



A Combinação Público-Privado em Saúde:

Impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português.

Adalberto Campos Fernandes

Orientadora:

Professora Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro

Coorientador:

Professor Doutor Ricardo Ramos Pinto

Júri:

Presidente:

- Doutor Manuel Augusto Meirinho Martins, Professor Catedrático
Presidente do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutor José Ramos Pires Manso, Professor Catedrático
Universidade da Beira Interior;
- Doutor Ricardo João Magro Ramos Pinto, Professor Associado
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, orientador;
- Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, Professora Auxiliar c/Agregação
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutor Luís Manuel Dias Martins, Professor Auxiliar
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa;
- Doutora Elisabete Reis de Carvalho, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro, Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, orientadora;
- Doutor Hélder Fernando Branco Trindade, Presidente do Conselho Diretivo
Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, especialista de reconhecido mérito.

Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na
Especialidade de Administração da Saúde

Lisboa

2015

Agradecimentos

A vida ensina-nos que a construção do caminho será tanto mais fácil quanto mais formos capazes de aprender uns com os outros, no respeito pela diferença, mas sempre com a preocupação de construir um trilho comum. Tem sido esse o meu propósito, ao longo dos últimos trinta anos, no sistema de saúde.

Neste percurso tive a felicidade de conhecer e de trabalhar com pessoas extraordinárias nos mais variados domínios da complexa atividade do sistema de saúde. Foram muitos aqueles que me ajudaram a construir este projeto de investigação e que me estimularam a prosseguir com ânimo e motivação. Seria injusto citar alguns correndo o risco de omissão de tantos outros.

A chegada a esta fase do caminho não teria sido possível sem a compreensão, o apoio e o incentivo da Professora Doutora Maria Helena Monteiro, enquanto orientadora, e do Professor Doutor Ricardo Ramos Pinto na condição de coorientador. A ambos devo o incitamento e o estímulo para, como referiu Elbert Hulbard em 1899, levar a “carta a Garcia” “cumprindo, eficazmente, uma missão, por mais difícil ou impossível que ela possa parecer”.

Uma palavra, de igual reconhecimento, me é devida ao Professor Doutor João Bilhim, à Professora Doutora Elisabete Reis de Carvalho, ao Professor Doutor Juan Mozzicafreddo e à Professora Doutora Fernanda Nogueira pela forma como estimularam o interesse pelo percurso de investigação.

Finalmente, a família. A razão principal do caminho. Em primeiro lugar, a minha mulher pela forma inteligente e tolerante como sempre me impediu de desistir, mesmo nos momentos mais difíceis. Às minhas filhas com quem procuro partilhar, todos os dias, a importância de aprendermos com os outros, em todo o tempo, procurando desse modo melhorar o nosso percurso através do conhecimento e da experiência.

Resumo

O estudo das relações entre o público e privado, nos sistemas de saúde, ao nível da repartição entre financiamento e prestação de cuidados de saúde tem contribuído para um continuado debate ao nível técnico e político. A emergência dos novos modelos teóricos da administração aliada à pressão sobre a despesa pública tornou necessária uma abordagem, de médio e longo prazo, relativamente às questões de sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, nas últimas décadas, o sistema de saúde desenvolveu-se através de uma complexa interação, entre os setores, ao nível da combinação público-privado.

Este estudo pretende avaliar os efeitos do modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português, em termos de eficiência, acesso e equidade e de resultados em saúde no período compreendido entre 1983 e 2013. Por forma a dar resposta aos objetivos do estudo foram utilizadas diferentes metodologias de investigação combinando métodos quantitativos e qualitativos. O estudo faz recurso a técnicas de estatística descritiva univariada e bivariada, a testes de hipóteses não paramétricos para análise de questionários e a métodos de estatística para quantificar a análise de conteúdo.

Em Portugal, nos últimos 30 anos, a participação do setor privado, no sistema de saúde, contribuiu para a melhoria da eficiência no financiamento e na prestação de cuidados de saúde pela competição e cooperação geradas, pela utilização mais racional dos recursos, pela repartição de responsabilidades e pelo aumento da produtividade, pelo incremento da equidade, no acesso, através do aumento da oferta, da maior cobertura geográfica do país, da redução de barreiras de acesso, da redução das listas de espera e ainda pela melhor articulação entre os setores traduzida na melhoria global dos resultados em saúde.

Palavras-Chave: combinação público-privado; sistema de saúde; eficiência; acesso; equidade; resultados em saúde.

Abstract

The study of the relationship between the public and private healthcare systems, in terms of allocation of resources concerning the financing and provision of health care, has contributed to a continued discussion on technical and political level. The emergence of new theoretical models associated with the pressure on public expenditure led to a new approach to the issues of sustainability of health systems in the medium and long term. In Portugal, in the last three decades, the health system has developed a complex interaction between the sectors, in terms of the public and private mix.

This study aims to assess the effects of the relationship between public and private sectors, in the Portuguese health system, in terms of efficiency, equity on access and health outcomes, in the period between 1983 and 2013. In order to meet the objectives the study used different research methodologies combining qualitative and quantitative methods. The study makes use of univariate and bivariate techniques of descriptive statistics, nonparametric statistical tests for the analysis of questionnaires and statistical methods to quantify the content analysis.

In Portugal, in the last 30 years, the private sector in the health system has contributed to improve efficiency through health care competition and cooperation, a more rational use of resources, sharing of responsibilities and increased productivity. Overall the private participation, in the Portuguese health system, in the period of study (1983-2013) had an important role in the increase of equity in access, through increased supply and geographical coverage, reduction of access barriers, reducing of waiting lists and also by better coordination between public and private sectors converted on a global improvement of health outcomes.

Keywords: public and private mix; health care system; efficiency; access; equity; health outcomes.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract	V
Abreviaturas	XXV
1. Introdução	1
1.1. Enquadramento do Tema	1
1.2. Organização da Tese	7
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO REVISÃO DA LITERATURA	9
2. A Evolução da Administração Pública	11
2.1. Perspetiva Histórica	11
2.1.1. Período 1887-1926.....	12
2.1.2. Período 1927-1937.....	13
2.1.4. Período 1948-1970.....	16
2.1.5. Período de 1971 e a implementação da <i>New Public Management</i>	16
2.2. O Modelo burocrático de Max Weber.....	17
2.3. A perspetiva da <i>New Public Management</i>	20
2.3.1. Caracterização do Modelo	21
2.3.2. O desenvolvimento da <i>New Public Management</i> em Portugal	26
2.4. Novos desafios da <i>New Public Management</i>	28
2.4.1. <i>New Public Service</i>	29
2.4.2. <i>Governance</i>	32
2.5. Os Modelos de organização da Administração Pública e o setor da Saúde	34
2.6. Estado, Democracia e Mercado.....	35
2.6.1. Estado e Democracia	36
2.6.2. O Estado Liberal	37
2.6.3. O Estado-Providência	40
2.6.4. A crise do "Estado-Providência"	41
2.6.5. O papel da Administração Pública.....	44
PARTE II - OS SISTEMAS DE SAÚDE	47
3. A Evolução do Sistema de Saúde em Portugal	49
3.1. Origem e Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde.....	50
3.1.1. Os Modelos base: <i>Bismarck</i> e <i>Beveridge</i>	50
3.1.2. O desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nos países da OCDE	52
3.2. Políticas de Saúde em Portugal	53
3.3. Perspetiva Histórica: saúde dos portugueses até finais dos anos 60.....	54
3.4. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 70.....	56

3.4.1. Reforma de Gonçalves Ferreira	57
3.4.2. A Constituição da República Portuguesa de 1976	59
3.4.3. Outras Medidas de Política e Reformas (anteriores à criação do SNS)	60
3.4.4. A criação do SNS.....	62
3.5. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 80.....	64
3.5.1. Cuidados de Saúde Primários	66
3.5.2. Cuidados de Saúde Hospitalares	66
3.5.3. Relação do Setor Público com o Setor Privado	67
3.5.4. Outras Medidas de Política e Reformas na saúde	67
3.6. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 90.....	68
3.6.1. Lei de Bases da Saúde e Estatuto do SNS	70
3.6.2. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	71
3.6.3. Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares	72
3.6.4. Outras Medidas de Política e Reformas na saúde	72
3.7. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 2000.....	74
3.7.1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.....	75
3.7.2. Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares	79
3.7.3. A relação com o Setor Privado	85
3.7.4. Cuidados Continuados Integrados	91
3.7.5. Política do Medicamento	92
3.7.6. Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO)	100
3.7.7. Medidas aplicadas à Transplantação e à Dádiva de Sangue	101
3.7.8. Medidas relativas aos Direitos de Acesso.....	103
3.7.9. Outras Medidas de Política e Reformas no Sistema de Saúde.....	106
4. A combinação Público-Privado em Saúde.....	111
4.1. Formas de combinação Público-Privado definidas na Lei	113
4.1.1. Setor Convencionado: regime jurídico aplicável	115
4.2. O novo papel do Estado	120
4.3. A combinação Público-Privado no Financiamento	122
4.3.1. Principais agentes financiadores	123
4.3.2. A evolução da despesa corrente em Saúde por agente financiador.....	130
4.4. A combinação Público-Privado na Prestação de Cuidados de Saúde.....	137
4.4.1. Principais agentes Prestadores de Cuidados de Saúde	138
4.4.2. A evolução da participação privada no Sistema de Saúde	140
4.5. Evolução da Prestação Público-Privada nos Cuidados de Saúde Hospitalares	144
4.5.1. Hospitais Oficiais e Hospitais Privados.....	145
4.5.2. Lotação das Unidades Hospitalares	147
4.5.3. Internamento.....	149

4.5.4. Atendimento em Serviço de Urgência	155
4.5.5. Consultas	157
4.5.6. Atividade Cirúrgica	159
4.5.7. Meios Complementares de Diagnóstico	161
4.5.8. Meios Complementares de Terapêutica.....	164
4.6. Principais atores que intervêm no Sistema de Saúde	166
4.6.1. Definição de Políticas	166
4.6.2. Tutela Política e Administrativa da Saúde.....	167
4.6.3. Financiamento	167
4.6.4. Prestação de Cuidados de Saúde.....	167
4.6.5. Principais Atores do Sistema de Saúde.....	168
4.6.6. Regulação	168
4.6.7. Parceiros Sociais.....	169
4.7. Formas de relação entre Prestadores e Financiadores, na combinação Público-Privado, em Portugal	170
5. Evolução internacional comparada: Portugal, Espanha, França, Holanda e Reino Unido	173
5.1. O sistema de saúde Espanhol	173
5.2. O sistema de saúde Francês.....	176
5.3. O sistema de saúde Holandês	179
5.4. O sistema de saúde Inglês	181
5.5. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: acesso aos cuidados de saúde	183
5.5.1. Atividade Hospitalar	183
5.5.2. Consultas Médicas	187
5.6. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: evolução do financiamento público e privado dos cuidados de saúde	188
5.6.1. Despesa corrente em Saúde em função do PIB.....	188
5.6.2. Despesa total da saúde <i>per capita</i>	191
5.6.3. Despesa corrente em saúde com Cuidados de Saúde Hospitalares	195
5.6.4. Despesa total em saúde com Cuidados Ambulatoriais (não hospitalares).....	197
5.7. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: evolução dos Resultados em Saúde	198
5.7.1. Esperança Média de Vida à Nascimento (global e por género).....	199
5.7.2. Taxa bruta de Mortalidade.....	201
5.7.3. Taxa de Mortalidade Infantil	203
5.7.4. Número de mortes por Doença Oncológica.....	204
5.7.5. Número de mortes por Doença Cardiovascular	206
5.7.6. Número de mortes por acidente com Transportes	207
5.7.7. Taxa de Suicídio	208
5.7.8. Perceção relativamente ao estado de Saúde.....	209

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO	211
6. Caracterização do Estudo.....	213
6.1. Metodologia de Investigação	214
6.2. Orientações metodológicas definidas para a correlação dos indicadores	218
6.2.1. Objetivos.....	219
6.2.2. Definição das variáveis.....	219
6.2.3. Modelo de Análise	220
6.2.4. Amostra	221
6.2.5. Fonte de Dados	221
6.3. Orientações Metodológicas definidas para a aplicação de Questionários	221
6.3.1. Objetivos.....	222
6.3.2. Modelo de Questionário	222
6.3.3. População Alvo Amostra	224
6.3.4. Tempo e Meios	226
6.3.5. Modelo de Análise.....	226
6.3.6. Considerações Éticas	227
6.4. Orientações metodológicas definidas para a realização de Entrevistas	227
6.4.1. Objetivos.....	227
6.4.2. População Amostra	228
6.4.3. Tempo e Meios	230
6.4.4. Metodologia de Análise das Entrevistas	231
6.4.5. Categorização	231
6.4.6. Considerações Éticas	233
7. Caracterização das Políticas de Saúde no contexto de relação Público-Privado: principais indicadores.....	235
7.1. A avaliação do Desempenho dos Sistemas e das Políticas de Saúde	235
7.2. Indicadores Económicos	236
7.2.1. Produto Interno Bruto	238
7.2.2. Défice Público em percentagem do PIB	239
7.2.3. Dívida Pública	241
7.2.4. Consumo Público em percentagem do PIB	242
7.2.5. Consumo Privado em percentagem do PIB	243
7.2.6. Despesa total de Consumo das Famílias	244
7.2.7. Taxa de Inflação	246
7.3. Indicadores Demográficos.....	247
7.3.1. População residente em Portugal	248
7.3.2. Índice de Envelhecimento.....	249
7.3.3. Fluxos Migratórios da população de nacionalidade portuguesa: Taxa de Emigração	251
7.3.4. Taxa de Natalidade	253

7.4. Indicadores Sociais.....	254
7.4.1. Taxa de Desemprego (total e por grupos etários)	255
7.4.2. Remuneração Média	258
7.4.3. Rendimento disponível das famílias em percentagem do PIB	258
7.4.4. Taxa de risco de Pobreza	259
7.4.5. Índice de Escolaridade da População.....	261
7.5. Indicadores de Estrutura no Setor da Saúde Financeiros	261
7.5.1. Despesa total corrente em saúde	262
7.5.2. Financiamento Público na despesa corrente em saúde	263
7.5.3. Financiamento Privado na despesa corrente em saúde	264
7.5.4. Despesa privada familiar em saúde.....	266
7.6. Indicadores de Estrutura Recursos Humanos na Saúde	267
7.6.1. Número de Médicos.....	267
7.6.2. Número de Enfermeiros.....	268
7.6.3. Número de Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica	269
7.6.4. Número de Farmacêuticos	270
7.7. Indicadores de Estrutura Recursos Técnicos na Saúde.....	271
7.7.1. Número de Hospitais (oficiais e privados).....	271
7.7.2. Número de camas de Internamento.....	272
7.7.3. Número de Centros e Extensões de saúde	272
7.7.4. Número de Farmácias Comunitárias.....	273
7.8. Indicadores de Desempenho Acesso	274
7.8.1. Lista de Espera Primeiras Consultas	275
7.8.2. Lista de Espera Cirúrgica.....	275
7.9. Indicadores de Desempenho Utilização	279
7.9.1. Número de dias de internamento em Hospitais	279
7.9.2. Demora Média registada no Internamento.....	280
7.9.3. Número de Consultas Externas realizadas nas Unidades Hospitalares	281
7.9.4. Número de Episódios de Urgência	282
7.9.5. Número de médias e grandes Cirurgias	284
7.9.6. Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica	285
7.10. Indicadores de Desempenho Qualidade.....	285
7.10.1. Esperança Média de Vida	286
7.10.2. Número de casos de SIDA.....	287
7.10.3. Número de Partos e de Cesarianas.....	288
7.10.4. Taxa Bruta de Mortalidade	291
7.10.5. Mortalidade Infantil e Materna	292
7.10.6. Número total de Tumores Malignos	294

7.10.7. Mortalidade por Doenças Oncológicas	295
7.10.8. Mortalidade por Doença Cardiovascular	297
7.10.9. Mortalidade devida a outras causas	298
7.10.10. Diabetes: prevalência e incidência em Portugal	299
7.10.11. Mortalidade por acidente com transportes	306
7.10.12. Perceção relativa ao estado de saúde (população com 15 ou mais anos)	307
8. Apresentação e Análise dos Resultados	309
8.1. Efeitos da combinação público-privado na eficiência do Sistema de Saúde	309
8.1.1. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários	309
8.1.2. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas.....	314
8.1.3. Principais conclusões	322
8.2. Efeitos da combinação público-privado na equidade e acesso aos Cuidados de Saúde	324
8.2.1. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários	324
8.2.2. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas.....	328
8.2.3. Principais conclusões	333
8.3. Efeitos da combinação público-privado nos Resultados em Saúde.....	335
8.3.1. Resultados obtidos pela análise dos indicadores.....	335
8.3.2. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários	341
8.3.3. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas.....	347
8.3.4. Principais conclusões	353
9. Conclusões e Limitações do Estudo	359
9.1. Conclusões	359
9.1.1. Principais considerações relativas ao contributo da participação privada na melhoria da eficiência do sistema de saúde, entre 1983 e 2013.....	361
9.1.2. Principais considerações referentes à melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde com o aumento da participação do setor privado, entre 1983 e 2013.....	361
9.1.3. Principais considerações relativas à influência, nos resultados em saúde, do aumento da participação privada no sistema de saúde, entre 1983 e 2013.....	362
9.2. Limitações do Estudo	363
9.3. Recomendações para Investigações Futuras	364
10. Referências Bibliográficas	365

Índice de Quadros

Quadro 2.1 - Administração Científica <i>versus</i> Administração Clássica	14
Quadro 2.2 - Modelos que justificam a rotura com a perspetiva burocrática	17
Quadro 2.3 - Pontos centrais da perspetiva <i>New Public Management</i>	26
Quadro 2.4 - Características da <i>New Public Management</i> e Programas de Governo (I ao IX)	27
Quadro 2.5 - Características da <i>New Public Management</i> e Programas de Governo (X ao XVII)	28
Quadro 2.6 - Críticas à perspetiva da <i>New Public Management</i>	28
Quadro 2.7 - Modelos de Administração Pública: Administração Pública Tradicional, <i>New Public Management</i> e <i>New Public Service</i>	32
Quadro 3.1 - Modelos base dos sistemas de saúde	52
Quadro 3.2 - Principais medidas de política e reformas implementadas desde o início do século até aos anos 60/56	57
Quadro 3.3 - Reforma da saúde de Gonçalves Ferreira - orientações estratégicas	57
Quadro 3.4 - A Constituição da República de 1976 e a consagração do direito à proteção da saúde	60
Quadro 3.5 - Prestações de saúde disponíveis para os utentes do SNS	63
Quadro 3.6 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 70	63
Quadro 3.7 - Medidas de política para a promoção da saúde materno-infantil	68
Quadro 3.8 - Principais medidas de política e reformas na saúde nos anos 80	68
Quadro 3.9 - Medidas definidas para redução da despesa em saúde definidas no final dos anos 90	69
Quadro 3.10 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 90	73
Quadro 3.11 - Desenvolvimento dos ACES em Portugal	78
Quadro 3.12 - Desenvolvimento das unidades de saúde familiar em Portugal	79
Quadro 3.13 - Principais iniciativas e oportunidades para a reforma dos hospitais	79
Quadro 3.14 - Documentos legais que estiveram na base do processo de empresarialização dos hospitais	80
Quadro 3.15 - Regimes jurídicos previstos para os hospitais	80
Quadro 3.16 - Fatores que motivaram a transformação do estatuto jurídico dos hospitais (modelo SA para EPE)	82
Quadro 3.17 - Fusões e concentrações de unidades hospitalares ocorridas em Portugal, entre 2005 e 2013	83
Quadro 3.18 - Unidades Locais de Saúde constituídas em Portugal, entre 2007 e 2012	84
Quadro 3.19 - Diplomas legais que regulam a atividade de prestação em unidades privadas	86
Quadro 3.20 - Diplomas legais aplicados às parcerias público-privadas na saúde	91
Quadro 3.21 - Legislação referente ao regime especial de comparticipação para medicamentos dirigidos a patologias específicas	93
Quadro 3.22 - Legislação referente ao regime de abertura e funcionamento das farmácias de oficina	97
Quadro 3.23 - Normas estabelecidas para dispensa de medicamento em unidose no momento da alta hospitalar	98
Quadro 3.24 - Quadro legislativo: preços na saúde	98
Quadro 3.25 - Objetivos da implementação do sistema de informação dos certificados de óbito	101
Quadro 3.26 - Legislação desenvolvida para o registo de óbitos	101
Quadro 3.27 - Tempos máximos de resposta por atividade, nos cuidados de saúde primários	105
Quadro 3.28 - Tempos máximos de resposta por atividade, nos hospitais do SNS	105

Quadro 3.29 - Principais orientações e evidência do PNS (2012-2016).....	107
Quadro 3.30 - Diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do utente	108
Quadro 3.31 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 2000.....	110
Quadro 4.1 - Combinação Público-Privado - Principais documentos legais de enquadramento	120
Quadro 4.2 - Funções do Estado no Sistema de Saúde.....	121
Quadro 4.3 - População portuguesa coberta por seguro de saúde, entre 2001 e 2012	128
Quadro 4.4 - População portuguesa coberta com contratos individuais e contratos de grupo em Portugal, de seguros voluntários privados de saúde, entre 2001 e 2012	129
Quadro 4.5 - Evolução do financiamento do SNS, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros).....	131
Quadro 4.6 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde públicos, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros).....	132
Quadro 4.7 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde privados, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros).....	133
Quadro 4.8 - Evolução do financiamento dos seguros de saúde voluntários, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros).....	135
Quadro 4.9 - Evolução da despesa direta dos cidadãos e das famílias, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)	136
Quadro 4.10 - A combinação público-privada na prestação de cuidados de saúde	137
Quadro 4.11 - Evolução dos custos com a prestação hospitalar pública e privada em Portugal, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)	141
Quadro 4.12 - Evolução dos custos dos cuidados ambulatoriais por prestadores na despesa corrente em saúde, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros).....	143
Quadro 4.13 - Evolução dos custos com a prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório em Portugal, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)	143
Quadro 4.14 - Evolução do número de camas de internamento, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	147
Quadro 4.15 - Camas de internamento disponíveis segundo a natureza institucional e tipo de cama, no ano 2013	149
Quadro 4.16 - Número de internamentos nos hospitais portugueses segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	150
Quadro 4.17 - Número de dias de internamentos nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013	151
Quadro 4.18 - Demora média registada nos hospitais portugueses, entre 1986 e 2013.....	152
Quadro 4.19 - Demora média registada nos hospitais oficiais, entre 1986 e 2013	153
Quadro 4.20 - Demora média registada nos hospitais privados, entre 1986 e 2013	153
Quadro 4.21 - Número de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	155
Quadro 4.22 - Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais segundo a natureza institucional e a causa do atendimento, no ano 2013.....	156

Quadro 4.23 - Consultas médicas nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013 (em milhares).....	157
Quadro 4.24 - Grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	159
Quadro 4.25 - Grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de cirurgia, em 2013.....	161
Quadro 4.26 - Número de atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	161
Quadro 4.27 - Atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de ato, no ano 2013	163
Quadro 4.28 - Número de atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.....	164
Quadro 4.29 - Meios complementares de terapêutica realizados nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de ato, no ano 2013	166
Quadro 4.30 - Principais atores no setor da saúde.....	169
Quadro 4.31 - A combinação público-privado em saúde em Portugal	170
Quadro 5.1 - Princípios fundamentais que enquadram o direito à proteção da saúde em Espanha	174
Quadro 5.2 - Responsabilidade dos organismos públicos na organização do sistema de saúde em Espanha.....	174
Quadro 5.3 - Modelo de organização dos cuidados de saúde públicos no sistema de saúde em Espanha.....	175
Quadro 5.4 - Produtos e serviços cobertos pelo seguro social de saúde francês	177
Quadro 5.5 - Objetivos da reforma de Hollande (2012)	179
Quadro 5.6 - Número de unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda e Portugal (total, públicas e privadas), entre 1983 e 2013	183
Quadro 5.7 - Lotação disponível para internamento nas unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda e Portugal (total, públicas e privadas) entre 1983 e 2013.....	185
Quadro 5.8 - Demora média observada no internamento em unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013.....	185
Quadro 5.9 - Rácio entre o crescimento da despesa pública e a despesa privada em saúde em função do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013	191
Quadro 5.10 - Despesa corrente hospitalar, pública e privada na Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde)	195
Quadro 5.11 - Evolução da despesa total corrente pública e privada dos cuidados de saúde em ambulatório na Espanha, França, Holanda e Portugal entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde).....	198
Quadro 5.12 - Perceção dos cidadãos com mais de 15 anos, sobre o seu estado de saúde, em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 2004 e 2013 (em percentagem)	209
Quadro 6.1 - Definição dos conceitos-chave de investigação	214
Quadro 6.2 - Fases de realização do estudo.....	216
Quadro 6.3 - Quadro de Investigação	217
Quadro 6.4 - Variáveis em estudo na análise dos indicadores.....	219
Quadro 6.5 - Modelo de análise definido para a correlação de indicadores	220

Quadro 6.6 - Fontes de dados para o estudo.....	221
Quadro 6.7 - Vantagens e desvantagens da realização de questionários	222
Quadro 6.8 - Tipos de questões: Abertas vs. Fechadas	222
Quadro 6.9 - Aspetos a ter em conta na construção de um questionário	223
Quadro 6.10 - Caracterização da amostra dos inquiridos por questionário	224
Quadro 6.11 - Caracterização da amostra das entrevistas.....	228
Quadro 6.12 - Categorização da análise de conteúdo	232
Quadro 6.13 - Guião da entrevista.....	232
Quadro 7.1 - Questões-chave para a caracterização dos objetivos da macroeconomia.....	237
Quadro 7.2 - Indicadores económicos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	237
Quadro 7.3 - Diferentes óticas na definição do PIB	238
Quadro 7.4 - Défice público português em percentagem do PIB, entre 1995 e 2013.....	240
Quadro 7.5 - Despesa total de consumo final das famílias em milhões de euros, entre 1995 e 2012.....	244
Quadro 7.6 - Despesas de consumo final das famílias por tipo de bens e serviços para os anos 1995 e 2012 (em milhões de euros).....	246
Quadro 7.7 - Indicadores demográficos que marcaram o desenvolvimento do sistema de saúde	248
Quadro 7.8 - Número total de emigrantes e por tipo, em Portugal, entre 1983 e 2013	252
Quadro 7.9 - Indicadores sociais com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	255
Quadro 7.10 - Nível de escolaridade completo da população portuguesa com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)	261
Quadro 7.12 - Despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013.....	262
Quadro 7.11 - Indicadores de estrutura com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	262
Quadro 7.13 - Despesa corrente pública em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013	263
Quadro 7.14 - Despesa corrente privada em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013	265
Quadro 7.15 - Indicadores de recursos humanos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	267
Quadro 7.16 - Número de médicos e respetivo peso no sistema de saúde português, entre 1985 e 2013	267
Quadro 7.17 - Número de enfermeiros em Portugal, entre 1985 e 2013	268
Quadro 7.18 – Peso do número de técnicos de MCDT em Portugal, entre 1985 e 2013.....	270
Quadro 7.19 - Indicadores de recursos técnicos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	271
Quadro 7.20 - Indicadores de desempenho com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	275
Quadro 7.21 - Movimentos registados pela unidade central de gestão de inscritos para cirurgia, entre 2006 e 2013	276
Quadro 7.22 - Indicadores de utilização com influência no desenvolvimento do sistema de saúde.....	279
Quadro 7.23 - Indicadores de desempenho com influência no desenvolvimento do sistema de saúde	286
Quadro 7.24 - Número total de partos realizado em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013	289
Quadro 7.25 - Número total de cesarianas realizadas em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013.....	290
Quadro 7.26 - Incidência do número de cesarianas no total de partos realizados em Portugal, entre 1999 e 2013	291

Quadro 7.27 - Número total de tumores malignos diagnosticados em Portugal, entre 1998 e 2012	294
Quadro 7.28 - Número de tumores malignos do colón, pulmão, peito e próstata, registados em Portugal, entre 1998 e 2012	295
Quadro 7.29 - Número de mortes por tumores malignos do cólon, pulmão, mama e próstata, em Portugal entre 2000 e 2013	296
Quadro 7.30 - Prevalência global da diabetes na população portuguesa, por sexos e faixa etária (entre 20 e 79 anos) (em percentagem)	300
Quadro 7.31 - Prevalência global da hiperglicemia intermédia na população portuguesa com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos (em percentagem)	301
Quadro 7.32 - Prevalência da diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal, 2008-2013	301
Quadro 7.33 - Prevalência da diabetes gestacional em Portugal Continental.....	302
Quadro 7.34 - Incidência da diabetes em Portugal	303
Quadro 7.35 - Número de novos casos de diabetes nas crianças e jovens.....	303
Quadro 7.36 - Óbitos por diabetes mellitus em Portugal na população portuguesa com idade inferior a 70 anos	304
Quadro 7.37 - Anos potenciais de vida perdidos por diabetes mellitus na população portuguesa com idade inferior a 70 anos.....	304
Quadro 7.38 - Vendas em ambulatório de insulinas e antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental (em milhões de embalagens).....	305
Quadro 7.39 - Encargos para o SNS e utentes nas vendas em ambulatório de insulinas e antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental (em milhões de euros)	305
Quadro 7.40 - Custo médio de embalagens de insulinas e antidiabéticos orais em ambulatório no âmbito do SNS	306
Quadro 7.41 - Perceção dos cidadãos com mais de 15 anos, sobre o seu estado de saúde em Portugal entre 2004 e 2013 (em percentagem)	307
Quadro 7.42 - Perceção dos cidadãos sobre o seu estado de saúde em Portugal, entre 2004 e 2013, por faixa etária e de acordo com o estrato socioeconómico na população com 15 ou mais anos (em percentagem)	307
Quadro 8.1 - Questões aplicadas para aferir a perceção sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013.....	310
Quadro 8.2 - Comparação da distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, entre os grupos profissionais formados com base no setor de atividade dos indivíduos.....	314
Quadro 8.3 - Referências relativas à complementaridade ou competitividade entre os setores perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde	315
Quadro 8.4 - Referências relativas ao contributo da participação privada na eficiência do sistema de saúde.....	319
Quadro 8.5 - Questões aplicadas para aferir a perceção sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013.....	324
Quadro 8.6 - Comparação da distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português entre 1983 e 2013, entre os grupos profissionais formados com base no setor de atividade dos indivíduos.....	328

Quadro 8.7 - Referências relativas ao contributo da participação privada na melhoria do acesso aos cuidados de saúde.....	329
Quadro 8.8 - Referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação no reforço da cobertura geral e universal do sistema de saúde.....	331
Quadro 8.9 - Resultados da correlação entre indicadores de contexto e indicadores de qualidade	336
Quadro 8.10 - Resultados da correlação entre indicadores de Estrutura e Indicadores de Qualidade	338
Quadro 8.11 - Resultados da correlação entre indicadores de desempenho e indicadores de qualidade	340
Quadro 8.12 - Questões aplicadas para apurar a perceção sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013	342
Quadro 9.1 - Síntese das conclusões	363

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Evolução da despesa pública e privada em saúde, nos anos 2000 a 2012 (em milhares de euros).....	5
Figura 2.1 - Processo histórico evolutivo da administração pública	12
Figura 2.2 - <i>Five great ideas in Public Administration</i>	13
Figura 4.1 - Relações de Financiamento no Sistema de Saúde português	122
Figura 4.2 - Evolução do número de titulares ativos da ADSE, entre os anos 1999 e 2013.....	125
Figura 4.3 - Evolução da taxa de pessoas cobertas com seguro de saúde em Portugal, entre 2001 e 2012 (em percentagem)	128
Figura 4.4 - Evolução do financiamento do SNS entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)	131
Figura 4.5 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde públicos, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros).....	133
Figura 4.6 - Evolução do Financiamento dos Subsistemas Privados de Saúde, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros).....	134
Figura 4.7 - Evolução do financiamento dos seguros de saúde voluntários, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros).....	135
Figura 4.8 - Evolução da despesa direta dos cidadãos e das famílias, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros).....	136
Figura 4.9 - Peso da participação dos hospitais públicos e privados na despesa corrente em saúde, entre 2000 e 2012.....	142
Figura 4.10 - Peso da participação dos cuidados de saúde em ambulatório - público e privado na despesa corrente em Saúde, entre 2000 e 2012.....	144
Figura 4.11 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2001 ...	145
Figura 4.12 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, entre 2002 e 2013	146
Figura 4.13 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013	146
Figura 4.14 - Evolução do número de camas de internamento segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013	148
Figura 4.15 - Evolução do número de internamentos segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013	150
Figura 4.16 - Evolução da demora média registada nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013	154
Figura 4.17 - Evolução do número de atendimentos urgentes segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013	156
Figura 4.18 - Evolução do número de consultas médicas nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013 (em milhares)	158
Figura 4.19 - Proporção do número de grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013.....	160
Figura 4.20 - Evolução dos atos complementares de diagnósticos realizados nos hospitais oficiais entre 1986 e 2013.....	162
Figura 4.21 - Evolução dos atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais privados, entre 1986 e 2013.....	163

Figura 4.22 - Evolução dos atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais oficiais, entre 1986 e 2013.....	165
Figura 4.23 - Evolução dos atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais privados entre 1986 e 2013.....	165
Figura 5.1 - Evolução da taxa de ocupação dos hospitais: Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido	187
Figura 5.2 - Evolução do número de consultas médicas realizado em Espanha, França, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, <i>per capita</i>	187
Figura 5.3 - Evolução da despesa total corrente em saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013.....	189
Figura 5.4 - Evolução da despesa corrente pública da saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013	190
Figura 5.5 - Evolução da despesa corrente privada da saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013	190
Figura 5.6 - Evolução da despesa total em saúde <i>per capita</i> em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013	192
Figura 5.7 - Evolução da despesa corrente pública em saúde <i>per capita</i> em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (US\$ at 2005 PPP rates).....	193
Figura 5.8 - Evolução da despesa corrente privada em saúde <i>per capita</i> , na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (US\$ at 2005 PPP rates).....	193
Figura 5.9 - Evolução da proporção do componente de financiamento público/privado na despesa total <i>per capita</i> (em percentagem), na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em percentagem)	194
Figura 5.10 - Evolução da participação pública na despesa hospitalar em Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total corrente em saúde)	196
Figura 5.11 - Evolução da participação privada na despesa hospitalar em Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total corrente em saúde)	196
Figura 5.12 - Evolução da despesa total corrente dos cuidados de saúde em ambulatório na Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde)	197
Figura 5.13 - Evolução da esperança média de vida à nascença na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos).....	199
Figura 5.14 - Evolução da esperança média de vida à nascença para o sexo feminino, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos)	200
Figura 5.15 - Evolução da esperança média de vida à nascença para o sexo masculino, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos)	201
Figura 5.16 - Evolução da taxa bruta de mortalidade na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes.....	202
Figura 5.17- Evolução da taxa de mortalidade infantil em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 1000 nados vivos	203
Figura 5.18 - Evolução do número total de mortes por doença oncológica na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes	205

Figura 5.19 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes	206
Figura 5.20 - Evolução do número total de mortes por acidente com transportes na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes	207
Figura 5.21 - Evolução do número total de mortes por suicídio na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes	208
Figura 6.1- Caracterização da amostra por género	225
Figura 6.2 - Caracterização da amostra por idade	225
Figura 6.3 - Caracterização da amostra por grau académico	225
Figura 6.4 - Caracterização da amostra por setor de atividade	225
Figura 6.5 - Caracterização da amostra por área de atividade	225
Figura 6.6 - Caracterização da amostra por experiência no setor	225
Figura 6.7 - Caracterização da amostra por função ou cargo	225
Figura 6.8 - Caracterização da amostra por nível de responsabilidade.....	225
Figura 6.9- Caracterização da amostra por género	229
Figura 6.10 - Caracterização da amostra por idade	229
Figura 6.11 - Caracterização da amostra por grau académico	229
Figura 6.12 - Caracterização da amostra por setor de atividade	229
Figura 6.13 - Caracterização da amostra por experiência no setor	229
Figura 6.14 - Caracterização da amostra por situação profissional	230
Figura 6.15 - Caracterização da amostra por função de gestão	230
Figura 7.1 - Evolução do PIB em Portugal, entre os anos 1983 e 2013 (em milhões de euros)	239
Figura 7.2 - Evolução do défice público português em percentagem do PIB, entre 1995 e 2013	241
Figura 7.3 - Evolução da dívida pública portuguesa em percentagem do PIB, entre 1991 e 2013.....	242
Figura 7.4 - Evolução do consumo público em percentagem PIB, entre os anos 1983 e 2013	243
Figura 7.5 - Evolução do consumo privado em percentagem PIB, entre os anos 1995 e 2013	244
Figura 7.6 - Evolução das despesas total de consumo final das famílias em percentagem do PIB, entre 1995 e 2012.....	245
Figura 7.7 - Evolução da taxa de inflação em Portugal registada entre os anos 1983 e 2013 (em percentagem)	247
Figura 7.8 - Evolução da população total residente em Portugal por sexos, entre os anos 1983 e 2013 (em milhares de habitantes).....	248
Figura 7.9 - Distribuição da população por grupos etários em Portugal, nos anos 1983 e 2013 (em percentagem)	249
Figura 7.10 - Evolução do índice de envelhecimento da população portuguesa, entre 1983 e 2013.....	249
Figura 7.11 - Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal, entre 1983 e 2013	250
Figura 7.12 - Evolução da taxa de emigração em Portugal, entre 1983 e 2013 (por mil habitantes)	251
Figura 7.13 - Evolução da taxa bruta de crescimento migratório em Portugal, entre 1983 e 2013	253
Figura 7.14 - Evolução da taxa de natalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2013.....	254
Figura 7.15 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem)	256
Figura 7.16 - Evolução do índice de renovação da população em idade ativa, entre 1983 e 2013	257

Figura 7.17 - Evolução da remuneração média em Portugal, entre 1985 e 2013	258
Figura 7.18 - Evolução do rendimento disponível das famílias em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem do PIB)	259
Figura 7.19 - Evolução da taxa de risco de pobreza registada em Portugal (por ótica de rendimento), entre 1994 e 2013 (em percentagem)	260
Figura 7.20 - Evolução da despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (percentagem do PIB)	263
Figura 7.21 - Evolução da despesa corrente pública em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem do PIB)	264
Figura 7.22 - Evolução da despesa corrente privada em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (percentagem do PIB)	265
Figura 7.23 - Evolução da despesa familiar privada em saúde em Portugal, entre 2000 e 2013	266
Figura 7.24 - Evolução do número de médicos em Portugal, entre 1985 e 2013	268
Figura 7.25 - Evolução do número de enfermeiros em Portugal, entre 1985 e 2013	269
Figura 7.26 - Evolução do número de farmacêuticos em Portugal, entre 1985 e 2013	270
Figura 7.27 - Evolução do número de hospitais em Portugal, entre 1986 e 2013	271
Figura 7.28 - Evolução do número total de camas de internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013	272
Figura 7.29 - Evolução do número de centros e extensões de saúde em Portugal, entre 1986 e 2012	273
Figura 7.30 - Evolução do número de farmácias em Portugal, entre 1986 e 2012	274
Figura 7.31 - Evolução do número de cirurgias inscritas no período de um ano, entre 2006 e 2013	276
Figura 7.32 - Evolução do número de utentes que aguarda por cirurgia em lista de Inscritos, entre 2006 e 2013	277
Figura 7.33 - Evolução do número total de doentes operados em SIGIC, entre 2006 e 2013	278
Figura 7.34 - Atividade cirúrgica dos hospitais em SIGIC por tipo de hospital	278
Figura 7.35 - Evolução do número de dias de internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013	280
Figura 7.36 - Evolução da demora média observada no internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013	281
Figura 7.37 - Evolução do número de consultas externas realizadas nos hospitais em Portugal, entre 1986 e 2013	282
Figura 7.38 - Evolução do número de episódios de urgência hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013	283
Figura 7.39 - Evolução do número de cirurgias grandes e médias cirurgias em Portugal, entre 1986 e 2013	284
Figura 7.40 - Evolução do número de MCDT realizados em Portugal, entre 1986 e 2013	285
Figura 7.41 - Evolução da esperança média de vida em Portugal (total e por sexo) entre 1983 e 2013 (em anos)	287
Figura 7.42 - Evolução do número de casos de SIDA notificados diagnosticados em Portugal, entre 1983 e 2013	288
Figura 7.43 - Evolução do número total de partos realizado em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013	289
Figura 7.44 - Evolução do número total de cesarianas realizadas em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013	290

Figura 7.45 - Evolução da taxa bruta de mortalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2013 (por mil habitantes)	292
Figura 7.46 - Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal entre 1983 e 2013, por 1000 nados vivos .	293
Figura 7.47 - Evolução da taxa de mortalidade materna em Portugal, entre 1985 e 2013 por 100 000 nascimentos	293
Figura 7.48 - Evolução do número total de mortes por doença oncológica em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes.....	296
Figura 7.49 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes.....	297
Figura 7.50 - Evolução do número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares, em Portugal entre 2000 e 2012	298
Figura 7.51 - Evolução do número de mortes devido a perturbações mentais ou comportamentais e a doenças do sistema respiratório, em Portugal entre 2000 e 2012.....	299
Figura 7.52 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes.....	306
Figura 8.1 - Perceção média sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013.....	311
Figura 8.2 - Comparação das perceções médias sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013 com base no setor de atividade dos inquiridos.....	313
Figura 8.3 - Frequência das referências relativas à complementaridade ou competitividade entre os setores perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde	315
Figura 8.4 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada na eficiência do sistema de saúde	319
Figura 8.5 - Perceção média sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013.....	325
Figura 8.6 - Comparação das perceções médias sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013	327
Figura 8.7 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada na melhoria do acesso aos cuidados de saúde.....	330
Figura 8.8 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação no reforço da cobertura geral e universal do sistema de saúde	332
Figura 8.9 - Perceção média sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013.....	343
Figura 8.10 - Comparação das perceções médias sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013	345
Figura 8.11 - Frequência das referências relativas ao contributo positivo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados nos indicadores de mortalidade e morbidade	348
Figura 8.12 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados no desempenho do sistema ao nível dos resultados em saúde	351

Abreviaturas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
ARS	Administração Regional de Saúde
BP	Banco de Portugal
CA	Conselho de Administração
CE	Comissão Europeia
CEE	Comunidade Económica Europeia
CH	Centro Hospitalar
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSE	Conselho Superior de Estatística
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção-Geral de Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EMPS	Estrutura de Missão Parcerias Saúde
EMV	Esperança Média de Vida
GC	Governo Central
GTROIH	Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IOS-CTT	Serviços Sociais do Instituto de Obras Sociais dos Correios de Portugal
IRC	Impostos sobre o Rendimento de Pessoas Coletivas
IRS	Impostos sobre o Rendimento de Pessoas Singulares
ISFLSF	Instituições Sem Fins Lucrativos ao Serviço das Famílias
ISP	Instituto de Seguros de Portugal
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LBS	Lei de Bases da Saúde
LVT	Lisboa e Vale do Tejo

MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>United Kingdom National Health System</i>
NPM	<i>New Public Management</i>
NPS	<i>New Public Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAEF	Programa de Assistência Económica e Financeira
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera em Cirurgia
PFI	<i>Private Finance Initiatives</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Plano de Intervenção em Cirurgia
PPP	Parceria Público-Privada
PT-ACS	Portugal Telecom-Associação de Cuidados de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
S.A.	Sociedade Anónima
SAMS	Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários
SAD GNR	Serviço de Assistência na Doença da Policia de Segurança Pública
SAD PSP	Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SEC	Sistema Europeu de Contas
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SSAP	Serviços Sociais da Administração Pública
SSCGD	Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos
SSINCM	Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCS	Cuidados Integrados de Saúde
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. Introdução

Este documento constitui uma tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa como condição do programa doutoral em Ciências Sociais, na especialidade de Administração da Saúde. Os trabalhos foram realizados sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Helena Monteiro e coorientação do Professor Doutor Ricardo Ramos Pinto.

O tema da presente investigação centra-se na questão da combinação público-privado no sistema de saúde português e o respetivo impacto no desempenho e nos resultados em saúde, por um período de 30 anos contado a partir da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acompanhando um intenso percurso de reformas e de transformações de natureza política, económica e social.

1.1. Enquadramento do Tema

O desenvolvimento do sistema de saúde português, tal como o conhecemos, é uma construção relativamente recente, tendo sido alvo de profundas reformas ao longo das três últimas décadas. Neste curto espaço de tempo, o sistema de saúde modificou a natureza do seu paradigma baseado na prestação privada e social, de carácter predominantemente assistencialista. Neste modelo, que vigorou até ao final dos anos 70, as Misericórdias assumiam um papel de grande influência, a par de uma participação corporativa com base nas Caixas de Previdência e nos Serviços Médico-Sociais. A partir de 1979, com a criação do SNS, Portugal adotou um modelo universal, de base contributiva fiscal e de natureza predominantemente pública, embora tenha sido mantida, ao longo do tempo, uma cooperação entre os diferentes setores - público, privado e social - num regime de cooperação suportado pelo estabelecimento de acordos e convenções e na contratualização de serviços (Campos & Simões, 2014).

Nos últimos 40 anos, a evolução do sistema de saúde registou a influência de múltiplos fatores: culturais, sociais, financeiros, geográficos e políticos (Campos, 2008). Para esta transformação foi importante o contributo dos novos paradigmas e teorias que acompanharam a evolução da administração pública (Farah, 2011), enquadrando o papel do sistema de saúde nas suas modernas teorias orientadas para o serviço aos cidadãos e à sociedade. Neste âmbito, teve grande influência o desenvolvimento dos novos instrumentos e procedimentos que foram sendo adotados pelos governos na formulação e no desenvolvimento de novas ideias, no domínio das políticas públicas, tendo em vista a melhoria da eficiência operacional, da qualidade e do desempenho global das estruturas de governo e das administrações públicas (Araújo, 2013; Birkland, 2010; Denhardt & Catlaw, 2015).

A este propósito, deverá ser referido que a evolução dos sistemas de saúde, nos Estados modernos, se fez à luz dos novos paradigmas da administração pública estabelecendo como ponto de partida o velho paradigma do Estado dominante também conhecido como modelo tradicional de administração pública ou simplesmente modelo weberiano (por referência a um dos seus fundadores: Max Weber). Este modelo viria a influenciar, em grande medida, o modelo de prestação de cuidados de saúde nos anos 70 e 80, através do domínio do carácter hierárquico, normativo, burocrático e limitador da relação com o setor privado. A persistência deste modelo, rígido e pouco adaptativo, teve como consequência, nos países mais desenvolvidos, um aumento progressivo da despesa pública face ao Produto Interno Bruto (PIB), em resultado de práticas de administração rígidas e pouco eficientes (Pitschas, 2001).

Em Portugal, a ineficiência da administração pública foi particularmente visível no setor da saúde, que foi considerado, em termos gerais, como despesista, ineficiente e gerador de muitas dificuldades no acesso por parte dos cidadãos. Esta perceção acabou por ser determinante, do ponto de vista político, aduzindo importantes argumentos a favor da transição para um novo modelo (Campos, 2008).

A partir da década de 70, após um longo período de crise e de rotura, Portugal viria a ser influenciado pelas transformações ocorridas na Europa, cujos objetivos consistiam na introdução de uma maior racionalidade e eficiência na administração pública. Esta nova forma de abordar as questões da administração resultou, em grande parte, da necessidade em contrariar a inexorável tendência de crescimento da despesa pública. Nesta nova abordagem, os Estados procuraram dotar as respetivas administrações de práticas de gestão, de concorrência e de mercado, até então características do setor privado, facto que, de acordo com Bilhim (2014), conduziu à assunção de um carácter comercial e industrial para o setor público, sujeito a regras de direito privado e à prestação de serviços por entidades privadas concessionadas.

A emergência de uma nova teoria da administração, designada por *New Public Management* (NPM), representou uma clara rotura com os modelos tradicionais do setor público e deu início a uma nova relação com o setor privado, tendo em vista um maior rigor nos procedimentos e na gestão de recursos, com o objetivo de promover uma maior eficiência (Bilhim, 2000b).

Os termos de referência desta nova teoria centravam-se numa reorientação das instituições públicas, na busca por resultados positivos ao nível do desempenho, por uma nova conceção do cidadão como cliente, por um maior enfoque na regulação e no controlo da atividade, no corte com a organização pública tradicional burocrática, na descentralização dos serviços e na introdução de mecanismos de tipo-mercado (Rocha, 2011; Thompson & Jones, 2008).

Para além destes importantes aspetos inovadores, a *New Public Management* aportou ainda novos instrumentos de ação centrados na modernização dos processos, na agencificação do aparelho administrativo e na implementação de mecanismos do tipo “mercado” definindo um novo papel para o Estado enquanto agente regulador, indutor da implementação da avaliação de desempenho nos serviços públicos e da promoção das tecnologias de informação (Carvalho, 2008; Hood, 1991).

Em Portugal, apenas nos meados dos anos 80, com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), se deram os primeiros passos no sentido de acompanhar os modelos europeus associados a esta nova corrente da administração, com a gradual adaptação do modelo da *New Public Management* (Carvalho, 2007). Este movimento de reforma da administração pública viria mais tarde a dar lugar a abordagens inovadoras, de que são exemplo o *New Public Service* e a *Public Governance* os quais, apesar de privilegiarem a relação entre os cidadãos e o Estado, vieram aprofundar a relação com o setor privado. No setor da saúde, estes novos movimentos acentuaram a importância do fator concorrência enquanto indutor de ganhos de eficiência e de melhoria do desempenho (Bilhim, 2014; Denhardt & Denhardt, 2011; Jordan, 1994).

A criação, em 1979, do SNS viria a preceder grande parte das transformações económicas e sociais que ocorreram após a integração europeia ocorrida em 1986. A democratização do acesso a cuidados de saúde de qualidade representou um significativo ganho civilizacional no âmbito da proteção na saúde representando, ao mesmo tempo, um fator de pressão sobre a despesa pública a qual, a partir dessa altura, foi crescendo continuamente passando a ter um peso significativo face ao PIB.

É importante sublinhar que, até à primeira metade dos anos 70, a cobertura de saúde da população portuguesa era de apenas de 40% o que, na altura, representava a taxa de cobertura mais baixa da Europa (Campos, 2008). Portugal apresentava a generalidade dos indicadores de saúde muito abaixo da média dos países europeus, nomeadamente, na taxa de mortalidade infantil, cujo registo era o dobro do verificado na maioria dos países europeus. A inversão desta tendência iniciou-se com a criação do SNS, o qual veio garantir o acesso universal, geral e gratuito num modelo suportado pelo financiamento público. O SNS viria a contribuir, de forma muito significativa, para a melhoria do estado de saúde da população (Campos & Simões, 2014). O resultado desta importante transformação traduziu-se numa aproximação de Portugal aos restantes países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em termos dos indicadores de saúde (Guichard, 2004; Oliveira & Pinto, 2005).

A transformação ocorrida no setor da saúde resultou, em grande medida, de uma maior exigência por parte dos cidadãos face aos seus direitos, tornando premente um maior enfoque na promoção da saúde

e na prevenção da doença. Esta tendência foi fortemente condicionada por diversos fatores: envelhecimento progressivo da população, aumento da esperança média de vida, redução da taxa de natalidade, diminuição da população em idade ativa, evolução tecnológica e inovação terapêutica (Barros, 2013; Ribeiro, 2009).

Nos anos 90, apesar do peso considerável da despesa pública em saúde no orçamento geral do Estado, persistiam os problemas relativamente à qualidade dessa mesma despesa, decorrentes da insuficiência do desempenho, da ineficiência e da má gestão de recursos (Nunes & Rego, 2010; Simões, 2009). Em 1998, a necessidade de reforma do sistema de saúde português foi reconhecida a nível internacional pela OCDE a qual num estudo designado - *OECD Economic survey of Portugal, 1998* - identificou vários problemas ao nível da eficiência e da distribuição dos recursos. Uma das falhas persistentemente apontadas referia-se à falta de orientação do sistema de saúde português para a gestão de recursos e para os ganhos de eficiência decorrentes de um baixo nível de responsabilização dos vários agentes envolvidos na administração, na gestão e na prestação de cuidados de saúde (Guichard, 2004).

A adoção progressiva de instrumentos associados à *New Public Management* foi precedida de importantes momentos de alteração do enquadramento constitucional, legal e regulamentar do sistema de saúde. Neste sentido, revestiu-se da maior importância a revisão Constitucional de 1989 bem como, posteriormente, em 1990 a publicação da Lei de Bases da Saúde (LBS) (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Esta viria a alterar significativamente o modelo de relação entre os diferentes setores: público, privado e social promovendo uma maior agilidade no estabelecimento de acordos, convenções ou na concessão de gestão de unidades ou serviços públicos, de que foi exemplo o contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca.

Neste período foram igualmente aplicadas regras de gestão privada a unidades hospitalares públicas integrantes do SNS que adotaram uma gestão empresarial alicerçada numa contratualização de atividade com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) (contratos-programa). Este modelo de contratualização, com autonomia descentralizada, viria mais tarde a ser aplicado nos cuidados de saúde primários (Fernandes, 2014; Ferreira *et al.*, 2010).

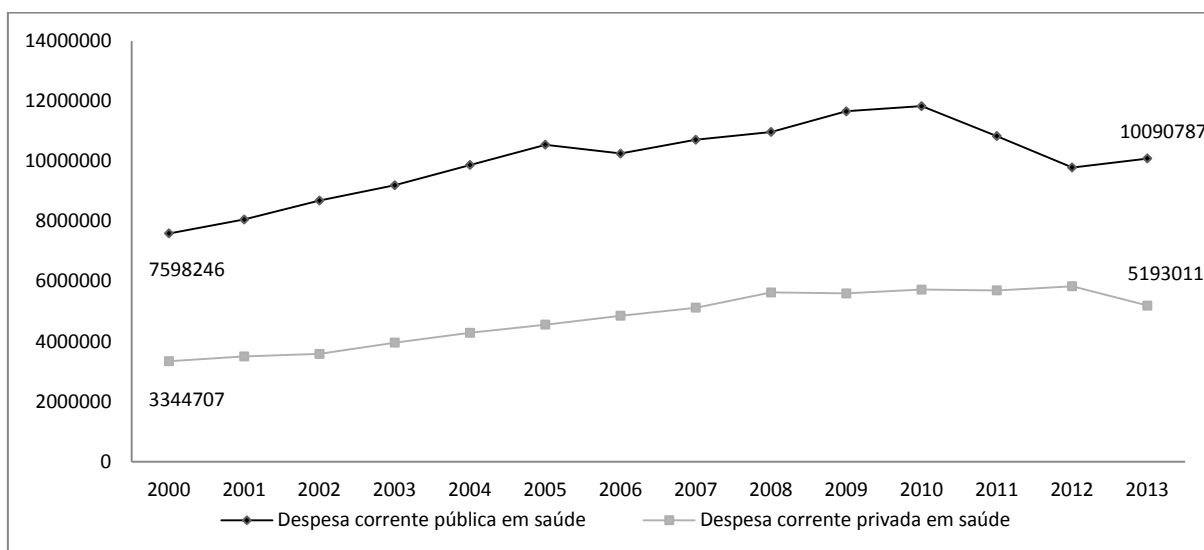
A partir do ano de 2002 acentuou-se significativamente a tendência de empresarialização do setor público da saúde com base na ideia de que a obtenção de eficiência seria mais rapidamente alcançada através de um reforço da conjugação do setor público com o privado (Simões & Dias, 2009). Neste sentido, foram desenvolvidas iniciativas políticas cujo principal objetivo se centrava na redução da taxa de crescimento da despesa pública em saúde, através de uma diminuição dos custos operacionais

que não comprometesse os padrões de qualidade (Simões, 2004a). Foram assim implementadas diversas medidas com vista à modernização do setor da saúde (Fernandes, 2014):

- Aprofundamento da relação com o setor privado;
- Empresarialização das unidades hospitalares públicas (passagem do setor público administrativo para sociedades anónimas até 2004 e, posteriormente, para entidades públicas empresariais em 2005);
- Lançamento de um programa de parcerias público-privadas na saúde

No decurso deste processo de transformação, o setor privado adquiriu maior relevância no sistema de saúde traduzido na evolução registada na despesa corrente em saúde. A figura seguinte apresenta a evolução recente da despesa em saúde de cada um dos setores:

Figura 1.1 - Evolução da despesa pública e privada em saúde, nos anos 2000 a 2012 (em milhares de euros)



Fonte: INE (2014, 2015)

Em termos de evolução da despesa corrente em saúde verificou-se, nos últimos anos (2000-2013), uma diminuição do ritmo de crescimento da despesa corrente pública em saúde ao mesmo tempo que se acentuou a trajetória de crescimento da despesa corrente privada em saúde. Contudo, de acordo com o mais recente relatório publicado pela OCDE (2015e), o sistema de saúde português encontra-se ainda muito dependente dos cuidados de saúde hospitalares devendo, para contrariar esta tendência, promover o desenvolvimento de mais unidades de cuidados continuados que permitam a reabilitação de doentes e o aumento de serviços de urgência.

Nos últimos 30 anos, a arquitetura do sistema de saúde português manteve-se relativamente estável, com uma forte centralização nos cuidados hospitalares. A publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei

n.º 48/90, de 24 de agosto) procurou redefinir o enquadramento e as relações no contexto do sistema de saúde através da concretização de uma “Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde”, integrando o SNS e os prestadores privados visando uma maior integração entre os diferentes níveis de cuidados nos diversos setores da prestação de cuidados.

Atualmente, o sistema de saúde integra, no âmbito da prestação direta de cuidados, as seguintes estruturas fundamentais:

- Rede de cuidados de saúde primários definida no Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, a que se seguiram diferentes instrumentos legais reguladores da criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e das unidades de saúde familiares (USF);
- Rede de cuidados de saúde hospitalares com disposição legal assente na Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro que inclui um conjunto de parcerias público-privadas enquadradas pela Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto;
- Rede de cuidados continuados integrados criada pelo Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro;
- Rede de prestadores privados e sociais que operam em diferentes níveis de cuidados.

Esta variedade de respostas combinadas, entre financiamento e prestação pública e privada, atribuem ao sistema de saúde português características mistas que lhe conferem uma multiplicidade de interações e uma grande complexidade nos mecanismos de inter-relação e de interdependência. Neste contexto, assume particular relevância o aprofundamento do conhecimento sobre qual o impacto da combinação entre público e privado no desempenho do sistema português, ao longo dos últimos trinta anos, no que se refere à eficiência, ao acesso e aos resultados em saúde.

O presente estudo definiu como Objetivo Geral:

- Avaliar o impacto no desempenho e nos resultados globais em saúde determinado pelas alterações no modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português no período compreendido entre 1983 e 2013.

Foram igualmente definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- Caracterizar a evolução da combinação público-privado, no sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013;

- Caracterizar os instrumentos de política de saúde, com efeitos no contexto de relação entre público e privado, no período compreendido entre 1983 e 2013;
- Avaliar a evolução do sistema de saúde, no período compreendido entre 1983 e 2013, em termos de eficiência, acesso e equidade;
- Avaliar os efeitos da combinação público-privado, no período compreendido entre 1983 e 2013, no desempenho global e na evolução dos principais indicadores saúde.

Para este efeito, definiu-se como pergunta de partida:

"Quais os efeitos da combinação, entre público e privado, no desempenho e nos resultados do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013?".

Tendo em conta a amplitude do tema de investigação e a pergunta de partida formulada, definiu-se o título desta tese: "A combinação público-privado em saúde: impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português".

O critério adotado na escolha do período em estudo (1983-2013) teve como fundamento o facto de, nesse período, se terem concentrado grande parte das transformações do sistema de saúde português decorrentes da criação do Serviço Nacional de Saúde, da publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, bem como por nele se terem registado os momentos mais relevantes ao nível da produção legislativa e da execução de reformas ao nível hospitalar, dos cuidados de saúde primários e continuados, da combinação entre setores público e privado - concessão de instituições e serviços, convenções e parcerias público-privadas.

1.2. Organização da Tese

A tese está organizada em três partes. Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico, correspondendo a segunda parte à revisão da literatura e a terceira ao desenvolvimento do estudo empírico. Em termos da divisão, optou-se pela definição de capítulos correspondendo o capítulo 1 à introdução.

A parte I é constituída por 1 capítulo:

- O Capítulo 2: corresponde ao enquadramento teórico realizado a partir da revisão da literatura tendo em vista o enquadramento das relações entre o Estado, o mercado e a sociedade bem como os aspetos fundamentais relativos à evolução da administração pública, em termos

históricos e conceituais, e a caracterização da sua influência no processo de transformação do sistema de saúde português;

A parte II é constituída por 3 capítulos:

- O Capítulo 3: procede a uma revisão exaustiva da evolução do setor da saúde, em Portugal, caracterizando os seus principais momentos de reforma e de transformação, desde o final do século XIX até ao final do período em estudo, estabelecendo uma relação descritiva entre os movimentos de modernização da administração pública, a adoção de práticas de gestão empresarial e o aprofundamento da combinação entre setores, em particular, entre o setor público e o setor privado;
- O Capítulo 4: concentra a atenção na caracterização da evolução e do desenvolvimento da combinação público privado no sistema de saúde, em Portugal, nomeadamente, ao nível do financiamento e da prestação de cuidados de saúde detalhando os principais momentos de produção legislativa com impacto neste tipo de relação;
- O Capítulo 5: procede a uma análise comparativa, do desempenho global, dos sistemas de saúde em Portugal, Espanha, França, Holanda e Reino Unido identificando, sempre que possível, as diferenças na combinação público-privado relacionadas com a diferente repartição existente na relação entre setores;

A parte III é composta por 4 capítulos:

- O Capítulo 6: procede à caracterização do estudo apresentando e definindo as opções metodológicas, a população alvo, as fontes dos dados e os objetivos para cada uma das metodologias em análise;
- O Capítulo 7: corresponde à caracterização dos indicadores suscetíveis de utilização na investigação tendo em vista a avaliação dos efeitos da combinação público-privado no sistema de saúde;
- O Capítulo 8: procede à apresentação, discussão e análise dos resultados obtidos através da aplicação da metodologia de investigação, nomeadamente, nos métodos quantitativos e qualitativos utilizados (análise de indicadores, questionários e entrevistas com recurso à técnica de análise de conteúdo);
- O Capítulo 9: apresenta as principais conclusões do estudo perante as hipóteses e objetivos formulados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | REVISÃO DA
LITERATURA

2. A Evolução da Administração Pública

A administração pública, enquanto disciplina do conhecimento científico, tem vindo a acompanhar as transformações registadas no papel do Estado evoluindo para uma formulação sintética da teoria e para a consequente translação e adaptação a modelos práticos (Canotilho, 2000; Comfort, Cigler & Waugh, 2012).

Ao longo do seu desenvolvimento, a administração pública tem vindo a estudar os instrumentos e os procedimentos aplicados pelos governos na formulação e na implementação das políticas públicas, contribuindo para a geração de novas ideias tendo em vista a melhoria da eficiência operacional, da qualidade e do desempenho global das estruturas de governo e das administrações públicas (Bourgon, 2011; Stein, 2002). No estudo científico da administração pública têm sido reconhecidos como fundamentais os contributos de relevantes autores tais como: Woodrow Wilson, Frank Goodnow, Leonard White, Luther Gulick, Lyndall Urwick, Henri Fayol, Frederick Winslow Taylor, Max Weber, Herbert Alexander Simon, Chester Irving Barnard.

O presente capítulo visa descrever a evolução histórica da administração pública, abordando as questões fundamentais do processo, desde a teorização do modelo burocrático à transição para a *New Public Management* e ao desenvolvimento dos novos modelos pós-*New Public Management*, com especial incidência nos processos de transformação do setor da saúde ao nível das políticas e dos modelos de governação.

2.1. Perspetiva Histórica

Enquanto disciplina científica autónoma podemos considerar que a administração pública tem como ponto de referência fundamental o ano de 1887 com a publicação do trabalho *Study of Administration*¹ por um dos seus mais ilustres “pais fundadores”, Woodrow Wilson². Ao longo do tempo, a teoria política condicionou o desenvolvimento da teoria da administração pública na medida em que os

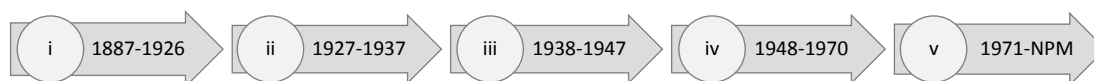
¹ Este estudo publicado em 1887 por Woodrow Wilson foi fundamental no campo da administração pública tornando o autor um dos fundadores deste campo em conjunto com Max Weber e Frederick Winslow Taylor. Embora Wilson referisse que as faculdades já ensinavam, na década de 1880, a teoria da administração esta passou a ser considerada como um campo de estudo específico atribuindo especiais responsabilidades aos administradores públicos face aos líderes políticos. Wilson acreditava que os políticos deveriam prestar contas ao povo e que a administração pública deveria ser tratada como uma ciência devendo ser dada aos seus praticantes autoridade para resolver os problemas nos respetivos campos (Wilson, 1887).

² Thomas Woodrow Wilson (Staunton, 28 de dezembro de 1856-Washington, D.C., 3 de fevereiro de 1924) foi eleito presidente dos Estados Unidos por duas vezes consecutivas ficando no cargo entre 1912 e 1921. Foi membro do Partido Democrata, reitor da Universidade de Princeton tendo sido laureado com o prémio Nobel da Paz em 1919. Foi presidente americano durante a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) tendo interrompido uma série de mais de 16 anos de presidentes do Partido Republicano. Foi ainda a figura chave na criação da Liga das Nações - fundada durante a Primeira Guerra Mundial para promover a paz internacional (Cooper, 2011).

governos procuraram abordar as políticas públicas através do processo normativo tradicional de implementação de leis e de regulamentos para resolver os problemas existentes (Hatmaker, 2012).

A análise do desenvolvimento da administração pública permite caracterizar e compreender as determinantes deste processo contribuindo, desse modo, para explicar a transição para a nova gestão pública (Alford & Hughes, 2008). Neste processo evolutivo, podemos reconhecer cinco períodos principais até à implementação da *New Public Management* (figura 2.1).

Figura 2.1 - Processo histórico evolutivo da administração pública



Fonte: Elaboração própria

2.1.1. Período 1887-1926

Este período foi caracterizado pelo aparecimento da dicotomia entre a política e a administração, cujo epicentro surgiu nos Estados Unidos da América a partir da investigação de Woodrow Wilson. Na sua condição de um dos mais relevantes autores que marcaram a fundação teórica da ciência da administração, Wilson desempenhou um papel histórico determinante na consagração do estudo da administração pública enquanto disciplina autónoma do conhecimento, no contexto da ciência política (Cooper, 2011; Wilson, 1887).

Neste período de grande importância na produção teórica foram desenvolvidas novas ideias no sentido de considerar que "a administração se encontra fora da esfera própria da política" e que "as questões administrativas não são questões políticas" (Wilson, 1887, p.210). O contexto social e político da época favoreceu a mudança proposta por Wilson, na medida em que existia um elevado nível de insatisfação com a implementação das políticas governamentais, sérios problemas de corrupção bem como uma deficiente qualidade da administração (Neild, 2002).

Neste período deverão ser igualmente referidos vários outros autores, com um papel muito importante no aprofundamento da teoria da administração, muitos dos quais prosseguiram as ideias de Wilson, contribuindo para fundamentar o corpo teórico de conhecimento da ciência da administração: Frank Goodnow³, Leonard White⁴, Luther Gulick⁵ e Lyndall Urwick⁶. Esta perspetiva viria a ser suportada,

³ Frank Johnson Goodnow foi professor de Direito Administrativo e Ciência Municipal e o primeiro presidente da *American Political Science Association*.

⁴ Leonard Dupee White, historiador americano, especializou-se em administração pública nos Estados Unidos (Gaus, 1958).

mais tarde, por outros autores, entre eles Goodnow (2003), que defendia que a política tem a ver com a expressão da vontade do Estado, enquanto a administração se relaciona com a execução das políticas. Neste sentido, Goodnow contribuiu para consolidar o referencial teórico da dicotomia entre política e administração reforçando a abordagem de Wilson com argumentos convincentes.

No quadro seguinte apresenta-se, de forma esquemática, o papel dos principais autores e o seu contributo para o desenvolvimento da administração pública enquanto ciência.

Figura 2.2 - *Five great ideas in Public Administration*



Fonte: Elaboração do autor - adaptado Holzer e Gabrielian (1997)

2.1.2. Período 1927-1937

Este período ficou marcado pela evolução dos princípios e dos valores fundamentais da administração pública, o desenvolvimento de novos instrumentos e a sua aplicação prática no sentido de aumentar a eficácia e a eficiência das organizações. Tendo como base os princípios da dicotomia da administração pública, defendidos por Wilson, aprofundou-se a investigação da ciência da administração na perspectiva de criação do conhecimento necessário para a transformação das diferentes estruturas e organizações da administração. Durante este período, tornou-se evidente que a maturidade pós revolução industrial fez eclodir novos problemas, ao nível das organizações. É neste período que surgem os contributos de Henri Fayol⁷ e Frederick Winslow Taylor⁸ através da introdução de

⁵ Luther Halsey Gulick foi presidente do Instituto de Administração Pública. Entre muitas outras realizações no campo da administração pública Gulick é mais conhecido pela teorização do PODSCORB (planeamento, organização, direção, *staffing*, coordenação, relatórios e orçamento) (Dorgan, 1972; Van Riper, 1998).

⁶ Lyndall Fownes Urwick reconhecido por integrar as ideias de teóricos anteriores como Henri Fayol numa teoria abrangente de administração. Escreveu um importante livro: *"The Elements of Business Administration"*. O papel de Urwick na modernização da empresa teve duas influências principais - uma delas foi Frederick Winslow Taylor com o seu conceito de gestão científica e a outra a ênfase na humanidade de gestão de Mary Parker Follett por quem tinha grande admiração (Brench, Thomson, & Wilson, 2010).

⁷ Jules Henri Fayol foi um engenheiro de minas francês e um dos teóricos clássicos da Ciência da Administração sendo o fundador da Teoria Clássica da Administração e o autor de Administração Industrial e Geral (Reid, 1986).

⁸ Frederick Winslow Taylor mais conhecido por F. W. Taylor foi um engenheiro mecânico considerado como o "pai" da Administração Científica por propor a utilização de métodos científicos cartesianos na administração de empresas (Kulesza & Waever, 2011).

princípios inovadores na dicotomia entre administração e gestão defendendo a incorporação de métodos científicos no processo de trabalho industrial tendo em vista o incremento da sua eficiência económica (Stein, 2002).

Quadro 2.1 - Administração Científica *versus* Administração Clássica

	Administração Científica	Administração Clássica
Percursor	Frederick Taylor	Henri Fayol
Origem	Raiz Industrial	Gestão Administrativa
Ênfase	Adoção de métodos racionais e padronizados com a máxima divisão de tarefas	Estrutura formal da empresa Adoção de princípios administrativos pela hierarquia
Enfoque	Produção	Gestão Administrativa

Fonte: Elaboração própria

No contexto dos clássicos, Max Weber representa um dos autores centrais na teorização da administração tendo sido responsável pela introdução de um quadro concetual da burocracia cujo impacto foi determinante na transição de paradigma na teoria da administração (Niskanen, 1971). Henri Fayol, Frederick Taylor e Max Weber enfatizaram os aspetos mecanicistas e fisiológicos da administração pública tendo lançado as bases da teoria mecânica da organização e da administração (Rockman, 1998). Para Bilhim (2014), Weber e Taylor influenciaram decisivamente o modelo organizacional das estruturas da administração pública através da definição de um novo arquétipo onde prevaleciam as “estruturas mecanicistas, marcadas pela previsibilidade, racionalidade, controlo e impessoalidade” (p. 38).

2.1.3. Período 1938-1947

O período de 1938-1947 ficou marcado pela continuidade na evolução da teoria da administração pública. No entanto, durante este período foram postas em causa algumas das visões anteriormente introduzidas, nomeadamente, a visão mecanicista da administração tendo sido desafiados os princípios fundamentais da administração, devido à sua excessiva subordinação em relação à estrutura organizacional formal (Rockman, 1998).

Neste domínio, surgiu um novo movimento teorizador cujas linhas de investigação estavam centradas na importância dos aspetos humanos da administração, verificando-se uma rejeição do conceito inicial da dicotomia administrativa. Este conceito era baseado na ideia de que a administração era um componente integrante da política, não apenas pela influência que exercia sobre a sua definição, como também pela responsabilidade objetiva que assumia na sua implementação. Neste sentido, passaram a

ser incorporadas as dimensões da moral, da liderança, da organização informal e da motivação, entre outros, de forma a potenciar a utilização mais efetiva e eficiente dos recursos humanos (Hughes, 2003).

Na base desta nova abordagem encontravam-se as experiências de Hawthorne⁹ estudadas por Elton Mayo e pelos seus colegas da *Harvard Business School*, onde o estudo da administração pública foi centrado principalmente na investigação de questões sociais e psicológicas e dos problemas experienciados pelos trabalhadores industriais (Mayo, 1949). Este período foi ainda caracterizado pelo desenvolvimento da teoria da ciência comportamental com origem nos trabalhos de Herbert Simon¹⁰ e de Chester Barnard¹¹.

A escola científica comportamental desafiou os princípios fundamentais da administração pública, bem como as formas de afirmação mecanicista. Herbert Simon colocou o princípio da análise e da tomada de decisão na vanguarda da administração pública insistindo que as decisões deveriam determinar o funcionamento de todos os processos de administração e a sua aplicação adequada (Plowden, 1984).

A partir da análise deste período, na evolução histórica da administração pública, podemos inferir a existência de um antagonismo entre a ortodoxia e o pragmatismo, caracterizado por uma atitude de experimentação (Dewey, 2012; Peirce & Davis, 2002). Este aspeto é particularmente importante para a compreensão do processo histórico da administração pública, tendo em vista a forte orientação demonstrada para o pragmatismo enquanto forma de discutir as questões da legitimidade, da escassez de evidência e de outras condições de condicionamento da prática (Snider, 2000). A administração pública afirmou-se enquanto campo interdisciplinar com base numa variedade de abordagens e valores disciplinares, evidenciando porém uma forte dependência nas áreas de investigação da teoria do direito e da ciência política (Wright, 2011).

⁹ A experiência de Hawthorne foi realizada em 1927, pelo Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos (*National Research Council*) numa fábrica da *Western Electric Company* situada em Chicago, no bairro de Hawthorne e a sua finalidade foi determinar a relação entre a intensidade da iluminação e a eficiência, dos operários, medida através da produção. A experiência foi coordenada por Elton Mayo e estendeu-se à fadiga, acidentes no trabalho, rotatividade do pessoal (*turnover*) e ao efeito das condições de trabalho sobre a produtividade do pessoal, Levitt, S. & List, J. (2011).

¹⁰ Herbert Alexander Simon (Milwaukee, 15 de junho de 1916-Pittsburgh, 9 de fevereiro de 2001) foi um economista americano que foi agraciado com o prémio Nobel da economia em 1978 tendo sido investigador nos campos da psicologia cognitiva, da informática, da administração pública, da sociologia económica e da filosofia (Augier & March, 2004; Crowther-Heyck, 2005; Simon, 1991).

¹¹ Chester Irving Barnard (1886-1961) foi um pensador da Escola das Relações Humanas, corrente da Administração, surgida com a crise de 1929. Barnard também foi tido como um pensador do behaviorismo tendo sido o criador da teoria da cooperação, em que estudou a autoridade e a liderança tendo sido, igualmente, um dos primeiros teóricos da administração a ver o homem como um ser social e a estudar suas organizações informais dentro das empresas. Contribuiu para o reconhecimento das organizações enquanto sistemas sociais que exigem cooperação (Wren & Bedeian, 2009).

2.1.4. Período 1948-1970

Este período marcou o envolvimento com a gestão na evolução da administração pública. Os princípios da gestão científica ampliaram substancialmente a compreensão da administração pública e o seu contributo para o estudo da gestão administrativa. A opção de gestão, implementada através dos processos globais ou através da ciência da administração, tornou-se uma via alternativa na investigação para muitos teóricos da administração pública. Essa transição foi explicada pelo facto de a extensa disciplina de gestão abranger a teoria da organização e comportamental, a tomada de decisão, o planeamento, a gestão de recursos humanos, a motivação, a liderança, a comunicação, o orçamento, a produtividade, a auditoria e o marketing (Hughes, 2003).

Em 1955 Catheryn Seckler-Hudson¹² reconheceu as implicações da política na definição de administração pública considerando que, por norma, a gestão deveria favorecer a utilização mais eficaz dos recursos humanos tendo em vista o alcance e a concretização dos objetivos estratégicos organizacionais ao mesmo tempo que colocava este tema como central no núcleo das teorias da organização como o novo paradigma da administração pública (Basu, 2004).

O período compreendido entre 1948 e 1970 ficou igualmente marcado pelas crises de identidade no desenvolvimento organizacional. No início dos anos sessenta, o desenvolvimento organizacional evoluiu como uma alternativa séria à ciência política tendo desempenhado um papel fundamental na psicologia social bem como nos valores fundamentais da "democratização" de ambas as burocracias públicas e privadas. O desenvolvimento das organizações foi fundamentado no âmbito da gestão em alternativa à administração pública. Este facto conduziu, neste período histórico, a um regresso aos valores da administração pública com base em estudos interculturais e estudos internacionais na área da administração (Vigoda, 2003).

2.1.5. Período de 1971 e a implementação da *New Public Management*

Na década de 60, as abordagens convencionalmente aplicadas à administração pública já não podiam satisfazer os desafios de expansão desse tempo, nem fornecer soluções eficazes para os problemas experimentados pelas organizações. Os valores da administração pública foram profundamente repensados e reavaliados, do que resultou uma reorientação para os valores do humanismo, do serviço e da democracia (Delbridge, 2010; Hood, 2000; Savoie, 1994). Este novo movimento partiu da ideia do Estado como um empreendimento coletivo que era impulsionado por um conjunto de fins

¹² Seckler-Hudson, Catheryn foi uma cientista e política que ensinou ciência política e administração pública na Universidade Americana (1933-1963).

substantivos, motivando diversos autores para a necessidade de reinvenção do modo de governar com as consequentes implicações na investigação em administração pública (Pollitt, 1998; Rockman, 1998; Spicer, 2004).

A partir de 1968, este campo de investigação foi muito influenciado pelos trabalhos de Dwight Waldo¹³. Em 1971, o livro intitulado “*The Minnowbrook Perspective*”¹⁴ resumiu os princípios e as abordagens da nova administração pública (O’Leary, Van Slyke, & Kim, 2010). Neste período histórico, a principal ênfase da administração pública foi colocada na eficácia e eficiência e nas técnicas administrativas (Pollitt, 1998). A partir desta altura, os especialistas em administração pública concentraram um particular enfoque na questão das políticas públicas (Pollitt, 1998; Rockman, 1998).

2.2. O Modelo burocrático de Max Weber

O contributo de Weber, nos anos 30, foi determinante na consolidação da administração pública, nomeadamente na demonstração de evidência científica de suporte a uma teorização meramente burocrática. Este modelo, aplicado às instituições, ficou conhecido como Weberiano (Peters, 2001), tendo como base epistemológica a ciência social, com uma conceção de interesse público expressa na Lei (Denhardt & Denhardt, 2011). Weber considerava a burocracia como um conjunto de regras nacionais com base num sistema central que deveria administrar a estrutura e os processos organizacionais de acordo com o conhecimento técnico (Denhardt & Denhardt, 2011).

A dicotomia política-administração tem sido uma das teorias mais debatidas na administração pública, sendo defendida com o argumento de que a divisão dicotómica do trabalho e a autoridade, entre os funcionários eleitos e administrativos, aumenta a responsabilidade e a capacidade de planeamento democrático de administradores públicos (Demir & Nyhan, 2008; Denhardt & Catlaw, 2015; Raadschelders, 2015). Embora o modelo de dicotomia política-administração seja frequentemente apresentado como historicamente importante, foi sugerido um modelo alternativo, de complementaridade, presente nas ideias de Wilson, que salienta a interdependência e a influência recíproca na interação entre funcionários e administradores juntamente com o reconhecimento da necessidade da existência de papéis distintos e de supremacia da política (Svara, 1999). Para Weber, a estrutura orgânica era centralizada e regida por um controlo, cabendo aos políticos a definição de

¹³ Dwight Waldo foi um cientista político norte-americano e uma das figuras determinantes na administração pública moderna. A carreira de Waldo foi muitas vezes dirigida contra um retrato científico e técnico da burocracia e do governo que sugere o termo gestão pública em oposição à administração pública ficando reconhecido em todo o mundo pelas suas contribuições para a teoria do governo burocrático (Brown & Stillman, 1986; Stivers, 2008; Wamsley, 2001).

¹⁴ A conferência de *Minnowbrook* reuniu os principais estudiosos em administração pública e gestão pública para refletir sobre o estado do campo e do seu futuro. A partir desta conferência foram reunidos, num volume único, trabalhos de um grupo de autores distintos para uma análise crítica do campo da administração pública (Stivers, 2008).

objetivos e aos administradores a responsabilidade para os cumprir através das instituições públicas (Bilhim, 2008; Mozzicafreddo, 2002; Weber, 2001, 2005).

O modelo burocrata, proposto por Weber, estabelecia:

- Uma divisão hierárquica e vertical do trabalho;
- Uma autoridade formal do topo para a base da organização;
- Uma estrutura centralizada com predomínio do poder político na decisão;
- Um cumprimento de normas rígidas dentro das organizações, por parte do aparelho administrativo, que punha em prática a decisão governamental;
- Uma satisfação profissional baseada na estabilidade do emprego, nas carreiras profissionais e em outros benefícios sociais;
- Uma relação estritamente profissional entre os funcionários;
- Um conjunto rígido de normas que regiam os recursos humanos (no recrutamento, remuneração, progressão e despedimentos) (Araújo, 2000; Cardoso, 1997; Denhardt & Catlaw, 2015; Gressner, 2013; Mozzicafreddo, 2002; Tittenbrun, 2013).

Como em qualquer outro modelo, foram estabelecidas análises acerca das vantagens e desvantagens da administração pública tradicional. Entre os aspetos positivos, vários autores destacaram a diminuição dos encargos administrativos, o respeito pela hierarquia, o incremento de responsabilidade na coordenação das atividades e a implementação de regras transversais a toda a organização, nomeadamente no fornecimento de bens e serviços externos (Gressner, 2013; Pawlas, 2015; Weber, 2001, 2005). Por outro lado, foram associados a este período falhas na gestão das organizações, fundadas na grande restrição à capacidade de iniciativa dos gestores perante um conjunto de regras rígidas emanadas pelo poder central.

Na prática, os diferentes autores contestavam a fraca autonomia que condicionava a tomada de decisão, a qual se encontrava muito dependente dos níveis superiores da hierarquia. A cultura organizacional, no modelo burocrático, apresentava falta de transparência e de responsabilização, centrando o seu foco de ação mais nos procedimentos administrativos do que propriamente no desempenho o que gerou, para além dos problemas de financiamento, um aumento da despesa pública, bem como ineficiência e ineficácia no cumprimento das políticas (Araújo, 2013; Brodtkin, 2007; Kettl, 2005; Tittenbrun, 2013; Walsh, 1995).

A ideia de que a organização burocrática era uma forma obsoleta e indesejável de administração e de que deveria existir uma inevitável e irreversível mudança de paradigma para o mercado não foi

consensual entre os diferentes autores. A organização burocrática permaneceu como um substrato da estrutura e da organização das democracias contemporâneas. Olsen, citando Weber, refere que a análise da administração pública deveria ter em conta a inclusão da burocracia como instituição e não apenas enquanto instrumento, acrescentando que os estudos empíricos deveriam ser analisados tendo em conta a sua circunstância temporal e o seu contexto e, finalmente, que teria de ser tida em conta a importância da burocracia na ordem política e nos aspetos normativos (Olsen, 2006).

Apesar de argumentos mais ou menos favoráveis, o modelo burocrático, que dominou até aos anos 70, entrou em rotura (Hoggett, 1991). Na base desta rotura, estiveram temas centrais discutidos em várias nações, relacionados com a adaptação do Estado a um novo papel nas sociedades ditas modernas, associado a uma perspetiva de “managerialismo” que premiava novos processos perante um modelo burocrático tido como despesista, ineficiente e ineficaz (Kickert, 1997; Rosanvallon, 1995; Yackee, 2015). Nessa época, era consensual e tida como necessária a adoção de novos modelos (Carvalho, 2007), sendo esperada a modernização da administração pública (Mozzicafreddo, 2008). A este propósito, Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew (1996) desenvolveram quatro modelos distintos para suportar os novos ideais e o respetivo corte com a perspetiva burocrática (quadro 2.2):

Quadro 2.2 - Modelos que justificam a rotura com a perspetiva burocrática

Modelo	Foco de atenção	Objetivos-Características
I	Eficiência	Promoção de ganhos de eficiência. Maior controlo de custos. Implementação de sistemas de informação. Promoção da competência. Corte com a estrutura hierarquizada. Implementação de um sistema de objetivos. Promoção do poder de gestão. Definição de objetivos e metas para os serviços. Incentivo ao desempenho dos funcionários. Reformulação das estruturas de organização (ex: o aparecimento do conselho de administração como órgão de gestão das instituições públicas).
II	Descentralização	Promoção da reestruturação das organizações de grande dimensão. Incentivo à desburocratização. Promoção da flexibilidade e agilidade de gestão com uma menor rigidez de topo. Orientação para os mercados. Descentralização da decisão estratégica. Descentralização da decisão orçamental. Promoção do <i>outsourcing</i> para áreas não estratégicas. Incentivo à contratualização. Promoção da regulação a cargo do Estado.
III	Excelência	Promoção da cultura organizacional. Atenção especial aos valores e cultura de gestão centrada na mudança e na inovação. Promoção de uma liderança carismática. Incentivo a uma boa comunicação estratégica em toda a organização.
IV	Orientação para o Serviço Público	Promoção da motivação e dedicação dos gestores públicos. Foco na qualidade. Preocupação com a satisfação do cidadão. Valorização do serviço público.

Fonte: Ferlie *et al.* (1996)

Os defensores do paradigma tradicional da administração pública, assumindo algumas deficiências, acentuaram a grande vantagem da existência de “*accountability*” democrática perante os cidadãos, enfatizando que esta condição não é derogável nem transferível para as organizações que operam em ambiente privado na medida em que apenas o Estado está em condições de garantir responsabilidade perante o universo dos cidadãos. Neste contexto, caberia aos defensores da nova gestão pública demonstrar não apenas que a sua estratégia seria mais eficiente e eficaz mas sobretudo que ela seria politicamente responsável (Behn, 1999; Lapsley, 2008).

Os resultados das alterações, na gestão pública, não chegaram a representar uma verdadeira mudança. Aparentemente, ficaram-se por uma nova forma de governo que compete com, mas não suplanta, a administração pública tradicional (Gray & Jenkins, 1995). No entanto, alguns autores consideraram esta nova abordagem uma real mudança de paradigma, de valor público, com implicações práticas nos gestores e na gestão do setor público (O' Flynn, 2007).

A mudança de paradigma, com a introdução de uma nova linguagem de consumo, o desenvolvimento de concessão das funções de administração, as formas de gestão e de desempenho e o uso de “quasi-mercados”, foi vista como uma potencial fonte de criação de problemas, argumentando alguns autores a necessidade da introdução de fatores de equilíbrio que salvaguardassem os valores do setor público (Stewart & Walsh, 1992).

2.3. A perspectiva da *New Public Management*

Os defensores da nova gestão pública desafiaram o paradigma tradicional da administração pública que dominou o pensamento teórico por mais de um século. O argumento fundamental radicou na ideia de que o método tradicional de organização do poder executivo era muito lento, burocrático, ineficiente e improdutivo. Esta constatação opunha-se à ideia prevalecente de que os cidadãos têm uma expectativa de governos e de administrações eficazes e orientados para resultados. Perante este quadro de percepções, colocou-se a questão da mudança de paradigma para um novo modelo de gestão (Kettl, 2005; Morales, Wittek & Heyse, 2012; Osborne & Gaebler, 1993).

A revisão da literatura, relativa às três últimas décadas, revela uma intensa confrontação teórica no processo de transformação da orientação de campo a partir de um velho paradigma para um novo. Por um lado, o paradigma burocrático habitualmente associado à tradicional administração pública e por outro, o “managerialismo” orientado para o cidadão (cliente) (Denhardt & Denhardt, 2011; Kurunmäki, 2009).

A reforma do setor público foi uma experiência difundida em todo o mundo apesar das suas diferentes formas (Pollitt & Bouckaert, 2004). Comumente, os diferentes autores e os profissionais referem-se a esta reforma, ocorrida nos anos 80, como *New Public Management*¹⁵, a qual representou para Hood (1991, 1995a, 1995b) uma rotura paradigmática no modelo tradicional da administração pública.

Nos países desenvolvidos, a modernização da administração teve por inspiração os modelos de gestão privada, numa perspetiva de mudança com uma orientação para o cidadão (Carvalho, 2007; Holtzer & Charbonneau, 2008; Kickert, 1997). A partir destas linhas de orientação geral fundou-se a ideia da *New Public Management* que surgiu como uma forma de contrariar o crescimento da despesa pública e a ineficiência de gestão através de uma abordagem inovadora de gestão para a administração pública, representando um novo paradigma orientado para a reforma da administração tendo em vista a melhoria do desempenho no setor público (Hood, 1991, 1995a).

2.3.1. Caracterização do Modelo

As linhas orientadoras da *New Public Management* foram decisivas para o desenho das políticas que consubstanciaram as reformas do setor público, na década de 90. Este novo paradigma estava orientado para as pessoas através da garantia de um governo eficiente, eficaz e responsável (Hood & Peters, 2004). Uma das principais ideias aportada pela nova gestão pública consistiu em dotar o setor público de uma gestão que proporcionasse maior eficiência dos seus custos para os governos (Ferlie *et al.*, 1996).

Christopher Hood¹⁶ contribuiu decisivamente para a concretização da nova gestão pública enquanto doutrina que tinha como objetivo modernizar o setor público e torná-lo mais eficiente (Hood, 1991). Em geral, a abordagem da nova gestão pública apresentou como pressupostos: a criação de dinâmicas de mercado colocando os cidadãos em primeiro lugar, a reorientação das organizações e dos serviços para competirem através de uma maior capacitação dos funcionários, da tomada de decisão descentralizada bem como da agilização dos processos de orçamentação e de dinamização da contratação (Breton, 1998; Denhardt & Denhardt, 2011).

Em certa medida, a aplicação destes princípios conduziu a mudanças na cultura da administração pública através da introdução de abordagens inovadoras na resolução de problemas, mais flexíveis e

¹⁵ Na base da sua projeção estiveram acontecimentos como a subida ao poder do partido conservador no Reino Unido (1979) e a eleição de Reagan nos Estados Unidos da América (1981) (Araújo, 2000).

¹⁶ Christopher C. Hood professor e membro da *All Souls College Oxford* desde 2001, especialista no estudo do governo executivo, regulação e reforma do setor público. A sua investigação centrou-se nas mudanças de administração do governo central ao longo dos últimos 35 anos (financiados pelo *Leverhulme Trust*) e sobre política fiscal (financiados pelo *Economic and Social Research Council*).

empreendedoras levando a práticas modernas de gestão através da criação de agências (Pollitt, Talbot, Caulfield, & Smullen, 2004). A nova gestão pública substituiu a regra da orientação por processos e normas pela regra da orientação por resultados (Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler, 2006). Persistiram, contudo, alguns desafios críticos para a nova gestão pública, decorrentes da necessidade de discussão de resultados, fora do domínio convencional delimitado entre os estilos tradicionais e modernos de gestão pública. Um dos aspetos citados prende-se com o risco de clonagem inadequada e as questões “quasi-constitucionais” inerentes às competências essenciais dos órgãos do setor público (Dunleavy & Hood, 1994).

O setor público enfrentou uma pressão crescente para incorporar, na governação, os conceitos do setor privado tais como o empreendedorismo, a privatização, o enfoque no “cliente” bem como as técnicas de gestão derivadas do processo de produção. A *New Public Management* procurou agir sobre a implementação eficiente das políticas, o seu instrumental e a remoção de questões políticas substantivas da esfera administrativa (Box, 1999; Denhardt & Denhardt, 2011).

A nova gestão pública defendeu uma nova visão de gestores públicos equiparados a empresários, numa administração cada vez de menor dimensão e mais privatizada, que fosse capaz de emular não apenas as práticas, mas também os valores do negócio. Os defensores da nova gestão pública desenvolveram os seus argumentos, em grande parte, através do estabelecimento de contrastes com a “velha” administração (Denhardt & Denhardt, 2011).

A evolução do movimento da nova gestão pública aumentou a pressão sobre as burocracias estatais no sentido de ser criada uma maior atratividade para os cidadãos. Apesar destes serem os “donos” formais do Estado, este aspeto confinou-se a um mero simbolismo sem consequências práticas para a governação e para o relacionamento da administração pública com o cidadão no contexto da democracia representativa (Denhardt & Catlaw, 2015; Vigoda, 2002).

A aplicação de modelos do setor privado ao setor público tende, no entanto, a ser problemática na medida em que as sociedades modernas parecem ainda enfrentar uma atitude de grande passividade por parte dos cidadãos.

As implicações da avaliação da gestão do setor público e do comportamento dos gestores públicos condicionam o papel destes nos diferentes contextos gerando constrangimentos distintos sobre os seus comportamentos e as suas escolhas (Ring & Perry, 1985).

A nova gestão pública foi igualmente definida como uma abordagem moderna para transformar grandes burocracias em burocracias, mais fragmentadas, num contexto de concorrência entre agências públicas, bem como entre organismos públicos e organizações privadas (Peters, 1987). Em comparação com outras teorias de gestão pública, a *New Public Management* teve como objetivo primordial a eficiência e os resultados, por meio da gestão especializada do orçamento público e de uma concorrência baseada na liderança e nos princípios económicos (Denhardt & Catlaw, 2015; Ferlie *et al.*, 1996).

A privatização, a liberalização e a globalização intensificaram ainda mais o papel da nova gestão pública nas organizações. As tecnologias de ponta permitiram a comunicação imediata, a partilha de dados e a transparência. A burocracia pública e do governo e os seus controlos diretos foram progressivamente desativados pela liberalização através da desregulamentação dos setores económicos bem como pela tendência de desregulação do licenciamento de distribuição e dos preços dos bens e serviços. Por sua vez, as privatizações marcaram a transição da propriedade pública para a propriedade privada que, nalguns casos, beneficiou a eficiência económica, a atração de investimento e, consequentemente, o desenvolvimento social (Denhardt & Catlaw, 2015).

Finalmente, a globalização abriu oportunidades sem precedentes para o livre comércio em escala global e praticamente converteu o mundo num mercado amplamente referido como uma "aldeia global" (Chang, 2007). Estas tendências mudaram significativamente o paradigma da administração pública, que passou a ser considerada mais como um facilitador e provedor de várias funções regulando os processos públicos através das funções e das políticas de vários departamentos e agências (Pollitt & Bouckaert, 2003).

Do ponto de vista crítico, são apontadas à *New Public Management* duas importantes falhas: a concentração em processos intraorganizacionais num tempo em que a realidade da prestação de serviços públicos é interorganizacional e o facto de ser baseada numa teoria de gestão derivada do setor industrial, menorizando a importância dos serviços públicos enquanto “serviços” (Osborne, Radnor & Nasi, 2013).

Como pontos centrais que caracterizam a *New Public Management*, salienta-se:

- a) Um aumento de autonomia na decisão para os gestores públicos

Na origem do incremento de autonomia para os cargos de gestão encontra-se a já referida dicotomia entre o poder administrativo e o político. De acordo com esta teoria, os gestores devem gerir as suas

organizações mediante objetivos previamente definidos, pelas diversas políticas públicas, devendo igualmente estar dotados dos instrumentos necessários à persecução das mesmas (Kettl, 2005; Osborne & Gaebler, 1993; Peters, 2010).

Foi promovida uma maior abertura, de forma descentralizada, para a gestão profissional, que ganhou uma maior autonomia e, em simultâneo, foi exigido um maior grau de responsabilização pelos seus atos (Barzeley, 2001; Coyle, 2003; Osborne & Gaebler, 1993). Esta perspetiva gestonária permitiu um incremento de eficiência e de eficácia para o setor público, já que primava pelo desenvolvimento da competência e das capacidades de uma gestão profissional (Behn, 1999; Morales *et al.*, 2012; Rocha, 2001).

De acordo com a literatura, os modelos de gestão que proporcionam uma adequada autonomia e ferramentas inovadoras aos seus gestores têm melhores resultados na utilização, no racionamento dos recursos, na satisfação dos profissionais e nos resultados operacionais em termos de eficiência e de eficácia (Bach & Kessler, 2007; Walsh, 1995).

b) A agencificação do aparelho administrativo

O processo de agencificação foi entendido como a "transformação de organismos da administração direta do Estado em institutos públicos ou outras entidades com autonomia administrativa e financeira, ou a criação *ab initio* dessas entidades teoricamente mais eficazes e libertas dos condicionalismos e pressões do poder político" (Carvalho, 2007, p.5). Na base desta organização esteve a ideia de promover a separação de funções entre a administração central e a periférica (Araújo, 2013; Behn, 1999; Pollitt, Talbot, Caulfield & Smullen, 2004).

c) Implementação de mecanismos do tipo-mercado

A atribuição de uma maior autonomia para os gestores, a promoção da eficiência e do desempenho das organizações, a privatização, a contratação e a subcontratação de serviços culminou com uma perspetiva direcionada para os mercados que fomentou igualmente uma perspetiva de competitividade com o setor público (Lodge & Gill, 2011).

d) A função do Estado enquanto agente regulador

O movimento de desburocratização, entendido como o corte com o modelo burocrático, promoveu formas de gestão típicas do setor privado com concessões e contratação de serviços conduzindo a uma

alteração no papel do Estado enquanto prestador de serviços públicos. Este facto não constituiu um afastamento do Estado das suas funções sociais, ficando estas funções a cargo de entidades, públicas empresariais ou privadas, contratadas com a responsabilidade de executarem estas funções de um modo eficiente e eficaz (Simões, 2004a).

Neste contexto, ao Estado caberia a supervisão e a regulação da atividade de modo a salvaguardar o cumprimento das necessidades dos cidadãos, enquanto clientes do serviço público, com a devida qualidade, e ainda assegurar a transparência e a responsabilidade (*accountability*) dos gestores (Carvalho, 2007; Majone, 1997; Mozzicafreddo, 2001). Para Bilhim (2014), na base desta mudança de papéis do Estado estaria a ineficiência associada ao seu domínio enquanto financiador e prestador do serviço público.

e) Implementação da avaliação de desempenho nos serviços públicos

Neste novo papel do Estado, face à autonomia concedida aos gestores e à necessidade de serem avaliadas as organizações e os respetivos funcionários em função dos objetivos definidos, emergiram as questões da *accountability*, da eficiência¹⁷ e da eficácia¹⁸ nas contas públicas, pelo que na nova perspetiva da *New Public Management* se tornaram imperativos os sistemas de avaliação de desempenho (Bumgarner, 2009; Hood, 1991).

f) Implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na Administração Pública

O desenvolvimento da *New Public Management* incentivou o valor reconhecido às tecnologias de informação e de comunicação no processo de modernização da administração pública através do seu papel na avaliação e na comunicação entre as organizações, os indivíduos e o Estado (Monteiro, 2010; Pitschas, 2001). Para além desta função, as tecnologias de informação e de comunicação constituem-se como um instrumento crítico para dotar os organismos públicos de uma maior eficiência e controlo nas suas ações, permitindo uma aceleração de processos e um aumento da credibilidade e da transparência no desenvolvimento do seu papel enquanto prestadores de um adequado serviço público (Bertot, Jaeger & Grimes, 2012; Gibson, 2006; Pitschas, 2006).

Em forma de resumo, o quadro seguinte apresenta e caracteriza os pontos centrais da NPM:

¹⁷ "A eficiência busca uma máquina administrativa menos dispendiosa e mais produtiva" (Carvalho, 2007, p.5).

¹⁸ "A eficácia é tida como uma avaliação de prossecução de objetivos predefinidos" (Carvalho, 2007, p.5).

Quadro 2.3 - Pontos centrais da perspetiva *New Public Management*

Maior Autonomia de Decisão	Dirigida aos gestores públicos. Associada a uma crescente flexibilidade nos instrumentos de gestão. Aplicada nomeadamente na gestão financeira e na gestão de recursos humanos.
Avaliação do Desempenho	Em função dos resultados / prossecução de objetivos. De acordo com objetivos previamente definidos Dirigida aos serviços e aos recursos humanos.
Agencificação do Aparelho Administrativo	Com o objetivo de libertar os organismos dos condicionalismos e pressões associadas ao poder político. Substituição dos organismos da administração direta do Estado em institutos públicos. Transformação de outros organismos públicos em entidades com autonomia administrativa e financeira.
Qualidade nos Serviços Públicos	Cidadãos e agentes económicos vistos como clientes. Organização da prestação do serviço público em função das necessidades dos cidadãos. Processos e procedimentos realizados ao encontro da satisfação dos cidadãos.
Promoção da Eficiência	Implementação de uma máquina administrativa mais produtiva e menos dispendiosa.
Promoção da Eficácia	Tem como objetivo a avaliação do grau de realização das metas traçadas.
Privatização de Serviços Públicos	Transferência de empresas ou de bens públicos para entidades privadas. Introdução de mecanismos de tipo de mercado (contratualização, subcontratualização).
Estado mais Regulador e menos interventivo	Estado menos interventivo de modo a não condicionar a atividade económica. Promoção de atividades de regulação de modo a garantir o cumprimento dos desígnios legais por parte dos prestadores públicos e privados.
TIC	Enquanto instrumento para coordenar e ajustar o novo funcionamento da administração pública. Promoção da transparência e da responsabilização na demonstração de resultados.

Fonte: Carvalho (2008); Pollitt, Talbot, Caulfield, & Smullen (2004)

2.3.2. O desenvolvimento da *New Public Management* em Portugal

Como referido no ponto anterior, a nova perspetiva da *New Public Management* disseminou-se nos países desenvolvidos promovida pelos governos, pela academia e pelas várias instituições de tal modo que os seus conceitos (agencificação, contratualização, qualidade, eficiência, eficácia, desempenho e accountability) passaram a constituir uma parte integrante do vocabulário internacional (Pollitt & Bouckaert, 2004).

A situação em Portugal não foi muito diferente da verificada na generalidade dos países que integram a OCDE. De acordo com os diferentes autores, a modernização administrativa em Portugal coincidiu com a emergência dos princípios da *New Public Management* através de um movimento similar, no final da década de setenta e início da década de oitenta (Rocha, 2001; Rocha & Araújo, 2006). Este movimento foi caracterizado por Bilhim (2014) em quatro conjuntos de razões:

1. As empresas públicas apresentavam-se muito ineficientes, a gestão destas organizações sujeitavam os objetivos económicos, financeiros e comerciais aos objetivos de carácter social e político, entre estes a contratação de empréstimos, a redução de tarifas e preços, e a manutenção de emprego;

2. Os orçamentos públicos apresentavam-se altamente deficitários. Havia necessidade de diminuir o desequilíbrio das contas públicas. Através da venda de património e de capital tendia-se a aliviar esse desequilíbrio;
3. A redução do peso político dos sindicatos e das clientelas político-partidárias;
4. A ideia de promover vantagens sociais - adequadas naquela fase do capitalismo tal como o acesso dos trabalhadores e outros atores à propriedade direta do capital na privatização das empresas (p.63).

Bilhim (2000a) destaca ainda que, no final dos anos 80, novas e profundas transformações económicas permitiram a privatização de serviços fundadas na revisão constitucional de 1989.

De forma a melhor caracterizar a aplicação das medidas da *New Public Management* na governação em Portugal faz-se referência a um estudo realizado por Elisabete Reis de Carvalho, em 2007: "Políticas de reforma administrativa em Portugal". Neste trabalho, a autora procurou os principais conceitos caracterizadores da *New Public Management*, nos vários Governos Constitucionais da III República¹⁹, de forma a apurar quais os momentos reformadores. Neste sentido, foram contabilizadas as referências aos aspetos particulares da teoria. Os resultados apresentam-se nas seguintes tabelas adaptadas do estudo.

Quadro 2.4 - Características da *New Public Management* e Programas de Governo (I ao IX)

Ideias da <i>New Public Management</i>	Governos Constitucionais									Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
Avaliação de Desempenho	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
Autonomia de Gestão	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Agencificação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Qualidade	-	1	-	-	-	1	1	1	1	5
Eficiência	-	1	-	1	-	1	1	1	1	6
Eficácia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Privatização	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Estado Regulador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TIC como Inovação	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
Total	0	5	0	2	0	2	5	2	2	18

Fonte: Adaptado de Carvalho (2007, p.10)

¹⁹ Inclui: o I Governo Constitucional (23 de julho 1976 a 23 de janeiro de 1978); II Governo Constitucional (23 de janeiro a 29 de agosto de 1978); III Governo Constitucional (29 de agosto a 22 de novembro de 1978); IV Governo Constitucional (22 de novembro de 1978 a 7 de julho de 1979); V Governo Constitucional (1 de agosto de 1979 a 3 de janeiro de 1980); VI Governo Constitucional (3 de janeiro de 1980 a 9 de janeiro de 1981); VII Governo Constitucional (9 de janeiro a 4 de setembro de 1981); VIII Governo Constitucional (4 de setembro de 1981 a 9 de junho de 1983); IX Governo Constitucional (9 de junho de 1983 a 6 de novembro de 1985); X Governo Constitucional (6 de novembro de 1985 a 17 de agosto de 1987); XI Governo Constitucional (17 de agosto de 1987 a 31 de outubro de 1991); XII Governo Constitucional (31 de outubro de 1991 a 28 de outubro de 1995); XIII Governo Constitucional (28 de outubro de 1995 a 25 de outubro de 1999); XIV Governo Constitucional (25 de outubro de 1999 a 6 de abril de 2002); XV Governo Constitucional (6 de abril de 2002 a 17 de julho de 2004); XVI Governo Constitucional (17 de julho de 2004 a 12 de março de 2005); XVII Governo Constitucional (12 de março de 2005 a 25 de outubro de 2009).

