Pflegegeld* é financiado pelo orçamento geral do Estado (federal). Os estados federais são responsáveis pelo financiamento dos benefícios adicionais (sujeitos a condição de recurso) que são atribuídos aos beneficiários com rendimentos insuficientes para custearem os cuidados de que necessitam e dos subsídios providenciados diretamente às instituições que prestam serviços. Tal como no caso alemão, os montantes do *Pflegegeld* foram mantidos constantes entre 1995 e 2009 (com a exceção de uma atualização em

2005), o que correspondeu a uma perda real de 15.9% apenas entre 1995 e 2004 (Huber et al, 2009). O montante do Pflegegeld está neste momento indexado à inflação.

Um dos objetivos da criação desta prestação pecuniária era o desenvolvimento da oferta de serviços de cuidados. Esta no entanto foi lenta e em 2018, cerca de 54% dos beneficiários do Pflegegeld recebia apenas cuidados informais, 34% recebiam cuidados informais e serviços e apenas 12% recebem apenas serviços domiciliários (Comissão Europeia, 2021). Para suprir a procura, sobretudo para indivíduos idosos com dificuldades cognitivas e necessidade de supervisão 24 horas por dia, as famílias recorreram a cuidadores migrantes de países vizinhos. Com o intuito de cobrir os custos associados às contribuições sociais destes cuidadores, existem atualmente subsídios adicionais, sujeitos a condição de recursos e a condições de habitação (existência de um quarto separado para o cuidador) destinados a beneficiários com nível 3 ou superior. Uma reforma introduzida recentemente (finais de 2022) criou um benefício anual adicional de 1,500 EUR por ano para os cuidadores familiares ‘principais’ que tenham deixado o trabalho remunerado e cuidem de um beneficiário com o nível 4 ou superior (Fink, 2022).

A França tem também um benefício para a dependência, denominado *Allocation Personnalisée à l'Autonomie* (APA), criado em 2020. O APA é atribuído em função das necessidades reconhecidas por uma junta multidisciplinar que segue uma grelha standard (*Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources* (AGGIR) e que confere direito ao subsídio a partir do nível 4 (ao contrário das grelhas do modelo austríaco e alemão, o AGGIR é decrescente com a severidade das necessidades). É definido um plano de cuidados, juntamente com o beneficiário, mas este não cobre todas as necessidades e o valor do APA é apenas suposto cobrir cerca de 70% dos cuidados referidos no plano de cuidados (Naiditch, 2010). O benefício é atribuído apenas a indivíduos com 60 e mais anos com residência habitual em França (à semelhança do Pflegegeld austríaco) e acesso ao mesmo é independente do rendimento, mas não o montante, que é ajustado em função dos rendimentos do beneficiário (Tabela 5). As regras para o estabelecimento dos montantes para cuidados residenciais obedecem a pressupostos diferentes e em regra o beneficiário poderá pagar entre 51 e 71 EUR por dia (preços de 2015, pelo menos) (Comissão Europeia, 2021). O APA pode ser usado para financiar serviços domiciliários ou residenciais ou para pagar um cuidador, inclusivamente um cuidador informal. A escolha cabe ao beneficiário, no entanto existem maiores restrições ao seu uso para compensar os cuidadores que nos casos alemão e austríaco acima enunciados. A APA não pode ser usada para compensar um/a cônjuge ou companheiro/a e no caso de outros cuidadores informais (exemplo, os/as filhos/as), terá que existir um contrato de trabalho entre o beneficiário e o cuidador, havendo lugar ao pagamento de contribuições sociais, por exemplo. Desde 2017 existem também créditos fiscais para os beneficiários que contratam cuidadores. Em 2017, cerca de 59% de todos os beneficiários do APA recebiam cuidados no domicílio, sendo que a esmagadora maioria dos beneficiários tinha uma idade superior a 75 anos e viviam sozinhos (Latourelle e Ricroch, 2020).

Tabela 5: Valor máximo mensal (EUR) do APA ao domicílio por nível de cuidados, França, 2024

Tipo de benefício	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Montante máximo	1,955.6	1,581.44	1,143.09	762,87
Determinação do montante mínimo	Até 877.90 EUR, sem reduções; desse valor at 3,233.10 EUR redução progressiva até 90% do valor máximo; desde o último valor, apenas 90% do valor máximo.			

Notas: Não há lugar ao pagamento de APA para níveis de necessidades GIR 5 e 6. Valores pagos para cuidados residenciais são calculados sob pressupostos diferentes.

Fonte: Governo Francês (2024), <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa> (acedido em 13.03.2024)

O APA é financiado através de várias transferências de organismos públicos, que na sua maior parte têm impostos como base de financiamento. A estas fontes de financiamento juntam-se uma contribuição social de 0.3% do salário dos trabalhadores, a cargo da entidade empregadora (*Contribution Solidarité Autonomie, CSA*) e cuja criação se deu em troca da abolição de um feriado nacional. Desde 2013 que os pensionistas pagam também a contribuição de 0.3% sobre a sua pensão. O APA é gerido pelas administrações regionais, que são também responsáveis por desenvolverem os serviços e fixarem preços de referência. Para tentar limitar as desigualdades os fundos são repartidos pelas regiões pela CNSA (*Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*) com base na população e perfis de necessidades (Comissão Europeia, 2021). Até 2020, a componente médica dos cuidados era financiada pelo seguro social público de saúde, mas este financiamento foi transferido para a CNSA nesse ano com o reconhecimento da dependência como o “5º risco social” em França (Comissão Europeia, 2021).

2.2. Financiamento privado

Mesmo no caso de cuidados prestados diretamente pelo Estado ou por este subsidiados, é exigida uma contribuição adicional aos beneficiários e/ou seus familiares em todos os sistemas de cuidados europeus. Estas contribuições adicionais dos beneficiários em regra variam em função do rendimento dos indivíduos ou estão sujeitos a condição de recursos para salvaguardar o acesso dos idosos de menores rendimentos aos cuidados (Tabela 6). No caso da Suécia, dos Países Baixos e da Espanha, por exemplo, estas contribuições adicionais dos beneficiários estão sujeitas a um teto máximo anual independentemente do rendimento (na Suécia este é equivalente a 190 EUR por mês) (Oliveira-Hashiguchi e Llena-Nozal, 2020), enquanto em Inglaterra esse teto não é anual mas sim cumulativo: nenhum beneficiário pagará mais que o equivalente a 100,000 EUR ao longo da sua vida (Comas-Herrera et al, em impressão). Nos cuidados residenciais existem ainda contribuições adicionais com base nos ativos financeiros detidos pelos beneficiários, para além das já referidas contribuições com base nos rendimentos, e os custos com alojamento e alimentação são pagos por completo pelos beneficiários. Em regra, é reconhecido aos beneficiários de cuidados residenciais o direito à manutenção de um montante mínimo reduzido para despesas pessoais (Tabela 6). Apenas no caso de insuficiência de recursos existe lugar ao pagamento de um apoio adicional por parte do Estado.

A estas contribuições adicionais juntam-se os custos com cuidados pagos ao ‘preço de mercado’ pelos beneficiários e suas famílias, pois na maior dos sistemas públicos os cuidados prestados diretamente ou subsidiados pelo Estado ficam aquém das necessidades dos idosos. Em sistemas em que existe uma condição de recursos para aceder ao sistema público de cuidados, uma parte importante dos idosos poderá ter que financiar totalmente os custos com os cuidados de que necessita, pelo menos até que possa cumprir a condição de recursos.

Tabela 6: Exemplos de contribuições adicionais por parte de beneficiários para cuidados residenciais

País	Pagamentos a cargo dos beneficiários
Alemanha	Alojamento e alimentação são integralmente pagos pelos beneficiários, assim como despesas para amortização de investimento por parte dos prestadores de serviços e um montante adicional fixo determinado por cada estrutura residencial. Ativos acima de 5,000 EUR detidos pelo beneficiário são também considerados, assim como rendimentos dos filhos se acima de 100,000 EUR anuais. 110 EUR mensais ficam na posse do beneficiário para despesas pessoais.
Áustria	80% do rendimento líquido e do benefício de dependência (exceto 45 EUR por mês que ficam para gastos pessoais), bem como até 30% do rendimento da/o esposa/o ou parceira/o.
Irlanda	Esquema <i>Fair Deal</i> : cerca de 80% do rendimento ‘disponível’ (algumas deduções são consideradas), a que acresce uma contribuição adicional anual de 7.5% do valor dos ativos (inclusive o valor da habitação) acima dos 32,000 EUR, por um período máximo de 3 anos.

Fonte: Simmons et al (2020), Oliveira-Hashiguchi e Llena-Nozal (2020).

Indicadores sobre os montantes pagos pelos beneficiários do seu próprio bolso são escassos a nível Europeu. A estes montantes há ainda a adicionar as ‘contribuições em espécie’ dos cuidadores informais⁴. No entanto, os dados existentes demonstram que os custos com os cuidados na maior parte da Europa seriam inoportáveis para os beneficiários, na ausência de apoios público e que mesmo com os mecanismos de proteção aos idosos com menores rendimentos descritos acima, as contribuições adicionais exigidas aos beneficiários não são financeiramente acessíveis (Oliveira-Hashiguchi e Llena-Nozal, 2020). Este é o caso sobretudo dos beneficiários de cuidados residenciais, mas o mesmo se verifica nos cuidados domiciliários. Por exemplo, cerca de 20% dos beneficiários de cuidados domiciliários em Itália e 15% em Espanha gastam com cuidados mais que 25% do rendimento equivalente do seu agregado familiar (Rodrigues et al, em impressão).