Quadro 2.5 - Características da *New Public Management* e Programas de Governo (X ao XVII)

Ideias da <i>New Public Management</i>	Governos Constitucionais									Total
	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	-	
Avaliação de Desempenho	-	1	1	1	-	1	1	1	-	6
Autonomia de Gestão	-	1	-	1	1	-	1	1	-	5
Agencificação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Qualidade	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Eficiência	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Eficácia	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Privatização	-	-	1	-	1	1	1	-	-	4
Estado Regulador	1	-	1	1	1	1	1	1	-	7
TIC como Inovação	1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Total	5	6	7	7	8	7	8	7	-	55

Fonte: Adaptado de Carvalho (2007, p.10)

De acordo com as conclusões de Carvalho (2007), foi com o X Governo Constitucional (1985-1987) que se disseminou a implementação dos instrumentos de gestão da *New Public Management* através da adoção de uma visão gestonária para os serviços públicos. A autora salienta o facto de esta alteração ter coincido com a integração de Portugal na CEE, facto que poderá ter funcionado como um impulso externo à modernização da administração pública.

2.4. Novos desafios da *New Public Management*

A disseminação e a aceitação da *New Public Management* e o facto de diversos autores defenderem os seus princípios enquanto modelo inovador que proporcionou ganhos efetivos à gestão pública e empresarial dos serviços, geradora de qualidade, eficiência, eficácia (Frederickson, Smith, Larimer & Licari, 2012) não impediu que esta ficasse imune a críticas. O quadro seguinte apresenta alguns dos pontos desfavoráveis na apreciação desta teoria identificados na revisão da literatura efetuada.

Quadro 2.6 - Críticas à perspectiva da *New Public Management*

Autores	Fundamentação Crítica
Boyne (2002)	As diferenças entre a realidade de gestão e organização das instituições públicas e privadas. O autor refere que, por este motivo, não se deveriam aplicar práticas ou normas da gestão privada ao setor público.
Hood & Peters (2004)	
	A rápida transformação de organizações burocráticas em agências não se demonstrou eficaz no imediato.
Dunleavy & Hood (1994)	A <i>New Public Management</i> não foi capaz de resolver algumas das questões básicas que estavam na base da ineficiência da Administração Pública.
Moreira & Azevedo (2009)	Modelo incompleto. Não aplicou as suas características de uma forma geral, universal e integral. Como exemplos: a falta de aplicação no incentivo ao desempenho, as privatizações parciais. Perda de controlo nos processos. Aumento do risco de corrupção ou de vantagens particulares.
Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler (2006); Luke <i>et al.</i> (2011)	Excetuando a responsabilização da gestão, a transparência (<i>accountability</i>), as outras transformações foram pouco significativas. Incapacidade de reduzir custos nos serviços.
Frederickson, Smith, Larimer & Licari (2012)	Maiores custos. Aumento do número de funcionários em funções executivas.

Fonte: Elaboração própria com base nos trabalhos dos autores referidos

Para resistir, a nova gestão pública terá de ser capaz de acomodar diferentes tipos de crítica, modificando a sua agenda, na tentativa de identificar as áreas onde as desvantagens são mais marcantes. Alguns autores argumentam que a próxima fase deverá ser o que apelidam de "pragmatismo no valor público". Por outras palavras, a melhor forma de gestão a adotar dependerá das circunstâncias, como o valor que está sendo produzido, o contexto, ou a natureza da tarefa devendo existir um quadro de decisão para determinar a abordagem mais adequada para os diferentes tipos de circunstâncias (Alford & Hughes, 2008). A investigação sobre a reforma da gestão pública transformou-se num ramo disciplinar muito importante sendo esta investigação fortemente influenciada por novos tipos de institucionalismo (Barzelay & Gallego, 2006).

Neste contexto, valerá a pena referir o trabalho publicado em 2006 por Patrick Dunleavy sob o título: "*New public management is dead-long live digital-era governance*" onde o autor sugere que o paradigma organizacional da nova gestão pública se tornou obsoleto referindo que a política é importante para a compreensão de como funcionam as organizações públicas. Inicialmente, as organizações públicas foram estudadas, com a ajuda de teorias originalmente desenvolvidas para explicar o funcionamento do setor privado, tendo em conta o escasso conhecimento existente sobre o funcionamento das organizações públicas em contexto político.

Dunleavy foi crítico da nova gestão pública, ao referir que esta foi apenas uma reação às teorias da administração pública tradicional. Considerou que a necessidade de ideias para inovar as organizações públicas decorreu dos problemas financeiros e fiscais do Estado-Providência. Baseado no paradigma neoliberal, foram desenvolvidos diferentes conjuntos de ideias para as organizações públicas que foram equiparadas às organizações privadas. Na visão de Dunleavy há três características importantes da nova gestão pública a considerar: desagregação, concorrência e incentivação (Dunleavy *et al.* 2006).

Na emergência de uma resposta à transformação das sociedades ditas modernas houve também na administração pública a necessidade de adaptação aos valores aceites e referidos pelo tecido social (Bogason & Brans, 2008). Este movimento conduziu ao desenvolvimento das novas perspetivas do *New Public Service* (Denhardt & Denhardt, 2011) e da *Public Governance* (Kickert, 1997a; Kickert & Koppenjan, 1999; Blanco e Gomà, 2003; Bovaird & Löffler, 2005).

2.4.1. *New Public Service*

O surgimento do *New Public Service* resultou do facto de se levantarem múltiplas questões relativamente à idealização da administração privada como sinónimo de qualidade. Este modelo

considera que os problemas e os desafios dos setores público e privado são os mesmos e se centram nas seguintes questões Denhardt, J., & Denhardt, R. (2011):

- Nos mercados;
- Na identidade organizacional;
- No desenvolvimento tecnológico;
- Na concorrência;
- Na produtividade;
- Na satisfação das necessidades dos cidadãos.

A teoria do *New Public Service* visa servir o interesse público de modo a que todos os agentes envolvidos na concepção e na implementação das políticas, entre os quais líderes e cidadãos²⁰, partilhem dos mesmos interesses e contribuam para um adequado funcionamento da sociedade em sintonia com o desenvolvimento. Ou seja, estamos perante um modelo que assenta numa base plural, na qual o Estado não é entendido como um negócio mas sim como uma democracia (Denhardt & Denhardt, 2011; Osborne *et al.*, 2013). Para este efeito, os autores defendem uma maior flexibilização do poder e com uma opção clara pela liberalização das atividades do setor público, fomentando a privatização e o estabelecimento de parcerias com o setor privado (Osborne *et al.*, 2013).

Neste novo quadro concetual, os políticos no governo devem servir os cidadãos em nome dos mesmos e na defesa dos seus interesses de modo a gerar um valor comum que sirva cada uma das comunidades e a sociedade em geral. Para atingir este objetivo, os cidadãos deverão ser envolvidos nos processos de decisão ocorrendo uma liderança partilhada entre as diferentes estruturas de modo a aprimorar os serviços e a proverem a excelência no serviço público (Denhardt & Denhardt, 2011; Gawthrop, 1998).

2.4.1.1. Caracterização do Modelo

As palavras-chave do *New Public Service* são "servir o interesse público" numa base de construção coletiva entre cidadãos, funcionários, dirigentes da administração pública e governo (Denhardt & Denhardt, 2011). Na base deste conceito encontra-se um conjunto de fatores que caracterizam o modelo, tais como (Denhardt & Denhardt, 2011; Mozzicafreddo, 2001; Osborne, 2010):

- Partilha de interesses entre todos os agentes da administração pública;
- Repartição das responsabilidades (entre cidadãos e estruturas);

²⁰ Vistos desta forma e não como clientes ou utentes do serviço público (Denhardt & Denhardt, 2011).

- Incompatibilidade com soluções precipitadas, não refletidas ou de impulso;
- Prevalência de um pensamento estratégico;
- Preenchimento das necessidades coletivas dos cidadãos;
- Impedimento de que os interesses pessoais se sobreponham aos coletivos;
- Estímulo ao desenvolvimento de uma relação de proximidade e de confiança entre os cidadãos e os funcionários públicos;
- Foco nas pessoas e não apenas no desempenho e na produtividade;
- Consideração da cidadania, num primeiro plano, não focando centralmente a empresarialização dos serviços públicos;
- Obrigação dos funcionários públicos em aplicar os fundos públicos com igual responsabilidade e transparência como se estes fossem seus;
- Primazia da igualdade de oportunidades;
- Valorização do comportamento ético;
- Promoção de iniciativas de descentralização como a privatização de serviços públicos e do desenvolvimento de entidades com gestão autónoma;
- Consideração dos cidadãos enquanto contribuintes, parceiros e beneficiários do Estado;
- Implementação de processos de simplificação de normas, evitando a duplicação de funções e de serviços;
- Promoção do zelo pela legalidade, pelas normas e interesses públicos no desempenho de cargos públicos administrativos ou de topo.

O *New Public Service* marcou a posição da administração pública na sociedade, através do seu modelo de Estado, contribuindo para uma separação do poder administrativo do político e acrescentando o papel ativo do cidadão na decisão. De acordo com Mozzicafreddo (2001), para manter estes desígnios será necessária a permanente racionalidade do setor público em termos da "uniformidade, na impessoalidade, na força dos procedimentos e no controlo democrático dos recursos coletivos" (p.26).

O quadro 2.7 apresenta um resumo dos três modelos de administração pública até aqui caracterizados.

Quadro 2.7 - Modelos de Administração Pública: Administração Pública Tradicional, *New Public Management* e *New Public Service*

	Administração Pública Tradicional	<i>New Public Management</i>	<i>New Public Service</i>
Princípio Teórico	Teoria Política	Teoria Económica	Teoria Democrática
Modelo Comportamento Humano	“Homem administrativo”	“Homem económico”	Racionalidade estratégica ou formal
Conceção do Interesse Público	Definido e expresso na Lei	Conjunto de interesses pessoais	Promove o diálogo para o bem comum
Destinatários	Utentes	Clientes	Cidadãos, parceiros
Papel do Governo	Planear, desenhar, implementar e avaliar políticas	Estimular o mercado	Servir através da negociação de interesses com os cidadãos
Mecanismos para Governar	Administrar (organismos públicos)	Agencificação para atingir objetivos políticos	Promoção de agências públicas e privadas para atingir necessidades mútuas
Prestação de Contas	Hierárquica - administradores respondem aos objetivos políticos	Focada no mercado	Objetiva a defesa da lei, dos valores e dos interesses da sociedade
Estrutura Organizacional	Burocrática	Descentralização das organizações públicas: Estado regulador	Liderança partilhada
Base de Motivação para Funcionários e Administradores	Remuneração, benefícios sociais e estabilidade	Incentivos à eficiência e produtividade por objetivos	Serviço público, contribuição para o bem comum da sociedade

Fonte: Adaptado de Denhardt e Denhardt (2011, p.28-29)

2.4.2. *Governance*

A *Governance* assume-se como um novo paradigma que se afasta da *New Public Management* e das teorias burocráticas de Weber distinguindo-se pela promoção das teorias de redes de relação e do institucionalismo sociológico, em oposição ao idealismo económico e à teoria da escolha (Osborne & Gaebler, 1993; Osborne, 2010).

A reinvenção da governação, a partir do *New Public Service*, orienta a sua perspetiva no sentido da interação entre os diversos agentes que estão envolvidos nas políticas públicas. De acordo com Bovair e Löffler (2009), na base desta teoria, o importante é o que as pessoas sentem com as medidas implementadas pela administração pública e pelo Estado. O objetivo central é satisfazer os cidadãos; daí que seja importante a interação destes com os líderes (Bevil, 2009; Boyte, 2005; Woods, 2015).

2.4.2.1. Caracterização do Modelo

A *Governance* tem despertado o interesse das sociedades modernas tendo-se assumido como um paradigma distinto da *New Public Management* (Osborne & Gaebler, 1993). De acordo com a revisão da literatura, identifica-se um conjunto de características que a distinguem das restantes conceções teóricas, entre as quais:

- Ter como base as teorias de redes e o institucionalismo sociológico;
- Promover a descentralização da autoridade - racionalização da administração pública e a conseguinte diluição do poder central;
- Fomentar o poder e as competências das administrações públicas locais, de grupos económicos e da sociedade civil;
- Incentivar a gestão empresarial;
- Promover a livre concorrência entre os serviços;
- Promover a construção de redes de governação;
- Ter por objetivo a desburocratização da gestão e da administração (Bilhim, 2014; Dunleavy *et al.*, 2006; Osborne & Gaebler, 1993).

Na revisão da literatura podemos encontrar várias referências de autores a respeito da *Governance*. Para Boyne (2003), a lógica de governação, para além de se centrar nos resultados em termos de eficiência das instituições, também observa a qualidade, a equidade e a satisfação dos cidadãos que recorrem aos serviços públicos. O autor, de modo a promover a avaliação numa lógica de governação propôs a definição de redes de governança como uma forma de lançar novas políticas que assim seriam concretizadas com o acordo de todas as partes envolvidas, incluindo a área pública e privada. Lynn, Heinrich e Hill (2001) por sua vez, numa mesma linha, entenderam a governação como um conjunto de normas e processos que condicionam a atividade dos governantes sobre os serviços públicos, dado que esta envolve um acordo e uma negociação entre todos os participantes, nomeadamente com os cidadãos.

Neste modelo e com base nas redes de governação encontram-se como pontos fundamentais para um bom resultado em termos de governação: o diálogo entre os agentes, a mobilização dos cidadãos no teste às políticas, de modo a receber retorno sobre as mesmas (Dunleavy *et al.*, 2006).

2.5. Os Modelos de organização da Administração Pública e o setor da Saúde

Em Portugal, nos últimos 40 anos, o Estado tem sido predominante, tanto no financiamento como na prestação de cuidados de saúde. A partir dos anos 80, com maior evidência prática a partir de 1985 (X Governo Constitucional, 1985-1987) foram sendo aplicados princípios e práticas reformadoras adotadas da *New Public Management*.

De acordo com a revisão da literatura, são vários os autores que referem as limitações do modelo burocrático na saúde, tendo em conta a restrição orçamental, pelos elevados custos, pela exagerada burocracia na contratação de serviços e pela forte presença do Estado diretamente na prestação de cuidados (Nunes & Rego, 2010; Rego, 2011; Harfouche, 2008, 2012).

Em meados dos anos 90, a reforma da administração pública foi aplicada ao setor da saúde e trouxe consigo alguns dos valores da *New Public Management*, nomeadamente com a contratualização de serviços através de um exercício de separação das funções do Estado prestador e financiador, a concessão a entidades privadas e as experiências de gestão empresarial, em hospitais públicos, sem contudo pôr em causa os princípios edificadores do SNS (Escoval, 2003; Harfouche, 2008).

De uma forma mais intensa foi apenas a partir do ano de 2002 que se deram alterações significativas no setor da saúde, nomeadamente no setor hospitalar e na regulação do sistema (Nunes, 2009). Na base desta mudança encontrava-se um sistema de saúde despesista, com elevados défices de eficiência e de desempenho (Abreu, 2011; Barros, 2013; Campos, 2008). Deste modo, a adoção de modelos empresariais teve como objetivo a procura de uma maior produtividade, através de uma gestão de recursos mais eficiente e com o objetivo da criação de valor (Rego, 2011).

No caso dos hospitais, a aprovação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, e a publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, deram início à empresarialização dos hospitais públicos, que assim passariam a integrar o setor empresarial do Estado. O objetivo desta reforma consistiu em dotar as unidades hospitalares de uma maior autonomia com melhores instrumentos de gestão, promovendo igualmente a transparência e a obrigatoriedade da prestação pública de contas (Campos, 2008; Oliveira & Pinto, 2005; Rego, Nunes, & Costa, 2010).

A transição do papel de um Estado predominantemente prestador para um Estado igualmente regulador foi concretizada com a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2003 (Decreto-Lei n.º 309, de 10 de dezembro) mantendo-se a responsabilidade em garantir a prestação de cuidados de saúde de acordo com os preceitos constitucionais e assegurando o financiamento dos mesmos

(Barros, *et al.*, 2011; Escoval & Matos, 2009). Em paralelo, estas transformações na saúde fizeram com que se centrassem os cuidados nos cidadãos, se implementasse um modelo de mercado com novos operadores, se estimulasse a produtividade e ainda a lógica de contratação e o estímulo à concorrência entre instituições públicas (Ferrer, 2007; Rego, 2011). Fernandes (2011b) destaca a envolvimento do cidadão na decisão sobre a sua saúde como um fator indutor de qualidade e de estímulo à concorrência entre prestadores.

Neste sentido, poderemos afirmar que na evolução do sistema de saúde português, nos últimos quarenta anos, fica evidente a apropriação, no seu modelo de organização e de funcionamento, de referências aos preceitos da *New Public Management* aos quais se foram associando, mais recentemente, práticas de empresarialização das unidades hospitalares públicas, da progressiva opção de escolha pelo cidadão e pelo aprofundamento dos mecanismos de cooperação no âmbito da combinação entre setores, nomeadamente, entre o setor público e o setor privado.

2.6. Estado, Democracia e Mercado

Os ciclos de mudança histórica ocorridos na Europa, no final do século XIX e na primeira metade do século XX, decorrentes da revolução industrial e das duas grandes guerras, contribuíram para uma transformação profunda do pensamento político. A filosofia política liberal, de cariz individualista e baseada na ideia de um Estado minimalista evoluiu para um novo conceito de Estado global, protetor e promotor do bem-estar social (Keynes, 1926).

Neste processo evolutivo, a administração pública clássica viu a burocracia afirmar-se enquanto alternativa de valor superior ao encontrado na administração tradicional do Estado de cariz patrimonialista²¹. No entanto, os pressupostos fundamentais que tinham como foco a eficiência não se confirmaram em absoluto dando origem, pelo contrário, a uma administração mais rígida, de baixa qualidade operacional, de elevado custo e com um reduzido nível de orientação para os cidadãos (Baumol, 1965).

As transformações ocorridas na organização e no funcionamento do Estado, na segunda metade do século XX, alargaram a esfera das suas responsabilidades nos domínios social e económico. Neste sentido, evoluiu-se de um perfil tradicional de conformador estrutural da sociedade para agente mediador de relação com os cidadãos (Oppenheimer, 2000). Esta evolução contribuiu, igualmente,

²¹ O patrimonialismo diz respeito à falta de distinção entre o património público e o património privado no governo de uma determinada sociedade numa sobreposição pouco clara entre o domínio público e o domínio privado. O surgimento da administração pública moderna veio consagrar a generalização dos ideais republicanos e democráticos impondo, progressivamente, uma gestão pública mais responsável e atenciosa aos princípios da isonomia e da moralidade (Bevir, 2007; Hamilton, 1990).

para recentrar o papel do Estado numa nova dimensão, de carácter estratégico, através de um maior enfoque na dinamização e na coesão da sociedade (Pierre, 2000, Snowdon & Stiglitz, 2001).

O crescimento económico experimentado no pós-guerra permitiu, durante um período de tempo considerável, a harmonização entre o crescimento da economia e o bem-estar social contribuindo, desse modo, para uma progressiva redução das desigualdades sociais. Os modelos de desenvolvimento adotados, baseados em políticas económicas *keynesianas*, impulsionaram a estabilidade e a coesão social através do incremento dos rendimentos do trabalho e da consequente dinamização da economia pelo acréscimo da procura (Hall, 1989).

A visão otimista prevalecente no período compreendido entre o fim da Segunda Grande Guerra e os anos oitenta, que ficou marcada pela expansão do “*Welfare State*”, acabou, no entanto, por conduzir a um clima de incerteza quanto à possibilidade real de conciliação entre o desenvolvimento económico e as políticas sociais. Com efeito, nas duas últimas décadas, do século XX, a estagnação do crescimento económico associada às pressões inflacionistas e às crises das finanças públicas dos Estados fez emergir uma tensão manifesta entre a política económica e financeira e as políticas sociais, agravando os desequilíbrios e, consequentemente, as desigualdades entre as diferentes camadas da sociedade (Frieden, 2006).

Nas últimas décadas, a recorrência dos contextos de crise intensificou o debate sobre o papel do Estado, enquanto garante da regulação democrática e promotor do bem-estar social e do desenvolvimento humano, ao mesmo tempo que contribuiu para diminuir o capital de confiança na relação entre Estado, administração e cidadãos (Eckersley, 2004).

Esta nova realidade veio pôr em causa a ideia gerada, nas décadas de cinquenta e de sessenta, quanto à possibilidade de uma mudança estrutural nas economias de mercado suscetível de desenvolver uma sociedade de bem-estar de base sustentável. Ao mesmo tempo, desencadeou um intenso debate sobre a qualidade das políticas públicas no enquadramento da relação do Estado com o indivíduo, enquanto cidadão, nos novos contextos de globalização (Martinussen, 1997).

2.6.1. Estado e Democracia

A democracia exprime a vontade organizada dos cidadãos através de uma transferência de poder, pela via da representação, devendo garantir a diversidade assegurando aos cidadãos a possibilidade de fazerem escolhas livres, particularmente num contexto de economia de mercado em que subsistem diferentes "variedades de capitalismo" (Albert, 1993; Rodrik, 1999).

Nas últimas décadas, o conceito de democracia deslocou-se dos aspetos da mera representação, repartição e controlo do poder para um exercício político mais orientado para a realização da equidade entre os cidadãos perante a lei e as garantias morais, ou seja, num sentido mais amplo, para a construção da cidadania social, política e cívica (Held & Thompson, 1996). Este novo conceito de democracia alargou o horizonte da responsabilidade estrita na garantia dos direitos civis e políticos para a salvaguarda dos direitos económicos, sociais e culturais e, consequentemente, dos valores da igualdade, da solidariedade e da não-discriminação (Birch, 2007).

Na aparente contradição entre democracia e administração torna-se fundamental a coexistência entre rigor e transparência na medida em que a democracia e o serviço público se complementam na equação dos direitos de cidadania. No Estado democrático, a administração pública adquire especiais responsabilidades na conservação dos valores, na garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos e na salvaguarda do interesse público, no respeito pelas orientações dos órgãos legislativos, na implementação adequada das políticas e das leis, das regras e dos regulamentos, atuando num quadro de confiança e de subordinação ao rigor moral e ético da prática profissional (Box, 2007). O núcleo central de responsabilidades de uma administração pública eficiente está na sua capacidade em se organizar tendo em vista a satisfação do interesse geral em detrimento dos condicionalismos setoriais ou corporativos (Dunleavy & Hood, 1994).

2.6.2. O Estado Liberal

O liberalismo, enquanto corrente política, afirmou-se na Europa e nos Estados Unidos a partir dos meados do século XVIII, por oposição ao intervencionismo do Estado. No fundamental, os ideais liberais defendiam o primado dos valores da economia, da propriedade e da livre iniciativa num contexto de autorregulação do mercado, reservando ao Estado um papel mínimo confinado, no essencial, às funções de soberania onde se incluíam a defesa e a justiça.

A corrente de pensamento liberal foi marcada por uma grande diversidade de ideias radicando muita da sua influência teórica no pragmatismo dos impactos sociais resultantes da revolução francesa e da revolução norte-americana. Com efeito, a declaração da independência dos Estados Unidos, em 1776, precursora da Constituição fundadora da nação americana, em 1787, tal como o ideário da revolução francesa em 1789, com a proclamação da “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”, criaram o ambiente social e político propício à difusão dos ideais liberais (Rawls, 1993).

Na primeira metade do século XIX predominou o ideário liberal, assente nos valores da liberdade económica, em contexto de mercado, propiciador de uma atmosfera de liberdade no comércio

internacional e com um foco prioritário na proteção dos direitos individuais e da propriedade privada. Esta doutrina defendia a livre concorrência, cuja regulação apenas deveria estar subordinada às leis tradicionais da oferta e da procura. Num contexto de forte incremento da industrialização, acentuou-se a progressiva dependência do capital em relação às crescentes necessidades de investimento. Desta forma, foram criadas as condições para que o liberalismo económico viesse a determinar a eclosão do capitalismo industrial e financeiro (Dewey, 1963).

De entre os autores mais relevantes do pensamento liberal destaca-se Adam Smith, cujo pensamento se fundava na ideia de um Estado mínimo capaz de “libertar” a sociedade para o dinamismo económico reservando para si apenas as responsabilidades de garantia da ordem pública, da defesa nacional, de aplicação da justiça e de proteção da propriedade (Smith, 2008). Na sua obra, “*The Wealth of Nations*”²² de 1776, Adam Smith enuncia um importante conjunto de princípios teóricos que procuram encontrar respostas para os bloqueios sociais e económicos decorrentes da tradição feudal e mercantilista até então prevalecente.

Adam Smith defendia as virtudes da concorrência entre privados, num mercado livre e autorregulado, em que o Estado deveria contribuir, pela sua ação, para o desenvolvimento e a manutenção das instituições de utilidade pública cuja subsistência, pela natureza de mercado, não pudesse ser garantida. Adam Smith considerava que o Estado deveria ter uma intervenção fiscal limitada, referindo que o mercador movido pelo seu próprio interesse é levado por uma mão invisível a promover algo que nunca fez parte dos seus objetivos: o bem-estar da sociedade (Smith, 2007):

"and by directing that industry in such a manner as its produce may be of the greatest value, he intends only his own gain, and he is in this, as in many other cases, led by an invisible hand to promote an end which was no part of his intention. Nor is it always the worse for the society that it was no part of it" (p.349).

Para outros autores, como John Suart Mill, a principal função do Estado deveria ser a promoção das melhores oportunidades para o desenvolvimento individual, através da educação, devendo a intervenção do Estado ficar apenas confinada às áreas ou domínios em que os indivíduos se afigurassem incapazes de assegurar o cumprimento de responsabilidades (Mill, 1999).

²² Trabalho de investigação realizado sobre a natureza e as causas riqueza das nações, publicado pela primeira vez em 1776. O trabalho desenvolvido produziu importante análise teórica sobre as questões societárias, a divisão do trabalho e a acumulação de capital constituindo um importante referencial na história do pensamento económico.

De entre os pioneiros do liberalismo, merece igualmente destaque John Locke defensor dos direitos naturais intransferíveis os quais, no seu entendimento, precediam a própria sociedade: a liberdade, a propriedade e a vida (Locke, 1998). Outros autores, como Jeremy Bentham, defenderam uma conceção otimista da iniciativa privada, referindo que sempre que um indivíduo trabalha para a concretização dos seus objetivos, contribui para o desenvolvimento da sociedade. No campo do pensamento científico liberal devem ser, igualmente, mencionados dois autores - David Hume e Montesquieu - cujo contributo teórico se afigurou relevante, nomeadamente, nas matérias relativas à regulação do trabalho enquanto instrumento de indução para o desenvolvimento da economia.

Em termos históricos, a segunda metade do século XIX caracterizou-se por uma profunda alteração no paradigma de mercado, na medida em que os liberais passaram a reclamar do Estado um papel mais ativo e interventor, na proteção do mercado interno face à concorrência internacional. O liberalismo clássico associou-se às ideias políticas do imperialismo, incorporando o “Darwinismo Social”, ou seja, a ideia central de que o Estado deve apenas centrar-se na criação de condições para que os mais aptos prevaleçam sobre os mais fracos.

O liberalismo foi incapaz de agregar a sociedade em torno de um projeto de desenvolvimento económico e de coesão social contribuindo, desse modo, para o clima de instabilidade política que acabou por conduzir à eclosão da primeira guerra mundial, entre 1914 e 1918. A intervenção do Estado na dimensão económica, de modo formal, ocorreu a partir de 1919, após a I Guerra Mundial, na Constituição alemã da República de *Weimar*, de modelo parlamentarista democrático, onde se introduziu uma secção especialmente dedicada ao enquadramento da vida económica (Cesário, 2004).

A “grande depressão” que se sucedeu à crise de 1929 comprometeu gravemente os equilíbrios sociais e políticos, na Europa e nos Estados Unidos, com consequências muito nefastas nos níveis de inflação e de desemprego. Para minorar os efeitos assoladores desta crise, o Estado foi forçado a uma intervenção vigorosa no sentido de controlar os seus efeitos através da criação de emprego numa iniciativa que ficou conhecida como o “*New Deal*”²³. A crise económica e financeira de 1929 fez eclodir uma grave crise de confiança no sistema capitalista e na economia de mercado conduzindo a uma reorientação das políticas públicas visando a regulamentação do mercado e a emergência de uma primeira geração de políticas sociais (Friedman & Schwartz, 1965).

Um dos contributos mais relevantes de suporte à importância da intervenção do Estado, em contexto

²³ O *New Deal* cuja tradução literal em português seria “novo acordo” ou “novo trato” foi a designação porque ficaram conhecidos um conjunto de programas implementados nos Estados Unidos entre 1933 e 1937 sob o governo do Presidente Franklin Roosevelt cujo objetivo consistia na recuperação e transformação da economia norte-americana corrigindo os efeitos associados à “grande depressão” (Maher, 2008; Schlesinger, 1986).

de crise e desemprego, foi introduzido por John Maynard Keynes, através da obra “*The end of laissez-faire*” publicada em 1926. Keynes considerava que o desemprego estava ligado à insuficiência de consumo combinada com a carência de investimento e que o papel do Estado deveria passar a ser o de estimulador destas duas funções, com vista a aumentar a procura global efetiva através da despesa pública e da política orçamental - fiscal, monetária, creditícia e da política de desenvolvimento das obras públicas (Keynes, 2006).

O liberalismo voltaria a surgir mais tarde, no final da década de setenta, no início do processo de globalização, defendendo o fim do protecionismo e uma maior liberdade no comércio internacional. Ao mesmo tempo, proliferaram os ideais políticos favoráveis a um Estado mínimo por oposição ao Estado-Providência com o fundamento teórico da necessidade de redução da carga fiscal sobre os cidadãos e as empresas. Neste contexto, foi impulsionado o incentivo à privatização de setores tradicionais até então reserva da propriedade pública tais como a saúde, a educação, os transportes, a energia, a água entre outros. Este processo conduziu a um desinvestimento progressivo em políticas sociais correspondendo, no plano teórico, a uma ideia associada entre democracia, mercado e Estado mínimo (Rawls, 1993).

2.6.3. O Estado-Providência

A partir do modelo anterior, de Estado liberal clássico ou tradicional, também designado por liberalismo “*laissez-faire*”, um novo modelo de Estado foi surgindo através do estabelecimento das primeiras medidas sociais, de carácter assistencial e orientadas por ideais humanitários e de progresso social (Keynes, 1926). O Estado liberal do século XIX veio a dar lugar ao Estado social “*welfare state*” que se difundiu, pela Europa, mais marcadamente, após a segunda grande guerra.

O novo modelo de Estado passou a caracterizar-se por uma intervenção mais ativa na economia e na sociedade, reforçando a orientação das políticas sociais para o bem-estar e a segurança dos cidadãos nos domínios do emprego, das condições de trabalho, saúde e educação e na proteção dos direitos individuais, configurando o Estado-Providência ou “*welfare state*” através de uma forte expansão do domínio público, nomeadamente, pela criação de um vasto setor empresarial público e pelo recurso a programas de nacionalizações. Tal como referido por Mozzicafredo (2000) "por um lado, o sistema de ação social estrutura-se de maneira articulada, contínua e universal, relativamente às necessidades e exigências sociais e, por outro, assiste-se a uma prática de forte intervencionismo económico e político do estado na sociedade” (p.16).

2.6.4. A crise do "Estado-Providência"

A crise económica e financeira dos anos setenta, cujo impacto global foi fortemente agravado pela crise petrolífera no início da mesma década e pela política monetária de desvalorização do dólar, em 1971, acarretou consequências muito negativas para a economia mundial, interrompendo o ciclo de crescimento que até então vinha a ser registado nos países industrializados. A retração económica e o desemprego condicionaram a progressão das políticas sociais fazendo emergir a crise do Estado-Providência (Baldwin, 1990).

O contexto de crise intensificou a divergência ideológica entre as correntes políticas no que diz respeito às virtudes do mercado face ao Estado redistribuidor (Offe, 1987). A crise do Estado-Providência, para além dos aspetos financeiros e das restrições orçamentais pôs em evidência uma tensão no plano intelectual sobre a interpretação do valor da igualdade, enquanto fundamento do Estado, acentuando o desequilíbrio entre igualdade política e civil e igualdade económica (Clarke, 2004).

A persistente ambiguidade entre o progresso e o reforço da democracia e a necessidade de clarificação de regras macroeconómicas de enquadramento de mercado tornou mais difíceis os processos de ajustamento económico, em contexto de crise, comprometendo a coesão social e ignorando, em muitos casos, a circunstância de que para qualquer política pública possa ser eficiente e sustentável, terá de existir coerência entre as metas definidas nos diferentes domínios de intervenção prevenindo, desse modo, os riscos de instabilidade macroeconómica e as consequentes implicações sociais (Esping-Andersen, 1996). A título de exemplo, poderão ser referidas as consequências regressivas da inflação sobre os níveis de desemprego e as quebras de rendimento, assim como o impacto das crises monetárias na fuga de capitais e na redistribuição injusta entre o peso do serviço da dívida externa e os apoios aos setores sociais mais desprotegidos (Schmidt, 1983).

As crises sociais e de mercado, dos anos oitenta e noventa, puseram em evidência que as recessões económicas provocam um dismantelamento dos apoios e da proteção social, conduzindo a um inexorável aumento das taxas de desemprego e da pobreza, com perda permanente de capital social e humano (Friedmann, 1996). Uma contradição central das sociedades democráticas expressa-se nessa relação entre a vontade de reduzir as desigualdades e o reconhecimento das diferenças na medida em que o Estado-Providência deveria estar centrado no indivíduo, enquanto categoria social e política e que, nessa condição, o Estado fiscal não poderia existir sem o desenvolvimento da economia, da sociedade e do mercado (Rosanvallon, 1998).

A crise do Estado-Providência resultou igualmente da crise de solidariedade associada aos fenómenos de corporativização social expressos através das reivindicações, dos indivíduos e dos grupos que se distanciaram do sentido social dos seus efeitos (Esping-Andersen, 1991). Um exemplo elucidativo pode ser encontrado na "economia informal" ²⁴ enquanto fenómeno de retratação social com efeitos sociais perversos resultantes do impacto negativo nas bases tributárias do Estado.

Rosanvallon (1995) chama a atenção para o facto de a crise do Estado-Providência ter condicionado os mecanismos de solidariedade social transformando as prioridades mais numa ideia de procura por segurança do que por igualdade e democracia. Tal circunstância poderia explicar a razão pela qual a tensão entre um crescimento económico frágil e o condicionamento das políticas públicas de proteção social ocorreu sem movimentos sociais de expressão relevantes (Walzer, 1982).

A ideia de contrato social foi sendo desvalorizada num contexto em que os mecanismos de redistribuição estão cada vez mais dissociados de uma intenção política orientada para a redução automática de desigualdades (Fitoussi, 2004). A desvinculação moral de reformulação do contrato social implícito tornou menos relevante, do ponto de vista político, a necessidade de o ter em conta, na medida que se tornou menos evidente a existência de compensação política (Benabou, 2000).

Diversos autores, como Hirschman (1980), Draibe e Henrique (1988), referiram a necessidade de serem reexaminadas as políticas públicas, face à crise e às pressões sociais e políticas no sentido de uma utilização mais humana, racional e democrática dos recursos bem como de uma satisfação mais equilibrada das necessidades (Perrin, 1981). Na perspetiva progressista, a conjugação de programas económicos anti-recessivos com a revisão das prioridades e a realocação de recursos públicos pareceu ser a melhor alternativa para a superação do estrangulamento financeiro prevenindo as roturas sociais resultantes dos crescentes níveis de pobreza (Rosanvallon, 1995; Schmidt, 1983).

Um dos aspetos mais criticados teve que ver com a crescente burocratização do aparelho social dos Estados que conduziu a uma centralização excessiva dos programas sociais e à complexidade acrescida dos processos decisórios. Com efeito, os organismos e instituições estatais têm revelado uma tendência entrópica que compromete a sua eficácia através da introdução de procedimentos complexos geradores de ineficácia e de desperdício. As burocracias do aparelho social tendem a expandir-se multiplicando a oferta de bens e serviços sociais assim como a difusão injustificada de alguns

²⁴ A Economia informal envolve as atividades que estão à margem da formalidade, sem registo formal, sem empregados registados e sem cumprimento das obrigações sociais e fiscais. Neste contexto, as diferentes atividades económicas ao nível do setor primário, secundário ou terciário são realizadas à margem do conhecimento oficial pelo que não dão lugar à cobrança dos encargos sociais dos respetivos trabalhadores nem da coleta dos respetivos impostos (Benton, Portes & Castells, 1990).

programas atuando, muitas vezes, de acordo com uma lógica de vinculação a grupos de pressão ou “clientelas” e reforçando os riscos corporativistas associados (Delcourt, 1982).

A conjugação da centralização com a burocratização favoreceu um controlo social inadequado sobre os indivíduos e os grupos sociais constatando-se, na moderna administração do *welfare state*, a existência de uma grande variedade de instrumentos coercivos e dissuasivos (Walzer, 1982). Em certa medida, poderemos referir que a crise do "*welfare state*" se deveu à sua perda de eficácia a que se associou a questão da falta de legitimidade dos programas públicos, a desconfiança em relação à capacidade e à eficiência do Estado, a fragmentação da opinião pública e a forte visibilidade dos programas sociais (Block, 1994). Para alguns autores mais conservadores, como William Simon (1985), a solução estaria no corte dos orçamentos sociais e na assistência direta "àqueles que são verdadeiramente pobres".

Pelo contrário, no campo marxista, foi afirmado que os programas sociais não deveriam ter como objetivo fundamental os mecanismos redistributivos, sendo antes vistos como uma ampliação da responsabilidade do Estado, ou seja, mais como uma forma de controlo social e de diminuição das tensões inerentes à luta de classes (Gough, 1975). Neste sentido, não teriam que ter nenhum tipo de efetividade social e as crises apenas deixariam mais transparente a natureza capitalista da regulação e da intervenção social do Estado num contexto em que as sociedades capitalistas se transformaram num complexo padrão de diferenciação social (Janowitz, 1976).

O "*welfare state*", ao alterar a estrutura social e o padrão de desigualdades económicas, condicionou a participação política contribuindo assim para o aparecimento de regimes políticos fracos. O comportamento eleitoral e as suas contradições, a fragilidade das alianças, a ausência de maiorias políticas bem definidas, a crise de confiança refletiram a ineficiência dos padrões vigentes de coesão e de "controlo social".

Em síntese, a busca do Estado-Providência não apareceu como o único meio de proteção social numa sociedade cada vez mais fragmentada pela pressão das estruturas económicas. Por sua vez, o Estado, incapaz de se fundar sobre um compromisso social de conjunto multiplicou os entendimentos sociais categoriais contribuindo para a diminuição de sua legitimidade (Stiglitz, 2002). Na verdade, os dilemas do "*welfare state*" constituem a expressão dos limites no sistema vigente de "controlo social" e na capacidade das sociedades modernas poderem encontrar uma fórmula de autorregulação suscetível de as libertar de mecanismos de controlo coercivo, não democrático, para um contexto de legitimação acrescida favorável ao desenvolvimento de uma nova ordem social.

A reflexão sobre o Estado-Providência e a sua crise coloca a questão essencial na necessidade de ser encontrado um novo equilíbrio entre o mercado e o interesse público (Stiglitz, 1989). Na relação entre Estado, mercado e sociedade é importante ter em conta a noção de interesse público entendido como o equilíbrio resultante entre o bom funcionamento dos mercados e a coesão social (Block & Evans, 2005). Neste equilíbrio, são indispensáveis os instrumentos de política social no sentido de ser garantido o melhor aproveitamento do capital humano e das externalidades, por este geradas, no campo do desenvolvimento económico, tal como a regulamentação do mercado do trabalho, no âmbito da regulação macroeconómica com impacto potencial nos mecanismos de crescimento e de redistribuição da riqueza.

O conceito do "*Optimum de Pareto*" exprime a forma como um resultado eficiente gerado, do ponto de vista dos mercados, pode ser compatível com a distribuição de benefícios no âmbito das políticas fiscais e sociais embora se afigure insuficiente para uma análise rigorosa da relação entre economia, sociedade e política (Rodrik, 2011). Neste sentido, é fundamental encontrar um equilíbrio que possa contrariar a ideia do fundamentalismo de mercado que afirma que só há um modelo desejável de desenvolvimento aplicável a todos os países em todas as circunstâncias e que vê a "economia de mercado" como sendo antagónica ao intervencionismo estatal (Perrin, 1981).

2.6.5. O papel da Administração Pública

O papel da administração pública, tal como definido por John Rohr, centrou-se na obrigação de reger a sociedade. Um governo pode existir sem um órgão legislativo ou judicial, mas não poderá funcionar sem administração. Para além da garantia dos serviços, a administração pública tem a relevante missão de salvaguardar o interesse público. O progresso económico, cultural e humano de uma sociedade, depende em grande medida da ação de uma administração pública eficaz.

No Estado moderno, o papel e o âmbito da administração pública tornaram-se cada vez mais abrangentes, situando-se muito para além da tradição clássica do "*laissez-faire*" e tendo sido registada, desde então, uma profunda alteração no paradigma funcional da administração pública, em resposta à evolução das determinantes da procura, por parte dos cidadãos e dos agentes económicos, num contexto de inovação tecnológica, de globalização económica e de dinâmica do trabalho em rede. A incorporação de princípios inovadores de gestão, muitos deles importados do setor privado, reconfigurou o modelo e a prática da nova administração pública (Rohr, 1988).

O aumento da consciencialização dos direitos de cidadania, associado à difusão crescente da informação, tornou as sociedades mais reivindicativas, impondo um grau de exigência crescente à

administração pública e aos seus agentes. Esta disrupção com os modelos tradicionais tem vindo a ser intensificada com os processos de “terceirização”, externalização, “*contracting in*” e “*contracting out*” pelo efeito de “contaminação” nos processos de inovação e de gestão da mudança. As tendências de futuro apontam no sentido da substituição progressiva da opacidade e do segredo pela transparência e pela responsabilidade num contexto de administração proativa (Dunleavy & Hood, 1994).

No tempo atual, as relações entre Estado, democracia e mercado não poderão deixar de ser enquadradas no domínio integrador, mais complexo, do conceito de “desenvolvimento humano” considerando o desenvolvimento como a realização plena da liberdade do indivíduo entendido como a expressão global das ideias globais e dos valores relativos aos direitos humanos, ao desenvolvimento sustentável, à igualdade do género e ao respeito pela diversidade étnica e cultural (Ferrera, Hemerijck & Rhodes, 2000). As consequências dessa nova perspetiva extravasam, largamente, os domínios estritos da ciência económica introduzindo, no debate intelectual e científico, novas dimensões no âmbito dos direitos humanos, civis e políticos, para além dos direitos sociais e culturais delimitando uma nova fronteira - os limites éticos para a formulação de políticas de desenvolvimento (Snowdon & Stiglitz, 2001).

A criação do Estado-Providência visou, na sua génese, exprimir pela ação um ideário de políticas sociais inovadoras assentes em valores de justiça, igualdade e equidade social suportadas, em grande parte, nas sociedades industriais democráticas, através de um compromisso *keynesiano* de regulação entre economia e sociedade.

O Estado-Providência foi incapaz de evitar a rotura social ocorrida, nos anos oitenta, resultante da crise da economia e das respetivas consequências no mercado de trabalho bem como pelo fenómeno emergente de novas relações sociais marcadas pela busca de maior proximidade social, pela crítica a um "coletivismo" excessivo num contexto em que autores como Rosanvallon sugeriam, como alternativa, a criação de um espaço pós-social democrata que assentasse na redução do modelo “*keynesiano*” e na sua combinação com modos de regulação autogestionários e intrassociais.

A fragilização do Estado Providência conduziu a um progressivo desmantelamento das políticas sociais, com um crescente conjunto de responsabilidades transferidas para o setor empresarial e para o terceiro setor na prestação de serviços sociais. Esta tendência de privatização e de transferência de encargos decorreu de uma estratégia de redução de custos, por parte do Estado confirmando uma diminuição progressiva do papel do “*welfare state*” (Ascoli & Ranci, 2002).

Este contexto acentuou a ideia de redução do sentimento de pertença ao coletivo social, tanto na identificação com os objetivos como na intensidade de criação de laços de solidariedade, sublinhando a importância de ser recriada uma nova sociedade onde seja ampliada a responsabilidade social dos indivíduos e dos grupos com base em iniciativas do próprio Estado ou da sociedade civil (Ferrera *et al.*, 2000).

O domínio público deverá ser entendido, cada vez mais, como o ponto de convergência dos interesses coletivos da sociedade, sendo liderado pela própria sociedade reservando ao Estado o papel de indutor e regulador do desenvolvimento coletivo. No contexto das relações entre Estado, democracia e mercado” os agentes e interesses económicos deverão estar subordinados à escolha política democrática, na medida em que não existe um projeto único ou ideal para uma "economia de mercado" (Pierre, 2000).

Em síntese, trata-se de definir um novo contrato social que concilie a flexibilidade económica com a desburocratização do Estado. Adicionalmente, com o aprofundamento do diálogo social num contexto de compromisso democrático que tenha como objetivo a regeneração do Estado-Providência através de uma nova geração de políticas sociais em detrimento de uma abordagem assistencialista. A reforma do Estado-Providência, no contexto mais alargado de Estado social, terá de encontrar formas renovadas de proteção dos cidadãos recorrendo a parcerias articuladas com os outros setores.

PARTE II - OS SISTEMAS DE SAÚDE

3. A Evolução do Sistema de Saúde em Portugal

A evolução do sistema de saúde português, ao longo das últimas décadas, resultou de um processo complexo no qual convergiram diferentes momentos de reforma e múltiplas iniciativas políticas. Os resultados alcançados decorrem de um conjunto de acontecimentos internacionais e de opções políticas tomadas, em cada ciclo político, pelos diferentes governos (Simões, 2009).

Ao longo dos últimos quarenta anos, o sistema de saúde português caracterizou-se pela sua natureza mista, traduzida num quadro de cooperação e de contratualização entre o setor público e os setores privado e social (Cabral, 2009). Atualmente, o sistema de saúde incorpora uma grande diversidade de modelos de financiamento e de prestação de cuidados de saúde que resultaram de significativas transformações das condições de mercado bem como de importantes reformas estruturais. Em termos globais, as políticas públicas implementadas pelos diferentes governos tiveram como referenciais principais a sustentabilidade do sistema, o incremento da sua eficiência e a melhoria global da qualidade dos serviços (OCDE, 2015a).

Na base do reconhecido sucesso das políticas públicas em saúde em Portugal, ao longo dos últimos quarenta anos, esteve sempre presente a preocupação de uma coordenação, tão eficaz quanto possível, entre os diferentes níveis de cuidados - cuidados de saúde hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados (OCDE, 2015a).

Na sua dimensão pública, o sistema de saúde encontra-se sob a direção e comando de diferentes órgãos e entidades da administração central e regional²⁵ de entre as quais se destacam as seguintes:

- Ministério da Saúde (MS)²⁶: entidade responsável pela definição da política de saúde, planeamento, orientação e supervisão;
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS): estrutura responsável pela avaliação e supervisão das instituições de saúde no cumprimento dos objetivos definidos com a tutela (Amador, 2009; Gulbenkian, 2014; OCDE, 2015; OMS, 2010);

²⁵ Em muitos países da OCDE a organização, a definição da política do sistema e a responsabilidade pela contratualização e a prestação de cuidados de saúde é da responsabilidade de estruturas regionais ou municipais que se constituem como atores centrais no sistema de saúde sendo esta realidade diferente em Portugal onde a direção do sistema de saúde é feita a nível central (OCDE, 2015a).

²⁶ O Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados. Na prossecução da sua missão, são atribuições do Ministério da Saúde: a) assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde; b) exercer, em relação ao SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção; c) exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos (artigos 1º e 2º Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

- Administrações Regionais de Saúde (ARS): estruturas descentralizadas, responsáveis pela implementação das medidas definidas pelo executivo.

Neste capítulo serão abordados os fundamentos conceituais dos sistemas de saúde, nos diferentes países que integram a OCDE bem como os aspetos fulcrais da evolução das políticas de saúde em Portugal nas últimas décadas.

3.1. Origem e Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde

Para uma melhor compreensão da evolução das políticas e das reformas, no sistema de saúde português, procedeu-se a uma breve caracterização dos modelos fundacionais que estiveram na base do desenvolvimento dos sistemas de saúde na maioria dos países que integram a OCDE.

3.1.1. Os Modelos base: *Bismarck* e *Beveridge*

O desenvolvimento dos sistemas de saúde, nos países que integram a OCDE, teve por base dois modelos fundamentais, vulgarmente designados por modelo *Beveridge* e por modelo *Bismarck*. No entanto, é importante sublinhar que a evolução dos sistemas de saúde ao longo do tempo conduziu, na maior parte dos casos, a que se estabelecessem modelos de natureza mista congregando características dos dois principais modelos anteriormente referidos (Simões, 2009).

A referência ao modelo de Bismarck teve origem na Alemanha no ano de 1883, tendo aquela denominação surgido em referência ao chanceler que esteve na base da sua criação. A lei que regulou a criação deste sistema foi inovadora no sentido em que, pela primeira vez no mundo, os empregadores foram obrigados a participar financeiramente na constituição de um seguro coletivo a favor dos seus trabalhadores. Numa primeira fase, este sistema aplicou-se apenas aos empregados com menores rendimentos, embora, pouco tempo depois, tivesse sido estendido de uma forma universal ao conjunto de todos os trabalhadores (Simões, 2009).

O modelo de *Bismarck*, aplicado aos sistemas de saúde, conduziu ao desenvolvimento dos seguros de saúde obrigatórios cujos custos eram totalmente assumidos pelo empregador podendo, em certos casos, ser partilhados com o funcionário através de contribuições regulares que tinham como objetivo a cobertura parcial ou total dos segurados passando a assumir, dessa forma, o risco perante uma situação de doença, incapacidade temporária, invalidez ou morte prematura (Simões, 2009).

A referência ao modelo *Beveridge* surge em 1944, no Reino Unido, aquando do lançamento das bases doutrinárias do Estado-Providência, no qual desempenhou um papel determinante a publicação do relatório *Beveridge: "Social Insurance and Allied Services"*. Neste importante documento, a saúde era definida como um bem necessário para o desenvolvimento de um sistema de segurança social que garantisse o apoio a todos os cidadãos (Mahon, Walshe & Chambers, 2009).

Em 1948, tendo como quadro teórico de referência o desenvolvimento do modelo *Beveridge*, foi criado o *National Health Service (NHS)*, o qual viria a consagrar uma resposta de cuidados de saúde sem restrições de acesso cuja responsabilidade financeira e administrativa cabia ao Estado. O enquadramento concetual deste modelo, de base universal, fundava-se nos seguintes pontos:

- A ideia de um Estado interventivo junto da sociedade;
- A importância de minimizar as situações que poderiam pôr em risco a sociedade;
- A promoção de uma segurança social desde o nascimento até à morte de qualquer cidadão, incluindo os cidadãos excluídos pela sociedade à época;
- A atribuição de prestações sociais, independentemente dos rendimentos ou da contribuição específica dos cidadãos.

A contribuição financeira para este sistema de segurança social, de acordo com *Beveridge*, partia de um seguro obrigatório deduzido das contribuições semanais ou mensais de cada trabalhador. O objetivo era a constituição de um fundo social para cobrir as necessidades momentâneas ou permanentes de qualquer cidadão em casos de desemprego, de doença, velhice ou morte.

A criação do SNS inglês constituiu um importante momento histórico, no contexto europeu, no domínio da proteção da saúde e na prestação de cuidados. As garantias essenciais eram as seguintes:

- A responsabilidade total do Estado pelos cuidados de saúde;
- A afirmação de um princípio de acesso universal;
- A igualdade na prestação de cuidados independentemente da profissão, da idade, do sexo e estado civil;
- A referenciação e a integração dos diferentes níveis de cuidados;
- O acesso gratuito da população no momento da prestação de cuidados de saúde (Allsop, 1995; Simões, 2009).

3.1.2. O desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nos países da OCDE

Tendo como base de referência os exemplos da Alemanha e do Reino Unido, os diferentes países foram desenvolvendo os seus próprios sistemas de segurança social e de saúde (Chevalier, Levitan & Garel, 2009). De uma forma geral, a opção dividiu-se entre a captação de fundos através das contribuições de patrões e de trabalhadores ou, em alternativa, a coleta a partir das contribuições fiscais do conjunto dos cidadãos. Nalguns países, a opção fez-se pela adoção de um sistema misto, incorporando características de ambos os modelos (Campos, 2000b). Importa destacar, no entanto, que tanto nos modelos de financiamento público, através de impostos, como nos modelos baseados em seguros sociais ou ainda nos sistemas mistos, persistiu, na grande maioria dos casos, um financiamento direto, por parte dos cidadãos, através de copagamentos ou ainda pela aquisição de seguros privados, por opção individual, em complemento da assistência pública (Campos & Simões, 2011; Escoval, 2003; Raposo, 2007).

O quadro seguinte caracteriza os sistemas de saúde, de vários países europeus, de acordo com o modelo base predominante:

Quadro 3.1 - Modelos base dos sistemas de saúde

Modelo	Características Principais	Países
<i>Bismark</i>	<ul style="list-style-type: none">– Contribuições obrigatórias de empregadores e de trabalhadores.– Rendimento de cada contribuinte.– A base de prestação é um sistema de seguro social.	<ul style="list-style-type: none">– Alemanha, Áustria, França, Holanda e Bélgica.
<i>Beveridge</i>	<ul style="list-style-type: none">– Financiamento baseado nos impostos.– A base da prestação de cuidados assenta num modelo de SNS.	<ul style="list-style-type: none">– Portugal, Espanha, Reino Unido.

Fontes: OCDE (2001)

Em Portugal, o financiamento e a prestação de cuidados de saúde têm sido assegurados através de um sistema misto, onde coexistem prestadores públicos e privados, com um predomínio do SNS, não dependendo o tipo ou a qualidade da prestação do rendimento de cada cidadão mas sim das suas necessidades. Ao longo da sua evolução, o sistema de saúde português foi assegurado tendo em conta as especificidades do setor, de forma a garantir a qualidade na prestação de cuidados a todos os cidadãos (Pinto & Aragão, 2003).

3.2. Políticas de Saúde em Portugal

A política de saúde diz respeito às decisões, planos e ações definidas pelos Estados para alcançar um determinado nível de saúde para a sociedade (Mackenbach & Mckee, 2013). De modo mais específico e de acordo com a OMS (2015), uma política de saúde deve:

- Definir uma visão para o futuro;
- Estabelecer metas e pontos de referência a curto e a médio prazo no cumprimento dos planos nacionais de saúde;
- Definir as prioridades em saúde;
- Descrever os papéis dos diferentes atores (cidadãos, profissionais e outros grupos).

As políticas de saúde, nos países da OCDE, têm vindo a ser desenvolvidas com o objetivo de promover uma melhoria do estado de saúde para todos os seus cidadãos através de um conjunto de garantias (Siciliani, Borowitz & Moran, 2013):

- Equidade no acesso;
- Qualidade na realização dos diferentes serviços, técnicas e procedimentos;
- Prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, tendo em conta as necessidades;
- Maximização dos cuidados ao mais baixo custo (eficiência técnica), sem pôr em causa as questões da qualidade, da segurança do utente e nem a subprestação de cuidados;
- Sustentabilidade através do controlo da despesa e da aplicação de estratégias adequadas que acautelem a eficiência económica na alocação de recursos.

Nos últimos 40 anos em Portugal, as políticas de saúde foram estruturadas a partir de um conjunto de eixos fundamentais: promoção da saúde; prevenção da doença; igualdade no acesso; equidade na distribuição de recursos; equidade na utilização dos serviços públicos; proteção dos grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, idosos, grávidas); proteção dos interesses dos doentes; promoção da segurança; bem-estar social; apoio ao desenvolvimento do setor privado e social em concorrência com o serviço público; incentivo à participação dos indivíduos e da sociedade na sua conceção e na educação para a saúde (nomeadamente no estímulo à alteração dos comportamentos de risco) e ainda reforço das ações de investigação (Base II, Lei n.º 40/90, de 24 de agosto).

3.3. Perspetiva Histórica: saúde dos portugueses até finais dos anos 60

A evolução da saúde em Portugal foi marcada por um conjunto importantes reformas, tendo a reorganização dos serviços de saúde, realizada por Ricardo Jorge no ano de 1899, constituído um primeiro passo com relevância histórica (Carreira, 1996). Esta importante reforma teve como desígnio estratégico o estabelecimento de um serviço central de saúde suportado num permanente espírito de renovação técnica e científica (Jorge, 1923). Neste contexto, a 4 de outubro de 1889, foi criada a Direção-Geral da Saúde e da Beneficência Pública que viria a preceder a organização geral dos serviços de saúde pública, concretizada através da publicação do Decreto de 28 de dezembro de 1899. A 24 de dezembro de 1901 foi publicado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública.

A implementação da República, em 1910, desencadeou importantes consequências na organização da saúde em Portugal com particular impacto na organização dos serviços. Em 1911, dando cumprimento ao entendimento político do Ministro do Interior da altura António José de Almeida, foi extinta a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública sendo criada a Direção-Geral de Saúde (Diário do Governo, n.º 33, de 9 de fevereiro de 1911) pondo assim termo à ligação existente entre a saúde e a beneficência pública (Ferrinho *et al.* 2006; Viegas, Fraga, & Miguel, 2006).

A partir de 1926 foram sendo introduzidas alterações ao nível das competências dos serviços de saúde, tendo em vista responder às necessidades de vigilância, avaliação e melhoria da saúde pública e higiene social dos cidadãos (Viegas *et al.*, 2006). No que se refere à saúde, foram reiterados os princípios vigentes relativamente às questões da proteção na saúde e à prestação de cuidados, que conservaram a sua índole privada deixando ao Estado o papel de assistência aos mais pobres.

Em 1945, na sequência do disposto no Estatuto da Assistência Social de 1944, foi publicado o Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945²⁷ posteriormente conhecido como reforma sanitária de Trigo de Negreiros. Este documento legal procedeu a uma reorganização dos serviços da assistência com o objetivo de coordenar todos os serviços relacionados com a ação da Direção-Geral da Saúde (Campos, 1983). Na base desta reforma encontrava-se a necessidade de alinhamento das políticas de saúde nacionais com a prática dos países mais desenvolvidos no concernente à higiene sanitária e social e ao impacto das respetivas medidas no aumento da esperança média de vida.

²⁷ Enquanto Secretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior Trigo de Negreiros reconheceu a fragilidade sanitária no país e a necessidade de uma resposta eficaz do Estado. Nesse período foram criados os institutos dedicados a problemas específicos de saúde pública como por exemplo a tuberculose e saúde materna.

Nesta reforma, Trigo de Negreiros reconheceu o atraso do país relativamente aos demais, considerando fundamental a aposta na medicina preventiva, de modo a intensificar o combate aos flagelos que poderiam ser evitáveis²⁸, considerando ainda que a assistência social não se deveria esgotar apenas na intervenção paliativa e curativa²⁹ devendo igualmente albergar a assistência preventiva³⁰ e construtiva³¹ (Simões, 2009). Para este efeito, foi proposto um conjunto de medidas a implementar para a saúde e a assistência, que se centravam no combate às doenças sociais, na proteção da maternidade e no amparo aos idosos (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945).

Em 1946, no seguimento das políticas de proteção e assistência, foram dados os primeiros passos para o desenvolvimento dos hospitais com a publicação da Lei da assistência hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de abril) e do Decreto-Lei n.º 35311, de 25 de abril que, no âmbito da assistência em ambulatório, deu lugar à criação da Federação de Caixas de Previdência dirigidas aos funcionários por conta de outrem (Graça, 2000).

Neste período, foram criados institutos dedicados a problemas específicos de saúde pública, tais como a tuberculose e a saúde materna e estabelecida a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Foi igualmente lançado um programa de construção de hospitais que viria a constituir a base para uma rede hospitalar cuja responsabilidade seria entregue, na sua grande maioria, às Misericórdias. A reforma sanitária de 1945, de Trigo de Negreiros terá igualmente tido o mérito de alargar a ação das autoridades de saúde, aumentando-lhes o poder executivo e a independência das intervenções face às câmaras municipais.

A nível internacional, a criação em 1948 da Organização Mundial da Saúde (OMS) viria a representar um momento histórico relevante com influência decisiva na evolução dos sistemas de saúde em todo o mundo (Viegas *et al.*, 2006). Em Portugal, dez anos após a fundação da OMS, foi criado o Ministério da Saúde e Assistência, através da publicação do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958. Esta nova entidade ficou responsável pela tutela dos serviços de saúde pública que deixaram de pertencer ao Ministério do Interior (artigo 1º, Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto³²). A criação do Ministério da Saúde e da Assistência foi efetuada apenas como um artigo da Lei, não tendo sido, nessa altura, definidas as suas competências, missão ou valores (Campos & Simões, 2014; Graça, 2005).

²⁸ Nomeadamente na luta contra a varíola, febre tifoide, difteria, malária, sífilis, tracoma, tuberculose e outras doenças evitáveis (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945).

²⁹ Entendida como a ação realizada para minorar ou curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945, p.257).

³⁰ Entendida como o combate às causas e a luta contra os flagelos sociais (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945, p.257).

³¹ Relacionada com a melhoria das condições de vida da população (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945, p.257).

³² "É criado o Ministério da Saúde e Assistência, para a qual são transferidos os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, até ao presente dependentes do Ministério do Interior e extinto o cargo de Subsecretário de Estado da Assistência Social" (artigo 1º, Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto).

Em 1961, a Câmara Corporativa³³ emitiu um parecer sobre o projeto de proposta de Lei n.º 514, no qual era defendida a necessidade da criação da Direção-Geral dos Hospitais enquanto órgão com capacidade jurídica e administrativa que permitisse superintender a sua atividade estabelecendo uma hierarquia relativamente às funções atribuídas aos hospitais. Neste sentido, a 10 de agosto de 1961 foi publicado o Decreto-Lei n.º 43853 criando, no âmbito do Ministério da Saúde e Assistência, a Direção-Geral dos Hospitais³⁴ sob cuja dependência viriam a ser criadas as comissões inter-hospitalares³⁵.

Em 1963, foi publicado o Estatuto de Saúde e Assistência (Lei n.º 2120, de 19 de julho) que promulgou as bases da política de saúde e de assistência, mantendo o Estado apenas uma ação supletiva no sistema de saúde, com o dever de contribuir, por meio de uma comparticipação nos encargos relativos à edificação, organização, manutenção e operação dos estabelecimentos de saúde de interesse nacional que não possam ser entregues à iniciativa privada (Ferreira, 1986).

Em síntese, apresentam-se em forma de quadro as principais medidas de política e reformas implementadas em Portugal, neste período de tempo:

Quadro 3.2 - Principais medidas de política e reformas implementadas desde o início do século até aos anos 60

1889	–	Reorganização dos Serviços de Saúde.
1911	–	Criação da Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública.
1945	–	Reforma Sanitária de Trigo Negreiros.
1946	–	Lei da Assistência Hospitalar.
1946	–	Criação da Federação das Caixas de Previdência.
1948	–	Criação da Organização Mundial da Saúde.
1958	–	Criação do Ministério da Saúde e Assistência.
1961	–	Criação da Direção-Geral dos Hospitais.
1963	–	Publicado o Estatuto de Saúde e Assistência.

Fonte: Elaboração própria

3.4. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 70

O período decorrido entre o final dos anos 40 e o início da década de 70 foi caracterizado por uma ausência significativa de responsabilização do Estado na prestação de cuidados de saúde à generalidade dos cidadãos, provindo esta de uma diversidade de prestadores que agiam de forma

³³ A Câmara Corporativa foi criada em 1935 no governo do Estado Novo. Este órgão de cariz consultivo constituía-se como auxiliar do executivo e da Assembleia Nacional. Nomeado pelo Governo, era constituído por representantes dos organismos corporativos (asseguravam a participação de grupos orgânicos na elaboração das leis) e técnicos (visavam a garantia de salvaguarda do interesse geral). (Ferreira, 2008).

³⁴ "à qual compete fomentar, orientar, coordenar e fiscalizar a ação dos estabelecimentos e instituições de saúde e assistência, oficiais ou particulares, que prossigam atividades hospitalares" (artigo 1º).

³⁵ Foi criada a Comissão Inter-Hospitalar do Centro, em Coimbra e as já existentes no Porto e Lisboa passaram a abranger os hospitais do Norte e do Sul, respetivamente (artigo 8º). No entendimento do legislador estas comissões assim como "órgãos de coordenação regional da assistência hospitalar dotadas de autonomia administrativa" (artigo 9º).

independente e não articulada, comprometendo a cooperação entre os agentes prestadores e o foco de atenção multidisciplinar aos problemas de saúde (Ferreira, 1990; Simões, 2009). Esta situação levaria mais tarde, ainda na vigência do Estado Novo, à constatação da necessidade de uma alteração profunda das políticas públicas, no setor da saúde, o que viria a acontecer com o reconhecimento, pela primeira vez, em 1971, do direito à proteção da saúde (Ferreira, 1990; Graça, 2000).

3.4.1. Reforma de Gonçalves Ferreira

No período do Estado Novo a prestação de cuidados de saúde encontrava-se centrada nos hospitais prevalecendo uma perspetiva curativa e de reabilitação. A atividade em ambulatório era, em parte, assegurada pela Previdência Social não existindo nenhum tipo de valorização dos cuidados de saúde na vertente preventiva (Ferreira, 1989; Ferrinho *et al.*, 2006). A reversão dessa situação apenas se começou a dar a partir de 1971, de forma gradual e lenta, com a implementação de uma nova abordagem da política de saúde inscrita na reforma de Gonçalves Ferreira (Campos, 1984).

Com efeito, em 1971, Gonçalves Ferreira, enquanto Secretário de Estado do então Ministro da Saúde e Assistência - Baltazar Rebelo de Sousa - estabeleceu os princípios para uma profunda reforma da saúde tendo para o efeito constituído um grupo de trabalho coordenado por Arnaldo Sampaio (diretor do Gabinete de Estudos e Planeamento)³⁶.

Quadro 3.3 - Reforma da saúde de Gonçalves Ferreira - orientações estratégicas

-
- Desenhar uma política unitária de saúde a nível nacional;
 - Reconhecer o direito à saúde;
 - Delinear esforços legislativos e administrativos para a consagração nacional do direito à assistência;
 - Reconhecer o papel do Estado como garante e responsável pela prestação de cuidados de saúde;
 - Integrar as atividades em saúde também a nível local e regional, regidas por um planeamento central.
-

Fonte: Ferreira (1990); Simões (2009)

Do referido grupo de trabalho, resultou um relatório: “Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência” o qual reconheceu as carências da saúde e a necessidade de uma intervenção do Estado a nível nacional, regional e local (Ferreira, 1990). Deste modo, deu-se um passo decisivo no ano de 1971, com a publicação dos Decretos-Lei n.º 413³⁷ e 414 que vieram reorganizar os serviços do Ministério da Saúde e Assistência ajustando a sua orgânica aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963³⁸ (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 413).

³⁶ Para além do coordenador o grupo era constituído por outras personalidades com mérito reconhecido tais como: Álvaro Brandão, Augusto Mantas, Carvalho da Fonseca, Luís Cayolla da Mota, Maria Manuela Silva (Simões, 2004b).

³⁷ Lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência Social.

³⁸ Este documento legal fixou as bases gerais em que deve assentar a política naqueles domínios e o seu regime jurídico.

Este movimento foi denominado como a “Reforma do Sistema de Saúde e Assistência”³⁹, tendo constituído um primeiro esboço do SNS, dado que nele foi reconhecido, pela primeira vez, o direito à saúde para todos os cidadãos, ao mesmo tempo que ficou estipulado que tal função caberia ao Estado através do Ministério da Saúde (Ferrinho *et al.*, 2006; Paulo, 2010; Simões, 2009).

Para atingir os seus objetivos esta reforma enunciou um importante conjunto de princípios e de medidas:

- A saúde passou a constituir um direito dos cidadãos;
- A política de saúde passou a ter como órgão central de responsabilidade de cuidados de saúde à população o Estado representado pelo Ministério da Saúde;
- Foi promovida a integração de cuidados como estímulo ao aumento de eficiência na gestão dos recursos (prevendo o fim dos subsistemas autónomos, não coordenados, que operavam de forma independente⁴⁰);
- Foi promovida a descentralização na execução, através da dinamização dos serviços locais (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro).

Na sequência desta reforma, foi introduzida uma reestruturação aos níveis central, regional e local, com o estabelecimento de duas estruturas funcionais para a prestação pública de cuidados de saúde: os centros de saúde e os hospitais. A saúde individual passou a estar inserida numa vertente coletiva a incidir na promoção da saúde, na prevenção da doença⁴¹, no tratamento, na reabilitação, na defesa da família e na proteção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade (Campos & Simões, 2011; artigo 3º do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro).

Para além das medidas de impacto direto na organização do sistema de saúde, foram igualmente criadas importantes estruturas como o Instituto Nacional de Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública, o Gabinete de Estudos e Planeamento, a Secretaria Geral da Saúde, para além da atribuição de novas funções à Direção-Geral da Saúde (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro). Foram mantidas as Direções-Gerais dos Hospitais e da Assistência (com a nova denominação de Assistência Social⁴²)

³⁹ Também conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira.

⁴⁰ Foram excluídos os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

⁴¹ A vertente preventiva centrava-se essencialmente no controlo das doenças que poderiam ser evitadas com ações de vigilância, ensino e vacinação (Branco & Ramos, 2001).

⁴² A nova denominação tinha como objetivo abranger e disciplinar algumas funções da política social que não se encontram cobertas por outros departamentos públicos (preâmbulo do Decreto-lei n.º 413/71 de 27 de setembro).

ao mesmo tempo que o Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro estabelecia o regime legal que deu corpo à primeira reestruturação das carreiras dos profissionais do Ministério da Saúde e Assistência⁴³.

Nesta reforma foi estabelecido o regime legal de estruturação e funcionamento regular das carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários, que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência, tendo em vista a organização do trabalho e a efetivação de uma política integrada de saúde e assistência social:

- Carreira médica de saúde pública e hospitalar;
- Carreira farmacêutica;
- Carreira de administração hospitalar;
- Carreira de técnicos superiores de laboratório;
- Carreira de enfermagem de saúde pública e enfermagem hospitalar;
- Carreira de técnicos terapeutas;
- Carreira de técnicos de serviço social;
- Carreira de técnicos auxiliares de laboratório e técnicos auxiliares sanitários.

3.4.2. A Constituição da República Portuguesa de 1976

De acordo com o relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) de 2001, no período que antecedeu a revolução de abril de 1974, a prestação de cuidados de saúde encontrava-se dispersa por diversas entidades:

- Serviços médico-sociais da federação de caixas de previdência;
- Serviços de saúde pública;
- Instituições das Misericórdias;
- Hospitais estatais, gerais e especializados (concentrados em grandes centros urbanos);
- Serviços privados;
- Outros centros vocacionados para atividades de saúde pública (vacinação, proteção materno-infantil, saneamento ambiental) (p.13).

A publicação da Constituição da República Portuguesa, em abril de 1976, contribuiu para uma alteração sensível no ambiente social e político, abrindo espaço para o cumprimento das expectativas

⁴³ Carreiras médicas (hospitalar e de saúde pública), farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de enfermagem (hospitalar e de saúde pública), de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários (Simões, 2004b).

geradas, nomeadamente no que se referia às obrigações do Estado no domínio da proteção social (Santos, 1993, 2008).

A Constituição da República de 1976 introduziu novos fundamentos para a organização do país, definindo a “construção do socialismo”⁴⁴ como finalidade do processo político nacional, numa sociedade sem classes (Canotilho & Moreira, 2007; Simões, 2009). No que diz respeito à saúde, a Constituição da República deixou expressa, no seu artigo 64º, o direito dos cidadãos à proteção da saúde e o seu dever de a defender e promover (artigo 1º).

O quadro seguinte apresenta de forma pormenorizada os preceitos constitucionais no que diz respeito à saúde:

Quadro 3.4 - A Constituição da República de 1976 e a consagração do direito à proteção da saúde

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

- a) Através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, 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 e de práticas de vida saudável.
-

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
 - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicod dependência.
-

4. O SNS tem gestão descentralizada e participada.

Fonte: CRP 1976 (artigo 64º)

3.4.3. Outras Medidas de Política e Reformas (anteriores à criação do SNS)

Nos primeiros anos da democracia registaram-se graves problemas no financiamento dos hospitais, devido à descapitalização da previdência social e ao fim da contribuição municipal para a saúde, o que fez com que o orçamento destinado à prestação de serviços de saúde apresentasse uma situação de rotura (Campos & Simões, 2011). Esta situação foi agravada pela transferência de propriedade dos serviços médico-sociais para a dependência da Secretaria de Estado da Saúde, sendo então o funcionamento dos hospitais considerado como um enorme esforço financeiro para o país (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 129/77). Neste sentido, tendo em vista um maior controlo das despesas dos

⁴⁴ Projeto este eliminado com a revisão constitucional de 1989 (Escoval, Ribeiro, & Matos, 2010).

hospitais e da distribuição dos recursos financeiros foi criada uma comissão coordenadora do financiamento dos serviços de saúde (Campos & Simões, 2014; GTROIH, 1997).

No início de funções do I governo constitucional (1976-1978) o setor da saúde encontrava-se desorganizado, cobrindo de forma pouco eficiente as necessidades da população. Como pontos problemáticos foram identificadas diversas fragilidades, nomeadamente (Graça, 2005):

- Falta de equipamentos e de recursos;
- Desarticulação entre as instituições;
- Insuficiente número de profissionais e com baixo nível de formação;
- Sobreposição de serviços médicos (coexistiam ainda os serviços das caixas de previdência).

Em 1976, foi criado o serviço médico à periferia através do Decreto-Lei n.º 580/76, de 21 de julho que estabeleceu a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que quisessem ingressar na carreira médica. Esta iniciativa política revestiu-se de grande importância na democratização do acesso aos cuidados de saúde para vastos segmentos da população até então excluídos de qualquer tipo de cobertura.

Em 1977, foi publicada a primeira Lei orgânica da gestão hospitalar e o primeiro regulamento dos órgãos de gestão e de direção dos hospitais, o Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril e Decreto-regulamentar n.º 30/77, de 20 de maio. Estes diplomas promoveram uma maior autonomia e estabilidade dos órgãos de administração, já que estes passaram a ser reconhecidos como institutos públicos “pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira” (artigo 2º, Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril). Este novo estatuto jurídico perdurou durante mais de 25 anos tendo cessado apenas em 2002 para a maioria dos hospitais públicos com a transição para a figura jurídica de sociedade anónima.

No que diz respeito aos centros de saúde registava-se, no final da década de 70, uma fraca cobertura do país sendo então reconhecida a necessidade deste nível de cuidados se tornar mais homogêneo. Um dos aspetos críticos sinalizado foi a reduzida acessibilidade resultante, em grande parte, da insuficiência dos recursos humanos comprometedor do trabalho em equipa.

O II governo constitucional (1978) realizou uma avaliação do setor público da saúde identificando, na altura, um conjunto de problemas de entre os quais se salientam os seguintes:

- Existência de estruturas verticais resistentes à descentralização, desconcentração e regionalização dos serviços;
- Múltiplas sobreposições de competências dos serviços;
- Diferenciação geográfica nos recursos e nos serviços geradora de inequidade;
- Défice de ações de prevenção, promoção e educação para a saúde;
- Existência de populações não abrangidas por sistemas de proteção na doença;
- Carência de recursos humanos;
- Elevado consumo de recursos;
- Inexistência de um sistema de informação de saúde;
- Falhas na definição explícita do papel das atividades privadas do setor da saúde (programa do II governo constitucional, 1978).

Neste período, a prioridade na política de saúde passou por definir as bases legais para o SNS, promovendo os cuidados de saúde primários em articulação com os cuidados de saúde diferenciados tendo como objetivos prioritários: as ações de vigilância da saúde, a redução da taxa de mortalidade infantil, o controlo das doenças infecciosas e parasitárias, a intervenção nas doenças da infância e do trabalho, a melhoria do acesso e a melhoria das capacidades de diagnóstico precoce e de vigilância médica preventiva.

3.4.4. A criação do SNS

A criação do SNS visou dar cumprimento aos preceitos enunciados na Constituição da República Portuguesa de 1976, a qual consagrava o direito de proteção à saúde. A realização deste objetivo deveria ser efetivada através da criação de um SNS universal, para todos os cidadãos independentemente da sua condição económica, englobando os cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, gratuito e sem qualquer pagamento direto para o cidadão (Ferrinho, *et al.*, 2006; Carreira, 1996; Simões, 2009). Este objetivo permaneceu constante e de forma transversal na generalidade dos programas dos diferentes governos constitucionais nos últimos anos (Carreira, 1996).

O início do percurso político e legislativo tendente à criação do SNS verificou-se no ano de 1978 com a publicação, em Diário da República, de um Despacho ministerial datado de 29 de julho, conhecido como Despacho Arnaut⁴⁵ que acabou por constituir uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abriu o acesso dos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua

⁴⁵ Este documento abriu as portas dos postos de Previdência Social passando a abranger todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

capacidade contributiva sendo garantida, pela primeira vez, a universalidade, a generalidade e a gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa (Viegas *et al.*, 2006).

A criação do SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais concretizou-se um ano mais tarde, a 15 de setembro, com a publicação da Lei n.º 56/79 a qual previa uma atuação de forma articulada e sob direção unificada, gestão descentralizada e democrática que promovesse o acesso universal de forma integrada a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social, sem restrições e de forma gratuita para todas as prestações de cuidados de saúde (artigo 4º).

O SNS surgiu então como uma estrutura dotada de autonomia administrativa e financeira com organização descentralizada e desconcentrada sob direção e superintendência do Ministério da Saúde (artigo 3º e 18º) compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde diferenciados (artigo 18º). A garantia de acesso englobava todas as prestações abrangidas pelo SNS sem restrições, salvo quando impostas pelo limite dos recursos: humanos, técnicos ou financeiros (artigo 6º). Ou seja, através deste instrumento, o Estado “assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição” (Artigo 1º e 2º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro). No quadro 3.5. sintetizam-se as prestações de saúde disponíveis para os utentes do SNS.

Quadro 3.5 - Prestações de saúde disponíveis para os utentes do SNS

-
- Promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença;
 - Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
 - Cuidados de enfermagem;
 - Internamento hospitalar;
 - Transporte de doentes quando clinicamente indicado;
 - Meios complementares de diagnóstico e tratamentos especializados;
 - Suplementos alimentares dietéticos;
 - Medicamentos e produtos outros produtos farmacêuticos;
 - Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
 - Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.
-

Fonte: artigo 14º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro

No quadro 3.6 apresentam-se, em síntese, as principais medidas de política e reformas implementadas na saúde neste período de tempo.

Quadro 3.6 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 70

1971	-	Reforma de Gonçalves Ferreira (reorganização dos Serviços do Ministério da Saúde e Assistência);
1971	-	Publicação da Lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência Social;
1971	-	Criados os Centros de Saúde de primeira geração;
1976	-	Publicada a Constituição da República Portuguesa de 1976;
1976	-	Criação do Serviço Médico à Periferia;
1977	-	Publicada a primeira Lei orgânica da gestão hospitalar;
1977	-	Publicado o Regulamento dos órgãos de gestão e direção dos Hospitais;

1978	–	Publicado o “Despacho de Arnaut”;
1979	–	Criação do SNS no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais.

Fonte: Elaboração própria

3.5. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 80

No início da década de 80, Portugal registava ainda muitas deficiências na organização e no funcionamento do sistema de saúde. No programa do IV governo constitucional (1978-1979) estava presente o objetivo de aproximar Portugal dos restantes países europeus, no que dizia respeito aos resultados em saúde, tendo sido fixadas como linhas de orientação política a proteção a todos os cidadãos, em particular aos mais desfavorecidos, a formação dos recursos humanos, a promoção da saúde, a educação e a higiene sanitária.

Em 1981 foi criada a carreira de enfermagem, através do Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro, cujo propósito visava corrigir as situações de injustiça criadas ou agravadas pelo Decreto n.º 534/76, de 8 de julho que aprovara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais bem como dar resposta aos progressos técnicos e científicos entretanto verificados.

Em 1982 foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), através do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho que vieram substituir as administrações distritais dos serviços de saúde criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75. No mesmo ano foi igualmente concedida autonomia administrativa e financeira ao SNS através do Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro, tendo em conta a necessidade dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde requererem coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação.

A publicação do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, veio regulamentar as carreiras médicas de saúde pública, clínica geral e hospitalar, passando o médico de clínica geral a ser entendido como o profissional habilitado a prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de continuidade dos cuidados, de personalização das relações e de informação social e médica.

Em 1983, o Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho, cria o Ministério da Saúde, na sequência da Lei Orgânica do IX governo constitucional (1983-1985), com o argumento da necessidade de maior autonomia do setor face à importância das responsabilidades e à importância que os cidadãos lhe reconheciam.

A segunda metade da década de 80 foi marcada pela entrada de Portugal na CEE. Em termos da capacidade de expansão de infraestruturas ganhou-se um novo impulso com o recurso ao financiamento europeu. No setor da saúde, foram renovados equipamentos e expandidas as unidades de saúde de forma a proporcionar uma maior equidade no acesso aos cidadãos (Abreu, 2011).

No período compreendido entre 1980 e 1983 os governos da Aliança Democrática promoveram um conjunto de medidas para atenuar os custos públicos com a saúde, destacando-se as seguintes:

- Introdução de taxas moderadoras;
- Redução da comparticipação do SNS na aquisição de medicamentos (Ferrinho, *et al.*, 2006; Cabral, 2009; Campos & Simões, 2011).

Neste período, o governo foi criticado pela tentativa de extinção do SNS a partir da publicação do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. Com efeito, o Tribunal Constitucional “declara inconstitucional o artigo 17º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho⁴⁶, que revogara a maior parte da Lei n.º 56/79, traduzindo-se na “extinção do SNS” (Simões, 2009, p.10). Citando o referido documento: “não é a Lei n.º 56/79, em si mesma, que não pode ser revogada - é apenas o SNS, que, uma vez criado, não pode ser abolido. A lei pode ser revogada, desde que outra a substitua e mantenha o SNS.” (Tribunal Constitucional, acórdão 39/84, p.24).

A revisão constitucional de 1982 apesar de não quebrar os princípios constitucionais acrescentou ao artigo 64º um número 4 que passou a atribuir ao SNS uma “gestão descentralizada e participada” (Campos & Simões, 2011; Simões, 2009).

A política de saúde do IX governo constitucional (1983-1985) viria a dar continuidade aos objetivos de melhoria dos resultados em saúde da população, da acessibilidade, da satisfação dos profissionais, da relação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares (OPSS, 2008) iniciando-se, neste período, uma tendência para desburocratizar, através da promoção de uma maior autonomia e capacidades para os serviços de saúde⁴⁷.

⁴⁶ Revogava a maior parte da Lei do SNS (cerca de quarenta artigos) que correspondiam à organização, funcionamento, estatuto do pessoal, financiamento e articulação com o setor privado, ou seja, revoga a maior parte da lei.

^{47 47} Para promover um acompanhamento dos serviços, em 1980 foi criado um órgão central do Ministério da Saúde: a Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde (IGSS) (atual Inspeção-Geral das Atividades em Saúde).

3.5.1. Cuidados de Saúde Primários

Em 1982, os centros de saúde foram reformulados pelo Decreto-Lei n.º 254/82, regulamentados pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 28 de fevereiro, tendo sido criados os centros de saúde de segunda geração em 1983, integrando os centros de saúde existentes com os extintos postos dos serviços médicos sociais das caixas de previdência. Estes novos centros pretendiam afirmar-se como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.

Os centros de saúde de segunda geração mantiveram o seu estatuto - personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira - ficando na dependência das ARS e Sub-Regiões de Saúde (Gomes & Dias, 1987; Sakellarides, 1984). De acordo com Ramos (1995), esta dependência contribuiu para uma insatisfação geral da maioria dos profissionais de saúde.

Em 1984, o Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, criou a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, promovendo a extinção dos Serviços Médico-Sociais da Previdência e tornando-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários.

Os objetivos práticos desta reforma dos cuidados de saúde primários passaram por aumentar a acessibilidade e a vigilância da população (Biscaia *et al.*, 2008; Branco & Ramos, 2001). De acordo com Sakellarides (1984), esta fusão dos centros de saúde de primeira geração com os postos dos Serviços Médicos Sociais veio permitir uma melhor otimização de recursos (Sakellarides, 1984).

3.5.2. Cuidados de Saúde Hospitalares

A aprovação da Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 19/88) veio promover uma reforma estrutural dos hospitais, justificada pela preocupação existente com o crescente aumento das despesas em saúde. Esta nova Lei sublinhava a necessidade de evolução para fórmulas inovadoras de gestão empresarial para as unidades hospitalares, a que se deveria associar uma transformação do respetivo modelo de organização interna.

Neste contexto, a aprovação da nova Lei de Gestão Hospitalar e a conseqüente adoção de normas de funcionamento empresarial levaram à criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais, bem como à criação de centros de responsabilidade integrados como níveis intermédios da administração.

Ainda neste ano de 1988, foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro, que introduziu novas alterações nos órgãos de gestão dos hospitais passando estes a ser nomeados diretamente pela tutela (Campos & Simões, 2011).

3.5.3. Relação do Setor Público com o Setor Privado

Os anos 80 foram marcados pelos primeiros acordos estruturados e convenções com o setor privado, concretizados sob um enquadramento específico definido na forma de Despacho, onde foram consagradas, por acordo com a Ordem dos Médicos, as normas aplicáveis à medicina convencionada. Esta abertura à participação privada com financiamento público viria a conduzir a um aumento dos encargos, em sede de despesa pública, sobretudo ao nível da comparticipação de despesas com medicamentos e com a realização de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica (Campos, 2008).

3.5.4. Outras Medidas de Política e Reformas na saúde

A segunda metade dos anos 80 conheceu os efeitos da integração europeia, com impacto no crescimento da economia resultante, em grande parte, do acesso aos fundos comunitários tendo este contexto económico favorecido um ciclo mais prolongado de estabilidade política (OPSS, 2002).

Neste período, os objetivos definidos na política de saúde centraram-se no aprofundamento da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, iniciando-se igualmente uma tendência de reforço do setor privado da saúde bem como uma tentativa de articulação entre os setores, tendo em vista dotar o sistema público de maior eficiência, ao mesmo tempo que foram sendo adotadas medidas de orientação empresarial para o SNS (Campos & Simões, 2011).

Entre outras medidas de política mais específicas, destacaram-se os programas para a redução das taxas de mortalidade infantil e neonatal. Neste período, iniciou-se uma importante fase de transição nos indicadores materno-infantis que colocou Portugal ao nível dos países mais desenvolvidos. Para esta mudança, muito terá contribuído a Comissão Nacional de Saúde Materno Infantil (CNSMI), criada em 1989, e que foi responsável por um vasto conjunto de medidas inovadoras nesta área de intervenção (OPSS, 2006) (Quadro 3.7):

Quadro 3.7 - Medidas de política para a promoção da saúde materno-infantil

-
- Hierarquização das unidades hospitalares: Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD);
 - Desenvolvimento de Redes de Referência Materno-Infantis (através da integração de unidades hospitalares e de centros de saúde) com áreas geográficas bem definidas e com unidades coordenadoras para facilitar o processo de comunicação entre as instituições prestadoras;
 - Implementação do Boletim de Saúde da grávida (carácter obrigatório);
 - Encerramento de maternidades com deficientes condições (cerca de 150 unidades).
-

Fonte: OPSS (2006)

Em síntese, apresentam-se em forma de quadro as principais medidas de política e reformas na saúde registadas neste período de tempo:

Quadro 3.8 - Principais medidas de política e reformas na saúde nos anos 80

1982	-	Introdução de Taxas Moderadoras;
1982-83	-	Redução da comparticipação do SNS na aquisição de medicamentos;
1983	-	Criação dos Centros de Saúde de segunda geração;
1986	-	Integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia;
1988	-	Publicação da nova Lei de Gestão Hospitalar;
1980-1989	-	Reforço da combinação público-privada na saúde;
1980-1989	-	Implementação de uma política integrada de saúde materno-infantil.

Fonte: Elaboração própria

3.6. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 90

A década de 90 ficou marcada por um significativo aumento da despesa total em saúde, conforme consta dos diversos relatórios produzidos pela OCDE, relativos aos diferentes países que integram esta organização. A despesa em saúde caracterizava-se por apresentar ritmos de crescimento superiores ao da economia, colocando pressão política sobre a gestão dos recursos e, conseqüentemente, sobre a necessidade de serem adotadas medidas que pudessem contrariar esta tendência.

A revisão constitucional de 1989 veio favorecer uma abertura à participação do setor privado, no sistema de saúde, para além de ter alterado substantivamente o princípio da gratuitidade através da introdução de uma nova redação legal para o artigo 64º, substituindo o termo gratuito por "tendencialmente gratuito". Pouco tempo depois, a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90, de 24 de agosto) viria a introduzir importantes alterações no enquadramento global do sistema de saúde português (Simões, 2009).

Na segunda metade dos anos 90 (1995-1999), a política de saúde do XIII governo constitucional (1995-1999) centrou-se na ideia de uma reforma do SNS com base no diálogo e na participação dos profissionais de saúde, tendo como objetivos a correção dos problemas estruturais relacionados com o

desperdício e o subfinanciamento e a necessidade de implementação de medidas específicas para promover a qualidade, o acesso e a humanização dos cuidados, mantendo a tendência de descentralização dos serviços e a diminuição progressiva da intervenção da administração central.

No final da década de 90, na UE foi desenvolvido um conjunto de medidas para controlar a despesa do setor da saúde através da definição de três pontos alvo que passavam por: limitar os recursos públicos, desenvolver novas formas de orçamentação da saúde e reforçar o controlo, OCDE (1995) (Quadro 3.9):

Quadro 3.9 - Medidas definidas para redução da despesa em saúde definidas no final dos anos 90

Objetivo	Medidas
Limitar os Recursos Públicos	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento dos copagamentos; – Redução do número de situações de exceção aos copagamentos; – Racionamento com base em decisões explícitas; – Papel crescente dos seguros voluntários de saúde; – Desenvolvimento de formas alternativas à hospitalização.
Novas formas de Orçamentação	<ul style="list-style-type: none"> – Orçamentos fixos substituindo orçamentos indiciários; – Orçamentos combinados com pagamentos de acordo com as atividades; – Orçamentos setoriais substituídos por orçamentos para prestadores individuais.
Reforço do Controlo	<ul style="list-style-type: none"> – Controlo sobre os honorários; – Controlo dos <i>inputs</i>; – Controlo das camas hospitalares; – Introdução de <i>guidelines</i>; – Introdução do sistema de preços de referência nos medicamentos; – Controlo dos tempos de internamento.

Fonte: Adaptado de Mossialos e Le Grand (1999)

Neste período, o Ministério da Saúde promoveu a realização de um estudo para a promoção de uma nova orientação para a política de saúde denominado: "Saúde, um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)" cujas conclusões enunciavam um conjunto de princípios, metas e objetivos de entre os quais se destacam:

- Um novo modelo para a contratualização, envolvendo os agentes financiadores, prestadores e os contribuintes (utentes dos serviços);
- Uma reforma da administração das unidades de saúde (centros de saúde e hospitais);
- Um sistema de remuneração baseado no desempenho;
- Uma relação contratual entre o setor público e privado (Ministério da Saúde, 1999).

Ainda no mesmo período, deverão ser referidos os seguintes estudos e relatórios: “Recomendações para uma Reforma Estrutural” (1998)⁴⁸ elaborado pelo Conselho de Reflexão sobre a Saúde, o relatório elaborado pela OCDE sobre a avaliação da economia portuguesa que incluiu uma componente específica sobre o sistema de saúde (1998) bem como a auditoria ao SNS realizada em 1999 pelo Tribunal de Contas.

3.6.1. Lei de Bases da Saúde e Estatuto do SNS

A Lei de Bases da Saúde (LBS) e a revisão constitucional de 1989 sublinharam que a responsabilidade pela saúde deveria ser partilhada entre o Estado, a sociedade e os cidadãos, contribuindo, deste modo, para uma maior abertura do setor da saúde às entidades públicas e privadas. Neste contexto, tornou-se mais fácil a articulação entre os diferentes setores, através da realização de acordos e de convenções quer com as entidades privadas e sociais quer com os profissionais liberais, ao mesmo tempo que foi reconhecido o papel dos subsistemas no financiamento dos cuidados de saúde (Escoval, 2003; ERS, 2006).

A LBS consagrou o papel do Estado na promoção da saúde, na defesa da saúde pública e na efetivação do direito à proteção da saúde, admitindo o recurso aos diferentes entes públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, no cumprimento desta responsabilidade. Ainda no contexto da LBS, a Base XXXIV criou a possibilidade da cobrança de taxas moderadoras tendo em vista a introdução de medidas de regulação na utilização dos serviços de saúde considerando, contudo, a obrigação de isenção para os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

Em 1993, foi aprovado o Estatuto do SNS cujo propósito visou superar a dicotomia entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados atribuindo às Administrações Regionais de Saúde (ARS) o papel de coordenação entre estes níveis de cuidados ⁴⁹ (OPSS, 2008).

As expectativas crescentes por parte das populações, em termos de qualidade e de prontidão de resposta, exigiram que a gestão dos recursos se fizesse o mais próximo possível dos seus destinatários. Daqui resultou a criação das regiões de saúde dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas. A flexibilidade na gestão de recursos impôs ainda a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal bem como como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais. A indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos

⁴⁸ Destaca que a implementação de novas formas de copagamentos e o aumento das taxas moderadoras poderiam estar na base de futura iniquidade no acesso aos cuidados de saúde (Simões & Dias, 2009).

⁴⁹ Definido pelo Regulamento das Administrações de Saúde (Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro).

levaram à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.

Em termos gerais, estes dois instrumentos legais - Lei de Bases da Saúde e Estatuto do SNS permitiram:

- A regionalização da administração dos serviços de saúde com o desenvolvimento das ARS (organização descentralizada);
- A empresarialização do setor da saúde;
- O desenvolvimento do setor privado de forma independente e em articulação com o SNS;
- A possibilidade de gestão de unidades públicas por parte de entidades privadas;
- A privatização do financiamento dos serviços de saúde (seguros voluntário de saúde e subsistemas) (Campos & Simões, 2014).

A publicação do Estatuto do SNS veio ainda proporcionar uma maior clareza na definição do sistema de saúde caracterizando-o como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde” (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de julho).

3.6.2. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

No início dos anos 90, persistiam em Portugal sérias restrições no acesso aos cuidados de saúde primários traduzidas no rácio de médicos por cidadãos: 50/100000 em Portugal em, 1993 comparados com 160/100000 em França, no mesmo período (OPSS, 2008).

Em 1999, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde da população foi publicado o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, que estabeleceu a organização dos serviços de saúde pública, aos quais cabia a função de promover a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população (Gouveia, *et al.*, 2007). Naquele ano ocorreu igualmente uma tentativa para reorganizar os centros de saúde em pequenas equipas multiprofissionais através da instalação de unidades legalmente definidas como pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e possuindo património próprio sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde. Esta nova abordagem ficou conhecida pela designação de centros de saúde de terceira geração (Bago d’Uva & Jones, 2009; Decreto-Lei n.º 157/99; Gouveia, *et al.*, 2007).

Em meados dos anos 90 iniciaram-se no âmbito dos cuidados de saúde primários diversas experiências inovadoras de gestão. Os "projetos alfa" (organização em equipas) em grupos abrangidos por um "regime remuneratório experimental" (Decreto-Lei n.º 117/98) e o projeto "tubo de ensaio" (Barros, 2000) são disso exemplo. Foi porém em 1999, com a implementação dos centros de saúde de terceira geração, que se procedeu a uma efetiva reorganização deste nível de cuidados de saúde, através da implementação de uma nova dinâmica de orientação e de funcionamento para estas unidades (Bago d' Uva & Jones, 2009; Biscaia *et al.*, 2008; Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio; Gouveia *et al.*, 2007).

3.6.3. Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Na década de 90, no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares assistiu-se ao lançamento de um conjunto de experiências inovadoras. A primeira ocorreu no ano de 1995, com a concessão da gestão do hospital Fernando da Fonseca a um grupo privado. A segunda, concretizada em 1996, teve como alvo o hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira consistindo na aplicação de um modelo de gestão de carácter empresarial a um hospital público sendo este tipo de experiência replicado em 2001 no hospital do Barlavento Algarvio (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

Em 1999 foram criados os sistemas locais de saúde (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio) com o objetivo de promover a integração dos diferentes níveis de cuidados coordenando o setor público, privado e social numa mesma área geográfica. Este conceito conduziu à criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), sendo a primeira experiência concretizada em Matosinhos através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, tendo sido integrados os cuidados de saúde primários e hospitalares numa mesma estrutura de gestão denominada por Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Uma outra medida legislativa importante consistiu na criação dos centros de responsabilidade integrada nos hospitais. Esta medida foi regulada através do Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro e consistiu no agrupamento de serviços homogêneos em ambiente hospitalar, com o objetivo de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde na gestão dos recursos disponíveis (OPSS, 2014).

3.6.4. Outras Medidas de Política e Reformas na saúde

Uma outra medida de política inovadora, implementada no final dos anos 90, foi o processo de contratualização dos cuidados de saúde, tanto para os cuidados de saúde primários como para os

hospitais. Para este efeito foram criadas agências de acompanhamento⁵⁰ em cada ARS (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto). A implementação destas novas estruturas de mediação na administração dos serviços de saúde visava:

- Assegurar um maior controlo e rigor na utilização dos recursos;
- Identificar adequadamente as necessidades de saúde das populações;
- Distribuir os recursos financeiros pelas unidades de respetiva região (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto).

Em 1992, foi estabelecido o novo regime de taxas moderadoras aplicado aos serviços hospitalares de urgência, consultas e exames complementares de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril). A verba oriunda deste pagamento direto resultaria num acréscimo de receita das unidades contribuindo para o aumento da sua eficiência bem como para a regulação do acesso aos cuidados de saúde. O modelo definido compreendia um regime de isenções em função dos diferentes tipos de condição etária, de doença ou de rendimento.

Em 1993, foi revista a legislação referente às atividades de dádiva de tecidos e órgãos e a consequente transplantação, sendo revogada a legislação que datava de 1976 (Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de junho). Ao mesmo tempo, foi criado o Registo Nacional de Não Dadores⁵¹ e foram atualizados os critérios e as regras para verificação de morte cerebral. Ainda em 1993 foi regulada a criação e a fiscalização das unidades privadas de saúde com a aprovação do Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro (regulamentado pelo Decreto Regulamentar 63/94, de 2 de novembro) que estabeleceu os requisitos relativos à instalação, organização e funcionamento das unidades privadas de saúde com o objetivo de garantir que a prestação de cuidados de saúde, pelo setor privado, se realizava com respeito pelos parâmetros mínimos de qualidade.

Em 1996, através da publicação dos Despachos n.º 280/96 de 12 de outubro e, no ano seguinte, com o n.º 6778/97, de 29 de agosto foi regulada a prescrição e o fornecimento dos medicamentos utilizados na terapêutica da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) sob a responsabilidade dos hospitais do SNS.

Em síntese, apresentam-se em forma de quadro as principais medidas de política e reformas implementadas na saúde neste período de tempo:

⁵⁰ Posteriormente designadas por Agências de Contratualização.

⁵¹ Regulado um ano depois pelo Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro. Apenas seis anos depois foi publicado (Despacho Conjunto n.º 1021/99, de 27 de novembro) o modelo de impresso destinado à inscrição no ficheiro autónomo do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) de todos aqueles que pretendam manifestar a sua oposição à dissecação de cadáveres e extração de peças ou tecidos.

Quadro 3.10 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 90

1990	–	Maior abertura à participação privada na saúde (após revisão Constitucional de 1989).
1990	–	Implementação da Lei de Bases da Saúde.
1992	–	Estabelecido o regime de taxas moderadoras aplicado aos serviços hospitalares de urgência, consultas e exames complementares de diagnóstico e terapêutica.
1992	–	Estabelecido o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS.
1992	–	Criado o INFARMED.
1993	–	Publicado o Estatuto do SNS.
1993	–	Legisladas as atividades de dádiva de tecidos e de órgãos e a consequente transplantação.
1993	–	Criado o Registo Nacional de Não Dadores.
1993	–	Concessão da gestão de um hospital público a um grupo privado.
1995	–	Aplicada a gestão de caráter empresarial a um hospital público em Santa Maria da Feira (Hospital de São Sebastião).
1996	–	Criadas as agências de acompanhamento ⁵² em cada ARS (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto);
1996	–	Regulada a prescrição e o fornecimento dos medicamentos utilizados na terapêutica da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
1997	–	Criados os Centros de Saúde de terceira geração.
1999	–	Criados os Centros de Responsabilidade Integrados os hospitais.
1999	–	Criados os sistemas locais de saúde.

Fonte: Elaboração própria

3.7. Principais Medidas de Política e Reformas que marcaram os anos 2000

No início dos anos 2000, os resultados do setor da saúde em termos económicos e de desempenho estavam aquém das expectativas, apresentando elevados custos operacionais e baixos níveis de eficiência (Campos, 2008). No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde fez uma avaliação sobre Portugal e foram visíveis os maus resultados quanto à resposta dos serviços de saúde comparativamente aos restantes países da UE (OMS, 2000).

Tendo como referência os princípios enunciados pela OMS (Carta de Ljubljana) para a Europa (OMS, 1996), foram fixados objetivos pelo governo, tendo em vista a melhoria dos resultados em saúde da população, tendo sido equacionado, para esse efeito, um maior investimento no SNS compensador do face ao desinvestimento registado no período anterior (Simões, 2009).

A política de saúde do XIV governo constitucional (1999-2002) teve por base a realização de um conjunto de mudanças estruturais, nomeadamente o desenvolvimento do setor social e privado através de uma evolução das atitudes e comportamentos em relação à saúde e às organizações de saúde. Foi proposto um novo "contrato para a saúde", que congregasse seis elementos fundamentais: o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade, a proteção e a segurança, a promoção da saúde, a gestão e as profissões.

⁵² Posteriormente designadas por Agências de Contratualização.

Na primeira década do século XXI, de acordo com o OPSS (2014), identificou-se um conjunto de "iniciativas legislativas e de reorganização de serviços de saúde que visaram recriar níveis de responsabilidade e de autonomia de decisão no seio do sistema público de saúde, quer ao nível territorial quer ao nível da sua estrutura administrativa" (p.28). O mesmo documento do OPSS refere ainda que nesta década "foi igualmente produzida legislação com vista à transferência para o setor privado de responsabilidades no financiamento, no investimento e na gestão de unidades de saúde" (p.29).

Assim, de acordo com o executivo seria necessário ter presente o seguinte:

- O SNS enquanto componente estruturante do sistema de saúde;
- O reconhecimento dos setores social e privado enquanto elementos essenciais ao desenvolvimento do sistema de saúde, em cooperação com o SNS;
- A definição de uma política para as profissões que acompanhasse a reforma do sistema de saúde;
- A política do medicamento que deveria ser adaptada ao desenvolvimento do sistema de saúde assegurando que a contenção orçamental não afetava o direito de acesso dos utentes aos fármacos;
- A resolução de outros problemas enraizados no setor tais como o desfasamento entre normas e práticas, as linhas pouco claras de separação entre esferas e interesses públicos e privados, as ineficiências na gestão e as tendências para a defesa de interesses meramente corporativos (Programa do XIV governo constitucional, 1999-2002).

3.7.1. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

A reforma dos cuidados de saúde primários registou nas últimas duas décadas diferentes momentos de iniciativa política cujo ponto determinante ocorreu em 2003, com a revogação da legislação de 1999 referente aos centros de saúde de terceira geração. Na base desta medida esteve a criação da rede de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril). A implementação desta reforma suscitou, no entanto, muitas reservas por parte dos profissionais por alegada insuficiência na sua preparação (OPSS, 2004).

A transformação surgiu numa fase em que os centros de saúde de terceira geração ainda ultimavam a sua organização interna (OPSS, 2003, 2004; Ramos, 2009). A implementação desta reforma “desencadeou uma primeira e muito participada greve dos médicos dos centros de saúde e originou diversas declarações e documentos de fundo de organizações profissionais com destaque para a

Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e para a Ordem dos Enfermeiros” (OPSS, 2004, p.44).

Em 2005, o XVII governo constitucional (2005-2009) reconheceu no seu programa que “os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde” tendo definido a necessidade de uma reforma estrutural para os cuidados de saúde primários. Para acompanhar este processo foi criado um grupo de trabalho: “Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários” que tinha como objetivo melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade dos cuidados aumentando a satisfação dos profissionais e cidadãos. Como medidas prioritárias a prover para a organização dos cuidados de saúde primários estava previsto:

- Revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003 (Centros de Saúde) a substituir por novo diploma;
- Reestruturação dos centros de saúde com a criação das unidades de saúde familiar;
- Implementação nas Unidades de Saúde Familiar de equipas multidisciplinares dotadas de autonomia organizativa funcional e técnica com um sistema retributivo que premiasse a produtividade, a acessibilidade e a qualidade;
- Integração em rede das unidades de saúde familiar podendo estas assumir diferentes enquadramentos jurídicos pertencendo ao setor público ou aos setores cooperativo, social e privado;
- Reforço e desenvolvimento, em cada centro de saúde, de um conjunto de serviços de apoio comum às unidades de saúde familiar: vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação;
- Reforço dos incentivos e da formação dos médicos de família atraindo jovens candidatos;
- Articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde hospitalares através do desenvolvimento de mecanismos de referenciação que fomentassem o atendimento prioritário das situações urgentes e que permitissem organizar a orientação do doente no sistema;
- Desenvolvimento de mecanismos que permitissem garantir a circulação de informação clínica, facilitando e estimulando o seguimento dos doentes internados em hospitais pelos seus médicos de família abrindo-lhes o acesso ao processo clínico hospitalar (programa do XVII governo constitucional, 2005-2009).