A análise da distribuição destas contribuições adicionais em vários contextos nacionais demonstra que estes tendem a estar concentrados nos indivíduos com menores rendimentos. Por exemplo, no caso da Áustria, até 2018 era exigido uma contribuição adicional aos beneficiários de cuidados residenciais com base nos ativos que detinham

⁴ As estimativas do valor dos cuidados informais variam consoante os países e metodologias, mas em regra este é superior à despesa pública em cuidados nos vários países europeus (Pena-Longobardo and Oliva-Moreno, 2021)

(incluindo o valor da sua habitação) que ultrapassavam um montante mínimo que os beneficiários poderiam reter. Devido à conjugação de limites mínimos reduzidos e à concentração de idosos com baixos rendimentos entre os beneficiários de cuidados residenciais, estas contribuições adicionais eram à data da sua abolição fortemente regressivas (Rodrigues et al, 2021).

3. Conclusões e recomendações

A presente nota técnica apresenta alguns exemplos de sistemas de financiamento para o risco de dependência com base em exemplos de países europeus. Embora o contexto de cada país exerça uma influência importante na escolha do tipo de financiamento, este não é determinante, como se verifica nos casos da Áustria e França – ambos têm seguros de saúde públicos e implementaram sistemas de financiamento que se afastam da lógica de seguro social. De realçar também o caráter misto dos sistemas de financiamento, por exemplo, com uma componente financiada por contribuições sociais e outras por transferências do orçamento geral do Estado. O direito ao cuidado, no entanto, mesmo no caso de seguros sociais públicos, está dependente da definição das necessidades que são cobertas (isto é, da definição da dependência) e as dificuldades cognitivas e demências nem sempre têm sido plenamente incluídas nesta definição, nos casos considerados aqui.

Em qualquer dos casos apresentados aqui, é concedida aos beneficiários uma ampla liberdade na escolha das soluções para suprir as suas necessidades. Isso inclui também a possibilidade de se optar por uma prestação pecuniária. Por um lado, as prestações pecuniárias têm merecido a preferência de uma maioria de beneficiários (pelo menos na Áustria e Alemanha, onde o seu uso é menos regulado), podendo suprir falhas da oferta de serviços e constituir-se como uma recompensa da sociedade pelos cuidados informais prestados. Por outro lado, as prestações pecuniárias podem aumentar a desigualdade do género na prestação de cuidados informais, sobretudo em contextos em que estas desigualdades são já relevantes no mercado de trabalho (exemplo, em contextos com *gender pay gap* elevado), ou incentivar o uso de cuidadores em situação irregular ou ilegal, muitas vezes constituídos por cuidadores migrantes, com conseqüente perda de receita fiscal e contributiva. É de realçar que uma parte substancial do reforço das fontes de financiamento no caso de reformas muito recentes na Alemanha e Áustria foi direcionado para a melhoria das remunerações e qualificações dos cuidadores formais, com o objetivo também de melhorar a qualidade dos cuidados.

É também claro, que mesmo nestes exemplos, subsistem claros desafios no acesso a serviços de cuidados e que as contribuições adicionais requeridas dos beneficiários e suas famílias continuam a ser substanciais. Estas contribuições adicionais podem fazer sentido para limitar consumos excessivos (*moral hazard*) por parte dos indivíduos cobertos pelo sistema público. É necessário ter presente, contudo, que ao estabelecerem uma ligação direta entre o pagamento e um risco cuja distribuição está claramente concentrada entre os mais pobres, estas contribuições adicionais, nomeadamente as que incidem sobre os ativos, têm um caráter regressivo. Quando incidem sobre os ativos ou habitação própria, elas podem também constituir-se como um desincentivo à poupança. Soluções que limitam fortemente estas contribuições adicionais ou que pelo menos as tornam finitas – como caso do *Fair Deal* irlandês ou o limite cumulativo ao longo da vida inglês – podem também constituir-se como um incentivo ao desenvolvimento de soluções de seguro voluntário para cobrir as contribuições adicionais. Para além das questões de justiça social que rodeiam as contribuições adicionais, é importante ter presente questões de

justiça intergeracional. Nesse sentido, não deixa de ser relevante que as componentes de seguro social aqui descritas (o caso alemão e a componente previdencial do caso francês) sejam financiadas por contribuições sociais que incidem também sobre os pensionistas (à semelhança de outros seguros sociais como o japonês).