Em 2008 foi criada a figura dos agrupamentos de centros de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro) enquanto serviços públicos de saúde desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde com autonomia administrativa, formados por várias unidades funcionais e agrupando um ou mais centros de saúde (Pisco, 2008, 2011; Fialho, 2008).

As unidades funcionais que integravam os ACES eram as seguintes:

- Unidades de saúde familiar (USF);
- Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidades de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Cada unidade funcional era constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando prevista a cooperação entre as várias unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. A missão pela qual regulavam as suas ações era semelhante à das figuras anteriores pautando-se pela prestação de cuidados de saúde primários à população numa área geográfica delimitada⁵³ (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

O objetivo desta reforma passava também por uma gestão rigorosa e equilibrada dos cuidados de saúde primários, tendo em conta as necessidades da população ficando previstos como instrumentos de gestão dos ACES, o regulamento interno, os planos plurianuais e anuais de atividades, os relatórios de atividades e o contrato-programa⁵⁴ (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

A missão dos ACES visava prestar cuidados de saúde primários à população, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestar cuidados na doença fazendo a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, numa determinada área geográfica definida⁵⁵. Para além destas funções, os ACES desenvolveriam ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participariam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua (artigo 3º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Na prossecução da reforma dos cuidados de saúde primários ficou evidente a importância do desenvolvimento dos sistemas de informação na saúde como apoio à prestação de cuidados, tendo-se registado uma forte aposta na introdução de sistemas de informação com o objetivo de permitir uma

⁵³ A delimitação geográfica dos ACES deveria corresponder ao NUTS III (um concelho apenas, ou um agrupamento de concelhos) e deveria ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis limitado a um número mínimo de 50000 e a um número máximo de 200000 utentes (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

⁵⁴ Contratos definidos anualmente que funcionam com base nos acordos celebrados entre o diretor executivo do ACES e o conselho diretivo da ARS. Financiamento munido de regras para a fixação de orçamentos, que envolvem a prestação com os objetivos estabelecidos e os recursos afetos a estes (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

⁵⁵ Fixada por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da administração pública, da administração local e da saúde, ouvidos os municípios da área abrangida, sob proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P. (artigo 3º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

melhor interação entre os diferentes níveis de cuidados facilitando uma articulação entre as várias entidades no sistema (Despacho n.º 18846/2009, de 14 de agosto; Fonseca, Dedeu, Pisco, & Gouveia, 2015; Gouveia, Silva, Oliveira, & Miguel, 2007).

Quadro 3.11 - Desenvolvimento dos ACES em Portugal

Documento legal	ACES
Portaria n.º 272/2009, de 18 de março	Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS) do Algarve I - Central, do Algarve II - Barlavento e do Algarve III - Sotavento, integrados na Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P..
Portaria n.º 273/2009, de 18 de março	Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde de Alto Trás-os-Montes I - Nordeste, de Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, do Douro I - Marão e Douro Norte, do Douro II - Douro Sul, do Ave I - Terras de Basto, do Ave II - Guimarães/Vizela, do Ave III - Famalicão, do Cávado I - Braga, do Cávado II - Gerês/Cabreira, do Cávado III - Barcelos/Esposende, do Tâmega I - Baixo Tâmega, do Tâmega II - Vale do Sousa Norte, do Tâmega III - Vale do Sousa Sul, do Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa, do Grande Porto II - Gondomar, do Grande Porto III - Valongo, do Grande Porto IV - Maia, do Grande Porto V - Póvoa do Varzim/Vila do Conde, do Grande Porto VI - Porto Ocidental, do Grande Porto VII - Porto Oriental, do Grande Porto VIII - Gaia, do Grande Porto IX - Espinho/Gaia, de Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca, de Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte, integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, I. P..
Portaria n.º 274/2009, de 18 de março	Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Vouga I, Baixo Vouga II, Baixo Vouga III, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Baixo Mondego I, Baixo Mondego II, Baixo Mondego III, Pinhal Interior Norte I, Pinhal Interior Norte II, Pinhal Interior Sul, Pinhal Litoral I, Pinhal Litoral II, Dão/Lafões I, Dão/Lafões II, Dão/Lafões III, integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P..
Portaria n.º 275/2009, de 18 de março	Cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) integrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.
Portaria n.º 276/2009, de 18 de março	Cria os seguintes agrupamentos de centros de saúde (ACES) integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.: Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa I - Lisboa Norte, da Grande Lisboa II - Lisboa Oriental, da Grande Lisboa III - Lisboa Central, da Grande Lisboa IV - Oeiras, da Grande Lisboa V - Odivelas, da Grande Lisboa VI - Loures, da Grande Lisboa VII - Amadora, da Grande Lisboa VIII - Sintra-Mafra, da Grande Lisboa IX - Algueirão-Rio de Mouro, da Grande Lisboa X - Cacém-Queluz, da Grande Lisboa XI - Cascais, da Grande Lisboa XII - Vila Franca de Xira, da Península de Setúbal I - Almada, da Península de Setúbal II - Seixal-Sesimbra, da Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho, da Península de Setúbal IV - Setúbal-Palmela, Oeste I - Oeste Norte, Oeste II - Oeste Sul, do Médio Tejo I - Serra d'Aire, do Médio Tejo II - Zêzere, da Lezíria I - Ribatejo, e da Lezíria II.
Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro	Cria o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, integrado na Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P., e extingue e integra por fusão no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central os Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Alentejo Central II.
Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro	Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, IP - Revoga a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março.
Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro	Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP - Revoga a Portaria n.º 276/2009, de 18 de março.
Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro	Reorganiza vários agrupamentos de centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, IP..

Fonte: Elaboração própria

A reforma dos cuidados de saúde primários de 2007 foi bem-sucedida, na medida em que permitiu melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade de cuidados bem como aumentar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos. No centro destes resultados esteve um modelo inovador - as Unidades de Saúde da Familiar que assentava no trabalho em equipa multidisciplinar obrigado ao cumprimento de objetivos e a uma maior coordenação entre os diferentes profissionais (Fonseca *et al.*, 2015; OCDE; 2015; Fialho, Oliveira & Sá, 2011).

Quadro 3.12 - Desenvolvimento das unidades de saúde familiar em Portugal

Ano	Medidas
2006	É aprovado o regulamento para o lançamento e implementação das USF (Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro).
2007	É aprovada a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C (Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro).
2008	São definidos os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, tendo por base a produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados (Portaria nº301/2008, de 18 de abril),
2013	A publicação Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, correspondeu à primeira alteração à Portaria nº301/2008. Fez-se uma revisão dos critérios e condições para a atribuição dos incentivos institucionais, introduzindo-se, um índice global de desempenho e um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, que permita abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental.
2014	Em 2014 surgem três despachos para as USF: – Despacho n.º 6080-B/2014, de 9 de maio - Fixa em 50 o número máximo de Unidades de Saúde Familiar a constituir no ano de 2014 (ARS Norte: 11; ARS Centro: 16; ARS LVT: 16; ARS Alentejo: 4 e ARS Algarve: 3). Determina também a transição de 20 USF do modelo A para o modelo B; – Despacho n.º 6501/2014, de 19 de maio – Determina o peso dos indicadores, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de cada indicador nacional, para o processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) – Despacho n.º 15647/2014, de 29 de dezembro - Altera o Despacho n.º 6501/2014, de 19 de maio.

Fonte: Elaboração própria

Apesar do sucesso desta reforma persistiram ainda problemas resultantes da insuficiência de cobertura da população tendo em conta o número de USF existentes sendo necessário desenvolver as potencialidades dos cuidados de saúde primários nomeadamente na prevenção e no acompanhamento de doentes com doença crónica. (OCDE, 2015a).

3.7.2. Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares

O OPSS (2001) apresentou as iniciativas e oportunidades previstas para a reforma dos cuidados hospitalares (Quadro 3.13):

Quadro 3.13 - Principais iniciativas e oportunidades para a reforma dos hospitais

Modalidade	Forma de Implementação	Objetivos	Dificuldades
Reorganizar	Centros de Responsabilidade integrados	Mais autonomia para as unidades prestadoras	Inércia administrativa
Empresarializar	Hospital-Empresa	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Reservas sindicais
Privatizar	Parcerias público-privadas para a construção de Hospitais	Mais investimento em troca da concessão de serviços a privados	Contrato a longo prazo - Administração Pública competente
	Gestão privada global de hospitais públicos	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Grau de complexidade - Administração Pública competente

Fonte: OPSS (2001, p.50)

3.7.2.1. A Empresarialização dos Hospitais

Nos anos de 2001 e 2002, foram desencadeadas iniciativas legislativas tendo em vista a implementação de um processo de empresarialização dos hospitais públicos. Tal decorreu da necessidade de ser introduzida uma mudança que favorecesse a introdução de instrumentos de gestão empresarial a partir de experiências de gestão inovadoras. Esta reforma foi desenvolvida de uma forma gradual, a partir de 2002, com a publicação de diversos diplomas (Barros, *et al.*, 2011). O quadro seguinte apresenta os principais documentos legais que estiveram na base desta reforma:

Quadro 3.14 - Documentos legais que estiveram na base do processo de empresarialização dos hospitais

Ano	Documento legal
2002	– Resolução do Conselho de Ministros nº41/2002, de 7 de março.
2002	– Lei nº27/2002, de 8 de novembro.
2003	– Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto.
2005	– Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de julho.

Fonte: Elaboração própria

Em 2002 foi publicado o novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) bem como a Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002 que definiu os trâmites associados à empresarialização das unidades hospitalares identificando os critérios a seguir neste processo. Este diploma alterou a Lei de Bases da Saúde revogando o Decreto-Lei n.º 19/88 que ditava a anterior Lei da Gestão Hospitalar e abriu portas a diversas formas jurídicas aplicáveis aos hospitais no sistema de saúde (Quadro 3.15):

Quadro 3.15 - Regimes jurídicos previstos para os hospitais

Estatuto Jurídico	Tradução legal
Hospitais SPA	– Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
Hospitais EPE	– Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
Hospitais SA	– Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Hospitais Privados	– Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
Hospitais Públicos geridos por outras entidades	– Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos, nos termos do Estatuto do SNS.

Fonte: Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

As experiências inovadoras, iniciadas nos anos 90, conduziram ao processo de empresarialização hospitalar com a transformação, em 2002, de 34 hospitais do setor público administrativo em 31

hospitais sociedade anónima. Desta forma foi aplicada em grande escala a gestão empresarial a um grande número de unidades de integravam a rede pública do SNS (Vaz, 2010).

Uma grande parte das medidas adotadas no processo de empresarialização dos hospitais públicos tiveram como quadro de referência teórico as abordagens da *New Public Management* e consistiam na:

- Introdução de instrumentos de gestão típicos do setor privado;
- Promoção da qualidade;
- Adequada gestão de recursos e meios;
- Implementação de uma gestão cuidada, com rigor procedimental, suportada em valores, responsabilidade e transparência;
- Introdução de um modelo de financiamento com base num sistema prospetivo e por meio da contratualização dos cuidados efetivos;
- Promoção de uma articulação positiva entre os vários níveis de cuidados;
- Aplicação do Plano Oficial de Contas do MS;
- Adaptação do Estado a um novo papel, o de regulador do sistema de saúde;
- Publicação periódica e regular de relatórios de gestão a apresentar à tutela (Ministro da Saúde) (artigo 5º, capítulo I do anexo à Lei n.º 27/2002).

Estas novas medidas transformaram significativamente o modelo de gestão dos hospitais, sendo que, no caso dos hospitais que permaneceram no setor público administrativo, se procedeu a algumas adaptações, de modo a aproximá-los deste inovador modelo de gestão. Estas alterações estruturais e orgânicas foram regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto.

Tendo em vista a implementação eficaz deste conjunto de medidas, nomeadamente, a garantia de manutenção da qualidade e da equidade no acesso foi identificada a necessidade de um exigente programa de acompanhamento e de monitorização do setor (GTROIH, 2010). Neste sentido, foram criadas duas entidades: uma com o objetivo de acompanhar todo este processo - a Unidade de Missão dos Hospitais Sociedade Anónima (hospitais SA) - (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro) e, uma outra com o propósito de regular a atividade dos serviços de saúde, a Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

Em 2005, foi entendido que o modelo deveria ser revisto dado os resultados terem sido pouco satisfatórios e também pela necessidade de reafirmar a natureza pública dos hospitais, passando o capital das unidades a ser exclusivamente público (ver com maior detalhe o quadro 3.16) (Campos, 2008; Campos & Ramos, 2005; Simões & Dias, 2010). Desta forma, procedeu-se a uma nova

alteração de regime jurídico, sendo adotado o modelo de Entidade Pública Empresarial (EPE) para as unidades hospitalares e passando a dotá-las de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, não estando sujeitas às normas da contabilidade pública.

Quadro 3.16 - Fatores que motivaram a transformação do estatuto jurídico dos hospitais (modelo SA para EPE)

Responsabilidades do Estado	– Alteração do regime jurídico com aumento da amplitude do Estado enquanto instrumento de intervenção económica. Tutela exercida pelos ministros das Finanças e da Saúde tal como acontecia no modelo SA.
Formação de Capital	– O capital era exclusivamente público não podendo ser alienado a entidades privadas. A transmissão das participações só poderia ocorrer entre entidades públicas, a não ser que o Governo alterasse a lei que regula o Setor Empresarial do Estado ou tornasse explícito nos decretos de alteração do modelo dos hospitais em causa a possibilidade de o capital social ser constituído por entidades não públicas. No modelo dos SA o capital podia ser privado.
Certificação de Contas	– A prestação de contas remetida à Inspeção-Geral das Finanças para emissão de um parecer sendo depois remetida para os ministérios da tutela. No modelo SA, a certificação de contas era feita nos termos do Código das Sociedades Comerciais através de revisores oficiais de contas.
Falência por motivos Económicos	– No que respeita à extinção nos SA poderia ocorrer nos termos do Código das Sociedades Comerciais, ao contrário do novo modelo que impedia a falência por motivos económicos.
Contratos de Trabalho	– O novo Código do Trabalho preconiza uma aproximação do contrato individual de trabalho, mas a regra era a submissão do estatuto do pessoal à disciplina do direito administrativo. No modelo empresarial societário, o estatuto do pessoal corresponde ao regime do contrato individual de trabalho em vigor.

Fonte: OPSS (2005)

Nos anos seguintes, o modelo de empresarialização de unidades hospitalares foi sendo disseminado vigorando até aos dias de hoje.

3.7.2.2. A concentração de Unidades de Saúde

Tendo em vista uma trajetória de promoção da eficiência, do desempenho e da redução de custos das unidades hospitalares, foi sendo promovida a concentração de unidades de saúde (Barros, 2013). A intenção governativa em 2005 ia no sentido de que a fusão de unidades hospitalares, numa determinada área geográfica, fomentaria uma melhor gestão dos recursos, com os consequentes ganhos de eficiência através da obtenção das economias de escala que daí resultariam (Azevedo & Mateus, 2013; Campos, 2008; Simões, 2009).

Esta teoria era consubstanciada por experiências já realizadas noutros países da OCDE, embora a evidência disponível alertasse para o risco potencial de estes objetivos só poderem ser cumpridos para unidades próximas e de pequenas dimensões (Ferrier & Valdmanis, 2004; Sinay, 1998), em que o funcionamento fosse totalmente integrado (Lynk, 1995; Tenn, 2011).

Em relação aos cuidados de saúde hospitalares, a OCDE (2015a) avaliou positivamente a reforma hospitalar iniciada nos anos 90, enquanto processo contínuo fundado na concentração de unidades de saúde e no reforço da qualidade com a introdução de modelos inovadores de gestão e sistemas de pagamento mediante contratualização⁵⁶. No entanto, recomendou a aplicação de medidas centradas na melhoria da qualidade⁵⁷ e na promoção da acreditação para todas as unidades, bem como a maximização dos serviços hospitalares em função da comunidade.

O quadro seguinte apresenta algumas das fusões e concentrações de unidades hospitalares ocorridas em Portugal, entre 2005 e 2013:

Quadro 3.17 - Fusões e concentrações de unidades hospitalares ocorridas em Portugal, entre 2005 e 2013

Documento legal	Transformação
Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro	Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro	Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro	Cria o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Portaria n.º 1373/2007, de 19 de outubro	Cria o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (integração dos Hospitais de Júlio de Matos e de Miguel Bombarda e extinção do Grupo dos Hospitais Psiquiátricos de Lisboa e Vale do Tejo).
Portaria n.º 1580/2007, de 12 de dezembro	Cria o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. Integra os Hospitais Psiquiátricos de Sobral Cid e do Lorvão e o Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnês.
Decreto-Lei n.º 23/2008, de 28 de fevereiro	Cria o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto	Cria o Hospital de Faro, E.P.E., os Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., e o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro	Transforma o Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, em entidade pública empresarial.
Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro	Cria o Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro	Cria o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de outubro	Cria o Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 21/2010, de 24 de março	Cria o Hospital de Curry Cabral, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.

⁵⁶ O modelo contratual de pagamento de cuidados de saúde foi considerado por Cashin (2014) como promotor de eficiência.

⁵⁷ Já em 2013, a OCDE (2013) tinha referido a necessidade de ser prestada uma maior atenção na qualidade dos cuidados, nomeadamente no respeitante a erros de procedimentos.

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março	Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro	Procede à extinção e integração por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., do Hospital de Curry Cabral, E.P.E., e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
Portaria n.º 276/2012, de 12 de setembro	Cria o Centro Hospitalar do Oeste (CHO), que integra o Centro Hospitalar de Torres Vedras e o Centro Hospitalar do Oeste Norte (CHON).
Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio	Procede à criação do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., com o Hospital de Faro, E.P.E e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto	Procede à transferência das competências do Centro Hospitalar do Oeste para o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., relativas à prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Nazaré e à população do concelho de Alcobaça, com exceção das populações das freguesias de Alfeizeirão, Benedita e S. Martinho do Porto.
Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro	Procede à alteração da denominação do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.2.3. Integração de diferentes níveis de Cuidados

Os hospitais destinados ao tratamento de doentes agudos ou de doentes crónicos enfrentam atualmente um grande desafio, perante um aumento crescente das necessidades e um agravamento da complexidade das situações. Para responder a este desafio é fundamental desenvolver uma articulação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados, particularmente através do reforço da ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados (Naylor *et al.*, 2015).

Neste domínio tem vindo a ser recomendada a integração de cuidados por área geográfica, sobre um mesmo mecanismo de governação (OCDE, 2015a). Em Portugal, surgiram as Unidades Locais de Saúde como unidades integradoras, na mesma área geográfica, de dois modelos de prestação de cuidados: cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares. De acordo com a OCDE (2015), as Unidades Locais de Saúde constituem um modelo importante na resposta ao desafio de garantir cuidados de saúde de um modo eficaz e coordenado. O quadro seguinte apresenta as ULS criadas em Portugal, entre 2007 e 2012, e os respetivos diplomas de constituição.

Quadro 3.18 - Unidades Locais de Saúde constituídas em Portugal, entre 2007 e 2012

Documento Legal	Unidades Locais de Saúde
Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro	Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE, e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro	Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 12/2009, de 12 de janeiro	Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, que cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,

	EPE, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro	Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho	Extingue o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste, cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, e aprova os respetivos estatutos.
Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de dezembro	Procede à criação, com a natureza de entidade pública empresarial, da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E., por integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.3. A relação com o Setor Privado

A LBS e o Estatuto do SNS tornaram clara a obrigação da melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos tendencialmente deficitários e caracterizados por uma gestão burocrática e tradicional (Silva, 2009). A adoção dos princípios teóricos da *New Public Management* pelo setor da saúde conduziu a uma maior clarificação dos aspetos jurídicos de relação com setor privado. A maior abertura à participação privada na saúde, tanto no financiamento como na prestação de cuidados contribuiu para reforçar os níveis de cooperação e de contratualização com o setor privado.

3.7.3.1. Prestação de Cuidados de Saúde no Setor Privado

As duas últimas décadas foram marcadas por um significativo aumento do número de prestadores de saúde do setor privado. Neste processo de transformação do sistema de saúde português, o Estado aprofundou a sua função reguladora, produzindo instrumentos legais específicos adaptados a esta nova realidade. De entre os múltiplos mecanismos legais e regulatórios, merecem destaque: a revisão do regime jurídico para a abertura, a modificação e funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde, a definição dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, dos recursos humanos e instalações técnicas dos consultórios dentários, das unidades de prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia, das unidades de saúde de radiologia, radioterapia, radio-oncologia, medicina nuclear, unidades privadas de medicina física e de reabilitação e das unidades privadas de serviços de saúde onde se exerça a prática de enfermagem.

Em 2009, o governo publicou uma nova disposição legal com vista ao estabelecimento do regime jurídico para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que fosse a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração (Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro), tendo este diploma revogado o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro).

Em 2014, com o objetivo de promover uma maior qualidade das instalações e meios, o XIX governo constitucional (2011-2015) alargou o âmbito com a publicação de uma nova redação legal (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto) que estendia a “verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou entidade titular de exploração” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

Com o objetivo de adaptar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) às suas funções de regulação, previstas no Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro (diploma que criou a ERS), o XVII governo constitucional (2005-2009) introduziu alterações substantivas no funcionamento desta entidade através do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Este documento "prevê a inscrição obrigatória no registo dos estabelecimentos sujeitos à sua jurisdição e eventuais atualizações, bem como a cobrança de taxas devidas por aqueles serviços" (preâmbulo). Em 2011, a Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro, estabeleceu as regras para o cumprimento deste registo obrigatório na ERS das unidades prestadoras de cuidados de saúde (hospitais, clínicas, centros de saúde, laboratórios de análises clínicas, termas e consultórios) e também os critérios de fixação das respetivas taxas.

Na base do cumprimento das condições de qualidade e de assistência aos utentes, foi paralelamente introduzida na verificação das unidades prestadoras (a cargo da ERS), a obrigatoriedade de disponibilizar o livro de reclamações a todos os prestadores de cuidados de saúde que mantenham contacto direto com o público (Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro)⁵⁸. O modelo único a aplicar a todas as unidades privadas ou sociais já havia sido definido em 2002 no Despacho n.º 21866/2002, de 10 de outubro. O quadro 3.19 apresenta em resumo os principais diplomas legais publicados:

Quadro 3.19 - Diplomas legais que regulam a atividade de prestação em unidades privadas

Tipo de Atividade	Diploma	Especificação
Clínicas e Consultórios Dentários	Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e ao funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas ou consultórios dentários.
	Portaria n.º 167-A/2014, de 21 de agosto.	Primeira alteração à Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio. Procede à prorrogação do prazo para as unidades abrangidas e em funcionamento se adaptarem aos requisitos técnicos exigidos.
Gabinetes de Enfermagem	Portaria n.º 1056-A/2010, de 14 de outubro	Primeira alteração à Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto.
	Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades privadas de serviços de saúde onde se exerça a prática de enfermagem.

⁵⁸ O acesso à informação sobre a reclamação, tanto para o reclamante, como para o reclamado foi facilitado em 2009 com a criação da rede telemática de informação comum (Decreto-Lei n.º 118/2009, de 19 de maio).

Serviços Médicos e de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia	Portaria n.º 1370/2008, de 2 de dezembro	Estabelece as condições de celebração e as cláusulas tipo dos protocolos que permitem a declaração, nas próprias unidades de saúde privadas, dos nascimentos aí ocorridos, nos termos do artigo 96.º-A do Código do Registo Civil.
	Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetrícia e neonatologia.
	Portaria n.º 8/2014, de 14 de janeiro	Primeira alteração à Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto.
Medicina Física de Reabilitação	Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de medicina física e de reabilitação que prossigam atividades de diagnóstico, terapêutica e de reinserção familiar e socioprofissional.
Radiologia	Portaria n.º 35/2014, de 12 de fevereiro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades de saúde de radiologia.
Radioterapia	Portaria n.º 34/2014, de 12 de fevereiro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de serviços de saúde de radioterapia e radio-oncologia.
Medicina Nuclear	Portaria n.º 33/2014, de 12 de fevereiro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades de saúde de medicina nuclear.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.3.2. Parcerias Público-Privadas

Nos últimos 30 anos, nos países da OCDE, as parcerias público-privadas foram apresentadas como uma forma de contornar as crescentes restrições orçamentais e a escassez de liquidez nos recursos públicos, sendo aplicadas a diversos setores, nomeadamente na educação, na saúde, nos transportes e na segurança. A adoção do modelo de parcerias público-privadas resultou também da imposição de limites para o défice do Estado nos países que integram a união monetária onde a existência de um pacto de estabilidade, com limites para o défice público, introduziu restrições ao investimento público (Addicott, 2014; Ghobadian *et al.*, 2004; Silva; 2009; Yescombe, 2007).

No setor da saúde, foi sobretudo na área hospitalar que se registou a opção por este tipo de modelos de financiamento e de gestão, potenciando o envolvimento do setor privado com o objetivo principal de redução da despesa e do aumento da eficiência (Abadie & Howcroft, 2004; Oliveira & Pinto, 2005). Para um melhor entendimento do conceito das parcerias público-privadas, procedeu-se a uma breve caracterização das mesmas, apresentando-se um conjunto de pontos principais comuns a todas as parcerias público-privadas nos países da OCDE (Barros & Martinez-Giralt, 2009; CE, 2004; Gonçalves, 2005; Grimsey & Lewis, 2004; Pombeiro, 2003; Santos *et al.*, 2004; Sarmiento, 2013; Silva, 2009):

- A transferência de risco do setor público para o setor privado;
- Um acordo contratual de longa duração (tempo necessário para a recuperação do investimento);
- A envolvimento do parceiro privado com a construção, o financiamento, a manutenção e a gestão operacional da infraestrutura;
- A responsabilidade do setor público em garantir a provisão de bens e serviços;
- O pagamento faseado ao setor privado ao longo do projeto;
- A propriedade pública das infraestruturas após termo do contrato;
- O estímulo à concorrência nos concursos e nas licitações;
- A envolvimento de vários setores de atividade;
- A definição de uma base legal pela qual se regem os contratos.

As principais características que envolveram as parcerias estão fortemente associadas aos interesses que envolvem o Estado e os parceiros privados (Azevedo, 2009; Cabral, 2009).

Os objetivos fundamentais para o Estado são os seguintes:

- Uma poupança de recursos;
- A partilha de responsabilidades;
- A obtenção de maior qualidade;
- A inovação e a eficiência através da incorporação dos conhecimentos e das técnicas aplicadas no setor privado;
- Um maior envolvimento dos parceiros;
- A aquisição de experiência e do *know-how* da capacidade privada para lidar com o risco de operar por objetivos;
- A otimização dos recursos técnicos e humanos disponíveis, garantindo a construção e a manutenção de infraestruturas.

Para a iniciativa privada, os principais objetivos das parcerias público-privadas passam por ganhar experiência em setores de atividade muito específicos e tradicionalmente públicos e retirar vantagens económicas dos acordos realizados, razão pela qual as parcerias público-privadas só deverão ser opção quando a sua aplicação confira ganhos de eficiência, eficácia e competitividade ao serviço público (Cardoso, 2004).

Em Portugal, a partir do início dos anos 2000, os governos inscreveram nos programas políticos o recurso às parcerias público-privadas no setor da saúde como forma de realizar investimentos em novas infraestruturas contornando as limitações orçamentais e com o objetivo de, a partir da experiência privada, adquirir ganhos para o setor público resultantes de maior competitividade e eficiência das organizações (Azevedo, 2009; Renda & Schrefler, 2006).

Uma boa definição de parcerias público-privadas, associadas à saúde em Portugal, é apresentada por Simões (2004b) que as retrata como uma relação duradoura estabelecida entre entidades públicas do SNS e operadores do setor privado e social (sociedades veículo de natureza comercial) mediante os objetivos definidos inicialmente num contrato de gestão.

A primeira relação contratual com o setor privado para a gestão de um hospital público foi realizada em 1995 no Hospital Fernando da Fonseca ao abrigo da Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Esta relação não pode ser definida rigorosamente como uma parceria público-privada dado que o parceiro privado não foi responsável pela construção, nem pelo financiamento, sendo portanto o risco alocado ao setor público (Simões, 2009).

A primeira tentativa efetiva para realizar uma parceria público-privada na saúde ocorreu em 1999 com a criação de um grupo de trabalho que visava a implementação de um modelo *Projet Finance Initiative (PFI)* no Hospital de Loures (Despacho n.º19761/99, de 17 de setembro).

O XIV governo constitucional (1999-2002) desenvolveu os trabalhos preparatórios para a implementação deste processo de contratação para as parcerias hospitalares tendo como modelo o exemplo do Reino Unido, abrangendo a construção, a operação e a manutenção das infraestruturas, a que se associou, de forma inovadora, a gestão clínica. Para o acompanhamento deste processo, foi criada em 2001 a Estrutura de Missão Parcerias-Saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro), tendo sido necessário o estabelecimento de uma base legal que sustentasse o desenvolvimento desta forma de relação com o setor privado (OPSS, 2009).

A questão da inclusão da gestão clínica nos termos da parceria gerou polémica, na medida em que esta sempre foi uma das matérias mais discutidas, pela falta de experiência a nível internacional, para além de outros motivos fundados em aspetos económicos, técnicos, de qualidade e de contratualização dos serviços clínicos. Há que reconhecer que nalguns países onde este modelo de integração da gestão clínica foi adotado, foram reconhecidas vantagens associadas a ganhos de eficiência resultantes da maior capacidade e experiência do setor privado (Barros, 2010; Hart, 2003; Silva, 2009).

A adoção de parcerias público-privadas em Portugal, no setor da saúde, teve como base a ideia de que, com a participação da iniciativa privada, seria possível renovar o parque hospitalar português através da realização de um investimento com pagamento futuro (Barros, 2010). O programa de parcerias, apesar de constituir uma nova forma de contratação de cuidados de saúde com investimento e gestão privados manteve o planeamento e o financiamento públicos, salvaguardando desta forma os princípios edificadores do SNS (carácter universal, geral e tendencialmente gratuito) (Simões, 2004b).

No que se refere ao quadro legal, foi publicada a Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto⁵⁹, que definia o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamento privados. Neste documento foram estabelecidos os princípios estruturantes e os instrumentos para o regime de gestão e de financiamento das parcerias, que envolvia entidades públicas (Ministério da Saúde e serviços integrados no SNS) e privadas (empresas, consórcios). Assim, com a entrada em vigor deste diploma, estava prevista a aplicação do modelo de parcerias público-privadas para a construção de infraestruturas e para a gestão clínica dos hospitais. Na prática, porém, o documento legal que regulamenta os cadernos de encargos surgiu no ano de 2003, através da publicação do Decreto-Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de junho. O diploma que visava os procedimentos que antecedem à contratação foi também publicado no mesmo ano, através do Decreto-Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de abril.

O anúncio da denominada primeira vaga de parcerias na saúde em Portugal remonta ao ano de 2001, quando o governo em funções (XIV governo constitucional, 1999-2002) fez anunciar um programa para a realização de parcerias público-privadas abrangendo um total de dez hospitais, sendo oito destes em regime de substituição de hospitais pré-existentes e os outros dois relativos à construção de novas unidades sendo que, na prática, esta primeira fase não chegou a ser totalmente realizada (Nikolic & Maikisch, 2006; Simões, 2004a).

Um conjunto adicional de unidades foram referenciadas para uma segunda vaga: os hospitais de Todos os Santos (Hospital de Lisboa Oriental), Faro, Margem Sul do Tejo (Seixal), Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim-Vila do Conde. No entanto, esta segunda vaga não se viria a concretizar por imposição do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro (PAEF) aplicado a Portugal em 2011⁶⁰.

Atualmente encontram-se em funcionamento quatro hospitais em regime de parceria público-privada: Hospitais de Cascais (fevereiro de 2010), Loures (janeiro de 2012), Braga (maio de 2012) e Vila Franca de Xira (março de 2013). As disposições legais que marcaram o desenvolvimento destas PPP

⁵⁹ Alterada pelo Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril.

⁶⁰ A publicação do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio veio concretizar legalmente os compromissos assumidos no documento de entendimento.

na saúde apresentam-se resumidas no quadro seguinte:

Quadro 3.20 - Diplomas legais aplicados às parcerias público-privadas na saúde

Diploma	Objetivo
Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro	– Cria a estrutura de missão Parcerias-Saúde.
Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto	– Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados.
Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril	– Estabelece as normas gerais aplicadas às parcerias público-privadas.
Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de abril	– Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão das parcerias em saúde.
Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de junho	– Aprova o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão das PPP hospitalares em preparação.
Despacho Normativo n.º 35/2003, de 25 de julho	– Incumbe à PARPÚBLICA a prestação de apoio técnico na definição e acompanhamento das parcerias público-privadas.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 21 de julho	– Prorroga o mandato da estrutura de missão Parcerias-Saúde.
Despacho n.º 12891/2006, de 31 de maio	– Define as prioridades de investimento da segunda vaga de parcerias público-privadas para os hospitais.
Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio	– Prevê a transferência de atribuições da EMPS, após a sua extinção, para a ACSS.
Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro	– A ACSS contempla a Unidade Operacional de Gestão do Programa de Parcerias.
Decreto-Lei n.º 111/2012, de 26 de abril	– Disciplina a intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento das parcerias público-privadas. Cria a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos.

Fonte: Elaboração própria

3.7.4. Cuidados Continuados Integrados

Nos últimos 30 anos, uma das reformas mais relevantes, do ponto de vista da estruturação do sistema, foi a constituição de uma rede de cuidados continuados integrados que integrasse entidades públicas, sociais e privadas com o objetivo de restaurar e manter a qualidade de vida dos cidadãos com doença crónica ou degenerativa (Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro). Em 2006, por iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social foi implementada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para dar cobertura aos cuidados pós hospitalares (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A RNCCI organizou-se de acordo com diferentes tipologias de internamento neste nível de cuidados distinguindo-se entre unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades

de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos (Maisonneuve & Martins, 2013). No caso específico do apoio às pessoas em fim de vida foram previstas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos para prestar apoio e aconselhamento diferenciado (n.º 2 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

No âmbito da RNCCI estava igualmente previsto um regime de prestação de cuidados de ambulatório com o objetivo de prestar cuidados integrados de suporte e de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reunissem condições para ser cuidadas no domicílio⁶¹ (n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Tendo em vista a coordenação entre as unidades hospitalares e as várias tipologias presentes nos cuidados continuados foi publicado um Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho que criou, em cada hospital do SNS, uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP⁶²).

Os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa a celebrar com as entidades que integraram a RNCCI foram assumidos pelas ARS e pelo Instituto da Segurança Social, IP (Despacho n.º 9845-4/2013, de 25 de julho) tendo os preços a praticar pelos cuidados de saúde em regime de internamento ou ambulatório na RNCCI sido fixados na Portaria n.º 184/2015, de 23 de junho.

Em termos globais, esta iniciativa contribuiu para que Portugal apresentasse, nas últimas décadas, progressos sensíveis na coordenação entre os diferentes níveis de cuidados representando o seu desenvolvimento uma importante diferenciação para o sistema de saúde na medida em que favorece a integração de cuidados criando condições para a reabilitação e para os cuidados pós-hospitalares (OCDE, 2015).

3.7.5. Política do Medicamento

Em Portugal, a política do medicamento adquiriu particular relevância nas duas últimas décadas, em resultado do crescente peso deste setor no conjunto da despesa pública em saúde. Para esta circunstância concorreu decisivamente o desenvolvimento das tecnologias farmacêuticas e biomédicas cujos custos assumiram proporções muito significativas a partir do final da década de 90.

⁶¹ Apresenta equipas de cuidados continuados integrados que prestam serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requerendo internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

⁶² A necessidade imperiosa da equipa inter-hospitalar de suporte em cuidados paliativos foi reforçada pela publicação do Despacho n.º 10429/2014, de 12 de agosto (retificado pela Declaração de retificação n.º 848/2014, de 22 de agosto) determinando que "os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação e as unidades locais de saúde, integrados no SNS e classificados nos Grupos I, II, III ou IV - a com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)".

Na primeira metade deste período o foco das políticas públicas no setor do medicamento centralizou-se no incremento do mercado dos genéricos no sentido de diminuir, progressivamente, o encargo com medicamentos e de compensar a entrada de medicamentos inovadores de custo mais elevado.

Neste sentido, a partir do ano de 2005 foram ativamente promovidos os medicamentos genéricos. Para tal, no regime geral, a comparticipação do Estado para este tipo de medicamentos foi fixada nos 100 % para todos os escalões (Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de agosto; Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de maio) tendo o Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de maio modificado ainda o regime de instituição do preço dos medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica comparticipados.

O sistema teve por base a ideia de que os medicamentos dirigidos a patologias mais severas, crónicas ou incapacitantes deveriam ter classificações que atribuíssem maiores comparticipações (Quadro 3.21). A título de exemplo podem indicar-se as insulinas com 100% de comparticipação, os antidiabéticos orais (95%) no escalão A, os antibióticos no escalão B (69%) e os anti-inflamatórios no escalão C (37%).

Quadro 3.21 - Legislação referente ao regime especial de comparticipação para medicamentos dirigidos a patologias específicas

Patologia	Legislação aplicada
Alzheimer	Despacho n.º 13020/2011, de 29 de setembro - Consolida a disciplina que rege o regime especial de comparticipação dos medicamentos prescritos a doentes com doença de Alzheimer ou demência de Alzheimer.
Artrite reumatoide e espondilite anquilosante	Despacho n.º 14123/2009, de 12 de junho (estabelece as condições a que obedece a comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento da reumatoide e a espondilite anquilosante). Alterado pelo Despacho n.º 12650/2012, de 27 de setembro.
Artrite reumatoide e espondilite anquilosante	Despacho n.º 18419/2010, de 2 de dezembro - definiu as condições de dispensa e utilização de medicamentos prescritos a doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas. Despacho n.º 1845/2011, de 25 de janeiro (estabeleceu a dispensa e utilização de medicamentos prescritos a doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas). Despacho n.º 17503-A/2011, de 29 de dezembro (Prolonga, para além de 2011, a obrigatoriedade de que a aquisição dos medicamentos abrangidos pelo regime especial de comparticipação para tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, pelos hospitais do SNS, se efetue por preços unitários 7,5 % inferiores aos praticados no ano de 2010). Despacho n.º 14242/2012, de 2 de novembro - altera o anexo i do documento anterior (Despacho n.º 18419/2010, de 2 de dezembro). Despacho n.º 18419/2010, de 13 de dezembro (Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas beneficiam de um regime especial de comparticipação).
Asma	Portaria n.º 1263/2009, de 15 de outubro (Determina a mudança do escalão de comparticipação das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores, pelo prazo de um ano).
Diabetes	Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho (Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes). Despacho n.º 4294-A/2013, de 22 de março (Aplica, a partir de 1 de abril de 2013, a redução de 15% aos PVP (preços máximos de venda ao público) fixados pelo artigo 3.º da Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho, relativos a reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e das agulhas,

	seringas e lancetas destinadas a pessoas com diabetes.
Doença inflamatória intestinal	Despacho n.º 4466/2005, de 10 de fevereiro (Define um regime especial de comparticipação que complemente o arsenal terapêutico com evidência demonstrada e disponível para o tratamento da doença de Crohn). Despacho n.º 1234/2007, de 25 de janeiro (estabelece o regime de comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento da doença inflamatória intestinal). Despacho n.º 5822/2011, de 4 de abril (Altera o anexo do despacho n.º 1234/2007, de 29 de dezembro). Despacho n.º 9767/2014, de 29 de julho (Determina a comparticipação a 100 % dos medicamentos destinados ao tratamento de doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa). Revoga o, publicado em Diário da República a 1 de março de 2005.
Dor oncológica	Despacho n.º 10279/2008, de 8 de abril (estabelece a atribuição da comparticipação escalão A (95%) para medicamentos opióides, tratamento da dor oncológica). Despacho n.º 57/2014, de 3 de janeiro (Atualiza o anexo das substâncias que beneficiam do regime especial de comparticipação previsto no Despacho n.º 10279/2008, de 11 de março).
Esclerose lateral amiotrófica	Despacho n.º 8599/2009, de 26 de março (estabelece a comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento da esclerose lateral amiotrófica).
Esclerose múltipla	Despacho n.º 11728/2004, de 15 de junho (define a comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento de doentes com esclerose múltipla). Alterado pelo Despacho n.º 12456/2010, de 2 de agosto.
Hemofilia, hemoglobinopatias, lúpus	Portaria n.º 469-A/2003, 9 de junho (Determina o acesso por parte dos doentes com lúpus, hemofilia ou hemoglobinopatias aos medicamentos comparticipados pelo Estado).
Hepatite C crónica	Portaria n.º 194/2012, de 18 de abril (regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da doença de hepatite C). Revogada pela Portaria n.º 158/2014, de 21 de fevereiro Portaria n.º 114-A/2015, de 18 de fevereiro (revê as substâncias abrangidas pelo regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da doença de hepatite C).
Ictiose	Despacho n.º 5635-A/2014, de 28 de abril (Determina a comparticipação pelo Escalão A dos medicamentos destinados a portadores de ictiose).
Insuficiência renal	Despacho n.º 25909/2006, 21 de dezembro (Atualiza os grupos terapêuticos dos medicamentos prescritos a doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais); Despacho n.º 10053/2007, de 30 de maio (Altera o Despacho n.º 3/91, de 8 de fevereiro que define as condições de dispensa e utilização de medicamentos prescritos a doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais); Despacho n.º 5821/2011, de 4 de abril (Altera o n.º 1 do Despacho n.º 9825/98 de 13 de maio, determinando o acesso por parte dos doentes insuficientes renais à eritropoietina humana recombinante) Despacho n.º 8680/2011, de 28 de junho (Altera o anexo do Despacho n.º 3/91, de 8 de fevereiro, que determina o acesso aos medicamentos pelos doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais).
Insuficiência venosa crónica	Despacho n.º 9088/2006, de 21 de abril (estabelece a comparticipação de medicamentos venotrópicos).
Paramiloidose	Despacho n.º 4521/2001, de 5 de março (Determina que os custos dos medicamentos para os doentes com paramiloidose sejam suportados pelo SNS, desde que a prescrição seja efectuada pelas unidades de saúde nele integradas. São revogados os Despachos n.º 25/89, de 2 de junho; n.º 163, de 18 de julho de 1989, e n.º 32/89, de 26 de outubro.
Parkinson	Despacho 10883/98, de 26 de junho (Determina que o medicamento Dopergin seja comparticipado pelo escalão A quando prescrito a doentes portadores da doença de Parkinson e desde que o médico confirme por escrito, na receita, que se trata desses doentes).
Psoríase	Lei n.º 6/2010, de 7 de maio (Inclui no escalão A de comparticipação os medicamentos queratolíticos e antipsoríaticos destinados aos doentes portadores de psoríase).
Rejeição aguda do transplante alogénico	Despacho n.º 6818/2004, de 3 de abril (Determina a comparticipação dos medicamentos destinados à profilaxia da rejeição aguda do transplante alogénico (transplante renal e cardíaco). Despacho n.º 772/2012, de 19 de janeiro (Introduz alterações às condições de comparticipação de medicamentos prescritos para a profilaxia da rejeição aguda de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico). Foi retificado pela Declaração de retificação n.º 347/2012, de 7 de março.
Sida	Despacho n.º 6716/2012, de 17 de maio (Estabelece regras específicas para a dispensa das terapêuticas com antirretrovíricos às pessoas que vivem com VIH/sida e adequada utilização do sistema SI.VIDA).

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

No que diz respeito ao sistema de comparticipações foram fixadas duas exceções ao regime geral de comparticipações. Por um lado, previu-se a existência de regimes especiais de comparticipação que se justificam perante casos de determinadas doenças ou de medicamentos específicos⁶³. Estes medicamentos podem ser dispensados por farmácias de oficina ou por farmácias hospitalares, mediante receita médica. Por outro lado, existe um regime acrescido de comparticipação para pensionistas delimitados pelos rendimentos, de forma a garantir uma maior acessibilidade aos medicamentos que necessitam. Assim, aos pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009, ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor é acrescida uma comparticipação de 5% para os medicamentos integrados no escalão A e para os escalões B, C e D de 15% (Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de agosto; Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de maio).

A revisão de preços e os preços de referência, em termos da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, foram alvo do escrutínio de várias publicações legais, em 2007 (Portaria n.º 30-B/2007), em 2009 (Decreto-Lei n.º 129/2009 de 29 de maio), em 2010 (Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio), em 2011 (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro), em 2013 (Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho) e em 2014 (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro). A definição da lista de grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos a ser sujeitos a comparticipação, foi definida pela Portaria n.º 1474/2004, de 21 de dezembro, revogado em 2010 pela Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de setembro, e em 2015 pela Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de junho.

A forma de pagamento às farmácias (comparticipação do Estado no preço dos medicamentos aos utentes do SNS) foi clarificada em 2006 com a publicação do Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro. Nesse ano, o executivo em funções criou o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS (Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de setembro) para dar cumprimento a estes pagamentos de forma atempada. Nesse sentido, foram adotadas medidas mais justas no acesso ao medicamento relacionadas com o combate à fraude na comparticipação (Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 01 de outubro) e na venda de fármacos através da obrigatoriedade da indicação do preço de venda em todos os medicamentos (Lei n.º 25/2011, de 16 de junho)⁶⁴. Em 2015, a publicação da Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de fevereiro previu no seu preâmbulo a “possibilidade de serem implementados incentivos que promovam o aumento da utilização de medicamentos genéricos e, de entre estes, dos mais baratos,

⁶³ Como por exemplo os medicamentos manipulados (Despacho n.º 18694/2010, de 16 de dezembro) “Estabelece as condições de comparticipação de medicamentos manipulados e aprova a respetiva lista”.

⁶⁴ Já anteriormente prevista no Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, que excluía “os medicamentos sujeitos a receita médica comparticipados, quando o utente beneficie da comparticipação” (artigo 2º).

podendo ser objeto de remuneração adicional as farmácias participantes em programas de saúde pública”.

Ao nível da política do medicamento foram ainda implementadas importantes medidas, nomeadamente o Estatuto do medicamento, que marcaram uma alteração do setor do medicamento de uso humano ao nível da qualidade, segurança e eficácia. Os documentos legais que marcam esta iniciativa foram o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto.

3.7.5.1. Farmácias de Oficina

O XVII governo constitucional (2005-2009) ao publicar o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto estabeleceu um novo regime jurídico das farmácias de oficina substituindo o anterior que remontava aos anos 60⁶⁵. O documento contemplou dados referentes à liberdade de instalação de farmácias, ao interesse público, à livre escolha do utente, a garantia do princípio de igualdade, o dever de dispensa de medicamentos, o uso racional do medicamento, o dever de sigilo e de qualidade fazendo ainda referência à propriedade, direção e funcionamento das farmácias.

Nos últimos 4 anos (2011-2015) o regime jurídico das farmácias sofreu três revisões. A primeira alteração foi estabelecida pela Lei n.º 26/2011 o qual definiu o regime de transferência de farmácias. No ano seguinte ocorreu a segunda alteração a este regime jurídico com a publicação do Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto foi objetivo do executivo a introdução de "medidas excecionais atinentes à viabilidade económica do funcionamento de algumas farmácias sem descuidar as obrigações nucleares de elevada qualidade na prestação da assistência farmacêutica às populações" e "a adequação deste regime à jurisprudência fixada pelo Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 612/2011, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 17, de 24 de janeiro de 2012" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto). Em 2013 seguiram-se duas novas alterações ao estatuto das farmácias (Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro e Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro) e já em 2014 foi realizada uma quinta alteração com a publicação do Decreto-Lei n.º 109/2014, de 10 de julho.

Os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias foram definidos em 2007 através da publicação da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Em relação ao regime de abertura e funcionamento das farmácias foram várias as disposições legais implementadas desde a publicação do primeiro regime jurídico. No quadro seguinte resumem-se as principais referências legais:

⁶⁵ São revogados os seguintes diplomas: Lei n.º 2125, de 20 de março de 1965; Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto de 1968, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.ºs 400/82, de 23 de setembro, 194/83, de 17 de maio, 430/83, de 13 de dezembro, 10/88, de 15 de janeiro, 229/88, de 29 de junho, 214/90, de 28 de junho, 72/91, de 8 de fevereiro, 15/93, de 22 de janeiro, 135/95, de 9 de junho, 184/97, de 26 de julho, e 134/2005, de 16 de agosto e a Portaria 249/2001, de 22 de março.

Quadro 3.22 - Legislação referente ao regime de abertura e funcionamento das farmácias de oficina

Decreto-Lei n.º 235/2006, de 6 de dezembro	Estabelece o regime de instalação, abertura e funcionamento de farmácia de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do SNS e as condições da respetiva concessão por concurso público.
Decreto-Lei n.º 241/2009, de 16 de setembro	Revoga o Decreto-Lei n.º 235/2006, de 6 de dezembro.
Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março	Regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina.
Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro	Dispõe que a abertura de farmácias se pode fazer vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, em articulação com o regime de turnos, alterando o Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março.
Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto	Republica o Decreto-Lei n.º 53/2007, que regula o horário de funcionamento das farmácias de oficina.
Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro	Define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior, e revoga a Portaria n.º 31-A/2011, de 11 de janeiro.
Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro	Primeira alteração à Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro, que define o horário padrão de funcionamento das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turnos, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.5.2. Dispensa de Medicamentos

O regime jurídico definido para as farmácias de oficina (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto) consubstanciava a possibilidade de dispensa de medicamentos ao domicílio e à aceitação de pedidos realizados pela internet. Em 2007, a publicação da Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro, veio regular as condições e os requisitos para este tipo de dispensa.

Em 2009, deu-se início à dispensa de medicamentos em unidose para o regime de ambulatório, tendo esta medida sido implementada, a título experimental, nas farmácias da região de Lisboa e Vale do Tejo que manifestassem esta vontade, devendo o INFARMED realizar uma avaliação da iniciativa. Para regular a dispensa de medicamentos ao público, em quantidade individualizada, foi publicada a Portaria n.º 697/2009, de 1 de julho. No ano seguinte, ao verificar-se que o regime não teve qualquer aplicação prática procedeu-se a uma revisão da medida, com a publicação da Portaria n.º 455-A/2010, de 30 de junho, com o objetivo de eliminar os constrangimentos que poderiam estar na base da sua ineficácia.

Em 2011, o executivo estabeleceu com a publicação da Lei n.º 10/2011, de 21 de abril, um regime de dispensa gratuita de medicamentos após alta de internamento, pelos serviços farmacêuticos dos

hospitais que integram o SNS. Na base de sustentação da medida estavam estabelecidas algumas normas (Quadro 3.23):

Quadro 3.23 - Normas estabelecidas para dispensa de medicamento em unidose no momento da alta hospitalar

A dispensa, no momento da alta, deverá contemplar:

- Os medicamentos prescritos no momento da alta, relacionados com o tratamento da patologia que motivou o internamento;
- A quantidade deverá corresponder à prescrita para os três dias após a alta, incluindo o dia da alta, excetuando os antibióticos que devem ser dispensados em quantidade suficiente à duração da antibioterapia.
- Uma quantidade individualizada (cumprindo as boas práticas e as normas técnicas e regulamentares aplicáveis a este tipo de distribuição, incluindo a entrega ao utente, do folheto informativo).

Fonte: Lei n.º 10/2011, de 21 de abril (artigo 2º)

3.7.5.3. Legislação referente aos preços e às regras de formação de preços

A legislação sobre a definição dos preços de venda dos medicamentos foi alvo de várias revisões. O quadro seguinte resume os principais documentos legais:

Quadro 3.24 - Quadro legislativo: preços na saúde

Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro	Estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos e altera o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de junho.
Decreto-Lei n.º 127/2006, de 4 de julho	Revê a majoração aplicável ao preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial.
Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março	Aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados.
Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro	Reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Portaria n.º 1551/2008, de 31 de dezembro	Altera a Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Portaria n.º 668/2009, de 19 de junho	Segunda alteração à Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Portaria n.º 1047/2009, de 15 de setembro	Terceira alteração à Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Portaria n.º 1460-D/2009., de 31 de dezembro	Altera a Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Decreto-Lei n.º 6/2010, de 15 de janeiro	Prorroga a majoração de 20% estabelecida no n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro, para o preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial até à data de entrada em vigor do novo regime jurídico que revê o sistema de preços de referência.
Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio	Aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do SNS, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, e modifica o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março.
Portaria n.º 283/2010, de 25 de maio	Quinta alteração à Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, que reduz os preços

	máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos.
Portaria n.º 3/2012, de 2 de janeiro	Autoriza a revisão do preço do medicamento a título excecional.
Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro	Estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos.
Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho	Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Republica o Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro.
Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro	Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, e estabelece um mecanismo de definição dos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica que não tenham sido objeto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do SNS, nem de decisão de comparticipação.
Despacho n.º 7841-B/2013, de 17 de junho	Define os critérios a que deve obedecer a elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos, reforça a obrigatoriedade de utilização pelos estabelecimentos e serviços do SNS (SNS) dos medicamentos incluídos, bem como as condições em que poderão ser utilizados medicamentos nele não previstos e altera o regime resultante do Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro.
Despacho n.º 8487-C/2013, de 28 de junho	Aprova os preços de referência unitários dos grupos homogêneos de medicamentos, para vigorar no trimestre civil que se inicia em 1 de julho de 2013.
Portaria n.º 335-A/2013, de 15 de novembro	Primeira alteração à Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos.
Portaria n.º 367/2013, de 23 de dezembro	Segunda alteração à Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.5.4. Legislação sobre a prescrição de Medicamentos

O XVIII governo constitucional (2009-2011) em matéria de política do medicamento teve como objetivo da sua ação facilitar o acesso e promover a prescrição eletrónica. Anteriormente já o XVII governo constitucional (2005-2009) através do Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro tinha incentivado a prescrição por via eletrónica, "estabelecendo-se que, a partir de 1 de março de 2011, apenas serão comparticipadas receitas prescritas por esta via" (preâmbulo), considerando à data que esta se tratava de "uma medida que vai permitir que todo o sistema de dispensa de medicamentos possa ser gerido com mais eficiência e que tem ainda vantagens adicionais" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro).

A publicação da Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio, definiu o regime jurídico a que devem obedecer as regras de prescrição eletrónica e ainda o regime transitório da receita manual de medicamentos. No entanto, o XVIII governo por despacho do Secretário de Estado da Saúde (Despacho n.º 9187/2011, de 21 de julho) definiu a situação de exceção do prescriptor de medicamentos por via eletrónica e esclarece o respetivo procedimento. Foi promovida uma atualização dos dados relativos à identificação dos

prescritores médicos, para efeitos de comparticipação e monitorização da prescrição, através da publicação do Despacho n.º 15096/2011, de 8 de novembro.

No ano 2012, mantendo a mesma direção de promover uma maior eficiência para a prescrição, o governo efetuou a primeira alteração ao regime jurídico das prescrições eletrónicas, através da entrada em vigor da Portaria n.º 46/2012, de 13 de fevereiro. Na base da necessidade destas alterações estiveram os casos em que a prescrição apenas poderia ser feita de forma manual. Desta forma, o presente documento legal define a validação destas receitas através da introdução de um novo modelo de vinhetas, emitido pela Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

O XIX Governo constitucional (2011-2015) no seu programa, no âmbito da política do medicamento e do uso racional do medicamento, promovia a prescrição por denominação comum internacional (DCI), o controlo da prescrição e ainda o uso de medicamentos genéricos. Esta preocupação foi legislada através da publicação da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Ainda em 2012, o Despacho n.º 15700/2012, de 10 de dezembro⁶⁶ aprovou os modelos de receita médica, no âmbito da regulamentação da referida portaria.

Em 2013, a Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho, alterou a Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio e o Despacho n.º 4322/2013, de 25 de março, estabelecendo as disposições para a introdução de um novo sistema de prescrição e dispensa eletrónica de medicamentos “coordenado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), com apoio do Infarmed, IP, e em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)” (preâmbulo).

3.7.6. Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO)

Na última década as políticas de saúde orientaram-se no sentido da simplificação dos procedimentos e respetiva desmaterialização. Este objetivo teve como pressupostos os ganhos de eficiência operacional no sistema de saúde mas também a aquisição mais rápida e segura de dados e a consequente produção de informação e de conhecimento. A receita eletrónica e o sistema de informação dos certificados de óbito (SICO) representaram dois importantes exemplos desta estratégia.

O SICO foi criado pela Lei n.º 15/2012, de 3 de abril com o objetivo de promover uma melhor articulação entre as entidades envolvidas na certificação de óbitos e melhorar o rigor, qualidade, informação e promover um rápido acesso aos dados. O quadro seguinte apresenta os objetivos específicos desta medida:

⁶⁶ Alterado pelo Despacho n.º 8990-C/2013, de 9 de julho

Quadro 3.25 - Objetivos da implementação do sistema de informação dos certificados de óbito

O SICO tem como objetivos:

- A desmaterialização dos certificados de óbito.
- O tratamento estatístico das causas de morte.
- A atualização da base de dados de utentes do SNS (SNS) e do correspondente número de identificação atribuído no âmbito do registo nacional de utentes (RNU).
- A emissão e a transmissão eletrónica dos certificados de óbito para efeitos de elaboração dos assentos de óbito.

Fonte: artigo 2º Lei n.º 15/2012, de 3 de abril

A operacionalização desta importante medida implicou a criação, através da Portaria n.º 329/2012, de 22 de outubro, de "uma plataforma disponível na Internet, através de uma ligação segura (https) e mediante a atribuição de perfis de acesso por parte da entidade responsável pelo tratamento da base de dados para o acesso Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO)" (preâmbulo) à qual se seguiu a publicação de um conjunto de documentos legais com vista a regular aspetos particulares relacionados com o registo e com a tramitação do processo (Quadro 3.26):

Quadro 3.26 - Legislação desenvolvida para o registo de óbitos

Portaria n.º 330/2012, de 22 de outubro	Aprova o modelo de guia de transporte para efeitos de remoção e transporte do cadáver e o modelo de boletim de óbito, a disponibilizar eletronicamente através do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).
Portaria n.º 331/2012, de 22 de outubro	Define os termos de transmissão eletrónica de dados ao Ministério Público através de mecanismos automáticos de interoperabilidade das informações registadas no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).
Portaria n.º 334/2012, de 23 de outubro	Aprova os modelos de certificado de óbito e de certificado de óbito fetal e neonatal e os modelos de boletim de informação clínica e do formulário eletrónico para introdução dos dados resultantes de autópsia clínica, de autópsia médico-legal ou de perícia médico-legal a ela associada.
Despacho n.º 14240/2012, de 2 de novembro	Determina o início do período experimental de utilização do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).
Despacho n.º 15858/2012, de 12 de dezembro	Alarga o período experimental de utilização do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) a outras instituições na mesma área geográfica onde está a decorrer.
Despacho n.º 13788/2013, de 29 de outubro	Determina o fim do período experimental do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) e a obrigatoriedade da utilização do mesmo para a certificação dos óbitos ocorridos em território nacional a partir das 0 horas de 1 de janeiro de 2014.
Despacho n.º 7214/2015, de 1 de julho	Determina que, até à adaptação da plataforma informática SICO, o registo de doença infecciosa, ou outra circunstância suscetível de transmissão por manipulação de cadáver, deve ser realizado através de notificação, cujo modelo aprova e integra o presente despacho.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

3.7.7. Medidas aplicadas à Transplantação e à Dádiva de Sangue

A atividade de colheita de tecidos ou órgãos de origem humana para atividades de transplantação encontrava-se insuficientemente regulamentada até ao final dos anos 90. Em 2002 foi publicada a Portaria n.º 31/2002, de 8 de janeiro que determinou que esta atividade estava sujeita a prévia autorização do Ministro da Saúde. Em 2007, na Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, foi transposta para a

lei nacional, uma diretiva europeia (Diretiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de março) que alterou a Lei n.º 13/1993, de 22 de abril.

Em 2008, viria a ser regulamentada a rede nacional de coordenação de colheita e transplantação (Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio) tendo sido posteriormente estabelecido o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana através da publicação da Lei n.º 12/2009, de 26 de março (Diretivas n.ºs 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, 2006/17/CE, da Comissão, de 8 de fevereiro, e 2006/86/CE, da Comissão, de 24 de outubro). Em 2013, a legislação aproximou-se da Diretiva Europeia (Diretiva n.º 2010/53/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de julho com a publicação da Lei n.º 36/2013, que faz referência às normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação.

Os termos em que devem ser autorizadas as unidades de colheita e transplantação de órgão foram definidos pela Portaria n.º 76/2014, de 1 de março, alterada 10 meses depois pela Portaria n.º 16/2015, de 23 de janeiro. No entanto, a determinação das verbas a atribuir aos estabelecimentos autorizados a realizar atos de colheita ou de transplantação encontra-se definida no Despacho n.º 7215/2015, de 1 de julho (revoga o despacho n.º 1886/2014, de 6 de fevereiro).

Em relação à colheita e transplantação de sangue, a publicação do Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, estabeleceu o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, respetivas exigências. Este documento transpôs para a legislação nacional as Diretivas n.º 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de janeiro de 2004; n.º 2004/33/CE da comissão, de 22 de março de 2004; n.º 2005/61/CE da Comissão, de 30 de setembro de 2005 e n.º 2005/62/CE da Comissão, de 30 de setembro de 2005.

O estatuto do dador de sangue, foi publicado no ano de 2012 através da Lei n.º 37/2012, de 27 de agosto, mas no entanto o estabelecimento do seguro do dados de sangue previsto neste documento apenas foi legislado no ano seguinte com a publicação do Decreto-Lei n.º 83/2013, de 24 de junho). Em 2013, com a publicação da portaria n.º124-A/2013, de 27 de março foram estabelecidas as normas de atribuição do cartão nacional de dador de sangue (ocorreu 2 anos após a definição do modelo do cartão do dados de sangue, definido pela Portaria n.º 255/2011, de 1 de julho e revoga o "modelo da medalha de dador de sangue" presente na Portaria 1075/91, de 23 de outubro).

3.7.8. Medidas relativas aos Direitos de Acesso

3.7.8.1. Listas de Espera Cirúrgica

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, em tempo adequado, constitui desde sempre uma das áreas mais sensíveis quando se analisa a evolução do sistema de saúde. Um dos principais indicadores de acesso utilizado, ao longo das últimas décadas, foi a lista de espera para cirurgias em unidades que integram o SNS tendo este problema sido alvo, nos diferentes governos, de programas específicos para o combate às listas de espera cirúrgicas.

O primeiro programa específico de combate às listas de espera em cirurgia ficou conhecido como Programa Especial de Combate às Listas de Espera em Cirurgia (PECLEC), tendo sido criado em junho de 2002 por iniciativa ministerial (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de abril). À data, existiam cerca de 124 000 utentes que aguardavam por uma cirurgia. Os resultados do programa não foram consensuais, tendo gerado controvérsia e discussão relativamente à sua eficácia. Os resultados oficiais divulgados eram muitas vezes contraditórios, não existindo um sistema de informação que garantisse o registo concretos das listas de utentes. Tendo em vista a superação desta dificuldade, foi criado em 2003 um sistema específico de gestão designado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC).

O SIGIC foi legalmente estabelecido através da publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, com o objetivo de "minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível" (preâmbulo). Para este programa foi definido um tempo médio de espera de 6 meses e a possibilidade de, após passados 12 meses, o doente poder aceder a um hospital convencionado mediante a apresentação de um "vale-cirurgia" que lhe seria enviado pelos serviços do Ministério (OPSS, 2004). Inicialmente o programa foi implementado nos hospitais do Alentejo e Algarve e no ano seguinte, a 1 de junho, foi implementado nas ARS do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo e quatro meses mais tarde na ARS Centro. Em julho do mesmo ano foi implementado um segundo programa, o SIGIC nos hospitais do Alentejo e Algarve (criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 junho).

A contratação pelo Ministério da Saúde e pelas administrações regionais de saúde, de entidades privadas para a prestação de cuidados referia apenas o binómio qualidade e custos para aferição das vantagens inerentes, não referindo os critérios de eficiência na perspetiva do prestador ou do utente,

nem da capacidade instalada dos serviços públicos. Posteriormente, a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro, adequou e aprovou o Regulamento do SIGIC, mantendo inalteráveis os objetivos e os princípios gerais que nortearam o seu desenvolvimento, bem como a sua orgânica de funcionamento e execução.

Nestes termos, o SIGIC foi considerado “um sistema de regulação da atividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão” e de “responsabilização dos utentes e dos hospitais do SNS e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários” (Parte I, n.º 1 do Anexo da Portaria 45/2008, de 15 de janeiro).

A contratualização com as entidades privadas revelou-se fundamental dada a existência de longas listas de espera por períodos de tempo inaceitáveis, a ausência de garantias de igualdade no acesso dos utentes à cirurgia, a falta de uniformidade e transparência nos processos de seleção e agendamento e a desresponsabilização das instituições pelo facto de terem os utentes em espera por tempo excessivo.

De acordo com o Relatório da atividade em cirurgia programada de 2013 (ACSS, 2014), o SIGIC teve como objetivos “melhorar, de forma sustentável, o acesso aos cuidados de saúde na área cirúrgica no SNS” garantindo o respeito pelos direitos dos utilizadores e em “observância dos princípios da qualidade e boa gestão em saúde e governação clínica, por forma a garantir eficiência e eficácia, contribuindo desta forma para a sustentabilidade do sistema”.

Em 2015, o executivo reconheceu os resultados obtidos na última década de SIGIC como positivos e promotores de um maior acesso aos cuidados cirúrgicos. Porém, com o objetivo de dar resposta às novas necessidades cirúrgicas forçadas pelo aparecimento de doenças degenerativas, como as doenças osteoarticulares e as cataratas, bem como o aumento da prevalência e da incidência de novos casos de cancro, através da Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho foi implementado o Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC). O objetivo deste programa foi "reforçar a atividade cirúrgica dos hospitais do SNS em 2015", nomeadamente em áreas mais carenciadas como: cirurgia em patologia neoplásica (mama e próstata); cirurgia da hérnia discal, artroplastia da anca e cirurgia da catarata (preâmbulo).

3.7.8.2. Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde

Em 2007, tendo em vista a melhoria do acesso aos serviços de saúde, foi publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço pela Lei n.º 41/2007, de 24 de

agosto. O objetivo desta iniciativa política "visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, nos termos da presente lei" (artigo 2º, nº1). Para este efeito, o documento definiu o direito dos utentes relativo à informação sobre os tempos máximos de resposta garantidos, definidos em Portaria (Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro) para qualquer tipo de prestação não urgente (serviços em ambulatório nos cuidados de saúde primários, consultas externas hospitalares, cuidados domiciliários, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica e cirurgia programada). Em 2015, com o XIX governo constitucional (2011-2015) a publicou a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março revogou a anterior.

Os quadros 3.27 e 3.28 apresentam os tempos máximos de resposta definidos, e em vigor, para cada uma das atividades realizadas nos centros de saúde e nos hospitais do SNS, respetivamente:

Quadro 3.27 - Tempos máximos de resposta por atividade, nos cuidados de saúde primários

Atividade	Tempos Máximos de Resposta
Consulta pedida por iniciativa dos utentes (doença aguda)	O atendimento deve ser facultado pela unidade de saúde no próprio dia do pedido.
Consulta pedida por iniciativa dos utentes (doença não aguda)	Deve ser marcada uma consulta programada com realização dentro de um prazo máximo de 15 dias úteis.
Contacto indireto pedido pelo utente para renovação de medicação crónica	Deverá ser contemplado, no limite, até às setenta e duas horas após entrega do respetivo pedido.
Contacto indireto pedido pelo utente para emissão de documentos (relatórios, cartas de referência, etc...)	Estes procedimentos deverão estar concluídos, no limite, até às quarenta e oito horas após o respetivo pedido.
Consulta programada pelos profissionais	A data da consulta deve observar o cronograma específico definido para atender à situação clínica concreta do cidadão a quem se destina (são exemplos: as consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, vigilância e controlo de doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão).
Consulta no domicílio do doente a pedido do próprio ou familiar	A justificação do pedido é sujeita a avaliação pelo profissional. Caso seja aceite, a visita domiciliária deverá observar um tempo máximo de 24h após a sua formulação.
Consulta no domicílio programado pelo profissional	O agendamento é efetuado tendo em conta a gravidade da situação clínica e em comum acordo com os destinatários diretos deste tipo de cuidados e os seus familiares ou cuidadores.

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março

Quadro 3.28 - Tempos máximos de resposta por atividade, nos hospitais do SNS

Atividade	Tempos Máximos de Resposta
Cirurgia programada	O tempo máximo de resposta garantido é fixado em 270 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à data do respetivo registo no Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia. No entanto é tido em conta o nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente, como por exemplo a cirurgia oncológica onde os prazos máximos, contados a partir da indicação cirúrgica são de 60 dias para a prioridade de nível 1, de 45 dias para a prioridade de nível 2, 15 dias para a prioridade de nível 3 e de 72h para a prioridade de nível 4.

Atividade	Tempos Máximos de Resposta
Primeira consulta de especialidade hospitalar	O tempo máximo de resposta garantido para uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SNS, a partir da referência pelas instituições da rede de cuidados de saúde primários, é fixado em 150 dias seguidos contados a partir do registo do pedido pelo médico assistente do centro de saúde. Em situações de doença oncológica suspeita ou confirmada, o médico do centro de saúde deve encaminhar para um centro de referência de acordo com os níveis de prioridade definidos para a área oncológica ⁶⁷ (Prioridade de nível 4 devem ser encaminhados de imediato para o serviço de urgência ou de atendimento hospitalar não programado e os restantes níveis em 24 horas). O tempo máximo de resposta garantido para o nível 1 é de 30 dias seguidos, para o nível 2 é de 15 dias, para o nível 3 é de 7 dias e para o nível 4 é no imediato – admitido no serviço de urgência).
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica	O tempo máximo de resposta garantido para a realização de cateterismo cardíaco / pacemaker cardíaco nos centros de referência de intervenção cardiológica do SNS é de 30 dias após a data da indicação clínica.

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março

3.7.9. Outras Medidas de Política e Reformas no Sistema de Saúde

Para além das medidas de política referidas, foram identificadas no período em estudo, outras importantes iniciativas de carácter transversal ao sistema de saúde, que se indicam a seguir:

– Plano Nacional de Saúde

A implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS) teve relevância estratégica para “ a transformação cultural, arquitetural e funcional do sistema de saúde português.” (OPSS, 2004, p.43). O PNS 2012-2016 considerou na estratégia definida “que os desafios atuais de transição demográfica, de sustentabilidade económica e ambiental e de globalização requerem que os sistemas de saúde dos países desenvolvidos revisitem e refundem os seus objetivos e o objeto do seu contrato social” (DGS, 2013c, p.18).

Em termos de enquadramento, a missão do PNS 2012/2016 visa “maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores, com foco na cidadania, equidade e acesso, políticas saudáveis e qualidade” (DGS, 2013c, p. 18). Foram definidos

⁶⁷ Para os efeitos da portaria, consideram-se os seguintes níveis de prioridade para a doença oncológica:

Prioridade de nível 1: neoplasias indolentes (ex: carcinoma baso-celular da pele; carcinoma da próstata de «baixo risco», carcinoma da tireoide de «baixo risco», doenças linfoproliferativas crónicas).

Prioridade de nível 2: neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias.

Prioridade de nível 3 - neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase (ex: tumores malignos da cabeça e pescoço (exceto pele), tumores pediátricos, leucemias agudas, linfomas agressivos).

Prioridade de nível 4: doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida (ex: obstrução das vias aéreas; síndrome da veia cava superior; hemorragia; síndrome de compressão medular; síndrome metabólica grave (insuficiência renal); síndrome de obstrução digestiva (obstrução pré-pilórica; oclusão intestinal); tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência).

os seguintes eixos estratégicos: a Cidadania em Saúde; a Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; a Qualidade em Saúde e as Políticas Saudáveis.

O PNS explicita e enquadra quatro objetivos para o sistema de saúde: obter ganhos em saúde; promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida; reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; fortalecer a participação de Portugal na saúde global (DGS, 2013c). Para o cumprimento destes objetivos, o PNS propõe o envolvimento dos cidadãos e da sociedade civil, através da criação de 9 programas nacionais prioritários.

No quadro seguinte apresentam-se as principais orientações do PNS dirigidas a nível político, a nível organizacional, e mais específicas para a atuação dos profissionais de saúde e dos cidadãos.

Quadro 3.29 - Principais orientações e evidência do PNS (2012-2016)

Orientações e Evidência
<p>A nível político, deve-se:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Promover uma cultura de cidadania, assente no desenvolvimento de iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupo populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, <i>empowerment</i> e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências, na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, bem como uma visão positiva em saúde.ii) Promulgar e divulgar a carta de direitos e deveres do cidadão no domínio da saúde.iii) Desenvolver o planeamento, intervenções, monitorização e avaliação na área da Cidadania em Saúde: sistemas de informação e monitorização, elaboração de evidência e recomendações, avaliação e identificação de boas práticas, promoção de uma agenda de investigação e inovação.iv) Promover a participação ativa das organizações representativas dos interesses do cidadão (por exemplo, Associações de Doentes, de Consumidores, Instituições Particulares de Solidariedade Social -IPSS, Misericórdias, etc.).v) Assegurar que os profissionais de saúde desenvolvem competências promotoras da cidadania, a nível pré e pós-graduado, e monitorizar e avaliar as práticas adotadas.vi) Promover, a nível institucional, processos de melhoria contínua do exercício da cidadania (por ex. avaliações regulares das necessidades do cidadão, intervenções promotoras de participação e literacia).
<p>A nível organizacional, as instituições devem:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Melhorar os conhecimentos dos cidadãos sobre direitos e deveres, assim como promover as condições para o respetivo exercício;ii) Melhorar a confiança dos cidadãos nas instituições e as condições para a sua valorização, através da auscultação regular das necessidades, expectativas, satisfação e vivências dos utilizadores.iii) Divulgar informação institucional, de forma transparente, publicando os indicadores de evolução do desempenho e dos resultados dos serviços e dos profissionais de saúde.iv) Promover, monitorizar e avaliar o exercício de cidadania no processo de tomada de decisão, desenvolvimento estratégico e na avaliação institucional, implementando mecanismos de auscultação da satisfação.v) Desenvolver programas de educação para a saúde e autogestão da doença.vi) Promover o voluntariado para uma cidadania mais ativa.
<p>Na sua prática, os profissionais de saúde devem:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Incrementar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica.ii) Considerar e avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade.
<p>A nível individual, os cidadãos devem:</p> <ul style="list-style-type: none">i) Melhorar proativamente os conhecimentos e a capacidade de exercer as responsabilidades e os direitos, assim com o cumprir os deveres em saúde;ii) Assumir a responsabilidade pela promoção da saúde e por estilos de vida saudáveis e participar ativamente nas decisões referentes à saúde pessoal, da família e comunidade;iii) Estabelecer alianças terapêuticas com os profissionais de saúde, formando parcerias na gestão da doença.iv) Promover a utilização racional e adequada dos serviços de saúde.

Fonte: DGS (2013c, p. 39-40)

– Testamento Vital

Em 2012, a publicação da Lei 25/2012, de 16 de julho criou o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) tendo regulado as diretivas antecipadas de vontade do utente, designadamente sob a forma de testamento vital, ou a possibilidade de nomear um procurador de cuidados de saúde, que poderá tomar a decisão por si. O quadro 3.30 apresenta as diretivas em que o utente pode expressar a sua vontade. A regulamentação da organização e do funcionamento deste registo e respetivo modelo apenas foram publicados dois anos mais tarde, pelas Portarias n.º 96/2014, de 5 de maio e n.º 104/2014, de 15 de maio, respetivamente:

Quadro 3.30 - Diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do utente

O utente tem o direito de se expressar sobre a sua vontade relativamente a:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais.
- b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte.
- c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

Fonte: artigo 2º, Lei 25/2012, de 16 de julho

– SNS - Informação Económico-Financeira

Uma clara, objetiva e transparente informação económico-financeira constitui um marco importante para garantir a sustentabilidade e eficiência do SNS. Neste sentido, a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) desenvolveu ferramentas destinadas ao acompanhamento, avaliação e controlo das instituições em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Neste contexto, os XVII e XIX governos constitucionais (2009-2011 e 2011-2015) tiveram um papel determinante em termos de legislação. O Despacho n.º 32042/2008, de 16 de dezembro, determinou as formas de divulgação da informação económico-financeira do SNS e respetiva divulgação pública. Em 2009, o Despacho n.º 693/2009, de 9 de janeiro veio reforçar a obrigatoriedade dos hospitais do SNS reportarem atempadamente e adequadamente a respetiva informação económico -financeira à ACSS com conhecimento da respetiva ARS.

Em 2013, o executivo pretendeu ir mais longe, após uma projeto piloto realizado em agosto de 2012, determinou por Despacho do Secretário de Estado da Saúde (Despacho n.º 5007/2013, de 12 de abril), que "As instituições hospitalares do SNS (SNS) disponibilizem a informação de custos incorridos com todas as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS, preferencialmente e sempre que possível por via eletrónica" (preâmbulo).

Em 2014, o mesmo executivo, através de despacho da Secretaria de Estado do Tesouro, realizou uma nova alteração no nível económico-financeiro, pondo termo ao Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde e definindo como obrigatória a "aplicação às entidades públicas empresariais da área da saúde, incluindo os hospitais, os centros hospitalares e as unidades locais de saúde o Sistema de Normalização Contabilística, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de julho" (Despacho 1507/2014, de 16 de janeiro).

– Taxas Moderadoras

As taxas moderadoras foram introduzidas com o intuito de racionalizar a utilização inapropriada do sistema de saúde. Em nenhum momento, desde a sua criação, as taxas moderadoras tiveram como objetivo o financiamento do SNS. O seu objetivo visava introduzir uma cultura de utilização baseada na responsabilidade e, desse modo, prevenir ao uso excessivo ou inadequado dos cuidados de saúde. Neste sentido, as taxas moderadoras sempre tiveram valores simbólicos, de baixo valor e iguais para todos os utilizadores do sistema, comportando, no entanto, regimes de exceção por razões específicas (crianças, grávidas, doenças crónicas, insuficiência económica, entre outras).

Em 2011, o XIX governo constitucional (2011-2015) procedeu à revisão do regime de taxas moderadoras do SNS, através da publicação do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro⁶⁸, que regula o acesso dos utentes às prestações do SNS relativamente ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios.

Os valores das taxas moderadoras foram fixados de acordo com a publicação da Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro verificando-se um aumento expressivo dos respetivos valores. Em relação aos valores a aplicar na realização de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica o documento de 2007 especifica a designação de cada exame e o respetivo preço enquanto o documento de 2011 define o valor base de taxa moderadora a pagar por exame de acordo com o custo do mesmo, sem o designar.

Em síntese, apresentam-se em forma de quadro as principais reformas e medidas de política de saúde implementadas neste período de tempo:

⁶⁸ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de junho; pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro; pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho, pelo Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto e pelo Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril.

Quadro 3.31 - Principais medidas de política e reformas implementadas na saúde nos anos 2000

2002	Definição do regime jurídico das Parcerias Público-Privadas na Saúde.
2002	Empresarialização dos Hospitais (adquirem o Estatuto de Sociedade Anónima).
2002	Implementação de programa especial de combate à lista de espera cirúrgica (PECLEC).
2003	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.
2004	Implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS).
2005	Definida legalmente a obrigatoriedade de disponibilizar o livro de reclamações a todos os prestadores de cuidados de saúde que mantenham contacto direto com o público;
2005	Revisão do regime de comparticipação de medicamentos pelo Estado, datado de 1992.
2005	Implementação das Unidades de Saúde Familiar.
2005	Novo Estatuto Jurídico aplicado aos Hospitais (EPE).
2005	Implementado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) para combater a lista de espera cirúrgica.
2005	Fusão e concentração de Unidades de Saúde (criados centros hospitalares e unidades locais de saúde).
2006	Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
2006	Criado o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS.
2006	Foi clarificada a forma de pagamento às farmácias.
2007	Estabelecido um novo regime jurídico das farmácias de oficina.
2007	Publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço.
2007	Revisto o regime das taxas moderadoras do SNS.
2008	Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).
2008	Definido o direito dos utentes relativo à informação sobre os tempos máximos de resposta garantidos.
2008	Estabelecido o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células.
2008	Determinadas as formas de divulgação da informação económico-financeira do SNS;
2009	Foi reforçada a obrigatoriedade dos hospitais do SNS (SNS) reportarem atempadamente e adequadamente a respetiva informação económico-financeira à ACSS.
2009	Foi promovida a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde.
2009	Foi dada continuidade à política de concentração de unidades hospitalares (medida estendida até 2013).
2009	Revisão legal do regime jurídico para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos.
2009	Prevista a inscrição obrigatória no registo dos estabelecimentos sujeitos à sua jurisdição e eventuais atualizações.
2009	Regulada a dispensa de medicamentos ao público, em unidose.
2009	Revisto o regime das taxas moderadoras do SNS.
2010	Foi efetuada uma nova revisão dos valores de comparticipação, baixando essa percentagem para os valores de 1992.
2010	Adotadas medidas mais justas no acesso ao medicamento relacionadas com o combate à fraude na comparticipação.
2010	Revisto o regime das taxas moderadoras do SNS.
2010	Incentivada a prescrição por via eletrónica.
2011	Alterada a dispensa de medicamentos ao público, em unidose.
2011	Revista a dispensa de medicamentos ao público, em unidose.
2011	Alterado o regime jurídico das farmácias de oficina.
2011	Definido o regime jurídico a que devem obedecer as regras de prescrição eletrónica e ainda o regime transitório da receita manual de medicamentos.
2011	Revisto o regime das taxas moderadoras do SNS.
2012	Alterado o regime jurídico das farmácias de oficina.
2012	Foi promovida a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde.
2012	Foi criada a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos relativos a parcerias público-privadas.
2012	Realizada a primeira alteração ao regime jurídico das prescrições eletrónicas.
2012	Foi desenvolvido o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito.
2012	Criado o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).
2013	Foi cessada a política de fusão entre unidades hospitalares e centros de saúde, não se registando novas Unidades Locais de Saúde.
2013	Alterado o regime jurídico das farmácias de oficina.
2013	Marcado por 5 alterações legais relativas ao preço de referência de medicamentos.
2013	Estabelecidas as disposições para a introdução de um novo sistema de prescrição e dispensa eletrónica de medicamentos.
2013	Definido que as instituições hospitalares devem reportar a informação de custos incorridos com todas as prestações de saúde realizadas ao utente de acordo com a tabela de preços do SNS.
2014	Promovidas medidas legislativas para a verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou entidade titular de exploração.
2014	Alterado o regime jurídico das farmácias de oficina.
2014	Foram definidos os termos em que devem ser autorizadas as unidades de colheita e transplantação de órgãos.
2014	Foi posto termo ao Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde e definindo como obrigatória a aplicação às entidades públicas empresariais da área da saúde, incluindo os hospitais, os centros hospitalares e as unidades locais de saúde o Sistema de Normalização Contabilística.
2014	Fraca aposta na criação de Unidades de Saúde Familiar (manifestada desde 2011).
2015	Implementados incentivos que promovam o aumento da utilização de medicamentos genéricos.
2015	Revista a legislação sobre o direito dos utentes relativo à informação sobre os tempos máximos de resposta garantidos.

Fonte: Elaboração própria

4. A combinação Público-Privado em Saúde

Nas últimas décadas, a combinação entre público e privado, no setor da saúde, tem vindo a ganhar expressão, tanto no financiamento como na prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, apesar de persistir um importante predomínio do financiamento e da prestação públicos, tem sido evidente, desde a década de noventa, o progressivo recurso à combinação entre os dois setores.

O peso crescente, nos países desenvolvidos, da despesa pública no setor da saúde tem reforçado a necessidade de serem encontradas medidas que estejam centradas na melhoria dos serviços garantindo a eficiência, a luta contra o desperdício e a fraude e a redução de custos tendo em vista a sustentabilidade (Addicott, 2014; Barros, 2013; Ham, 1996).

Nos últimos anos, os sistemas de saúde na generalidade dos países que integram a OCDE têm vindo a desenvolver estratégias orientadas para a obtenção de resultados através da incorporação dos conceitos de desempenho e de produtividade. Neste sentido, as diferentes reformas têm procurado uma crescente aproximação dos modelos de gestão das organizações de saúde públicas aos modelos de gestão privada. Esta aproximação tem sido ensaiada tanto através da adaptação de técnicas e de instrumentos de gestão (empresarialização das unidades públicas), como pelo recurso ao estabelecimento de acordos e de convenções com a externalização de serviços ou ainda através da concretização de parcerias público-privadas (Fernandes, 2014).

Nos sistemas de saúde, o principal objetivo do Estado ao estabelecer relações com o setor privado tem que ver com a expectativa de obtenção de ganhos de eficiência e de melhoria do desempenho operacional. Tal objetivo resulta da ideia consensualizada de que a incorporação dos instrumentos de gestão privada, ao nível tecnológico e operativo, associada a processos de contratualização ou de concessão dos serviços públicos, poderá contribuir para a eficiência global dos sistemas de saúde bem como para a melhoria das condições de acesso aos cuidados de saúde (Bentes *et al.*, 2004).

Em Portugal, o financiamento e a prestação de cuidados de saúde têm vindo a ser assegurados através de um modelo de natureza mista com forte predominância pública. O financiamento público é assegurado através do orçamento geral do Estado, enquanto a prestação de cuidados se organiza no contexto das unidades e serviços que integram o SNS. Ao nível da prestação de cuidados coexistem prestadores públicos e privados num contexto de regulação pública. A regulação pública e independente afigura-se fundamental para salvaguardar os direitos dos utentes e garantir a qualidade na prestação tanto ao nível dos recursos humanos como dos equipamentos e instalações (Pinto & Aragão, 2003).

Em Portugal, as relações de cooperação entre os diferentes setores que integram o sistema de saúde surgiram pela necessidade de dar cumprimento ao direito constitucionalmente consagrado de proteção da saúde. Este tipo de combinação entre público e privado caracterizou-se, na maior parte das vezes, por ter uma natureza complementar, traduzindo-se na prática por acordos e convenções entre o Estado e os prestadores privados e sociais sempre que essa situação se afigurasse mais vantajosa, de modo a garantir os direitos de acesso para os utentes do SNS. Neste contexto, estes mecanismos de contratualização foram sendo acionados pelo Ministério da Saúde e pelas Administrações Regionais de Saúde com as entidades privadas e sociais (Cabral & Silva, 2009).

A partir de 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) gerou-se um novo tipo de enquadramento no setor da saúde, a partir do conceito de “Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde”, cujo objetivo visava garantir adequados padrões de eficiência e de qualidade tanto nas instituições públicas como nas instituições privadas (artigo 64º, n.º 3, alínea d) da Lei Constitucional n.º1/2005; Canotilho & Moreira, 2007; Miranda & Medeiros, 2005).

Este novo modelo de articulação entre prestadores públicos e privados, em que o Estado reforçou a sua condição de regulador, transformou o sistema de saúde português enquanto "conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde" (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro). A relação de oportunidade, sustentada numa concorrência saudável, contribuiu para a inovação no sistema de saúde favorecendo uma concorrência positiva entre as unidades públicas que passaram a assumir características de gestão empresarial e as unidades privadas que operavam em ambiente de mercado.

A competição entre os diferentes setores surgiu assim como uma oportunidade para a melhoria da qualidade tornando necessário o controlo no que diz respeito aos requisitos e procedimentos, padrões de acesso e resultados obtidos tanto no setor público como no setor privado (Campos & Simões, 2011; CE, 2015a).

Nas duas últimas décadas, a participação privada no sistema de saúde aumentou de forma significativa, tanto ao nível do financiamento como da prestação de cuidados, com particular ênfase a partir do final da década de 90. Com efeito, até essa altura a participação privada tinha menos expressão na medida em que a criação do SNS em 1979 consagrou a garantia de acesso universal, cobertura geral e gratuidade, no momento do acesso, reforçando a ideia de que ao setor privado apenas caberia um papel de complementaridade supletiva perante as falhas ou ineficiências do setor público (Simões, 2009). Nos últimos anos, esta ideia tem vindo a ser questionada por parte dos

operadores privados que procuraram afirmar-se num contexto de maior autonomia e posicionar-se como agentes de desenvolvimento económico (Dinis, 2008; Ribeiro, 2009).

Ao nível do financiamento privado, o crescimento fez-se sobretudo pelo aumento do recurso a seguros de saúde voluntários, individuais e de grupo, bem como pelo importante papel dos subsistemas públicos e privados os quais, através da contratualização por acordos e convenções com as entidades prestadoras contribuíram decisivamente para a dinamização do setor privado ao nível da prestação de cuidados.

Nos últimos 30 anos, a evolução da combinação entre público-privado em Portugal acompanhou a tendência registada na generalidade dos países que integram a OCDE. As transformações ocorridas estão em linha com as recomendações da CE (2015a), quando esta refere que a existência de alternativas pode favorecer a competição entre os prestadores de cuidados de saúde representando, desse modo, um instrumento portador de vantagens para os utentes (CE, 2015a; Cookson, Laudicella & Donni, 2013; Cooper, Gibbons, Jones, & McGuire, 2011; Gaynor & Town, 2011; Porter & Teisberg, 2006).

4.1. Formas de combinação Público-Privado definidas na Lei

Em Portugal, o direito à proteção da saúde encontra-se inscrito no artigo 64º da Constituição da República. De acordo com o texto constitucional cabe ao Estado "disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade" (artigo 64º, nº 3, alínea d) da Lei Constitucional nº1/2005; Canotilho & Moreira, 2007; Miranda & Medeiros, 2005).

A publicação da LBS e do Estatuto do SNS veio clarificar o enquadramento do setor privado no contexto do sistema de saúde português. Neste sentido, a Lei de Bases da Saúde consagrou que os cuidados de saúde passariam a ser “prestados por serviços e estabelecimentos do Estado, ou sob a fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos” (Base I n.º 4 da LBS).

Este novo enquadramento jurídico e normativo contribuiu para clarificar a relação entre os setores, definindo uma nova fórmula de combinação público-privada assente numa lógica de rede partilhada complementar e cooperativa. De acordo a Lei de Bases da Saúde, caberia ao Estado, através do Ministério da Saúde, a celebração de acordos e convenções com pessoas singulares (médicos e outros

profissionais de saúde) ou coletivas (clínicas ou hospitais privados), tanto ao nível dos cuidados de saúde primários como dos cuidados diferenciados (Base XLI da LBS).

A LBS faz ainda referência à possibilidade da realização de acordos com entidades privadas na prestação de cuidados de saúde, referindo:

- “Para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde” (n.º2, Base IV);
- “O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades” (n.º1, Base XII);
- “O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso“ (n.º3, Base XII);
- “A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos“. (n.º4, Base XII);
- “Podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível dos cuidados diferenciados" (Base XLI).

Relativamente às funções das ARS, na alínea e) do n.º 3 da Base XXVII, a disposição legal destaca que estas deverão “contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS na respetiva região, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional sobre a mesma matéria“ ficando definido na Base XLIV, relativamente ao regime transitório, que “as convenções celebradas com profissionais do SNS mantêm-se transitoriamente, nos termos dos respetivos contratos, em condições e por período que vierem a ser estabelecidos em diploma regulamentar“.

O Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) veio clarificar a distinção entre SNS e sistema de saúde definindo o SNS como o "conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde". No que respeita à combinação público-privada, apresenta três referências de destaque. Na primeira, no seu artigo 28º prevê que a "gestão de instituições e serviços do SNS pode

ser entregue a outras entidades mediante o contrato de gestão ou a grupos de médicos em regime de convenção". A segunda referência, artigo 37º, estabelece a articulação do SNS (representado pelas ARS) com atividades particulares, através da celebração de contratos ou de convenções com médicos não pertencentes ao SNS ou com pessoas coletivas privadas, para a prestação de cuidados aos seus utentes. Na terceira, descrita no seu artigo 2º, refere a abrangência da redação do próprio documento não ser exclusiva do setor público e definindo que o estatuto se aplica às instituições e aos serviços que constituem o SNS e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde quando articuladas com o SNS.

No Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro foi efetuado um aditamento ao Estatuto do SNS, no seu artigo 25º. Na redação original estava decretado que a definição de preços a cobrar pelos cuidados prestados no SNS seriam estabelecidos através de portaria do Ministro da Saúde tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o necessário equilíbrio de exploração. Com a nova redação no nº6 do artigo 25º previu-se a transferência da responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas que pagam os cuidados prestados a determinados grupos de pessoas, mediante uma participação financeira a estabelecer em protocolo com o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) correspondente à atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde. Este aditamento veio proporcionar pela primeira vez, a transferência de responsabilidades do SNS para os subsistemas.

4.1.1. Setor Convencionado: regime jurídico aplicável

Nos anos 80, face a uma escassez de recursos públicos na prestação de cuidados de saúde, foram implementadas medidas de política no sentido de serem estabelecidos mecanismos de complementaridade com unidades de saúde privadas ou sociais, nas áreas em que se registavam as maiores deficiências na oferta de prestação pública, em particular no que concerne aos exames complementares de diagnóstico e, em menor proporção, às consultas de especialidade (Campos & Simões, 2011).

Através do estabelecimento de convenções, o Estado, para além de garantir o acesso aos cuidados de saúde prestados por unidades integradas no SNS, proporciona igualmente um atendimento prestado em unidades privadas (Fernandes, 2011a). Assim, a realização de acordos ou de convenções com a iniciativa privada resulta num modelo de aquisição de serviços para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS e reflete a combinação público-privada, como previsto na LBS para o sistema de saúde português (Campos & Simões, 2011). Nas convenções efetuadas, as entidades privadas devem garantir a todos os utentes do SNS que recorram aos seus serviços, exatamente os mesmos direitos que

se aplicam nos serviços públicos devendo estes ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (Lei de Bases da Saúde - Base XIV alínea c)).

As convenções têm como objetivo contribuir para a continuidade, qualidade e equidade do acesso na prestação de cuidados de saúde (artigo 5º alíneas a) e b) do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril) centrando-se na prestação de cuidados em termos de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico, de terapêutica e de reabilitação (artigo 6º n.º 1 do Regime Jurídico das Convenções) sem pôr em causa a capacidade e a garantia de acessibilidade que fundamentam o setor público (artigo 6º n.º 2 do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril).

Existem várias entidades convencionadas que criaram um número expressivo de estruturas ao nível do sistema de saúde, gerando postos de trabalho e envolvendo investimentos volumosos nas várias regiões do país (ACSS, 2011). As convenções no SNS, ao longo dos anos, atravessaram diferentes momentos em função do contexto político e das condições de funcionamento global do sistema de saúde. A evolução do setor convencionado pode ser caracterizada em 5 momentos fundamentais:

- Um primeiro momento até meados de 1993, caracterizado pelo estabelecimento de convenções sem qualquer restrição ou impedimento legais;
- Um segundo momento, entre 1994 e 1996, que se iniciou com a entrada em vigor do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro) que impedia a realização de novas convenções ou a adesão de novos prestadores às convenções existentes. Este período estendeu-se até à promulgação do Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de maio;
- Um novo período, compreendido entre os anos de 1997 e 1999, marcado pelo Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de maio que abriu a possibilidade de novas convenções até ao fim do período de transição previsto na publicação do regime jurídico das convenções (Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de abril);
- Um outro momento importante, iniciado em 1999, determinou a impossibilidade da adesão de novas convenções à exceção de três áreas específicas (diálise, cirurgia e SIGIC);
- Um quinto e último momento que teve início com o novo regime jurídico de 2013 (Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro) e que alterou as regras de realização de convenções.

A participação do setor convencionado no sistema de saúde concentrou-se essencialmente na realização de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica e exames especiais nas seguintes áreas: análises clínicas, anatomia patológica, cardiologia, medicina nuclear, eletroencefalografia, endoscopia, medicina física e de reabilitação, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, radiologia e diálise (ACSS, 2011).

- Setor Convencionado: regime jurídico publicado em 1998

A celebração de convenções prevista na LBS foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de abril que estabeleceu o respetivo regime de celebração permitindo que as unidades privadas pudessem fazer parte integrante da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Este documento legal definiu a convenção como um contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, ou das Administrações Regionais de Saúde e as pessoas privadas, singulares ou coletivas, que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde (atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos, diagnóstico e terapêutica e reabilitação) em articulação com o SNS, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados (artigo 3º alínea a) do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril).

O regime de celebração das convenções baseou-se numa simples adesão dos prestadores interessados às cláusulas-tipo definidas de acordo com cada modalidade de convenção, prevendo igualmente que as ARS realizassem um acompanhamento e controlo da atividade dos prestadores de cuidados de saúde convencionados de forma a zelar pelo cumprimento integral das convenções. Esta apreciação deveria ser realizada de forma sistemática e tendo por base uma avaliação da qualidade e da acessibilidade aos cuidados de saúde. As ARS ficavam obrigadas a apresentar ao Ministro da Saúde um relatório semestral com base nessa atividade de regulação (artigo 11º do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril).

Este documento definiu, relativamente ao processo de adesão das instituições, um conjunto de clausulados tipo definidos pelo Ministro da Saúde para cada convenção. Tendo em conta estes parâmetros, previa-se que as convenções vigentes à data da publicação do diploma teriam de ser sujeitas a uma revisão, de forma a se adaptarem a este regime de contratação que entrava em vigor⁶⁹. No entanto, a ERS em 2006, referiu que as convenções em vigor estariam sujeitas à legislação anterior e, desse modo, apenas se realizaram convenções de acordo com a nova legislação em clausulados tipo nas áreas da cirurgia⁷⁰, da diálise⁷¹ e do SIGIC⁷².

O Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, não cumpriu os propósitos para o qual foi criado devido ao facto de desde o início de 1999 não terem sido celebradas novas convenções (ERS, 2006). Deste

⁶⁹ De acordo com o previsto no artigo 14º n.º 1 do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, “as convenções em vigor em 31 de dezembro de 1997 devem ser adequadas ao disposto no presente diploma no prazo de 180 dias após a sua entrada em vigor, mantendo-se válidas até ao termo daquele prazo”.

⁷⁰ As cláusulas tipo de convenção para a prestação de cuidados de saúde na área de cirurgia foram publicadas com o Despacho n.º 17799/2000, de 31 de agosto.

⁷¹ O clausulado tipo de convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise está definido pelo Despacho n.º 7001/2002, de 4 de abril. Posteriormente, a publicação do Despacho n.º 8638/2002, de 29 de abril prevê que as ARS poderiam dar início à celebração de convenções na área da diálise, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, a partir de 1 de abril do ano de 2002.

⁷² As cláusulas tipo de convenção entre as ARS e as entidades sociais e privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, foram publicadas no Despacho n.º 24110/2004, de 23 de novembro.

modo, as convenções existentes para a maioria das valências estavam sujeitas à legislação anterior (dos anos 80), não tendo sido atualizadas como previsto, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 97/98. Em 2006, a ERS realizou um estudo de avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS com o objetivo de caracterizar a situação atual das convenções e de verificar problemas no modelo. As conclusões deste estudo referiram que o modelo de contratação em vigor em 2006 tinha gerado sérios problemas para as entidades envolvidas, nomeadamente para o Estado, os prestadores e os utentes.

Analisando as referidas conclusões, de forma mais específica, verificou-se que o modelo vigente lesava o Estado de forma direta, no respeitante à aplicação de recursos públicos no setor e de forma indireta, na medida em que o Estado está obrigado a garantir a direito à proteção da saúde. Em relação aos prestadores privados não convencionados verificava-se uma barreira no acesso ao subsetor convencionado através da impossibilidade de celebração de novas convenções. Existia uma referência a operadores que reuniam todas as condições necessárias para a celebração de acordos mas que não estavam convencionados, ao passo que existiam outros convencionados sem as condições mínimas reunidas. Esta situação era discriminatória e causava problemas de concorrência ao mesmo tempo que, por parte dos operadores privados convencionados, se verificavam dificuldades em relação aos preços contratados. No que diz respeito aos interesses dos utentes, os problemas detetados centravam-se no acesso, na liberdade de escolha e na qualidade dos serviços.

A partir deste estudo, a ERS produziu um importante conjunto de recomendações no sentido de ser feita uma reestruturação do modelo de celebração, com vista a permitir a todos os operadores que apresentassem os requisitos exigidos em termos legais, a possibilidade de acesso em iguais circunstâncias a um processo de seleção objetivo, claro e transparente (ERS, 2006).

Em resultado destas sugestões, em 2008 foi discutido publicamente durante um mês (entre 6 de maio e 6 de junho) um anteprojeto de legislação para o setor das convenções. Este documento destacava no seu preâmbulo a necessidade de ser definido um novo regime jurídico que garantisse transparência, igualdade e concorrência na prestação de cuidados de saúde por entidades privadas aos utentes do SNS que promovesse a complementaridade dos serviços e uma liberdade de escolha para os cidadãos. No entanto, apenas em 2013 foi revista esta situação em termos legais, com a publicação de um novo regime jurídico das convenções (Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro).

- Setor Convencionado: regime jurídico publicado em 2013

A partir do ano de 2013, a celebração de convenções prevista na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 40/90, de 24 de agosto) encontra-se regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro tendo este

diploma revogado o Decreto-Lei 97/98, de 18 de abril fundamentando-se no regime jurídico estabelecido pela Base XLI da LBS, alterado pela Lei 27/2002, de 8 de novembro.

O diploma legal fixou o novo regime para as convenções que tivessem por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados⁷³. De acordo com o preâmbulo deste documento legal as convenções definidas pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, estavam baseadas num contrato de adesão ao qual os prestadores privados singulares ou coletivos interessados teriam somente de aderir desde que preenchessem os requisitos de acordo com o tipo de convenção e em consonância com as cláusulas previamente aprovadas pela tutela. Este novo regime surgiu como uma forma de adequar o modelo de realização de convenções aos tempos atuais, ajustando-o aos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência na prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS (Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro).

As principais alterações relativamente ao modelo anterior basearam-se no procedimento de contratação, na abrangência da convenção (nível regional ou nacional) e no conteúdo de aplicação e no nível das partes integrantes no processo. Relativamente ao procedimento de contratação este documento legal, no que concerne à celebração de convenções, promoveu duas modalidades: o procedimento de contratação para convenções específicas e o procedimento de adesão a um clausulado tipo. A aplicação do primeiro tipo é referente aos mercados com baixo grau de concentração ou com elevada concorrência, nos quais se aplica o Código dos Contratos Públicos, através da celebração dos acordos-quadro⁷⁴ (Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro).

O modelo da adesão direta a um clausulado-tipo (dominante no regime jurídico anterior) ficou previsto apenas para mercados com graus de concorrência reduzidos. De acordo com o artigo 4º do novo regime jurídico, a opção entre os procedimentos apresentados ficaria dependente do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da ARS (no caso do procedimento de âmbito regional) ou da ACSS (no caso do procedimento de âmbito nacional), tendo em conta as características do mercado, os níveis de concorrência relacionados com o tipo de convenção e da área de prestação em causa. Estas características de mercado seriam disponibilizadas através de um parecer anterior não vinculativo da ERS. Através deste tipo de procedimentos de contratação verificar-se-ia ao nível da

⁷³ A rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS (SNS), os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro - regime jurídico da gestão hospitalar. Anexo - Cap. I artigo 1º).

⁷⁴ Entende-se por acordo quadro o contrato entre uma entidade adjudicante e um ou mais empreiteiros, fornecedores de bens ou prestadores de serviços que têm por objeto fixar os termos e condições de contratos, sujeitos ao regime de contratação previsto no presente diploma a celebrar durante um determinado período nomeadamente em matéria de preços e, se necessário, de quantidades previstas (Decreto-Lei n.º 234/2004 de 15 de dezembro, artigo 5º).

abrangência das convenções a possibilidade de implementação de um modelo de âmbito regional ou de âmbito nacional (Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro).

Em síntese apresentam-se os principais documentos legais que estiveram na base do desenvolvimento do setor privado nos últimos anos:

Quadro 4.1 - Combinação Público-Privado - Principais documentos legais de enquadramento

1990	–	Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS
1993	–	Estatuto do SNS
1998	–	Regime Jurídico das Convenções
2013	–	Novo Regime Jurídico das Convenções

Fonte: Elaboração própria

4.2. O novo papel do Estado

A influência das perspetivas teóricas da administração pública, particularmente com a emergência da *New Public Management* conduziu a uma readaptação do papel do Estado no setor da saúde face às questões emergentes que foram surgindo no domínio das relações entre os setores público e privado tanto ao nível do financiamento como da prestação de cuidados. O Estado assumiu um novo papel reforçando a componente reguladora numa perspetiva de garantir o acesso a este tipo de serviços a toda a população com a salvaguarda da qualidade dos cuidados (Marques & Moreira, 1999).

Nos últimos anos, o setor público incorporou práticas de gestão privada através de um processo de empresarialização que se acentuou a partir do ano 2002 com a publicação da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. Neste mesmo período, o setor privado foi delineando estratégias de crescimento procurando, nas falhas do setor público, uma oportunidade de crescimento.

A LBS favoreceu um maior dinamismo do setor privado através de uma alteração dos equilíbrios de relação. Neste novo enquadramento, ao Estado caberia um papel menos interventivo na prestação direta, mais concentrado no poder regulador, com especial enfoque no cumprimento das obrigações constitucionais da saúde, na definição das políticas de saúde e no financiamento, enquanto na prestação de cuidados se criavam condições para um modelo misto efetivado tanto por entidades públicas como por entidades privadas (Campos & Simões, 2011; Gouveia, 1997).

A LBS previu a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde dos dois setores através do desenvolvimento do setor privado e das instituições de solidariedade social, em concorrência com o setor público (Base II nº1, alínea f) fazendo apelo à iniciativa privada para a prestação de cuidados de

saúde tendo em consideração as vantagens sociais resultantes das iniciativas em concorrência com o setor público (Base XXXVII - nº1).

Neste novo perímetro de responsabilidades o papel de regulação do Estado ganhou relevância na medida em que aumentou a natureza empresarial do setor público e se reforçou a presença dos operadores privados. Estes novos modelos de prestação determinaram, por parte das entidades, uma gestão com maior responsabilidade, transparência, racionalidade e uma orientação para o cidadão. Ao Estado compete mediar regulando as atividades e garantindo a equidade no acesso, a universalidade, o controlo dos custos e a qualidade num sistema de base pública que permite o acesso universal (Campos & Simões, 2011; Looper & Lafortune, 2009; Saltman, 1994). O quadro seguinte sintetiza o novo papel do Estado no enquadramento da Lei de Bases da Saúde:

Quadro 4.2 - Funções do Estado no Sistema de Saúde

Funções do Estado	Base	Nº	Descrição
Garantir o Acesso aos Cuidados de Saúde	I	2	“O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde”.
Prestação e Regulação	I	4	“Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”.
Fiscalização e Acompanhamento da Contratualização	IV	2	“Para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”.

Fonte: Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 24 de agosto

Em paralelo com as novas funções de regulação, de acompanhamento, de fiscalização e de controlo da atividade, o Estado não poderá descurar a sua função de garante constitucional da proteção da saúde. Neste sentido, a responsabilidade regulatória não o deverá afastar da participação na prestação direta de cuidados de saúde (Simões, 2009).

O setor público e o setor privado na prestação de cuidados de saúde, na sua orgânica, estrutura e funcionamento não são totalmente independentes apresentando múltiplos pontos de contato e de interseção. No processo de crescente relação entre financiadores e prestadores, públicos e privados, assumem particular relevância os mecanismos de contratualização da atividade de modo a aumentar a eficiência do sistema (Barros & Gomes, 2002).

A contratualização em saúde deverá assentar em mecanismos de gestão mais flexíveis permitindo consagrar e promover o desenvolvimento do setor da saúde, incrementando uma nova cultura de gestão que potencie uma maior eficiência no desempenho, na efetividade dos resultados, no aumento

da produtividade, no controlo dos custos, no incremento da qualidade e na responsabilização pelos resultados obtidos (Escoval, 2003).

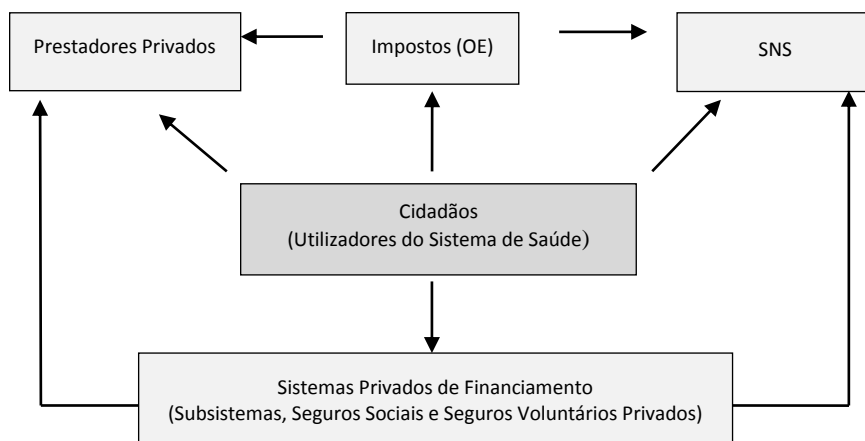
Os mecanismos de contratualização representam igualmente uma importante via para a implementação de medidas e modelos de desempenho que poderão contribuir para uma maior eficácia na separação de papéis do Estado enquanto financiador, prestador e regulador dos cuidados de saúde. Os processos de contratualização permitem desenvolver e fomentar práticas inovadoras de gestão de modo a atingir melhores resultados, objetivos mais rigorosos e um nível de exigência mais elevado (Escoval, 2003).

4.3. A combinação Público-Privado no Financiamento

Em Portugal, o financiamento dos cuidados de saúde é realizado predominantemente através do orçamento geral do Estado, embora nas duas últimas décadas se tenha vindo a acentuar o peso do financiamento privado, através de seguros de saúde voluntários, de subsistemas e pelos próprios cidadãos (Fernandes, 2012).

Em 1998, foi alterado o artigo 25.º do Estatuto do SNS ao nível do financiamento dos cuidados de saúde com o Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro. De acordo com o preâmbulo deste documento, "o sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS fosse transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados". Assim, verificou-se uma separação entre o SNS e os subsistemas para que estes últimos, enquanto financiadores, assumissem a responsabilidade do pagamento ao SNS dos cuidados realizados aos seus beneficiários.

Figura 4.1 - Relações de Financiamento no Sistema de Saúde português



Fonte: Elaboração própria

Atualmente em Portugal, a cobertura de cuidados de saúde à população é efetuada com base em três sistemas de cobertura: o SNS que garante a universalidade e cujo financiamento resulta das contribuições de todos os cidadãos através do pagamento dos seus impostos, os subsistemas de saúde públicos e privados e os seguros voluntários privados de saúde (Figueras & Grosse-Tebbe, 2005). À semelhança da maioria dos países europeus, Portugal apresenta um sistema misto, tanto ao nível do financiamento como da prestação (Oliveira & Pinto, 2005).

O desenvolvimento do setor privado na saúde em Portugal acompanhou as necessidades do sistema de saúde e, através da contratualização, completou a oferta de cuidados, em áreas onde o setor público não poderia dar uma resposta atempada, com o privado⁷⁵ contribuindo desse modo para melhorar o acesso e aumentar a qualidade dos serviços (Barros & Simões, 2007).

4.3.1. Principais agentes financiadores

O financiamento do sistema de saúde é efetuado por um conjunto de agentes públicos e privados, entre os quais se destacam o Estado através do orçamento geral do Estado, os subsistemas públicos e privados e ainda os seguros voluntários privados de saúde.

4.3.1.1. SNS

O Estado é o principal financiador da saúde em Portugal, através do pagamento de impostos (diretos ou indiretos) e das contribuições sociais. O financiamento para o SNS é estabelecido dentro do orçamento geral do Estado dispondo o SNS, para além das referidas verbas provenientes dos fundos públicos, de outras receitas diretas geradas em grande parte pelos hospitais, de que são exemplo:

- Os pagamentos recebidos dos utentes, a título de taxas moderadoras⁷⁶ e os pagamentos dos beneficiários dos subsistemas de saúde;
- Os pagamentos dos seguros de saúde nomeadamente acidentes de trabalho, acidentes pessoais e acidentes de viação;

⁷⁵ Por exemplo o desenvolvimento de programas especiais como é o caso das listas de espera por cirurgias, hemodiálise e SIGIC.

⁷⁶ Introduzidas no SNS com base na Lei de Bases da Saúde, tinham como objetivo regular o consumo dos serviços de saúde, não tendo como intenção constituir uma fonte de receitas. O pagamento destas taxas ocorre ao nível da realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, em serviços de saúde públicos ou privados convencionados (exceto nos casos de internamento), no recurso aos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde, nas consultas nos hospitais ou centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados (Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de maio). Apesar de uma aplicação geral, existem muitas isenções ao pagamento destas taxas. Como exemplo, estão isentos de pagamento as crianças até aos 12 anos, os desempregados inscritos nos centros de emprego, cônjuges e filhos menores dependentes, os pensionistas que recebam pensão de valor igual ou inferior ao salário mínimo nacional, cônjuges e filhos menores dependentes, seropositivos, em caso de gravidez e a todos os cidadãos portadores de doenças como a insuficiência renal crónica, a diabetes, a hemofilia, a doença de Parkinson, a tuberculose, doenças do foro oncológico, paramiloidose, doença de Hansen, espondilite anquilosante e esclerose múltipla.

- Os pagamentos recebidos pelo aluguer de instalações e equipamentos;
- O rendimento dos investimentos, das doações e das multas (Barros & Simões, 2007; Ribeiro, 2009).

4.3.1.2. Subsistemas Públicos de Saúde

Os subsistemas públicos de saúde constituem-se como entidades de natureza pública definidas por lei. Estes sistemas realizam uma comparticipação financeira dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus utentes geralmente através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde convencionados (ERS, 2009). Os subsistemas de saúde públicos facultam serviços de saúde que funcionam como seguros, nos quais um funcionário, ao exercer determinadas funções, fica automaticamente inscrito como beneficiário desse sistema ficando sujeito a uma contribuição mensal em função do salário que auferir. Estes agentes financiadores têm um forte impacto no desenvolvimento do setor privado.

O principal subsistema público é a Assistência na Doença dos Servidores do Estado, conhecido por ADSE⁷⁷ (Decreto-Lei n.º 118/83, 25 de fevereiro republicado pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro e Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro). Existem, no entanto, outros subsistemas públicos setoriais, nomeadamente a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM)⁷⁸, os Serviços de Assistência na Doença - Polícia de Segurança Pública (SAD-PSP), os Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR) (Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro alterado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro) e os Serviços Sociais da Administração Pública (SSAP)⁷⁹ (Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de março). Neste tipo de regimes, para além da contribuição mensal dos funcionários existe habitualmente um copagamento associado ao ato ou procedimento efetuado no âmbito da prestação de cuidados de saúde, encontrando-se este valor regulado através de tabelas próprias para este efeito (Ribeiro, 2009).

A ADSE é o subsistema público com o maior número de beneficiários e, como tal, apresenta uma posição muito relevante no contexto dos subsistemas públicos. De acordo com a legislação, está atribuída a este sistema a capacidade para realizar acordos com instituições de saúde do setor público,

⁷⁷ A ADSE é legalmente definida como um serviço central da administração direta do Estado dotado de “autonomia administrativa”, que tem por missão “assegurar a proteção aos beneficiários nos domínios da promoção da saúde, da prevenção da doença, tratamento e reabilitação” (artigo 1.º e artigo 2.º n.º 1 do Decreto Regulamentar n.º 23/2007, de 29 de março).

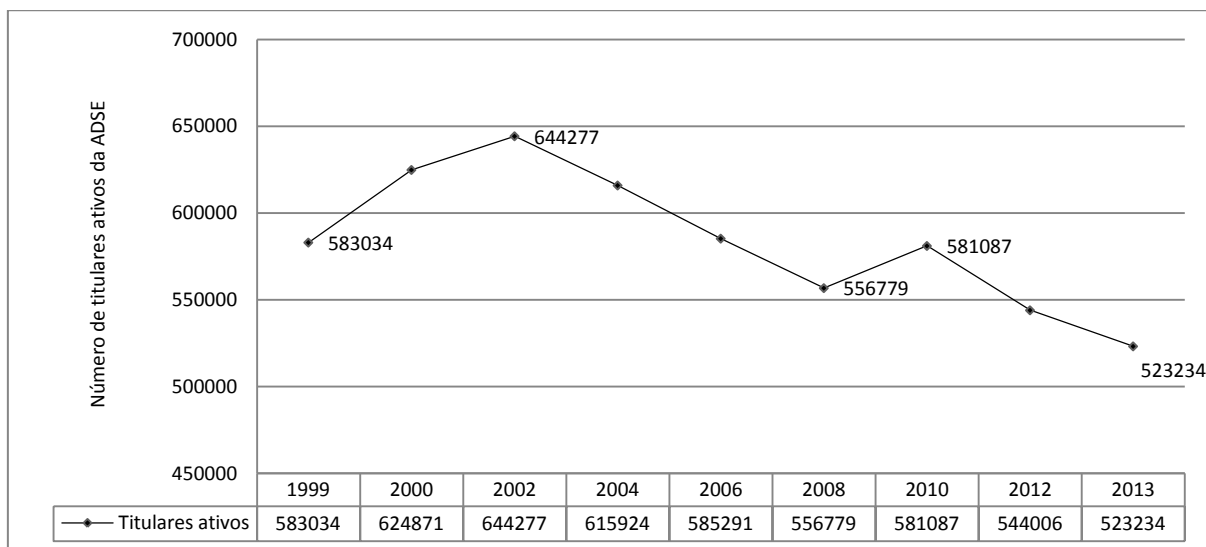
⁷⁸ Constituído pela ADME - Assistência na Doença aos Militares do Exército, ADMA - Assistência na Doença aos Militares da Armada; ADMFA - Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea, reguladas pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro e pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro.

⁷⁹ Sucederam aos Serviços Sociais do Ministério das Finanças e da Administração Pública (SOFE), aos Serviços Sociais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (SSMTSS), aos Serviços Sociais do Ministério da Educação (SSME), aos Obras Sociais do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações (OSMOP), aos Serviços Sociais da Presidência do Conselho de Ministros (SSPCM) e aos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ).

privado, social ou cooperativo ou outras entidades singulares ou coletivas, com o objetivo de obter e oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações de cuidados de saúde em regime convencionado (celebração de acordos ou convenções) ou em regime livre (reembolso de despesas relacionadas com os serviços de saúde prestados por entidades privadas não convencionadas) (artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro).

De acordo com os relatórios de atividades deste subsistema, em resultado das reformas estruturais no setor público, iniciadas nos anos 2001 e 2002, nomeadamente com a reforma administrativa que introduziu a privatização de serviços e a mudança do estatuto jurídico de diversas instituições públicas, o número de titulares ativos da ADSE apresentou uma redução, tal como o número de prestadores convencionados.

Figura 4.2 - Evolução do número de titulares ativos da ADSE, entre os anos 1999 e 2013



Fonte: ADSE (1999, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2013) - adaptação do autor

Entre os anos 2002 e 2013 registou-se uma tendência de redução do número de beneficiários da ADSE (-18,79%). Os restantes subsistemas públicos garantem um acesso aos seus beneficiários a cuidados de saúde semelhante ao registado na ADSE quer por regime convencionado ou por regime livre com exceção da ADM que dispõe de um conjunto de unidades de saúde próprias (ERS, 2009).

4.3.1.3. Subsistemas Privados de Saúde

Os subsistemas privados de saúde são entidades de natureza privada que garantem a prestação de assistência de saúde e a comparticipação financeira a um determinado grupo de cidadãos, num sistema de solidariedade de cariz profissional efetivado pela realização de um contrato obrigatório na

empresa⁸⁰. É esta base ocupacional que distingue os subsistemas privados dos seguros privados, que são voluntários e cuja adesão não é restrita a um determinado grupo. A participação dos funcionários para este tipo de sistema pode ser efetivada por um contributo financeiro através das contribuições que recaem sobre os vencimentos, por quotizações, ou por outras contribuições realizadas pelas próprias entidades patronais ou pelas instituições (ERS, 2009).

De acordo com o previsto no Estatuto do SNS (artigo 25º, n.º 6) e com a redação do Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro, estava prevista a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante uma determinada comparticipação financeira. Desta forma, foi aprovada a Portaria n.º 981/99, de 30 de outubro que regulou as condições de celebração dos protocolos previstos no n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do SNS e fixou os montantes da referida comparticipação. Assim, alguns destes subsistemas privados de saúde assumiam a responsabilidade pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários pelos serviços e instituições integrados no SNS, ou funcionando numa relação de *opting out* ou seja, como seu substituto.

Os referidos protocolos de *opting out* abrangeram diversas entidades como os Serviços de Assistência Médico Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, do Sindicato dos Bancários do Norte, do Sindicato dos Bancários do Centro, do Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato Nacional dos Quadros e dos Técnicos Bancários (SAMS Quadros), dos CTT - Correios de Portugal, S.A., e da Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde S.A. (PT- ACS). A partir de 1998, os CTT⁸¹, a PT-ACS⁸², os SAMS do Sul e Ilhas⁸³, os SAMS Quadros⁸⁴, os SAMS Centro⁸⁵ e os SAMS Norte⁸⁶, rescindiram os referidos protocolos, não existindo atualmente nenhum subsistema de saúde substitutivo do SNS. Estas entidades mantiveram-se como complementares, assegurando o acesso dos seus beneficiários à prestação direta nos próprios serviços de assistência, quando existentes, ou em outras entidades convencionadas ou com acordos de colaboração (regime convencionado) e em quaisquer outras entidades (regime livre).

⁸⁰ Estes sistemas de proteção dos trabalhadores constituem-se como esquemas de seguros de saúde que representam uma cobertura adicional ao SNS, podendo os utentes optar em cada ato, usufruindo de ambos os serviços. Os beneficiários são indivíduos que exercem funções numa determinada categoria profissional ou ocupacional (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007).

⁸¹ A Circular Informativa n.º 5/2006, de 21 de dezembro do IGIF faz referência à extinção do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os CTT – Correios de Portugal, SA, com efeitos a 31 de dezembro de 2006.

⁸² A Circular Informativa n.º 4/2006, de 14 de dezembro do IGIF, faz referência à extinção do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS, SA, com efeitos a 30 de outubro de 2006.

⁸³ A Circular informativa n.º 8/2008, de 12 de dezembro da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) e relativa à caducidade do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, com efeitos a 1 de janeiro de 2009.

⁸⁴ A Circular Informativa n.º 18/2009, de 17 de novembro da ACSS, relativa à extinção do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários, com efeitos a 1 de outubro de 2009.

⁸⁵ A Circular Informativa n.º 20/2010, de 30 de novembro da ACSS, faz referência à extinção do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Centro, com efeitos a 1 de janeiro de 2011.

⁸⁶ A Circular Informativa n.º 37/2011, de 23 de dezembro da ACSS, faz referência à extinção do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Norte, com efeitos a 1 de janeiro de 2012.

Nos subsistemas privados, tal como já referido para os subsistemas públicos, os beneficiários participam com a realização de copagamentos, ou com a totalidade da despesa quando esta não está abrangida pelos acordos previamente realizados com as estruturas prestadoras (Ribeiro, 2009).

Em regime de complementaridade a nível financeiro com o SNS, existem ainda os Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SSINCM), os Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD), os Serviços Sociais do Instituto de Obras Sociais dos CTT (IOS-CTT) (a cargo da PT-ACS), os Sistemas de Apoio Social e de Cuidados de Saúde da RTP/RDP, a SÃVIDA - Medicina Apoiada S.A. (EDP) e a UCS - Cuidados Integrados de Saúde S.A. (TAP). No caso da PT-ACS, para além dos planos de saúde clássicos da PT-Comunicações e da PT-Sistemas de Informação esta entidade gere ainda um plano de saúde corporativo uniforme e transversal a todo o grupo da Portugal Telecom.

Nos SAMS, as condições de prestação de serviços de saúde aos seus beneficiários são definidas no “Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde aos seus Beneficiários”. Os beneficiários dos SAMS têm direito a contribuições por despesas efetuadas com consultas, meios complementares de diagnóstico, tratamentos, assistência medicamentosa, intervenções cirúrgicas, assistência no parto, assistência hospitalar, assistência no estrangeiro, próteses e ortóteses, material ortopédico e transporte em ambulância tendo ainda como objetivos a prestação de serviços e cuidados de saúde a outros utentes e a participação e gestão de projetos nas áreas da saúde e da assistência social.

4.3.1.4. Os Seguros Voluntários Privados de Saúde

Os seguros voluntários privados de saúde incluem-se na modalidade de ramo não vida. Estes seguros estabelecem-se por contratos com determinadas cláusulas, podendo cobrir as despesas com a assistência de saúde em regime de internamento hospitalar, assistência ambulatoria e outros atos de diagnóstico ou de terapêutica (ISP, 2013). Entende-se por contrato de seguro o acordo através do qual qualquer cidadão, de forma singular ou coletiva, transfere para outra o risco de resolução de um dano, na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento de uma determinada verba⁸⁷ (ISP, 2013).

Os seguros de saúde são por norma facultativos, ou seja, a sua adesão depende apenas da vontade expressa da pessoa, de acordo com os seus interesses pessoais e apenas condicionada pela sua condição económica sendo a atividade dos seguros privados de saúde considerada como um complemento ao financiamento do SNS (Base XXIII da LBS).

⁸⁷ A figura que transfere o risco é o tomador ou subscritor do seguro e a que assume esse risco e recebe a remuneração (prémio) diz-se segurador (artigos 426º e 427º do Código Comercial).

Os seguros voluntários de saúde representam um sistema de complementaridade do sistema de seguro público representado pelo SNS. Através da adesão aos seguros voluntários de saúde torna-se possível aceder a uma vasta oferta de serviços de saúde com maior facilidade de acesso em termos de tempo e maior liberdade de escolha na seleção do prestador. Para promover a opção por estes seguros, a Base XLII previu a existência de incentivos, nomeadamente ao nível das deduções fiscais em sede de IRS. A título de exemplo, em 2013, os contribuintes puderam deduzir à coleta 25% do valor dos prémios de seguros de saúde.

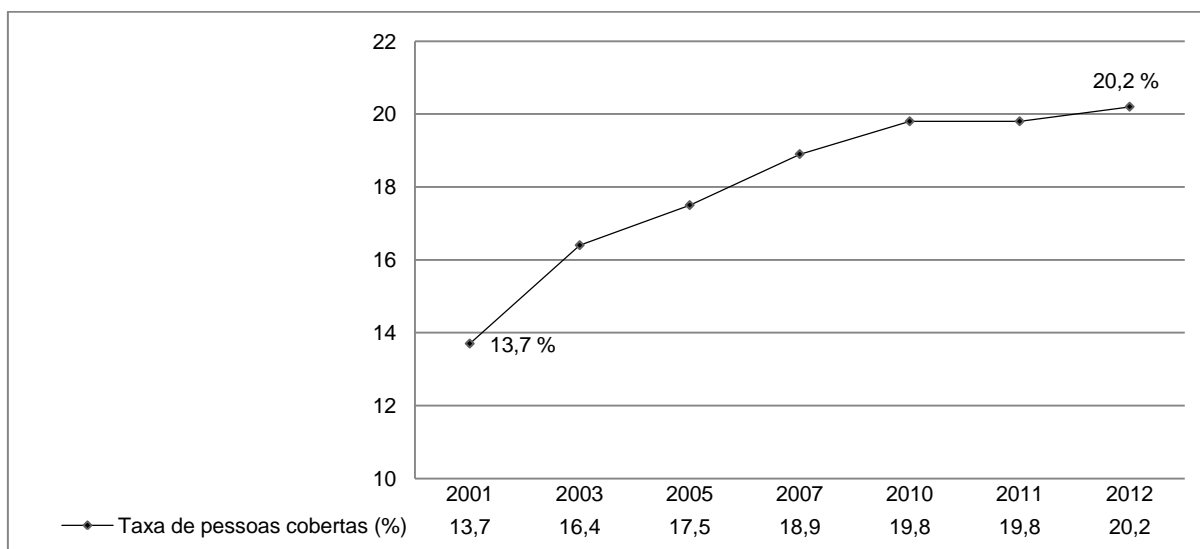
O número de pessoas seguras em Portugal tem vindo a aumentar de forma significativa desde o início do século XXI (ISP, 2012). O quadro 4.3 e a figura 4.3 representa a taxa de pessoas cobertas por este tipo de seguro:

Quadro 4.3 - População portuguesa coberta por seguro de saúde, entre 2001 e 2012

	Pessoas Seguras (nº)	População Portuguesa (nº)	Taxa de Pessoas Cobertas (%)
2001	1 424 690	10 394 669	13,7
2003	1 712 654	10 473 050	16,4
2005	1 843 000	10 511 988	17,5
2007	1 996 160	10 553 339	18,9
2010	2 088 351	10 572 721	19,8
2011	2 086 382	10 542 398	19,8
2012	2 122 025	10 487 289	20,2

Fonte: INE (2014c); ISP (2004, 2007 e 2012) - adaptação do autor

Figura 4.3 - Evolução da taxa de pessoas cobertas com seguro de saúde em Portugal, entre 2001 e 2012 (em percentagem)



Fonte: INE (2014c); ISP (2004, 2007 e 2012) - adaptação do autor

A taxa de pessoas cobertas por seguros voluntários privados de saúde cresceu aproximadamente 6,5% no período em análise (2001-2012). Os contratos de seguro são anuais e renováveis, sendo o cálculo

dos prémios efetuado com base no risco e variando por critérios de seleção dos riscos a cobrir em função do potencial de doença e da idade (Silva, 2009).

No que se refere à tipologia de contratos, predominam as coberturas para internamento hospitalar, tratamentos em ambulatório, consultas de clínica geral e de especialidade e meios complementares de diagnóstico, excluindo outros tipos de prestação registando-se uma tendência das seguradoras para seguros baseados em redes de cuidados geridos (*managed care*) ao invés do tradicional sistema de reembolso das despesas de saúde o que lhes permite um maior controlo de custos e da utilização (Silva, 2009, Salman & Dubois, 2004).

Os contratos dos seguros voluntários privados de saúde podem ser individuais ou de um grupo e comportar diferentes planos de cobertura. O quadro 4.4 apresenta a evolução do número de pessoas seguras distribuídas pelos dois tipos de contrato:

Quadro 4.4 - População portuguesa coberta com contratos individuais e contratos de grupo em Portugal, de seguros voluntários privados de saúde, entre 2001 e 2012

	Pessoas Seguras (nº)	Pessoas Seguras Contratos Individuais (nº)	Pessoas Seguras Contratos de Grupos (nº)	Contratos Individuais (%)	Contratos em Grupo (%)
2001	1 424 690	710 018	714 672	49,84	50,16
2003	1 712 654	906 849	805 805	52,95	47,05
2005	1 843 000	939 930	903 070	51,00	49,00
2007	1 996 160	871 448	1 124 712	43,66	56,34
2008	2 178 149	930 243	1 247 906	42,71	57,29
2010	2 088 351	1 015 307	1 073 044	48,62	51,38
2011	2 086 382	993 863	1 092 519	47,64	52,36
2012	2 122 025	998 411	1 123 614	47,05	52,95

Fonte: INE (2014c); ISP (2004, 2007 e 2012) - adaptação do autor

Os seguros individuais ou de grupo podem reger-se por um regime de prestações convencionadas (sistema de assistência), por um regime de prestações indemnizatórias (sistema de reembolso) ou por um sistema misto que combina os dois anteriores⁸⁸ (artigo 123.º n.º 2 do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de abril).

No regime de prestações convencionadas, o segurado recorre a uma rede de prestadores convencionados com o segurador, pagando uma parte em função do cuidado recebido (esta percentagem depende do contrato com a seguradora, pelo que o restante valor do ato fica sob responsabilidade desta, de acordo com a convenção contratada com o prestador). Nesta modalidade existe uma relação direta entre o segurador, os prestadores e o cliente (ISP, 2013). Nos sistemas de

⁸⁸ As prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias, reconhecidas como modalidades típicas dos seguros de saúde, correspondem ao “regime convencionado” e ao “regime livre”, no âmbito dos subsistemas públicos de saúde.

reembolso (prestações indenizatórias) o cliente opta pelo prestador e paga a despesa total da assistência a que foi sujeito enviando o segurado, posteriormente, os comprovativos de pagamento ao segurador, a fim de ser reembolsado em parte ou na totalidade. Neste caso, não existe qualquer relação entre o segurador e os prestadores. Os regimes mistos conjugam aspetos de um e outro modelo (ISP, 2013).

4.3.1.5. A participação dos Cidadãos e das Famílias

Os cidadãos e as famílias têm vindo a aumentar a sua contribuição para suportar a despesa em saúde. Estas despesas distribuem-se do seguinte modo:

- Na contribuição direta para a coleta de impostos;
- Na contribuição mensal para os subsistemas e a segurança social;
- No pagamento de taxas moderadoras quando recorrem aos prestadores públicos e convencionados de saúde;
- No pagamento de taxas, em forma de copagamentos, para os casos de subsistemas ou seguros voluntários;
- No pagamento dos prémios de seguro;
- Nas despesas em farmácia não cobertas pelos regimes de participação (Campos & Simões, 2011; ISP, 2013).

4.3.2. A evolução da despesa corrente em Saúde por agente financiador

Tal como registado nos pontos anteriores, existe uma combinação entre financiamento público e financiamento privado, que inclui o SNS, os subsistemas públicos, os subsistemas privados, os seguros voluntários privados e a despesa privada familiar. A mais recente divulgação de dados, apresentada pelo INE em 2014, relativa à evolução da participação financeira do sistema de saúde, entre os anos 2000 e 2014 revelou:

- A despesa por agente financiador;
- Uma avaliação global da combinação público-privado na participação do financiamento do sistema de saúde.

4.3.2.1. Evolução do Financiamento do SNS

O Estado é o principal agente financiador do sistema de saúde. O quadro 4.5 apresenta os valores totais do financiamento atribuído à saúde e os valores assegurados pelo SNS com a respetiva proporção referente ao total dos financiadores do sistema de saúde português:

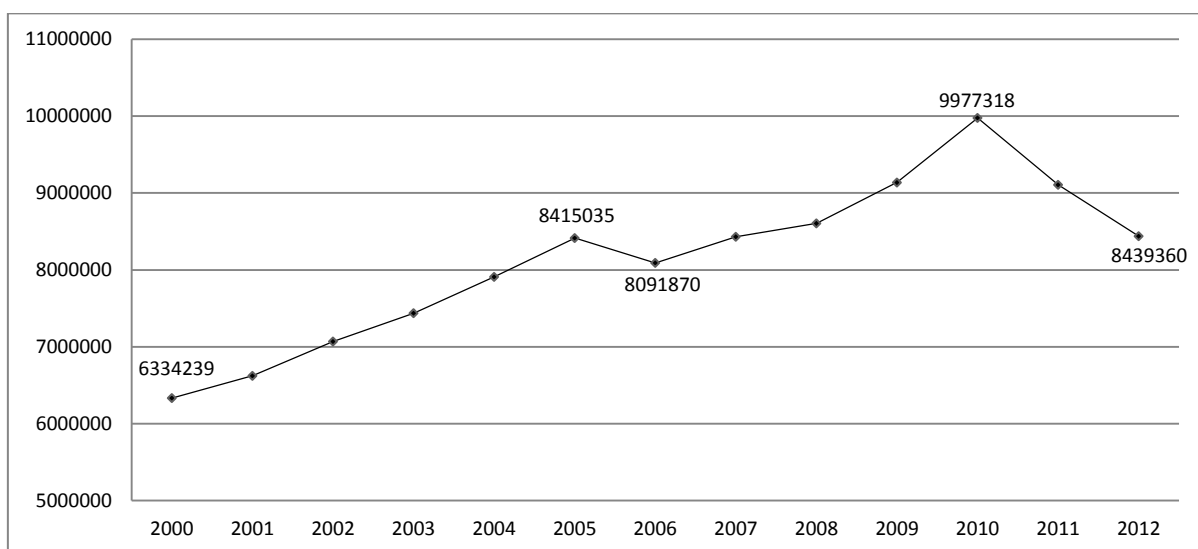
Quadro 4.5 - Evolução do financiamento do SNS, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)

	Despesa Corrente em Saúde	Financiamento do SNS	
2000	10 942 953	6 334 239	57,9%
2001	11 560 165	6 622 877	57,3%
2002	12 275 988	7 069 575	57,6%
2003	13 159 856	7 437 894	56,5%
2004	14 162 641	7 909 924	55,9%
2005	15 110 504	8 415 035	55,7%
2006	15 109 448	8 091 870	53,6%
2007	15 838 602	8 431 738	53,2%
2008	16 602 767	8 605 816	51,8%
2009	17 256 221	9 137 190	53,0%
2010	17 552 672	9 977 318	56,8%
2011	16 536 825	9 107 676	55,1%
2012	15 628 075	8 439 360	54,0%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Para uma melhor perceção demonstra-se o comportamento do financiamento a cargo do SNS no sistema de saúde ao longo do tempo:

Figura 4.4 - Evolução do financiamento do SNS entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)



Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor.

A observação das figuras mostra um crescimento global da despesa do SNS em 2,1 mil milhões de euros (33,2%), no período em análise, sendo que, quando observada a variação, em termos

cronológicos, até ao ano 2010, o crescimento da despesa é praticamente constante registando-se apenas uma quebra no ano de 2006 (-3,8%). Nos últimos dois anos, a verba a cargo do SNS apresentou uma descida significativa de 978 milhões (cerca de 15,4%). Independentemente dos movimentos observados com a despesa corrente do SNS, observa-se no quadro 4.5, uma tendência de redução da participação do SNS no total da despesa corrente em saúde.

4.3.2.2. Evolução do Financiamento dos Subsistemas Públicos de Saúde

Os subsistemas públicos de saúde constituem-se como importantes financiadores dos cuidados de saúde em Portugal, sendo a fonte deste financiamento oriunda das contribuições obrigatórias dos beneficiários, que são complementadas através do orçamento de Estado (Barros & Simões, 2007). O quadro 4.6 apresenta os valores totais do financiamento atribuído à saúde e os valores assegurados por estes subsistemas com a respetiva proporção no total dos financiadores ao nível do sistema de saúde português:

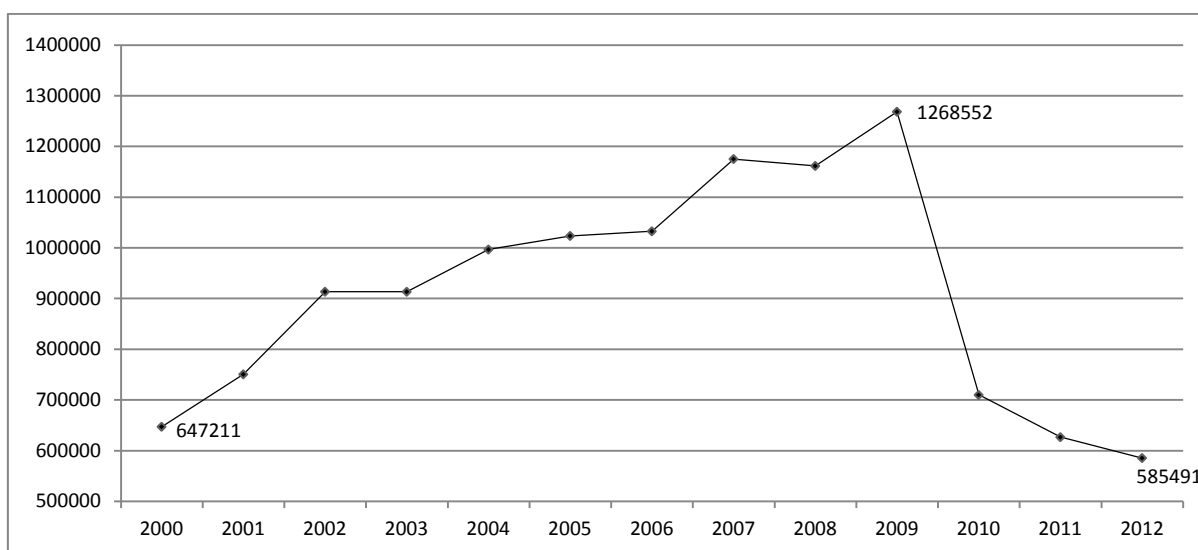
Quadro 4.6 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde públicos, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)

	Despesa Corrente em Saúde	Financiamento dos Subsistemas Públicos de Saúde	
2000	10 942 953	647 211	5,9%
2001	11 560 165	750 579	6,5%
2002	12 275 988	913 584	7,4%
2003	13 159 856	913 457	6,9%
2004	14 162 641	996 833	7,0%
2005	15 110 504	1 023 545	6,8%
2006	15 109 448	1 032 771	6,8%
2007	15 838 602	1 175 235	7,4%
2008	16 602 767	1 161 628	7,0%
2009	17 256 221	1 268 552	7,3%
2010	17 552 672	709 936	4,0%
2011	16 536 825	626 644	3,8%
2012	15 628 075	585 491	3,7%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Para uma melhor interpretação dos dados foi construída a figura 4.5 que demonstra a tendência evolutiva da participação dos subsistemas de saúde:

Figura 4.5 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde públicos, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)



Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

A contribuição financeira dos subsistemas públicos de saúde, no período em análise, apresentou uma diminuição de 9,5%, quando comparado o ano 2012 com o ano de 2002. Em termos cronológicos assiste-se a dois períodos diferentes: um primeiro, até ao ano 2009, caracterizado por um crescimento contínuo deste tipo de agente financiador que praticamente dobrou a sua contribuição, atingindo cerca de 1,27 mil milhões de euros para, a partir desse momento e até 2012 se observar uma diminuição acentuada de 53,8%. Em relação à participação dos subsistemas públicos no total da despesa corrente em saúde observou-se uma diminuição da participação destes agentes que em 2012 representavam apenas 3,7% desse total.

4.3.2.3. Evolução do Financiamento dos Subsistemas Privados de Saúde

Os subsistemas privados de saúde apresentam uma modesta proporção no financiamento da despesa corrente total em saúde. Esta realidade pode ser observada no quadro seguinte:

Quadro 4.7 - Evolução do financiamento dos subsistemas de saúde privados, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)

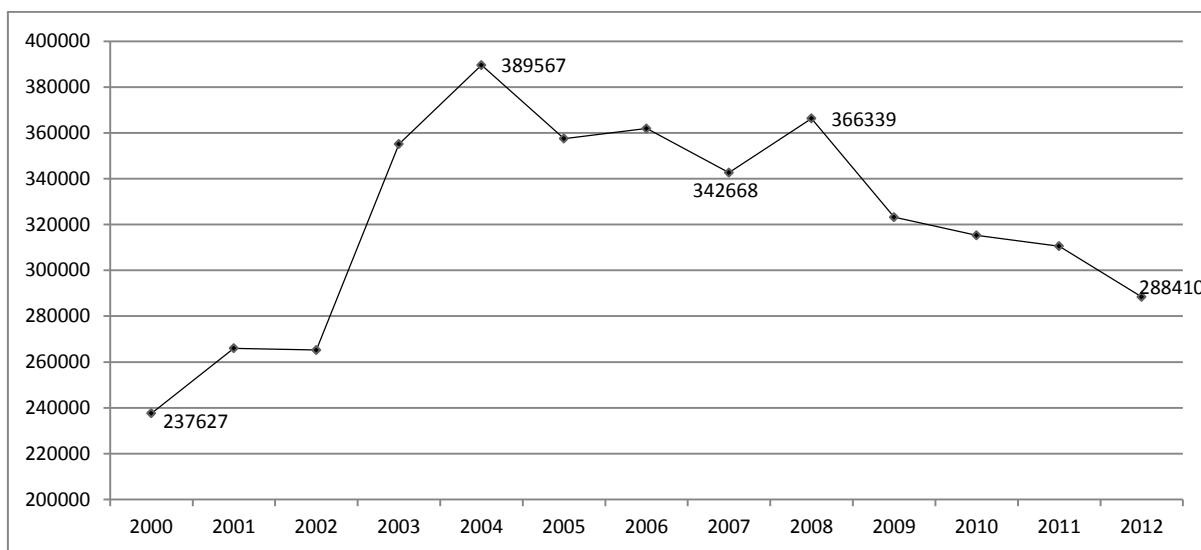
	Despesa Corrente Total	Subsistemas Privados	
2000	10 942 953	237 627	2,2%
2001	11 560 165	266 011	2,3%
2002	12 275 988	265 194	2,2%
2003	13 159 856	355 131	2,7%
2004	14 162 641	389 567	2,8%
2005	15 110 504	357 518	2,4%
2006	15 109 448	361 897	2,4%
2007	15 838 602	342 668	2,2%
2008	16 602 767	366 339	2,2%
2009	17 256 221	323 198	1,9%
2010	17 552 672	315 294	1,8%

	Despesa Corrente Total	Subsistemas Privados	
2011	16 536 825	310 579	1,9%
2012	15 628 075	288 410	1,8%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Em termos gráficos, a evolução cronológica do financiamento tipo de agente é apresentado na figura 4.6:

Figura 4.6 - Evolução do Financiamento dos Subsistemas Privados de Saúde, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)



Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor.

A participação dos subsistemas privados de saúde, enquanto entidades financiadoras de cuidados de saúde, apresentou um ligeiro aumento no período de 2000 a 2012, em termos de valor financeiro. No ano de 2000, a participação deste tipo de entidades financiadoras era de 238 milhões de euros, ao passo que no ano de 2012 registava 288 milhões representando um crescimento de 21,4% apesar de uma contínua diminuição desta participação desde o ano 2008 a 2012. Em termos da participação global, no total do sistema de saúde, este tipo entidades financiadoras assumiram uma diminuição da sua importância em 2012 sendo apenas responsável por 1,8% do financiamento da saúde.

4.3.2.4. Evolução do Financiamento dos Seguros Privados de Saúde

A participação dos seguros voluntários de saúde, enquanto agentes de financiamento do sistema de saúde, contrariamente aos subsistemas privados de saúde, tem vindo a ganhar um lugar de destaque nos últimos anos.

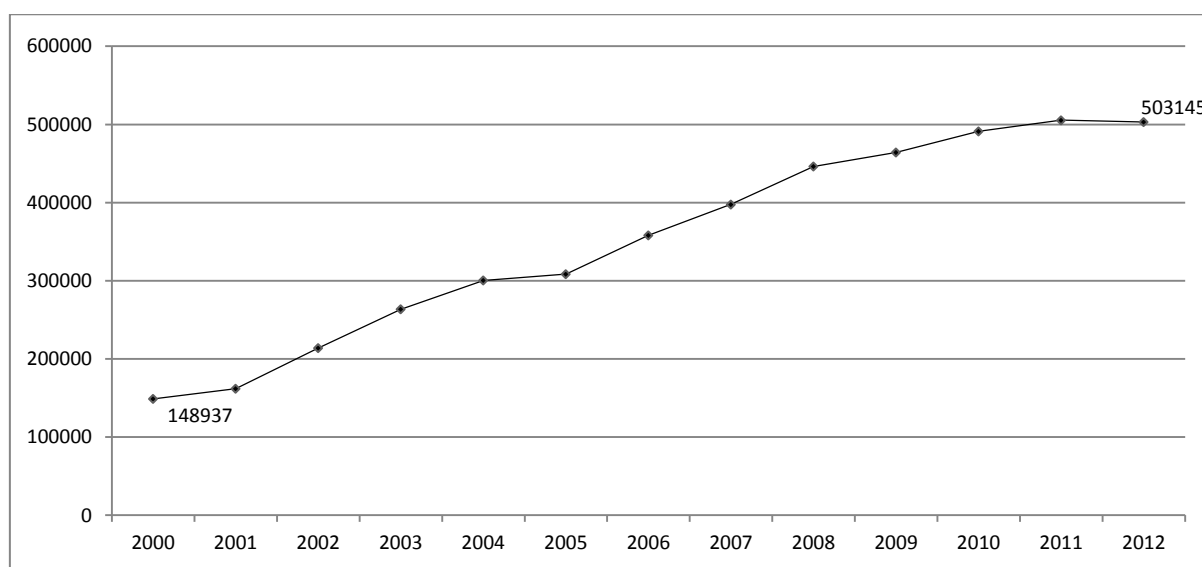
Quadro 4.8 - Evolução do financiamento dos seguros de saúde voluntários, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)

	Despesa Corrente Total	Outros Seguros Privados	
2000	10 942 953	148 937	1,4%
2001	11 560 165	161 973	1,4%
2002	12 275 988	213 956	1,7%
2003	13 159 856	263 637	2,0%
2004	14 162 641	300 511	2,1%
2005	15 110 504	308 519	2,0%
2006	15 109 448	358 170	2,4%
2007	15 838 602	397 612	2,5%
2008	16 602 767	446 319	2,7%
2009	17 256 221	464 247	2,7%
2010	17 552 672	491 206	2,8%
2011	16 536 825	505 361	3,1%
2012	15 628 075	503 145	3,2%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Para uma melhor observação da tendência evolutiva foi construída a figura 4.7:

Figura 4.7 - Evolução do financiamento dos seguros de saúde voluntários, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)



Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor.

A participação financeira dos seguros voluntários de saúde evoluiu de forma considerável ao longo do período em análise. No ano de 2000, a participação dos seguros de saúde privados representava cerca de 149 milhões de euros enquanto no final de 2012 este tipo de agentes financiadores apresentava uma participação total aproximada de 503 milhões tendo este crescimento representado um aumento de 237,8% a uma taxa média anual de crescimento de 9,8%.

Um importante aspeto a registar na evolução da combinação público-privado no financiamento foi traduzido pela tendência de crescimento relativamente à proporção dos diferentes agentes financiadores do sistema de saúde. No período compreendido entre os anos 2010, 2011 e 2012, foram

os únicos agentes financiadores a registar um aumento do peso relativo na estrutura de financiamento, tendo atingido 2,8%, 3,1% e 3,2%, respetivamente.

4.3.2.5. Evolução da despesa direta dos Cidadãos e das Famílias

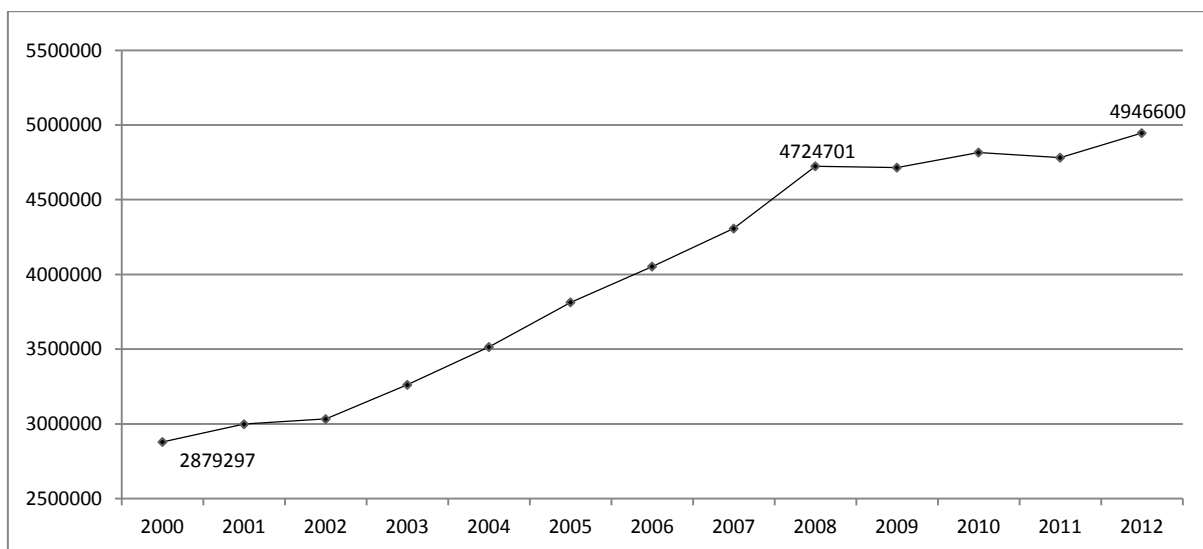
O pagamento direto, a cargo dos cidadãos e das famílias, ocupa o segundo lugar no conjunto dos agentes financiadores que mais participam na despesa corrente total em saúde. O quadro 4.9 e a figura 4.8 apresentam os dados referentes à evolução da participação dos cidadãos e das famílias:

Quadro 4.9 - Evolução da despesa direta dos cidadãos e das famílias, entre 2000 e 2012 (em milhares de euros)

	Despesa Corrente Total	Despesa Direta das Famílias	
2000	10 942 953	2 879 297	26,3%
2001	11 560 165	2 998 275	25,9%
2002	12 275 988	3 032 622	24,7%
2003	13 159 856	3 261 696	24,8%
2004	14 162 641	3 514 856	24,8%
2005	15 110 504	3 814 053	25,2%
2006	15 109 448	4 053 587	26,8%
2007	15 838 602	4 307 797	27,2%
2008	16 602 767	4 724 701	28,5%
2009	17 256 221	4 715 605	27,3%
2010	17 552 672	4 816 720	27,4%
2011	16 536 825	4 782 142	28,9%
2012	15 628 075	4 946 600	31,7%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Figura 4.8 - Evolução da despesa direta dos cidadãos e das famílias, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)



Fonte: INE (2014a). Conta satélite da saúde (2000-2012). Adaptação do autor.

No período compreendido entre 2000 e 2012, registou-se um crescimento na despesa direta dos cidadãos e das famílias no financiamento dos cuidados de saúde em Portugal. No ano de 2000, a

participação dos cidadãos e das famílias, enquanto agentes financiadores do sistema de saúde, era de 2,9 mil milhões de euros tendo, no final de 2012, esta contribuição subido para os 4,9 mil milhões o que representa, no período em análise, um crescimento global de 71,8 %. Há que registar, no entanto, algumas reduções pouco significativas ocorridas nos anos de 2009 e 2011 de 0,19% e 0,07% respetivamente. Em termos relativos, da despesa total corrente em saúde registou-se uma tendência geral de crescimento dos pagamentos realizados pelos cidadãos e pelas famílias.

4.4. A combinação Público-Privado na Prestação de Cuidados de Saúde

Em Portugal, num estudo realizado por Oliveira (2010) denominado "Evolução da oferta", foi referida a existência de uma complementaridade produtiva entre o setor público e o setor privado no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Em termos evolutivos, verificou-se uma maior cobertura por parte do SNS nos cuidados de saúde primários e hospitalares, enquanto o setor privado dirigiu a sua oferta predominantemente para os meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, as consultas de especialidade e a saúde oral (Oliveira, 2010).

O quadro 4.10 apresenta alguns dos fatores relevantes na comparação entre a prestação pública e privada, de cuidados de saúde, com base na experiência internacional:

Quadro 4.10 - A combinação público-privada na prestação de cuidados de saúde

Característica	Setor Privado	Setor Público
Eficiência	Assume uma maior preocupação com a eficiência ⁸⁹ (entendida como a maximização de recursos).	Apresenta de um modo global, nos países da OCDE, um elevado custo que não se justifica pela produção verificada.
Qualidade	Preocupação muito focada em critérios de qualidade e bem-estar dos utentes. Promoção intensiva de programas de certificação e de acreditação das unidades.	Existe uma preocupação com a qualidade, mas está longe de ser a mais perfeita. Não há incentivo à certificação e à acreditação, apesar de alguns países focarem a acreditação das unidades públicas como uma prioridade na política de saúde.
Organização do Trabalho	Estrutura organizada e orientada para a satisfação do cliente. Capacidade para o desenvolvimento de economias de escala.	A organização estrutural não é a melhor. Economias de escala esgotadas.
Desenvolvimento Profissional	Profissionais motivados e com o espírito da orgânica da instituição. Profissionais mais qualificados (devido ao incentivo à formação e aquisição de novas competências para trazerem mais-valias para as instituições Incentivo ao desempenho).	Profissionais desmotivados e descontentes. Desmotivação conduz à não aposta na formação e nas carreiras. Falta de incentivos.
Estrutura Salarial	Funcionários satisfeitos com a remuneração.	Remuneração aquém do esperado perante o trabalho desenvolvido.

⁸⁹ De acordo com Tacke & Waldmann (2011) um sistema de saúde é eficiente quando a um aumento dos gastos corresponde uma melhoria significativa dos resultados de saúde da população.

Investimento	Forte investimento em infraestruturas. Aposta em meios tecnológicos inovadores.	Apenas se verifica investimento nas infraestruturas das unidades em regime de PFI (PPP). Meios tecnológicos avançados nos países nórdicos. Fraco investimento tecnológico nos países do Sul da Europa.
--------------	--	--

Fonte: Maarse & Meulen (2006); Mossialos & Thomson (2004); Sorderlund, Arana, & Goudge (2003); Tacke & Waldmann (2011)

As diferenças identificadas entre as duas realidades são importantes na medida em que o setor privado pode contribuir para melhorias no setor público, nomeadamente (Maarse & Meulen, 2006; Tacke & Waldmann, 2011):

- Pela introdução de uma concorrência no setor;
- Pela competição por utentes e profissionais;
- Pela adoção de modelos de gestão orientados para a eficiência, qualidade e resultados.

A relação entre a prestação privada de cuidados de saúde e a prestação pública depende da natureza das estratégias adotadas. Poderá constituir-se numa relação de complementaridade, entre ambos os setores, ou, em alternativa, pela substituição dos serviços públicos baseada na ideia que o setor privado apresenta uma maior eficiência⁹⁰ quando comparado com o setor público (Barros, 2010).

4.4.1. Principais agentes Prestadores de Cuidados de Saúde

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde é realizada por instituições públicas, privadas e sociais. Ao nível do sistema público, as unidades de cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados constituem a estrutura base da rede prestadora de cuidados do SNS que, em conjunto, com as entidades privadas e sociais, formam o sistema de saúde.

No setor público, os cuidados de saúde primários concentram a sua ação na prevenção da doença, na promoção da saúde, nos cuidados de saúde personalizados, no apoio domiciliário e nas atividades de vigilância de saúde, bem como no suporte às atividades de saúde pública. No nível hospitalar, concentram-se os cuidados de saúde diferenciados repartidos pelas atividades de internamento, cirurgia convencional e de ambulatório, consultas de especialidade, hospital de dia, atendimento urgente bem como pela realização de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de maior diferenciação clínica e tecnológica. Relativamente aos cuidados continuados integrados, foi implementada uma rede específica, a partir de 2006, abrangendo respostas ao nível da convalescença,

⁹⁰ Entenda-se como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. Uma produção eficiente é a que maximiza os resultados obtidos com um dado conjunto de recursos, ou então é a que minimiza os recursos necessários para obter um dado resultado (Pereira, 2004).

da recuperação e reintegração de doentes crónicos e das pessoas em situação de dependência, em instituição própria ou no domicílio.

O setor privado de cuidados de saúde ampliou as suas atividades através do desenvolvimento de uma rede de unidades prestadoras de cuidados de saúde em ambulatório, de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, de cuidados continuados e ao nível hospitalar com uma rede em crescente expansão destinada, na maioria, a satisfazer a procura utentes beneficiários de seguros privados ou subsistemas de saúde. Nos últimos anos, o setor privado incrementou significativamente a sua participação, no sistema de saúde, através das parcerias público-privadas. Ainda no domínio do direito privado, há que registar a forte presença do setor social na exploração de unidades de cuidados continuados e de pequenos hospitais por norma associados a misericórdias (Campos & Simões, 2011; Barros, 2010; Gonçalves, 2010).

No contexto do sistema de saúde deverão ser igualmente referidas, pela sua importância, as farmácias comunitárias cuja missão primordial é a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica, outros produtos farmacêuticos e de venda livre, tendo ainda uma relevante participação em atividades de saúde pública, de que é exemplo o programa de troca de seringas no âmbito das políticas de saúde de redução de riscos.

As farmácias comunitárias estão igualmente autorizadas, para além da dispensa de medicamentos, a prestar outros serviços farmacêuticos no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, tais como o apoio domiciliário, a administração de primeiros socorros, a administração de medicamentos, a utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (deliberação n.º 139/CD/2010, de 21 de outubro do INFARMED), a implementação de programas de cuidados farmacêuticos, a realização de campanhas de informação e a colaboração em programas de educação para a saúde (Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro).

A partir de 2005, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) passaram a poder ser comercializados fora das farmácias em locais previamente registados no Infarmed⁹¹, tais como parafarmácias e hipermercados (Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto).

⁹¹ Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. anteriormente denominado Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, I.P.

4.4.2. A evolução da participação privada no Sistema de Saúde

Desde a publicação da Constituição da República de 1976 que se encontra prevista a articulação dos prestadores privados com o SNS por forma a assegurar nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade (n.º 3 alínea d) - artigo 64.º da Lei Constitucional n.º 1/2005). Em 1990, a LBS e a publicação, em 1993, do Estatuto do SNS vieram reforçar a combinação entre os setores e o aprofundamento da relação público-privado.

Nos últimos 30 anos, as políticas públicas favoreceram o incremento da participação privada no sistema de saúde, quer através de incentivos diretos - implementação de programas especiais de recuperação de listas de espera com recurso à cooperação privada - quer através de estímulos indirectos, como a aplicação de um sistema de incentivos fiscais como as deduções para as despesas de saúde. A partir de meados dos anos 80, verificou-se um significativo aumento do número de licenciamentos de instituições privadas. Este facto resultou em parte do acréscimo de contratualização de atividade assistencial, por parte do Estado mas também da possibilidade dos profissionais do SNS poderem exercer funções no setor privado (quando não abrangidos por um regime contratual de exclusividade) (Oliveira, 2010).

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde datado de 2005, a participação privada no sistema de saúde adquiriu crescente importância, nomeadamente no que diz respeito ao financiamento através de seguros de saúde e a algumas áreas da prestação de cuidados de saúde (diálise renal, ginecologia, medicina dentária, ortopedia e pediatria) e ao nível da imagiologia, fisioterapia e da patologia clínica (INS, 2005). Campos e Simões (2011) associam os dados referentes ao crescimento destas áreas na saúde aos avanços tecnológicos aplicados ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica ocorridos nos últimos cinquenta anos e ao seu uso massificado em ambulatório.

O desenvolvimento do setor privado na saúde foi ao encontro do aumento das necessidades dos cidadãos preenchendo falhas de cobertura do SNS. Este crescimento ocorreu numa tentativa de colmatar as áreas de maior fragilidade na estrutura pública o que favoreceu uma maior dimensão e um reforço das relações de parceria ao nível da prestação de serviços, infraestruturas, meios, competências, tecnologia e qualidade.

Esta cooperação entre os setores tornou-se essencial para a saúde dos cidadãos e para o cumprimento dos desígnios constitucionais em termos de qualidade, equidade no acesso e na cobertura da população permitindo um atendimento em tempo útil e uma resposta atempada e com qualidade aos cidadãos

(Dinis, 2008). A iniciativa privada procurou contrapor algumas vantagens face às reconhecidas dificuldades no SNS (Ribeiro, 2009; Simões, 2009):

- Um menor tempo de espera no atendimento;
- A inexistência de listas de espera;
- A promoção da qualidade no acolhimento, no ambulatório e no internamento;
- Uma aposta na inovação tecnológica e científica (equipamentos de diagnóstico e terapêutica).

O setor privado apostou nestas vantagens diferenciadoras passando a transmitir uma nova perceção da sua imagem através de uma estrutura organizacional calibrada com o objetivo de cativar novos clientes privados, particularmente nos casos em que o utente é beneficiário de um subsistema de saúde público ou privado ou de um seguro voluntário privado, podendo nesse caso optar pelo prestador (Simões, 2009). O recurso ao setor privado permitiu, igualmente, a vários utentes do SNS ultrapassar as dificuldades de acesso geradas nalgumas áreas no SNS, embora de uma forma desigual (Bago d' Uva & Jones, 2009).

Apesar das diferenças verificadas nas condições de acesso relativas, deverá ser acentuado que ambos os setores se regem pelas mesmas normas, estando sujeitos ao mesmo tipo de regulação e de inspeção pelas mesmas entidades, no que se refere à qualidade dos cuidados, à proteção dos interesses e direitos dos utentes, à segurança dos doentes e à adequada manutenção de infraestruturas (Lage, 2010).

4.4.2.1. A evolução da Prestação dos Cuidados de Saúde Hospitalares Públicos e Privados

No sistema de saúde português, os hospitais representam uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados de saúde. Este tipo de unidades integra um variado número de valências (urgência, consulta externa, hospital de dia, internamento, cirurgia em bloco operatório) pelo que tendem a praticar uma atividade assistencial complexa, associada a um importante volume de custos, dada a multiplicidade de serviços que apresentam. O quadro 4.11 apresenta a evolução dos custos hospitalares diferenciados pelo tipo de unidades:

Quadro 4.11 - Evolução dos custos com a prestação hospitalar pública e privada em Portugal, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)

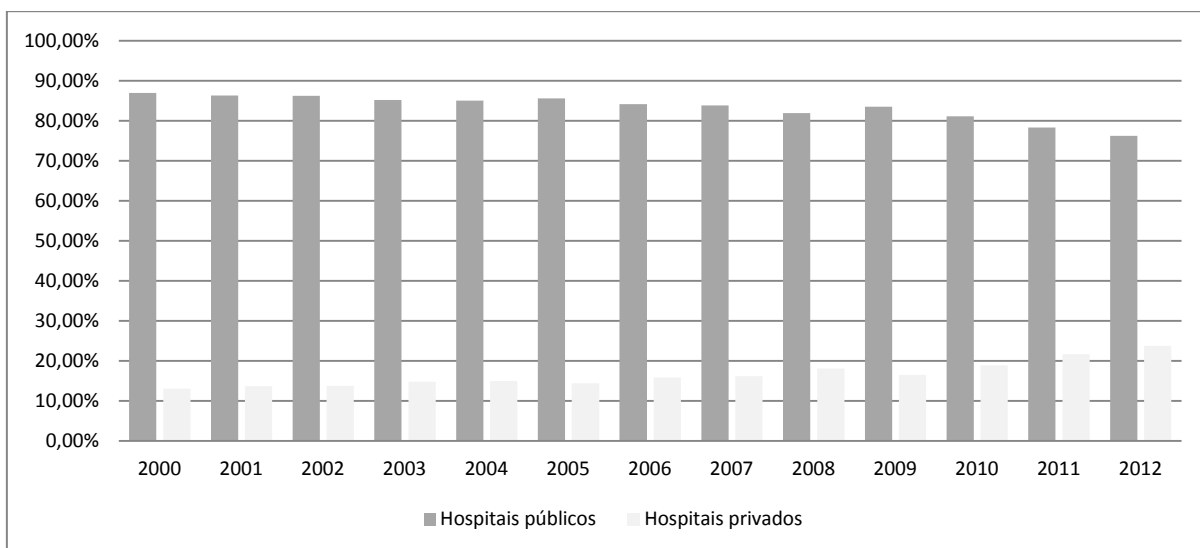
	Total		Hospitais Públicos		Hospitais Privados	
2000	4 246	100 %	3 690	86,91%	557	13,09%
2001	4 338	100 %	3 745	86,33%	593	13,67%
2002	4 685	100 %	4 039	86,21%	645	13,79%
2003	5 046	100 %	4 300	85,22%	746	14,78%
2004	5 387	100 %	4 578	84,98%	809	15,02%

	Total		Hospitais Públicos		Hospitais Privados	
2005	5 864	100 %	5 017	85,56%	847	14,44%
2006	5 650	100 %	4 754	84,14%	896	15,86%
2007	6 017	100 %	5 042	83,80%	976	16,20%
2008	6 170	100 %	5 052	81,88%	1 118	18,12%
2009	6 566	100 %	5 481	83,48%	1 086	16,52%
2010	6 674	100 %	5 411	81,08%	1 263	18,92%
2011	6 402	100 %	5 011	78,27%	1 392	21,73%
2012	6300	100 %	4802	76,22%	1 497	23,78%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Para uma melhor observação do desenvolvimento dos hospitais no setor público e privado construiu-se a seguinte figura:

Figura 4.9 - Peso da participação dos hospitais públicos e privados na despesa corrente em saúde, entre 2000 e 2012



Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

No período em análise (1983-2013), os hospitais públicos constituíram o setor dominante na prestação de cuidados de saúde. No entanto, em termos evolutivos, foi visível o aumento progressivo do peso das unidades privadas, que no ano de 2000 representavam apenas 13,09% do total para no final de 2012 passarem a representar 23,78%.

4.4.2.2. A evolução da Prestação de Cuidados de Saúde - Públicos e Privados - em Ambulatório no Sistema de Saúde

Os cuidados de saúde em ambulatório, no sistema de saúde português, são realizados por prestadores públicos e por prestadores privados. A evolução dos custos com cada um destes tipos prestadores encontra-se descrita no quadro seguinte:

Quadro 4.12 - Evolução dos custos dos cuidados ambulatoriais por prestadores na despesa corrente em saúde, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)

	Consultórios ou Gabinetes Médicos Privados	Cuidados Ambulatoriais Públicos	Cuidados Ambulatoriais Privados	Laboratórios Médicos e de Diagnóstico Públicos	Laboratórios Médicos e de Diagnóstico Privados
2000	932	1 163	684	24	473
2001	1 025	1 273	728	24	525
2002	1 064	1 387	712	28	555
2003	1 197	1 514	790	35	607
2004	1 344	1 593	878	32	646
2005	1 474	1 644	952	38	664
2006	1 555	1 564	1 025	39	641
2007	1 594	1 572	1 103	43	659
2008	1 839	1 551	1 269	40	694
2009	1 965	1 541	1 378	42	707
2010	2 045	1 609	1 427	42	691
2011	1 914	1 431	1 379	40	618
2012	1823	1315	1449	29	534

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Nas últimas décadas, registou-se um aumento progressivo dos custos com cuidados de saúde em ambulatório no setor privado. Para uma melhor compreensão da respetiva evolução, agruparam-se os custos calculando-se o seu total com prestadores públicos em ambulatório e prestadores privados em ambulatório (Quadro 4.13):

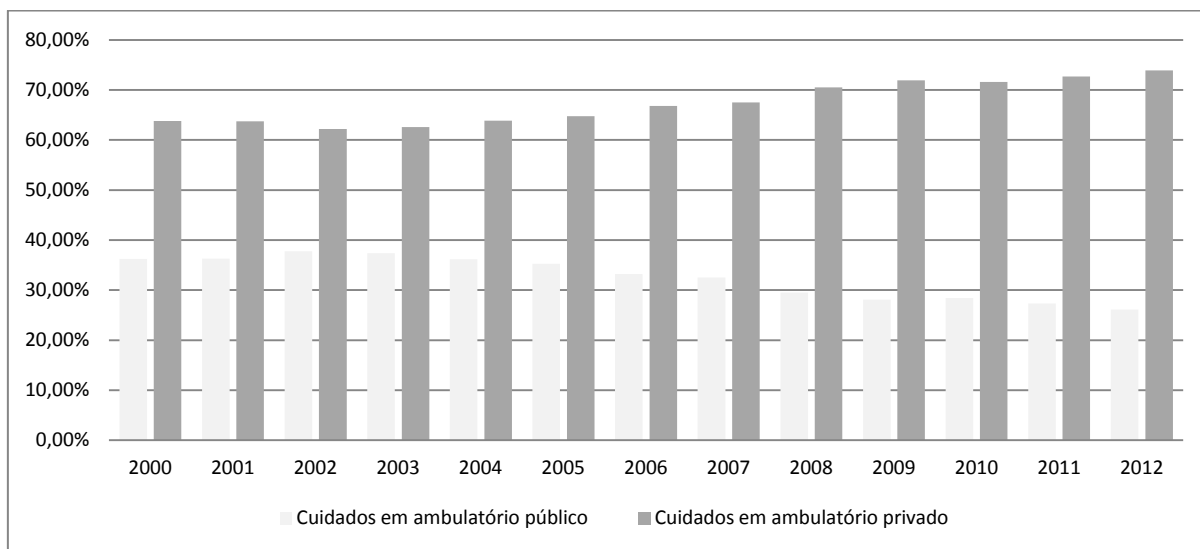
Quadro 4.13 - Evolução dos custos com a prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório em Portugal, entre 2000 e 2012 (em milhões de euros)

	Total em Ambulatório		Ambulatório Público		Ambulatório Privado	
2000	3 276	100%	1 187	36,23%	2 089	63,77%
2001	3 575	100%	1 297	36,28%	2 278	63,72%
2002	3 746	100%	1 415	37,77%	2 331	62,23%
2003	4 143	100%	1 549	37,39%	2 594	62,61%
2004	4 493	100%	1 625	36,17%	2 868	63,83%
2005	4 772	100%	1 682	35,25%	3 090	64,75%
2006	4 824	100%	1 603	33,23%	3 221	66,77%
2007	4 971	100%	1 615	32,49%	3 356	67,51%
2008	5 393	100%	1 591	29,50%	3 802	70,50%
2009	5 633	100%	1 583	28,10%	4 050	71,90%
2010	5 814	100%	1 651	28,40%	4 163	71,60%
2011	5 382	100%	1 471	27,33%	3 911	72,67%
2012	5 150	100%	1 344	26,10%	3 806	73,90%

Fonte: INE (2014a) - adaptação do autor

Tendo em vista a análise da combinação público-privada em termos da comparação da evolução dos diferentes operadores, construiu-se a figura 4.10:

Figura 4.10 - Peso da participação dos cuidados de saúde em ambulatório - público e privado na despesa corrente em Saúde, entre 2000 e 2012



Fonte: INE (2014) - adaptação do autor

Ao longo do tempo, a prestação de cuidados de saúde, em regime ambulatório, excluindo hospitais, adquiriu um maior destaque no setor privado. No ano 2000, o setor privado representava 63,77% do total dos cuidados ambulatoriais, no entanto, em 2012, este valor subiu para 73,90%.

4.5. Evolução da Prestação Público-Privada nos Cuidados de Saúde Hospitalares

Tendo por base o Inquérito aos Hospitais iniciado em 1986, estabeleceu-se um ponto de comparação entre os hospitais oficiais⁹² e privados⁹³ considerando:

- O número de unidades por entidade;
- O número total de camas disponível (lotação);
- O número total de internamentos realizados;
- O número total de episódios de urgência;
- O número total de consultas (apenas disponível a partir de 2002)⁹⁴;
- O número de médias e grandes cirurgias;
- O número de meios complementares de diagnóstico;
- O número de meios complementares de terapêutica.

⁹² "Hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional - tutelado pelo Ministério da Justiça" (CSE, 2005).

⁹³ "Hospital cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos" (CSE, 2005).

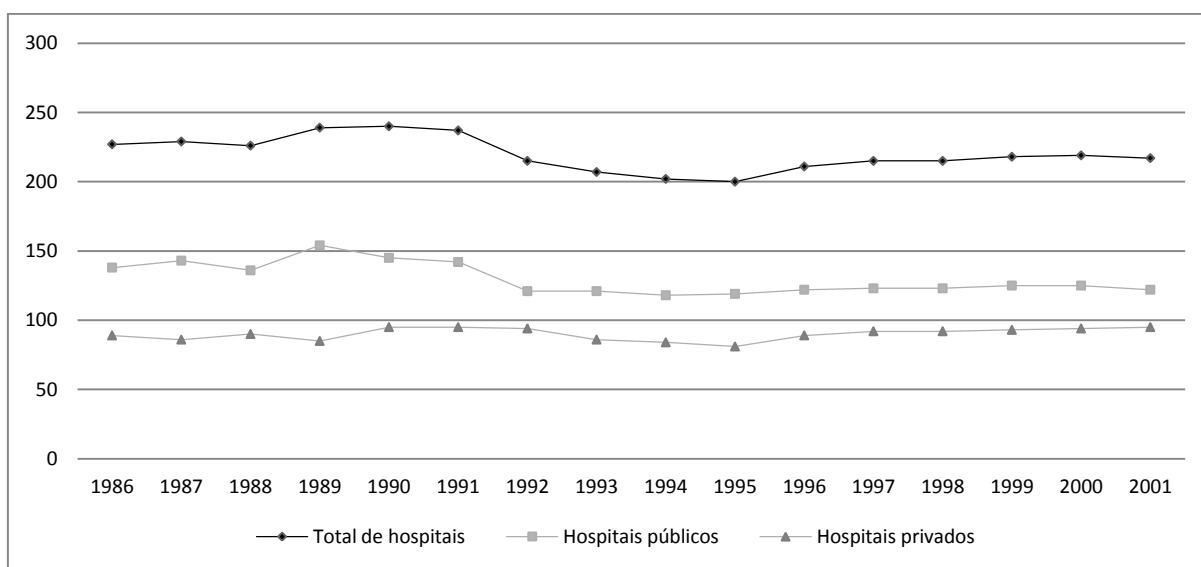
⁹⁴ Antes desta data não era distinguida a entidade prestadora apenas se considerando o total de consultas realizadas em ambiente hospitalar.

4.5.1. Hospitais Oficiais e Hospitais Privados

A rede hospitalar em Portugal sofreu alterações significativas ao longo dos anos. De acordo com INE (2014b), no ano de 1970 existiam 615 hospitais em Portugal, na sua maioria associados à iniciativa social das Misericórdias cuja gestão foi transferida para o Estado em 1979 aquando da criação do SNS. Mais tarde, nos anos 90, estas unidades foram integradas em hospitais regionais ou hospitais distritais, enquanto os pequenos hospitais concelhios foram, na sua grande maioria, transformados em centros de saúde. Com estas alterações houve uma diminuição sensível do número total de hospitais (Ribeiro, 2009). A figura seguinte apresenta a evolução do número de hospitais, no sistema de saúde, em termos totais ou discriminados pela sua natureza institucional (oficiais ou privados), desde o ano de 1986 até ao ano de 2001:

A figura 4.11 representa a evolução da rede hospitalar no sistema de saúde português:

Figura 4.11 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2001

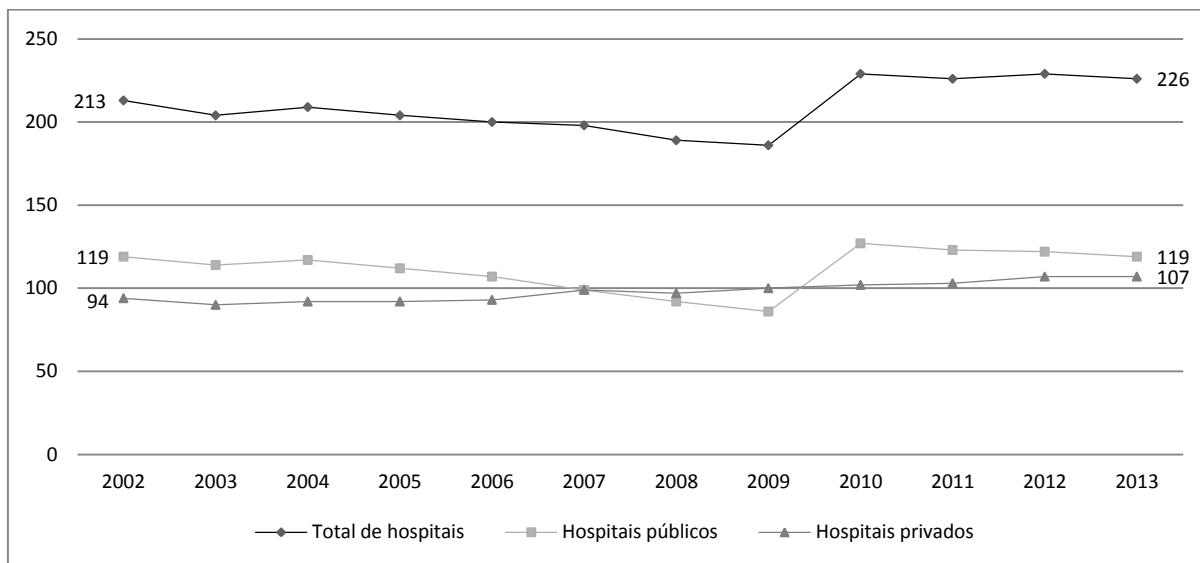


Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

A partir do ano de 2002, o número total de hospitais foi influenciado pelo contexto de empresarialização dos hospitais públicos o qual acarretou a sucessiva concentração e fusão de unidades contribuindo, desse modo, para a diminuição global do número de hospitais públicos. Ao mesmo tempo surgiram os hospitais em regime de parceria público-privada e assistiu-se a um significativo aumento do número de hospitais privados.

A figura seguinte representa a evolução da rede hospitalar do sistema de saúde português entre os anos 2002 e 2012:

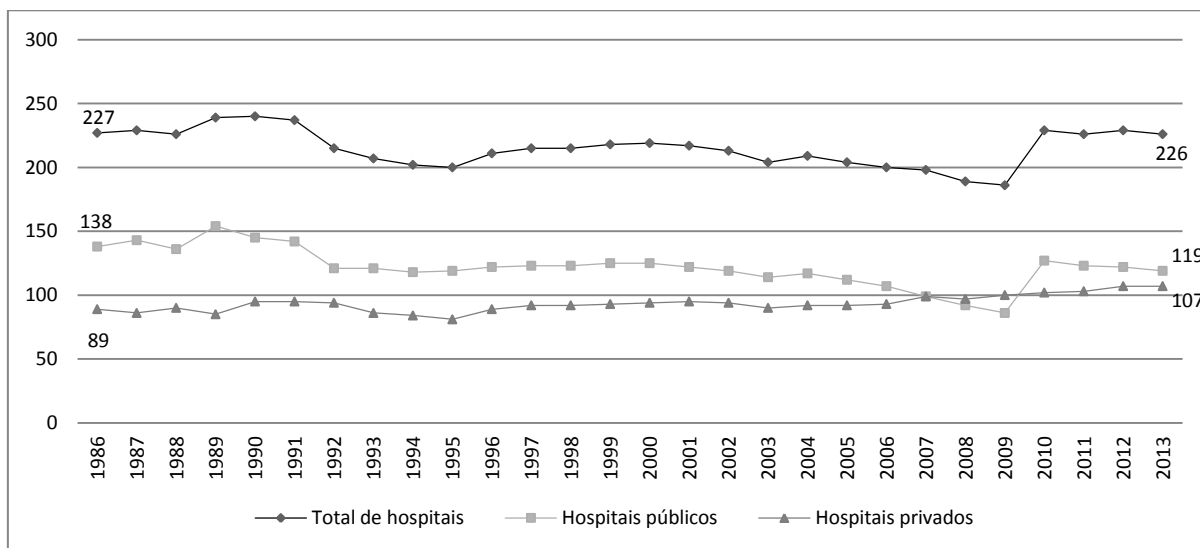
Figura 4.12 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, entre 2002 e 2013



Fonte: INE (2014b, 2015b) - adaptação do autor

No período em análise, é nítida a variação do número de hospitais oficiais e de hospitais privados no sistema de saúde português. Para uma melhor apreciação construiu-se a figura 4.13 que representa a evolução da rede hospitalar do sistema de saúde português entre os anos 1986 e 2013:

Figura 4.13 - Evolução da rede hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

No ano de 2013, o número total de hospitais em Portugal era de 226 unidades. Em 2013, no que se refere ao número de unidades hospitalares públicas (sob tutela do Estado) existia um total de 119,

sendo que 7 destas eram unidades hospitalares militares ou prisionais enquanto em 1986 as unidades públicas representavam um total de 138 hospitais.

No setor privado, observou-se um crescimento significativo do número de hospitais neste período. Em 1986 existiam 89 unidades privadas e em 2013 este número subiu para 107 a que corresponde um crescimento de 20,2% sendo de referir que, neste ano, os hospitais privados representavam já 47,3% da oferta hospitalar.

4.5.2. Lotação das Unidades Hospitalares

A lotação dos hospitais é traduzida pelo número de camas de internamento. Para avaliar a evolução no número de internamentos registados nos hospitais oficiais e privados é imprescindível ter presente a lotação praticada nas instituições. Na colheita de dados incluem-se, na lotação das unidades, as camas de berços de neonatologia e de pediatria e excluindo-se as camas do berçário, da urgência, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise.

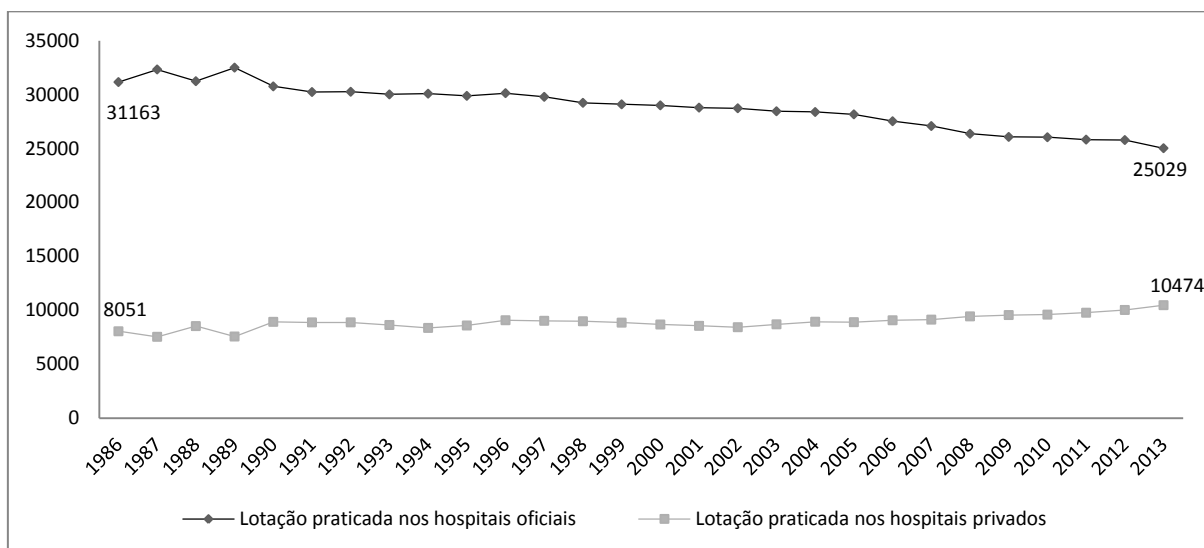
Quadro 4.14 - Evolução do número de camas de internamento, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013.

Ano	Total	Lotação praticada nos Hospitais Oficiais		Lotação praticada nos Hospitais Privados	
1986	39 214	31 163	79,5%	8 051	20,5%
1987	39 872	32 332	81,1%	7 540	18,9%
1988	39 778	31 245	78,5%	8 533	21,5%
1989	40 071	32 503	81,1%	7 568	18,9%
1990	39 690	30 762	77,5%	8 928	22,5%
1991	39 120	30 241	77,3%	8 879	22,7%
1992	39 142	30 262	77,3%	8 880	22,7%
1993	38 654	30 018	77,7%	8 636	22,3%
1994	38 450	30 087	78,2%	8 363	21,8%
1995	38 471	29 883	77,7%	8 588	22,3%
1996	39 212	30 136	76,9%	9 076	23,1%
1997	38 818	29 793	76,8%	9 025	23,2%
1998	38 221	29 238	76,5%	8 983	23,5%
1999	38 049	29 098	76,5%	8 853	23,3%
2000	37 685	29 004	77,0%	8 681	23,0%
2001	37 347	28 792	77,1%	8 555	22,9%
2002	37 162	28 733	77,3%	8 429	22,7%
2003	37 155	28 457	76,6%	8 698	23,4%
2004	37 324	28 387	76,1%	8 937	23,9%
2005	37 068	28 169	76,0%	8 899	24,0%
2006	36 605	27 531	75,2%	9 074	24,8%
2007	36 220	27 086	74,8%	9 134	25,2%
2008	35 803	26 368	73,6%	9 435	26,4%
2009	35 635	26 077	73,2%	9 558	26,8%
2010	35 646	26 048	73,1%	9 598	26,9%
2011	35 601	25 828	72,5%	9 773	27,5%
2012	35 815	25 786	72,0%	10 029	28,0%
2013	35 503	25 029	70,5%	10 474	29,5%

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Ao analisar a evolução global do número de camas desde 1986 até 2013 assistiu-se a uma diminuição do número total de camas disponíveis para internamento de doentes. Em 1986 existiam 39214 camas e em 2013 existia um total de 25 mil camas. Deste modo, registou-se uma redução de 3711 unidades o que corresponde a um decréscimo na ordem dos 19,7%. A figura seguinte apresenta graficamente o comportamento da evolução na lotação praticada pelos hospitais oficiais e privados:

Figura 4.14 - Evolução do número de camas de internamento segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Ao observar a evolução da lotação das unidades, em função da natureza institucional dos hospitais, verifica-se uma tendência oposta, entre os hospitais oficiais e os privados, registando-se uma diminuição contínua do número de camas de internamento nos hospitais oficiais e um aumento constante nos hospitais privados. No ano de 2013, os hospitais oficiais apresentaram, relativamente a 1986, uma diminuição de 6134 camas (- 19,7%) enquanto os hospitais privados, para o mesmo período, apresentavam um aumento de 2423 camas (+ 30,1%).

Em termos proporcionais, a lotação dos hospitais privados representava 29,5% (10474 camas) do total da capacidade de internamento hospitalar registada no sistema de saúde português e os hospitais públicos cerca de 70,5% (25029 camas). Para o ano de 2013, analisou-se ainda, de acordo com os dados disponíveis do Instituto Nacional de Estatística o tipo de unidades de internamento onde estão instaladas estas camas. As camas de internamento das unidades hospitalares podem encontrar-se dispostas em enfermarias⁹⁵, quartos semiprivados⁹⁶ e privados⁹⁷, unidades de cuidados intensivos⁹⁸,

⁹⁵ Divisão funcional de um estabelecimento de saúde que contempla o local dos serviços de internamento onde permanecem os doentes, com pelo menos a existência de três camas (INE, 2014 - Estatísticas da saúde. Inquérito aos hospitais).

⁹⁶ Quarto de internamento hospitalar apetrechado com cama para um doente, banheiro privativo e acomodações para acompanhante (INE, 2014- Estatísticas da saúde. Inquérito aos hospitais).

intermédios⁹⁹ ou queimados¹⁰⁰ e outras unidades não especificadas. O quadro seguinte apresenta os dados relativos aos tipos de cama disponíveis nos hospitais públicos e privados:

Quadro 4.15 - Camas de internamento disponíveis segundo a natureza institucional e tipo de cama, no ano 2013

Tipo de Cama	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total	35 503	100,0	25 029	100,0	10 474	100,0
Enfermarias	28 166	79,	22 295	89,1	5 871	56,1
Quartos Semiprivados e Privados	3 766	10,6	254	1,0	3 512	33,5
Unidade de Cuidados Intensivos	1 183	3,3	991	4,0	192	1,8
Unidade de Cuidados Intermédios	651	1,8	588	2,3	63	0,6
Unidade de Queimados	43	0,1	35	0,1	8	0,1
Outras	1 694	4,8	866	3,5	828	7,9

Fonte: INE (2015b)

Em 2013, nos hospitais oficiais 89,1% das camas de internamento disponíveis (22295 camas) correspondiam a camas de enfermaria e o número de quartos privados ou semiprivados totalizavam apenas 1,0% (254 camas). Nos hospitais privados, apesar de um número dominante de enfermarias que representa 56,1% da sua capacidade (5871 unidades) existia uma menor discrepância relativamente ao número de quartos privados ou semiprivados que se encontravam na ordem dos 33,5% (3512 unidades). A distribuição das camas, nas unidades oficiais e nas privadas, está relacionada com a oferta e a procura nas mesmas e com questões adstritas à fonte de pagamento que no caso do setor privado permite a liberdade de escolha da instituição e do tipo de quarto ou de cama.

4.5.3. Internamento

Na presente seção aborda-se o número de internamentos realizados, em Portugal, no mesmo período de tempo. Entende-se por unidades de internamento o conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que após serem admitidos ocupam uma cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos com permanência de pelo menos 24 horas (DGS, 2001). O quadro 4.16 apresenta o número de internamentos registados:

⁹⁷ Quarto de internamento de um hospital apetrechado com camas para dois doentes e banheiro privativo (INE, 2014- Estatísticas da saúde. Inquérito aos hospitais).

⁹⁸ Conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia (CSE, 2005).

⁹⁹ Conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados para os doentes que, embora não estando em estado crítico, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia (DGS, 2001; CSE, 2005).

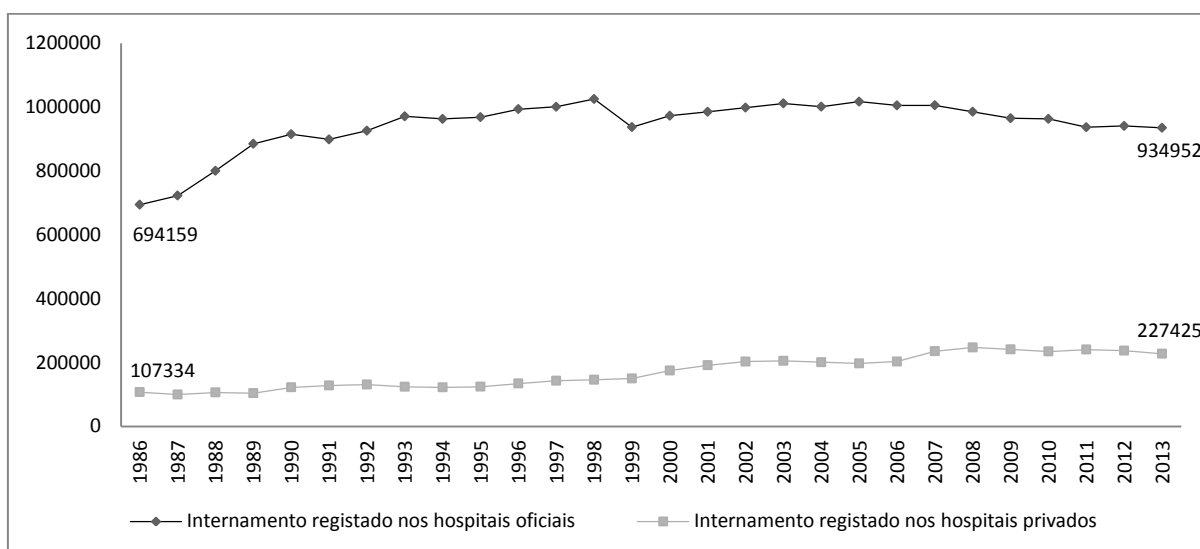
¹⁰⁰ Conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados onde os doentes queimados, em estado crítico, são assistidos durante 24 horas por dia (DGS, 2001; CSE, 2005).

Quadro 4.16 - Número de internamentos nos hospitais portugueses segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

	Total	Internamento nos Hospitais Oficiais		Internamento nos Hospitais Privados	
1986	801 493	694 159	86,6%	107 334	13,4%
1987	822 436	722 839	87,9%	99 597	12,1%
1988	906 502	800 166	88,3%	106 336	11,7%
1989	988 992	884 910	89,5%	104 082	10,5%
1990	1 037 246	914 938	88,2%	122 308	11,8%
1991	1 026 537	898 469	87,5%	128 068	12,5%
1992	1 056 803	925 861	87,6%	130 942	12,4%
1993	1 094 712	970 756	88,7%	123 956	11,3%
1994	1 084 887	962 658	88,7%	122 229	11,3%
1995	1 092 674	968 337	88,6%	124 337	11,4%
1996	1 127 814	993 499	88,1%	134 315	11,9%
1997	1 143 514	1 000 694	87,5%	142 820	12,5%
1998	1 171 030	1 025 137	87,5%	145 893	12,5%
1999	1 087 058	937 137	86,2%	149 921	13,8%
2000	1 147 489	972 638	84,8%	174 851	15,2%
2001	1 176 592	985 028	83,7%	191 564	16,3%
2002	1 200 902	998 109	83,1%	202 793	16,9%
2003	1 216 638	1 011 472	83,1%	205 166	16,9%
2004	1 201 763	1 001 028	83,3%	200 735	16,7%
2005	1 213 798	1 016 739	83,8%	197 059	16,2%
2006	1 207 945	1 005 027	83,2%	202 918	16,8%
2007	1 240 923	1 005 514	81,0%	235 409	19,0%
2008	1 232 167	985 185	80,0%	246 982	20,0%
2009	1 205 841	964 865	80,0%	240 976	20,0%
2010	1 197 375	962 769	80,4%	234 606	19,6%
2011	1 177 431	936 754	79,6%	240 677	20,4%
2012	1 177 779	940 726	79,9%	237 053	20,1%
2013	1 162 377	934 952	80,4%	227 425	19,6%

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Figura 4.15 - Evolução do número de internamentos segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

O número total de internamentos realizados em meio hospitalar aumentou no período considerado, havendo contudo a registar uma tendência de diminuição entre os anos de 2003 e 2013. Relativamente aos hospitais oficiais, regista-se uma tendência de crescimento até ao ano 2003 seguida de uma diminuição progressiva até 2013. No que respeita aos hospitais privados, no mesmo período, verifica-se um crescimento do número de internamentos que passaram para além do dobro inicialmente existente.

Em termos da proporção da participação público-privado no total de internamentos, verifica-se que no ano 1986 os internamentos em hospitais oficiais representavam 86,6% do total e os hospitais privados apenas 13,4%. No entanto, neste período de 28 anos, assistiu-se a uma contínua diminuição da participação pública dos internamentos, com uma quebra de 37,4% perfazendo em 2013, 80,4% do total, enquanto nos hospitais privados se registou um acréscimo da sua participação no total dos internamentos em 111,9%, totalizando em 2013 19,6% sendo evidente redução significativa do número de internamentos nos hospitais oficiais e um grande aumento na participação privada.

O quadro seguinte apresenta a variação do número total de dias de internamento, entre 1986 e 2013 por natureza institucional:

Quadro 4.17 - Número de dias de internamentos nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

	Total	Hospital Oficial	Hospital Privado
1986	10 804 249	8 535 105	2 269 144
1987	10 713 715	8 696 309	2 017 406
1988	10 946 168	8 584 891	2 361 277
1989	10 841 615	8 854 881	1 986 734
1990	10 711 623	8 361 363	2 350 260
1991	10 646 767	8 304 214	2 342 553
1992	10 546 052	8 216 321	2 329 731
1993	10 627 825	8 368 545	2 259 280
1994	10 304 799	8 289 325	2 015 474
1995	10 513 306	8 303 059	2 210 247
1996	10 636 120	8 357 660	2 278 460
1997	10 507 250	8 192 330	2 314 920
1998	10 421 088	8 143 693	2 277 395
1999	10 474 383	8 115 897	2 358 486
2000	10 361 587	8 015 689	2 345 898
2001	10 252 206	7 879 658	2 372 548
2002	10 162 607	7 759 808	2 402 799
2003	10 145 096	7 773 679	2 371 417
2004	10 237 855	7 815 514	2 422 341
2005	10 329 374	7 872 006	2 457 368
2006	10 197 225	7 643 215	2 554 010
2007	10 187 670	7 600 137	2 587 533
2008	10 100 643	7 510 546	2 590 097
2009	10 123 895	7 533 026	2 590 869
2010	10 178 786	7 532 756	2 646 030
2011	10 231 666	7 517 169	2 714 497

	Total	Hospital Oficial	Hospital Privado
2012	10 236 786	7 540 854	2 695 932
2013	10 168 789	7 446 003	2 722 786

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

De 1986 a 2013, o número total do número de dias de internamento ocorridos nos hospitais do sistema nacional de saúde apresentou uma redução de 5,88% (de 10,80 para cerca de 10,17 milhões de dias de internamentos). Nos hospitais oficiais esta quebra foi mais acentuada (crescimento negativo em 12,76% (de 8,53 para 7,45 milhões de dias de internamentos) sendo positivo nos hospitais privados em 19,99% (de 2,27 para 2,72 milhões de dias de internamento). Para melhor compreender a importância deste indicador, realizou-se um cálculo¹⁰¹ de forma a obter um rácio entre o número de dias por internamentos e o número de internamentos realizados. Operacionalizaram-se os dados de forma a apurar o número de dias de internamento médio (demora média) por cada internamento nas unidades hospitalares de um modo global e de forma mais específica por entidade (oficiais, privados):

Quadro 4.18 - Demora média registada nos hospitais portugueses, entre 1986 e 2013

	Número total de dias de Internamento	Número total de Internamentos	Demora Média
1986	10 804 249	801 493	13,48
1987	10 713 715	822 436	13,03
1988	10 946 168	906 502	12,08
1989	10 841 615	988 992	10,96
1990	10 711 623	1 037 246	10,33
1991	10 646 767	1 026 537	10,37
1992	10 546 052	1 056 803	9,98
1993	10 627 825	1 094 712	9,71
1994	10 304 799	1 084 887	9,50
1995	10 513 306	1 092 674	9,62
1996	10 636 120	1 127 814	9,43
1997	10 507 250	1 143 514	9,19
1998	10 421 088	1 171 030	8,90
1999	10 474 383	1 087 058	9,64
2000	10 361 587	1 147 489	9,03
2001	10 252 206	1 176 592	8,71
2002	10 162 607	1 200 902	8,46
2003	10 145 096	1 216 638	8,34
2004	10 237 855	1 201 763	8,52
2005	10 329 374	1 213 798	8,51
2006	10 197 225	1 207 945	8,44
2007	10 187 670	1 240 923	8,21
2008	10 100 643	1 232 167	8,20
2009	10 123 895	1 205 841	8,40
2010	10 178 786	1 197 375	8,50
2011	10 231 666	1 177 431	8,69
2012	10 236 786	1 177 779	8,69
2013	10 168 789	1 162 377	8,75

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

¹⁰¹ Estabeleceu-se o quociente entre o número de dias de internamento e o número de internamentos registados.

Quadro 4.19 - Demora média registada nos hospitais oficiais, entre 1986 e 2013

	Número total de dias de Internamento	Número total de Internamentos	Demora Média
1986	8 535 105	694 159	12,30
1987	8 696 309	722 839	12,03
1988	8 584 891	800 166	10,73
1989	8 854 881	884 910	10,01
1990	8 361 363	914 938	9,14
1991	8 304 214	898 469	9,24
1992	8 216 321	925 861	8,87
1993	8 368 545	970 756	8,62
1994	8 289 325	962 658	8,61
1995	8 303 059	968 337	8,57
1996	8 357 660	993 499	8,41
1997	8 192 330	1 000 694	8,19
1998	8 143 693	1 025 137	7,94
1999	8 115 897	9371 37	8,66
2000	8 015 689	972 638	8,24
2001	7 879 658	985 028	8,00
2002	7 759 808	998 109	7,77
2003	7 773 679	1 011 472	7,69
2004	7 815 514	1 001 028	7,81
2005	7 872 006	1 016 739	7,74
2006	7 643 215	1 005 027	7,60
2007	7 600 137	1 005 514	7,56
2008	7 510 546	985 185	7,62
2009	7 533 026	964 865	7,81
2010	7 532 756	962 769	7,82
2011	7 517 169	936 754	8,02
2012	7 540 854	940 726	8,02
2013	7 446 003	934 952	7,96

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

Quadro 4.20 - Demora média registada nos hospitais privados, entre 1986 e 2013

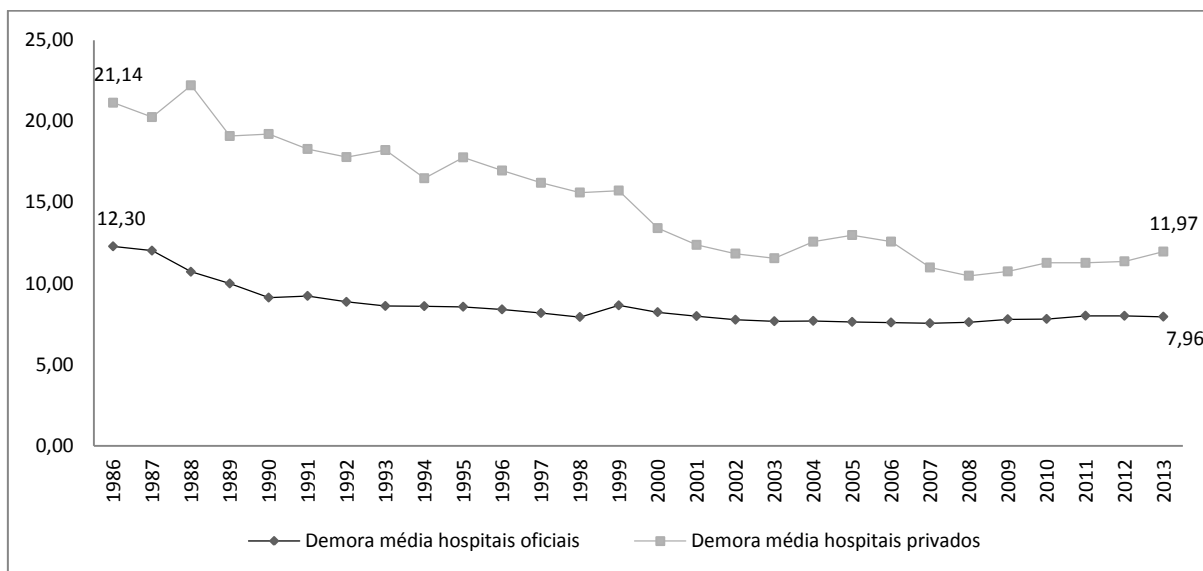
	Número total de dias de Internamento	Número total de Internamentos	Demora Média
1986	2 269 144	107 334	21,14
1987	2 017 406	99 597	20,26
1988	2 361 277	106 336	22,21
1989	1 986 734	104 082	19,09
1990	2 350 260	122 308	19,22
1991	2 342 553	128 068	18,29
1992	2 329 731	130 942	17,79
1993	2 259 280	123 956	18,23
1994	2 015 474	122 229	16,49
1995	2 210 247	124 337	17,78
1996	2 278 460	134 315	16,96
1997	2 314 920	142 820	16,21
1998	2 277 395	145 893	15,61
1999	2 358 486	149 921	15,73
2000	2 345 898	174 851	13,42
2001	2 372 548	191 564	12,39
2002	2 402 799	202 793	11,85
2003	2 371 417	205 166	11,56
2004	2 422 341	200 735	12,07
2005	2 457 368	197 059	12,47
2006	2 554 010	202 918	12,59
2007	2 587 533	235 409	10,99

	Número total de dias de Internamento	Número total de Internamentos	Demora Média
2008	2 590 097	246 982	10,49
2009	2 590 869	240 976	10,75
2010	2 646 030	234 606	11,28
2011	2 714 497	240 677	11,28
2012	2 695 932	237 053	11,37
2013	2 722 786	227 425	11,97

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

A figura seguinte apresenta a evolução da demora média nos hospitais por natureza (oficiais e privados):

Figura 4.16 - Evolução da demora média registada nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

A demora média global para o internamento hospitalar, no período em análise, apresentou uma redução de 13,48 para 8,75 dias. Ou seja, em 1986 cada internamento no sistema de saúde português tinha em média a duração de 13,48 dias enquanto, em 2013, esse valor diminuiu para 8,75 dias. Esta redução registou-se ao nível dos hospitais oficiais e privados. Os hospitais oficiais em 1986, apresentavam por cada internamento uma média de 12,30 dias e em 2013 esse valor caiu para 7,96 dias. No que diz respeito aos hospitais privados, esta variação foi significativa, tendo em 1986 apresentado uma média de 21,14 dias por cada internamento ao passo que em 2013 esse valor passou para os 11,97 dias.

4.5.4. Atendimento em Serviço de Urgência

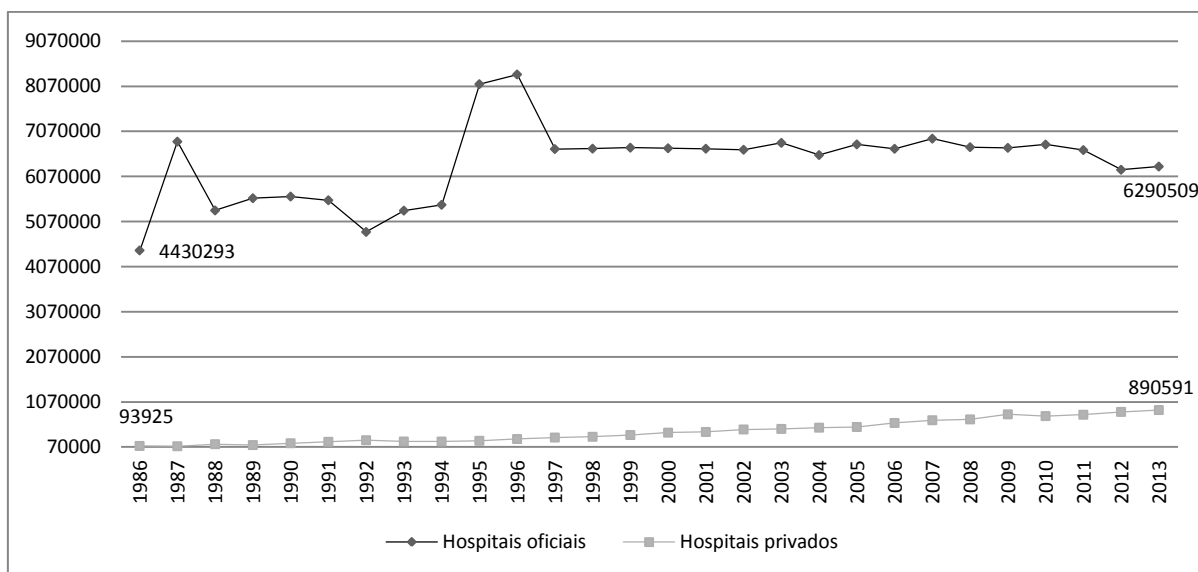
Nesta seção considera-se como episódio de urgência o realizado nos serviços de urgência dos hospitais oficiais e privados. Estes serviços são entendidos como unidades orgânicas destinadas ao tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite (DGS, 2001). O quadro 4.21 e a figura 4.17 apresenta a evolução do número de episódios de urgência registados no sistema de saúde português segundo a natureza institucional das unidades (diferenciando as instituições hospitalares oficiais das privadas):

Quadro 4.21 - Número de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

	Total	Hospitais Oficiais		Hospitais Privados	
1986	4 524 218	4 430 293	97,9%	93 925	2,1%
1987	6 930 564	6 842 745	98,7%	87 819	1,3%
1988	5 450 158	5 316 782	97,6%	133 376	2,4%
1989	5 702 048	5 587 761	98,0%	114 287	2,0%
1990	5 780 043	5 625 300	97,3%	154 743	2,7%
1991	5 729 139	5 542 971	96,8%	186 168	3,2%
1992	5 061 901	4 840 202	95,6%	221 699	4,4%
1993	5 504 982	5 312 580	96,5%	192 402	3,5%
1994	5 633 999	5 441 986	96,6%	192 013	3,4%
1995	8 326 582	8 117 809	97,5%	208 773	2,5%
1996	8 580 659	8 332 501	97,1%	248 158	2,9%
1997	6 958 502	6 677 409	96,0%	281 093	4,0%
1998	6 984 108	6 686 846	95,7%	297 262	4,3%
1999	7 045 752	6 708 598	95,2%	337 154	4,8%
2000	7 085 441	6 695 897	94,5%	389 544	5,5%
2001	7 090 434	6 685 680	94,3%	404 754	5,7%
2002	7 122 383	6 662 560	93,5%	459 823	6,5%
2003	7 287 533	6 815 337	93,5%	472 196	6,5%
2004	7 044 811	6 544 854	92,9%	499 957	7,1%
2005	7 296 036	6 780 995	92,9%	515 041	7,1%
2006	7 287 900	6 683 893	91,7%	604 007	8,3%
2007	7 573 861	6 908 912	91,2%	664 949	8,8%
2008	7 402 689	6 719 661	90,8%	683 028	9,2%
2009	7 500 819	6 705 016	89,4%	795 803	10,6%
2010	7 535 925	6 778 932	90,0%	756 993	10,0%
2011	7 442 279	6 655 580	89,4%	786 699	10,6%
2012	7 068 480	6 219 100	88,0%	849 380	12,0%
2013	7 181 100	6 290 509	87,6%	890 591	12,4%

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Figura 4.17 - Evolução do número de atendimentos urgentes segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Em Portugal, entre 1986 e 2013, o número de episódios de urgência ocorridos registou um aumento de 58,7% atendimentos. Nos hospitais oficiais, o número de atendimentos urgentes aumentou cerca de 42% (mais de 1,85 milhões) enquanto nos hospitais privados se verificou um forte crescimento passando de cerca de 94 mil episódios de urgência para cerca de 891 mil, o que corresponde a um aumento de 848,2%. Apesar da crescente evolução do número de episódios urgentes nos hospitais privados os hospitais oficiais mantiveram a preponderância na prestação deste tipo de assistência. A proporção da prestação privada neste tipo de episódios ascendia em 1986 a cerca de 2,1% enquanto em 2013, representou 12,4% mantendo uma contínua tendência de crescimento.