Referências bibliográficas

- Barbosa, F., Voss, G. & Delerue Matos, A. (2020), Health impact of providing informal care in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20, 440. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01841-z>
- Comas-Herrera, A., Knapp, M. & Rodrigues, R. (em impressão), Financial sustainability and the financing of long-term care systems, in Ranci, C. & Rostgaard, T. (Eds) *Research Handbook of Social Care Policy*, Capítulo 10, Edward Elgar Publishing.
- Comissão Europeia (2021), 2021 Long-Term Care Report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Comissão Europeia: Bruxelas.
- ERS (2022), Informação de monitorização Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. ERS: Lisboa.
- Fink, M. (2022) Austria: The long-awaited reform of long-term care is now on its way, but turns out to be less encompassing than expected. ESPN Flash Report 2022/54.
- Forder, J. & Fernández, J.L. (2011), Length of stay in care homes, Report commissioned by Bupa Care Services, PSSRU Discussion Paper 2769, PSSRU: Canterbury.
- GEP (2023), Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2021, GEP: Lisboa.
- Geyer, J., Börsch-Supan, A. H., Haan, P. et al. (2023), Long-Term Care in Germany. NBER Working Paper No. w31870.
- INE (2023), Estimativas Anuais da População Residente, disponível em: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
- Latourelle, J. & Ricroch, L. (2020), Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017, DRESS n° 1152, DRESS: Paris.
- Maia, A. C., Nogueira, P., Henriques, M. A, et al. (2022), Ageing and Long-Term Informal Care: The Reality of Two Countries in Europe: Denmark and Portugal, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17):10859. doi: 10.3390/ijerph191710859.
- Mayhew, L., Karlsson, M. & Rickayzen, B. (2010), The role of private finance in paying for long term care. *The Economic Journal*, 120(548):F478–504. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2010.02388.x>.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., Einio, E. et al. (2014), Life expectancy in long-term institutional care by marital status: Multistate life table estimates for older Finnish men and women, *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 303-310.
- Ministério Federal Alemão da Saúde (2024), Pflege zu Hause: Finanzielle Unterstützung und Leistungen für die ambulante Pflege [Cuidados ao Domicílio: Apoio Financeiro para Cuidados Ambulatórios], disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause.html>
- Ministério Federal Austríaco da Saúde, Cuidados e Proteção dos Consumidores (2024), Österreichischer Pflegevorsorgebericht [Relatório dos Cuidados na Áustria], Ministério Federal Austríaco da Saúde, Cuidados e Proteção dos Consumidores: Viena.
- Nadash, P. & Cuellar, A. E. (2013), The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr reform, *Health Policy*, 121(6):588-593. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.03.006
- OCDE Health Statistics (2021), Total long-term care spending as a share of GDP, 2019, disponível em <https://stat.link/2rqwsa>
- OCDE (2020), Focus on spending on long-term care, OCDE: Paris, disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-termcare-Brief-November-2020.pdf>.

Oliveira-Hashiguchi, T. C. & Llena-Nozal, A. (2020), The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? OCDE: Paris Publishing (OECD Health Working Papers, No. 117)

OMS (2018), Portugal: Country case study on the integrated delivery of long-term care, OMS Europa, Copenhagen, disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352857/WHO-EURO-2022-5270-45034-64151-eng.pdf?sequence=1>

Rodrigues, R. (2019), Achieving a fair balance in the financing of long-term care', Thematic Discussion Paper, Mutual Learning Workshop on 'Financing Long-term Care'. European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion: Bruxelas.

Rodrigues, R., Simmons, C., Premrov, T. et al. (2022), From each according to means, to each according to needs? Distributional effects of abolishing asset-based payments for residential care in Austria, *International Journal of Equity in Health*, 21, 39. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01639-y>

Rodrigues, R., Simmons, C. & Leichsenring, K. (em impressão), Sharing the burden: the impact of long-term care on the financial situation of families in Europe, in Cylus, J., Wharton, G. & Barber, S. (Eds) *The care dividend: why and how countries should invest in long-term care*, Capítulo 9, Oxford University Press.

Rothgang, H., (2010), Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model. *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.436–460.

Rothgang, H., Gierspiepen, K., Müller, R., et al. (2012) Life-time prevalence for need of long-term care - results from a German longitudinal study. *Proceedings of the 2nd International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care*, International Long-term care Policy Network: Londres.

Simmons, C., Leichsenring, K., Navarini, L. et al. (2020), Co-financing residential care for older people: models and equity implications, European Centre for Social Policy Welfare and Research: Viena (Policy Brief 2020/4).

COMISSÃO PARA A
SUSTENTABILIDADE
DA SEGURANÇA SOCIAL