A análise diferenciada por causa do atendimento e por natureza institucional, nos dados de 2013, revelou diferenças significativas entre a realidade pública e privada.

O quadro 4.22 apresenta um conjunto dos fatores mais frequentes que estiveram na base do recurso aos serviços de urgência:

Quadro 4.22 - Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais segundo a natureza institucional e a causa do atendimento, no ano 2013

Causa do atendimento	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	7 181 100	100	6 290 509	100	890 591	100
Doença ¹⁰²	5 884 579	81,9	5 181 554	82,4	703 025	78,9

¹⁰² Estado do organismo em que existem alterações anatómicas ou perturbações funcionais que afastam das condições normais (DGS, 2001).

	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
Lesão por acidente ¹⁰³	811 674	11,3	673 007	10,7	138 667	15,6
Lesão autoprovocada intencionalmente ¹⁰⁴	4 040	0,1	4 039	0,1	1	0,0
Lesão por agressão ¹⁰⁵	35 076	0,5	34 828	0,6	248	0,0
Outras causas	445 731	6,2	397 081	6,3	48 650	5,5

Fonte: INE (2015b)

A maioria dos episódios de urgência registados em 2013, tanto nos hospitais oficiais como nos privados, foi devida a doença. No entanto, a diferenciação entre os dois tipos de instituições ocorre ao nível da lesão por acidente a qual, em termos percentuais, é mais elevada nos hospitais privados, o que poderá estar associado às relações de sistema de cobertura de seguro de acidentes pessoais, acidentes de trabalho ou de outro tipo de seguros voluntários privados.

4.5.5. Consultas

As consultas médicas hospitalares são atos de assistência prestados individualmente, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do estado de saúde sendo realizadas em estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica (DGS, 2001). O quadro 4.23 apresenta a evolução do número total de consultas realizadas em regime de ambulatório, nas consultas externas dos hospitais públicos e privados:

Quadro 4.23 - Consultas médicas nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013 (em milhares)

	Total	Hospital Oficial		Hospital Privado	
2002	9 818	8 195	83,5%	1 623	16,5%
2003	10 654	8 711	81,8%	1 943	18,2%
2004	11 335	9 238	81,5%	2 096	18,5%
2005	11 937	9 650	80,8%	2 287	19,2%
2006	12 587	9 995	79,4%	2 591	20,6%
2007	13 370	10 486	78,4%	2 883	21,6%
2008	15 573	10 997	70,6%	4 576	29,4%
2009	15 059	11 459	76,1%	3 599	23,9%
2010	15 763	11 780	74,7%	3 983	25,3%
2011	16 078	11 918	74,1%	4 160	25,9%
2012	16 586	11 991	72,3%	4 596	27,7%
2013	17 565	12 448	70,9%	5 116	29,1%

Fonte: INE (2014b, 2015b) - adaptação do autor

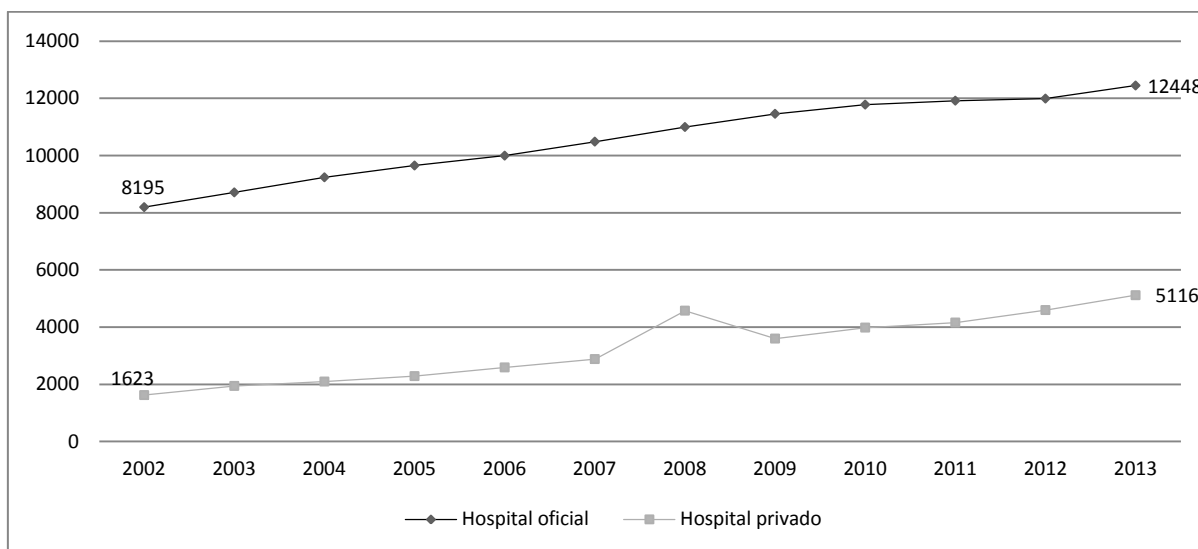
¹⁰³ Lesão que resulta de um acontecimento que se manifesta de forma súbita e inesperada (CSE, 2005).

¹⁰⁴ Lesão que resulta de ato de agressão de um indivíduo sobre si próprio, incluindo tentativa de suicídio (INE, 2012).

¹⁰⁵ Lesão que resulta de ato de agressão de terceiros sobre um indivíduo, incluindo tentativa de homicídio (INE, 2012).

Para uma melhor apreciação da tendência evolutiva do número de consultas nos hospitais do sistema de saúde, apresenta-se a figura 4.18:

Figura 4.18 - Evolução do número de consultas médicas nos hospitais portugueses, segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013 (em milhares)



Fonte: INE (2015b) - adaptação do autor

De uma forma geral, verificou-se um aumento do número total de consultas externas nos hospitais que integram o sistema de saúde, tendo sido registado um aumento progressivo do número de consultas desde 2002 (9,8 milhões) até 2013 (17,6 milhões). De acordo com estes números, o crescimento total foi de 78,9. Em termos de pormenor e de acordo com a natureza institucional das unidades, verificou-se que nos hospitais oficiais, no ano 2002, se realizaram cerca de 8,2 milhões de consultas e que este valor em 2013 subiu para os 12,5 milhões. Registou-se nestas unidades um crescimento global, entre 2002 e 2013, que ronda os 51,9%. No que diz respeito aos hospitais privados, os dados refletem igualmente um aumento do número de consultas no período considerado. No ano de 2002 foram efetuadas nestas unidades de saúde cerca de 1,6 milhões de consultas enquanto em 2013 se realizaram 5,1 milhões de consultas traduzindo um crescimento total nesta década de cerca de 215,2%.

Em termos relativos as consultas hospitalares, realizadas nos hospitais oficiais, dominam no período considerado apresentando contudo uma redução no contexto global do sistema de saúde. Em 2013 representavam cerca de 70,9% do total que compara com a evolução do setor privado de 16,5% em 2002 para 29,1% em 2013.

4.5.6. Atividade Cirúrgica

Tendo em vista a análise deste tipo de atividade assistencial foi tida em consideração, na colheita de dados, a definição de média e de grande cirurgia. Neste sentido, por média cirurgia foram entendidas as intervenções cirúrgicas com valor do índice de ponderação¹⁰⁶ inferior a 110 e igual ou superior a 50, conforme a tabela da Ordem dos Médicos enquanto para a grande cirurgia o valor do índice considerado foi igual ou superior a 110 (DGS, 2001). O quadro 4.24 apresenta o número de grandes e médias cirurgias realizadas nos hospitais portugueses nos anos 2002 a 2013:

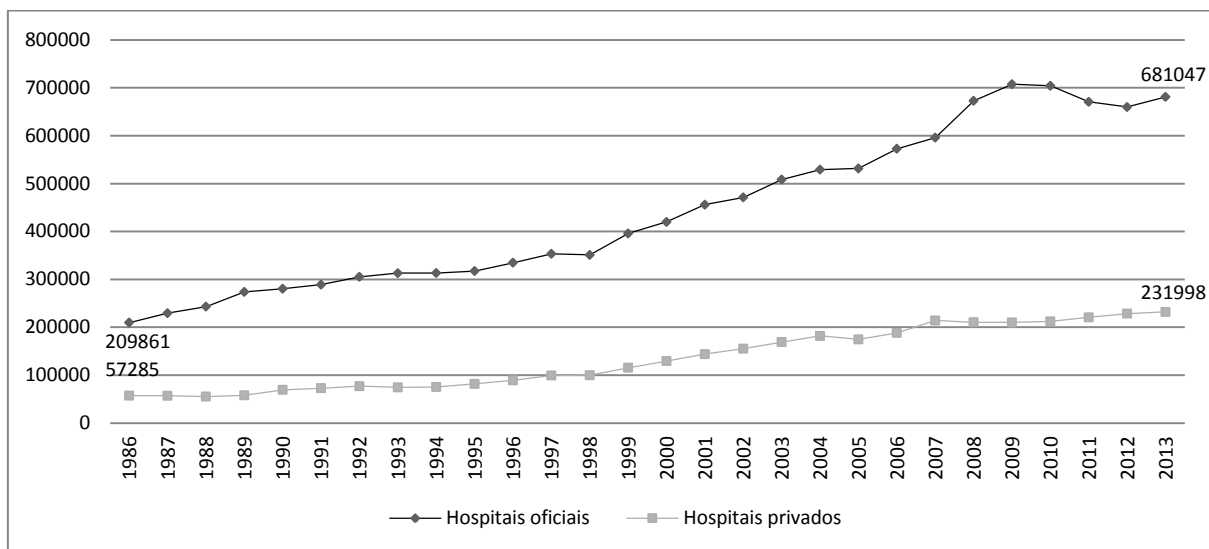
Quadro 4.24 - Grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

	Total	Hospitais Oficiais		Hospitais Privados	
1986	267 146	209 861	78,6%	57 285	21,4%
1987	286 406	229 382	80,1%	57 024	19,9%
1988	298 434	243 133	81,5%	55 301	18,5%
1989	331 848	273 849	82,5%	57 999	17,5%
1990	349 818	280 376	80,1%	69 442	19,9%
1991	361 881	288 981	79,9%	72 900	20,1%
1992	382 340	305 362	79,9%	76 978	20,1%
1993	387 442	312 958	80,8%	74 484	19,2%
1994	388 635	313 252	80,6%	75 383	19,4%
1995	399 150	317 374	79,5%	81 776	20,5%
1996	424 000	334 878	79,0%	89 122	21,0%
1997	452 729	353 355	78,1%	99 374	21,9%
1998	450 958	351 018	77,8%	99 940	22,2%
1999	511 420	395 785	77,4%	115 635	22,6%
2000	549 492	419 854	76,4%	129 638	23,6%
2001	599 776	455 897	76,0%	143 879	24,0%
2002	626 560	471 244	75,2%	155 316	24,8%
2003	677 516	508 361	75,0%	169 155	25,0%
2004	710 968	529 084	74,4%	181 884	25,6%
2005	706 229	531 525	75,3%	174 704	24,7%
2006	761 064	572 786	75,3%	188 278	24,7%
2007	809 955	595 910	73,6%	214 045	26,4%
2008	883 324	672 778	76,2%	210 546	23,8%
2009	917 463	707 435	77,1%	210 028	22,9%
2010	916 470	704 212	76,8%	212 258	23,2%
2011	891 268	670 621	75,2%	220 647	24,8%
2012	888 362	659 762	74,3%	228 600	25,7%
2013	913 045	681 047	74,6%	231 998	25,4%

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

¹⁰⁶ É relativo ao custo do ato médico, constante da tabela de códigos de nomenclatura e valor relativo dos atos médicos, definida pela Ordem dos Médicos (DGS, 2001).

Figura 4.19 - Proporção do número de grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 2002 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Entre os anos de 1986 e de 2013 verificou-se um crescimento significativo no número de médias e grandes intervenções cirúrgicas. No início do período eram realizadas no sistema de saúde cerca de 267 mil grandes e médias cirurgias sendo que em 2013 este valor subiu para 913 mil correspondendo a um crescimento global de 241,8%.

Os hospitais oficiais tiveram influência nesta evolução, apresentando um crescimento, entre 1986 e 2013, de 471,6 mil intervenções correspondendo a um aumento de 224,5% relativamente ao período inicial considerado. Este aumento foi constante até 2010 e correspondeu a um crescimento de 49,4%. Por sua vez, os hospitais privados, no período considerado, mantiveram um crescimento constante realizando no final de 2013 mais 174,7 mil intervenções equivalendo a um crescimento global de 304,9%.

Apesar da acentuada evolução do número de cirurgias nos hospitais privados, os hospitais oficiais lideraram a prestação deste tipo de intervenções no sistema de saúde. Em 1986 os hospitais oficiais apresentavam 78,6% do total de médias e grandes cirurgias enquanto os hospitais privados registavam 21,4%. Em 2013 não se registaram grandes oscilações neste tipo de prestação apresentando as unidades públicas uma proporção de 78,6% e as privadas de 25,4%.

A análise do número de grandes e médias cirurgias, sob o ponto de vista do tipo de cirurgia (programada ou urgente) e por natureza institucional (oficial ou privado) em dados de 2013, regista diferenças significativas entre a realidade pública e a privada.

Quadro 4.25 - Grandes e médias cirurgias efetuadas nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de cirurgia, em 2013

Tipo de cirurgia	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	913 045	100	681 047	100	231 998	100
Intervenções urgentes	114 246	12,5	108 113	15,9	6 133	2,6
Intervenções programadas - Total	798 799	87,5	572 934	84,1	225 865	97,4
Intervenções programadas - Convencionais	423 502		259 971		163 531	
Intervenções programadas - Ambulatórias	375 297		312 963		62 334	

Fonte: INE (2015b).

No ano de 2013, em termos proporcionais, por cada 100 cirurgias realizadas nos hospitais oficiais cerca de 15,9 foram intervenções consideradas urgentes e 84,1 programadas. Nos hospitais privados o predomínio das cirurgias programadas manteve-se e com uma maior relevância, cerca de 97,4% do total, em detrimento das cirurgias de urgência que não ultrapassaram os 2,6%.

4.5.7. Meios Complementares de Diagnóstico

Por meios complementares de diagnóstico entendem-se os exames ou testes que fornecem parâmetros e informação necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (DGS, 2001). Estão incluídos neste âmbito a patologia clínica, a imunohemoterapia, a anatomia patológica, a imagiologia, a endoscopia, a medicina nuclear, entre outras. O quadro 4.26 apresenta a análise do número de atos realizados nos hospitais portugueses e a figura 4.20 a evolução nos hospitais oficiais e privados, de 1986 a 2013:

Quadro 4.26 - Número de atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais, segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

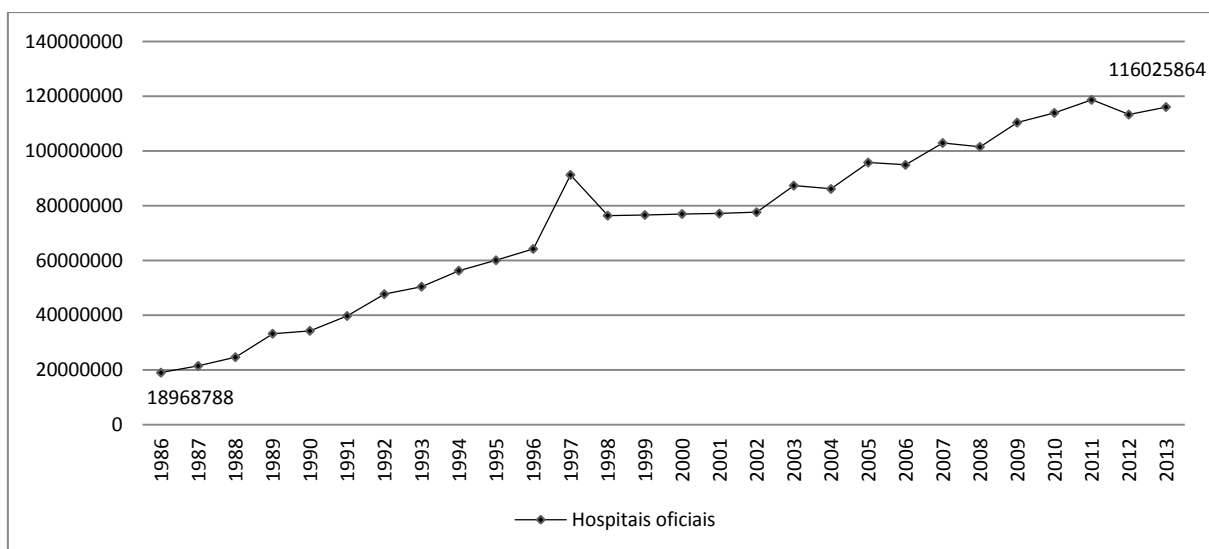
	Total	Hospitais Oficiais		Hospitais Privados	
1986	19 527 244	18 968 788	97,14%	558 456	2,86%
1987	22 386 483	21 469 197	95,90%	917 286	4,10%
1988	25 713 314	24 635 571	95,81%	1077 743	4,19%
1989	34 303 036	33 220 179	96,84%	1 082 857	3,16%
1990	35 582 060	34 260 487	96,29%	1 321 573	3,71%
1991	41 094 630	39 689 098	96,58%	1 405 532	3,42%
1992	49 226 520	47 672 364	96,84%	1 554 156	3,16%
1993	52 006 768	50 400 887	96,91%	1 605 881	3,09%
1994	58 071 014	56 247 710	96,86%	1 823 304	3,14%
1995	62 196 778	60 034 197	96,52%	2 162 581	3,48%
1996	68 173 692	64 193 108	94,16%	3 980 584	5,84%
1997	94 004 279	91 231 664	97,05%	2 772 615	2,95%
1998	79 173 983	76 357 846	96,44%	2 816 137	3,56%
1999	79 475 481	76 589 784	96,37%	2 885 697	3,63%
2000	79 883 297	76 954 842	96,33%	2 928 455	3,67%
2001	80 056 541	77 101 854	96,31%	2 954 687	3,69%
2002	80 605 899	77 604 278	96,28%	3 001 621	3,72%
2003	91 513 164	87 334 153	95,43%	4 179 011	4,57%

	Total	Hospitais Oficiais		Hospitais Privados	
2004	90 699 507	86 100 031	94,93%	4 599 476	5,07%
2005	100 474 351	95 757 339	95,31%	4 717 012	4,69%
2006	100 123 222	94 897 863	94,78%	5 225 359	5,22%
2007	109 355 790	102 899 356	94,10%	6 456 434	5,90%
2008	108 998 076	101 488 441	93,11%	7 509 635	6,89%
2009	118 177 007	110 351 171	93,38%	7 825 836	6,62%
2010	122 527 863	113 899 701	92,96%	8 628 162	7,04%
2011	128 284 691	118 634 967	92,48%	9 649 724	7,52%
2012	122 915 158	113 276 758	92,16%	9 638 400	7,84%
2013	127 782 642	116 025 864	90,80%	11 756 778	9,20%

Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

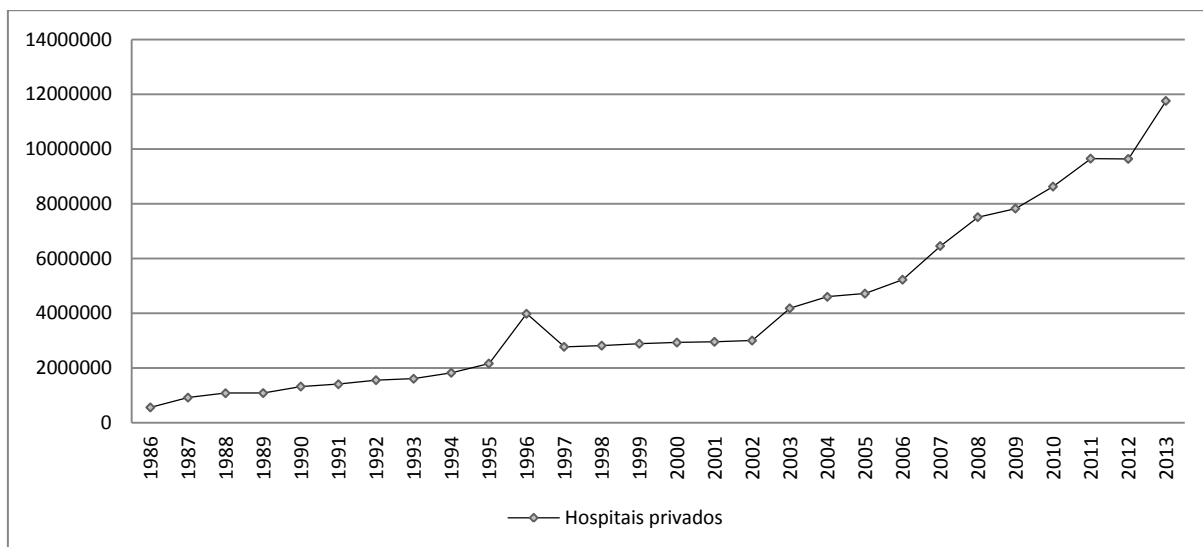
Ao longo das últimas décadas o número de atos complementares de diagnóstico aumentou de forma muito significativa. Em 1986, foram realizados cerca de 19,5 milhões de exames enquanto em 2013 se realizaram 127,8 milhões. Para avaliar a evolução dos atos de diagnóstico, por entidade prestadora, procedeu-se à representação gráfica da tendência evolutiva dos atos realizados. Por uma questão de ordem e classes numéricas foram construídas figuras diferentes para o setor público e privado:

Figura 4.20 - Evolução dos atos complementares de diagnósticos realizados nos hospitais oficiais entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001,2014b, 2015b) - adaptação do autor

Figura 4.21 - Evolução dos atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais privados, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

O crescimento global dos exames de diagnóstico foi devido em grande parte à componente pública (hospitais oficiais) que no período em análise passou de pouco mais de 18,6 milhões de exames em 1986 para cerca de 116 milhões em 2013. A realização de meios complementares de diagnóstico nos hospitais privados registou um nível muito baixo em 1986 com apenas 588 mil do total e em 2013 cerca de 11,7 milhões.

A participação dos hospitais públicos na realização de exames e atos de diagnóstico foi dominante no período em análise, embora esta relação tenha vindo a ser alterada nos últimos anos, principalmente a partir do ano 2000. Em 2013, os hospitais privados realizam 9,2% do total de exames (Quadro 4.27):

Quadro 4.27 - Atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de ato, no ano 2013

Tipo de ato	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	127 782 642	100	116 025 864	100	11 756 778	100
Patologia clínica	100 948 347	79,0	93 171 677	80,3	7 776 670	66,1
Imunohemoterapia	4 239 390	3,3	4 194 668	3,6	44 722	0,4
Anatomia patológica	1 396 021	1,1	1 138 672	1,0	257 349	2,2
Imagiologia	10 951 825	8,6	8 194 232	7,1	2 757 593	23,5
Endoscopia	646 246	0,5	377 376	0,3	268 870	2,3
Medicina nuclear	113 643	0,1	105 888	0,1	7 755	0,1
Psicologia	272 090	0,2	261 958	0,2	10 132	0,1
Outros atos	9 215 080	7,2	8 581 393	7,4	633 687	5,4

Fonte: INE (2015b)

Em termos gerais, a patologia clínica, a imagiologia e a imunohemoterapia representam as especialidades médicas com maior número de atos realizados. O setor privado diferencia-se pela realização, em termos relativos, de atos e procedimentos na anatomia patológica e na endoscopia digestiva.

4.5.8. Meios Complementares de Terapêutica

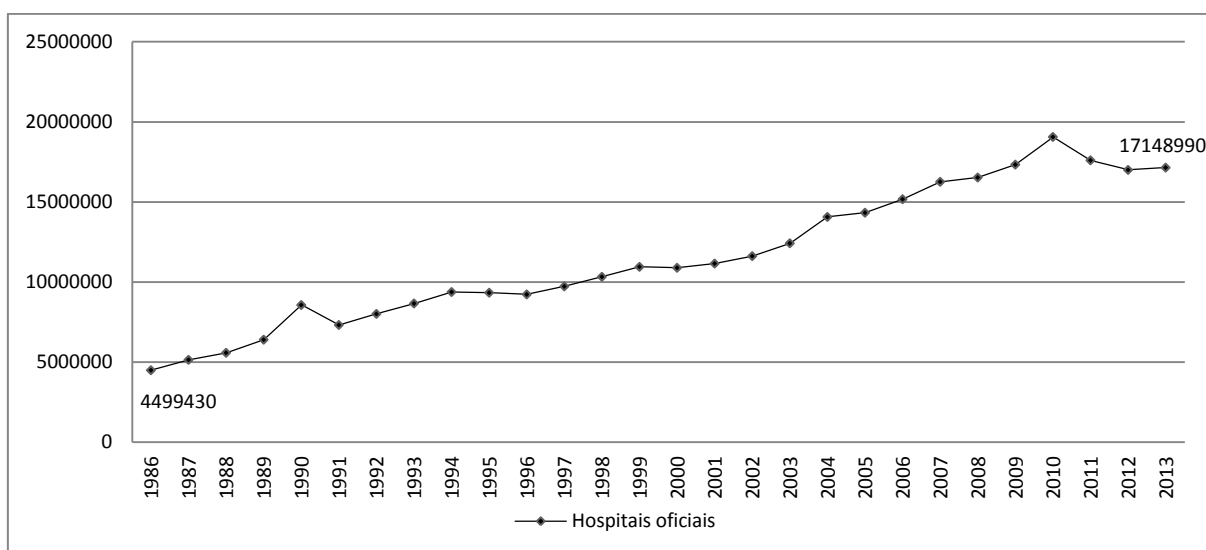
Os atos complementares de terapêutica consistem na prestação de cuidados curativos e de reabilitação após o diagnóstico clínico e a prescrição terapêutica (DGS, 2001). Estão incluídos no âmbito destes atos atividades como a imunohemoterapia, a fisioterapia, a litotricia, a medicina nuclear, a radioterapia, a laserterapia, a psicoterapia, entre outras. O quadro 4.28 apresenta a análise do número de atos realizados nos hospitais portugueses de 1986 a 2013 e as figuras 4.22 e 4.23 apresentam a evolução do número de atos realizados nos hospitais oficiais e privados, respetivamente:

Quadro 4.28 - Número de atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais segundo a natureza institucional, entre 1986 e 2013

	Total	Hospitais Oficiais		Hospitais Privados	
1986	4 967 156	4 499 430	90,6%	467 726	9,4%
1987	5 807 181	5 148 793	88,7%	658 388	11,3%
1988	6 761 853	5 587 924	82,6%	1 173 929	17,4%
1989	7 488 120	6 407 348	85,6%	1 080 772	14,4%
1990	10 269 978	8 572 138	83,5%	1 697 840	16,5%
1991	9 101 106	7 324 169	80,5%	1 776 937	19,5%
1992	9 876 288	8 015 275	81,2%	1 861 013	18,8%
1993	10 250 598	8 668 436	84,6%	1 582 162	15,4%
1994	11 122 211	9 382 893	84,4%	1 739 318	15,6%
1995	11 063 328	9 339 444	84,4%	1 723 884	15,6%
1996	11 139 823	9 232 942	82,9%	1 906 881	17,1%
1997	11 853 573	9 734 519	82,1%	2 119 054	17,9%
1998	12 404 170	10 332 850	83,3%	2 071 320	16,7%
1999	13 228 136	10 953 568	82,8%	2 274 568	17,2%
2000	13 315 552	10 895 687	81,8%	2 419 865	18,2%
2001	13 748 432	11 158 745	81,2%	2 589 687	18,8%
2002	14 382 322	11 622 357	80,8%	2 759 965	19,2%
2003	15 146 177	12 426 168	82,0%	2 720 009	18,0%
2004	17 124 867	14 068 646	82,2%	3 056 221	17,8%
2005	17 332 657	14 334 882	82,7%	2 997 775	17,3%
2006	18 597 151	15 177 746	81,6%	3 419 405	18,4%
2007	20 295 440	16 260 907	80,1%	4 034 533	19,9%
2008	20 877 029	16 531 120	79,2%	4 345 909	20,8%
2009	21 554 387	17 336 675	80,4%	4 217 712	19,6%
2010	23 601 379	19 063 442	80,8%	4 537 937	19,2%
2011	22 204 107	17 604 395	79,3%	4 599 712	20,7%
2012	23 111 249	17 006 098	73,6%	6 105 151	26,4%
2013	22 637 164	17 148 990	75,8%	5 488 174	24,2%

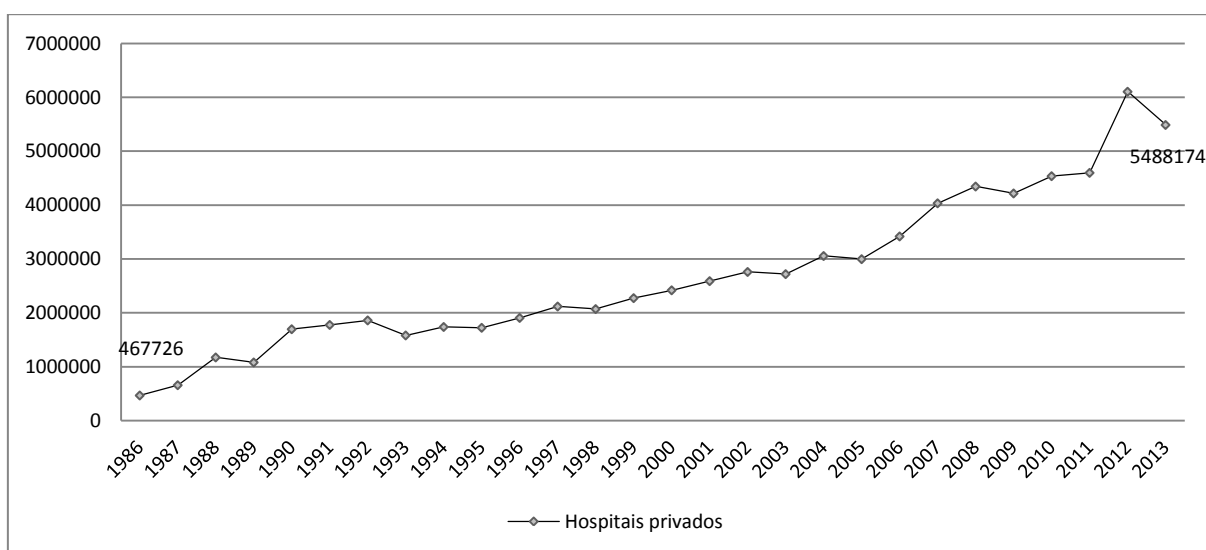
Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) -- adaptação do autor

Figura 4.22 - Evolução dos atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais oficiais, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

Figura 4.23 - Evolução dos atos complementares de terapêutica realizados nos hospitais privados entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2014b, 2015b) - adaptação do autor

No período em análise, o número de atos complementares de terapêutica cresceu cerca de 355,7%. Em 1986, o número total de atos de terapêutica realizados foi de cerca de 4,9 milhões e em 2013 representou 17,1 milhões. A realização deste tipo de atividade nos hospitais oficiais esteve na base do aumento registado no conjunto sistema de saúde sendo o crescimento de 12,6 milhões (281,1%).

Nos hospitais privados, no período considerado, verificou-se igual tendência de crescimento tendo sido realizados em 1986 cerca 467 mil atos e em 2013 aproximadamente 5,5 milhões (crescimento de 1073,3%). Com este aumento, a proporção da prestação privada, neste tipo de atividade, passou a ter

uma maior relevância no sistema de saúde, representando, em 2013, 24,2% do total dos atos de realizados. De acordo com os dados disponíveis são apresentados os dados diferenciados pelo tipo de atividades e pela natureza institucional, em termos relativos e em termos percentuais (Quadro 4.29):

Quadro 4.29 - Meios complementares de terapêutica realizados nos hospitais segundo a natureza institucional e o tipo de ato, no ano 2013

Tipo	Total		Hospital Oficial		Hospital Privado	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	22 637 164	100	17 148 990	100	5 488 174	100
Imunohemoterapia	527 040	2,3	469 288	2,7	57 752	1,1
Fisioterapia	15 465 977	68,3	10 461 370	61,0	5 004 607	91,2
Litotricia	5 232	0,0	3 819	0,0	1 413	0,0
Medicina Nuclear	1 396	0,0	1 347	0,0	49	0,0
Radioterapia	467 344	2,1	445 647	2,6	21 697	0,4
Laserterapia	74 143	0,3	46 149	0,3	27 994	0,5
Sessões de Psicoterapia	326 109	1,4	324 387	1,9	1 722	0,0
Outros Atos	5 769 923	25,5	5 396 983	31,5	372 940	6,8

Fonte: INE (2015b)

Em 2013, as atividades de fisioterapia, imunohemoterapia, radioterapia e sessões de psicoterapia, representaram os atos principais realizados apresentando o maior significado no total de atividades de atos de terapêutica praticados nos hospitais portugueses. Os hospitais oficiais apresentam-se como dominantes no número de atos realizados enquanto os hospitais privados apresentam uma maior incidência de atos complementares de terapêutica de fisioterapia, imunohemoterapia, radioterapia e laserterapia em detrimento das sessões de psicoterapia.

4.6. Principais atores que intervêm no Sistema de Saúde

O setor da saúde envolve vários atores, cuja intervenção é determinante na relação entre os diferentes sectores, desde o processo legislativo ao financiamento, à gestão das instituições, à prestação de cuidados de saúde e à regulação.

4.6.1. Definição de Políticas

As políticas de saúde são definidas na esfera de ação dos governos tendo em consideração as linhas de orientação dos respetivos programas e de acordo com as necessidades do país. O governo, através dos Ministérios da Saúde, da Economia e das Finanças, detém o poder executivo e a iniciativa legislativa e regulamentar ao nível da publicação de diferentes instrumentos legais (despachos portarias, decretos-lei), podendo ainda suscitar a apresentação de projetos de lei para análise e eventual aprovação pela Assembleia da República.

4.6.2. Tutela Política e Administrativa da Saúde

A tutela do sistema de saúde cabe ao Ministério da Saúde através da Administração Central do Sistema de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde detendo cada um destes organismos funções específicas:

- O Ministério da Saúde tem como missão a definição, orientação e avaliação da política nacional de saúde por forma a garantir a gestão adequada e sustentável dos recursos (Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, retificado pela Declaração n.º 12/2012, de 27 de fevereiro);
- A Administração Central do Sistema de Saúde tem por missão a administração dos recursos humanos e financeiros do SNS, das suas instalações e equipamentos. Esta entidade ainda tem como finalidades a definição e implementação das políticas, a normalização, regulamentação e planeamento em saúde nas áreas da sua intervenção em articulação com as ARS (Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro);
- As Administrações Regionais de Saúde (ARS) distribuem-se por cinco regiões do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Cada uma, na sua respetiva área de jurisdição tem por objetivo garantir à população os recursos disponíveis perante as necessidades, cumprindo e fazendo cumprir as políticas e os programas de saúde (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro).

4.6.3. Financiamento

O Estado é o principal financiador público de forma direta, através do orçamento geral do Estado, e de forma indireta através dos subsistemas públicos (ADSE, ADM, SAD/GNR, SAD/PSP, SSAP). Ao nível dos financiadores privados destacam-se os seguros voluntários privados de saúde, os subsistemas privados (SSINCM, PT-ACS + IOS-CTT, SÃVIDA EDP, UCS TAP, SAMS Norte, Centro, Sul e Ilhas, SAMS Quadros e SSCGD), os cidadãos e as famílias,

4.6.4. Prestação de Cuidados de Saúde

A prestação de cuidados de saúde é realizada por um conjunto diferenciado de prestadores públicos e privados:

- Prestadores públicos (centros de saúde, agrupamentos complementares de centros de saúde, unidades de saúde familiar, hospitais gerais e especializados, unidades de cuidados continuados integrados);
- Prestadores privados (setor privado empresarial, setor convencionado: hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e terapêutica, cuidados continuados integrados e farmácias);
- Prestadores sociais (Misericórdias e outras instituições de solidariedade social (IPSS), hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e terapêutica, cuidados continuados integrados).

4.6.5. Principais Atores do Sistema de Saúde

Os principais atores do sistema de saúde, no domínio do fornecimento e da prestação de serviços, são: a indústria farmacêutica, a indústria de dispositivos biomédicos, os fornecedores de equipamentos médicos e outros prestadores de serviços (lavandaria, catering e serviços, recolha e tratamento de resíduos, entre outros).

4.6.6. Regulação

As reformas operadas no sistema de saúde público (empresarialização, privatização e acordos) e o desenvolvimento da iniciativa privada assumiram uma grande importância na regulação do setor a qual se tornou indispensável de modo a garantir a equidade no acesso e a qualidade na prestação de cuidados. As entidades com função de regulação, acompanhamento e fiscalização, do sistema de saúde, são a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que apresentam distintas atribuições:

A Direcção-Geral da Saúde é um serviço central do Ministério da Saúde integrado na administração direta do Estado dotado de autonomia administrativa:

- Regulamenta, orienta e coordena as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Define as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde;
- Planeia e programa a política nacional para a qualidade no sistema de saúde;
- Assegura a construção e execução do Plano Nacional de Saúde e ainda coordena as relações internacionais do Ministério da Saúde (artigo 1º e 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro)¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Algumas destas funções foram integradas na DGS no ano de 2011 por fusão com o então extinto Alto Comissariado da Saúde (ACS) (Lei Orgânica do Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio que regula a atividade supervisionando o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que diz respeito à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e de outros direitos dos utentes, bem como à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes (artigo 3º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

Para além destas entidades reguladoras, de carácter abrangente, existem ainda outras agências com atuação em áreas específicas como a autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – INFARMED o qual se encontra integrado na administração indireta do Estado tendo poderes de regulação e de supervisão dos medicamentos de uso humano e produtos de saúde, de acordo com os padrões de proteção da saúde pública, de forma a garantir o acesso dos profissionais da saúde e dos cidadãos a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros. (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

4.6.7. Parceiros Sociais

O sistema de saúde interage com um conjunto muito alargado de atores e parceiros sociais com influência permanente no seu desempenho. De uma forma geral, estas entidades agem na defesa de interesses profissionais, corporativos, sociais, cívicos ou empresariais.

- Sindicatos, Ordens e outras organizações profissionais;
- Associações de utentes;
- Associações empresariais;
- Comunicação social.

Em síntese, apresenta-se no quadro seguinte de forma resumida os principais atores no setor da saúde:

Quadro 4.30 - Principais atores no setor da saúde

Definição de Políticas	Assembleia da República. Governo. Ministério da Saúde. Ministério das Finanças. Ministério da Economia.
Tutela política e administrativa da Saúde	Ministério da Saúde (Administrações Regionais de Saúde, ARS) Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).
Financiamento	Públicos (ACSS e Subsistemas). Privados (Subsistemas, Seguros, Cidadãos e Famílias).

Prestação de Cuidados de Saúde	Prestadores públicos (centros de saúde, agrupamentos complementares de centros de saúde, unidades de saúde familiar, hospitais gerais e especializados, unidades de cuidados continuados integrados); Prestadores privados (setor privado empresarial, setor convencionado: hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e terapêutica, cuidados continuados integrados e farmácias); Prestadores sociais (Misericórdias e outras instituições de solidariedade social (IPSS), hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e terapêutica, cuidados continuados integrados).
Fornecedores	Indústria farmacêutica, a indústria de dispositivos biomédicos, os fornecedores de equipamentos médicos e outros prestadores de serviços (lavandaria, catering e serviços, recolha e tratamento de resíduos, entre outros).
Regulação	Direção Geral de Saúde (DGS). Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Inspeção-Geral de Atividades em Saúde (IGAS). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (ANMP).
Parceiros Sociais	Sindicatos, Ordens Profissionais e outras organizações profissionais. Associações de Doentes e de Consumidores. Associações Empresariais. Comunicação Social.

Fonte: Elaboração própria

4.7. Formas de relação entre Prestadores e Financiadores, na combinação Público-Privado, em Portugal

O recurso ao setor privado, por parte do Estado, deverá garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em condições de eficiência e de efetividade que salvaguardem com absoluta transparência o interesse público. A relação entre o Estado e o setor privado justifica-se sempre que a rede pública de cuidados de saúde não consegue assegurar, em tempo útil ou com meios tecnológicos suficientes, as necessidades de saúde de uma determinada comunidade ou grupo de cidadãos.

O recurso à parceria com o setor privado poderá também ser justificado pelos ganhos potenciais de eficiência económica decorrentes da gestão mais adequada dos recursos em função das capacidades disponíveis no setor privado. Por sua vez, o setor privado obtém, neste tipo de parceria, acesso a novos utentes possibilitando, desse modo, o seu crescimento e desenvolvimento ao nível da oferta de cuidados de saúde apostando na complementaridade com o sistema público.

O quadro 4.31 apresenta as possíveis formas de relação entre financiadores e prestadores públicos e privados no contexto do sistema de saúde português:

Quadro 4.31 - A combinação público-privado em saúde em Portugal

Forma de Relação	Intervenientes
Financiamento Público	Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, SNS (OGE), ADSE, Outros Subsistemas Públicos
Financiamento Privado	Subsistemas de Saúde Privados, Seguros Voluntários, Setor Social, Associações Mutualistas, Cidadãos e Famílias
Financiamento Público + Prestação Pública	SNS (Rede Prestadora de Cuidados), Unidades de Saúde das Forças Armadas
Financiamento Público + Prestação Privada	Setor Convencionado, Parcerias Público-Privadas, Contratos de Gestão

Financiamento Privado + Prestação Privada	Subsistemas de Saúde Privados, Associações Mutualistas
Prestação Privada	Setor Social, Setor Empresarial Privado, Prestadores Individuais

Fonte: Elaboração própria

5. Evolução internacional comparada: Portugal, Espanha, França, Holanda e Reino Unido

Os modelos de financiamento, organização e prestação de cuidados, nos diferentes países que integram a OCDE, apresentam como ponto de partida paradigmas fundacionais semelhantes, repartindo-se entre os clássicos sistemas de base fiscal (*Beveridge*) ou de natureza social e corporativa (*Bismarck*). Deve ser, no entanto, referido o facto de, nas últimas décadas, a maior parte dos sistemas ter incorporado uma natureza mista.

É importante sublinhar que, nos últimos trinta anos, foram muito significativas as mudanças detetadas na evolução de cada um dos países. Estas modificações resultaram, em grande medida, de modificações do contexto político, económico e social, bem como dos sucessivos ciclos de crise orçamental e de restrição financeira ocorridos ao longo das três últimas décadas (Saltman, Durán & Dubois, 2011).

Nos últimos 30 anos, o desenvolvimento dos sistemas de saúde caracterizou-se por uma partilha de responsabilidades entre o Estado e os agentes públicos, privados e sociais, tanto no domínio do financiamento como no domínio da prestação de cuidados, particularmente acentuada nas áreas de maior diferenciação clínica e tecnológica e com maior impacto nos encargos financeiros dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, foi-se acentuando um reforço das responsabilidades do Estado nas tarefas de regulação e de supervisão do setor da saúde (Barros & Gomes, 2002; Healy & McKee, 2002).

Neste capítulo, tendo em vista a valorização do estudo, procedeu-se a uma revisão sistemática dos sistemas de saúde de quatro países europeus de referência no que diz respeito aos modelos conceituais dominantes: Espanha, França, Holanda e Reino Unido analisando a respetiva evolução em termos de acesso, financiamento e resultados comparativamente a Portugal.

5.1. O sistema de saúde Espanhol

O sistema de saúde em Espanha encontra-se enquadrado pelo artigo 43º da Constituição, que consagrou o direito à proteção de saúde para todos os cidadãos (Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Nos últimos trinta anos, o sistema caracterizou-se por um reduzido nível de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, no que se refere à repartição entre os cidadãos nas diferentes condições de assalariados, trabalhadores abrangidos por regimes de comparticipação para a segurança social ou os grupos sociais de mais elevado estrato social e económico que recorrem habitualmente ao setor privado (Armesto, Taira, Duran, Quevedo, & Delgado, 2010; Boslaugh, 2013).

Em 2012, após várias revisões à primeira redação constitucional foram redefinidos pelo Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad os princípios fundamentais que enquadram o direito à saúde (Quadro 5.1):

Quadro 5.1 - Princípios fundamentais que enquadram o direito à proteção da saúde em Espanha

-
- Financiamento público.
 - Cobertura universal de cuidados de saúde para todos os serviços sem tempo limite de utilização.
 - Direitos e deveres definidos por lei para os cidadãos e autoridades públicas.
 - Prestação abrangente de cuidados de saúde.
 - Níveis elevados de qualidade devidamente avaliados e controlados.
 - Integração central das diferentes estruturas públicas e serviços de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.
 - Política de cuidados de saúde descentralizada (transferida para as comunidades autónomas de acordo com as respetivas necessidades).
-

Fonte: Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012)

Na prática, a cobertura universal do sistema nacional de saúde em Espanha, para todos os cidadãos, resulta da articulação entre os serviços de saúde da administração pública central e as 17 comunidades autónomas as quais dispõem de responsabilidades desconcentradas no âmbito da proteção na saúde e na conseqüente atribuição de benefícios (Armesto, *et al.*, 2010). O quadro seguinte apresenta as principais funções das autoridades públicas no sistema de saúde espanhol:

Quadro 5.2 - Responsabilidade dos organismos públicos na organização do sistema de saúde em Espanha

Governo Central	<ul style="list-style-type: none"> – Coordenação do Sistema Nacional de Saúde. – Definição dos princípios básicos universais (estabelecimento de normas que determinam a igualdade de condições nos serviços públicos de saúde nas várias regiões). – Coordenação das relações internacionais para os assuntos de saúde (controlo de possíveis riscos para a saúde decorrentes da importação, exportação ou do trânsito internacional de pessoas). – Definição da política do medicamento. – Gestão do Instituto Nacional de Gestão da Saúde (INGESA).
Comunidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none"> – Planeamento da saúde. – Coordenação das atividades de saúde pública. – Gestão dos serviços de saúde.

Fonte: Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012)

No cumprimento dos desígnios constitucionais o SNS Espanhol consagrou os seguintes princípios:

- A equidade no acesso e o direito à proteção da saúde sob as mesmas condições de igualdade e eficácia para todo o país;
- A qualidade através dos resultados dos atos clínicos na saúde da população;

- A participação ativa dos cidadãos no que respeita às suas decisões individuais e às suas considerações e expectativas enquanto utentes do sistema de saúde (Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

A legislação considera como beneficiários do SNS Espanhol:

- Os trabalhadores assalariados ou não, desde que registados na segurança social;
- Os contribuintes ativos;
- Os pensionistas;
- Os cidadãos que usufruam de rendimentos ou de prestações da segurança social;
- Os desempregados;
- Ser cidadão espanhol;
- Ser cidadão europeu, do espaço económico europeu ou cidadão suíço residente em Espanha;
- Qualquer cidadão estrangeiro autorizado a residir em território espanhol (Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

O sistema nacional de saúde Espanhol encontra-se organizado em dois níveis: os cuidados de saúde primários¹⁰⁸ e os cuidados de saúde especializados¹⁰⁹. De modo a caracterizar o modelo de organização dos cuidados de saúde no sistema de saúde espanhol, construiu-se um quadro que apresenta as principais atividades desenvolvidas, a forma de acesso e as estruturas de prestação (Álvarez & Durán, 2011; Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012):

Quadro 5.3 - Modelo de organização dos cuidados de saúde públicos no sistema de saúde em Espanha

	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados de Saúde Especializados
Principais Características	Grande acessibilidade.	Complexidade técnica.
Atividades Desenvolvidas	Promoção da saúde. Prevenção da doença. Atividades de manutenção da saúde. Atividades de diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação.	Atividade diagnóstica para casos mais complexos e que exigem tratamentos mais dispendiosos.
Capacidade Técnica e Recursos	Dispõem de recursos técnicos suficientes para os problemas de saúde mais comuns.	Recurso técnicos mais avançados para diagnósticos ou tratamentos de doenças mais graves.
Acesso	Por iniciativa do utente, doente.	Através de referência de profissionais de saúde dos cuidados primários.
Locais de Atendimento	Centros de saúde. Postos locais de atendimento; Domicílio do doente.	Centros de cuidados especializados. Hospitais.

Fonte : Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012); Decreto-Ley n.º 16/2012, 20 de abril de 2012

¹⁰⁸ Constituído por centros de saúde compostos por equipas multidisciplinares que compreendem clínicos gerais, pediatras, enfermeiros e pessoal administrativo, e em alguns casos, assistentes sociais, parteiras e fisioterapeutas

¹⁰⁹ Atendimento em centros de cuidados especializados e hospitais, em regime ambulatório ou de internamento hospitalar.

O sistema de saúde espanhol implementou as políticas de saúde recorrendo ao apoio de estruturas descentralizadas conhecidas como *Consejería de Salud* que organizaram a sua atividade de acordo com os níveis de cuidados existentes por zonas sendo que cada área de saúde deveria cobrir uma população com um mínimo de 200 000 habitantes e um máximo de 250 000 (Armesto, et al., 2010; Boslaugh, 201; Garcia & López, 2007). Em Espanha, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, os vários setores cooperam na resposta às necessidades de saúde das populações através de diferentes tipos de relação público-privado:

- Existência de cidadãos cobertos por um sistema de seguros obrigatórios (resultantes da contribuição mensal dos empregadores)¹¹⁰;
- Cobertura de grande parte da população por seguros privados e voluntários¹¹¹;
- Contratualização entre o setor público e o setor privado (cerca de 15 a 20% do total da prestação de cuidados especializados são realizados por unidades hospitalares privadas)¹¹² (Armesto, et al., 2010).

Em termos de organização e estatuto das entidades prestadoras, deverá ser referido o facto, no que diz respeito às unidades hospitalares, de se verificar que apenas cerca de 40% pertencem ao setor público, sendo as restantes geridas por entidades privadas, bem como a circunstância de nos 60% de unidades geridas pelo setor privado, cerca de 40% estarem incluídas nas redes de utilização pública através de um modelo de concessão ou de parceria em que a atividade é financiada por fundos públicos a partir do orçamento do SNS (Álvarez & Durán, 2011; Armesto, et al., 2010).

5.2. O sistema de saúde Francês

Em 1945, no final da Segunda Grande Guerra, foi implementado um conjunto de reformas que viria a dar lugar a um sistema de saúde que tinha por base um seguro de saúde social o qual cobria toda a população residente. O financiamento público era assegurado a partir da recolha das contribuições dos funcionários e empregadores por meio das respetivas deduções salariais e outros impostos vinculados.

O sistema fundou-se nos princípios de solidariedade, tendo como objetivo assegurar a resposta às necessidades de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados de saúde diferenciados

¹¹⁰ Ressalve-se que o regime de substitutivo do SNS (*opting-out*) não é permitido.

¹¹¹ Permite ter acesso a serviços para os quais existem tempos de espera no sistema público sistema

¹¹² Esta subcontratação é tipicamente dirigida a exames de diagnóstico (pela aposta tecnológica do setor privado que conta com equipamentos de alta resolução) ou procedimentos cirúrgicos (com o objetivo de reduzir as listas de espera).

(Quadro 5.4). O financiamento baseou-se num modelo de reembolso¹¹³ com ou sem copagamento¹¹⁴ (isentos doentes crónicos e grávidas, crianças com deficiência e pensionistas com trauma pós guerra)¹¹⁵ (Bidgood, 2013a; Boslaugh, 2013; Chevreul, *et al.*, 2010).

O sistema de saúde francês tem uma natureza pública, garantindo o acesso à saúde a todos os cidadãos e sendo controlado pelo Estado a nível regional e nacional, tendo como referência o modelo de *Bismarck*, embora tenha evoluído, ao longo do tempo, para um sistema de natureza mista incorporando algumas características tradicionalmente imputáveis ao modelo *Beveridge*, nomeadamente, a adoção dos princípios da cobertura geral, da universalidade e da equidade no acesso aos cuidados de saúde (Chevreul, Zaleski, Bahrami, Quevedo, & Mladovsky, 2010).

Tendo em conta o facto de o seguro de saúde social não abranger a totalidade dos custos, muitos cidadãos com rendimentos mais elevados optaram por contratar seguros de saúde privados voluntários (VHI)¹¹⁶ os quais abrangiam a maioria dos pagamentos cobrindo a diferença entre a cobertura do seguro de saúde social e o total dos custos (cerca de 90% da população recorre a estes seguros o que corresponde a cerca de 13,4% do total da despesa em saúde).

Quadro 5.4 - Produtos e serviços cobertos pelo seguro social de saúde francês

Serviços que beneficiam de uma cobertura do seguro de saúde social	<ul style="list-style-type: none">- Os cuidados de saúde hospitalares em unidades públicas ou privadas.- Os tratamentos (reabilitação, fisioterapia) realizados em unidades públicas ou privadas.- Os cuidados de saúde prestados em regime ambulatorio.- Cuidados de saúde oral e medicina dentária.- Assistência na gravidez e partos.- Serviços de diagnóstico e de terapêutica prescritos por médico e realizados por técnicos credenciados, enfermeiros, terapeutas.- Produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e próteses prescritas.- Transporte do utente para acesso aos cuidados de saúde.- Atividades de cessação do tabagismo (desde 2007, sendo necessário que o segurado faça um pagamento adicional de 50€ por ano).- Ficam de fora desta cobertura:- Todos os produtos e serviços não prescritos por médico.- Cirurgia estética.- Tratamentos com fármacos sem confirmação da sua eficácia.
--	--

Fonte: Bidgood (2013a)

A competência e a responsabilidade em termos de definição de políticas e regulamentação do sistema de prestação de cuidados encontram-se estruturadas do seguinte modo:

¹¹³ As taxas de reembolso são aplicadas nas unidades privadas e variam conforme os cuidados prestados (tratamento hospitalar por norma são reembolsados a 80% dos custos; em ambulatorio as taxas variam entre 50 a 75%; as vacinas 65 a 100%; prescrições fármacos - 35 a 100%; Assistência dentária - 70% e outras despesas (incluindo custos de transporte- 30%) (Bidgood, 2013a).

¹¹⁴ Estes copagamentos são limitados a um limite máximo anual de 50€ e incluem: 1 € por visita médica, 0,50 € por prescrição de medicamentos e € 18 para tratamento hospitalar acima de 120 € (Bidgood, 2013a).

¹¹⁵ Desde o ano de 2000 para não restringir o acesso aos mais desfavorecidos foi criado um seguro complementar público (*Couverture Maladie Universelle Complémentaire, CMU-C*) para cobrir o copagamento e tornando o sistema SHI gratuito para as pessoas com baixos rendimentos (Bidgood, 2013a).

¹¹⁶ Existem três categorias de operadores do mercado VHI: empresas mútuas de seguros, companhias de seguros comerciais e instituições de previdência (Bidgood, 2013a).

- O Estado: o parlamento, o governo e os vários ministérios (responsáveis por organismos públicos: *Administration et sanitaire sociale*; *Direction générale de la santé*; *Direction générale de l'offre de soins*; *Direction de la sécurité sociale*; *Direction générale de la cohésion sociale*);
- As comunidades locais (essencialmente nível regional) (Boslaugh, 2013; Chevreul *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde é o principal departamento governamental e responsável pela política do setor. Entre outras funções cabe ao Ministério da Saúde:

- Supervisionar a gestão dos recursos;
- Regular as despesas de saúde pelas diferentes regiões e por níveis de cuidados (cuidados gerais em ambulatório, hospitalares, cuidados de saúde mental) e setor social;
- Aprovar o investimento tecnológico;
- Aprovar os acordos do seguro de saúde social;
- Estabelecer normas de segurança para as unidades de saúde;
- Definir áreas prioritárias de atuação (programas nacionais que incluam áreas como a oncologia, doenças raras, saúde e meio ambiente, comportamento doente e vício e qualidade de vida) (Bidgood, 2013a).

Embora o governo central, através do Ministério da Saúde, seja responsável pela supervisão e gestão dos recursos e unidades de prestação, têm existido tentativas de aumentar a descentralização regional através da criação de instituições regionais concebidas para representar o seguro de saúde social. Para este efeito, em 2009 foram criados órgãos descentralizados denominados por Agências Regionais de Saúde (ARS). Em cada região, estas entidades têm por objetivo melhorar a coordenação dos cuidados ambulatoriais e hospitalares, de acordo com os objetivos definidos e integrando as despesas e o financiamento da saúde atendendo às necessidades da população (Bidgood, 2013a).

A prestação de cuidados de saúde é mista: os prestadores de cuidados de ambulatório são em grande parte privados, enquanto a maioria (cerca de três quartos) das camas hospitalares é fornecida pelos hospitais públicos ou sem fins lucrativos (Bidgood, 2013a; Boslaugh, 2013).

Face ao aumento dos custos de cuidados de saúde o governo introduziu uma série de reformas nas últimas duas décadas que tentaram controlar despesa e melhorar a eficiência e a qualidade diminuindo, ao mesmo tempo, as desigualdades em saúde entre regiões e grupos socioeconómicos. A reforma que

deu os primeiros grandes passos neste sentido foi apresentada em 1995 e ficou conhecida como *Plan Juppé*¹¹⁷ (tendo definido objetivos e um novo modelo de orçamento anual para a segurança social). A reforma mais recente datada de 2012 foi estabelecida por François Hollande prevendo um conjunto de prioridades para a saúde (Quadro 5.5) (Bidgood, 2013a):

Quadro 5.5 - Objetivos da reforma de Hollande (2012)

Defender o sistema público, garantindo a igualdade de acesso aos cuidados.
Promover o acesso ao seguro privado complementar (apenas quatro milhões de cidadãos, 8% da população, não tem seguro).
Garantir que nenhum cidadão francês está a mais de 30 minutos de distância do atendimento em serviço de urgência.
Colmatar o desequilíbrio no acesso regional com mobilização de 200 novos médicos.
Redução do preço dos medicamentos para aumentar a respetiva acessibilidade.
Convergência de preços na relação público-privado com base na natureza do tratamento.
Reduzir o consumo de medicamentos comparticipados através da introdução de quotas de consumo (quando um utente atinge o limite terá de pagar a totalidade dos custos).
Usar receitas acrescidas de aumentos de impostos sobre os mais ricos para financiar os gastos em cuidados de saúde.

Fonte: Bidgood (2013a)

5.3. O sistema de saúde Holandês

O sistema de saúde na Holanda foi fundado em 1941 numa base de seguro social (modelo *Bismarck*). Caracteriza-se por apresentar uma prestação de cuidados de saúde predominantemente realizada por entidades privadas (com e sem fins lucrativos) e por profissionais autónomos onde o papel do governo é limitado (Maarse & Lodewick, 2011; Schafer *et al.*, 2010).

Em 2006, foi concretizada a última grande reforma dos cuidados de saúde na Holanda tendo, nessa altura, sido introduzido um único regime de seguro obrigatório no qual várias seguradoras de saúde privadas podiam competir pelos segurados (Schafer *et al.*, 2010). Neste sistema típico de seguro obrigatório, o governo atua como regulador do sistema, monitorizando a qualidade e garantindo a universalidade do atendimento bem como a qualidade e a equidade no acesso aos titulares do seguro. Este sistema combina a cobertura universal com a concorrência de mercado tendo sido classificado como o melhor serviço de saúde na Europa no Euro Health Consumer Index (EHCI) 2008 e 2009 (Biggood, 2013b; Boslaugh, 2013).

Uma grande percentagem da população, nomeadamente os grupos com menores rendimentos (cerca de 60% da população) opta por seguros em fundos de doença cuja contribuição é efetuada pelos funcionários e empregadores em função do rendimento (Barros & Gomes, 2002). Os cidadãos são livres para escolher entre cerca de quarenta seguradoras de saúde em todo o país. As seguradoras estão

¹¹⁷ Primeiro-ministro à data.

autorizadas a realizar lucros e competir com base em prêmios, descontos, tipos de planos¹¹⁸. No entanto, encontra-se definido pelo governo um conjunto de serviço mínimos a incluir obrigatoriamente na oferta das seguradoras. Estes incluem:

- Assistência médica: consultas, cuidados hospitalares, cuidados especializados;
- Odontologia para menores de 18 anos;
- Odontologia especializada e próteses para pessoas com mais de 18 anos;
- Serviços de ambulância;
- Cuidados pós-natais e de obstetrícia;
- Medicamentos;
- Cuidados de Reabilitação (Biggood, 2013b).

A adesão a este tipo de pacote básico destinada a garantir a universalidade obriga à aquisição de um seguro de saúde base (em caso de incumprimento, há lugar a uma multa no valor de 130% do premio)¹¹⁹, existindo um sistema de inscrições abertas que obriga as seguradoras a aceitar qualquer pedido de seguro, independentemente do risco, idade, sexo ou perfil de saúde. Os cidadãos com maiores possibilidades económicas contratam o seguro base e um outro suplementar para cobrir de uma forma mais ampla e geral as suas necessidades de saúde (Boslaugh, 2013; Schafer *et al.*, 2010).

No que se refere à organização o sistema de saúde holandês é dividido em três tipos de oferta de cuidados em função do tempo de permanência:

- Assistência de saúde a longo prazo para doenças crónicas;
- Assistência de saúde a curto prazo: cuidados ou procedimentos primários, especializados e internamento hospitalar;
- Assistência de saúde suplementar: inclui atividades de fisioterapia, odontologia, medicina dentária (Biggood, 2013b).

A provisão de cuidados está organizada em:

- Cuidados primários: onde o registo é obrigatório devendo cada cidadão ter um médico de família atribuído;

¹¹⁸ Para incentivar as seguradoras a não recusarem doentes de risco existe uma compensação financeira de um fundo central de saúde cujo financiamento advém das contribuições dos cidadãos (Hindle *et al.*, 1993).

¹¹⁹ Para compensar pessoas com baixos rendimentos (prémio médio seja superior a 5% da sua renda familiar) o governo oferece uma contribuição para o custo do seguro de saúde, denominado por *Zorgtoeslag* (Biggood, 2013b).

- Assistência de saúde secundária e terciária: sendo por norma os utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários. Neste nível de assistência, mais de 90% dos hospitais holandeses são privados (Biggood, 2013b).

5.4. O sistema de saúde Inglês

O SNS Inglês (National Health System, NHS) foi criado Reino Unido em 1948. Os seus princípios fundacionais basearam-se na cobertura universal, na equidade e na igualdade no acesso aos cuidados de saúde (Alaszewski & Brown, 2012; Boyle, 2010). Este foi o primeiro sistema de saúde na sociedade ocidental a garantir assistência médica gratuita para todos os cidadãos (Klein, 2006). O objetivo do NHS, à semelhança de outros sistemas de saúde que nele se inspiraram foi proporcionar uma melhoria no estado de saúde da população através de uma intervenção ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento (Barros & Gomes, 2002).

O NHS garante uma prestação integrada de cuidados que envolve atividades de medicina preventiva, cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares (urgência, consulta, internamento e cirúrgicos). Embora o financiamento do NHS seja público de base tributária, participam ainda como agentes financiadores os seguros privados e os utentes através de pagamentos diretos, taxas de utilização e outros copagamentos) (Boslaugh, 2013; Boyle, 2010; Lopes, Coppola, & Riste, 2010).

A cobertura adicional ao NHS é voluntária e em 2010 apenas 13% da população usufruía de seguros privados designados como PMI (*Private Medical Insurance*) os quais garantem o acesso a cuidados no setor privado (Laing & Buisson 2009).

A responsabilidade pela organização do financiamento e da prestação de cuidados de saúde de natureza pública cabe ao Departamento de Saúde (*Department of Health*), enquanto órgão central do governo, embora a implementação das políticas de saúde envolva uma estrutura organizacional descentralizada (Boyle, 2010; Klein, 2010; Storey, Bullivant & Corbett-Nolan, 2011).

Em 2010, o governo estabeleceu na lei um conjunto de direitos do utente do NHS entre os quais se destacam:

- A garantia de acesso aos serviços de saúde;
- A qualidade do atendimento;
- A realização de todos os tratamentos, medicamentos e programas aprovados;
- O respeito, consentimento e confidencialidade;

- A escolha informada do utente;
- O direito à reclamação e ao recurso (Department of Health, 2013).

Em relação ao acesso, o NHS prevê que os seus cidadãos tenham direito à prestação de cuidados:

- De forma gratuita (com algumas exceções acordadas pelo parlamento);
- Com livre acesso a serviços locais;
- Em local adequado com recursos suficientes para satisfazer as necessidades;
- Em outros países da Europa se houver demora injustificada no Reino Unido;
- Sem discriminação (em função do sexo, raça, religião, orientação sexual ou deficiência);
- Dentro dos tempos máximos de espera (quando tal não for possível o NHS deverá oferecer prestadores alternativos) (Department of Health, 2013).

A organização dos cuidados de saúde no Reino Unido inclui cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados. A prestação de cuidados de saúde primários corresponde ao primeiro nível de contato com os serviços de saúde, sendo realizados nos centros de saúde com cobertura nacional e especial atenção às comunidades com elevado risco epidemiológico. A base da assistência médica é efetuada pelo médico de clínica geral (*General Practitioner*, GP). Este nível de cuidados dispõe ainda de um conjunto de serviços de saúde junto da comunidade, um serviço de atendimento por telefone e *online* (*NHS Direct* - serviço de orientação e encaminhamento que funciona 24 horas por dia), bem como, desde 1999, de um conjunto de serviços em ambulatório (*walk-in centres*) que dispõe de atividades de aconselhamento, orientação, assistência dentária, oftalmologia e farmácia (Boyle, 2010; Klein, 2010).

Os cuidados de saúde diferenciados são prestados por médicos especialistas, enfermeiros e outros técnicos de saúde em ambiente hospitalar. Os hospitais, de uma forma geral, têm natureza e tutela pública. Até aos anos 90, a gestão e a organização dos hospitais públicos estava sob a administração direta do governo central. No entanto, entre 2001 e 2010 o modo de organização dos hospitais sofreu alterações tendo sido criadas as “*NHS Foundation Trusts*” que introduziram novos modelos de governação e uma crescente participação do setor privado (PFI’s e *joint ventures*) (Boyle, 2010; Klein, 2010).

Desde a formação do NHS que o setor privado coexiste no sistema de saúde embora com uma expressão relativamente diminuta. O setor privado é financiado através de seguros de saúde voluntários privados, pagamentos diretos dos utentes ou através de financiamento público (mediante acordos, contratos ou concessões com o Departamento de Saúde). Este setor incluiu hospitais, clínicas

e centros de diagnóstico, terapêutica e reabilitação (*Independent Sector Treatment Centre - ISTCs*) sendo evidente, nos últimos anos, uma tendência progressiva de complementaridade entre os setores na prestação de cuidados (Boyle, 2010; Klein, 2010).

5.5. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: acesso aos cuidados de saúde

Os dados disponibilizados pela OCDE que permitem a comparação entre estes cinco países (Portugal, Espanha, França, Holanda e Reino Unido) em termos do acesso aos cuidados de saúde, limitam-se à atividade hospitalar - número de unidades hospitalares (total, público e privados¹²⁰), lotação praticada, taxa de ocupação, demora média por internamento, número de consultas médicas realizado no sistema de saúde (não diferenciando contudo as consultas realizadas no setor público e no setor privado). Nos pontos seguintes apresentam-se os dados para cada uma destas categorias de atividade.

5.5.1. Atividade Hospitalar

Os hospitais são estabelecimentos de saúde cujo objetivo principal de ação se centra na prestação de cuidados de saúde diferenciados dispondo para tal de um elevado nível de tecnologia e de uma oferta dinâmica e especializada de equipamentos e de profissionais independentemente da natureza do seu estatuto público, privado ou social podendo ser classificados em hospitais gerais, especializados ou mistos (OCDE, 2014c).

- Número de unidades hospitalares

No quadro 5.6 apresenta-se a evolução comparativa do número total de unidades hospitalares nos países em estudo:

Quadro 5.6 - Número de unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda e Portugal (total, públicas e privadas), entre 1983 e 2013

	Espanha			França			Holanda			Portugal		
	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados
1983	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1984	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1985	913	385	528	-----	-----	-----	-----	-----	-----	232	139	93
1986	889	380	509	-----	-----	-----	-----	-----	-----	227	138	89
1987	886	382	504	-----	-----	-----	281	0	281	229	143	86
1988	866	375	491	-----	-----	-----	264	0	264	226	136	90
1989	830	355	475	-----	-----	-----	260	0	260	239	154	85
1990	820	350	470	-----	-----	-----	248	0	248	240	145	95
1991	813	345	468	-----	-----	-----	243	0	243	237	142	95

¹²⁰ Inclui unidades com e sem fins lucrativos.

	Espanha			França			Holanda			Portugal		
	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados
1992	801	344	457	-----	-----	-----	238	0	238	215	121	94
1993	790	337	453	-----	-----	-----	234	0	234	207	121	86
1994	783	333	450	-----	-----	-----	237	0	237	202	118	84
1995	782	324	458	-----	-----	-----	231	0	231	200	119	81
1996	788	319	469	-----	-----	-----	231	0	231	211	122	89
1997	788	318	470	-----	-----	-----	223	0	223	215	123	92
1998	780	317	463	-----	-----	-----	222	0	222	215	123	92
1999	774	320	454	-----	-----	-----	212	0	212	223	129	94
2000	771	317	454	3120	1043	2077	208	0	208	225	130	95
2001	768	313	455	3089	1040	2049	205	0	205	223	127	96
2002	759	308	451	3057	1043	2014	201	0	201	219	124	95
2003	741	300	441	3000	1031	1969	199	0	199	219	128	91
2004	750	299	451	2960	29	2931	198	0	198	222	129	93
2005	751	296	455	294	1022	-728	198	0	198	222	129	93
2006	746	289	457	2883	1012	1871	193	0	193	221	127	94
2007	764	298	466	2845	1008	1837	190	0	190	226	126	100
2008	767	304	463	2790	989	1801	182	0	182	223	125	98
2009	770	313	457	2757	972	1785	187	0	187	223	122	101
2010	765	345	420	2707	953	1754	277	0	277	231	129	102
2011	763	349	414	2681	944	1737	259	0	259	226	123	103
2012	759	348	411	2657	928	1729	259	0	259	214	122	107
2013	764	347	417				269	0	269	226	119	107

Fonte: OCDE (2015b)

Os dados disponíveis relativos à evolução do número de unidades hospitalares encontra-se limitado para alguns anos, não existindo informação relativamente ao Reino Unido. No entanto, perante os dados existentes, constata-se de uma forma geral uma tendência de redução do número total de unidades hospitalares embora esta tendência não se verifique da mesma forma em todos os países. Em Portugal, Espanha e França existe uma tendência semelhante de redução do número de unidades hospitalares públicas. Portugal aparece como o único país que apresenta um aumento significativo das unidades hospitalares privadas (cresceu cerca de 15,1% entre 1985 e 2013). As figuras com a representação gráfica dos dados encontram-se no Anexo I.

– Lotação das unidades hospitalares

A lotação hospitalar corresponde ao número total de camas disponíveis para internamento sendo consideradas, na respetiva contabilização, as camas existentes nas unidades hospitalares excluídas as mesas cirúrgicas, macas e berços (OCDE, 2014c). A evolução registada, no período em análise, do número de camas de internamento nas unidades hospitalares revelou uma tendência semelhante à registada na evolução do número de unidades hospitalares (Quadro 5.7). Em Portugal, à semelhança do número total de unidades hospitalares, verificou-se igualmente um acréscimo no número de camas de internamento nos hospitais privados (+32,66%):

Quadro 5.7 - Lotação disponível para internamento nas unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda e Portugal (total, públicas e privadas) entre 1983 e 2013

	Espanha			França			Holanda			Portugal		
	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados
1983	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1984	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1985	175410	118532	56878	-----	-----	-----	-----	-----	-----	39685	31790	7895
1986	171860	116938	54922	-----	-----	-----	-----	-----	-----	39668	31684	7984
1987	171155	116576	54579	-----	-----	-----	-----	-----	-----	40348	32954	7394
1988	170076	115758	54318	-----	-----	-----	-----	-----	-----	40309	31970	8339
1989	168514	114697	53817	-----	-----	-----	-----	-----	-----	40721	33373	7348
1990	165897	112654	53243	-----	-----	-----	87078	0	87078	40383	31715	8668
1991	164451	111201	53250	-----	-----	-----	86359	0	86359	39895	31364	8531
1992	161537	110453	51084	-----	-----	-----	86015	0	86015	39875	31229	8646
1993	158944	108724	50220	-----	-----	-----	85192	0	85192	39410	31059	8351
1994	157433	107484	49949	-----	-----	-----	82692	0	82692	39219	30772	8447
1995	154644	104432	50212	-----	-----	-----	81437	0	81437	39290	30860	8430
1996	153433	103159	50274	-----	-----	-----	80907	0	80907	40099	31199	8900
1997	151345	101714	49631	507996	329674	178322	80964	0	80964	39720	30812	8908
1998	150010	100795	49215	500846	325387	175459	80195	0	80195	39180	30400	8780
1999	149646	100259	49387	494960	322255	172705	79690	0	79690	38262	29738	8524
2000	148081	98718	49363	484279	317782	166497	76859	0	76859	38165	29700	8465
2001	146369	97398	48971	479025	315512	163513	74625	0	74625	37809	29430	8379
2002	146104	96316	49788	475431	313451	161980	73814	0	73814	37162	28733	8429
2003	144916	95875	49041	468418	308013	160405	73011	0	73011	37459	28457	9002
2004	145877	96145	49732	462143	303742	158401	72804	0	72804	37628	28387	9241
2005	145863	95852	50011	455175	297869	157306	72698	0	72698	37372	28169	9203
2006	146241	96010	50231	451110	294088	157022	78140	0	78140	36605	27531	9074
2007	146840	97032	49808	450615	293829	156786	77680	0	77680	36220	27086	9134
2008	146934	97476	49458	443008	286721	156287	77270	0	77270	35803	26368	9435
2009	146310	97324	48986	429674	273499	156175	76980	0	76980	35635	26077	9558
2010	145199	99781	45418	416710	260642	156068	-----	-----	-----	35625	26027	9598
2011	142632	97847	44785	414204	258444	155760	-----	-----	-----	35601	25828	9773
2012	139147	96338	42809	414672	258158	156514	-----	-----	-----	35544	25639	9905
2013	138153	64901	43252	413206	256957	156247	-----	-----	-----	35503	25029	10474

Fonte: OCDE (2015b)

– Demora Média no Internamento

A evolução da demora média¹²¹ nas unidades hospitalares em termos comparativos foi a seguinte:

Quadro 5.8 - Demora média observada no internamento em unidades hospitalares em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013

	Espanha	França	Holanda	Portugal	Reino Unido
1983	14,1	16,0	-----	-----	-----
1984	13,6	15,5	-----	-----	-----
1985	13,4	14,9	-----	13,9	-----
1986	13,1	14,3	-----	13,5	-----
1987	13,1	13,8	-----	12,3	-----
1988	12,7	13,4	-----	12,1	-----

¹²¹ Indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período (INE, 2015).

	Espanha	França	Holanda	Portugal	Reino Unido
1989	12,6	12,8	-----	11,0	-----
1990	12,2	12,3	16,0	10,6	-----
1991	11,9	11,9	15,7	10,4	-----
1992	11,5	11,7	15,3	10,0	-----
1993	11,5	11,7	15	9,7	-----
1994	11,3	11,7	14,5	9,4	-----
1995	10,0	11,5	14,3	9,6	-----
1996	10,0	11,2	14,2	9,4	-----
1997	9,7	11,0	13,8	9,2	-----
1998	9,4	10,9	13,6	8,9	-----
1999	9,2	10,6	13,1	9,4	-----
2000	9,0	10,7	12,9	9,4	10,7
2001	8,8	10,9	12,5	8,9	10,5
2002	8,8	10,9	-----	8,6	10,3
2003	8,7	10,8	-----	8,5	9,6
2004	8,5	10,6	-----	8,8	9,3
2005	8,5	10,4	-----	8,7	8,9
2006	8,3	10,2	10,8	8,6	8,6
2007	8,2	10,1	-----	8,5	8,0
2008	8,1	9,9	-----	8,4	8,0
2009	8,0	9,5	-----	8,6	7,8
2010	7,9	9,2	-----	8,7	7,7
2011	7,7	9,1	-----	8,9	7,3
2012	7,6	-----	-----	9,0	7,2
2013	7,6	-----	-----	8,9	7,1

Fonte: OCDE (2015c)

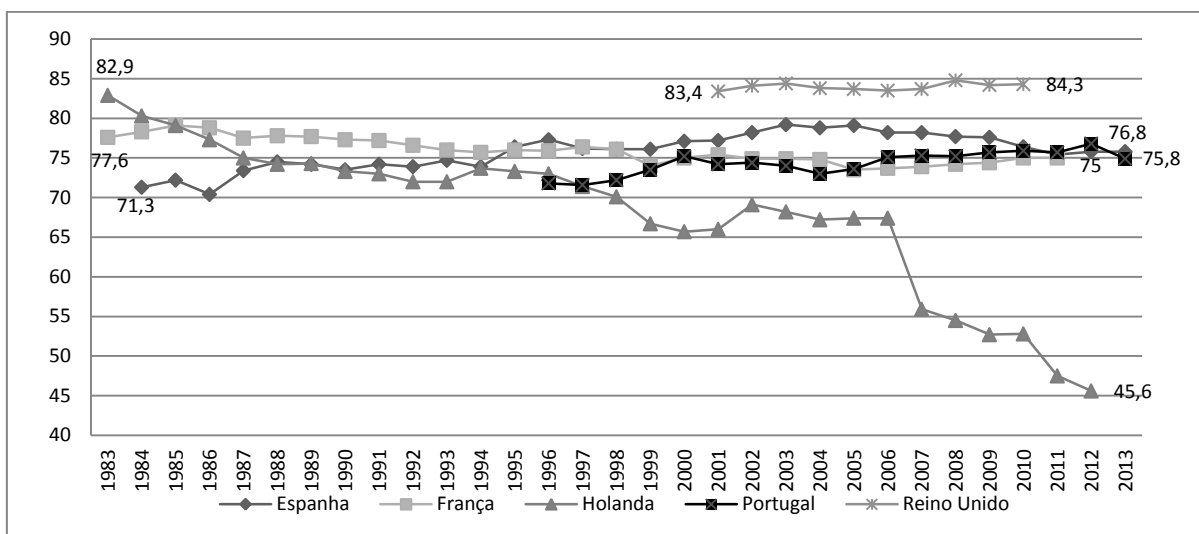
A demora média apresentou, no período em análise, uma tendência consistente de redução em todas as unidades hospitalares não sendo possível, a partir dos dados disponibilizados pela OCDE diferenciar a evolução deste indicador entre unidades hospitalares públicas e unidades hospitalares privadas.

– Taxa de Ocupação

A taxa de ocupação¹²² no internamento hospitalar nos países em avaliação apresentam diferentes comportamentos (Figura 5.1). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

¹²² Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de camas/dia num determinado período considerando-se para o cálculo das camas/dia no denominador as camas instaladas e constantes do cadastro do hospital, incluindo as camas bloqueadas e excluindo as camas-extra.

Figura 5.1 - Evolução da taxa de ocupação dos hospitais: Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido



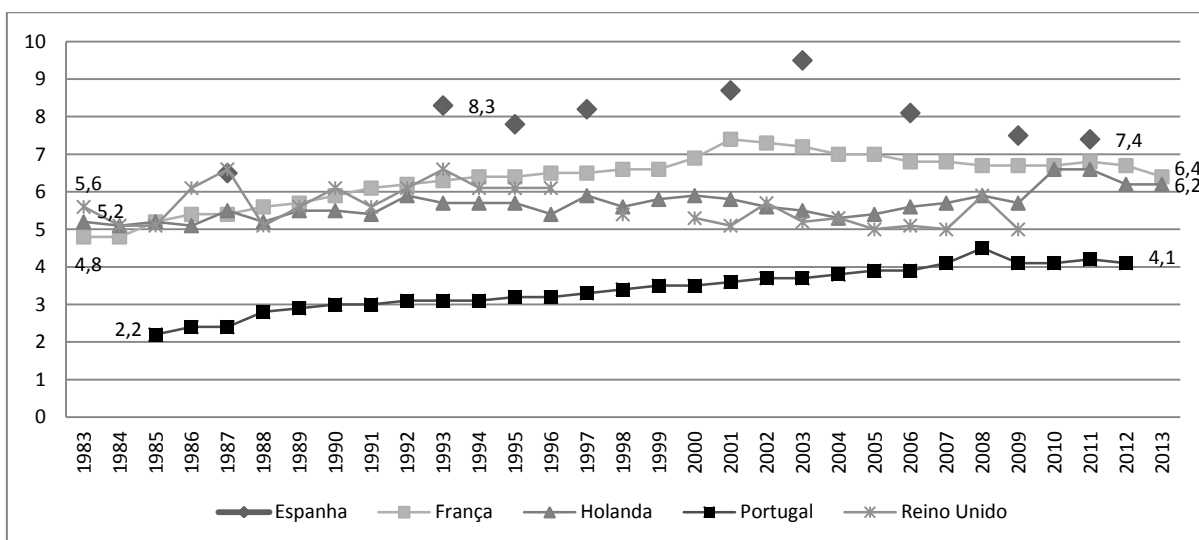
Fonte: OCDE (2015c)

A partir da observação dos dados pode ser aferida a significativa redução da taxa de ocupação do internamento hospitalar na Holanda enquanto os restantes países apresentam taxas de ocupação sem variação significativa.

5.5.2. Consultas Médicas

A evolução do número de consultas médicas realizadas nos sistemas de saúde dos países em análise encontra-se descrita na figura seguinte. O quadro com os dados referentes ao número de consultas médicas encontra-se no Anexo I.

Figura 5.2 - Evolução do número de consultas médicas realizado em Espanha, França, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, *per capita*.



Fonte: OCDE (2015c)

Com base na observação dos dados, constata-se que o país que apresentou a maior evolução do número total de consultas *per capita* foi Portugal. Os dados disponibilizados pela OCDE não permitem comparar as consultas realizadas em regime de ambulatório hospitalar nem pela natureza do estatuto dos prestadores.

5.6. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: evolução do financiamento público e privado dos cuidados de saúde

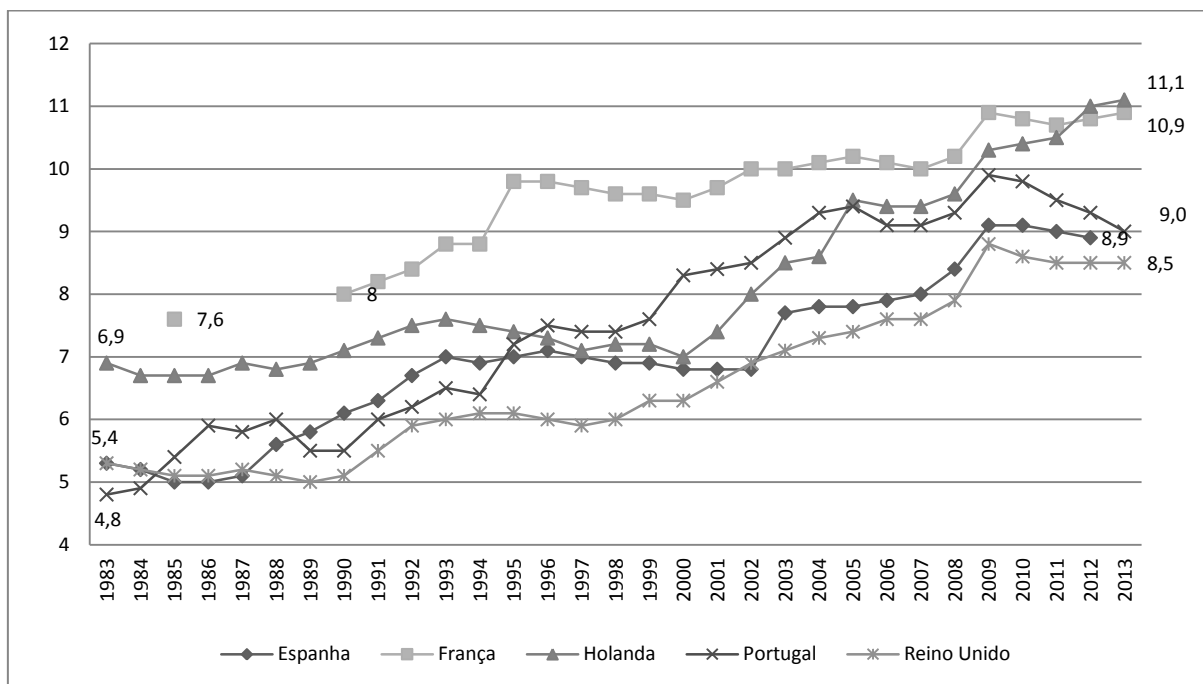
Os critérios utilizados pela OCDE na avaliação da despesa total em saúde, para cada país, incluem dados relativos ao Produto Interno Bruto (PIB), à despesa *per capita*, à despesa com unidades hospitalares e à despesa em unidades de ambulatório. Tendo em consideração o tema e a relevância deste capítulo foi tido em conta, sempre que possível, para além da apresentação dos custos totais registados em cada país, a diferenciação dos valores de referência para cada indicador em função do setor em análise (público ou privado).

5.6.1. Despesa corrente em Saúde em função do PIB

O produto interno bruto é uma medida agregada de produção igual à soma dos valores adicionados brutos, à soma das utilizações finais de bens e serviços ou à soma dos rendimentos primários distribuídos pelas unidades produtoras residentes (OCDE, 2002). Este indicador, por norma é utilizado como referência para o desenvolvimento (PIB por habitante), a produtividade (PIB por trabalhador), a sustentabilidade orçamental (dívida pública em percentagem do PIB) ou o equilíbrio externo (saldos da balança corrente e de capital em percentagem do PIB) (SEC, 2010). Neste caso, para cada um dos países, foca-se a avaliação da despesa em saúde em termos de sustentabilidade orçamental para o setor da saúde face ao valor do Produto Interno Bruto.

A evolução da despesa total em saúde para Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido face ao respetivo PIB é apresentada na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

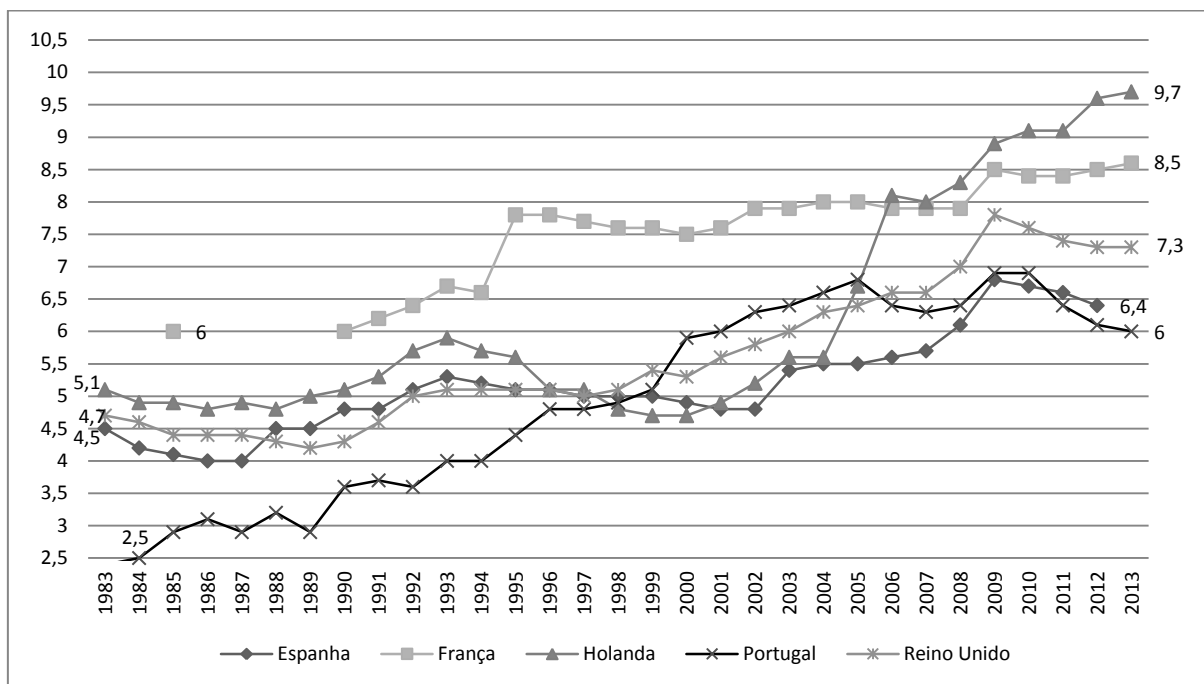
Figura 5.3 - Evolução da despesa total corrente em saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

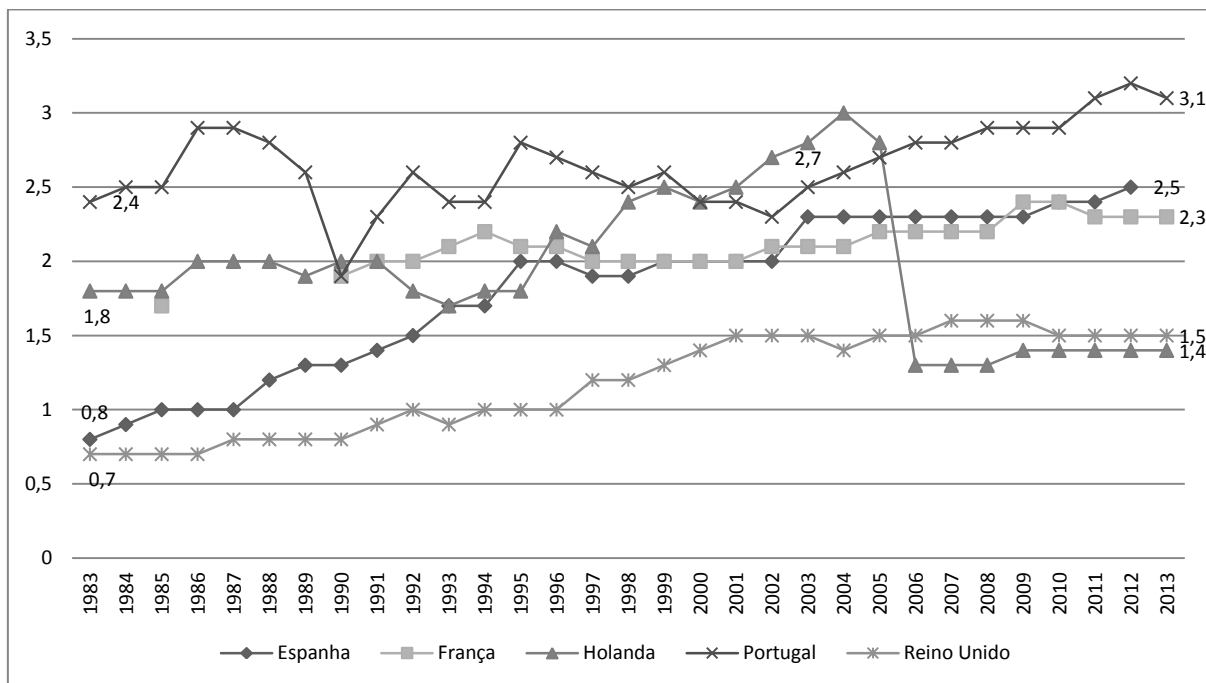
Ao analisar a evolução da despesa total em saúde para cada um destes países europeus, observa-se que em todos eles esta cresceu face à produção interna embora a taxa de crescimento não tenha sido constante, existindo casos de crescimento mais acentuado (atingindo os 11 e 12% do PIB) e outros de menor crescimento (entre os 9 e 10% do PIB). Neste contexto, o país que registou o menor crescimento da despesa em saúde face ao PIB, foi o Reino Unido (+ 3,2%), seguindo-se França (+3,3%), Espanha (aumento de +3,6%), e por fim Portugal e Holanda (ambos com +4,2%). Perante este facto e tendo em conta os objetivos deste estudo, foram isolados os dados relativos à evolução da despesa total pública e privada para cada um dos países (Figuras 5.4 e 5.5). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.4 - Evolução da despesa corrente pública da saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

Figura 5.5 - Evolução da despesa corrente privada da saúde em percentagem do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

Os aumentos mais significativos da despesa pública registaram-se nos países cujos sistemas de saúde combinam um SNS com outros agentes privados. Holanda e Portugal, no período considerado, foram os países que apresentaram o crescimento mais acentuado da despesa pública em saúde com cerca de

4,6% e 3,6% respetivamente. Os restantes países apresentaram crescimentos inferiores, nomeadamente a França e o Reino Unido (+2,6%) e a Espanha (+1,9%).

No que se refere à despesa privada, o país que apresentou, no período considerado, o maior aumento da participação privada foi a Espanha com um aumento de cerca de 1,7%, seguindo-se o Reino Unido (0,8%), Portugal e França (0,7%) e a Holanda (com um crescimento negativo de 0,4%).

Quadro 5.9 - Rácio entre o crescimento da despesa pública e a despesa privada em saúde em função do PIB, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013

País	Despesa Pública	Despesa Privada	Rácio Público/Privado
Espanha	+ 1,9 %	+1,7 %	1,18
França	+ 2,6 %	+ 0,7 %	3,71
Holanda	+ 4,6 %	- 0,4 %	4,20
Portugal	+ 3,6 %	+ 0,7 %	5,14
Reino Unido	+ 2,6 %	+ 0,8 %	3,25

Fonte: Elaboração própria

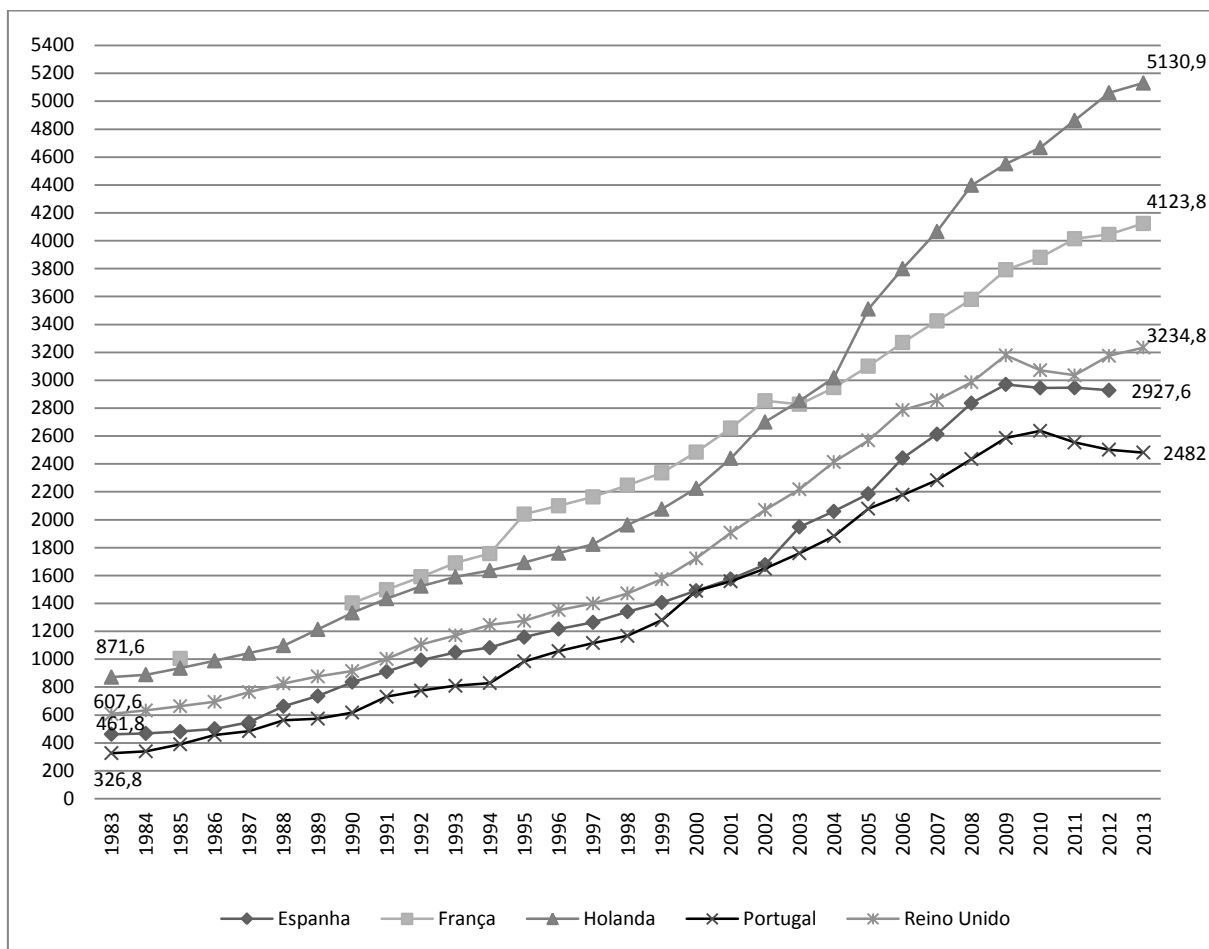
A partir desta análise constata-se que Espanha apresenta o menor rácio entre a despesa pública e privada sendo o aumento da despesa privada mais equilibrado e próximo da evolução da despesa pública. Em sentido oposto, Portugal, Holanda, França e Reino Unido registaram os maiores desequilíbrios nessa relação. Nestes quatro países, o aumento da despesa pública oscila entre três a cinco vezes o crescimento da despesa privada.

5.6.2. Despesa total da saúde *per capita*¹²³

A despesa total em saúde *per capita* representa o valor médio gasto em cuidados de saúde, num país e por habitante. De forma a uniformizar a unidade monetária adotou-se de acordo com a OCDE os valores em US dólar a valores correntes de paridade do poder de compra (Figura 5.6.). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

¹²³ US\$ at 2005 purchasing power parity (PPP). rates

Figura 5.6 - Evolução da despesa total em saúde *per capita* em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013

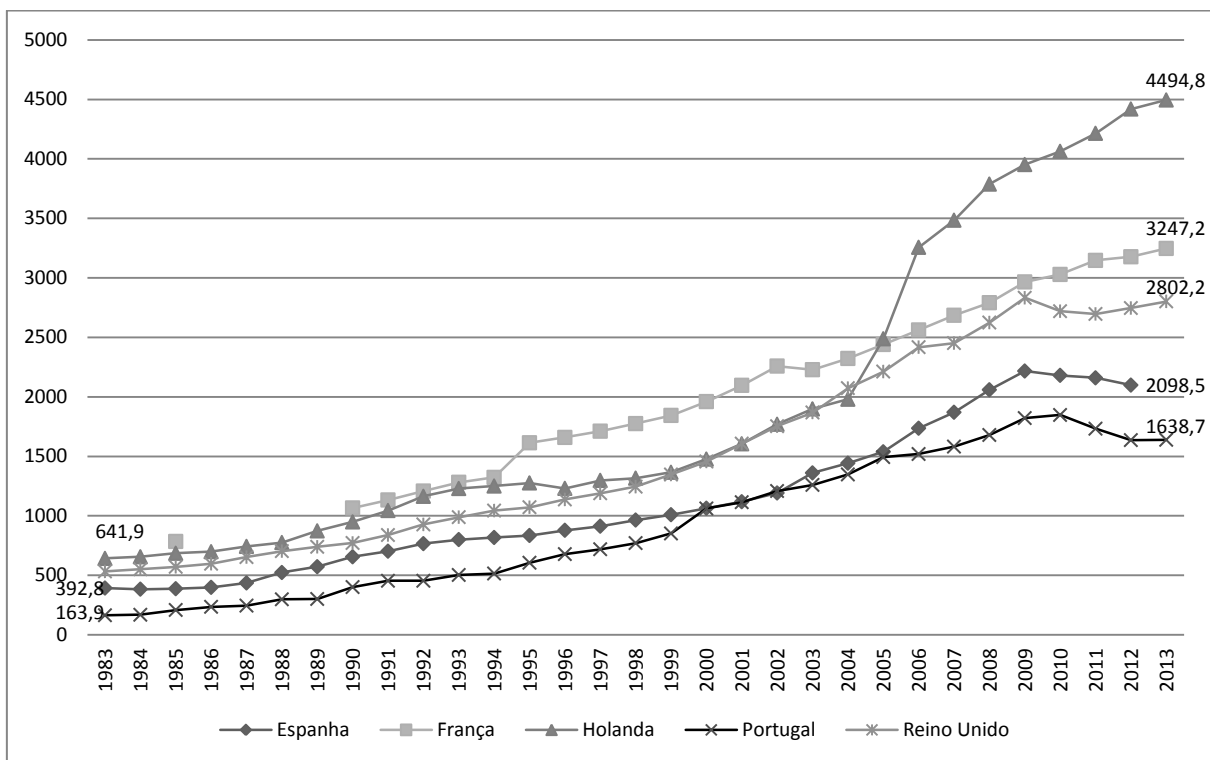


Fonte: OCDE (2015d)

Em todos os países em análise ocorreu um aumento da despesa em saúde por habitante, tendo sido a Holanda o país que apresentou o maior aumento da despesa em saúde em cerca de 4259,3 US\$. No caso dos países com um sistema de saúde misto a França liderou o aumento da despesa total *per capita* com um crescimento de 3118,6 US\$, seguindo-se o Reino Unido (2627,2 US\$), a Espanha (2465,8 US\$) e Portugal (2155,2 US\$).

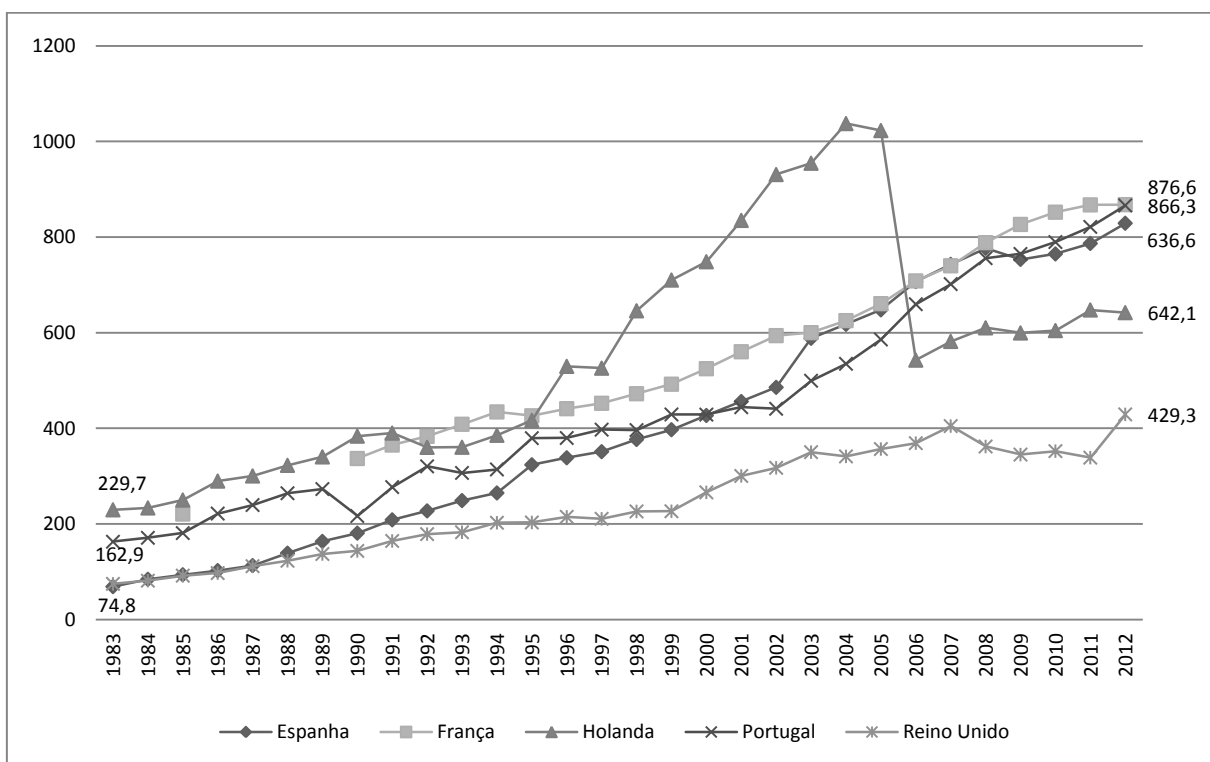
Tal como efetuado para a despesa em saúde face ao PIB e tendo por base o objetivo deste estudo, avaliou-se a evolução do financiamento público (a cargo do Estado) e privado (a cargo dos subsistemas, seguros, utentes) da saúde (Figuras 5.7 e 5.8). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.7 - Evolução da despesa corrente pública em saúde *per capita* em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (US\$ at 2005 PPP rates)



Fonte: OCDE (2015d)

Figura 5.8 - Evolução da despesa corrente privada em saúde *per capita*, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (US\$ at 2005 PPP rates)

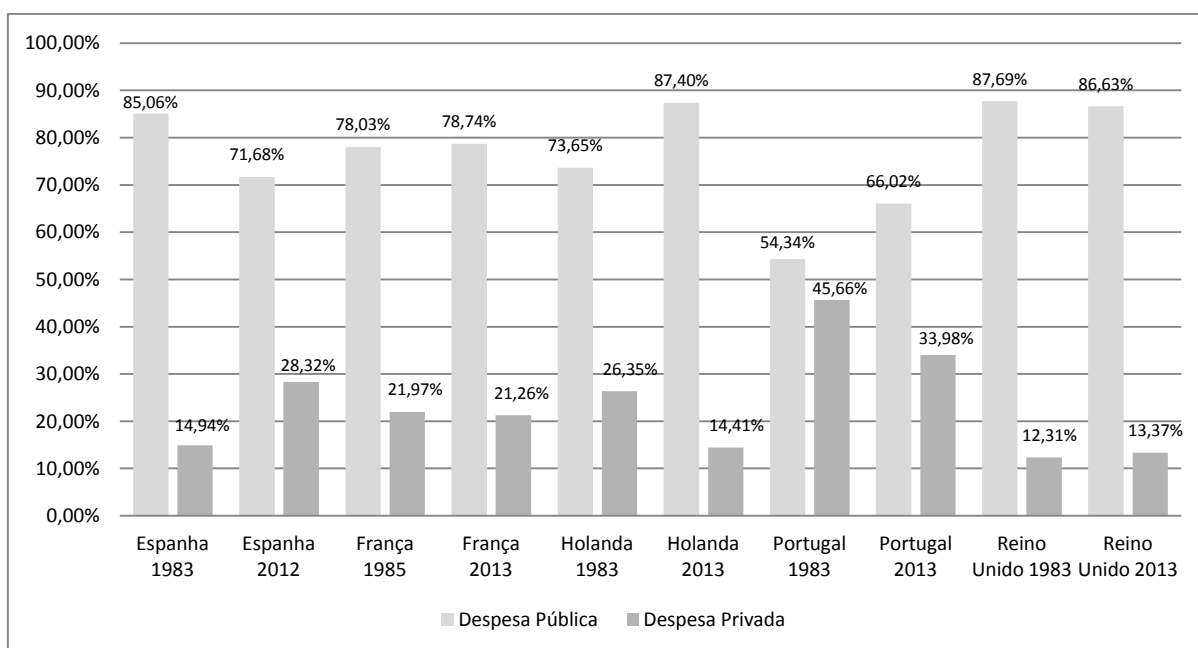


Fonte: OCDE (2015d)

O aumento da despesa corrente pública no financiamento da saúde, em US\$ *per capita*, foi mais significativo na Holanda (+3852,9 US\$), seguindo-se a França (+2462,8 US\$), o Reino Unido (+2269,4 US\$) e a Espanha (+1705,7 US\$), tendo sido em Portugal que se registou o menor aumento (+1474,8 US\$). No campo do aumento da despesa privada, o país que desenvolveu uma maior intervenção deste setor no financiamento da saúde foi Espanha (+ 760,1 US\$), seguindo-se Portugal (+680,4 US\$), França (+655,8 US\$), Holanda (+406,4 US\$) e por último o Reino Unido (+357,8 US\$).

Perante a análise efetuada, verifica-se que a participação de ambos os setores aumentou ao longo do tempo. No entanto, numa perspetiva de financiamento na combinação público-privado é importante ter em conta a comparação entre a proporção da participação privada e pública no financiamento face ao total da despesa em saúde *per capita*, entre os vários países, tomando como referência um período de tempo significativo¹²⁴ (Figura 5.9). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.9 - Evolução da proporção do componente de financiamento público/privado na despesa total *per capita* (em percentagem), na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em percentagem)



Fonte: Elaboração própria

A partir dos dados apresentados podemos observar que, no geral, nestes países, o aumento da despesa global *per capita* resultou de um aumento da participação privada e não da participação pública. A exceção ocorreu na Holanda e em Portugal, em que apesar de um crescimento da participação em

¹²⁴ O período de tempo desejável para estabelecer esta comparação deveria coincidir com o período temporal definido para este estudo. No entanto, a informação disponível na base de dados da OCDE, encontra-se limitada a outras datas para alguns países como: França (1985 a 2012), Holanda (1983 a 2002) e Portugal (1983 a 2011).

ambos os setores em termos nominais, a participação pública foi muito mais significativa fazendo com que em termos percentuais existisse uma contração do total da participação privada na saúde. Em França não se registaram grandes oscilações, podendo assim considerar-se um crescimento equilibrado na proporção da despesa, *per capita*, entre público e privado.

5.6.3. Despesa corrente em saúde com Cuidados de Saúde Hospitalares

A despesa com as unidades hospitalares representa uma parte significativa da despesa total em saúde. O quadro seguinte apresenta uma perspetiva comparada da despesa corrente hospitalar pública e privada do subsector hospitalar para Espanha, França, Holanda e Portugal¹²⁵, entre os anos 2000 e 2012:

Quadro 5.10 - Despesa corrente hospitalar, pública e privada na Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde)

	Espanha			França			Holanda			Portugal		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
2000	42,8	37,7	5,1	36,2	34,0	2,2	37,1	28,5	8,6	39,4	36,1	3,3
2001	42,2	37,2	5,0	35,8	33,7	2,1	37,7	28,4	9,3	37,9	34,8	3,1
2002	-----	-----	-----	35,6	33,6	2,0	38,5	28,4	10,1	38,6	35,9	2,7
2003	37,0	34,4	2,6	36,1	34,1	2,0	36,2	26,9	9,3	38,4	34,7	3,7
2004	37,3	34,7	2,6	36,1	34,1	2,0	36,7	27,1	9,6	38,1	34,8	3,3
2005	37,8	35,2	2,6	36,1	34,0	2,1	32,7	26,1	6,6	39,2	36,3	2,9
2006	38,5	35,9	2,6	36,1	33,9	2,2	32,6	32,5	0,1	38,3	35,0	3,3
2007	38,8	36,2	2,6	35,9	33,6	2,3	32,7	32,6	0,1	38,4	34,9	3,5
2008	40,2	37,8	2,4	35,8	33,5	2,3	32,9	32,8	0,1	38,7	34,8	3,9
2009	40,7	38,6	2,1	35,8	33,5	2,3	33,6	33,4	0,2	39,5	35,7	3,8
2010	40,1	37,9	2,2	35,8	33,4	2,4	34,7	34,6	0,1	39,4	35,3	4,1
2011	41,8	39,4	2,4	38,7	36,2	2,5	34,1	33,9	0,2	39,5	34,7	4,8
2012	41,9	39,4	2,5	38,8	36,3	2,5	35,0	34,8	0,2	40,4	34,9	5,5
2013	-----	-----	-----	38,8	36,3	2,5	36,0	35,9	0,1	-----	-----	-----

Fonte: OCDE (2015d)

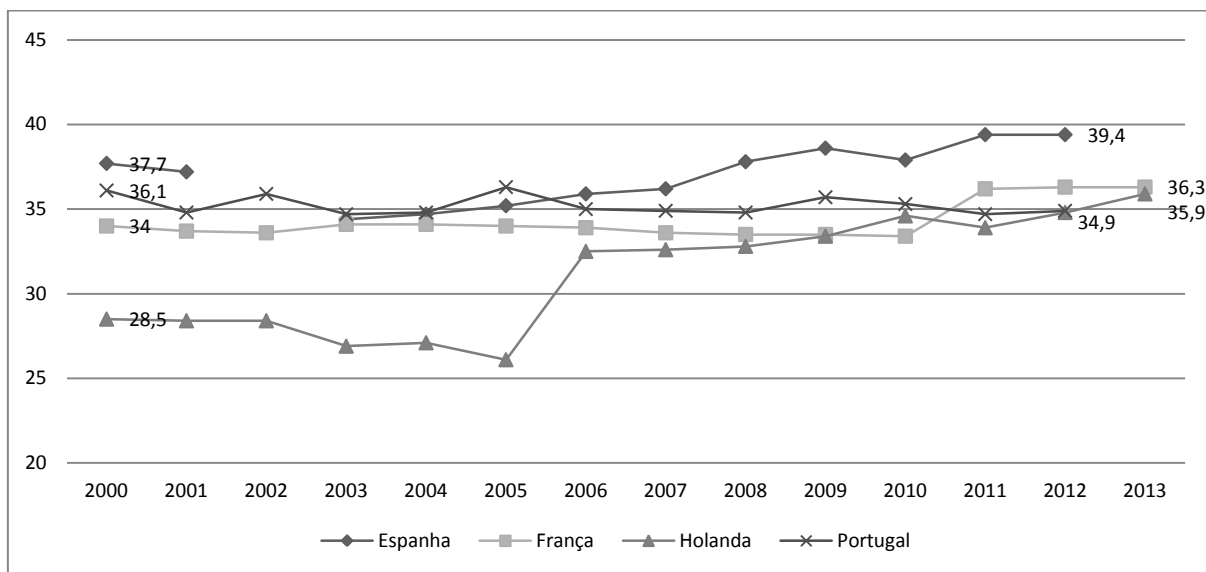
A partir da análise dos dados da OCDE, observa-se um ligeiro aumento da despesa total com as unidades hospitalares na França e em Portugal. Os restantes países (Espanha e Holanda) diminuíram a sua despesa global com este nível de cuidados, ainda que discretamente.

Para efetuar uma avaliação mais precisa da evolução da despesa corrente hospitalar, pública e privada com os cuidados hospitalares foram construídas as figuras 5.10 e 5.11 de modo a avaliar se o comportamento da despesa global com os hospitais nestes sistemas de saúde foi motivado pelo comportamento da componente de financiamento público ou privado¹²⁶:

¹²⁵ A base de dados disponível na OCDE não inclui os dados relativos ao Reino Unido para esta variável.

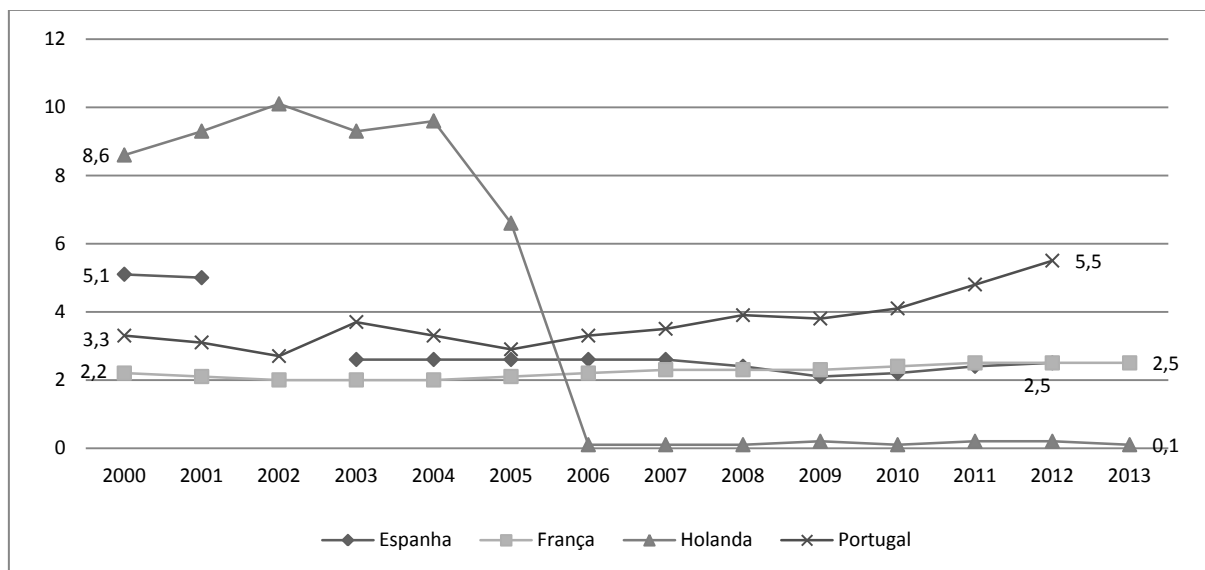
¹²⁶ Foram impostas pela fonte de dados algumas limitações na apresentação de resultados: os dados apenas estão disponíveis a partir do ano 2000; não existem dados para o Reino Unido; pela prevalência de um sistema de saúde baseado em seguros de saúde, para a Holanda apenas existe informação sobre a despesa total com hospitais.

Figura 5.10 - Evolução da participação pública na despesa hospitalar em Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total corrente em saúde)



Fonte: OCDE (2015d)

Figura 5.11 - Evolução da participação privada na despesa hospitalar em Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total corrente em saúde)



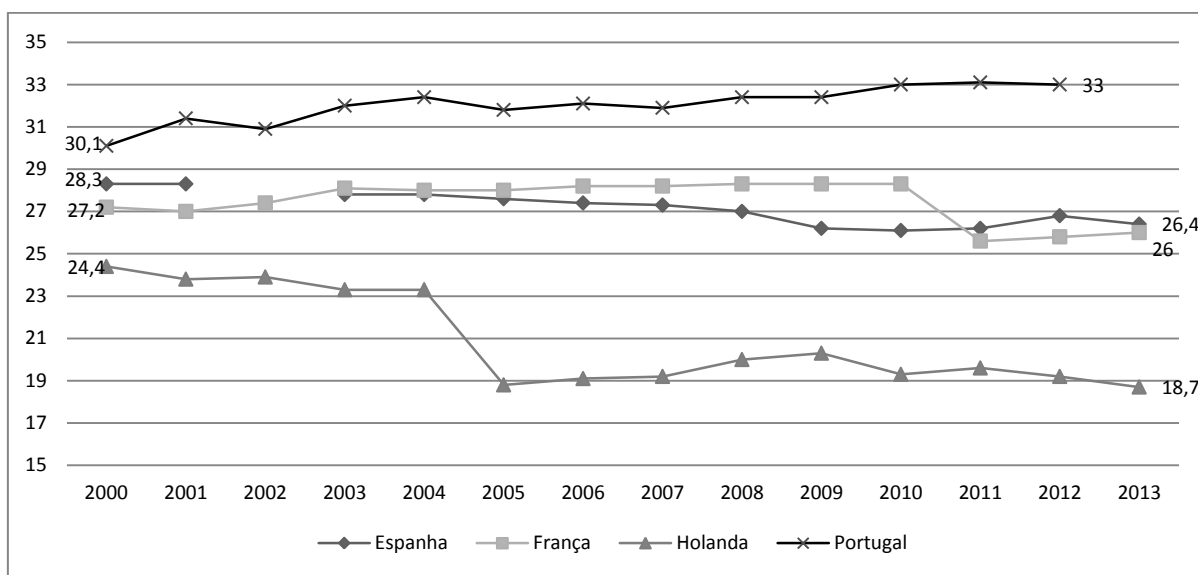
Fonte: OCDE (2015d)

O peso da despesa pública com os hospitais baixou apenas em Portugal (-1,2%) e aumentou nos restantes países (Holanda, +7,4%; França, +2,3%; Espanha, +1,7%). De forma oposta, registou-se o comportamento do financiamento privado, cujo peso em termos de percentagem da despesa corrente em saúde aumentou para Portugal (+2,2%) e para a França (+0,3%) tendo diminuído na Holanda (-8,5%) e na Espanha (-2,6%).

5.6.4. Despesa total em saúde com Cuidados Ambulatórios (não hospitalares)

A despesa com as unidades de saúde que prestam cuidados em regime de ambulatório (não hospitalar) apresenta-se na figura seguinte, em proporção da despesa total na Espanha, França, Holanda e Portugal¹²⁷, entre os anos 2000 e 2012. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.12 - Evolução da despesa total corrente dos cuidados de saúde em ambulatório na Espanha, França, Holanda e Portugal, entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde)



Fonte: OCDE (2015d)

Pela observação da figura, depara-se logo à partida por um comportamento oposto da tendência evolutiva da despesa total com cuidados de saúde em ambulatório. Portugal foi o único país, dos quatro analisados, cuja despesa corrente em saúde aumentou para os cuidados de saúde em ambulatório. Os restantes apresentaram um decréscimo neste financiamento. No entanto, é de salientar, a Holanda, país cujo sistema de saúde assente num modelo Bismarckiano, de seguro obrigatório, que viu uma redução substancial (-5,7%) da sua despesa com os cuidados de saúde em regime ambulatório entre 2000 e 2013.

De modo a observar se a origem do diferencial do comportamento observado, apresentam-se no quadro seguinte, a tendência evolutiva da despesa total corrente pública e privada dos cuidados de saúde em ambulatório por agente financiador:

¹²⁷ A base de dados disponível na OCDE não incluem os dados relativos ao Reino Unido para esta variável.

Quadro 5.11 - Evolução da despesa total corrente pública e privada dos cuidados de saúde em ambulatório na Espanha, França, Holanda e Portugal entre 2000 e 2013 (em percentagem da despesa total em saúde)

	Espanha		França		Holanda		Portugal	
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
2000	14,3	14,0	19,9	7,3	13,8	10,6	19,0	11,1
2001	14,3	14,0	19,7	7,3	13,5	10,3	20,0	11,4
2002	-----	-----	19,9	7,5	13,7	10,2	20,4	10,5
2003	13,3	14,5	20,5	7,6	13,0	10,3	20,8	11,2
2004	13,4	14,4	20,4	7,6	12,0	11,3	20,5	11,9
2005	13,5	14,1	20,1	7,9	8,3	10,5	19,6	12,2
2006	13,6	13,8	20,2	8,0	12,0	7,1	19,0	13,1
2007	14,0	13,3	20,3	7,9	11,9	7,3	18,5	13,4
2008	14,3	12,7	20,3	8,0	13,0	7,0	18,5	13,9
2009	14,3	11,9	20,3	8,0	13,4	6,9	18,7	13,7
2010	14,1	12,0	20,4	7,9	12,7	6,6	18,4	14,6
2011	13,9	12,3	18	7,6	12,7	6,9	18,1	15,0
2012	13,7	13,1	18,2	7,6	12,3	6,9	16,7	16,3
2013	-----	-----	18,4	7,6	12,2	6,5	-----	-----

Fonte: OCDE (2015d)

Em todos os países, na base da redução total da despesa corrente com os cuidados em ambulatório encontra-se a redução do financiamento público. O comportamento do financiamento privado seguiu a mesma tendência do observado no setor público em Espanha e na Holanda e cresceu ligeiramente em França (+0,3%) e de uma forma mais expressiva em Portugal (+5,2%).

5.7. Análise comparada dos Sistemas de Saúde: evolução dos Resultados em Saúde

A Comissão Europeia define indicadores de saúde como "conjuntos de dados sobre o estado de saúde, os fatores determinantes da saúde e os cuidados de saúde nos países da UE. Além de permitirem monitorizar e comparar dados, estes indicadores servem de base à elaboração de políticas" (CE, 2015b). Com o recurso à base de dados da OCDE (*OECD Health Data: Health status database*) foi possível estabelecer uma comparação entre os países de referência para os seguintes indicadores:

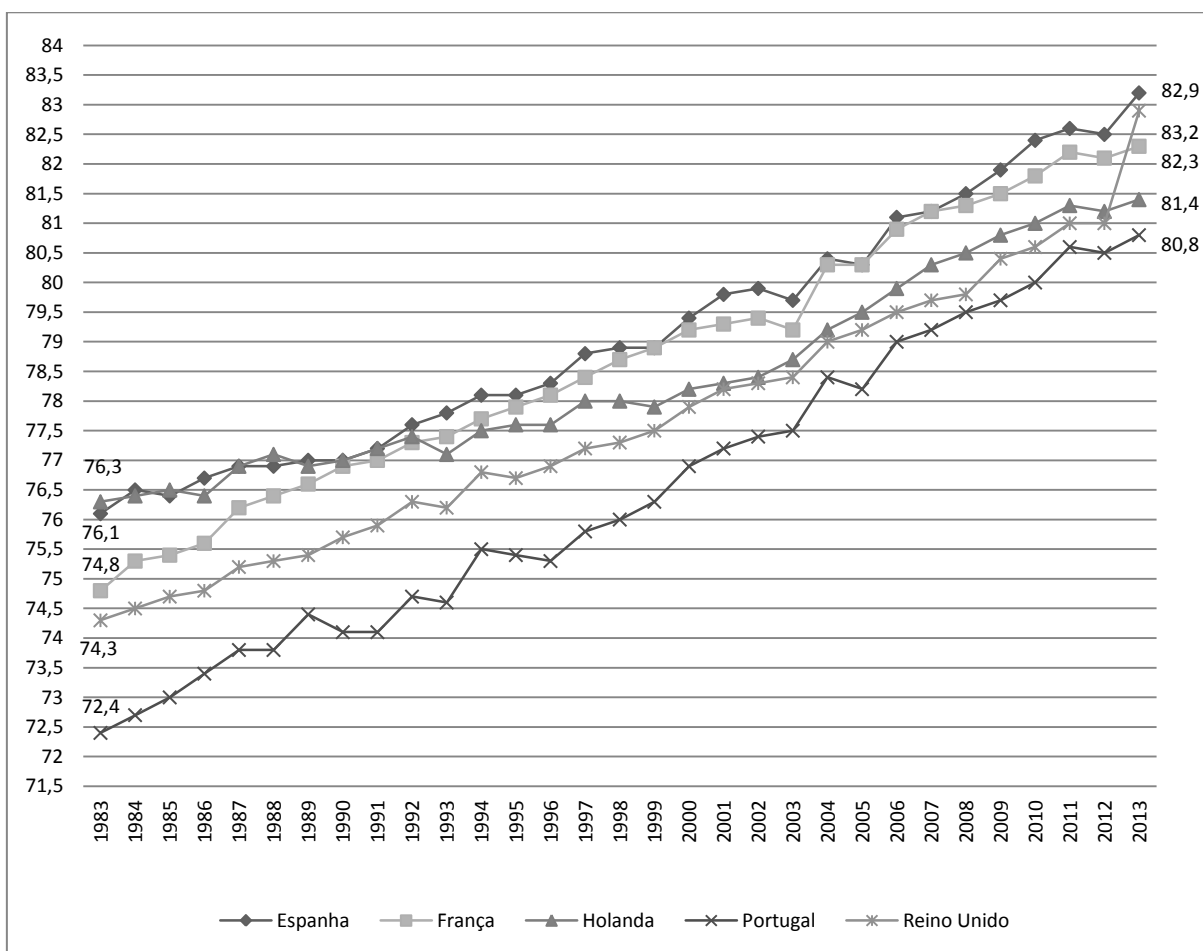
- Esperança média de vida à nascença (global e por género);
- Taxa de mortalidade geral;
- Taxa de mortalidade infantil;
- Número de mortes por doença oncológica;
- Número de mortes por doença cardiovascular;
- Número de mortes por acidente rodoviário;
- Taxa de suicídio;
- Morbilidade em termos da perceção do próprio estado de saúde.

Nos pontos seguintes aborda-se cada um destes indicadores, numa análise comparada entre Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido.

5.7.1. Esperança Média de Vida à Nascença (global e por género)

A esperança média de vida (EMV) ao nascer corresponde ao número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver assumindo que os níveis de mortalidade e de morbilidade específicas em cada idade permanecerão constantes (OCDE, 2014c). De forma a simplificar a perceção da evolução global deste indicador, foi construída a figura 5.13. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.13 - Evolução da esperança média de vida à nascença na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos)



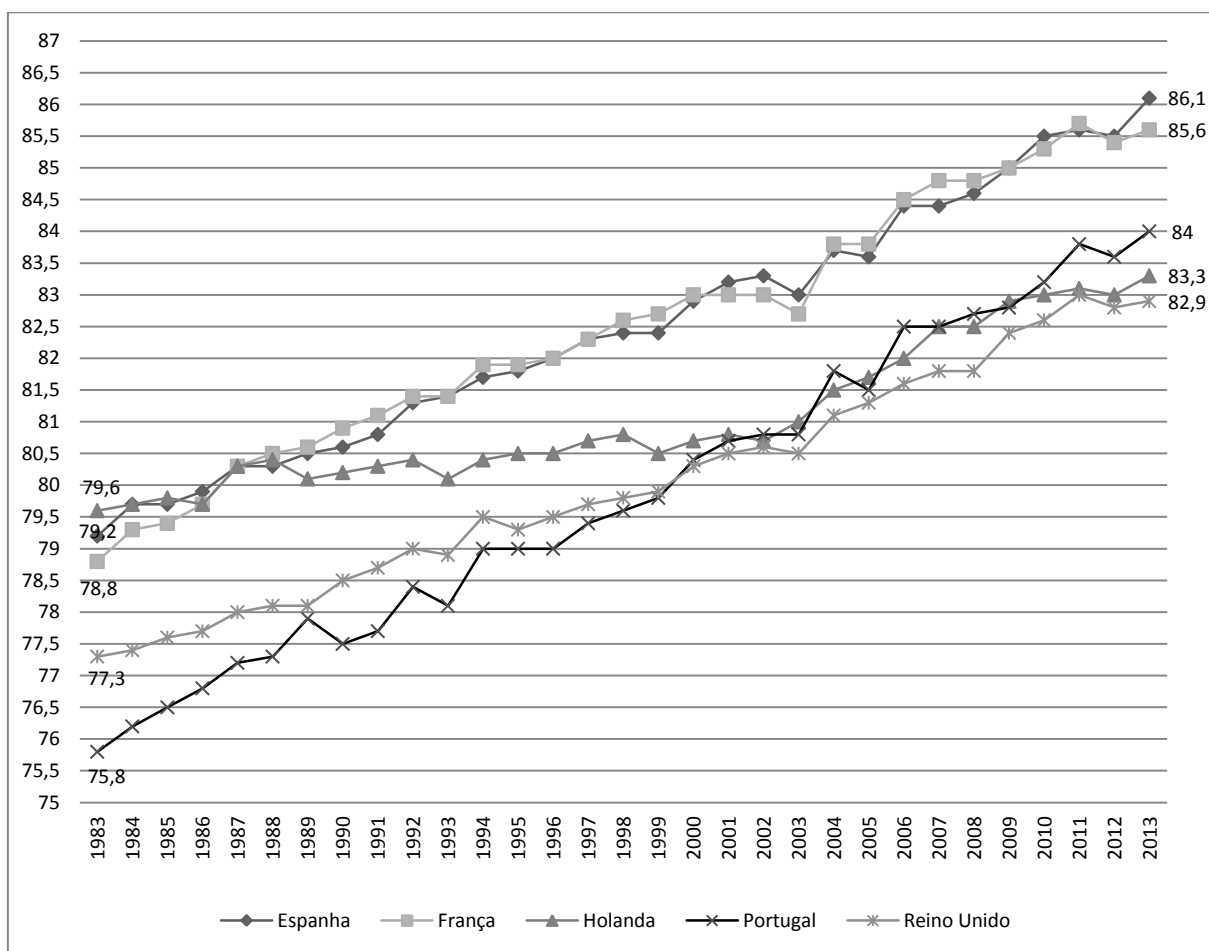
Fonte: OCDE (2015e)

A partir da observação dos dados constata-se uma evolução globalmente muito positiva deste indicador. No entanto, nos cinco países avaliados, o crescimento mais significativo, em anos de vida, registou-se em Portugal (+8,4 anos) e o menor aumento foi registado na Holanda (+ 5,1 anos). No

entanto, repare-se o facto de ter um maior aumento do número de anos de vida depende da vantagem ou desvantagem inicial do período em comparação. Desta forma, pode-se fazer uma outra leitura, destacando os países com maiores EMV para os anos em comparação.

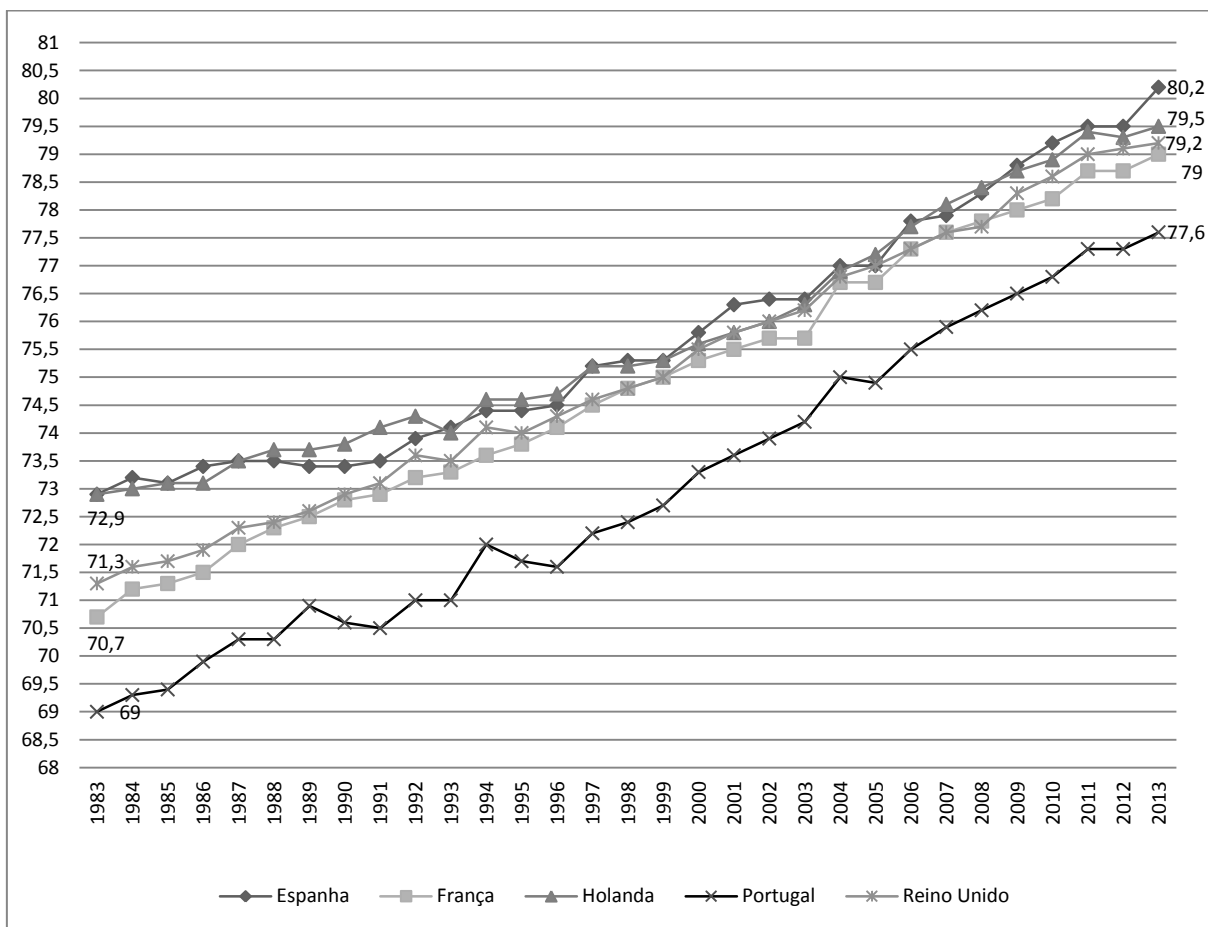
Neste sentido, em 1983, a Holanda dominava entre os cinco países com uma EMV de 76,3 anos, enquanto Portugal ocupava a última posição com 72,4. Passados cerca de 30 anos Portugal continua na última posição destes cinco países e a Espanha apresenta o valor mais elevado com uma EMV de aproximadamente 82,5 anos. Perante esta avaliação, pode-se colocar a questão da influência do género nos valores totais, já que a EMV para homens e mulheres não constitui uma igualdade. Para averiguar a relação entre a EMV e o género, foram construídos as figuras 5.14 e 5.15:

Figura 5.14 - Evolução da esperança média de vida à nascença para o sexo feminino, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos)



Fonte: OCDE (2015e)

Figura 5.15 - Evolução da esperança média de vida à nascença para o sexo masculino, na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 (em anos)



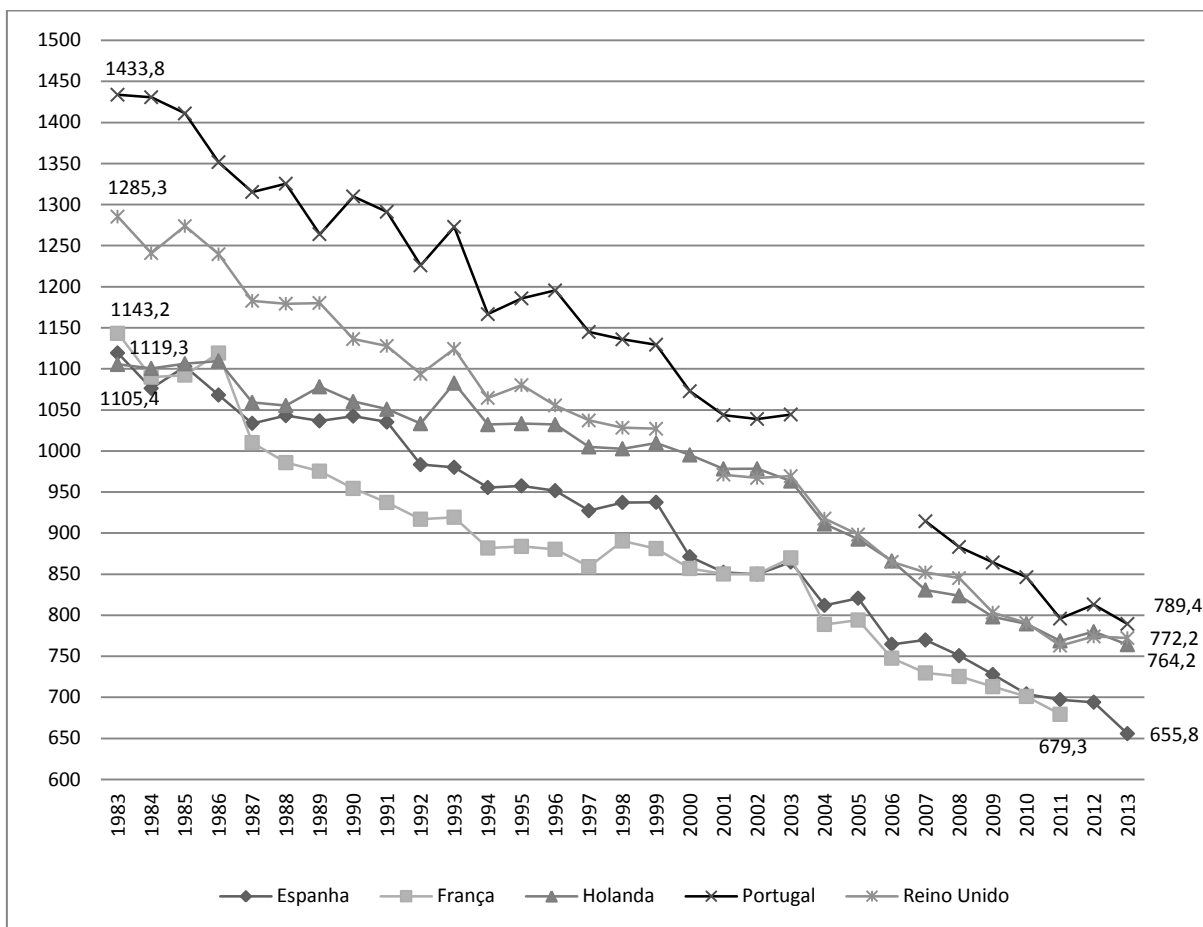
Fonte: OCDE (2015e)

Em ambos os sexos é muito positiva a evolução da EMV, embora o sexo feminino, ao longo de todo o período considerado, tenha apresentado sempre valores mais elevados. Em termos comparativos dos vários países, Portugal destacou-se por apresentar um maior diferencial neste indicador em ambos os sexos (+8,2 anos para o feminino e +8,6 para o masculino) e no sentido oposto a Holanda apresentou diferenciais menos acentuados entre os sexos (+3,7 anos para o feminino e +6,6 para o masculino). Os maiores índices de EMV, em 1983, encontravam-se para ambos os sexos na Holanda e Espanha e em 2012 registam-se na Espanha (com EMV de 86,1 para as mulheres e 80,2 para os homens).

5.7.2. Taxa bruta de Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade corresponde ao número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, por norma um ano civil (INE, 2014d; CSE, 2005). A figura seguinte apresenta as taxas de mortalidade para cada um dos países em análise neste capítulo. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.16 - Evolução da taxa bruta de mortalidade na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes.



Fonte: OCDE (2015e)

A comparação entre os diferentes países, entre 1983 e 2010¹²⁸, revela uma melhoria global traduzida numa redução substancial do número de mortes nos cinco países analisados. Em 1983, a menor taxa de mortalidade registava-se na Holanda e os valores mais elevados encontravam-se em Portugal e no Reino Unido. Em 2011, os melhores resultados registaram-se em França e em Espanha.

Pela observação da figura torna-se evidente a melhoria expressiva deste indicador. Mantendo a comparação confinada ao período de 1983 a 2011, o país que mais reduziu a sua mortalidade foi Portugal (com menos 637,9 mortes/100.000 habitantes), seguindo-se o Reino Unido (com menos 522,4 mortes/100.000 habitantes). Os países com menor diferencial foram a Holanda, a Espanha e a França, que recorde-se partiam de uma situação inicial mais favorável em 1983.

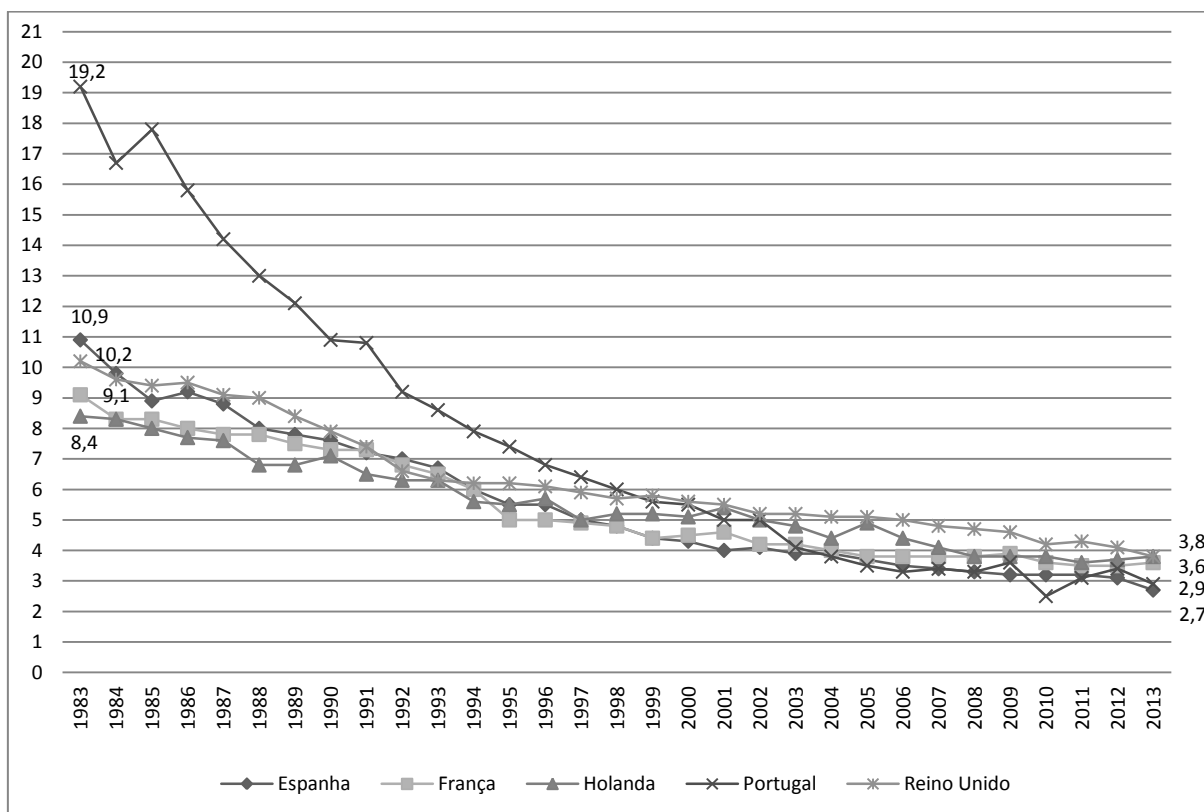
¹²⁸ O ano 2010 constitui a data mais recente com dados disponíveis para todos os países.

5.7.3. Taxa de Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil representa o número de mortes de crianças com menos de um ano de idade ocorridas num ano, por cada 1000 nados vivos (OCDE, 2014c). A definição deste indicador tem uma extrema importância na avaliação do progresso das sociedades, sendo por isso considerado como um dos principais pontos de referência do desenvolvimento de um país. Na figura seguinte apresentam-se os dados referentes a este indicador para Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

A taxa de mortalidade infantil foi reduzida substancialmente nos cinco países em referência em resultado de um consistente reforço das políticas de saúde para a área materno-infantil nos diferentes países. No ano de 1983, os países considerados apresentavam taxas de mortalidade infantil compreendidas entre os 8,4% e os 19,2%. Os países que em 1983 apresentavam os valores mais baixos foram a Holanda, a França e o Reino Unido. Desde 2008, todos os países mantêm a taxa de mortalidade infantil inferior a 5 mortes por cada 1000 nados vivos. No final de 2013, todos os países apresentam uma taxa inferior a 4 mortes por cada 1000 nascimentos. A tendência do comportamento evolutivo deste indicador, ao longo do período de tempo considerado é retratada na figura 5.17:

Figura 5.17- Evolução da taxa de mortalidade infantil em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 1000 nados vivos



Fonte: OCDE (2015e)

Tendo por base os dados referentes a este indicador, constata-se a evolução positiva registada traduzida na redução significativa da taxa de mortalidade infantil nos cinco países em análise. De entre os países estudados, Espanha é o que apresenta menor taxa de mortalidade infantil (2,7/1000 nados vivos em 2013) sendo Portugal o país que apresentou a maior descida, no período em análise, com uma redução de cerca de 16,3 óbitos por cada 1000 nascimentos, apresentando em 2013 valores que ultrapassam o Reino Unido, da Holanda e da França. O menor diferencial (- 4,6 mortes por cada 1000 nados vivos) registou-se na Holanda, cujo ponto de partida em 1983 já apresentava numa taxa de mortalidade infantil relativamente baixa.

5.7.4. Número de mortes por Doença Oncológica

A doença oncológica constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos (DGS, 2013b). Este indicador engloba o número de total de mortes por doença oncológica, incluindo como mais relevantes do ponto de vista da morbilidade e da mortalidade as seguintes entidades nosológicas:

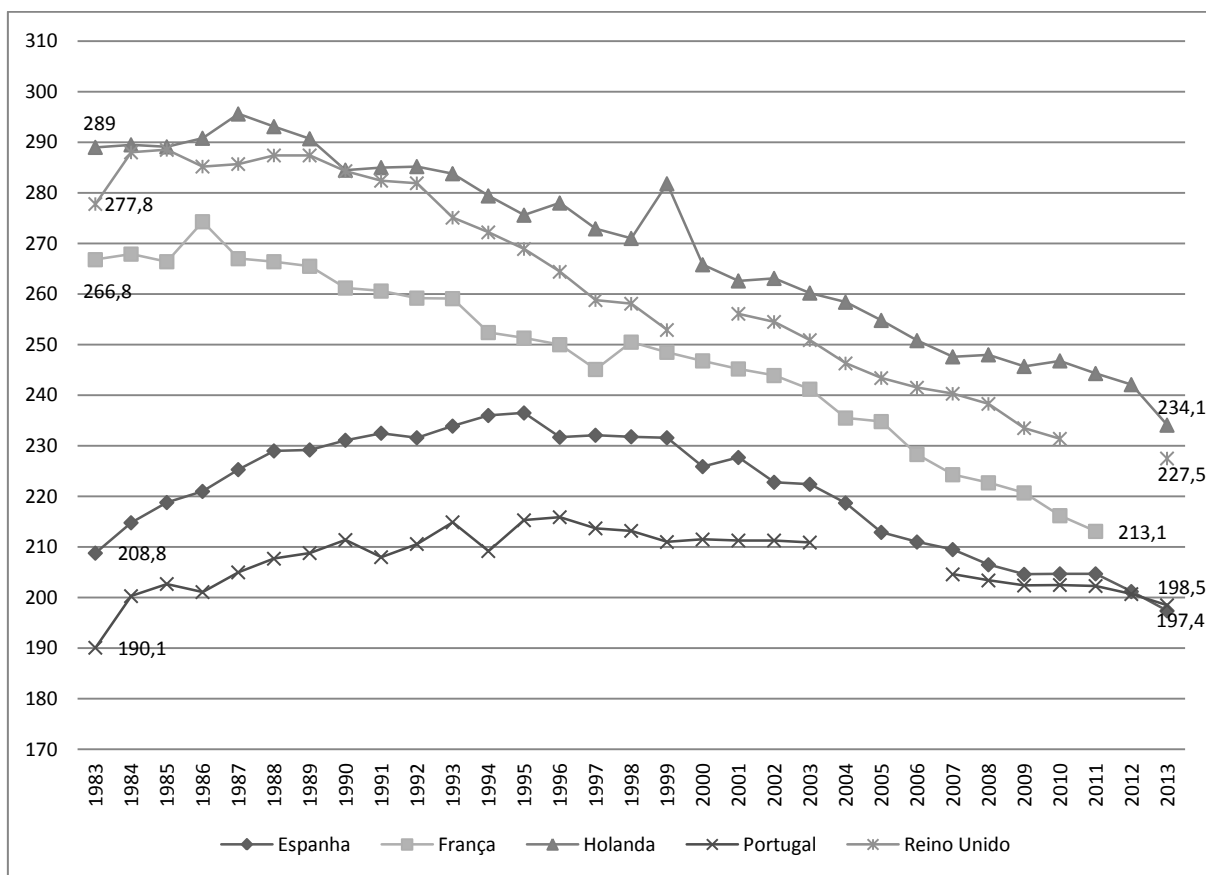
- Neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmão;
- Neoplasias malignas do cólon reto e ânus;
- Neoplasias malignas da mama;
- Neoplasias malignas do estômago;
- Neoplasias malignas do pâncreas;
- Neoplasias malignas da próstata;
- Neoplasias malignas do fígado;
- Neoplasias malignas do útero e do colo do útero;
- Neoplasias malignas dos ovários;
- Neoplasias malignas do sangue;
- Melanomas malignos da pele;
- Linfomas de Hodgkin e leucemias.

O contexto global relativamente ao número de mortes por doença oncológica em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido encontra-se descrita na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

A doença oncológica representa um dos maiores problemas que se colocam aos sistemas de saúde em termos de organização das respostas mais adequadas tendo em conta o respetivo impacto na morbilidade e mortalidade das populações (DGS, 2013b). Tomando como foco de análise o número de

mortes por 100.000 habitantes, no ano de 1983, para os cinco países oscilava entre 190,1 para Portugal e 289 para a Holanda. No final de 2010¹²⁹, Portugal continua na linha da frente com uma menor mortalidade associada a estas doenças e a Holanda numa posição menos favorável. A figura seguinte apresenta graficamente a evolução deste indicador para cada país:

Figura 5.18 - Evolução do número total de mortes por doença oncológica na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes



Fonte: OCDE (2015e)

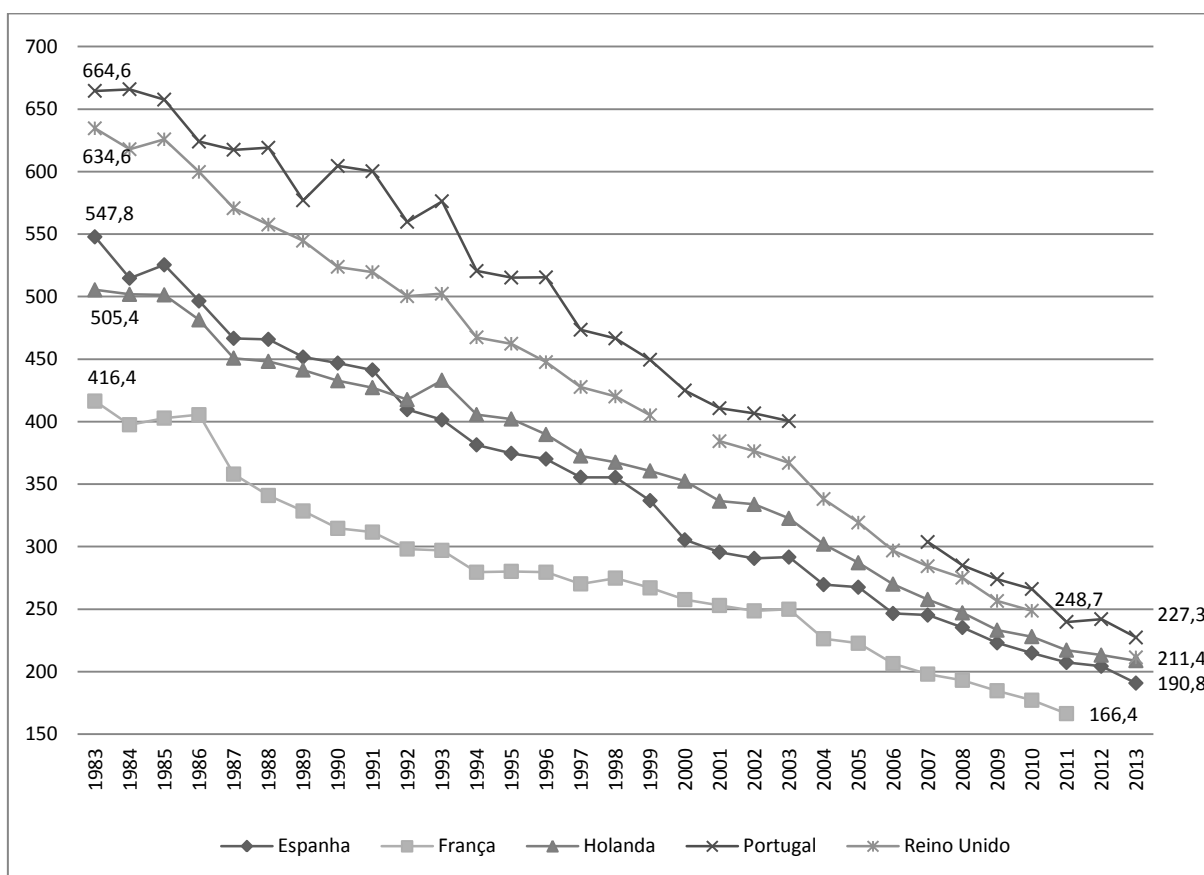
A partir da observação da figura anterior pode ser verificada uma tendência progressiva de redução do número de óbitos por doença neoplásica nos países considerados entre 1983 e 2010. A redução mais acentuada registou-se na França (com menos 50,6 mortes por 100.000 habitantes) seguindo-se o Reino Unido (-46,4 óbitos por 100.000 habitantes), a Holanda (-42,2 óbitos por 100.000 habitantes) e a Espanha (-4,1 mortes por 100.000 habitantes). A exceção registou-se em Portugal, apesar de em 2012 ter o valor mais baixo dos cinco países, viu crescer o número de mortes em 10,7 pessoas por cada 100.000 habitantes relativamente aos índices de 1983.

¹²⁹ Último ano em que se registam dados para todos os países em análise.

5.7.5. Número de mortes por Doença Cardiovascular

São consideradas pela OCDE como mortes por doença cardiovascular todos os óbitos cuja causa esteja associada a doença isquémica do coração, enfarto agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares sendo a doença cardiovascular a principal causa de morte nos países da UE (DGS, 2013b). A figura seguinte apresenta os dados relativos a este indicador para os países em análise. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.19 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes



Fonte: OCDE (2015e)

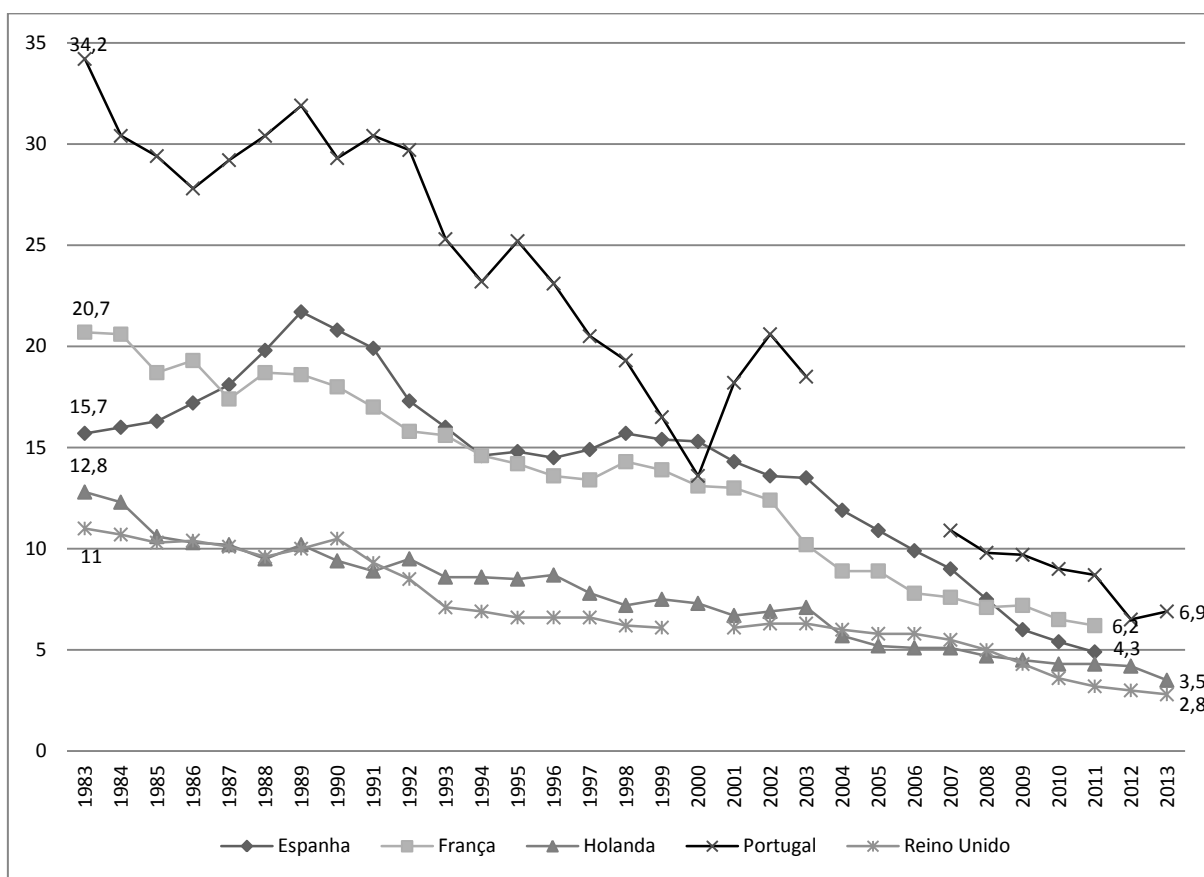
O número de mortes por doença cardiovascular foi muito elevado nos países em análise. Em 1983, os números estavam compreendidos entre os 416,4 óbitos por 100.000 habitantes em França e cerca de 664,6 em Portugal. Em 2010, após a implementação de políticas e programas específicos de saúde nos vários países no sentido de promover estilos de vida saudáveis, combater a obesidade e aumentar a vigilância dos doentes em risco registaram-se melhores resultados. Nesse ano, os valores oscilaram entre as 177,1 e as 266,1 mortes por cada 100.000 habitantes.

A partir da observação da figura anterior também fica evidente uma redução substancial no número de óbitos por doença cardiovascular entre 1983 e 2010. Esta diminuição foi mais acentuada em Portugal (menos 398,4 mortes), no Reino Unido (menos 385,9 mortes), em Espanha (menos 332,9 mortes), na Holanda (menos 277,4 mortes) e em França (menos 239,3 mortes).

5.7.6. Número de mortes por acidente com Transportes

Este indicador permite uma análise comparada dos resultados dos acidentes com meios de transporte ocorridos em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido (Figura 5.20). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.20 - Evolução do número total de mortes por acidente com transportes na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes



Fonte: OCDE (2015e)

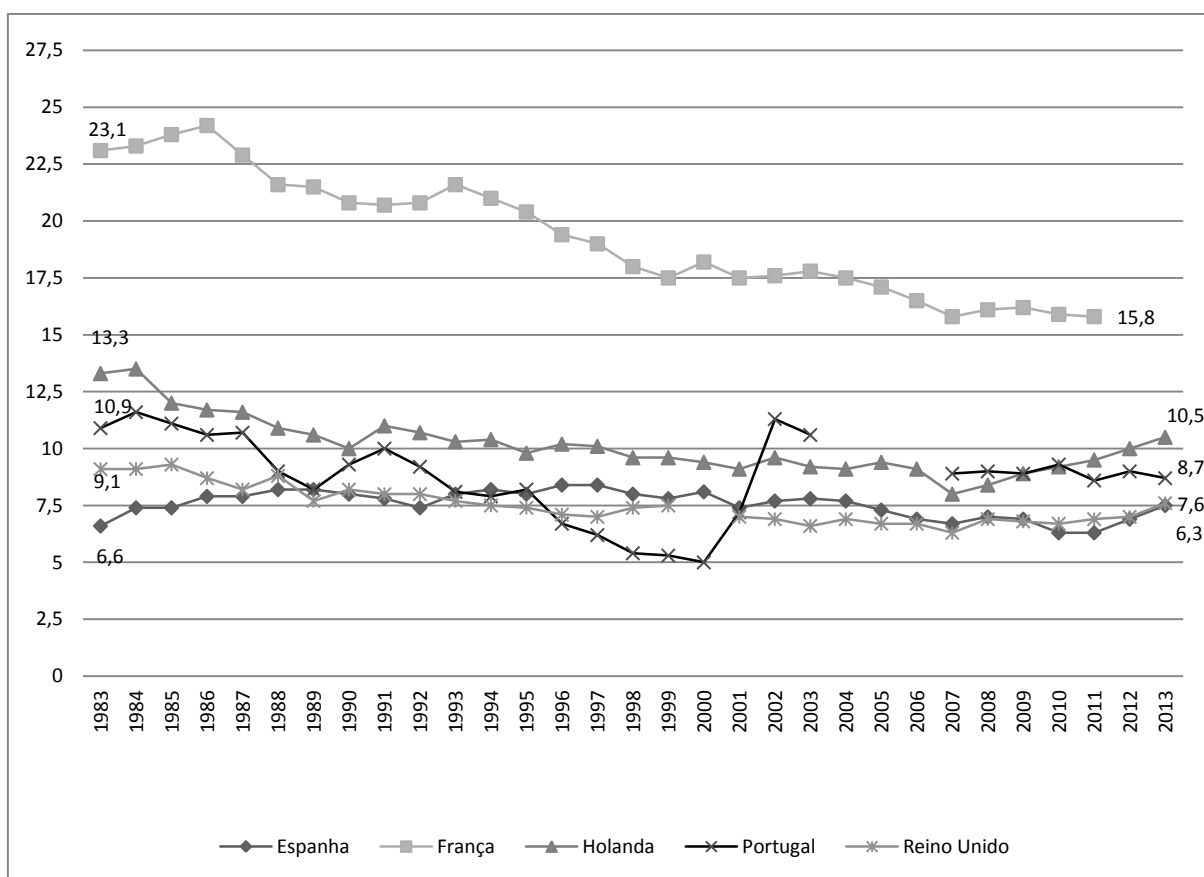
A mortalidade por acidente com transportes constitui uma das principais causas de morte na Europa (OCDE, 2014a). Este indicador em 1983 apresentava valores relativamente elevados, compreendidos entre as 34,2 mortes por 100.000 habitantes para Portugal e 12,8 óbitos por cada 100.000 habitantes na Holanda. Em 2011, assistiu-se a uma redução destes valores que oscilam entre as 3,2 mortes por 100.000 habitantes no Reino Unido e 8,7 em Portugal.

A diminuição da mortalidade causada por acidentes com transportes foi significativa, ainda que não tão acentuada como nos indicadores anteriores. Os países que apresentaram uma redução mais significativa, entre o ano de 1983 e 2010, foi Portugal e o Reino Unido que assistiram a uma redução de 79,8 e 74,6%, respetivamente, neste indicador.

5.7.7. Taxa de Suicídio

O suicídio apesar de não ser uma das principais causas de morte representa um indicador importante que permite obter informação indireta sobre o estado da sociedade (Eurostat, 2014). A taxa de suicídio registada nos países em análise apresenta-se na figura 5.21. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 5.21 - Evolução do número total de mortes por suicídio na Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 1983 e 2013, por 100.000 habitantes



Fonte: OCDE (2015e)

A análise comparativa entre 1983 e 2013 revela que a taxa de morte por suicídio nos cinco países desceu ligeiramente em Portugal, na Holanda e no Reino Unido e significativamente em França (Dados de 2011) enquanto Espanha constituiu uma exceção, observando um aumento de 0,9 mortes por 100.000 habitantes.

5.7.8. Perceção relativamente ao estado de Saúde

A OCDE promoveu a colheita de informação para este indicador através do relato sobre a perceção de cada cidadão com 15 anos ou mais de idade acerca do seu estado de saúde. Para este efeito, as respostas foram organizadas nos seguintes níveis:

- Bom | muito bom (ou excelente);
- Aceitável (nem bom, nem mau);
- Mau | muito mau (ou péssimo) (OCDE, 2014c).

O quadro seguinte organiza os resultados obtidos, entre 2004 e 2013 para este indicador:

Quadro 5.12 - Perceção dos cidadãos com mais de 15 anos, sobre o seu estado de saúde, em Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, entre 2004 e 2013 (em percentagem)

	Estado de Saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Espanha	Bom Muito Bom	64,6	66,9	67,9	67,4	72,8	71,1	71,9	75,1	74,3	71,6
	Aceitável	22	20,5	19,8	21	19,4	20,2	19,9	17,4	17,6	19,9
	Mau Muito mau	13,5	12,5	12,3	11,6	7,8	8,7	8,1	7,5	8,1	8,5
França	Bom Muito Bom	67,6	68,7	69,2	71,1	69,1	68,6	67,3	67,6	68,1	67,2
	Aceitável	21,6	21,4	21,2	20	22,4	22,4	23,8	23,6	23,4	24,3
	Mau Muito mau	10,7	9,9	9,6	8,9	8,5	9,1	8,9	8,8	8,5	8,5
Holanda	Bom Muito Bom	-----	76,2	76,8	76,3	77,3	77,7	78	76,3	75,6	75,6
	Aceitável	-----	18,5	18	18,8	17,4	17,5	17	17,9	18,6	19,1
	Mau Muito mau	-----	5,2	5,2	4,9	5,3	4,9	5	5,7	5,8	5,3
Portugal	Bom Muito Bom	45,3	45,8	48	45,8	48,3	47,7	49,1	49,7	48,1	46,1
	Aceitável	33,5	33,6	31,9	35,2	32,1	32,9	30,5	32,2	33,8	35,3
	Mau Muito mau	21,2	20,6	20,1	19	19,6	19,5	20,3	18	18,2	18,6
Reino Unido	Bom Muito Bom	-----	74,8	76,6	77,4	79,2	78,3	79,4	77,5	74,7	73,7
	Aceitável	-----	18	16,9	16,4	15,6	15,9	14,8	16,8	17,1	18
	Mau Muito mau	-----	7,2	6,4	6,2	5,1	5,9	5,8	5,7	8,2	8,3

Fonte: OCDE (2015e)

A perceção do quanto ao estado de saúde como "bom, muito bom" aumenta ao longo do período de tempo considerado em Espanha, Portugal, diminuído na França, na Holanda e no Reino Unido. A consideração do estado de saúde como "aceitável" diminuiu em Espanha e Reino Unido e subiu em França, Holanda e Portugal. A perceção do estado de saúde como "mau, muito mau" diminuiu em Espanha, França, Portugal e apenas aumentou na Holanda e no Reino Unido.

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO

6. Caracterização do Estudo

Na base empírica deste estudo encontra-se a avaliação dos efeitos da combinação público-privado no desempenho do sistema de saúde em termos de eficiência, equidade no acesso e resultados em saúde. Tendo em vista aprofundar o conhecimento sobre os efeitos desta forma de relação, no contexto do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013 foi desenvolvido o presente projeto de investigação.

O período de tempo definido coincide com o período de existência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e acompanha um intenso percurso de reformas e de transformações de natureza política, económica e social. Para este efeito, definiu-se como pergunta de partida: "Quais os efeitos da combinação, entre público e privado, no desempenho e nos resultados do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013?". Deste modo, o estudo centrou-se na caracterização dos efeitos da combinação público-privado no desempenho do sistema português, na caracterização dos instrumentos de política de saúde, com efeitos no contexto da relação público-privado, no comportamento da eficiência, no acesso aos cuidados e nos resultados dos principais indicadores de saúde. Para avaliar estes parâmetros foram definidos um conjunto de objetivos gerais e específicos para este estudo.

Foi definido como Objetivo Geral deste estudo:

- Avaliar o impacto no desempenho e nos resultados globais em saúde determinado pelas alterações no modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013.

Foram igualmente definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- Caracterizar a evolução da combinação público-privado, no sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013.
- Caracterizar os instrumentos de política de saúde com efeitos no contexto de relação entre público e privado no período compreendido entre 1983 e 2013.
- Avaliar a evolução do sistema de saúde, no período compreendido entre 1983 e 2013, em termos de eficiência, equidade no acesso.
- Avaliar os efeitos da combinação público-privado, no período compreendido entre 1983 e 2013, no desempenho global e na evolução dos principais indicadores de saúde.

6.1. Metodologia de Investigação

A evolução da combinação público-privado, no sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013, é caracterizada com base nos seguintes momentos de investigação:

- Revisão exaustiva e sistemática da literatura publicada sob a forma de livros e artigos científicos;
- Análise documental de relatórios técnicos e de documentação legal publicada;
- Definição dos conceitos-chave de investigação (Quadro 6.1).

Pergunta de partida: "Quais os efeitos da combinação, entre público e privado, no desempenho e nos resultados do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013?"

Para este efeito, criou-se um modelo baseado em hipóteses de investigação formuladas com a partir da revisão da literatura:

- H1 - O aumento da participação do setor privado contribuiu para melhorar a eficiência do sistema de saúde;
- H2 - A equidade no acesso a cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação do setor privado no sistema de saúde;
- H3 - Existiu um diferencial positivo, nos resultados em saúde, traduzidos em indicadores de saúde, por influência do aumento da participação do setor privado no sistema de saúde.

Quadro 6.1 - Definição dos conceitos-chave de investigação

Conceitos-chave de Investigação	
Sistema de Saúde	1-O sistema de saúde visa a efetivação do direito à proteção da saúde. 2-Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde. 3-Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis (LBS, Base IV Sistema de saúde e outras entidades)
Combinação entre Público e Privado	<i>"There is some recognition in international health policy debates that a "one size fits all" approach to policy development is ineffective (...) They may directly influence the scope and design of policies, and their speed of implementation, as well as influencing actors' interests and roles within policy change processes. Through these mechanisms, contextual features, in turn, shape the level and nature of impacts resulting from policy changes"</i> (Söderlund, Arana, & Goudge, p.3)
Relação entre Setores	Relações entre financiadores, prestadores, utentes e cidadãos e outros atores no contexto do sistema de saúde
Eficiência e Sustentabilidade	A eficiência pressupõe a obtenção de um determinado resultado em saúde, tendo em conta os recursos e o desempenho observado, tanto para a iniciativa pública como privada, acerca da forma como os meios (humanos, técnicos), infraestruturas estão a ser

	geridos (Gannon, 2004; Pereira, 2004) Existe sustentabilidade do financiamento do SNS se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo (Ministério da Saúde, 2007).
Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde	A equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos (Macinko & Starfield, 2002).
Resultados em Saúde	<i>"A health outcome refers to the effect or result of care or interventions on the health status of patients or populations"</i> (Donabedian, 1988, p.177). <i>"Changes in health status (mortality and morbidity) which result from the provision of health (or other) services"</i> (Burgess, 2011, p.130). <i>"Health outcomes are changes in health as a result of the level of care received"</i> (ACHORD, 2003).

Fonte: Elaboração própria

Por forma a dar resposta aos objetivos propostos e a testar as hipóteses formuladas, no âmbito desta dissertação, são utilizadas diferentes abordagens de investigação combinando métodos quantitativos e qualitativos.

A conjugação entre métodos quantitativos e qualitativos visa contribuir para a validação do estudo. A abordagem quantitativa comporta uma relevante importância nos estudos que recorrem a uma colheita de dados, tendo em vista o teste de hipóteses, permitindo uma análise estatística de acordo com a medição dos fatores (Coutinho, 2014; De Cuir-Gunby, 2008; Osborn, 2008; Sampieri, Collado & Lucio, 2006). Por outro lado, o recurso a abordagens qualitativas, como as entrevistas, junto dos principais atores e intervenientes, ao nível teórico e prático, no domínio em que se centra a investigação, permite obter a opinião baseada na realidade clarificando os resultados e apurando fatores que não se podem depreender apenas com a análise quantitativa. Deste modo, é possível evidenciar as condições reais, existentes no plano operacional, que podem influenciar os resultados (Coutinho, 2014; Foddy, 2002; Patton, 2015).

A estratégia definida para a realização deste estudo compreendeu uma revisão exaustiva da literatura bem como uma extensa análise documental tendo em vista a colheita de dados. A esta fase seguiu-se a definição dos conceitos-chave para a investigação e o estabelecimento de um conjunto de hipóteses de investigação baseadas na pesquisa exploratória de dados e na revisão da literatura. Depois de obtidos os dados da análise quantitativa e da sua contextualização, na evolução da combinação público-privado em saúde, avaliou-se a perceção dos principais atores, intervenientes no setor da saúde, sobre a problemática em causa, de modo a aprofundar a resposta aos objetivos específicos definidos para o presente estudo. Para este efeito, foram realizados questionários e entrevistas a indivíduos qualificados como peritos pela sua experiência profissional ou académica, que integram os diferentes grupos de

profissionais e de atores e cujo conhecimento e experiência são reconhecidos no sistema de saúde¹³⁰. O quadro seguinte apresenta as várias fases de realização do estudo.

Quadro 6.2 - Fases de realização do estudo


Fase 1	Revisão exaustiva e sistemática da literatura publicada sob a forma de livros e artigos científicos. Análise documental de relatórios técnicos e documentação legal publicada.
Fase 2	Definição das hipóteses em estudo.
Fase 3	Definição dos conceitos-chave e do modelo de análise.
Fase 4	Desenho de pesquisa - definição dos métodos de colheita de dados, definição dos métodos de tratamento de dados, seleção da população alvo e do método de amostragem.
Fase 5	Recolha de dados - indicadores de contexto, de estrutura e de desempenho.
Fase 6	Análise quantitativa dos indicadores.
Fase 7	Análise crítica dos resultados para os principais indicadores.
Fase 8	Aplicação de questionários e realização de entrevistas aos diferentes grupos de intervenientes.
Fase 9	Análise quantitativa dos questionários.
Fase 10	Análise de conteúdo das entrevistas realizadas.
Fase 11	Verificação das hipóteses e Conclusões.

Fonte: Elaboração própria

Em síntese resume-se o quadro de investigação do estudo:

¹³⁰ Vide cronograma em Anexo II

Quadro 6.3 - Quadro de Investigação

Pergunta de Partida	Objetivo da Investigação
Quais os efeitos da combinação, entre público e privado, no desempenho e nos resultados do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013?	Avaliar o impacto no desempenho e nos resultados globais em saúde determinado pelas alterações no modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português.
	
Domínio da Investigação	Domínio da Metodologia
Contexto	Resultados
Aprofundar o conhecimento sobre o impacto e as consequências da combinação entre público e privado, no contexto do sistema de saúde português, ao longo do período compreendido entre 1983 e 2013.	Identificação dos efeitos no desempenho global, do sistema de saúde português, em termos de eficiência, acesso e equidade e na evolução dos principais indicadores saúde.
Teorias	Contribuição
O estudo das relações entre público e privado, nos sistemas de saúde, tem contribuído para a produção de relevante evidência centrada, na dicotomia entre as ideologias de natureza conservadora e neoliberal e as reformistas de centro-esquerda de cariz social-democrata (Saltman, 2003). Este contexto de dicotomia ideológica tem contribuído para um continuado debate entre público e privado nas últimas décadas particularmente acentuado com a emergência dos modelos teóricos da Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>).	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a caracterização da evolução da combinação público-privado, no sistema de saúde português no período em análise; - Caracterizar os instrumentos de política de saúde com efeitos no contexto de relação entre público e privado; - Observar a evolução do sistema de saúde, no período em estudo, em termos de eficiência; - Avaliar a evolução do sistema de saúde, no período compreendido entre 1983 e 2013, em termos de eficiência, acesso e equidade. - Avaliar os efeitos da combinação público-privado, no período compreendido entre 1983 e 2013, no desempenho global e na evolução dos principais indicadores saúde.
Modelo	Metodologia
Avaliar a evolução do sistema de saúde em termos de repartição de papéis, dimensão e participação no sistema de saúde no período compreendido entre 1983 e 2013. Avaliar o impacto da relação entre público e privado nos diferenciais de eficiência, acesso e resultados em saúde.	Por forma a dar resposta aos objetivos da investigação foi utilizada uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos.
Conceitos-Chave	Fontes
Sistema de Saúde. Combinação entre Público e Privado. Relação entre setores. Eficiência e Sustentabilidade. Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde. Resultados em Saúde.	Bibliografia de referência suportada na evidência científica nacional e internacional. Legislação e documentos oficiais e relatórios nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, Tribunal de Contas, Entidade Reguladora da Saúde, OMS, OCDE, Eurostat, Banco Mundial).

Fonte: Elaboração própria

Nos pontos seguintes caracterizam-se as opções definidas, de uma forma mais aprofundada, para a realização deste estudo.

6.2. Orientações metodológicas definidas para a correlação dos indicadores

Tendo em vista caracterizar o comportamento e a respetiva evolução da combinação entre público e privado no sistema de saúde português, foi realizada uma análise quantitativa de um conjunto diversificado de indicadores ao longo do período em estudo (1983-2013).

A recolha de dados dos indicadores para o estudo baseou-se em publicações, relatórios, estudos e avaliações realizadas por um conjunto de entidades independentes, nacionais e internacionais, de reconhecido mérito técnico e científico (ACSS, DGS, INE, Ministério da Saúde, Pordata, Tribunal de Contas, Banco Mundial, Eurostat, OCDE e OMS). Saliente-se que, embora o presente estudo pretenda analisar o período entre 1983 e 2013, alguns indicadores apenas têm dados disponíveis e publicados sobre períodos de tempo mais reduzidos.

Para este efeito e com o propósito de dar uma resposta aos objetivos e às hipóteses formuladas para este estudo, os diferentes indicadores, já caracterizados no capítulo 5, foram agrupados em 3 grandes grupos.

- O primeiro grupo foi denominado por “indicadores de contexto”. Neste grupo foram identificados os indicadores que melhor caracterizam o estado do país e a respetiva evolução em termos de desenvolvimento económico, social e demográfico.
- O segundo grupo foi designado por “indicadores de estrutura” incorporando uma seleção de indicadores considerados relevantes, no contexto do sistema de saúde, ao nível dos recursos financeiros, técnicos e humanos.
- O terceiro grupo foi denominado por “indicadores de desempenho” agrupando um conjunto de indicadores ilustrativos do desempenho global do sistema de saúde - acesso, utilização e qualidade.

Todos os indicadores foram analisados no contexto nacional. Porém, os dois últimos conjuntos de indicadores (estrutura e desempenho) foram sujeitos a uma análise no contexto global do sistema de saúde discriminando, sempre que possível, os setores público e privado em termos de financiamento e de prestação de cuidados de saúde.

6.2.1. Objetivos

O presente estudo, através do recurso à metodologia quantitativa, procurou avaliar a existência de uma correlação entre um conjunto de indicadores de contexto, de estrutura, de acesso e utilização aos resultados em saúde no período em estudo (1983-2013).

6.2.2. Definição das variáveis

Em termos teóricos, uma variável corresponde a cada uma das características que se pretende estudar (St. Aubyn & Venes, 2011). Neste estudo, as variáveis em análise integraram um vasto conjunto de indicadores: económicos, demográficos, sociais, de recursos - financeiros, humanos e técnicos -, de acesso e utilização e de resultados em saúde. O quadro seguinte apresenta as variáveis agrupadas pelo tipo de indicador a que pertencem.

Quadro 6.4 - Variáveis em estudo na análise dos indicadores

Indicadores			Fontes de Recolha de Informação
Contexto	Económicos	Produto Interno Bruto (PIB) Défice Público em percentagem do PIB Dívida Pública Consumo Público em percentagem do PIB Consumo Privado em percentagem do PIB Consumo das famílias (total, em saúde e em percentagem do total) Taxa de Inflação	INE, Pordata, OCDE, Eurostat
	Demográficos	População Residente Número de Emigrantes	INE, Pordata, OCDE, Eurostat
	Sociais	Taxa de Desemprego Remuneração Média Rendimento disponível das Famílias em percentagem do PIB Taxa de risco de Pobreza (antes de qualquer transferência social) Taxa de risco de Pobreza (após transferências relativas a pensões) Taxa de risco de Pobreza (após transferências sociais)	INE, Pordata, OCDE, Eurostat
Estrutura	Recursos Financeiros	Despesa total corrente em Cuidados de Saúde em percentagem do PIB Despesa corrente pública em Saúde em percentagem do PIB Despesa corrente privada em Saúde em percentagem do PIB Despesa corrente privada familiar em Saúde Peso da despesa corrente familiar em Saúde (no total da despesa corrente em saúde)	Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS
	Recursos Humanos	Número de Médicos Número de Enfermeiros Número de Farmacêuticos Número de Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica	Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS
	Recursos Técnicos	Número de Hospitais Número de camas de internamento em Hospitais Número de Centros de Saúde Número de Farmácias e postos farmacêuticos móveis	INE, Pordata, Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS
	Acesso	Número de utentes inscritos no SIGIC Mediana do tempo de espera da lista de espera em cirurgia	INE, Pordata, Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS

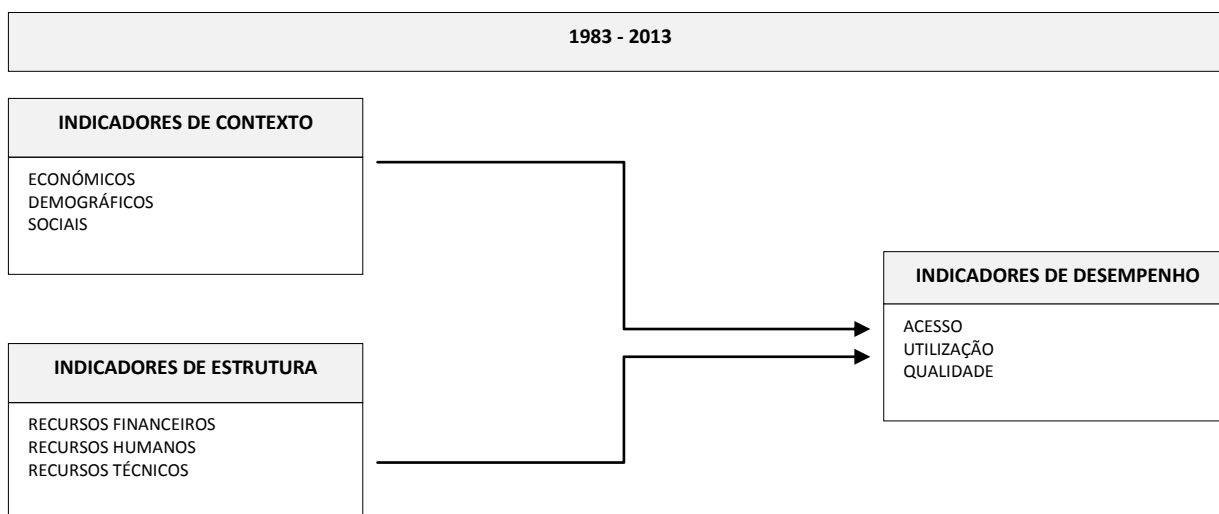
Desempenho	Utilização	Número de internamentos Número de dias de internamento Número de consultas médicas externa Número de atendimentos de urgências Número de cirurgias (grandes e médias) Número de meios complementares de terapêutica (MCT)	INE, Pordata, Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS
	Qualidade	Esperança média de vida à nascença Taxa bruta de mortalidade Taxa de mortalidade infantil Taxa de mortalidade materna Número de casos de SIDA Porcentagem de Cesarianas no total de partos Mortalidade por tumores Mortalidade por doenças do sistema circulatório Mortalidade por diabetes Mortalidade por perturbações mentais ou comportamentais Mortalidade por doenças do sistema respiratório Perceção da população quanto ao seu estado de saúde	INE, Pordata, Ministério da Saúde, ACSS, DGS, Eurostat, OMS

Fonte: Elaboração própria

6.2.3. Modelo de Análise

Para a realização da correlação entre os indicadores descrita no início desta seção elaborou-se um modelo de análise que se apresenta no quadro 6.5.

Quadro 6.5 - Modelo de análise definido para a correlação de indicadores



Fonte: Elaboração própria

Por forma a analisar a relação linear entre os diversos indicadores apresentados e os indicadores de desempenho, em termos de qualidade, procedeu-se ao cálculo e à respetiva análise dos coeficientes de correlação de Pearson. Este tipo de análise revela-se a mais indicada e potente na análise da relação linear entre variáveis quantitativas.

6.2.4. Amostra

A amostra para este estudo foi constituída pelos dados relativos a cada uma das referidas variáveis em Portugal, entre os anos de 1983 e 2013. No capítulo 5, encontra-se caracterizada a amostragem global para este estudo.

6.2.5. Fonte de Dados

As fontes selecionadas para a colheita de dados referem-se a um conjunto de entidades e organismos independentes, credenciadas e reconhecidas a nível nacional e internacional (Quadro 6.6).

Quadro 6.6 - Fontes de dados para o estudo

Fontes de Dados Nacionais	Fontes de Dados Internacionais
Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS)	Banco Mundial (BM)
Direcção-Geral de Saúde (DGS)	Eurostat
Ministério da Saúde (MS)	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)
Pordata	Organização Mundial de Saúde (OMS)
Tribunal de Contas (TC)	

Fonte: Elaboração própria

6.3. Orientações Metodológicas definidas para a aplicação de Questionários

Após a análise de correlação entre os diversos indicadores e a sua contextualização na evolução da combinação público-privado, em saúde, pretendeu-se estudar a perceção dos principais intervenientes no setor da saúde sobre a problemática em causa, de modo a aprofundar o conhecimento e a dar resposta aos objetivos específicos definidos para o presente estudo, bem como às hipóteses formuladas. Para este efeito, foram realizados questionários e entrevistas a indivíduos que integram os diferentes grupos de atores.

O método de inquérito através de questionário constitui um procedimento técnico utilizado na investigação empírica no âmbito das ciências sociais. Na base desta técnica encontra-se a formulação de um conjunto de perguntas direccionadas um grupo de inquiridos que pertencem à população alvo (Almeida & Pinto, 1995; Brace, 2013; Carmo & Ferreira, 1998).

A opção pela realização de questionários teve em conta o peso relativo das suas vantagens e desvantagens enquanto metodologia e os objetivos pretendidos para este estudo (Quadro 6.7):

Quadro 6.7 - Vantagens e desvantagens da realização de questionários

Vantagens e desvantagens da realização de questionários	
Principais Vantagens	Principais Desvantagens
Permite uma maior rapidez na colheita, análise e tratamento da informação; Permite a obtenção de amostras de maior dimensão; Tem um menor custo; Permite uma resposta a questões mais sensíveis que poderiam ser dissipadas por outros métodos; Possibilita manter o anonimato dos inquiridos.	Elevada probabilidade de não obter uma resposta; Dificuldade no controlo da taxa de resposta; As respostas podem depender da formação e habilitações literárias dos inquiridos; Não há interação direta com os entrevistados.

Fonte: Almeida & Pinto (1995); Brace (2013); Duarte (2013); Moreira (2009)

6.3.1. Objetivos

Com a finalidade de avaliar a perceção dos principais intervenientes, do setor da saúde em Portugal, sobre a problemática do estudo foi aplicado um questionário com os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os efeitos da combinação entre público e privado, no desempenho global do sistema de saúde, em termos de eficiência;
- Avaliar os efeitos da combinação entre público e privado, no desempenho global do sistema de saúde, em termos de equidade no acesso;
- Avaliar os efeitos da combinação entre público e privado, no desempenho global do sistema de saúde, em termos de resultados em saúde.

6.3.2. Modelo de Questionário

De acordo com a literatura, a construção de um questionário deve atender a vários aspetos que envolvem os objetivos da sua aplicação bem como as vantagens e as desvantagens do respetivo modelo e a caracterização da população alvo (Duarte, 2013; Moreira, 2009). No quadro seguinte apresenta-se uma relação das vantagens e desvantagens da introdução de questões abertas e fechadas no questionário, as quais foram tidas em conta na construção do questionário utilizado no presente estudo.

Quadro 6.8 - Tipos de questões: Abertas vs. Fechadas

Questões Abertas	
Principais Vantagens	Principais Desvantagens
Liberdade de expressão; Respostas mais variadas - colheita de mais informação; Reflete a opinião pessoal de forma clara sobre uma determinada questão; Possibilita respostas mais profundas.	A liberdade de expressão pode fazer com que a resposta fuja ao objetivo da questão; Dificuldade em categorizar as respostas.

Questões Fechadas	
Principais Vantagens	Principais Desvantagens
Limita a liberdade de expressão; O inquirido opta entre uma lista tipificada de respostas; Inquéritos de resposta rápida; Maior facilidade na análise das respostas dos inquiridos; Permite uma comparação das respostas com outras ferramentas para tratamento de dados; Consome menos tempo.	Não permite a obtenção de outras opções não previstas - condiciona as respostas; Pode não despertar tanto a atenção do inquirido.

Fonte: Almeida & Pinto (1995); Duarte (2013); Moreira (2009); Silva & Pinto (1986).

Na elaboração do questionário, aplicado neste estudo, foram tidos em conta outros aspetos referidos na literatura relativamente à sua construção os quais se apresentam no quadro 6.9:

Quadro 6.9 - Aspetos a ter em conta na construção de um questionário

Aspetos a ter em conta na construção de um questionário
O questionário deve: Estar logicamente organizado; Conter instruções de preenchimento; Abranger todos os aspetos a investigar; Deve apresentar uma estrutura agradável (não complexa); Não deve ser demasiado extenso; As questões devem conter termos claros e precisos de modo a evitar más interpretações (princípio de clareza); As questões devem ser diretas e ir ao encontro do objetivo (princípio da coerência); Não devem coexistir duas questões numa mesma pergunta; Respeitar os princípios da neutralidade (não direcionar as questões para a resposta pretendida por uma questão de opinião ou tendência pessoal do investigador); Não conter erros ortográficos, de gramática ou sintaxe.

Fonte: Almeida & Pinto (1995); Bruce (2013); Carmo e Ferreira (1998); Duarte (2013); Moreira (2009).

Na construção do questionário optou-se pela formulação de apenas questões fechadas. O questionário encontra-se dividido em 5 partes incluindo um total de 55 questões (Anexo IV):

- Dados pessoais dos respondentes (3 questões);
- Dados profissionais (atuais) dos respondentes (7 questões);
- Perceção sobre a eficiência do sistema de saúde português (15 questões);
- Perceção sobre o acesso a cuidados de saúde no sistema de saúde português (15 questões);
- Perceção sobre os resultados em saúde no sistema de saúde português (15 questões).

A perceção sobre a eficiência, acesso e ganhos em saúde do sistema de saúde português foi avaliada numa escala de concordância de 5 pontos¹³¹ em que 1 = Discordo totalmente e 5 = Concordo totalmente.

¹³¹ Tipo de escala utilizada como forma de registar o grau concordância ou de discordância perante uma determinada questão, afirmação, atitude, hipótese ou crença (Brace, 2013).

6.3.3. População Alvo | Amostra

A população alvo deste estudo foi constituída por indivíduos que desempenhem atualmente ou tenham desempenhado, nos últimos 10 anos, cargos de gestão (intermédia ou de topo) no setor da saúde, em Portugal. Na impossibilidade prática de abranger toda a população alvo, recorreu-se ao processo de amostragem intencional, tendo o questionário sido enviado a 600 indivíduos pertencentes à população alvo. Pretendeu-se abranger um conjunto significativo de profissionais, em cada um dos grupos de peritos, para que fosse possível obter uma amostra alargada com as diversas perceções entre os vários grupos. Ou seja, procurou-se através do processo de amostragem intencional abranger: diferentes experiências profissionais; o contato com os diferentes níveis de cuidados e setores de atividade; e o conhecimento da realidade pública e da privada. Foram rececionados 507 questionários devidamente preenchidos perfazendo uma taxa de resposta de 85%. Apresenta-se de seguida uma caracterização da amostra obtida do inquérito por questionário.

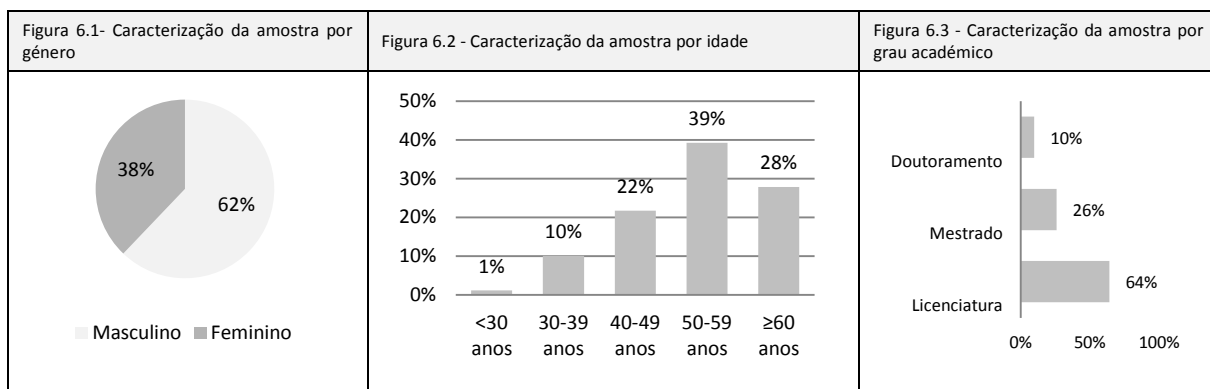
Quadro 6.10 - Caracterização da amostra dos inquiridos por questionário

Dados Pessoais					
Idade		Género		Grau Académico	
<30 anos	6	Masculino	315	Licenciatura	325
30-39 anos	51	Feminino	192	Mestrado	132
40-49 anos	110			Doutoramento	50
50-59 anos	199				
≥60 anos	141				

Dados Profissionais			
Setor de Atividade		Área de Atividade	
Público	174	Financiamento	23
Privado	168	Prestação de Cuidados	300
Ambos	145	Setor do Medicamento	57
Social	20	Tecnologias de Informação	18
Nível de Responsabilidade		Ensino	66
Sem funções de Gestão	132	Investigação	38
Gestão Intermédia	218	Consultadoria	58
Gestão de Topo	157	Outra	76
Experiência no Setor		Função Cargo	
<10 anos	67	Chefe de Serviço	72
11-20 anos	111	Diretor(a) de Serviço	132
21-30 anos	144	Diretor(a) Geral	30
31-40 anos	147	Administrador (a)	49
≥ 40 anos	38	Presidente CEO	44
		Docente Investigador(a)	22
		Decisor(a) Político	4
		Outra	154

Fonte: Elaboração própria

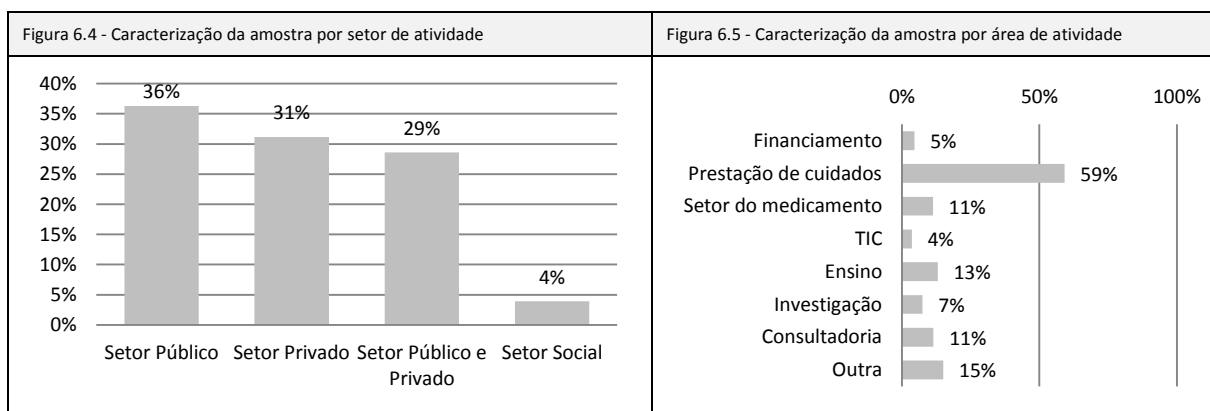
As figuras seguintes apresentam a caracterização dos dados pessoais da amostra em termos percentuais:



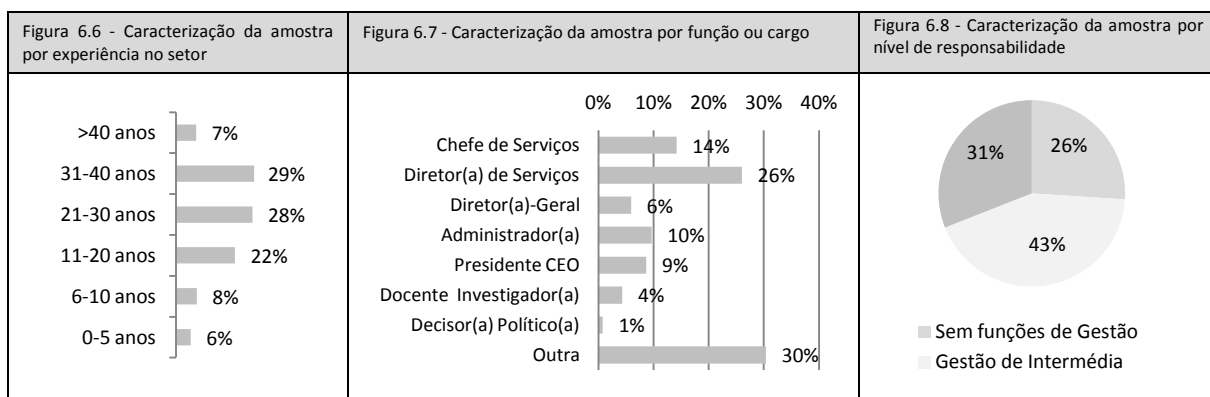
Fonte: Elaboração própria

Cerca de 62% dos inquiridos são do género masculino e 38% do género feminino (Figura 6.1). A amostra é composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 22 e os 84 anos, apresentando em média cerca de 53 anos. Em termos de grupos etários, 22% dos inquiridos tem entre 40 e 49 anos, 39% tem entre 50 e 59 anos e 28% tem pelo menos 60 anos (Figura 6.2). Em termos de qualificações académicas, 64% dos inquiridos são licenciados, 26% têm mestrado e 10% são doutorados (Figura 6.3).

As figuras seguintes caracterizam os dados profissionais da amostra em termos percentuais.



Fonte: Elaboração própria



Fonte: Elaboração própria

Os inquiridos trabalham, em média, há 25,6 anos no setor da saúde, sendo que cerca de 2/3 apresentam uma experiência profissional superior a 20 anos, neste setor, e mais de 1/3 têm uma experiência profissional no setor superior a 30 anos (Figura 6.6). Relativamente à situação profissional, a distribuição é equilibrada. Cerca de 36% dos inquiridos trabalha apenas no setor público, 31% no setor privado, 29% acumulam cargos em ambos os setores e 4% apenas no setor social (Figura 6.4).

Relativamente à situação profissional, foram registadas diversas coocorrências resultantes do facto de vários dos peritos entrevistados exercerem atividades profissionais, funções ou cargos associados ou em regime de acumulação. A maioria dos inquiridos trabalha na área de prestação de cuidados de saúde (59%). Um número significativo de inquiridos trabalha noutras áreas de atividade relacionadas com o setor da saúde, nomeadamente, ensino (13%), setor do medicamento (11%), consultadoria (11%), investigação (7%), financiamento (5%) e tecnologias de informação (4%) (Figura 6.5).

Em termos de nível de responsabilidade 43% dos inquiridos desempenham atualmente cargos de gestão intermédia, 31% cargos de gestão de topo e 26% não desempenham atualmente qualquer cargo de gestão (embora já tenham desempenhado no passado) (Figura 6.8). Mais especificamente 26% dos inquiridos são diretores de serviço, 14% são chefes de serviço, 10% são administradores, 9% exercem cargos de presidência ou CEO, 6% são diretores gerais, 4% são docentes ou investigadores e 1% são decisores políticos (Figura 6.7).

6.3.4. Tempo e Meios

A elaboração do questionário foi feita tendo por base a revisão da literatura. Os questionários foram colocados numa plataforma eletrónica (Qualtrics®) tendo a respetiva distribuição pela população-alvo sido feita através de correio eletrónico, de modo a facilitar a rapidez e a potenciar a taxa de resposta garantindo, simultaneamente, a confidencialidade e o anonimato. Previamente à distribuição generalizada foi realizado um pré-teste ao questionário a cinco indivíduos pertencentes à população-alvo, tendo as sugestões de melhoria sido devidamente analisadas e introduzidas. O questionário foi distribuído na plataforma eletrónica durante o início de 2015.

6.3.5. Modelo de Análise

A análise dos questionários foi realizada através do recurso a técnicas de estatística descritiva univariada e a testes de hipóteses não paramétricos, essenciais para uma adequada análise de dados (Pinto, 2012) (Anexo V). Posteriormente, e por forma a analisar em profundidade os objetivos

definidos no estudo, complementando os resultados obtidos com os questionários, foram realizadas entrevistas a pessoas dos diversos grupos as quais foram sujeitas a análise qualitativa de conteúdo.

6.3.6. Considerações Éticas

A elaboração e a aplicação dos questionários teve em conta as considerações éticas aplicáveis, nomeadamente, a garantia do anonimato aos inquiridos, assegurando a inexistência de qualquer referência aos próprios ou às entidades de afiliação bem como quanto à confidencialidade das informações transmitidas.

6.4. Orientações metodológicas definidas para a realização de Entrevistas

A elaboração do guião de suporte (Anexo VI) foi precedida da realização de 5 entrevistas exploratórias com o propósito de reforçar a validade do estudo e identificar aspetos relevantes a incorporar nas conclusões do estudo.

As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, de acordo com o guião prévio, tendo em atenção os objetivos pretendidos tendo sido, posteriormente, analisadas através do recurso à técnica de análise de conteúdo. A introdução desta ferramenta qualitativa permite apurar dados e informações transmitidas diretamente pelos entrevistados decorrentes da respetiva formação, experiências e opiniões pessoais que por vezes, de outro modo, se tornam difíceis de obter quando se recorre a um mero questionário (Foddy, 2002; Wilson, 2014).

6.4.1. Objetivos

A realização de entrevistas, neste estudo, enquanto suporte à investigação teve em vista aferir a perceção dos peritos acerca:

- Da evolução do sistema de saúde em Portugal, entre 1983 e 2013;
- Dos efeitos da combinação entre público e privado na eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde;
- Dos efeitos da relação entre os setores público e privado ao nível da complementaridade e da competitividade;
- Dos efeitos da combinação entre público e privado nas condições de acesso aos cuidados de saúde;

- Dos efeitos da combinação entre público e privado nos resultados e nos principais indicadores de saúde.

6.4.2. População | Amostra

A população alvo para a realização das entrevistas coincidiu com a população alvo dos questionários, ou seja, incluiu os profissionais com reconhecida experiência e envolvimento no sistema de saúde - gestores, administradores, decisores políticos, docentes, investigadores e outros profissionais que exercem ou já exerceram, pelo menos nos últimos 10 anos, funções ou cargos de liderança, gestão, direção ou coordenação no sistema de saúde. Tendo em vista a validação dos resultados, a amostra incidu num conjunto de profissionais que pela sua carreira, formação, experiência profissional, atividades de ensino e de investigação adquiriram o estatuto de peritos pelas suas características conjugadas de conhecimento e experiência no setor da saúde. Foi selecionada uma amostra intencional de 115 peritos, cuja caracterização se apresenta no quadro seguinte. Nos dados apresentados, foram registadas diversas coocorrências resultantes do facto de vários dos peritos entrevistados exercerem atividades profissionais, funções ou cargos associados ou em regime de acumulação.

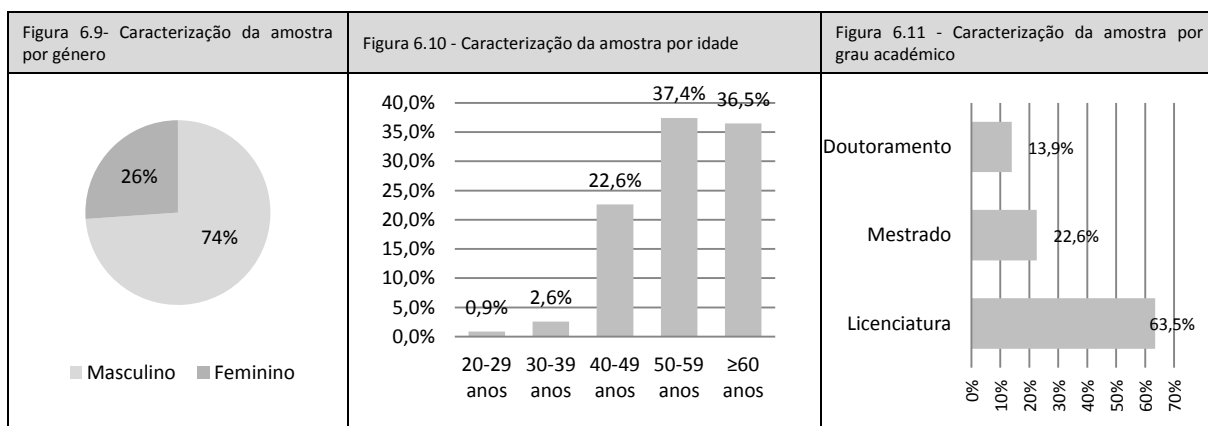
Quadro 6.11 - Caracterização da amostra das entrevistas

Dados Pessoais					
Idade		Género		Grau Académico	
20-29 anos	1	Masculino	85	Licenciatura	73
30-39 anos	3	Feminino	30	Mestrado	26
40-49 anos	26			Doutoramento	16
50-59 anos	43				
≥60 anos	42				

Dados Profissionais			
Setor de Atividade		Situação Profissional	
Setor Público	48	Médico	45
Setor Privado	50	Enfermeiro	8
Setor Social	1	Farmacêutico	5
Setor Público e Privado	14	Gestor	70
Setor Público e Social	2	Docente	16
Experiência no Setor		Investigador	13
< 5 anos	0	Decisor Político	13
6-19 anos	8	Outros	4
20-29 anos	28	Função de Gestão	
≥ 30 anos	79	Gestão intermédia	51
		Gestão de topo	36
		Sem funções de gestão	5
		Chefe de Serviço	29
		Diretor de Serviço	21
		Diretor-Geral	6
		Administrador	14
		Presidente CEO	12

Fonte: Elaboração própria

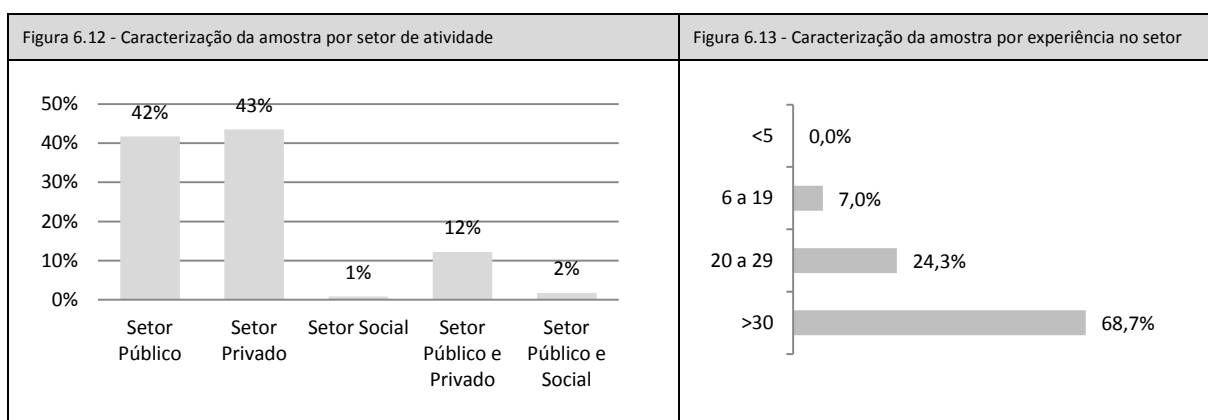
As figuras seguintes apresentam a caracterização dos dados pessoais da amostra em termos percentuais.



Fonte: Elaboração própria

Cerca de 74% dos entrevistados pertencem ao género masculino e 26% ao género feminino (Figura 6.9). A amostra é maioritariamente constituída por indivíduos com idades superiores a 40 anos. Em termos de grupos etários, 37,4% dos peritos têm entre 50 e 59 anos e 36,5% tem mais de 60 anos de idade (Figura 6.10). Em termos do grau académico, cerca de 63,5% dos peritos são licenciados, 22,6% têm mestrado e 16% são doutorados (Figura 6.11).

As figuras seguintes caracterizam os dados profissionais da amostra em termos percentuais.

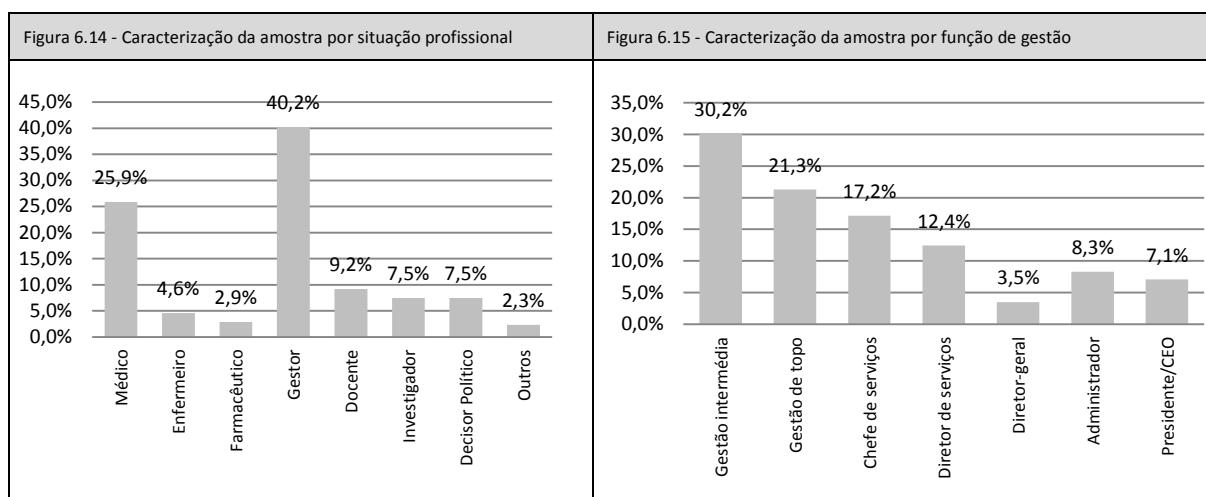


Fonte: Elaboração própria

Os entrevistados desenvolvem a sua atividade, na maioria dos casos, no setor privado (43%) ou no setor público (42%) registando-se uma percentagem de casos de peritos (12%) que exercem a sua atividade em ambos os setores. Há ainda registo de atividade de entrevistados com atividade apenas no setor social (1%) e ainda de outros que exercem, cumulativamente, funções no setor público e também no setor social (2%). Em relação ao tempo de experiência profissional, a maioria dos entrevistados

(aproximadamente 93%) tem pelo menos 20 anos de experiência no setor sendo que, a maioria dos (mais de 2/3) afirma ter mais de 30 anos de experiência profissional (Figura 6.13).

Nas figuras seguintes apresentam-se, relativamente aos entrevistados, os dados referentes à experiência profissional e às diferentes funções de gestão desempenhadas.



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à situação profissional os dados revelaram uma grande diversificação:

- 33,4% dos entrevistados são profissionais de saúde (25,9% médicos; 4,6% enfermeiros e 2,9% são farmacêuticos);
- 40,2% dos entrevistados desempenham funções de gestão. Destes, 30,2% têm funções de gestão intermédia; 21,3% desempenham funções de gestão de topo; 17,2% são chefes de serviço; 12,4% são diretores de serviços; 3,5% desempenham funções de diretor-geral; 8,3% desempenham o cargo de administrador e 7,1% de presidente CEO;
- 16,7% dos entrevistados apresentam experiência profissional na área do ensino (9,2%) e da investigação (7,5%);
- 7,5% dos entrevistados têm experiência enquanto decisores políticos.

6.4.3. Tempo e Meios

A realização das entrevistas decorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2015. As mesmas decorreram em ambiente neutro, sem qualquer interferência ou interrupção. As respostas e opiniões expressas foram validadas com os entrevistados¹³².

¹³² As entrevistas realizadas encontram-se, na íntegra, no Anexo VII.

6.4.4. Metodologia de Análise das Entrevistas

A realização das entrevistas foi precedida da aplicação de um questionário e de uma análise estatística de correlação de um conjunto diversificado de indicadores. Como anteriormente referido, o objetivo da aplicação deste método qualitativo foi a recolha, de uma forma mais direta e aprofundada, das opiniões e perceções dos peritos selecionados sobre a temática em estudo. Tendo em vista este objetivo, recorreu-se à aplicação da técnica de análise de conteúdo para recolher toda a informação da forma mais natural possível, observando a riqueza interpretativa de cada frase proferida pelos entrevistados (Sampieri et al., 2006).

A análise das entrevistas foi realizada através do recurso à aplicação Maxqda 11® (versão 1.50305). A aplicação informática foi completada com uma análise semântica efetuada por uma leitura atenta das entrevistas no sentido de confrontar a informação recolhida com a análise lexical da aplicação de modo a garantir uma correta interpretação das opiniões expressas pelos peritos. A partir da conjugação da ferramenta aplicacional com a análise semântica construiu-se uma tabela de resultados (Anexo VIII).

Tendo em vista a conceptualização da análise de conteúdo procedeu-se a uma predefinição das categorias com o objetivo de conciliar as entrevistas com os objetivos definidos para o estudo.

6.4.5. Categorização

A categorização pretende classificar e organizar em unidades os elementos que constituem a mensagem de acordo com o objetivo da análise (Bardim, 2006; Goulard, 2006) ou seja, ao codificar o material, devendo a análise de conteúdo “produzir um sistema de categorias que permita organizá-lo” (Goulard, 2006, p. 167).

Para a definição das categorias foram tidas em conta as hipóteses que se pretende validar. Assim, as categorias incidiram:

- Na eficiência global do sistema de saúde;
- Na equidade do acesso ao sistema de saúde;
- Nos resultados no sistema de saúde.

Quadro 6.12 - Categorização da análise de conteúdo

Categoria	Definição	Subcategoria	Definição
1 Resultados de eficiência na combinação público-privado	Entendimento do valor resultante da relação entre os setores público e privado em termos de ganhos de eficiência pela conjugação de maior participação do financiamento e da prestação de cuidados de saúde privados	Concorrência e cooperação entre os setores público e privado	Reflexão sobre os ganhos de eficiência provenientes do aumento de competitividade entre os setores público e privado
		Participação do setor privado enquanto financiador de cuidados de saúde	Reflexão sobre a evolução do financiamento privado no setor da saúde
2 Compreensão relativa à melhoria da equidade no acesso com a combinação público-privado	Consideração relativamente aos resultados em termos de equidade no acesso pela conjugação de maior participação do financiamento e da prestação de cuidados de saúde privados	Acesso através de cooperação e contratualização entre os setores público e privado	Perceção sobre as principais áreas de colaboração e cooperação entre os setores público e privado
		Cobertura geral e universalidade dos cuidados de saúde	Perceção sobre o aumento da cobertura de cuidados com o aumento da participação do setor privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde
3 Perceção sobre os ganhos em saúde resultantes da combinação público-privado	Reflexão acerca das melhorias no estado de saúde dos portugueses resultantes da conjugação de maior participação do financiamento e da prestação de cuidados de saúde privados	Indicadores de saúde	Perceção sobre a melhoria dos indicadores em saúde com o aumento da participação do setor privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde
		Resultados em saúde	Reflexão sobre o resultado do aumento da participação do setor privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde

Fonte: Elaboração própria

Após terem sido definidas as categorias foi construído o guião das entrevistas no qual se fizeram corresponder um conjunto de questões a cada categoria tendo em vista os objetivos do estudo.

Quadro 6.13 - Guião da entrevista

Categoria 1 Resultados de na Efeitos da combinação público-privado na eficiência e na sustentabilidade do sistema de saúde
Q1. A combinação público-privado na saúde pode ser vista numa perspetiva de complementaridade ou de competitividade entre os setores. Como interpreta estas formas de relação perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde?
Q2. Tendo em conta que o financiamento e a prestação de cuidados têm sido maioritariamente públicos, entende a participação privada como um contributo útil para a eficiência do sistema de saúde? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

Categoria 2 Percepção relativa à melhoria da equidade no acesso com a combinação público-privado
Q3. Considera que o acesso aos cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação privada no sistema de saúde português? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?
Q4. Considera que o aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde contribuiu para o reforço da respetiva cobertura geral e universal? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

Categoria 3 Percepção sobre os resultados em saúde resultantes da combinação público-privado
Q5. Considera que o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados, influenciou positivamente os indicadores de mortalidade e morbilidade? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?
Q6. Considera que o reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados contribuiu para melhorar o desempenho do sistema ao nível dos ganhos em saúde? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

Fonte: Elaboração própria

No processo de análise de conteúdo foi ajustado o processo de codificação através do levantamento de unidades de contexto (segmentos da resposta) e da formação de unidades de registo (inferidas a partir de uma análise formal, semântica ou temática das unidades de contexto) (Bardin, 2006). Para finalizar, atribuíram-se as unidades de registo às respetivas categorias e subcategorias.

6.4.6. Considerações Éticas

A realização das entrevistas teve em conta as considerações éticas aplicáveis, nomeadamente, a garantia do anonimato aos entrevistados e a confidencialidade das informações transmitidas, no respetivo contexto, bem como a inexistência de qualquer referência aos próprios ou às entidades de afiliação.

7. Caracterização das Políticas de Saúde no contexto de relação Público-Privado: principais indicadores

O desempenho do sistema de saúde resulta da implementação de políticas de saúde que visam um conjunto de processos, definidos pelo Estado, que englobam atividades de planeamento, decisão e execução de medidas cujos objetivos se centram na promoção do bem-estar da população, na prevenção da doença e na vigilância da saúde (Mackenbach & Mckee, 2013).

Na década de 80 registou-se, por toda a Europa, uma evolução nas políticas de saúde com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos sistemas face ao crescimento da componente pública da despesa em saúde. Apesar do foco de atenção das políticas de saúde se centrar no cidadão, visando a manutenção e a recuperação dos seus níveis de saúde, começaram a ser levantadas algumas questões relativamente ao papel do Estado no financiamento, na prestação de cuidados e na função de regulação (Wendt, 2009; Saltman, 1994a).

A participação do Estado e das entidades privadas e sociais no cumprimento dos objetivos definidos pelas políticas de saúde centrou-se na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, garantindo, para esse efeito, os recursos necessários e a equidade no acesso. Esta situação concitou, nos vários países da OCDE, um interesse acrescido pela avaliação dos resultados em saúde face às diferentes medidas implementadas (Oderkirk, Ronchi, & Klazinga, 2013).

Nas últimas três décadas, face à vulnerabilidade das políticas de saúde e às constantes mudanças no contexto económico e social, diferentes organismos - OCDE, a OMS, o Banco Mundial e a CE - concentraram uma especial atenção nesta área. Neste sentido foram publicados, nos diferentes países, múltiplos relatórios de análise e de comparação centrados nas políticas de saúde e com particular atenção nas questões da equidade, da eficiência, do financiamento, da relação entre setores e a sustentabilidade futura dos sistemas de saúde.

7.1. A avaliação do Desempenho dos Sistemas e das Políticas de Saúde

A avaliação do desempenho, dos sistemas e das políticas de saúde, não poderá ficar confinada apenas ao nível dos resultados em saúde na medida em que deixaria de fora importantes fatores que condicionam a implementação das políticas e influenciam os respetivos resultados (Baldock, 2007; Cardim, Mota & Pereira, 2011; Pereirinha, 2008).

A capacidade do Estado em implementar, dar continuidade, ajustar ou descontinuar medidas de política encontra-se condicionada por um conjunto de fatores relacionados diretamente com a saúde e com os resultados obtidos, mas também com um conjunto de outros elementos, de natureza multisetorial, que relacionam o setor da saúde, com as questões sociais, económicas e demográficas (Dye, 2002; Hill, 2005; Weissert & Weissert, 2012).

A obtenção de ganhos em saúde está estreitamente relacionada com a qualidade de vida da população (Hoffmann, 2009; Nordenfelt, 1994; Patrick & Erickson, 1993). A conjugação entre sustentabilidade do sistema de saúde e aquisição de ganhos em saúde está diretamente relacionada com as condições sociais e económicas dos cidadãos, em termos de rendimento, poder de compra, empregabilidade entre outros (Hsiao & Heller, 2007; McCarthy, 2001; Weissert & Weissert, 2012). De acordo com Ferrinho *et al.* (2014) a variação das despesas em saúde "entre diferentes países está relacionada com um conjunto de fatores, entre outros, as características dos sistemas de saúde, a estrutura demográfica da população e o PIB *per capita*" (p. 100).

Nos pontos seguintes, analisa-se a evolução de um conjunto de indicadores relacionados com o desempenho do sistema de saúde no período compreendido entre 1983 e 2013. Para este efeito, na seleção dos mesmos teve-se em conta que a política de saúde, tal como outra qualquer política pública, pode influenciar ou ser influenciada por um conjunto de fatores sociais, económicos e demográficos, podendo igualmente ser continuada ou redirecionada em função de resultados concretos na saúde da população (Birkland, 2010; Dye, 2002). Neste sentido, para além da avaliação do desempenho do sistema de saúde em termos de recursos, acesso, utilização, resultados e qualidade, caracterizou-se também, para o caso português, a evolução de dados relativos a outros fatores que condicionam a ação política na saúde - económicos, demográficos e sociais.

7.2. Indicadores Económicos

A macroeconomia consiste no estudo global do comportamento e do desempenho da economia através da relação e interação entre os fatores ou forças que a determinam como por exemplo: o nível de crescimento, a evolução dos preços e a balança de pagamentos (Dwivedi, 2010; Kennedy, 2011). Em relação à orientação política, a macroeconomia analisa o funcionamento e a eficácia das políticas monetária e fiscal proporcionando a definição de um quadro teórico que permite investigar as causas e os efeitos dos problemas económicos - desemprego, inflação, recessão, depressão, estagnação - permitindo, ao mesmo tempo, delinear as medidas políticas destinadas a corrigir estes problemas (Dwivedi, 2010).

Para melhor compreender os objetivos da macroeconomia Dwivedi (2010) definiu um conjunto de questões teóricas às quais a macroeconomia pretende dar respostas (Quadro 7.1):

Quadro 7.1 - Questões-chave para a caracterização dos objetivos da macroeconomia

1. O que determina os níveis de atividade económica, a produção total, o nível geral de preços, ou a taxa global de emprego de um país?
2. O que dá origem às flutuações na produção nacional e no emprego?
3. O que determina o nível geral de preços em um país?
4. O que determina o nível do comércio externo e da balança comercial?
5. O que causa desequilíbrio no balanço de pagamentos de um país?
6. O que relaciona o modo como as políticas monetárias e fiscais do governo afetam a economia?
7. O que relaciona o modo como as políticas económicas se podem implementar para conduzir a economia para o crescimento?

Fonte: Dwivedi (2010)

No que diz respeito ao sistema de saúde, as políticas macroeconómicas podem interferir através dos seguintes mecanismos:

- Pelo investimento em programas sociais (ex: ações de sensibilização, educação e ensino);
- Por meio de intervenções de ordem fiscal (prémios de seguros de saúde, impostos especiais de consumo e sobre o tabaco e álcool);
- Através da política monetária afetando diretamente os preços das vacinas e medicamentos importados (Hsiao & Heller, 2007; Kennedy, 2011).

No quadro seguinte identificam-se sete indicadores económicos centrais com influência no desenvolvimento do sistema de saúde (Quadro 7.2):

Quadro 7.2 - Indicadores económicos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

Indicadores Económicos	Produto Interno Bruto (PIB)
	Défice Público em percentagem do PIB
	Dívida Pública
	Consumo Público em percentagem do PIB
	Consumo Privado em percentagem do PIB
	Despesa total Consumo das Famílias
	Taxa de Inflação

Fonte: Elaboração própria

7.2.1. Produto Interno Bruto

O Produto Interno Bruto (PIB) é uma medida agregada de produção igual à soma dos valores adicionados brutos, à soma das utilizações finais de bens e serviços ou à soma dos rendimentos primários distribuídos pelas unidades produtoras residentes (OCDE, 2002). Esta definição da OCDE remete para um resultado final da atividade de produção de determinadas unidades produtivas que pode ser definido por três diferentes posições:

- a) Pela ótica da oferta ou da produção (considera a forma como a riqueza é criada);
- b) Pela ótica do rendimento (considera a forma como a riqueza é distribuída);
- c) Pela ótica da procura e da despesa (considera a forma como a riqueza é gasta) (Quadro 7.3):

Quadro 7.3 - Diferentes óticas na definição do PIB

Ótica da Produção	O PIB é igual à soma dos valores acrescentados brutos dos diferentes setores institucionais ou ramos de atividade, mais os impostos líquidos dos subsídios aos produtos (que não são afetados aos setores e ramos de atividade). É igualmente o saldo da conta de produção total da economia.
Ótica da Despesa	O PIB é igual à soma das utilizações finais de bens e serviços (consumo final e formação bruta de capital) das unidades institucionais residentes, mais a exportação e menos a importação de bens e serviços.
Ótica do Rendimento	O PIB é igual à soma das utilizações da conta de exploração do total da economia (remuneração dos empregados, impostos sobre a produção e a importação líquidos de subsídios, excedente bruto de exploração e rendimento misto do total da economia). Os valores são brutos quando não deduzem o consumo de capital fixo.

Fonte: SEC (2010); Samuelson & Lordhaus (2010); Silva (2011)

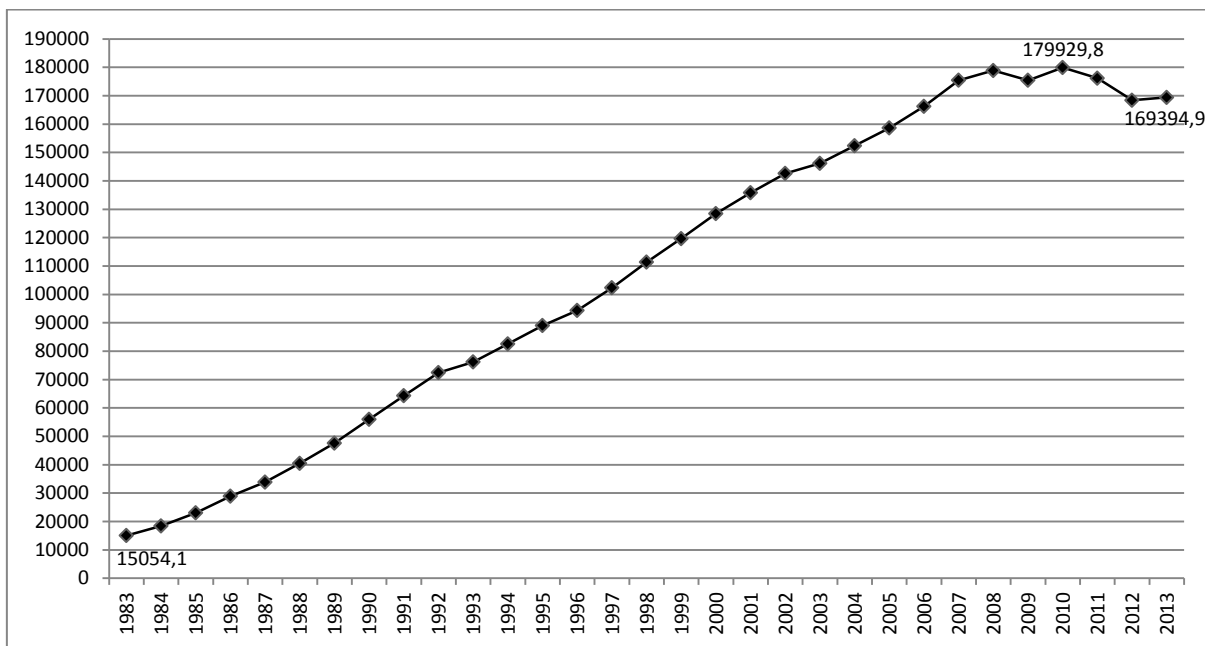
Para simplificar, alguns autores definem PIB como o valor de mercado de todos os bens e serviços finais produzidos dentro de um país, num determinado período de tempo (Mankiw, 2013; Mankiw & Taylor, 2006; Silva, 2011). Trata-se de uma medida aplicada para avaliar o desempenho da economia de um país que permite relacioná-la com a de outros ou seja, o PIB é a riqueza¹³³ que um país consegue gerar (SEC, 2010).

O PIB é uma das medidas mais importantes utilizadas na macroeconomia (Samuelson & Lordhaus, 2010). Este indicador, por norma é utilizado como referência para o desenvolvimento (PIB por habitante), para a produtividade (PIB por trabalhador), para a sustentabilidade orçamental (dívida pública em percentagem do PIB) ou para o equilíbrio externo (saldos da balança corrente e de capital em percentagem do PIB) (SEC, 2010). A partir deste tipo de instrumentos torna-se possível acompanhar o crescimento económico de um país tornando possível a definição e a reformulação das políticas (Krugman & Wells, 2012; Yamarone, 2012).

¹³³ Que resulta das atividades das pessoas, empresas, entidades públicas e privadas, envolvendo tudo o que se produz, o que se compra, o que se investe ou o que se exporta (SEC, 2010).

De acordo com Burda & Wyplosz (2012), numa análise macroeconómica, é importante analisar a crescimento sustentado do PIB, ao longo dos anos, e a existência de flutuações em torno da tendência geral. A figura seguinte apresenta os dados relativos à evolução do PIB em Portugal, em euros, a preços correntes para os anos 1983 a 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.1 - Evolução do PIB em Portugal, entre os anos 1983 e 2013 (em milhões de euros)



Fonte: OCDE (2015d)

Em Portugal, no período em estudo (1983-2013), o PIB apresentou um crescimento global, na ordem dos 1025 pontos percentuais passando de cerca de 15 mil milhões em 1983 para 169 mil milhões em 2013. No entanto, apesar deste crescimento, o PIB apresentou o seu valor mais elevado em 2010 com cerca de 179,9 mil milhões tendo apresentado uma contração contínua do seu valor caindo cerca de 5,86% para 2013. Este facto representou uma perda muito significativa do poder económico do país.

7.2.2. Défice Público em percentagem do PIB

O défice público resulta sempre que um excesso de gastos públicos ultrapassa a receita disponível para os pagar durante um determinado período de tempo (por norma um ano civil) (Arnold, 2014). Ou seja, ocorre quando "as despesas do Estado são superiores às suas receitas, isto é, sempre que os dinheiros públicos, anualmente recebidos pelas administrações públicas, não chegam para cobrir as respetivas despesas anuais existe défice orçamental" (Moreno, 2010, p. 23).

Por norma, o défice público ocorre como um resultado das crises financeiras. Na última década, a maioria dos países da OCDE registou constrangimentos ao nível do desempenho económico o que conduziu a um agravamento dos défices orçamentais e a elevados níveis de dívida. Em diversos países, registou-se mesmo incumprimento do pacto de estabilidade na UE¹³⁴ (Baskaran, 2012; Batrancea, Batrancea & Nichita, 2011).

A existência de um elevado défice público tem repercussões na economia. Tendo por base o conceito de poupança nacional, como a soma dos resultados públicos e privados, um défice orçamental reduz a riqueza nacional e consequentemente o crescimento da economia e do PIB agravando, por norma, as taxas de juro. Isto torna o mercado da dívida menos interessante para os investidores externos (Mankiw, 2013) tornando mais difícil o financiamento externo e reduzindo o investimento o qual é indispensável para o crescimento económico a longo prazo.

O apuramento do défice público é expresso em função da percentagem que representa no PIB. No quadro e figura seguintes apresenta-se a evolução do total do défice público, em Portugal, por anos face ao PIB:

Quadro 7.4 - Déficit público português em percentagem do PIB, entre 1995 e 2013

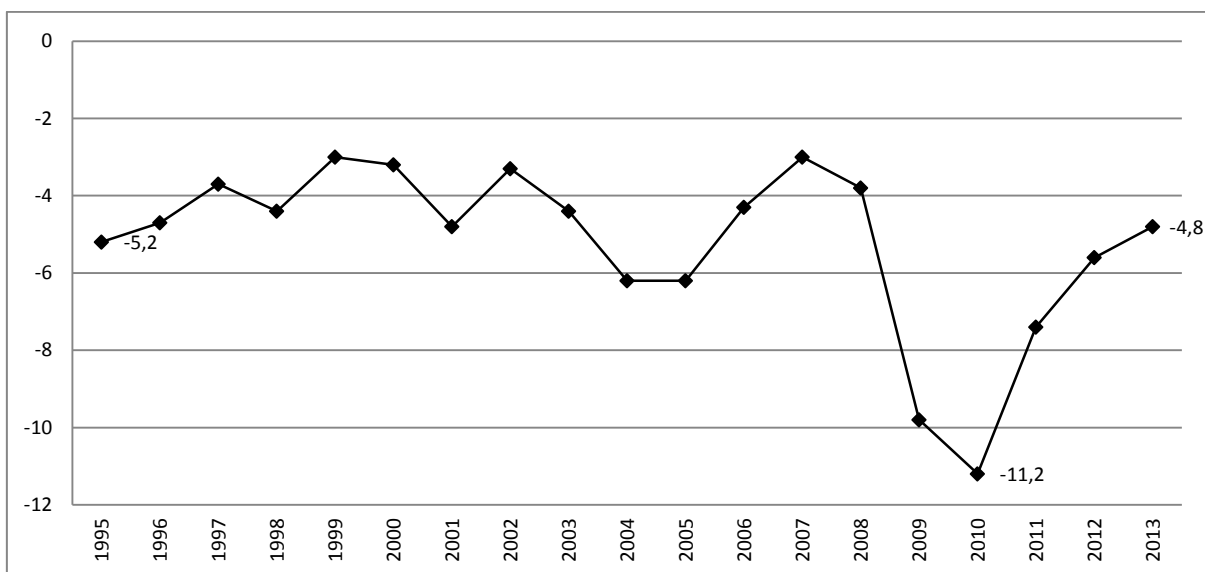
Anos	Despesas em % PIB	Receitas em % PIB	Défice Excedente Público em % PIB
1995	42,6	37,4	- 5,2
1996	43,1	38,4	- 4,7
1997	42,4	38,7	- 3,7
1998	42,7	38,3	- 4,4
1999	42,6	39,5	- 3,0
2000	42,6	39,4	- 3,2
2001	44,1	39,3	- 4,8
2002	43,7	40,4	- 3,3
2003	45,3	40,9	- 4,4
2004	46,1	39,9	- 6,2
2005	46,7	40,5	- 6,2
2006	45,2	40,9	- 4,3
2007	44,5	41,5	- 3,0
2008	45,3	41,6	- 3,8
2009	50,2	40,4	- 9,8
2010	51,8	40,6	- 11,2
2011	50	42,6	- 7,4
2012	48,5	42,9	- 5,6
2013	50,1	45,2	- 4,8

Fonte: PORDATA (2015a)

¹³⁴ De acordo com o Tratado de Maastricht os países têm de cumprir vários critérios de convergência entre os quais se destacam as seguintes:

- Uma taxa de inflação não superior a 1,5% superior à média das três taxas de inflação mais baixas dos Estados membros da UE em relação ao ano anterior;
- As taxas de juro de longo prazo não devem exceder em mais de 2% as taxas de inflação mais baixas dos países da UE em relação ao ano anterior;
- Um défice orçamental não deve exceder 3% do PIB de cada país no final do ano fiscal anterior;
- A dívida bruta em relação ao PIB não deve exceder 60% no final do ano fiscal anterior (Tratado de Maastricht, 1992).

Figura 7.2 - Evolução do défice público português em percentagem do PIB, entre 1995 e 2013



Fonte: PORDATA (2015a)

Em todo o período considerado, os gastos públicos foram sempre superiores às receitas, o que conduziu a uma situação de défice das contas públicas. No entanto, ao longo deste período, houve várias oscilações tendo o défice mais elevado sido registado em 2010 com -11,2% relativamente ao PIB e o défice mais baixo, embora negativo, ocorrido em 1999 e 2007 com um diferencial de 3% face ao PIB para os mesmos anos.

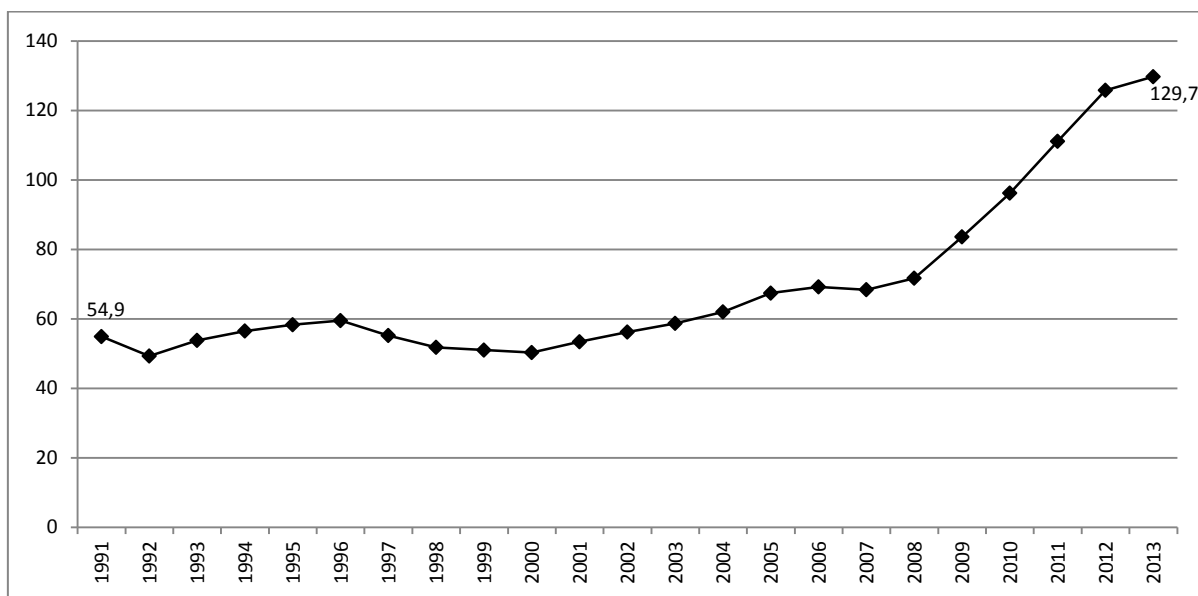
Entre as várias consequências dos défices excessivos encontra-se a diminuição da confiança dos mercados (o que se ressent nas taxas de juro), o menor investimento privado, a redução da produção de bens e serviços e a perda de poder de compra dos cidadãos (Gwartney, Stroup, Sobel, & Macpherson, 2013; Hyman, 2011; Pinto, 1999). Tal como referem Giambiagi e Além (2011) "o aumento da relação dívida | PIB comporta riscos de gerar um processo do tipo "bola de neve" de endividamento público" (p.117).

7.2.3. Dívida Pública

A dívida pública é entendida como o resultado das obrigações externas das agências governamentais do setor público (OCDE, 2002). Resulta do valor acumulado dos défices orçamentais e dos empréstimos no mercado de títulos (Arnold, 2014; Dolenc, Torras & Uchitelle-Pierce, 2014; Mankiw, 2013). A dívida pública corresponde aos empréstimos contraídos e não pagos pelo Estado não devendo ser confundida com défice público o qual corresponde ao saldo negativo das contas em termos orçamentais (Moreno, 2010).

Na base do aumento da dívida pública estão os efeitos de uma lenta recuperação da crise financeira global e dos sucessivos défices que agravaram a dívida soberana dos vários países (Baskaran, 2012). A dívida pública, em Portugal registou, nas últimas décadas, uma tendência contínua de crescimento. No figura seguinte apresenta-se a evolução do total de dívida pública entre os anos 1991 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.3 - Evolução da dívida pública portuguesa em percentagem do PIB, entre 1991 e 2013



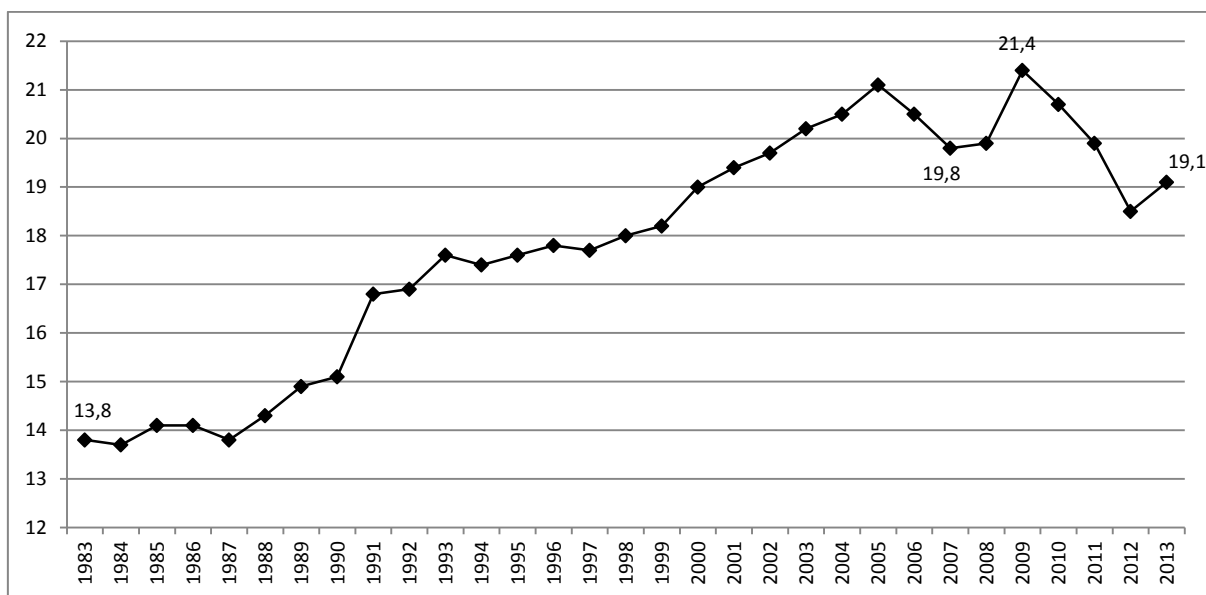
Fonte: PORDATA (2015b)

A análise comparativa, entre os anos de 1991 e de 2013, revela um aumento da dívida pública em cerca de 74,8% a qual, no último ano em análise, atingiu cerca de 129,7% do PIB sendo crescente a tendência evolutiva deste indicador ao longo dos últimos anos.

7.2.4. Consumo Público em percentagem do PIB

O consumo público corresponde à despesa das administrações públicas com bens e serviços para satisfazer as necessidades individuais e coletivas da população (SEC, 2010). A figura seguinte apresenta a variação deste consumo em função do PIB, em Portugal, entre os anos 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.4 - Evolução do consumo público em percentagem PIB, entre os anos 1983 e 2013



Fonte: PORDATA (2015c)

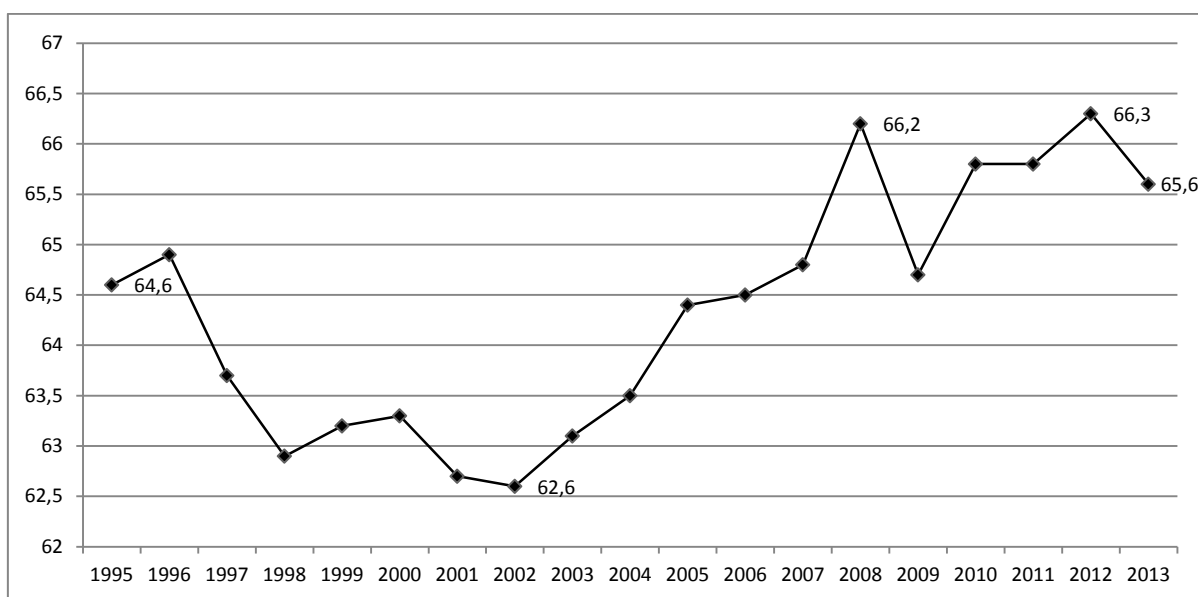
No período em estudo (1983-2013), o consumo público em Portugal aumentou de forma consistente. Em 1983, este indicador apontava para um gasto das administrações públicas com serviços e meios na ordem dos 13,8% do PIB ao passo que em 2013 essa proporção passou para 19,1%. Os anos que registaram um maior consumo público foram 2009 (21,4% PIB), 2005 (21,1% do PIB) e 2010 (20,7% do PIB). De acordo com os dados mais recentes, entre os anos 2012 e 2013, assistiu-se a um ligeiro aumento da despesa pública que subiu 0,6% face ao PIB.

7.2.5. Consumo Privado em percentagem do PIB

O consumo privado corresponde à despesa de consumo final das famílias e das instituições sem fins lucrativos, ao serviço das famílias (ISFLSF). Inclui os gastos em alimentação, vestuário e outros bens não duradouros, as compras de eletrodomésticos, automóveis e outros bens duradouros, a despesa em água, eletricidade, gás, comunicações e restantes serviços das famílias e outros gastos das instituições sem fins lucrativos, ao serviço das famílias (SEC, 2010)¹³⁵. Na figura seguinte apresenta-se a evolução do consumo privado total face ao PIB, em Portugal, para o período compreendido entre os anos de 1995 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

¹³⁵ A soma da despesa do consumo público e do consumo privado é em termos económicos definida como despesa de consumo final (SEC, 2010).

Figura 7.5 - Evolução do consumo privado em percentagem PIB, entre os anos 1995 e 2013



Fonte: PORDATA (2015d)

O consumo privado em Portugal aumentou ligeiramente no período de tempo analisado (1995-2013). Em 1995, este indicador apontava para um gasto na ordem dos 64,6% do PIB, ao passo que em 2013 esse valor aumentou apenas 1%, passando a ser de 65,6%.

7.2.6. Despesa total de Consumo das Famílias

O consumo das famílias diz respeito à forma como cada indivíduo ou família decide dividir o seu rendimento. Ou seja, o consumo é a despesa em bens e serviços que tem em vista as necessidades das famílias e dos cidadãos (Silva, 2011)¹³⁶. A despesa de consumo das famílias engloba vários setores de atividade. Neste ponto, isola-se a despesa total familiar e a representação desta no setor da saúde em Portugal, entre os anos 1986 e 2013 (Quadro 7.5):

Quadro 7.5 - Despesa total de consumo final das famílias em milhões de euros, entre 1995 e 2012

	Total	% PIB
1995	58 105,1	65,3
1996	61 612,6	65,3
1997	65 839,4	64,3
1998	71 120,4	63,9
1999	76 593,2	64,0
2000	82 504,9	64,2
2001	86 595,9	63,8
2002	90 662,3	63,6
2003	93 450,9	63,9
2004	98 164,7	64,4

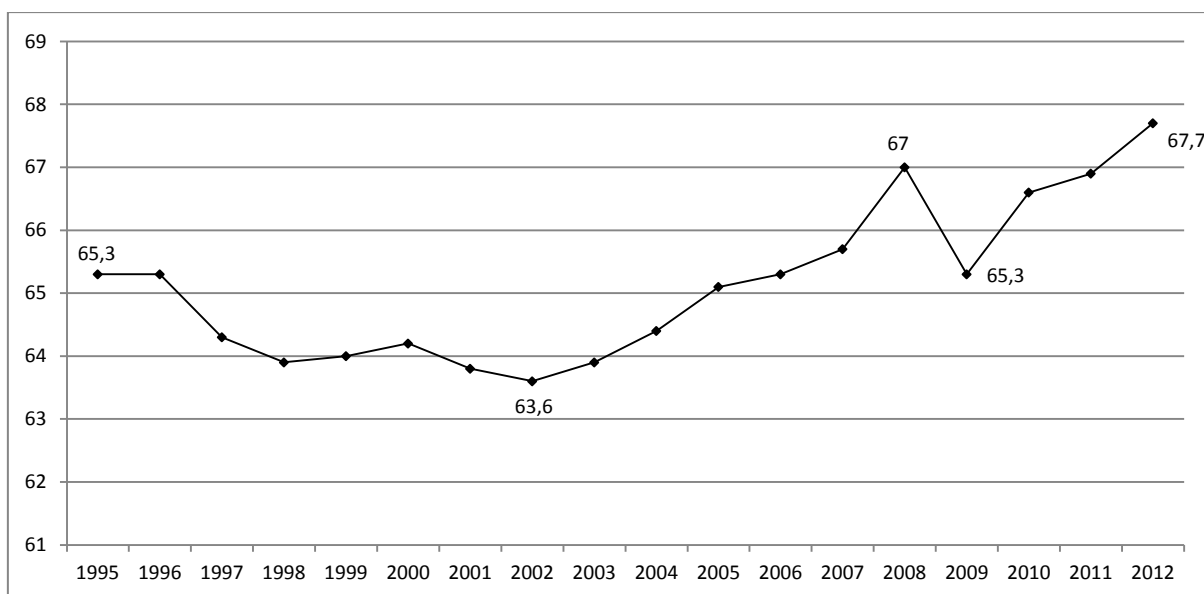
¹³⁶ De uma forma oposta a poupança representa a diferença entre o rendimento auferido por uma família ou indivíduo e o consumo (Silva, 2011).

	Total	% PIB
2005	103 230,5	65,1
2006	108 631,1	65,3
2007	115 317,8	65,7
2008	119 878,7	67,0
2009	114 599,2	65,3
2010	119 862,0	66,6
2011	117 888,0	66,9
2012 ¹³⁷	113 880,3	67,7

Fonte: PORDATA (2015e)

Para uma melhor análise dos dados deste indicador efetuou-se uma representação gráfica para a despesa total, em função do PIB.

Figura 7.6 - Evolução das despesas total de consumo final das famílias em percentagem do PIB, entre 1995 e 2012



Fonte: PORDATA (2015e)

A despesa total de consumo final das famílias, entre 1995 e 2012, aumentou cerca de 2,4% o que correspondeu a um aumento efetivo de 55,8 mil milhões de euros. A partir da observação gráfica salienta-se uma tendência recente de crescimento deste indicador após uma contração no ano de 2009. Por forma a avaliar quais foram os tipos de bens e serviços que neste mesmo período apresentaram uma maior afetação do consumo construiu-se o quadro 7.6 que relaciona a despesa realizada pelas famílias com o tipo de bens consumidos:

¹³⁷ Ainda não se encontram disponíveis os dados referentes ao ano 2013.

Quadro 7.6 - Despesas de consumo final das famílias por tipo de bens e serviços para os anos 1995 e 2012 (em milhões de euros)

	1995	2012	Δ 1995/2012
Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	10.976,5	20.449,1	86,3%
Bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos	2.130,0	3.875,1	81,9%
Vestuário e calçado	4.164,2	6.631,4	59,2%
Habituação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis	7.628,2	20.450,1	168,1%
Acessórios para o lar, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação	3.906,1	6.059,4	55,1%
Saúde	2.675,5	5.563,9	108,0%
Transportes	8.926,6	13.653,3	53,0%
Comunicações	1.302,6	3.321,8	155,0%
Lazer, recreação e cultura	4.755,7	7.359,5	54,8%
Educação	630,6	1.595,7	153,0%
Restaurantes e hotéis	6.301,4	11.875,3	88,5%
Bens e serviços diversos	6.004,5	12.818,6	113,5%

Fonte: PORDATA (2015d)

A partir da observação do quadro anterior constata-se que os bens que registaram um maior crescimento, no orçamento das famílias, foram as despesas com a habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis (168,1%), as comunicações (155%), a educação (153%) e a saúde (108%). Por sua vez, os que registaram menor aumento foram os transportes (53%), as atividades de lazer, recreação e cultura (54, 8%) e o vestuário e calçado (59,3%). Neste ponto, observa-se uma disparidade de crescimento entre a despesa com bens essenciais como a habitação, saúde e educação e outras mais supérfluas como o vestuário e o lazer.

7.2.7. Taxa de Inflação

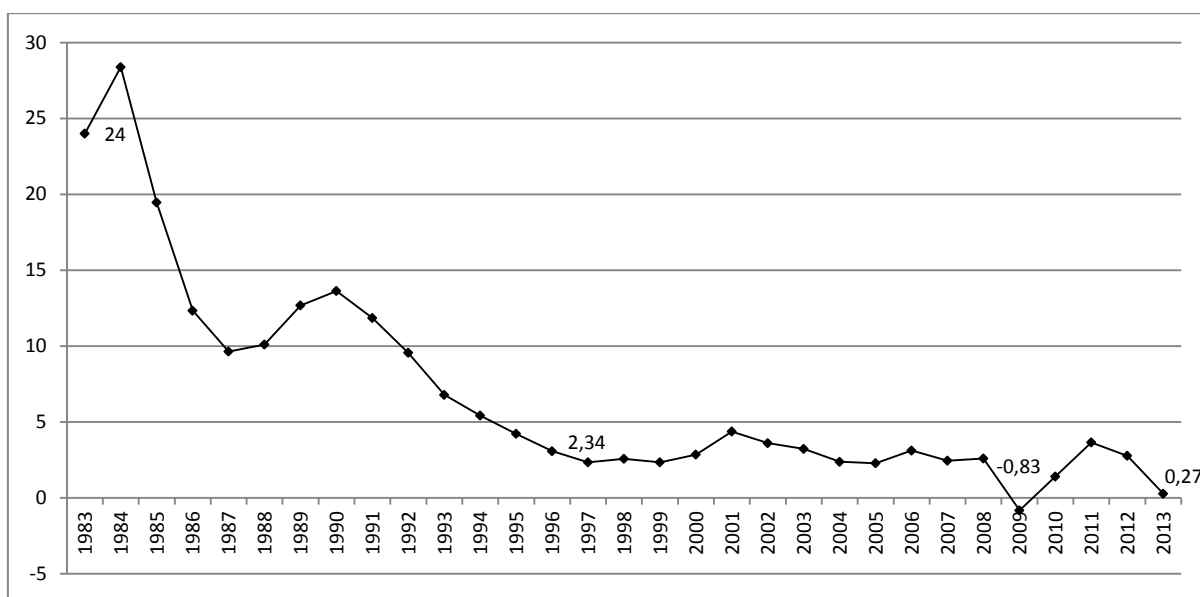
Numa economia de mercado os preços estão em constante mutação podendo a sua variação ser positiva ou negativa. A inflação designa a variação do nível médio dos preços correspondendo, por norma, ao aumento geral de preços de bens e serviços¹³⁸ (Burda & Wyplosz, 2012; Sexton, 2015; Yamarone, 2012).

A existência de inflação na economia pressupõe uma diminuição do valor do dinheiro visto que uma determinada quantia num determinado ano compra menos produtos que no ano anterior. Ou seja, em termos genéricos, uma unidade monetária vale menos que no ano anterior (Sexton, 2015, Tucker, 2010). A taxa de inflação média traduz a variação percentual do índice de preços, num determinado período, relativamente ao registado num período anterior (por norma corresponde a um ano) (Dolenc *et al.*, 2014; SEC, 2010).

¹³⁸ Num sentido oposto designa-se por inflação negativa a redução contínua dos preços (Tucker, 2010).

Tucker (2010) alerta para um duplo efeito que a inflação pode apresentar na economia. Por um lado pode beneficiar as classes mais elevadas pois o valor dos ativos tende a aumentar à medida que os preços sobem. Por outro lado, o impacto da inflação pode penalizar as pessoas com menos recursos dado que com o aumento de preços torna-se mais difícil adquirir os bens e serviços. O comportamento da taxa de inflação registada em Portugal, entre os anos 1983 e 2013, é apresentado na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.7 - Evolução da taxa de inflação em Portugal registada entre os anos 1983 e 2013 (em percentagem)



Fonte: PORDATA (2015f)

A taxa de inflação registada em Portugal, entre os anos 1983 e 2013, apresentou uma redução de 23,73% ainda que, neste período, este indicador tenha apresentado várias oscilações. Entre estas, com um maior significado, observa-se a redução contínua da taxa de inflação entre os anos de 1983 (24%) até 1997 (2,34%). Nos anos seguintes, a taxa de inflação registada em Portugal oscilou entre os -0,83% para o ano 2009 (inflação negativa) e os 4,37% (em 2001). Em 2013, registou-se um dos valores mais baixos de sempre com uma taxa de inflação fixada em 0,27%.

7.3. Indicadores Demográficos

De acordo com o INE (2006) "os indicadores demográficos servem para a análise e estudo sobre a situação demográfica e a sua evolução ao longo do tempo e para os processos de tomadas de decisão da sociedade civil em geral" (p. 2). Com base na análise dos indicadores demográficos é possível obter um conjunto de informação sobre a população particularmente os relativos à evolução do número de cidadãos e movimentos migratórios. Nos pontos seguintes caracteriza-se a evolução de indicadores demográficos (Quadro 7.7):

Quadro 7.7 - Indicadores demográficos que marcaram o desenvolvimento do sistema de saúde

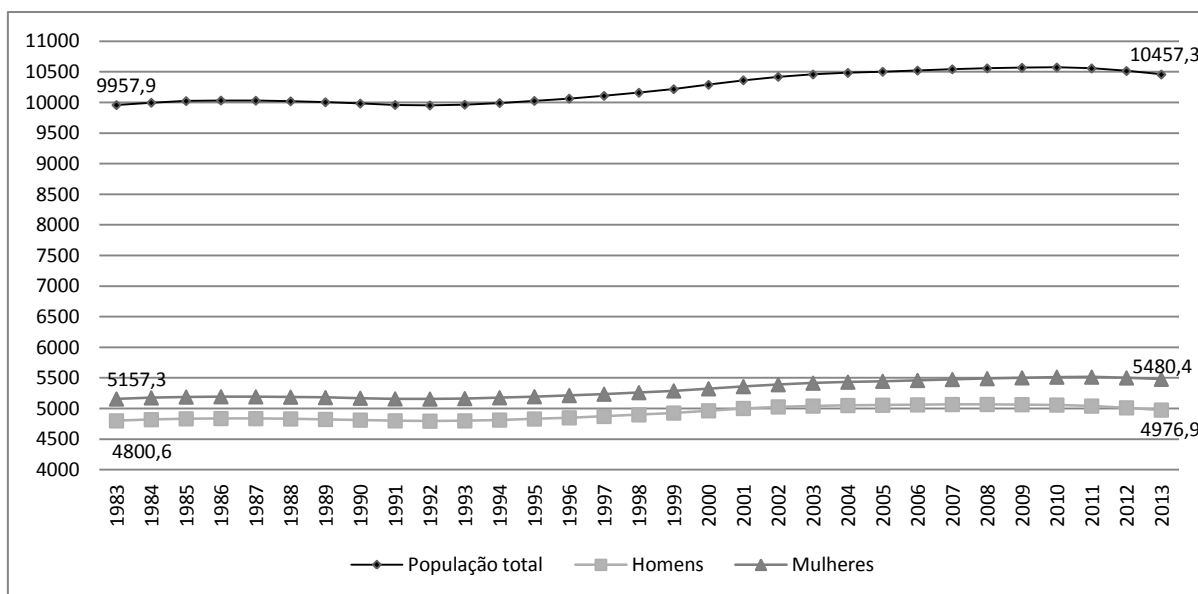
Indicadores Demográficos	População Residente em Portugal
	Índice de Envelhecimento
	Fluxos Migratórios da População
	Taxa de Natalidade

Fonte: Elaboração própria

7.3.1. População residente em Portugal

A população residente em Portugal corresponde ao número de pessoas que viveram ou chegaram ao seu local de residência habitual por um período contínuo de 12 meses anteriores ao momento de observação com a intenção de aí permanecer por um período mínimo de um ano (INE, 2009). No final de 2013, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015c), a população residente¹³⁹ em Portugal rondava os 10,43 milhões de pessoas. A figura seguinte apresenta a evolução da população nacional total e por sexos (masculino e feminino), entre 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.8 - Evolução da população total residente em Portugal por sexos, entre os anos 1983 e 2013 (em milhares de habitantes)



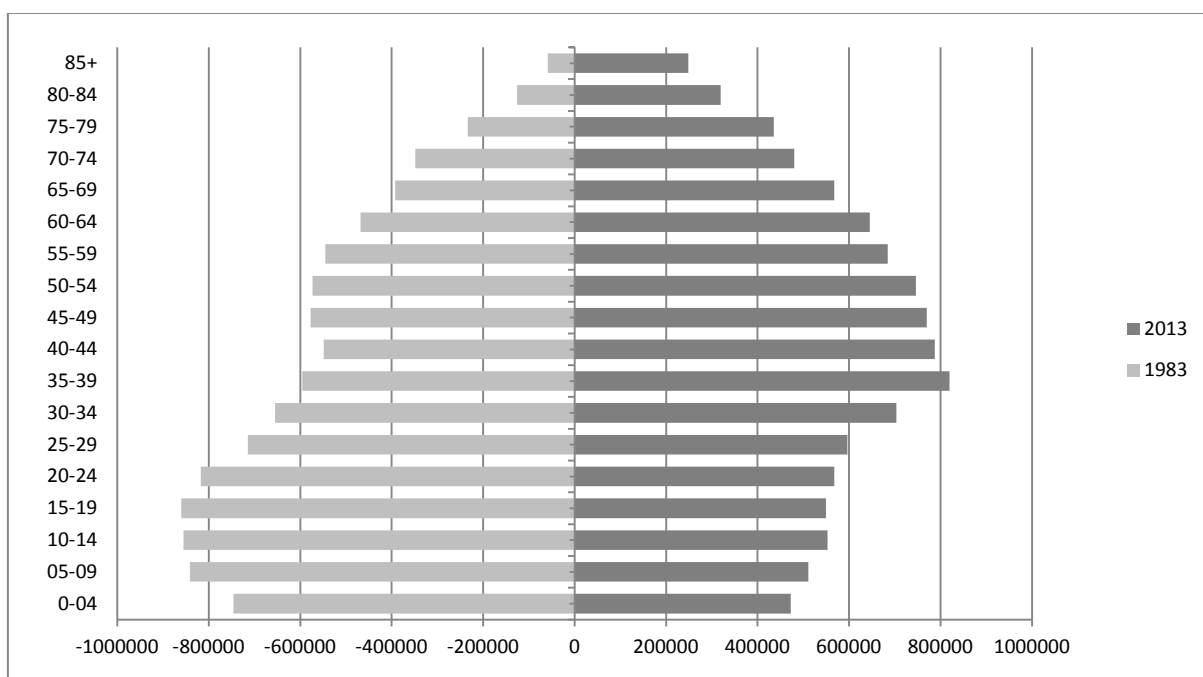
Fonte: PORDATA (2015g)

A população residente em Portugal, neste período de 30 anos, aumentou em cerca de 5,02%, sendo o crescimento do número de mulheres (6,26%) superior ao crescimento do número de homens (3,67%).

¹³⁹ Pessoas que, independentemente de no momento de observação - zero horas do dia de referência - estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres (INE, 2009).

A evolução do número de cidadãos residentes, apesar do crescimento no período considerado, não foi capaz de contrariar a tendência do envelhecimento da população apresentando o país uma inversão da pirâmide demográfica. A figura 7.9 traduz essa realidade e demonstra a distribuição da população por grupos etários em 1983 e 2013:

Figura 7.9 - Distribuição da população por grupos etários em Portugal, nos anos 1983 e 2013 (em percentagem)



Fonte: PORDATA (2015g)

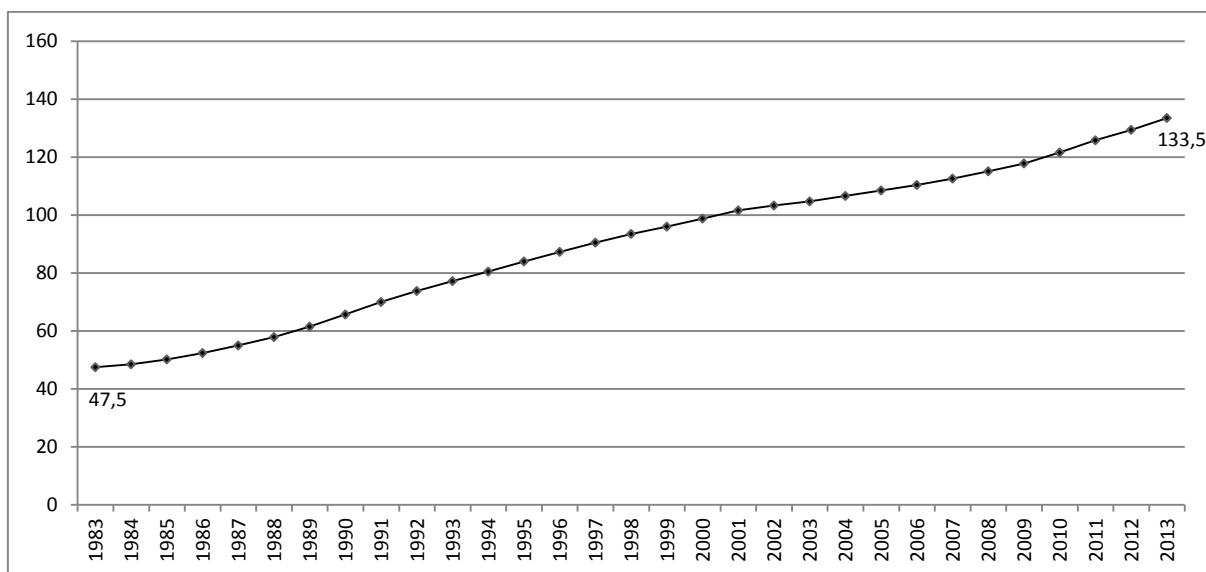
A observação da figura anterior torna evidente um duplo envelhecimento demográfico representado por um estreitamento na sua base e por um alargamento do topo. Neste contexto procedeu-se à análise da evolução do índice de envelhecimento da população portuguesa para o período de tempo em análise.

7.3.2. Índice de Envelhecimento

O índice de envelhecimento traduz a relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos¹⁴⁰. (INE, 2003). A figura seguinte apresenta os dados relativos a este indicador. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

¹⁴⁰ Calculado pela expressão: $\frac{\text{Número de pessoas com 65 ou mais anos}}{\text{Número de pessoas com idades entre 0 e 14 anos}}$. Um valor superior a 100 significa o número de idosos é maior do que o número de jovens.

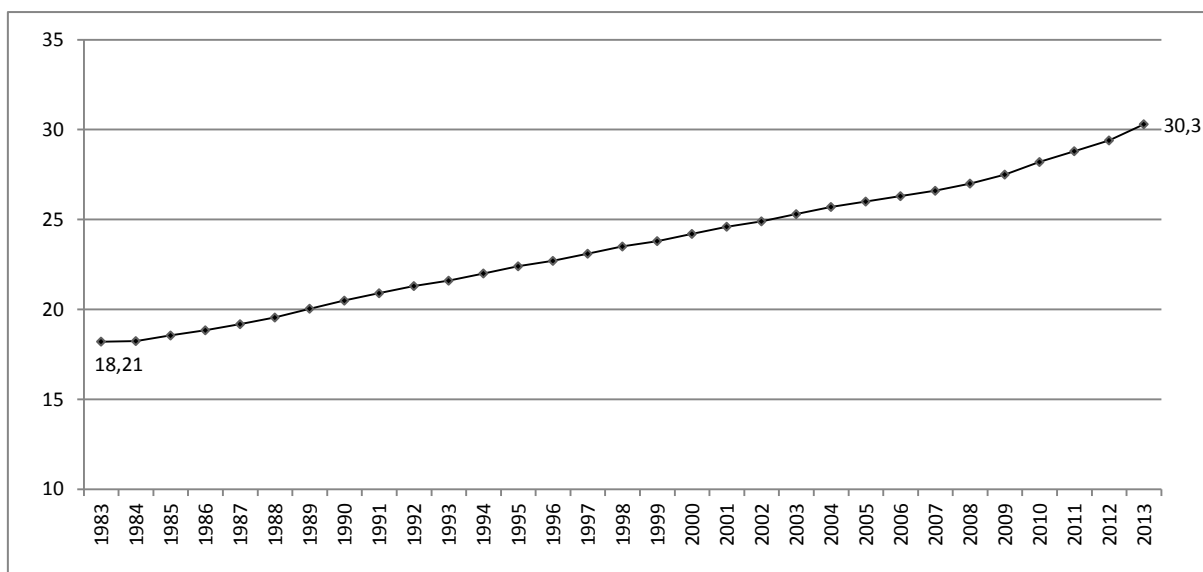
Figura 7.10 - Evolução do índice de envelhecimento da população portuguesa, entre 1983 e 2013



Fonte: PORDATA (2015h)

Os dados registados traduzem uma crescente evolução da população com idades superiores a 65 anos relativamente aos jovens e crianças com idade inferior a 14 anos. Este índice, em 30 anos, cresceu cerca de 86% mantendo atualmente essa tendência. Associado ao crescimento do índice de envelhecimento analisou-se o estado de dependência com recurso à avaliação do índice de dependência de idosos¹⁴¹ cujos resultados se apresentam na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador pode ser observado no Anexo I.

Figura 7.11 - Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal, entre 1983 e 2013



Fonte: INE (2015e)

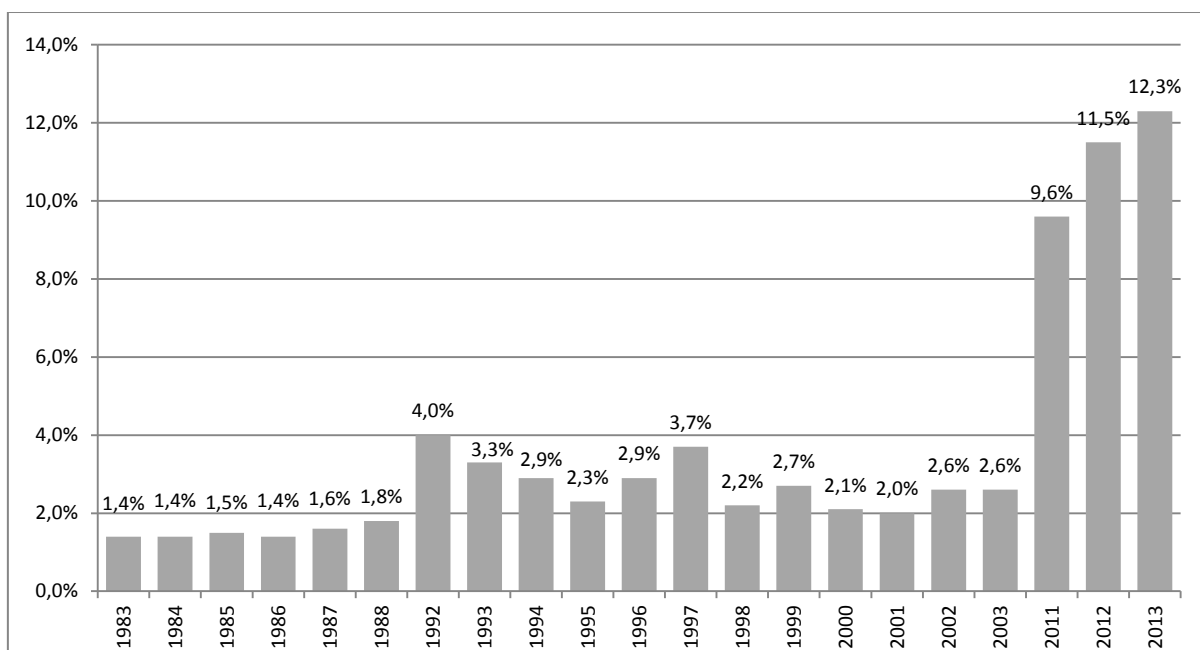
¹⁴¹ É a "relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos)" (CSE, 2003)

A apreciação deste indicador demonstra um agravamento gradual, neste período de 30 anos, da dependência dos idosos. Em 1983 por cada 100 cidadãos, em idade ativa, residiam em Portugal cerca de 18,2 idosos dependentes e em 2013, este número passou para cerca de 30,3 (crescimento de 66,4%). Este crescimento do número de dependentes poderá estar na base da necessidade de uma maior afetação dos recursos ao setor da saúde tendo em vista a resposta assistencial a estes cidadãos.

7.3.3. Fluxos Migratórios da população de nacionalidade portuguesa: Taxa de Emigração

A taxa de emigração corresponde ao número observado de emigrantes permanentes durante um determinado período de tempo (normalmente um ano civil) referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de emigrantes permanentes por habitantes) (CSE, 2005). A figura seguinte apresenta os dados referentes a este indicador, em Portugal, entre os anos de 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.12 - Evolução da taxa de emigração em Portugal, entre 1983 e 2013 (por mil habitantes)



Fonte: PORDATA (2015i)

A emigração em Portugal registou crescimentos mais acentuados entre os anos de 2011 e 2013. Com o objetivo de diferenciar e contextualizar o contexto da emigração apresentam-se os dados em valores nominais relativos a este indicador distinguindo os números da emigração permanente¹⁴² da temporária¹⁴³ (Quadro 7.8):

¹⁴² Pessoa (nacional ou estrangeira) que, no período de referência, tendo permanecido no país por um período contínuo de pelo menos um ano, o deixou com a intenção de residir noutro país por um período contínuo igual ou superior a um ano (CSE, 2003).

¹⁴³ Pessoa (nacional ou estrangeira) que, no período de referência, tendo permanecido no país por um período contínuo de pelo menos um ano, o deixou com a intenção de residir noutro país por um período contínuo inferior a um ano (CSE, 2003).

Quadro 7.8 - Número total de emigrantes e por tipo, em Portugal, entre 1983 e 2013

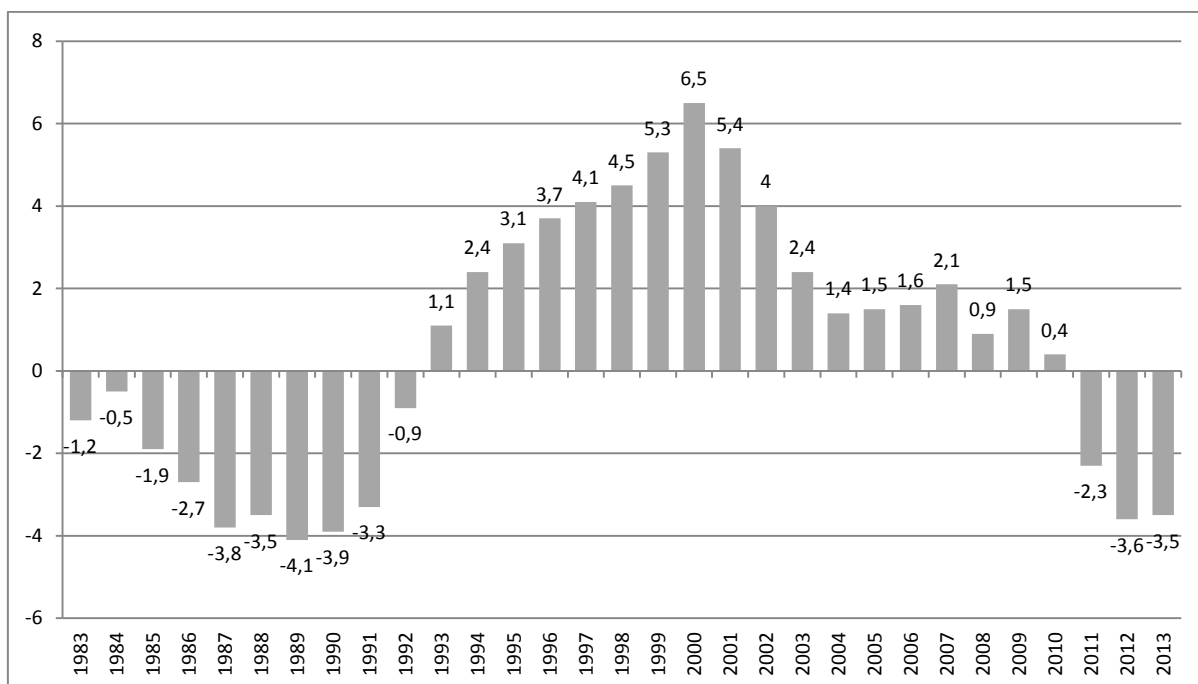
Anos	Total	Emigrantes Permanentes	Emigrantes Temporários	Anos	Total	Emigrantes Permanentes	Emigrantes Temporários
1983	13 680	7 096	6 584	1999	28 080	4 077	24 003
1984	13 963	6 556	7 407	2000	21 333	4 692	16 641
1985	14 944	7 149	7 795	2001	20 223	5 396	14 827
1986	13 690	6 253	7 437	2002	27 358	8 813	18 545
1987	16 228	8 108	8 120	2003	27 008	6 687	20 321
1988	18 302	9 540	8 762	2004	-	6 757	-
1989	-	-	-	2005	-	6 360	-
1990	-	-	-	2006	-	5 600	-
1991	-	-	-	2007	-	7 890	-
1992	39 322	22 324	16 998	2008	-	20 357	-
1993	33 171	15 562	17 609	2009	-	16 899	-
1994	29 104	7 845	21 259	2010	-	23 760	-
1995	22 579	8 109	13 390	2011	100 978	43 998	56 980
1996	29 066	9 598	19 468	2012	121 418	51 958	69 460
1997	36 935	7 254	29 681	2013	128 108	53 786	74 322
1998	22 196	7 935	14 261				

Fonte: PORDATA (2015j)

Estes dados permitem avaliar o número de pessoas que saíram do país para viver no estrangeiro por mais ou menos de um ano. Entre 1983 e 2013, verificou-se que o número total de emigrantes aumentou em cerca de 114 mil. Destes, cerca de 40,8% foram por um período superior a um ano e 50,2% por um período inferior a doze meses.

Para uma melhor avaliação deste indicador recorreu-se a uma avaliação do movimento migratório através da taxa bruta de crescimento migratório. Este indicador ilustra a diferença entre a imigração (entrada) e a emigração (saída) durante o ano, por cada 1000 habitantes (o saldo migratório é negativo quando o número de emigrantes excede o número de imigrantes) (PORDATA, 2015k). A evolução da taxa de crescimento migratório registada em Portugal, entre 1983 e 2013 é apresentada na figura 7.13. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.13 - Evolução da taxa bruta de crescimento migratório em Portugal, entre 1983 e 2013



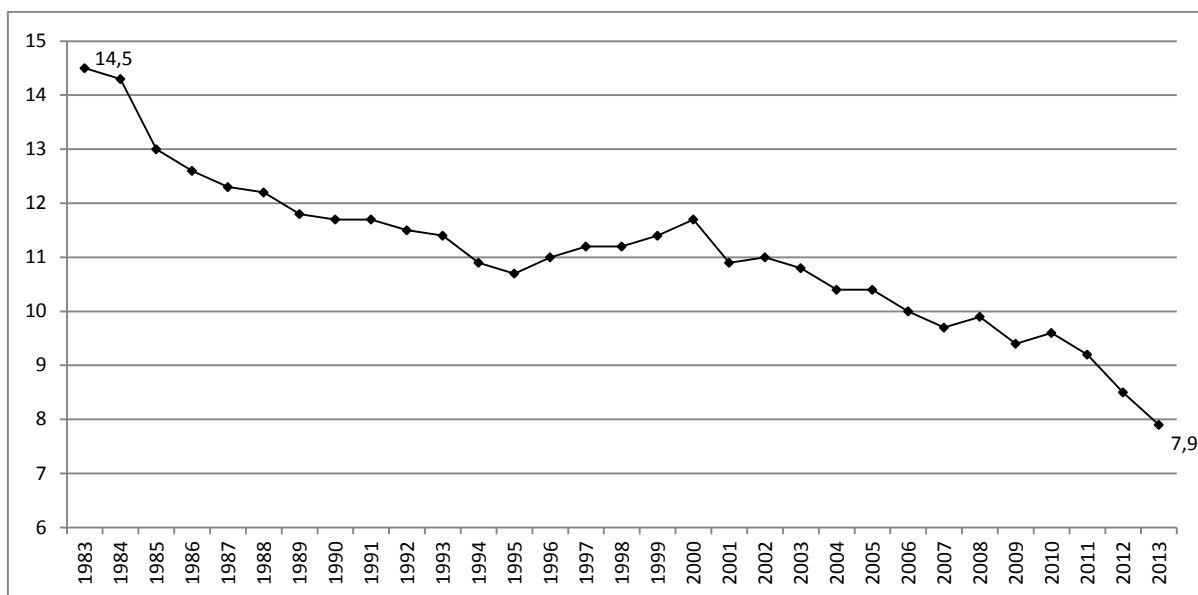
Fonte: PORDATA (2015k)

Em Portugal, durante o período de 30 anos em estudo registaram-se várias movimentações nos saldos migratórios. Entre 1983 e 1992 observou-se um saldo negativo, ou seja, os números da emigração foram superiores aos da imigração. Em 2010 esta situação foi revertida com o saldo migratório a tornar-se positivo. Em 2011, verificou-se uma tendência para o recrudescimento dos fluxos emigratórios marcado por um aumento da emigração, regressando o país a saldos migratórios negativos.

7.3.4. Taxa de Natalidade

A taxa de natalidade corresponde ao número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (expressa em número de nados-vivos por 1000 habitantes) (CSE, 2005). A evolução em Portugal deste indicador para o período compreendido entre os anos 1983 e 2013 é apresentada na figura 7.14. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.14 - Evolução da taxa de natalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2013



Fonte: PORDATA (2015k)

A taxa de natalidade em Portugal segue a tendência europeia apresentando-se em persistente queda, em todo o período em estudo, assistindo-se a uma redução de cerca de menos 6,6 nascimentos por cada 1000 habitantes. Este indicador está na base da dificuldade de inversão da tendência de envelhecimento da população dificultando a renovação da população em idade ativa.

7.4. Indicadores Sociais

Os indicadores sociais podem ser definidos como termos estatísticos de interesse normativo, que facilitam a obtenção de uma visão mais concisa, abrangente e equilibrada sobre as condições e outros aspetos importantes de uma sociedade. Este tipo de indicadores reflete o retrato de uma nação, funcionando em todos os casos como uma medida direta do bem-estar já que a melhoria dos seus resultados dão a garantia de que as pessoas estão a viver em melhores condições (Jannuzzi, 2004; Land, 1971; Land, Michalos & Sirgy, 2011). De acordo com a Direção-Geral de saúde no documento "A saúde dos portugueses: perspetiva 2015" (DGS, 2015c), os "determinantes sociais constituem a principal abordagem de análise de saúde das populações" (p.19).

Nos pontos seguintes caracteriza-se a evolução de indicadores sociais centrais no desenvolvimento do sistema de saúde (Quadro 7.9):

Quadro 7.9 - Indicadores sociais com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

Indicadores Sociais	Taxa de Desemprego
	Remuneração Média
	Taxa de Risco de Pobreza
	Índice de Escolaridade da População

Fonte: Elaboração própria

7.4.1. Taxa de Desemprego (total e por grupos etários)

O desemprego é um fenómeno associado às variações cíclicas da economia (Burda & Wyplosz, 2012). A taxa de desemprego é definida pelo rácio entre o número de trabalhadores desempregados e a dimensão da força de trabalho¹⁴⁴ (Burda & Wyplosz, 2012). Para Silva (2011) a prevalência de uma elevada taxa de desemprego elevada significa que "os recursos produtivos da economia não são plenamente aproveitados. Produzem-se menos bens e serviços do que aqueles que seria possível produzir, dados os recursos e a tecnologia existente, tendo esta circunstância impacto no bem-estar e nas gerações futuras" (p.55).

Em qualquer país, a taxa de desemprego representa um importante fator social que para além de restringir a capacidade de compra dos cidadãos afetados reduz a sua qualidade de vida (Dolenc *et al.*, 2014). Silva (2011) acrescenta ainda que "uma pessoa desempregada tem menor poder de compra, menor amor-próprio e, tende em geral, a perder qualificações" (p.55).

São considerados desempregadas todas as pessoas que, durante um período de referência, estiveram:

- Sem trabalho, isto é, não auferiam de um emprego remunerado ou por conta própria;
- Disponíveis para trabalhar;
- Procuraram trabalho (fizeram diligências específicas para procurar emprego assalariado ou não assalariado) (OCDE, 2003; Silva, 2011).

Vários autores referem que a taxa natural de desemprego resulta da combinação de três tipos de desemprego:

- Desemprego friccional que corresponde ao desemprego originado pelo próprio dinamismo de funcionamento da economia e do mercado de trabalho. Ocorre em casos de mudança de

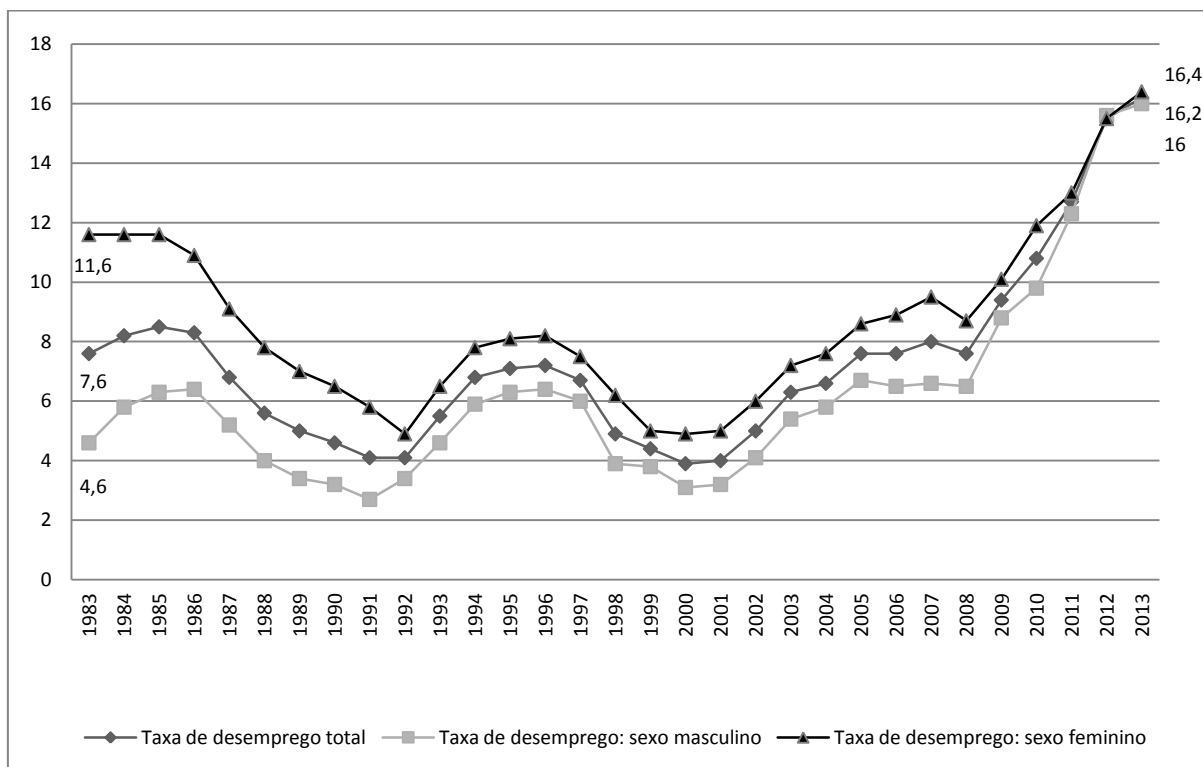
¹⁴⁴ É representada pelo total de pessoas empregadas ou à procura de emprego (Burda & Wyplosz, 2012).

atividade dos funcionários (indivíduos mais qualificados que, de acordo com as suas competências, deixam alguns trabalhos para procurar outros do seu interesse) e a entrada de outros para os lugares vagos. Ou seja, corresponde ao período de tempo decorrido até que um funcionário (que procura trabalho) e uma empresa (que procura um funcionário) se encontrem.

- Desemprego estrutural que é devido a mudanças nas organizações que levam à eliminação do posto de trabalho. Nestes casos, existe por norma um excesso de oferta de trabalhadores relativamente aos postos de trabalho existentes. Alguns economistas atribuem como causa principal deste tipo de desemprego a inovação tecnológica e à automatização da produção.
- Desemprego conjuntural cuja natureza é cíclica e transitória ocorrendo durante alguns períodos de tempo. Encontra-se habitualmente associado às flutuações da atividade económica ou seja, do produto interno bruto, sendo que a taxa de desemprego diminui em períodos de expansão e aumenta em períodos de recessão (Arnold, 2014; Sexton, 2015; Silva, 2011; Tucker, 2010).

A evolução da taxa de desemprego em Portugal encontra-se apresentada na figura 7.15. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.15 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem)

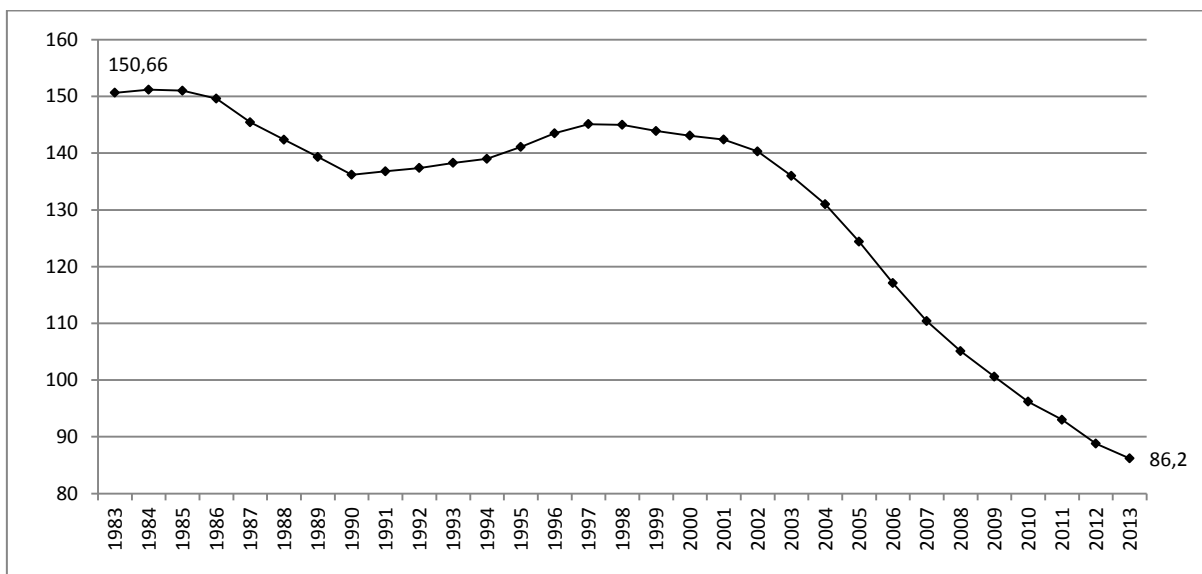


Fonte: PORDATA (2015)

No período em análise não se verificou um comportamento linear da taxa de desemprego. Entre 1983 a 1992, a taxa de desemprego apresentou uma redução significativa (-2,1%) seguindo-se um curto período de crescimento até 1996 (+3,1%) e logo uma outra redução até ao ano de 2000 (-3,3%). O milénio iniciou-se com um crescimento da taxa de desemprego que, apesar de uma ligeira quebra em 2008, cresceu de forma significativa até 2013 (+12,3%). Em todo o período considerado a taxa de desemprego atingiu um mínimo no ano de 2000 (3,9%) e um máximo em 2013 (16,2%). Relativamente ao desemprego diferenciado, por sexos, a taxa é superior no sexo feminino em todo o período em análise com exceção do ano 2012.

No que se refere ao emprego é igualmente conveniente avaliar se, a par do envelhecimento da população, ocorre igualmente um envelhecimento dos empregados em idade ativa. Na figura seguinte apresenta-se o comportamento evolutivo do índice de renovação da população em idade ativa¹⁴⁵. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.16 - Evolução do índice de renovação da população em idade ativa, entre 1983 e 2013



Fonte: INE (2015d)

Com base nos dados registados em 1983, por cada 100 pessoas que estariam para sair do mercado de trabalho existiam cerca de 151, com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos, com potencial para ingressar no referido mercado. Desde esta data o índice de renovação da população apresentou uma tendência praticamente decrescente até ao ano 2013 com uma redução do número de pessoas para entrar no mercado de trabalho face às que estão prestes a sair. Em Portugal em 2013, por cada 100

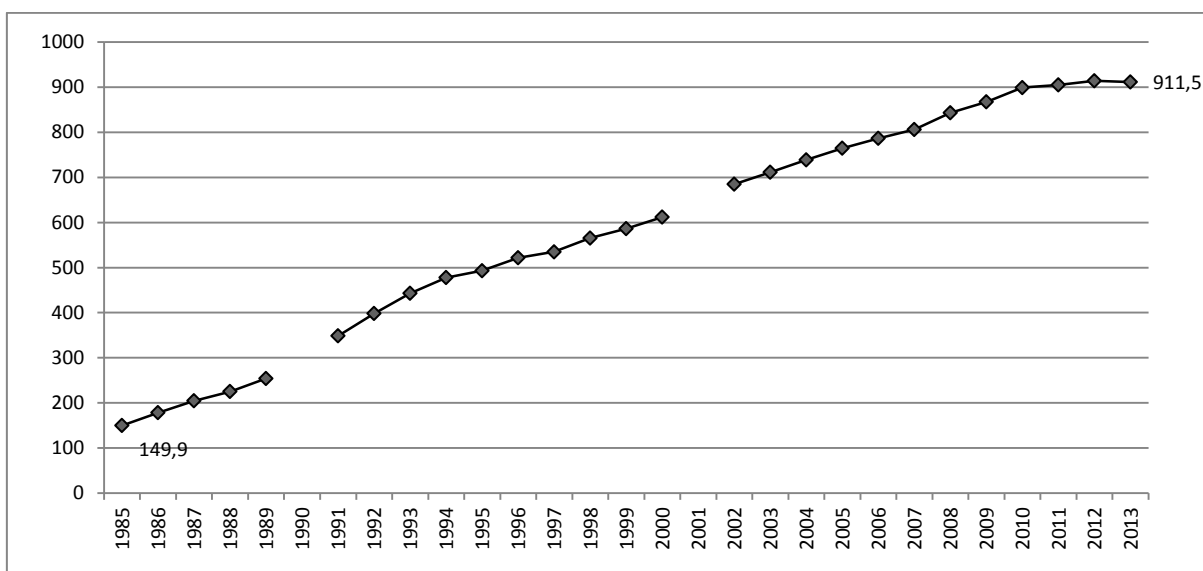
¹⁴⁵ Relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 55-64 anos) (INE, 2015d).

funcionários em vias de se aposentarem apenas 86 jovens com potencial para estavam disponíveis ingressar não existindo uma compensação do número de pessoas que saiu do mercado de trabalho.

7.4.2. Remuneração Média

A remuneração média, de base mensal, é o montante líquido pago em dinheiro ou em géneros que o trabalhador aufer mensalmente pelo horário normal de trabalho (SEC, 2010). O nível de remuneração média de um país traduz, em parte, a capacidade e o poder de compra dos seus cidadãos. A figura seguinte apresenta a evolução deste indicador entre os anos de 1985 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.17 - Evolução da remuneração média em Portugal, entre 1985 e 2013



Fonte: INE (2015d)

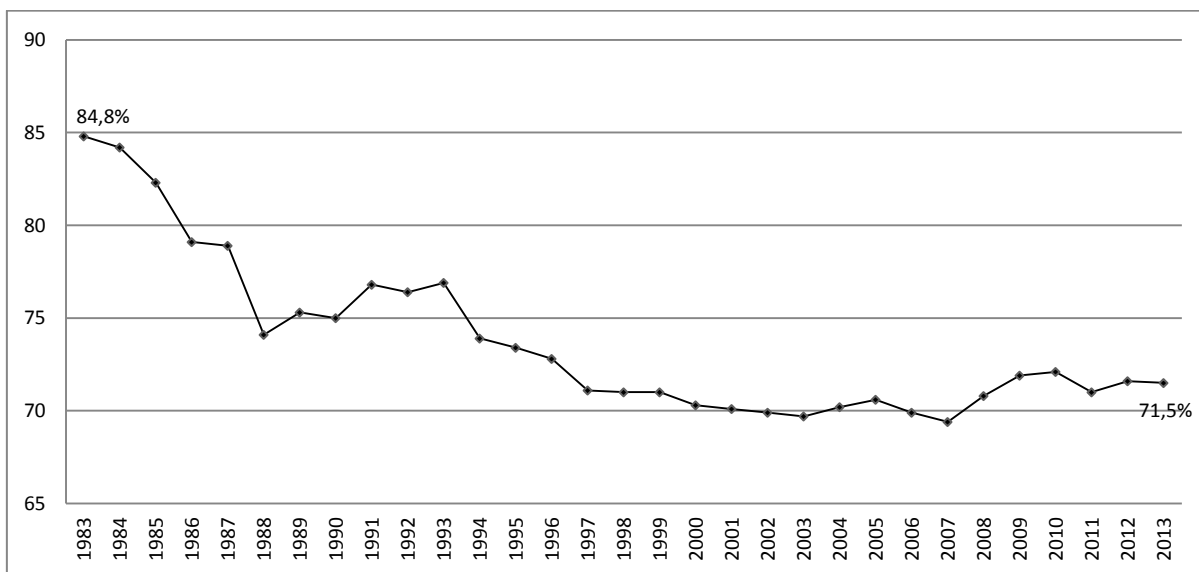
A remuneração média em Portugal, entre 1985 e 2013, apresentou um crescimento significativo de cerca de 761,6 € embora se tenha verificado uma clara retração no ano de 2013. Contudo, este indicador deverá ser analisado com reserva, na medida em que existem outros fatores que deverão ser tidos em conta, nomeadamente a taxa de inflação, de modo a apurar a efetiva relação com a variação média anual da remuneração dos portugueses.

7.4.3. Rendimento disponível das famílias em percentagem do PIB

O rendimento disponível das famílias em percentagem PIB foi definido, pelo Regulamento n.º 549/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho de 21 de maio, como o montante, em dinheiro, disponível para consumo final ou poupança por parte das famílias. Este indicador demonstra como o

rendimento - salários, pensões ou juros - é afetado pela redistribuição em termos do pagamento de impostos, contribuições sociais e por outros encargos que reduzem substancialmente o orçamento das famílias. A figura seguinte apresenta o comportamento observado no rendimento disponível das famílias entre 1983 e 2013, em percentagem PIB. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.18 - Evolução do rendimento disponível das famílias em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem do PIB)



Fonte: PORDATA (2015t)

De uma forma geral, o rendimento disponível das famílias, no período de tempo considerado, apresentou uma redução significativa. Em 1983, este indicador representava cerca de 84,8% do orçamento familiar enquanto em 2013 caiu para 71,5% (redução de 13,3 pontos percentuais).

7.4.4. Taxa de risco de Pobreza

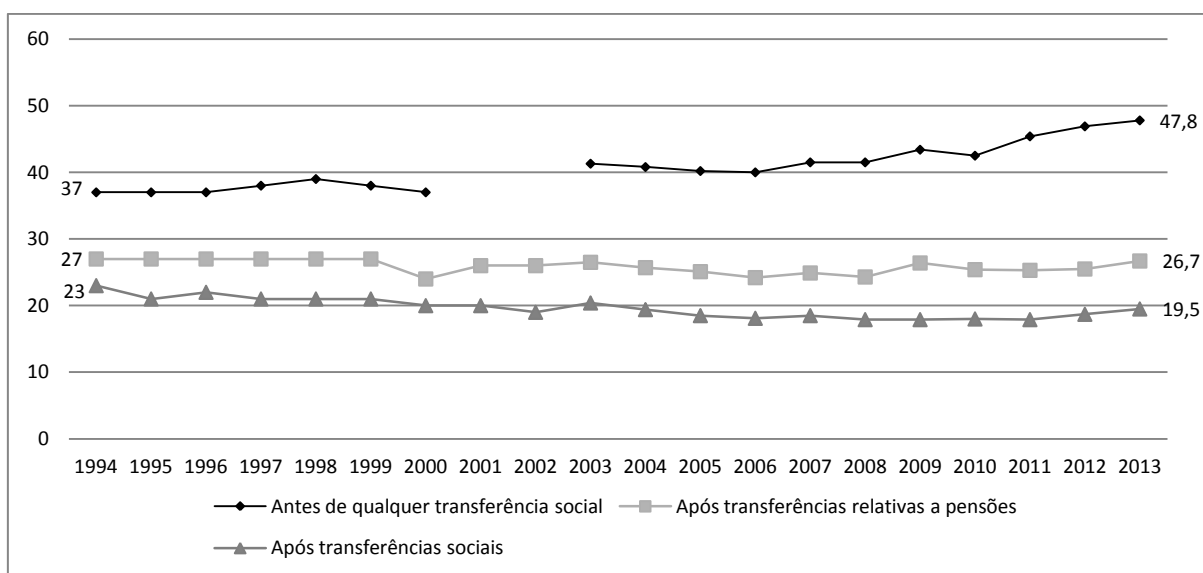
A insuficiência económica constitui um fator que pode influenciar ou ser influenciado pelo estado de saúde. Tal como referido por Arnaldo Sampaio (Sampaio, 1953) na abordagem da relação entre pobreza e doença "quanto mais pobre, mais doente, quanto mais doente, mais pobre" (p.716).

A taxa de risco de pobreza representa a percentagem de indivíduos com rendimentos considerados baixos face ao conjunto da população, ou seja, que ficam abaixo do valor fixado para o limiar de risco de pobreza, o qual corresponde a 60 % do rendimento nacional mediano por adulto equivalente. Para o respetivo cálculo o rendimento pode ser considerado em três óticas diferentes:

1. Antes de qualquer transferência social (engloba os rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, excluindo as pensões de velhice e de sobrevivência);
2. Após transferências relativas a pensões (engloba os rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, pensões de velhice e sobrevivência);
3. Após transferências sociais (inclui rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, pensões de velhice e sobrevivência e outras transferências sociais (apoios à família, educação, habitação, doença ou invalidez, desemprego, combate à exclusão social) (Eurostat, 2008).

A figura seguinte apresenta a evolução da taxa de risco de pobreza em Portugal e respetiva variação para as três óticas de rendimento. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.19 - Evolução da taxa de risco de pobreza registada em Portugal (por ótica de rendimento), entre 1994 e 2013 (em percentagem)



Fonte: PORDATA (2015m)

Os dados disponíveis no INE apenas permitem analisar este indicador para um período de 19 anos (de 1994 a 2013) durante o qual ocorreu um agravamento global do risco de pobreza antes de qualquer apoio social cresceu 10,8%. Neste período, assistiu-se a um reforço dos apoios sociais os quais se revelaram muito importantes na atenuação dos efeitos associados à pobreza e à exclusão social. De referir que apesar do aumento global o risco de pobreza caiu, após transferências, em 0,3% no caso das pensões e em 3,5% para as transferências sociais.

7.4.5. Índice de Escolaridade da População

Para analisar este índice foi analisado o grau de escolaridade da população o qual diz respeito ao grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou, para o qual, obteve equivalência e em relação ao qual tem direito ao respetivo certificado ou diploma (INE, 2003). O quadro seguinte apresenta a distribuição da população por grau de escolaridade, em Portugal, de acordo com os censos para os anos 1981, 2001 e 2011:

Quadro 7.10 - Nível de escolaridade completo da população portuguesa com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)

	Sem nível de Escolaridade	Básico 1º ciclo	Básico 2º ciclo	Básico 3º ciclo	Secundário	Médio	Superior
1981	36,9	38,8	10,5	7	3,1	1,2	2,1
2001	18	30,2	13,8	16,3	13,3	0,8	7,6
2011	10,4	27,2	12,8	19,1	15,7	1	13,8

Fonte: PORDATA (2015n)

7.5. Indicadores de Estrutura no Setor da Saúde | Financeiros

As questões da eficiência e da sustentabilidade tornaram-se imperativas para o sistema de saúde, face ao contínuo aumento dos custos no setor da saúde (Barros, 2013; Campos, 2008). Neste sentido, a aplicação de recursos financeiros na saúde deve visar uma utilização eficiente orientada para a sustentabilidade do sistema de saúde.

A eficiência refere-se à relação entre os recursos consumidos e a produção realizada por uma determinada entidade (Campos, 2008; Enthoven & Tollen, 2005). Ser mais eficiente pressupõe a obtenção de uma maior produção com um mínimo de recursos, sem contudo pôr em causa a qualidade dos produtos e, no caso específico do setor da saúde, sem comprometer a equidade no acesso (Barros, 2013; Gannon, 2004).

A sustentabilidade é entendida como a competência ou capacidade de uma organização, entidade ou instituição em poder manter a sua atividade de uma forma equilibrada e suportada (Martins, 2011). A sustentabilidade pressupõe a eficiência no sentido de promover a continuidade da prestação futura, de forma a poder dar uma resposta concreta, efetiva e tecnologicamente eficaz em todos os domínios (Enthoven & Tollen, 2005; Mello, 2011). A sustentabilidade do sistema de saúde como forma de manutenção da capacidade de resposta encontra-se associada às tendências evolutivas do financiamento em saúde (Silva, 2012).

Os indicadores de eficiência são considerados como elementos-chave para a análise do desempenho dos serviços dado que refletem os custos face à produção observada (Oliveira & Helleno, 2012). Nesta seção aborda-se um conjunto de indicadores de estrutura, de natureza financeira, que se apresentam no quadro seguinte:

Quadro 7.11 - Indicadores de estrutura com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

Recursos Financeiros	Despesa total corrente em Saúde
	Financiamento Público na Despesa corrente em Saúde
	Financiamento Privado na Despesa corrente em Saúde
	Despesa Privada Familiar em Saúde

Fonte: Elaboração própria

7.5.1. Despesa total corrente em saúde

A despesa total corrente com a saúde corresponde aos esforços financeiros, públicos e privados para financiar um sistema de saúde (Cleverly, Song, & Cleverly, 2011). No quadro seguinte apresenta-se os dados relativos à despesa total corrente em saúde em milhões de euros e face ao PIB.

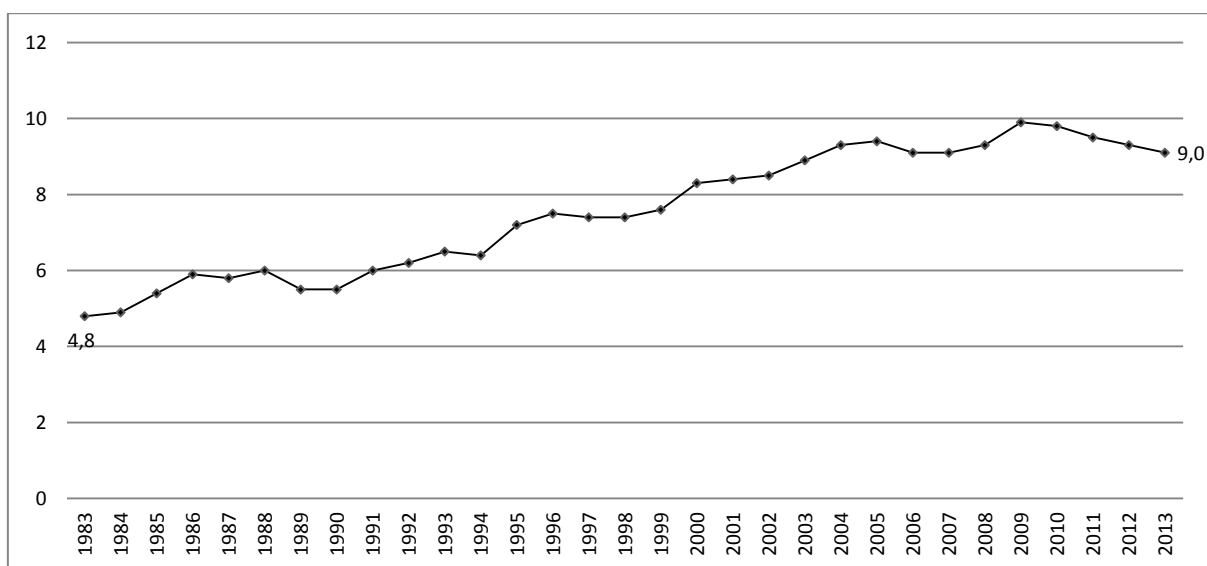
Quadro 7.12 - Despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013

Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB	Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB
1983	726,2	4,8	1999	9 116,7	7,6
1984	911,5	4,9	2000	10 724,1	8,3
1985	1 237,1	5,4	2001	11 390,5	8,4
1986	1 714,9	5,9	2002	12 169,5	8,5
1987	1 953,2	5,8	2003	12 973,9	8,9
1988	2 431,0	6	2004	14 130,0	9,3
1989	3 635,6	5,5	2005	14 945,3	9,4
1990	3 087,6	5,5	2006	15 165,2	9,1
1991	3 884,0	6	2007	15 885,0	9,1
1992	4 482,5	6,2	2008	16 693,0	9,3
1993	4 917,6	6,5	2009	17 307,5	9,9
1994	5 305,3	6,4	2010	17 623,5	9,8
1995	6 409,9	7,2	2011	16 703,1	9,5
1996	7 030,7	7,5	2012	15 607,0	9,3
1997	7 587,3	7,4	2013	15 283,8	9,0
1998	8 221,4	7,4			

Fonte: OCDE (2015d)

Para uma melhor visualização do comportamento evolutivo deste indicador face ao PIB, construiu-se a figura 7.20.

Figura 7.20 - Evolução da despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (percentagem do PIB)



Fonte: OCDE (2015d)

A despesa total corrente em saúde, em 1983, era de 726,2 milhões de euros representando cerca de 4,8% do PIB tendo no ano 2013 ascendido a cerca de 15,3 mil milhões de euros, aproximadamente 9% do PIB. Neste período de 30 anos, a despesa corrente em saúde cresceu 87,5%, de forma oscilante alternando períodos de crescimento com outros períodos de retração. De forma a apurar a base de financiamento que determinou esta tendência evolutiva analisou-se este indicador de forma isolada para o setor público e privado.

7.5.2. Financiamento Público na despesa corrente em saúde

A maioria dos países da OCDE apresenta uma grande dependência do financiamento público na saúde. Tendo em conta que grande parte destes países apresenta um défice orçamental são cada vez mais frequentes as pressões para reduzir os custos públicos com a saúde e promover a participação privada (Barros, 2013). O quadro 7.13 apresenta os dados para este indicador e a figura 7.21 descreve o padrão tendencial de comportamento evolutivo face ao PIB:

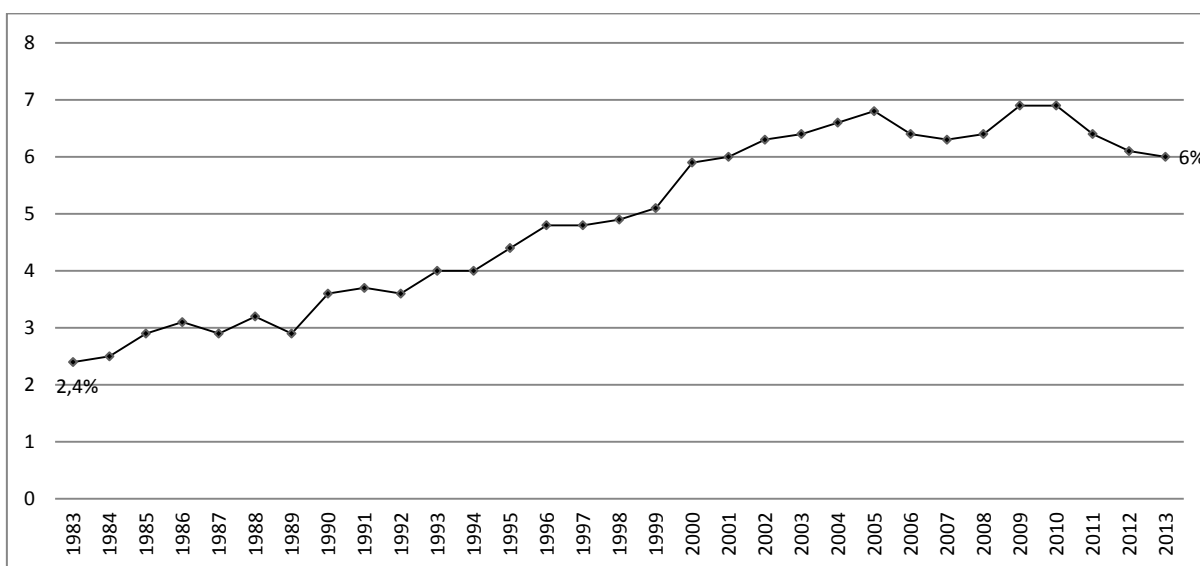
Quadro 7.13 - Despesa corrente pública em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013

Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB	Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB
1983	364,2	2,4	1999	6 062,3	5,1
1984	451,9	2,5	2000	7 638,4	5,9
1985	662,3	2,9	2001	8 145,5	6,0
1986	882,6	3,1	2002	8 915,9	6,3
1987	987,6	2,9	2003	9 289,1	6,4
1988	1 288,6	3,2	2004	10 114,2	6,6
1989	1 381,5	2,9	2005	10 733,3	6,8
1990	2 004,2	3,6	2006	10 574,3	6,4
1991	2 411,5	3,7	2007	11 002,6	6,3

Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB	Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB
1992	2 627,9	3,6	2008	11 510,9	6,4
1993	3 054,2	4,0	2009	12 188,9	6,9
1994	3 295,1	4,0	2010	12 344,8	6,9
1995	3 940,4	4,4	2011	11 329,7	6,4
1996	4 506,2	4,8	2012	10 204,2	6,1
1997	4 886,9	4,8	2013	10 090,8	6,0
1998	5 428,2	4,9			

Fonte: OCDE (2015d)

Figura 7.21 - Evolução da despesa corrente pública em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (em percentagem do PIB)



Fonte: OCDE (2015d)

Entre os anos de 1983 e 2013 a despesa corrente pública em saúde passou de apenas 2,4% do PIB para 6% atingindo em 2013 um valor que ascendeu a cerca de 10,1 mil milhões de euros. Com um comportamento de crescimento semelhante à despesa corrente total em saúde, a despesa pública apresentou ligeiras oscilações ao longo do intervalo de tempo. Contudo, a partir de 2010 esta despesa apresentou uma tendência decrescente registando-se, em termos nominais, uma redução no financiamento público o qual ascendeu a 2,25 mil milhões (-18,3 %).

7.5.3. Financiamento Privado na despesa corrente em saúde

O financiamento privado em saúde aumentou nos últimos anos quer através de uma transferência direta para os cidadãos e para as famílias quer pela participação cada vez mais significativa de entidades financiadoras privadas (subsistemas de saúde, seguros de voluntários de saúde entre outros). Os dados relativos à despesa corrente privada apresentam-se no quadro seguinte:

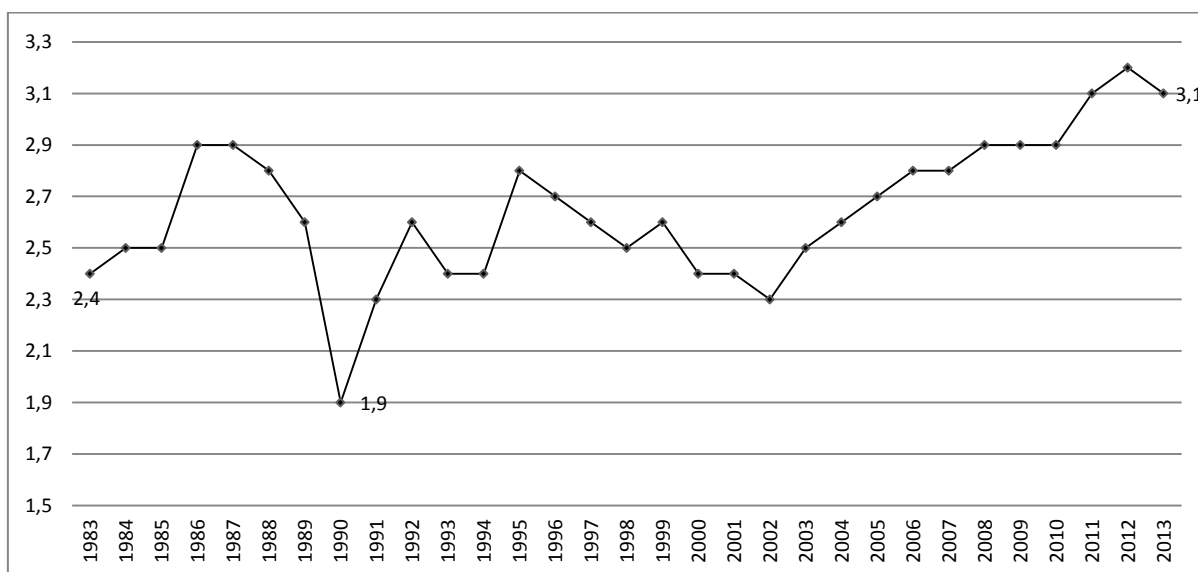
Quadro 7.14 - Despesa corrente privada em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013

Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB	Anos	Em milhões de Euros	Em % PIB
1983	362,0	2,4	1999	3 054,4	2,6
1984	459,6	2,5	2000	3 085,7	2,4
1985	574,8	2,5	2001	3 245,0	2,4
1986	832,3	2,9	2002	3 253,6	2,3
1987	965,6	2,9	2003	3 684,8	2,5
1988	1 142,4	2,8	2004	4 015,8	2,6
1989	2 254,1	2,6	2005	4 212,0	2,7
1990	1 083,4	1,9	2006	4 590,9	2,8
1991	1 472,5	2,3	2007	4 882,4	2,8
1992	1 854,6	2,6	2008	5 182,1	2,9
1993	1 863,4	2,4	2009	5 118,6	2,9
1994	2 010,2	2,4	2010	5 278,7	2,9
1995	2 469,5	2,8	2011	5 373,4	3,1
1996	2 524,5	2,7	2012	5 402,8	3,2
1997	2 700,4	2,6	2013	5 193,0	3,1
1998	2 793,2	2,5			

Fonte: OCDE (2015d)

Para uma melhor visualização do comportamento evolutiva da despesa corrente privada face ao PIB, foi construída a figura seguinte:

Figura 7.22 - Evolução da despesa corrente privada em saúde em Portugal, entre 1983 e 2013 (percentagem do PIB)



Fonte: OCDE (2015d)

A despesa corrente privada em saúde é um importante indicador da atividade do setor privado enquanto financiador dos cuidados de saúde. Em termos relativos, este indicador apresentou um acréscimo de 0,7 pontos percentuais, face ao PIB, no período em estudo de 30 anos. Apesar de se tratar de um crescimento, aparentemente, pouco significativo o facto é que em termos financeiros se assistiu a um crescimento da participação privada no financiamento da despesa corrente (cerca de

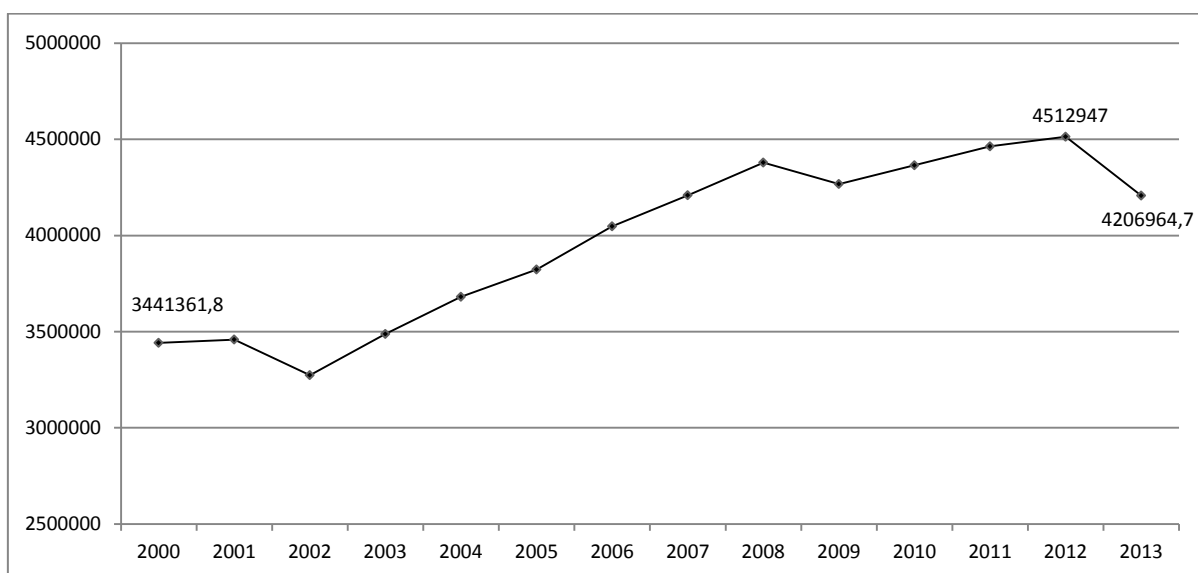
1334,5%) ascendendo esta, no final de 2013, a cerca de 5,19 mil milhões de euros. Este valor compara com os 362 milhões registados em 1983.

O comportamento da participação privada, na despesa corrente em saúde face ao PIB, apresentou várias oscilações alternando períodos de crescimento (entre 1983-1987; 1990-1992 e entre 1994-1995) com períodos de contração (entre 1986 e 1990; 1992-1993 e entre 1995 e 2002). Porém, a partir do ano 2002 manifestou um crescimento contínuo durante um período de 10 anos (até 2012).

7.5.4. Despesa privada familiar em saúde

Os cidadãos e as famílias participam diretamente com uma contribuição direta cada vez mais importante na despesa em saúde. Tal como referido no capítulo 3, os cidadãos participam nas despesas de saúde de uma forma indireta (pagamento dos seus impostos, no desconto mensal para a segurança social ou subsistema quando aplicável) e de forma direta (copagamentos, taxas moderadoras, pagamento de seguros de saúde privados e aquisição de medicamentos). A figura 7.23 apresenta, em termos gráficos, a evolução da despesa familiar privada. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.23 - Evolução da despesa familiar privada em saúde em Portugal, entre 2000 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

A despesa das famílias com a saúde em Portugal apresentou um crescimento significativo de 22,25% no período compreendido entre os anos de 2000 e 2013. No ano de 2000, o valor pago diretamente pelos cidadãos foi de aproximadamente de 3,44 mil milhões de euros tendo passado em 2013 para 4,2 mil milhões. Ao longo do tempo, este indicador não apresentou um crescimento linear num mesmo

sentido uma vez que, apesar de uma tendência crescente positiva, se verificaram alguns períodos de retração (redução da despesa), nomeadamente entre 2001 e 2002, entre 2008 e 2009 e entre 2012 e 2013.

7.6. Indicadores de Estrutura | Recursos Humanos na Saúde

De acordo com Dolenc *et al.* (2014), uma medida de avaliação do desempenho do sistema de saúde, reside na avaliação da produtividade do trabalho. Neste ponto destaca-se a evolução de um conjunto de indicadores relacionados com a capacidade de trabalho em termos de recursos humanos disponíveis no sistema de saúde. O quadro seguinte apresenta os grupos profissionais mais relevantes cujos dados se encontram disponíveis:

Quadro 7.15 - Indicadores de recursos humanos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

Recursos Humanos	Número de Médicos
	Número de Enfermeiros
	Número de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
	Número de Farmacêuticos

Fonte: Elaboração própria

7.6.1. Número de Médicos

O número de médicos¹⁴⁶ e o respetivo peso no sistema de saúde português são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 7.16 - Número de médicos e respetivo peso no sistema de saúde português, entre 1985 e 2013

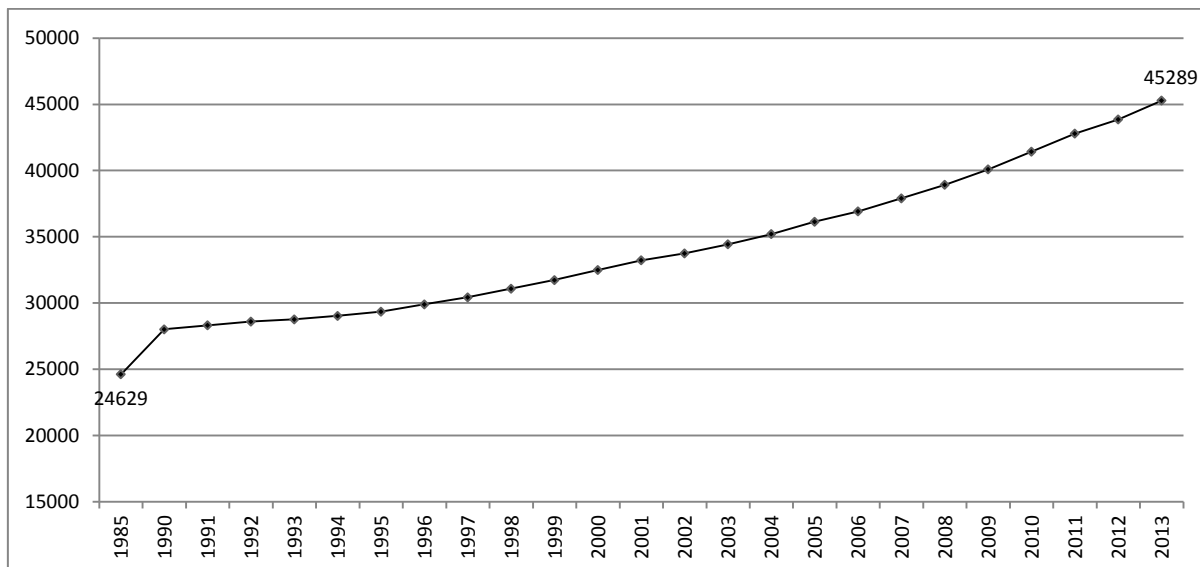
Anos	Número de Médicos	Número de Médicos (%)	Anos	Número de Médicos	Número de Médicos (%)
1985	24 629	10,78	2002	33 751	15,79
1990	28 016	12,02	2003	34 440	17,29
1991	28 326	11,85	2004	35 213	16,83
1992	28 604	12,12	2005	36 138	16,57
1993	28 769	11,09	2006	36 924	-----
1994	29 031	13,49	2007	37 904	-----
1995	29 353	14,96	2008	38 932	-----
1996	29 902	15,28	2009	40 095	-----
1997	30 431	15,79	2010	41 431	-----
1998	31 087	17,06	2011	42 796	16,83
1999	31 735	14,83	2012	43 863	9,53
2000	32 498	13,99	2013	45 289	10,74
2001	33 233	14,83			

Fonte: OCDE (2015b); PORDATA (2015p)

¹⁴⁶ Os valores apresentados referem-se aos médicos inscritos na Ordem dos Médicos.

A figura 7.24 ilustra graficamente esta evolução relativamente ao número total de médicos:

Figura 7.24 - Evolução do número de médicos em Portugal, entre 1985 e 2013



Fonte: OCDE (2015b); PORDATA (2015p);

Em Portugal, no período considerado, foi muito significativo o aumento do número de médicos (crescimento de 83,9%). Os dados apresentados pela OCDE não distinguem os médicos por categoria nem por setor de atividade não sendo possível, deste modo, relacionar o vínculo ou a relação profissional no contexto dos diferentes setores nem distinguir o número de internos em formação dos médicos titulados especialistas.

7.6.2. Número de Enfermeiros

O número de enfermeiros¹⁴⁷ e o respetivo peso no sistema de saúde português são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 7.17 - Número de enfermeiros em Portugal, entre 1985 e 2013

Anos	Número de Enfermeiros	Número de Enfermeiros (%)	Anos	Número de Enfermeiros	Número de Enfermeiros (%)
1985	23 991	9,52	2002	41 799	9,26
1990	28 154	10,26	2003	43 849	9,94
1991	30 094	9,94	2004	45 784	9,38
1992	30 181	10,12	2005	48 155	8,73
1993	31 850	9,50	2006	50 955	-----
1994	32 788	9,66	2007	54 079	-----

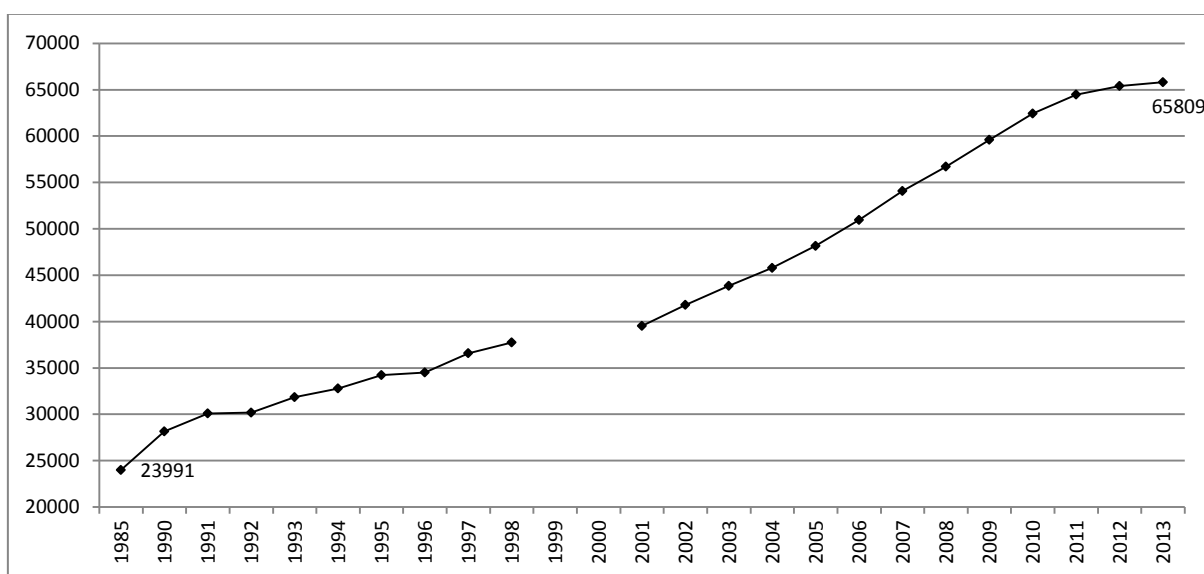
¹⁴⁷ Até 1999, os valores apresentados referem-se ao pessoal de enfermagem que presta serviço nos hospitais e/ou centros de saúde. A partir desta data, referem-se ao pessoal inscrito na Ordem dos Enfermeiros entretanto criada pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.

Anos	Número de Enfermeiros	Número de Enfermeiros (%)	Anos	Número de Enfermeiros	Número de Enfermeiros (%)
1995	34 225	9,49	2008	56 709	-----
1996	34 509	9,55	2009	59 601	-----
1997	36 586	9,26	2010	62 433	-----
1998	37 747	9,23	2011	64 478	-----
1999	-	9,19	2012	65 404	8,19
2000	-	8,68	2013	65 809	8,80
2001	39 529	9,08			

Fonte: PORDATA (2015p)

A figura 7.25 ilustra graficamente a evolução relativamente ao número total de enfermeiros:

Figura 7.25 - Evolução do número de enfermeiros em Portugal, entre 1985 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

No período em estudo, o número de profissionais de enfermagem apresentou um crescimento muito significativo de 41818 enfermeiros (cerca de 174,3%).

7.6.3. Número de Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica

Os dados disponíveis pela OCDE permitem-nos caracterizar a evolução do número de técnicos de diagnóstico e de terapêutica em Portugal de acordo com o peso que representam no sistema de saúde (Quadro 7.18):

Quadro 7.18 – Peso do número de técnicos de MCDT em Portugal, entre 1985 e 2013

Anos	Número de Técnicos de MCDT (%)	Anos	Número de Técnicos de MCDT (%)
1985	11,20	2001	11,01
1990	11,46	2002	11,14
1991	12,26	2003	10,36
1992	11,79	2004	11,08
1993	11,77	2005	11,39
1994	12,66	2006	-----
1995	11,79	2007	-----
1996	12,50	2008	-----
1997	13,14	2009	-----
1998	13,48	2010	-----
1999	10,55	2011	-----
2000	10,64	2012	12,69
		2013	13,39

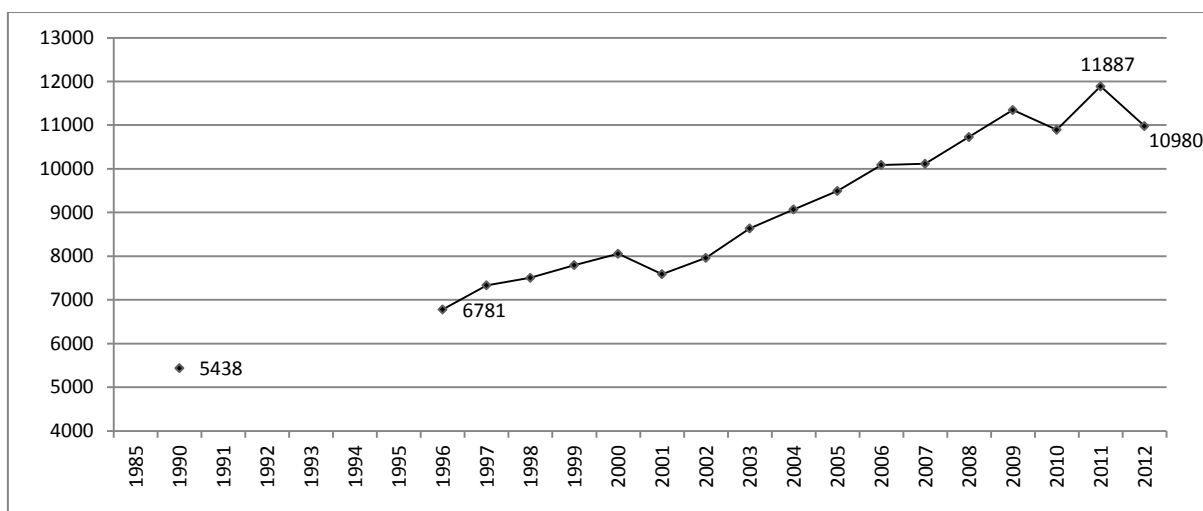
Fonte: OCDE (2015d)

O peso do número de técnicos de diagnóstico e de terapêutica tem vindo a aumentar no período considerado. Em 1985, o peso destes profissionais era de 11,2% e em 2013 atingiu 13,39% (crescimento de 2,19%). No conjunto dos três grupos profissionais caracterizados - médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e de terapêutica - este último é o que apresenta um maior peso no crescimento relativo, no ano 2013. Estes resultados vão ao encontro do aumento, muito significativo, do número de exames de diagnóstico e de terapêutica no sistema de saúde.

7.6.4. Número de Farmacêuticos

O número de farmacêuticos¹⁴⁸ em Portugal é apresentado na figura 7.26. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.26 - Evolução do número de farmacêuticos em Portugal, entre 1985 e 2013



Fonte: OCDE (2015d)

¹⁴⁸ Os valores apresentados referem-se aos farmacêuticos inscritos na Ordem dos Farmacêuticos.

O número de farmacêuticos no sistema de saúde duplicou desde 1990 a 2012. No entanto, entre 2011 e 2012 registou uma redução em cerca de 900 profissionais.

7.7. Indicadores de Estrutura | Recursos Técnicos na Saúde

Os recursos técnicos traduzem a capacidade instalada e a oferta disponível dos serviços de saúde para a prestação de cuidados. Os indicadores de recursos técnicos analisados neste ponto são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 7.19 - Indicadores de recursos técnicos com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

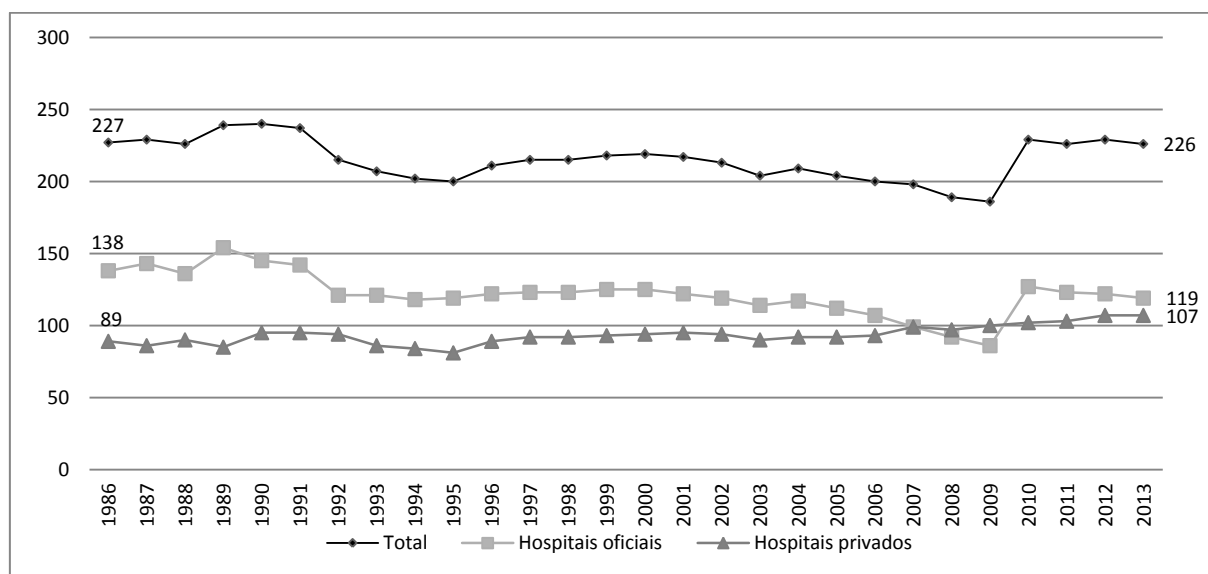
Recursos Técnicos	Número de Hospitais Públicos
	Número de Hospitais Privados
	Número de Camas de Internamento
	Número de Centros e Extensões de Saúde
	Número de Farmácias e postos farmacêuticos móveis

Fonte: Elaboração própria

7.7.1. Número de Hospitais (oficiais e privados)

A evolução do número de hospitais em Portugal são apresentados na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.27 - Evolução do número de hospitais em Portugal, entre 1986 e 2013



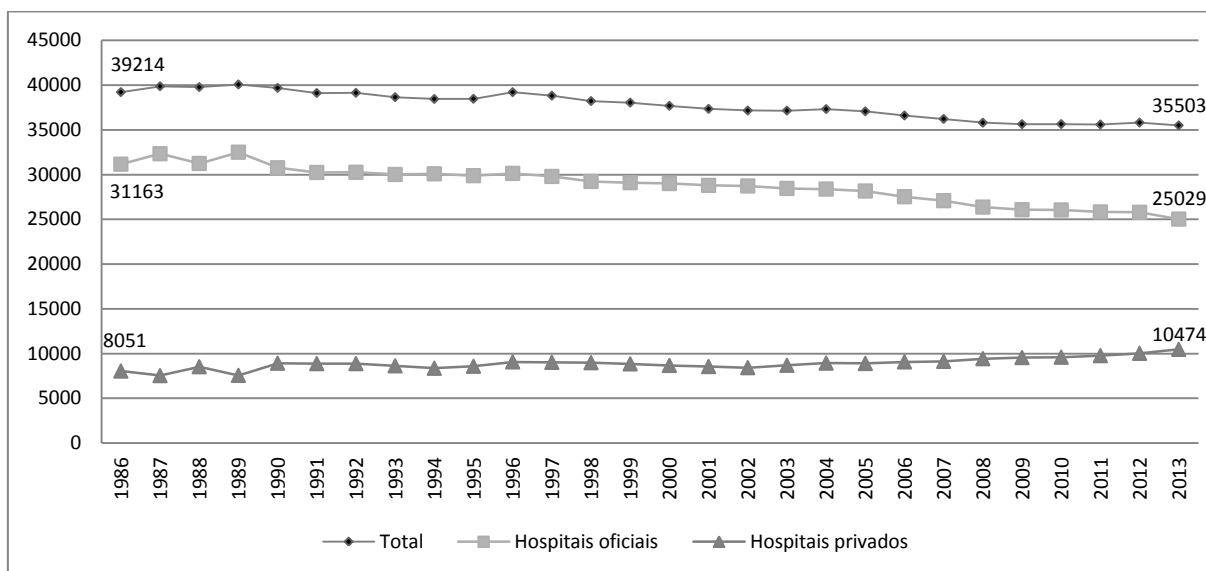
Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

Em Portugal, no período compreendido entre os anos de 1986 e 2013, o número total de hospitais manteve-se estável em resultado da concentração de várias unidades públicas em centros hospitalares e do reduzido número de novas unidades. No setor privado, registou-se uma maior dinâmica com a abertura de 18 unidades confirmando uma tendência de crescimento da participação privada na prestação de cuidados de saúde.

7.7.2. Número de camas de Internamento

A lotação das unidades hospitalares públicas e privadas é traduzida como já referido no capítulo 4 em termos do número de camas. A figura seguinte apresenta a evolução deste indicador. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.28 - Evolução do número total de camas de internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

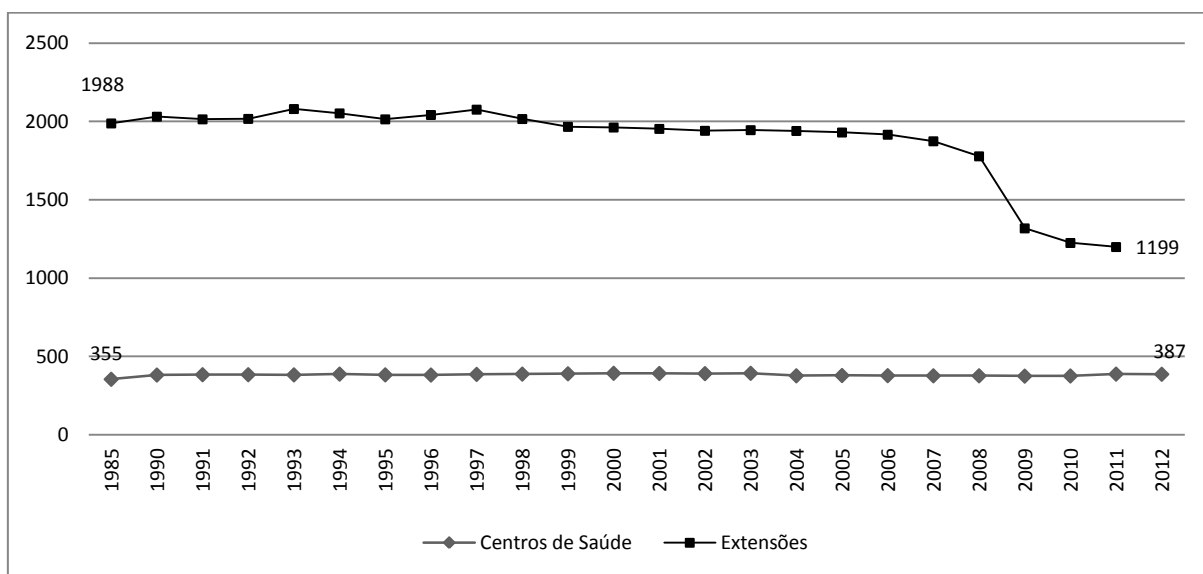
Em Portugal, no sistema de saúde, a capacidade de oferta de internamento hospitalar foi reduzida, de forma global, em 3711 camas (redução de 9,5%). Na base desta redução esteve a diminuição de 6134 camas, em unidades públicas (-19,7%). Em sentido contrário, no setor privado, verificou-se em 2013 um aumento de 30,1% face ao registado em 1986 (+10474 camas).

7.7.3. Número de Centros e Extensões de saúde

Nos últimos 30 anos, os cuidados de saúde primários constituíram uma prioridade na política de saúde da maior parte dos governos. Neste contexto, os centros de saúde constituíram-se como os estabelecimentos públicos de saúde destinados a assegurar a promoção da saúde, a prevenção da

doença e a prestação de cuidados "designadamente através de ações de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença, quer na primeira linha de atuação do SNS, quer garantindo a continuidade dos cuidados" (artigo 4º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio). A figura seguinte apresenta a evolução do número de centros e extensões de saúde. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.29 - Evolução do número de centros e extensões de saúde em Portugal, entre 1986 e 2012



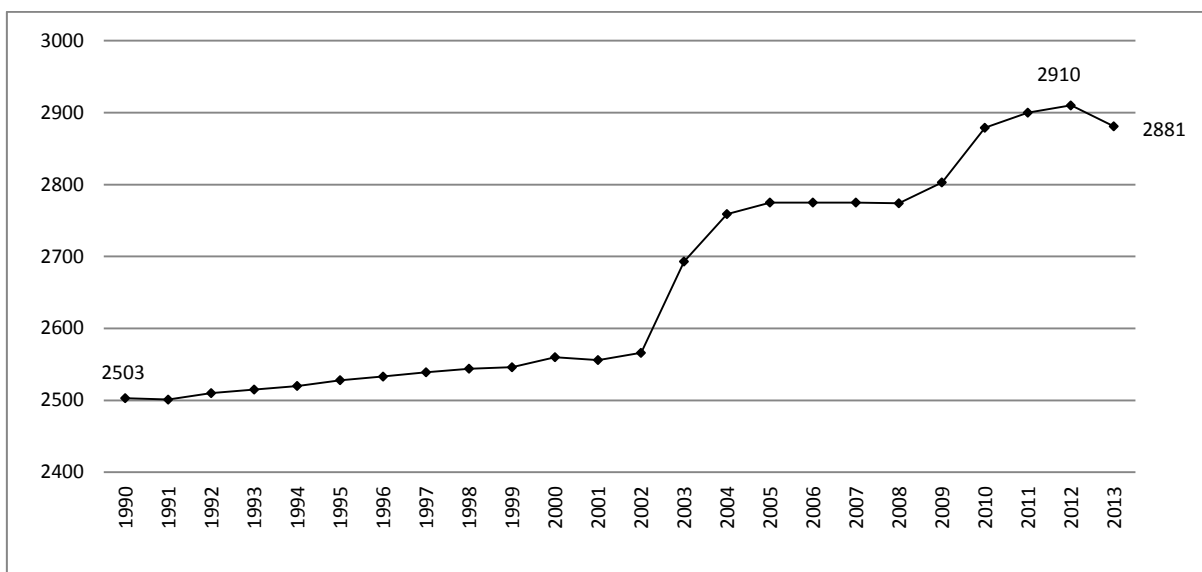
Fonte: PORDATA (2015r)

Entre 1985 a 2012, o número de centros de saúde aumentou em 32 unidades (+ 9%). Um comportamento diferente observou-se no número de extensões que perderam cerca de 789 unidades (- 39,7%) não se encontrando disponíveis, à data da pesquisa, os dados referentes ao número de extensões para o ano 2012, nem os referentes ao número de centros de saúde e extensões em 2013.

7.7.4. Número de Farmácias Comunitárias

As farmácias são estabelecimentos de saúde licenciados por alvará concedido pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) com atribuição para preparar, controlar, conservar e dispensar medicamentos ao público (CSE, 2005). A figura seguinte descreve a evolução deste prestador no sistema de saúde português entre os anos 1990 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.30 - Evolução do número de farmácias em Portugal, entre 1986 e 2012



Fonte: PORDATA (2015s)

O número de farmácias em Portugal aumentou continuamente entre 1990 e 2013 registando um aumento de 378 unidades no período em estudo (+15,1%).

7.8. Indicadores de Desempenho | Acesso

A equidade no acesso pressupõe a realização de objetivos de justiça social e de igualdade (Gulliford, 2003; Oliver, 2003). Para a maioria dos sistemas de saúde, a equidade é um dos principais objetivos da política de saúde (Mooney & McIntyre, 2007). O sistema de saúde português não constitui uma exceção e a questão da equidade tem sido central desde a publicação da Constituição da República em 1976, até à criação do SNS em 1979 e reafirmada nos anos 90 com a publicação da Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS (Fernandes, 2014).

O objetivo da política de saúde em Portugal foi, desde os anos 70 (após a reforma de Gonçalves Ferreira em 1971), a melhoria do nível de cobertura de cuidados e do estado da população. Tendo em vista este objetivo estratégico, ao longo da evolução do sistema de saúde¹⁴⁹ o investimento em infraestruturas foi sendo progressivo no sentido de dotar o país de uma rede que garantisse, em termos de cobertura, os princípios da cobertura geral e da equidade no acesso. No quadro seguinte apresentam-se os indicadores analisados individualmente neste ponto:

¹⁴⁹ Como podemos ver no capítulo 3.

Quadro 7.20 - Indicadores de desempenho com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

Indicadores de Acesso	Lista de Espera - Primeiras Consultas
	Lista de Espera Cirúrgica

Fonte: Elaboração própria

7.8.1. Lista de Espera | Primeiras Consultas

As primeiras consultas constituem um importante indicador das condições de acesso ao sistema de saúde. Os dados disponíveis não permitiram estabelecer o quadro de evolução deste indicador ao longo de um período de tempo significativo no âmbito deste estudo.

7.8.2. Lista de Espera Cirúrgica

O relatório da atividade em cirurgia programada de 2013 (ACSS, 2014) refere que o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) teve como objetivos “melhorar, de forma sustentável, o acesso aos cuidados de saúde na área cirúrgica no SNS” (p.4), garantindo o respeito pelos direitos dos utilizadores e em “observância dos princípios da qualidade e boa gestão em saúde e governação clínica, por forma a garantir eficiência e eficácia, contribuindo desta forma para a sustentabilidade do sistema” (p.4).

Desde a implementação nacional do SIGIC em 2005, a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia da ACSS tem vindo a avaliar os resultados deste programa, disponibilizando os dados referentes ao período entre os anos 2006 e 2013¹⁵⁰ nos seus relatórios anuais¹⁵¹ (Quadro 7.21):

¹⁵⁰ Correspondentes aos valores obtidos a 31 de dezembro de cada ano

¹⁵¹ De acordo com o Relatório de 2013 (ACSS, 2014): “A informação disponibilizada neste relatório decorre diretamente dos dados registados nos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) que transitam por processos automáticos para uma base de dados central. Traduzem a atividade normal dos hospitais, quer no que respeita à consulta e registo de utentes para cirurgia, quer no que respeita ao registo da atividade cirúrgica”.

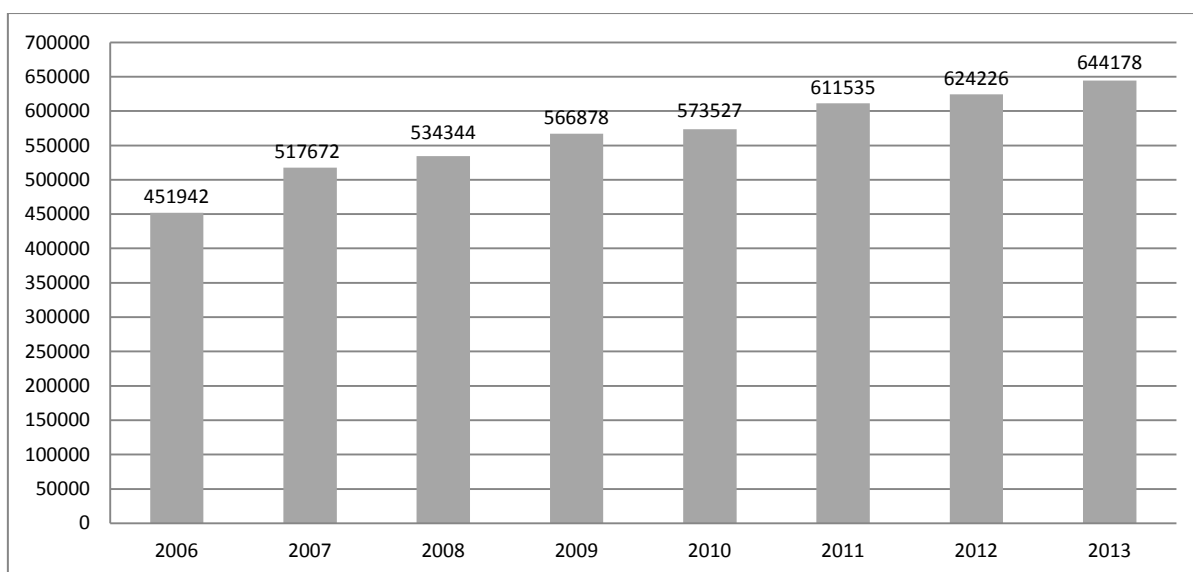
Quadro 7.21 - Movimentos registados pela unidade central de gestão de inscritos para cirurgia, entre 2006 e 2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ2006/2013
Entradas em LIC ¹⁵²	451 942	517 672	534 344	566 878	573 527	611 535	624 226	644 178	42,50%
Nº utentes inscritos	221 208	197 150	174 179	164 751	162 211	180 356	166 798	176 129	-20,40%
Mediana de tempo de espera da LIC em meses	6,9	4,4	3,7	3,4	3,1	3,3	3	2,8	-58,90%
% Inscritos que ultrapassaram tempo máximo de resposta garantida	43,5	24,2	21,6	18,4	13	15,8	15,1	12,8	-65,30%
Nº total de doentes operados	345 321	403 061	455 503	475 293	484 065	503 919	534 415	544 377	57,60%
Nº doentes operados Hospitais SNS (inclui PPP)	331 479	375 418	426 007	451 374	458 497	460 789	482 302	502 251	51,50%
Nº doentes operados em Hospitais Convencionados	1 3842	27 643	29 496	23 919	25 568	24 654	26 852	15 915	15,00%
Nº doentes operados em Hospitais Protocolados	0	0	0	0	0	18 476	25 261	26 211	-

Fonte: ACSS (2014)

O quadro anterior apresenta dados relativos à procura e à oferta de cuidados. Do lado da procura encontram-se os episódios entrados¹⁵³ “entradas em LIC” que corresponde às inscrições para cirurgia registadas no período de um ano e os episódios que se encontram a aguardar cirurgia. As figuras 7.32 e 7.33 apresentam os resultados da procura, entre os anos 2006 e 2013.

Figura 7.31 - Evolução do número de cirurgias inscritas no período de um ano, entre 2006 e 2013



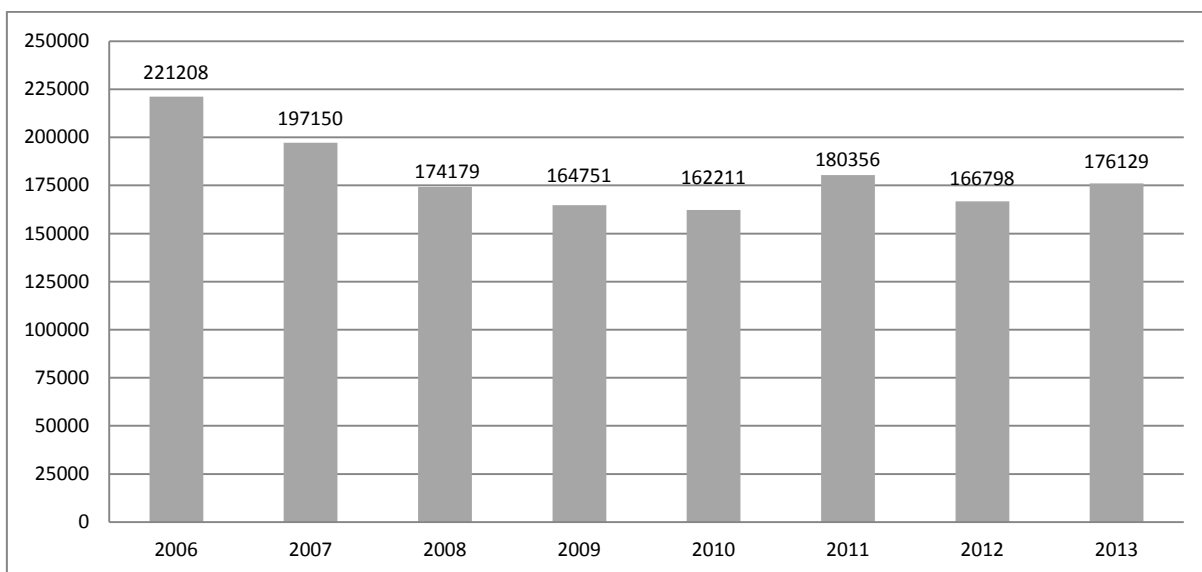
Fonte: ACSS (2014)

A atividade cirúrgica cresceu significativamente, no período em análise, tendo registado uma evolução crescente no número de entradas (novas inscrições) em lista de inscritos para cirurgia (entradas) que apresentou um crescimento de 42,5 %, atingindo mais de 644 mil novos inscritos em 2013.

¹⁵² Lista de inscritos para cirurgia.

¹⁵³ São elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do setor privado e do setor social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados (Parte I, n.º 2 do Anexo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro).

Figura 7.32 - Evolução do número de utentes que aguarda por cirurgia em lista de Inscritos, entre 2006 e 2013



Fonte: ACSS (2014)

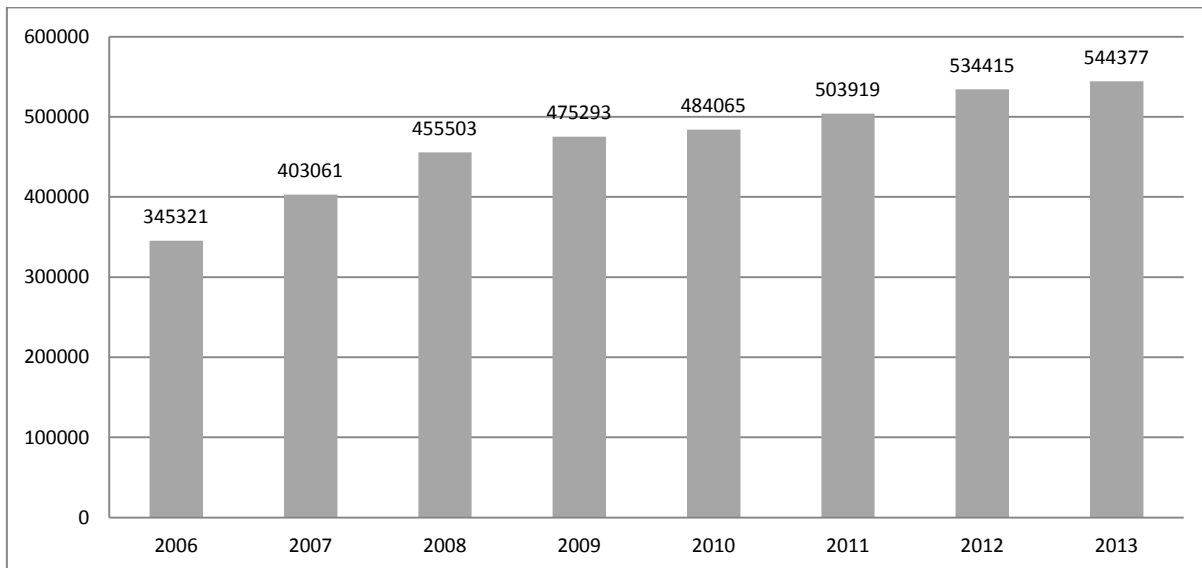
O número de utentes, em lista de espera cirúrgica, diminuiu entre 2006 e 2013 cerca de 20,40%. Entre 2006 e 2010 verificou-se uma redução contínua e bastante significativa em 26,67%. No ano de 2011 surgiu um aumento significativo no qual a lista de espera cresceu cerca de 10% tendo reduzido apenas 2,34% até 2013. De uma forma global, assistiu-se a uma redução da mediana do tempo de espera da LIC em meses de 6,9 meses em 2006 para 2,8 em 2013 (-58, 90%) e dos percentagem de inscritos que ultrapassaram o tempo máximo de resposta garantida que em 2006 era de 43,5% e em 2013 de 12,8% (redução de - 65,30%).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde no seu relatório de 2015 (OPSS, 2015) fez uma alusão ao comportamento da lista de inscritos para cirurgia referindo:

"Relativamente à dimensão temporal, desde a implementação do SIGIC, em final de 2005, até ao ano de 2010, assistiu-se à redução das LIC, da mediana do tempo de espera, da média do tempo de espera dos utentes operados, da percentagem de inscritos para cirurgia e da percentagem de utentes operados prioritários. Porém, o valor destes cinco indicadores aumentou no ano de 2011, não voltando a reduzir-se significativamente a partir desse ano, e aumentando mesmo o tempo médio de espera dos utentes operados, em 2012, e as LIC em 2013" (p.37).

Do lado da oferta regista-se o número de doentes operados. A figura seguinte apresenta em termos gráficos os resultados para este indicador entre os anos 2006 e 2013, apresentando o total de doentes intervencionados (Figura 7.33):

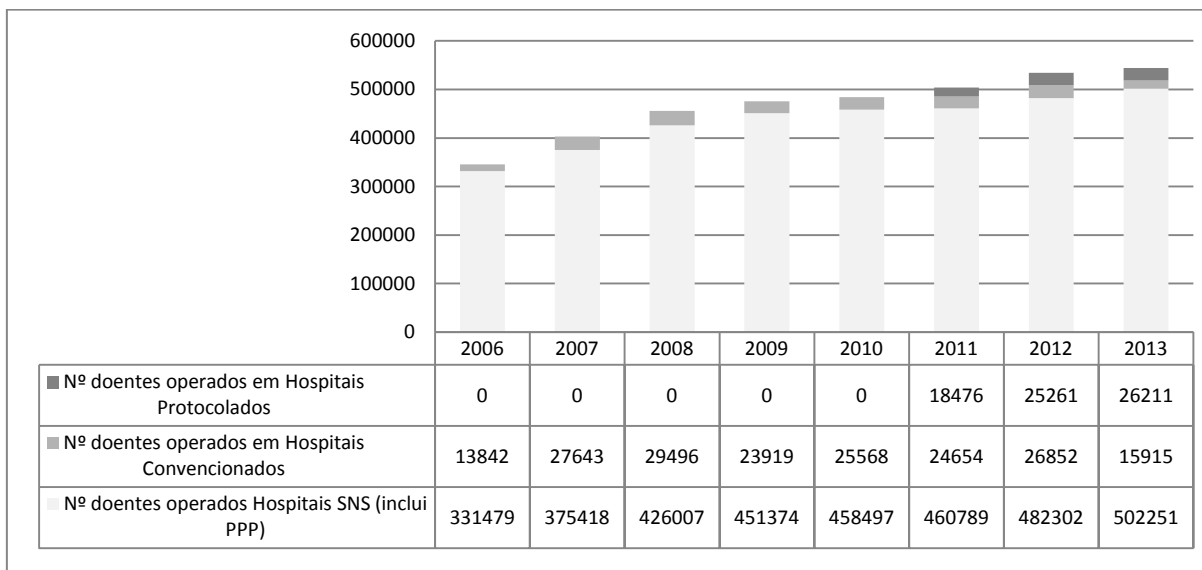
Figura 7.33 - Evolução do número total de doentes operados em SIGIC, entre 2006 e 2013



Fonte: ACSS (2014)

O número total de doentes intervencionados em SIGIC apresentou um crescimento gradual no período considerado em cerca de 57,64%. Por forma a discriminar as unidades que prestaram a atividade cirúrgica (Hospitais do SNS incluindo PPP, hospitais convencionados e hospitais protocolados) construiu-se a seguinte figura:

Figura 7.34 - Atividade cirúrgica dos hospitais em SIGIC por tipo de hospital



Fonte: ACSS (2014)

Os hospitais públicos (SNS e PPP) dominaram a atividade cirúrgica ao longo de todo o período, apresentando um crescimento da sua participação em 51,5% registando-se um aumento significativo da participação das unidades hospitalares convencionadas (+15%) e o aparecimento em 2011 de um conjunto de hospitais protocolados.

7.9. Indicadores de Desempenho | Utilização

Os indicadores de utilização, do sistema de saúde, refletem as relações entre a procura e a oferta de cuidados de saúde. Nos pontos seguintes, aborda-se a evolução de seis indicadores de utilização do sistema de saúde (Quadro 7.22):

Quadro 7.22 - Indicadores de utilização com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

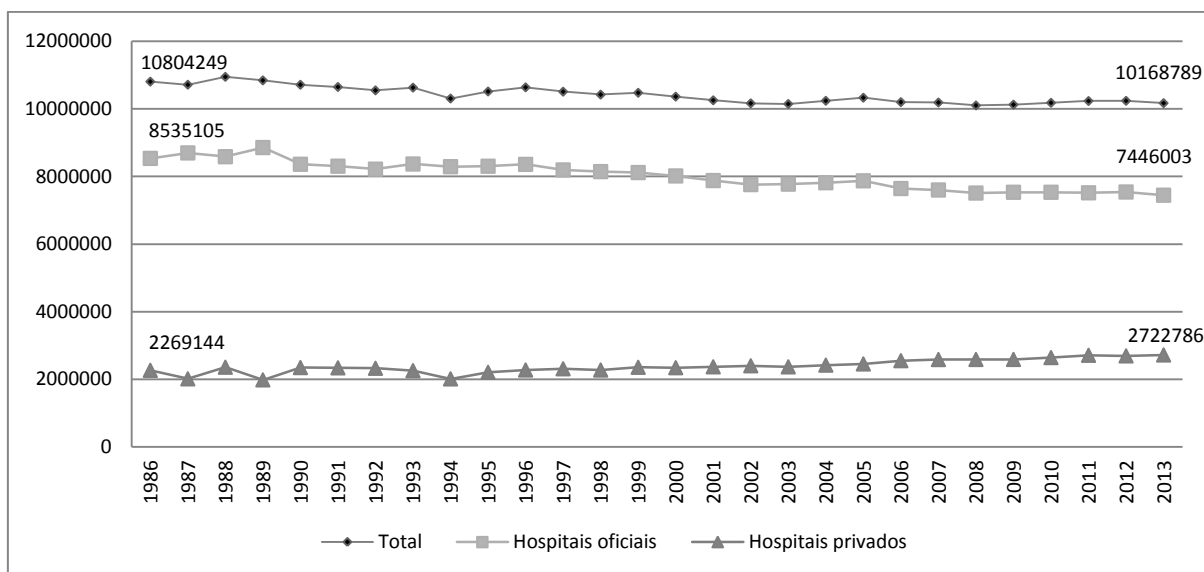
Indicadores de Utilização	Número de dias de Internamento
	Demora Média
	Número de Consultas Externas
	Número de Episódios de Urgência
	Número de Médias e Grandes Cirurgias
	Número de Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica

Fonte: Elaboração própria

7.9.1. Número de dias de internamento em Hospitais

O número de dias de internamento é um importante indicador que reflete a taxa de utilização dos serviços hospitalares e que resulta do número total de dias utilizados pelos doentes internados, nos diversos serviços de internamento, excetuando o dia da alta. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação em urgência (CSE, 2005). A figura seguinte apresenta o comportamento evolutivo deste indicador de utilização. O quadro com os dados na íntegra pode observar-se no Anexo I.

Figura 7.35 - Evolução do número de dias de internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

Em Portugal, no período em análise, o número total de dias de internamento hospitalar sofreu uma redução de 5,88%. Em 1986 registaram-se cerca de 10,80 milhões de dias de internamento e em 2013 este número caiu para aproximadamente 10,17 milhões. De modo a avaliar qual dos setores (público ou privado) contribuiu para este resultado, observou-se a variação do número de dias de internamento registados nestas unidades. Nos hospitais oficiais, no mesmo período de tempo, observou-se uma redução significativa em cerca de 1,08 milhões de dias (-12,76%) e nos hospitais privados registou-se um aumento de 453 mil dias (cerca de 20%).

A redução do número de dias de internamento nos hospitais oficiais e o consequente aumento nas unidades privadas seria expectável perante a redução de camas no setor público e o aumento, muito significativo, da cirurgia de ambulatório associado ao crescimento do setor privado na lotação. No entanto, este indicador ainda está dependente dos resultados em termos da demora média observada em cada ano.

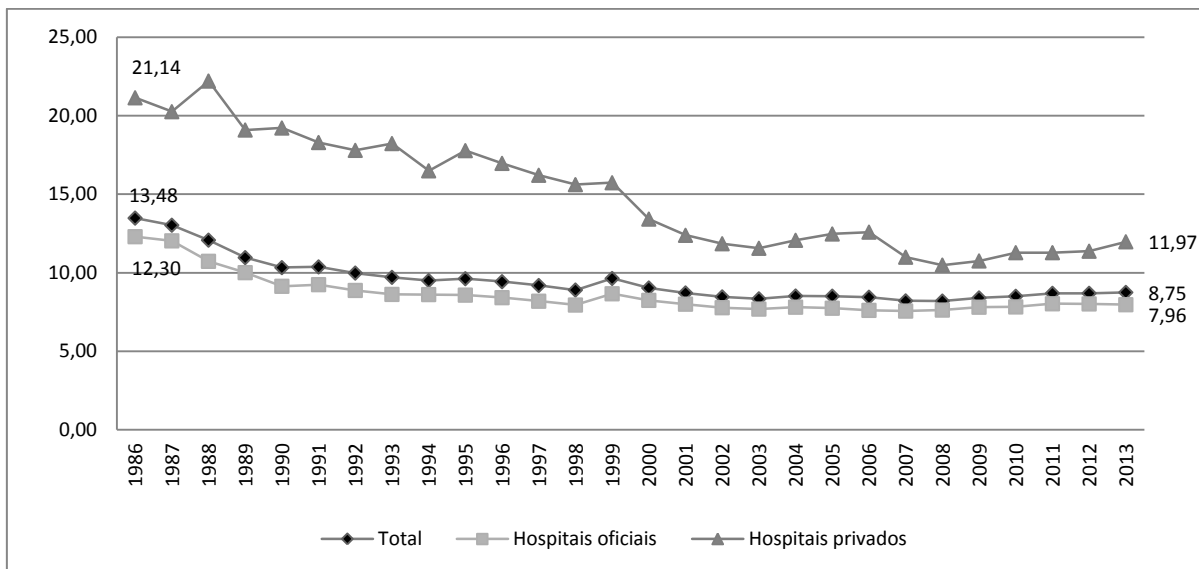
7.9.2. Demora Média registada no Internamento

A demora média representa o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde, num determinado período (CSE, 2005; DGS, 2001)¹⁵⁴. Com o objetivo de verificar se a redução do número de dias de internamento se refletiu numa redução da demora média analisou-se, para o mesmo período de tempo, a evolução deste indicador. A figura 7.36 apresenta o

¹⁵⁴ Para o apuramento deste indicador foi efetuada a divisão do número de dias de internamento pelo número de doentes saídos do internamento num mesmo período de tempo (neste caso um ano).

comportamento evolutivo da demora média registada no internamento. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.36 - Evolução da demora média observada no internamento hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

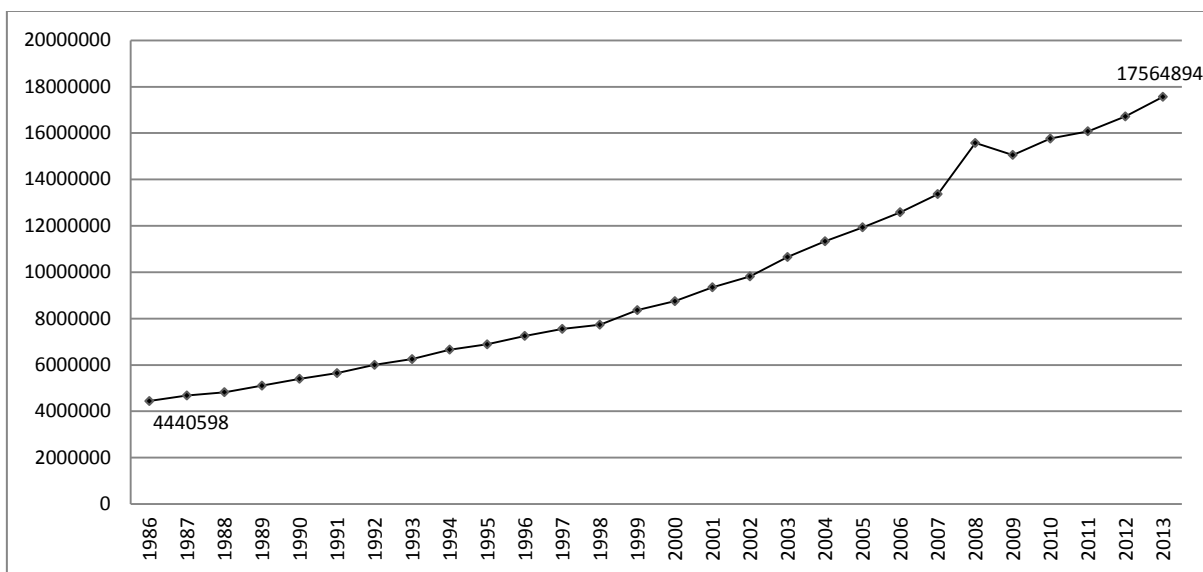
A demora média do internamento acompanhou a redução do número de dias de internamento. Com efeito, em 1986 a demora média global de internamento dos hospitais era de 13,48 dias. Este valor era inflacionado de forma substancial pela elevada taxa registada nos hospitais privados (21,14 dias). Em 2013, assistiu-se a uma redução significativa da demora média global que passou de 13,48 dias para 8,75 (redução de 4,73 dias). Esta diminuição global deveu-se a um esforço de ambos os setores tendo os hospitais oficiais reduzido o tempo médio de internamento em 4,34 dias¹⁵⁵ (menos 35,3%) e os privados em 9,17 dias (43,4%).

7.9.3. Número de Consultas Externas realizadas nas Unidades Hospitalares

O número de consultas externas corresponde ao atendimento realizado por um médico em ambiente hospitalar e com marcação prévia para acto de observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares (CSE, 2002). A figura seguinte apresenta os dados disponíveis pela OCDE relativos ao número total de consultas externas. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

¹⁵⁵ Uma outra análise interessante do ponto de vista de analisar se houve consequências para a saúde dos cidadãos ou se a redução da demora média se deveu à inovação e a novas *guidelines*, centrar-se-ia na avaliação da taxa de reinternamento para as unidades hospitalares, porém os dados referentes ao período temporal em questão não estão disponíveis.

Figura 7.37 - Evolução do número de consultas externas realizadas nos hospitais em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: OCDE (2015c)

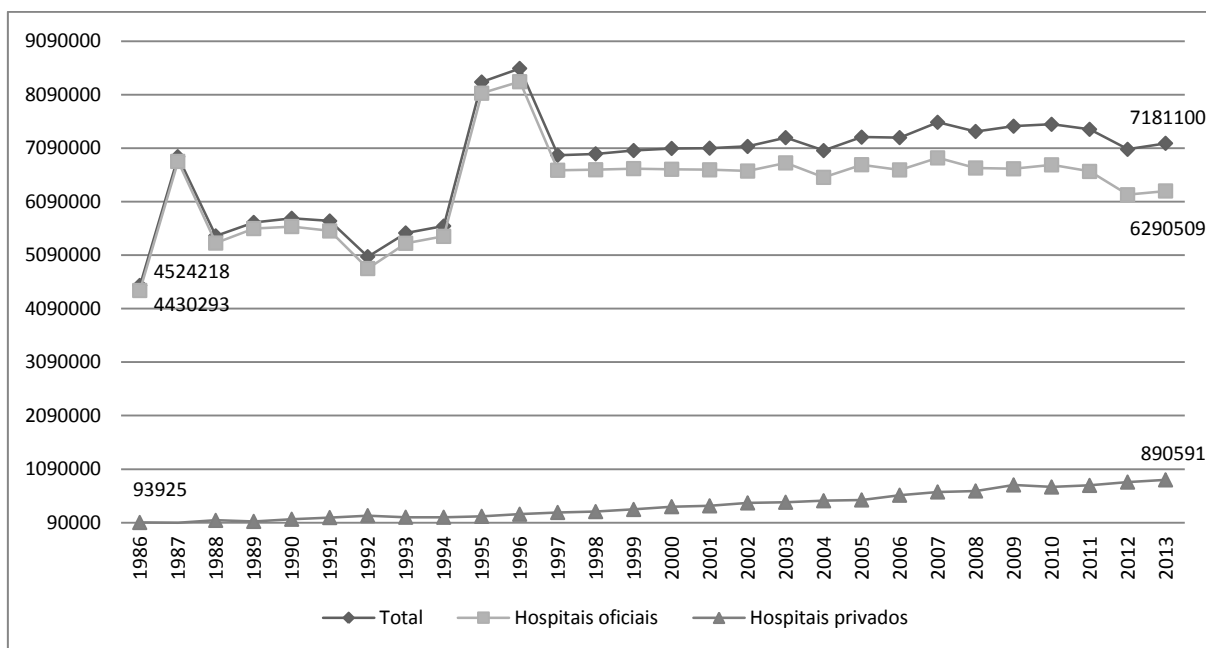
Nos hospitais portugueses, o número total de consultas externas realizadas cresceu significativamente no período de tempo analisado. Em 1986, registavam-se apenas cerca de 4,4 milhões de consultas enquanto no final de 2013 este número passou para 17,6 milhões (+de 295,6%).

Em relação às consultas realizadas nas unidades privadas, ainda que os dados só estejam disponíveis a partir do ano 2002, observa-se um crescimento significativo de aproximadamente 3,5 milhões de atendimentos, o que corresponde a um crescimento efetivo de 215,2%.

7.9.4. Número de Episódios de Urgência

Os episódios de urgência correspondem aos cuidados de saúde prestados em centros de saúde ou em hospitais, em instalações próprias, a cidadãos com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde (CSE, 2005). A evolução do número de episódios de urgência no sistema de saúde apresenta-se na figura 7.38. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.38 - Evolução do número de episódios de urgência hospitalar em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

Em Portugal, no período em estudo, o número de episódios de urgência aumentou de forma significativa. Em 1986, registou-se um total de 4,5 milhões de episódios. Em 2013, este valor subiu 58,73% atingindo os 7,18 milhões de atendimentos urgentes. O crescimento deste indicador foi comum aos hospitais públicos (+41,99%) e aos privados que em 2013 registaram mais de 796,6 mil episódios relativamente a 1986 (+ 848,19%).

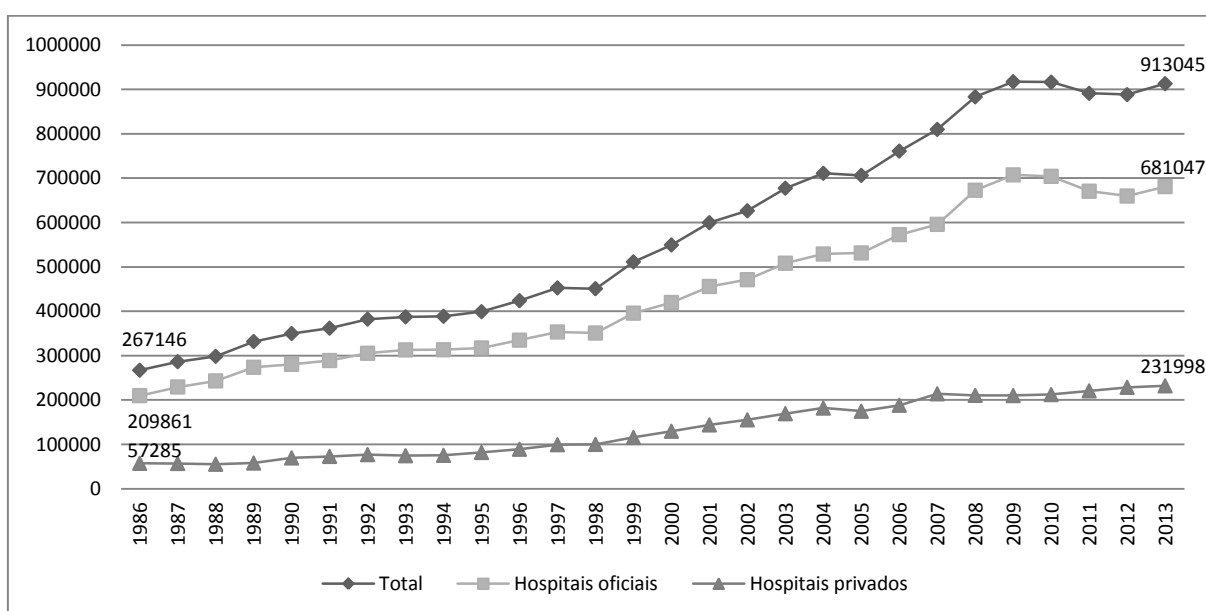
No período em questão destaca-se, entre 2011 e 2012, um contínuo crescimento do acesso aos hospitais privados (+62,7 mil episódios) e uma redução significativa nos públicos (-436,5 mil episódios). É importante referir o possível efeito na redução da procura deste tipo de serviço no SNS resultante do aumento das taxas moderadoras no início do ano 2012.

Tendo por base estes dados Barros, Afonso, Martins & Pereira (2013) efetuaram um estudo com o objetivo de identificar o efeito exclusivamente associado com o aumento das taxas moderadoras (Barros *et al*, 2013). Entre outras conclusões, o grupo de trabalho refere que "os pacientes que não estão isentos do pagamento das taxas moderadoras visitaram, em média, as urgências hospitalares menos vezes do que os isentos" (Barros *et al*, 2013, p.25).

7.9.5. Número de médias e grandes Cirurgias

As listas de espera em cirurgia são uma das áreas, na prestação de cuidados de saúde, com maior significado clínico e impacto social pelo que têm sido alvo de atenção nas sucessivas políticas de saúde. Do ponto de vista da complexidade distinguem-se diferentes tipos de intervenções cirúrgicas em função do valor do índice de ponderação¹⁵⁶ conforme a tabela da Ordem dos Médicos - média cirurgia (inferior a 110 k e igual ou superior a 50 k) e grande cirurgia o valor do índice referido tem de ser (igual ou superior a 110 k) (DGS, 2001). A figura 7.39 apresenta o número de grandes e médias cirurgias realizadas nos hospitais portugueses nos anos 2002 a 2012. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.39 - Evolução do número de cirurgias grandes e médias cirurgias em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

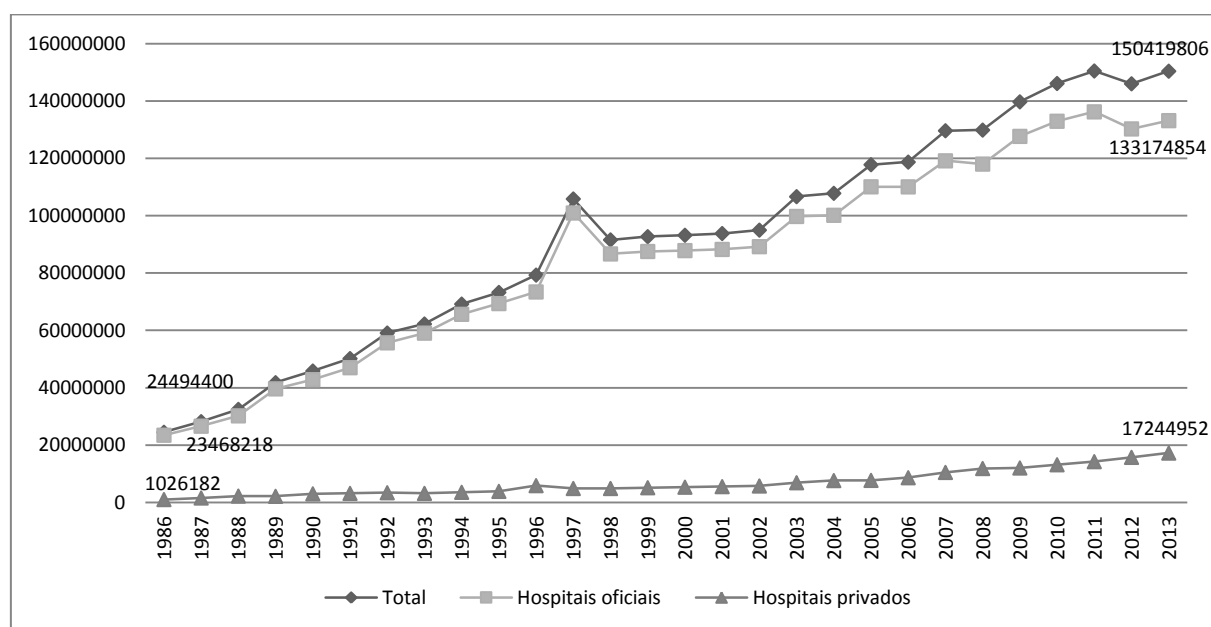
A atividade cirúrgica, da média e grande cirurgia, entre os anos 1986 e 2013, apresentou uma evolução positiva com a realização de cerca de mais de 645.000 cirurgias (+ 241,8%). Deste valor, regista-se um aumento anual desta atividade em 471.200 nos hospitais públicos (+ 224,5%) e de 174.700 (+304,99%) nos hospitais privados.

¹⁵⁶ É relativo ao custo do ato médico, constante designada por k, da tabela de códigos de nomenclatura e valor relativo dos atos médicos, definida pela Ordem dos Médicos (DGS, 2001).

7.9.6. Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica

Os meios complementares de diagnóstico¹⁵⁷ e de terapêutica¹⁵⁸ constituem-se como importantes recursos auxiliares fundamentais para a uma correta realização dos diagnósticos clínicos e para a prevenção, reabilitação e recuperação dos utentes. A figura seguinte apresenta a evolução da utilização destes meios. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.40 - Evolução do número de MCDT realizados em Portugal, entre 1986 e 2013



Fonte: INE (1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2015b)

O número de atos complementares em Portugal, entre os anos 1986 e 2013, realizados em unidades hospitalares, apresentou um crescimento significativo de 125,9 milhões (+514,3%). Este aumento foi gerado pelo investimento e inovação tecnológica das unidades hospitalares e registou-se tanto nas unidades públicas (+109,7 milhões de atos) e nas privadas (+16,2 milhões de atos).

7.10. Indicadores de Desempenho | Qualidade

A CE definiu indicadores de saúde como um "conjunto de dados sobre o estado de saúde, os fatores determinantes da saúde e os cuidados de saúde nos países da UE. Além de permitir monitorizar e comparar dados estes indicadores servem de base à elaboração de políticas" (CE, 2015b). De acordo

¹⁵⁷ Os atos complementares de diagnóstico são constituídos pelos exames ou testes que fornecem resultados essenciais e necessários para estabelecer um diagnóstico (DGS, 2001). Estão incluídas no âmbito destes atos, atividades em saúde tais como a patologia clínica, a imunohemoterapia, a anatomia patológica, a imagiologia, a endoscopia, a medicina nuclear, entre outras.

¹⁵⁸ Os atos complementares de terapêutica são caracterizados pela prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica (DGS, 2001). Estão incluídos no âmbito destes atos atividades como a fisioterapia, a litotricia, a medicina nuclear, a radioterapia, a laserterapia, as sessões de psicoterapia, entre outras.

com a mesma fonte dos cerca de 88 indicadores de saúde fundamentais europeus mais de 50 destes dispõem de dados comparáveis. No quadro seguinte apresentam-se alguns dos indicadores de maior impacto em Portugal em termos de desempenho do sistema de saúde:

Quadro 7.23 - Indicadores de desempenho com influência no desenvolvimento do sistema de saúde

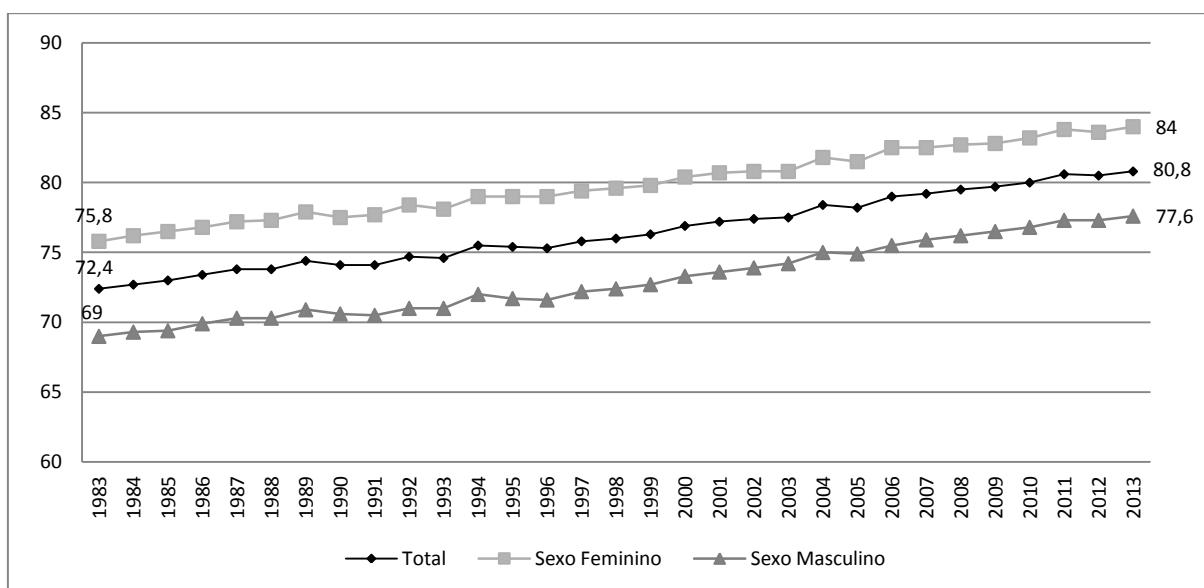
Indicadores de Qualidade	Esperança Média de Vida
	Número de casos de SIDA
	Número de Partos e de Cesarianas
	Taxa Bruta de Mortalidade
	Mortalidade Infantil e Materna
	Mortalidade por Doenças Oncológicas
	Mortalidade por Doenças Cárdiovasculares
	Diabetes: Incidência e Prevalência na População
	Mortalidade por Acidente com Transportes
	Perceção do Estado de Saúde

Fonte: Elaboração própria

7.10.1. Esperança Média de Vida

A esperança média de vida à nascença representa o “número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento” (CSE, 2003;2005). A OCDE partilha a mesma definição destacando, para além do nascimento, a possibilidade do apuramento deste indicador em outros anos "*Life expectancy at birth and ages 40, 60, 65 and 80 is the average number of years that a person at that age can be expected to live, assuming that age-specific mortality levels remain constant* (OCDE, 2014, p.1). De acordo com a literatura, este é um indicador muito relevante quando se avaliam os resultados das políticas de saúde de um país (Dolenc et al., 2014). A figura seguinte apresenta a evolução da esperança média de vida em Portugal, entre os anos 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.41 - Evolução da esperança média de vida em Portugal (total e por sexo) entre 1983 e 2013 (em anos)



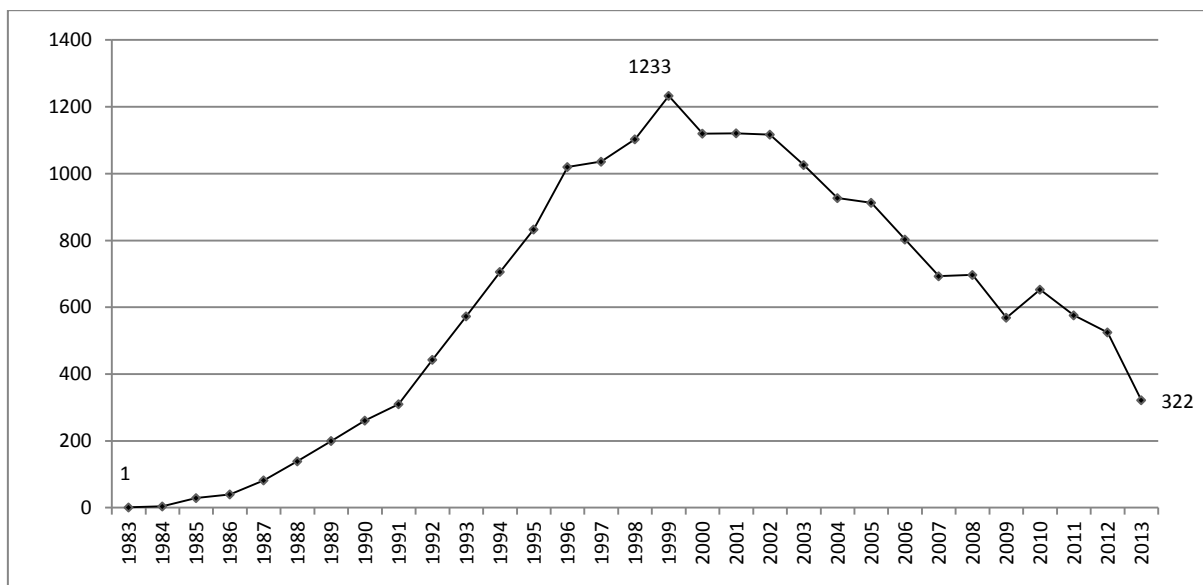
Fonte: OCDE (2015e)

Nas últimas décadas, na UE, a esperança média de vida à nascença progrediu de forma positiva embora as discrepâncias entre os sexos se mantenham. Em Portugal, as mulheres continuam a ter um aumento na esperança média de vida embora seja importante salientar uma redução no diferencial entre a esperança média de vida entre mulheres e homens que em 1983 era de 3,4 anos e em 2013 foi de 3,2 anos.

7.10.2. Número de casos de SIDA

O primeiro caso de SIDA, em Portugal, foi diagnosticado em 1983. Nos anos seguintes, dada a prevalência de SIDA provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana desenvolveram-se ações de deteção desta patologia na população portuguesa. A figura seguinte apresenta a evolução do número de casos de doentes com SIDA detetados anualmente em Portugal. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.42 - Evolução do número de casos de SIDA notificados | diagnosticados em Portugal, entre 1983 e 2013



Fonte: INE (2015e)

Entre 1983 e 2013, não se pode avaliar o comportamento do número de casos de SIDA uma vez que apenas no início deste período foi registado oficialmente o primeiro caso em Portugal. Desta forma, os dados deverão ser analisados em duas partes. Uma primeira parte, entre 1983 e 1999, a qual poderemos designar por "fase diagnóstica" dado que durante estes anos houve a preocupação de detetar os casos existentes e os números cresceram de forma expressiva.

Neste período, registaram-se, no final de 1999, cerca de 1233 casos de SIDA. No entanto, a segunda parte, a partir do ano 2000, apresentou uma tendência de inversão dos dados com uma descida gradual deste indicador. Provavelmente esta regressão resultou das políticas de combate à SIDA e particularmente das ações públicas de informação e de prevenção junto da população, sendo certo que o número de casos notificados caiu de 1233 em 1999 para 322 em 2013 (menos 911 casos).

7.10.3. Número de Partos e de Cesarianas

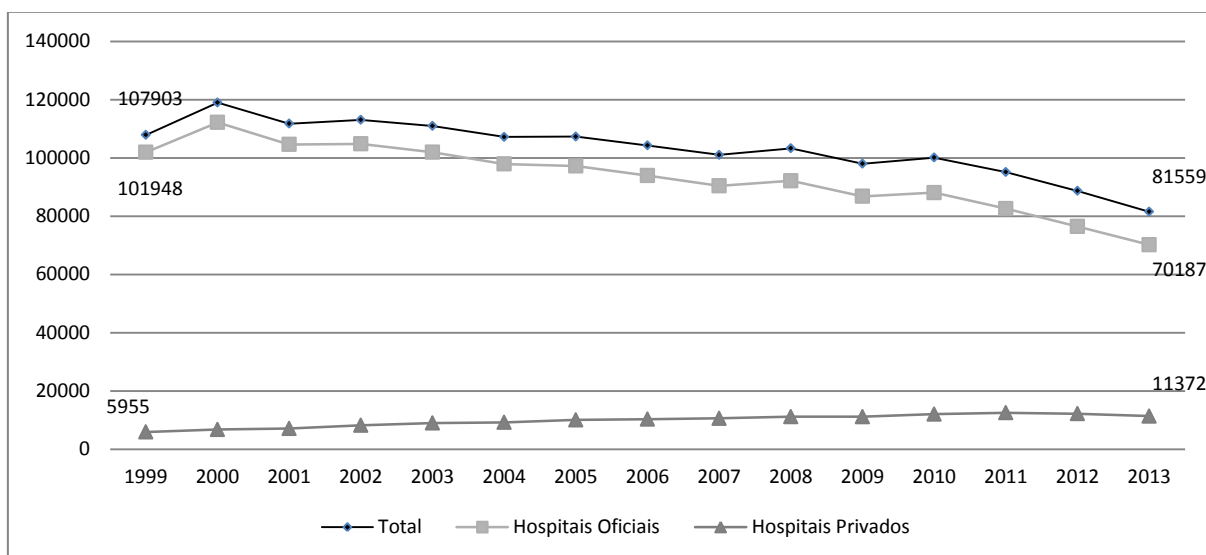
O número de partos e de cesarianas reflete uma realidade diferenciada entre a prestação pública e prestação privada em meio hospitalar. O quadro e a figura seguintes apresentam os dados relativos à evolução destes indicadores:

Quadro 7.24 - Número total de partos realizado em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013

Anos	Total	Hospitais Oficiais (nº)	Hospitais Oficiais (%)	Hospitais Privados (nº)	Hospitais Privados (%)
1999	107 903	101 948	94,5%	5 955	5,5%
2000	118 991	112 204	94,3%	6 787	5,7%
2001	111 772	104 640	93,6%	7 132	6,4%
2002	113 074	104 831	92,7%	8 243	7,3%
2003	110 976	101 957	91,9%	9 019	8,1%
2004	107 195	97 936	91,4%	9 259	8,6%
2005	107 309	97 233	90,6%	10 076	9,4%
2006	104 296	93 947	90,1%	10 349	9,9%
2007	101 023	90 407	89,5%	10 616	10,5%
2008	103 314	92 132	89,2%	11 182	10,8%
2009	98 006	86 842	88,6%	11 164	11,4%
2010	100 130	88 071	88,0%	12 059	12,0%
2011	95 149	82 582	86,8%	12 567	13,2%
2012	88 708	76 476	86,2%	12 232	13,8%
2013	81 559	70 187	86,1%	11 372	13,9%

Fonte: INE (1999, 2000, 2001, 2015b)

Figura 7.43 - Evolução do número total de partos realizado em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013



Fonte: INE (1999, 2000, 2001, 2015b)

Em Portugal, o número total de partos tem sofrido uma redução ao longo dos anos. Entre 1999 e 2013, registou-se uma redução com menos 26344 partos (-24,4%). O número de partos realizados em unidades públicas foi dominante registando-se contudo um aumento significativo do número de partos no setor privado que em 1999 cobria apenas 5,5% do total de partos e em 2013 já ascendia a 13,9%.

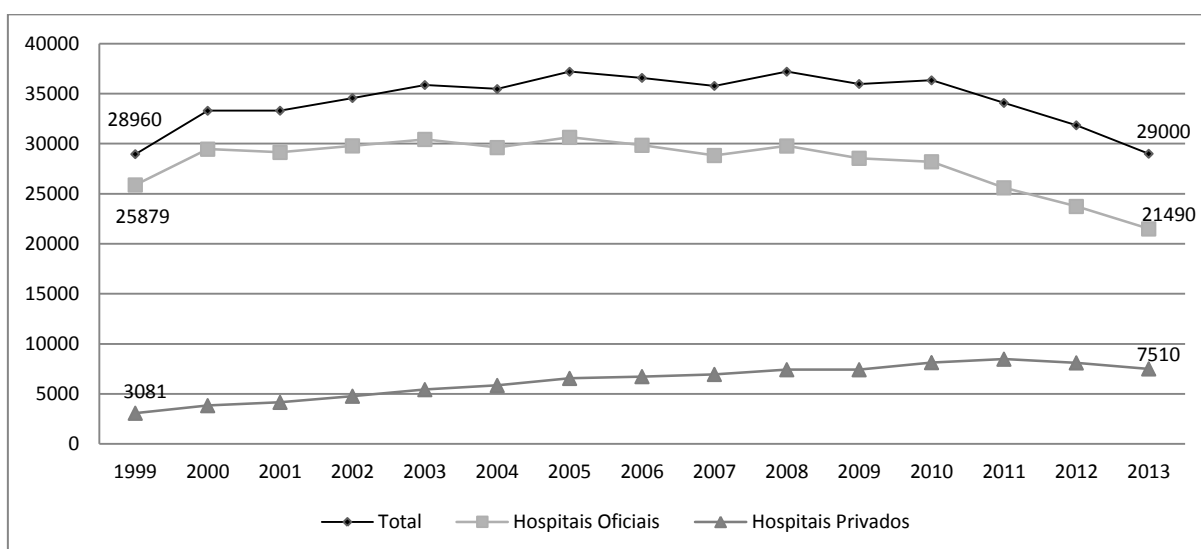
Incluídos no número total de partos apresentados no quadro 7.25 estão os partos realizados por cesariana. O quadro e a figura seguintes descrevem esta evolução:

Quadro 7.25 - Número total de cesarianas realizadas em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013

Anos	Total	Hospitais Oficiais (nº)	Hospitais Oficiais (%)	Hospitais Privados (nº)	Hospitais Privados (%)
1999	28 960	25 879	89,4%	3 081	10,6%
2000	33 294	29 458	88,5%	3 836	11,5%
2001	33 302	29 134	87,5%	4 168	12,5%
2002	34 567	29 786	86,2%	4 781	13,8%
2003	35 868	30 433	84,8%	5 435	15,2%
2004	35 467	29 616	83,5%	5 851	16,5%
2005	37 194	30 637	82,4%	6 557	17,6%
2006	36 582	29 845	81,6%	6 737	18,4%
2007	35 778	28 824	80,6%	6 954	19,4%
2008	37 199	29 773	80,0%	7 426	20,0%
2009	35 972	28 547	79,4%	7 425	20,6%
2010	36 335	28 199	77,6%	8 136	22,4%
2011	34 076	25 596	75,1%	8 480	24,9%
2012	31 845	23 736	74,5%	8 109	25,5%
2013	29 000	21 490	74,1%	7 510	25,9%

Fonte: INE (1999, 2000, 2001, 2015b)

Figura 7.44 - Evolução do número total de cesarianas realizadas em Portugal nos hospitais oficiais e privados, entre 1999 e 2013



Fonte: INE (1999, 2000, 2001, 2015b)

O número de cesarianas, realizadas em Portugal, efetuam-se em grande parte nos hospitais públicos. No entanto, o setor privado no período analisado ganhou dimensão com um número total de 7510 cesarianas realizadas em 2013 o que traduz um crescimento (+15,3%) no número total de cesarianas face ao ano de 1999. De modo a relacionar a proporção de cesarianas face ao número total de partos ocorridos no sistema de saúde (diferenciando também as realizadas nos hospitais oficiais e privados) construiu-se o quadro 7.26:

Quadro 7.26 - Incidência do número de cesarianas no total de partos realizados em Portugal, entre 1999 e 2013

	% Cesarianas Hospitais	% Cesarianas Hospitais Oficiais	% Cesarianas Hospitais Privados
1999	26,8%	24,0%	2,9%
2000	28,0%	24,8%	3,2%
2001	29,8%	26,1%	3,7%
2002	30,6%	26,3%	4,2%
2003	32,3%	27,4%	4,9%
2004	33,1%	27,6%	5,5%
2005	34,7%	28,6%	6,1%
2006	35,1%	28,6%	6,5%
2007	35,4%	28,5%	6,9%
2008	36,0%	28,8%	7,2%
2009	36,7%	29,1%	7,6%
2010	36,3%	28,2%	8,1%
2011	35,8%	26,9%	8,9%
2012	35,9%	26,8%	9,1%
2013	35,6%	26,3%	9,2%

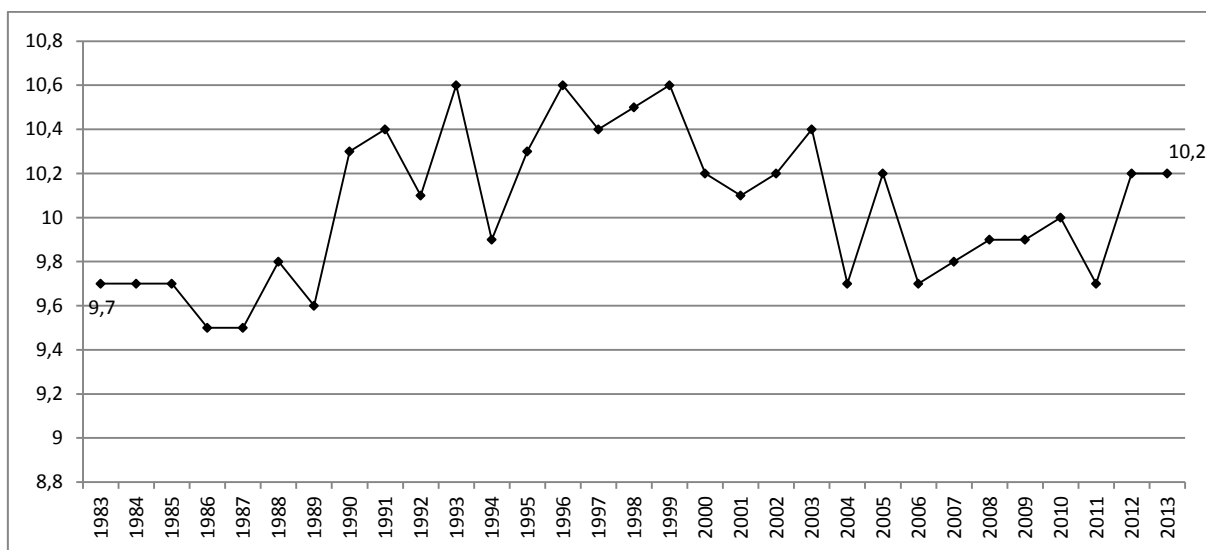
Fonte: INE (1999, 2000, 2001, 2015b)

Entre 1999 e 2013, o número de cesarianas realizadas face ao número total de partos no sistema de saúde passou de 26,8% para 35,6% (+8,8%). Esta evolução deveu-se sobretudo à prática nos hospitais privados onde se observou um aumento de 6,3% que contrasta com o crescimento de 2,3% dos hospitais oficiais.

7.10.4. Taxa Bruta de Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade, de acordo com o Conselho Superior de Estatística, corresponde ao “número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período” (CSE, 2003). A figura seguinte representa a evolução da taxa bruta de mortalidade em Portugal, entre 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.45 - Evolução da taxa bruta de mortalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2013 (por mil habitantes)



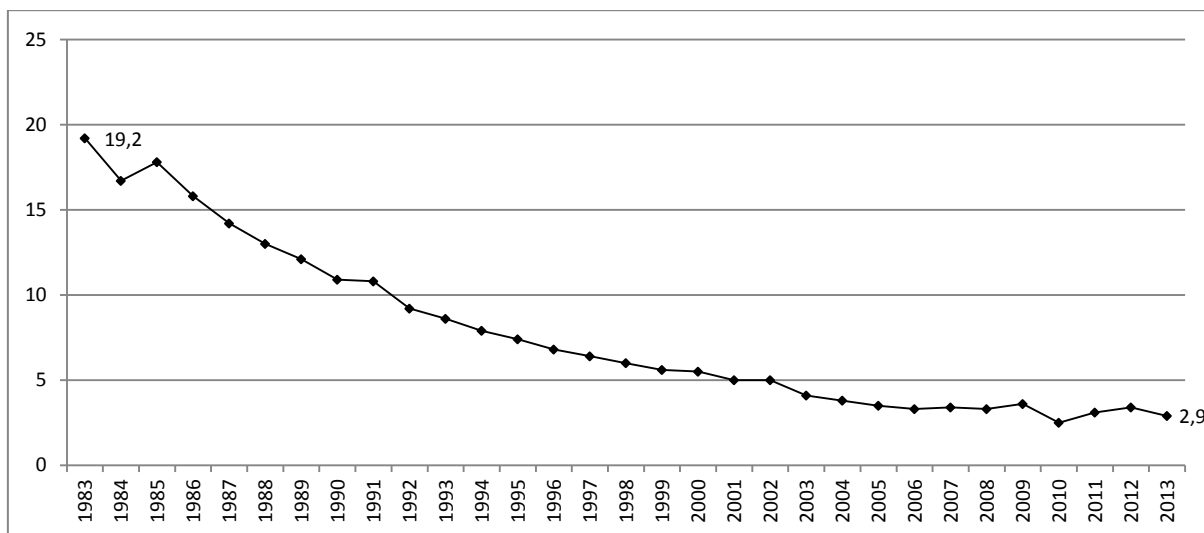
Fonte: PORDATA (2015k)

A taxa bruta de mortalidade em Portugal apresentou um crescimento de 5,2%, no período considerado embora com várias oscilações ao longo do tempo. Na base destas variações estão as políticas adotadas com impacto no número de mortes evitáveis cujo conceito se refere ao número de "mortes teoricamente evitáveis através de intervenções de carácter preventivo (mortes evitáveis sensíveis à promoção da saúde) ou curativo (mortes evitáveis sensíveis aos cuidados médicos)" (Machado, Teixeira, Rodrigues & Felício, 2011). Nos anos 90, este conceito foi considerado essencial para caracteriar a situação sanitária do país e para o planeamento da saúde (Botelho, Dias & Motta, 1993).

7.10.5. Mortalidade Infantil e Materna

A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças, com menos de 1 ano de idade, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados-vivos) (INE, 2014d; CSE, 2005). A figura seguinte apresenta o comportamento evolutivo da taxa de mortalidade infantil, num período de 30 anos. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.46 - Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal entre 1983 e 2013, por 1000 nados vivos

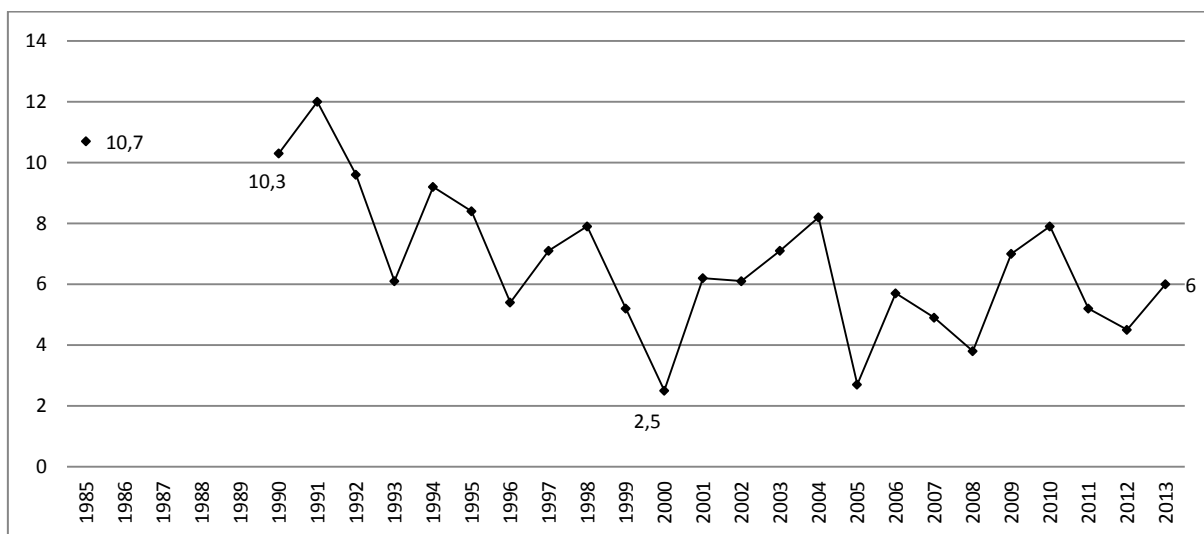


Fonte: INE (2015e)

Em 1975, os valores para este indicador ascendiam a 38,9 mortes por 1000 nados vivos (Ministério da Saúde, 2009). Nos 30 anos em estudo, a taxa de mortalidade infantil foi um dos indicadores que apresentou os melhores e mais efetivos resultados em saúde. De acordo com os dados obtidos, por cada 1000 nados vivos, este indicador, entre os anos 1983 e 2013, apresentou uma redução de 16,3 mortes (-84,9%). Em termos comparativos os valores de 2013 representariam uma redução de 36 mortes (92,5%).

A evolução da taxa de mortalidade materna, em Portugal, entre os anos 1985 e 2013, por cada 100000 nascimentos é apresentada na figura seguinte. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.47 - Evolução da taxa de mortalidade materna em Portugal, entre 1985 e 2013 por 100 000 nascimentos



Fonte: PORDATA (2015u)

No período considerado, a mortalidade materna em Portugal apresentou uma redução considerável de aproximadamente 5 mortes por cada 100000 nascimentos (redução de 43,9%).

Na base destes resultados, como referido quando abordada a evolução do sistema de saúde, para além da melhoria da melhoria socioeconómica da população, registou-se a influência das várias políticas e medidas com vista ao acompanhamento e vigilância da saúde, nomeadamente com:

- A criação do Serviço Médico à Periferia;
- A colocação de especialistas das áreas da Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria a nível distrital;
- O incremento do diagnóstico pré-natal e do parto intra-hospitalar;
- O desenvolvimento do Programa Nacional de Vacinação;
- O desenvolvimento do Programa-tipo em Saúde Infantil e Juvenil;
- O estabelecimento e reforço das Consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil;
- A criação das Unidades Coordenadoras Funcionais;
- A criação do sistema informativo da Notícia de Nascimento (Ministério da Saúde, 2009).

7.10.6. Número total de Tumores Malignos

Os dados disponíveis relativos ao número de tumores malignos registados em Portugal são descritos no quadro seguinte:

Quadro 7.27 - Número total de tumores malignos diagnosticados em Portugal, entre 1998 e 2012

Anos	Número de Tumores Malignos	Anos	Número de Tumores Malignos
1998	36 834	2006	-----
1999	-----	2007	-----
2000	36 099	2008	43 284
2001	-----	2009	-----
2002	37 766	2010	-----
2003	-----	2011	-----
2004	-----	2012	49 174
2005	-----		

Fonte: OCDE (2015e)

A partir dos dados fornecidos pela OCDE é possível constatar um aumento na incidência dos tumores malignos em Portugal, em cerca de 33,5%. De forma a observar quais os tumores (por localização) que estiveram na base deste significativo crescimento construiu-se o quadro 7.28:

Quadro 7.28 - Número de tumores malignos do colón, pulmão, peito e próstata, registados em Portugal, entre 1998 e 2012

Anos	Colón	Pulmão	Mama	Próstata
1998	5 563	3 079	4 236	3 210
1999	-----	-----	-----	-----
2000	5 495	2 986	4 324	3 086
2001	-----	-----	-----	-----
2002	4 984	3 138	4 309	3 995
2003	-----	-----	-----	-----
2004	-----	-----	-----	-----
2005	-----	-----	-----	-----
2006	-----	-----	-----	-----
2007	-----	-----	-----	-----
2008	6 952	3 288	5 333	5 140
2009	-----	-----	-----	-----
2010	-----	-----	-----	-----
2011	-----	-----	-----	-----
2012	7 129	4 192	6 088	6 622

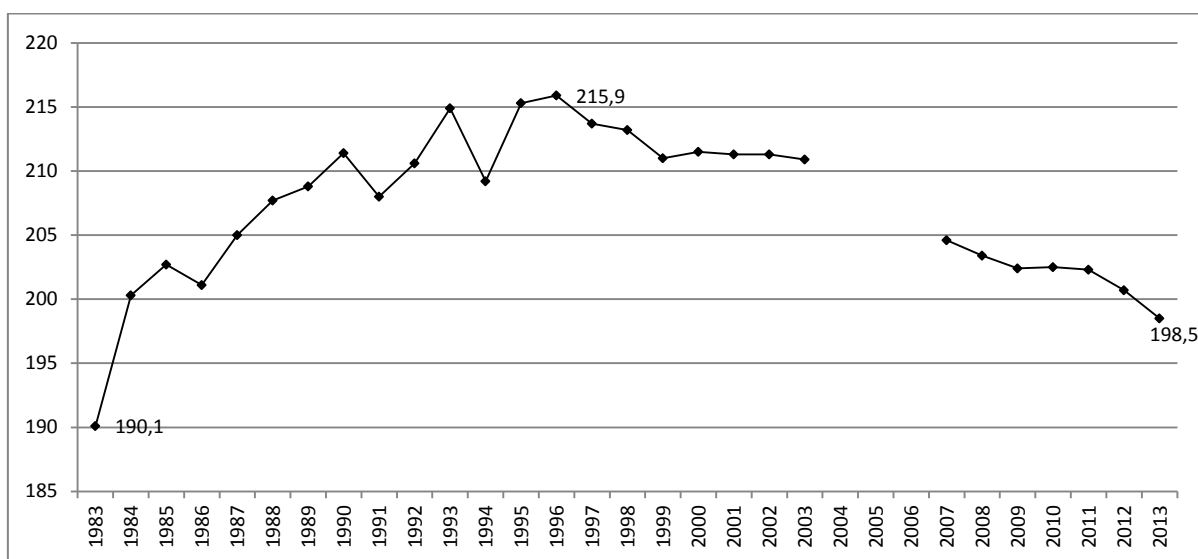
Fonte: OCDE (2015e)

A neoplasia maligna que apresentou uma maior taxa de incidência na população portuguesa foi o tumor maligno da próstata com uma taxa de crescimento de 106,3% (mais do dobro), seguindo-se o tumor maligno da mama (+43,7%), o tumor maligno do pulmão (+36,1%) e por fim o tumor maligno do cólon (+28,2%).

7.10.7. Mortalidade por Doenças Oncológicas

A doença oncológica constitui, a par com as doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte na União Europeia (DGS, 2013b). De acordo com a mesma fonte, as doenças oncológicas mas frequentes são: a neoplasia maligna do estômago, do cólon, do reto, junção reto-sigmóidea e ânus, da traqueia, brônquios e pulmão, da mama feminina, do útero (colo e corpo), da próstata, da bexiga, dos tecidos linfáticos e do testículo. A figura seguinte apresenta os resultados globais da evolução do número total de mortes por doença oncológica. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.48 - Evolução do número total de mortes por doença oncológica em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes



Fonte: INE (2015e)

A mortalidade por doença oncológica em Portugal aumentou, entre os anos 1983 e 2013, em cerca de 8,4 casos por cada 100.000 habitantes. Na figura anterior podemos observar dois períodos distintos: um primeiro, em que se regista um crescimento acentuado da mortalidade, registado entre os anos 1983 e 1996, com um crescimento de 25,8 casos/100 mil habitantes (+13,57) e um segundo período, entre 1996 e 2013, em que se observou uma redução significativa de 17,4 casos (-8,06%).

De forma a caracterizar o número de mortes por tumor maligno de acordo diagnóstico primário de causa de morte, foi construído o quadro seguinte:

Quadro 7.29 - Número de mortes por tumores malignos do cólon, pulmão, mama e próstata, em Portugal entre 2000 e 2013

Anos	Mortes por Tumores	Mortes por Tumores Malignos	Mortes por tumor maligno do cólon	Mortes por tumor maligno do pulmão	Mortes por tumor maligno da mama	Mortes por tumor maligno da próstata
2000	21 988	21 461	2 863	2 870	1 524	1 805
2001	22 407	21 960	3 178	2 864	1 653	1 650
2002	22 788	22 273	3 131	3 035	1 550	1 701
2003	23 257	22 711	3 131	3 161	1 556	1 705
2004	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2005	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2006	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2007	24 006	23 431	3 481	3 373	1 579	1 728
2008	24 608	24 033	3 634	3 311	1 592	1 765
2009	24 912	24 397	3 648	3 459	1 620	1 716
2010	25 492	24 982	3 764	3 658	1 661	1 786
2011	26 081	25 593	3 829	3 711	1 638	1 821
2012	26 296	25 759	3 813	3 675	1 758	1 814
2013	26 407	25 920	3 848	4 010	1 646	1 717

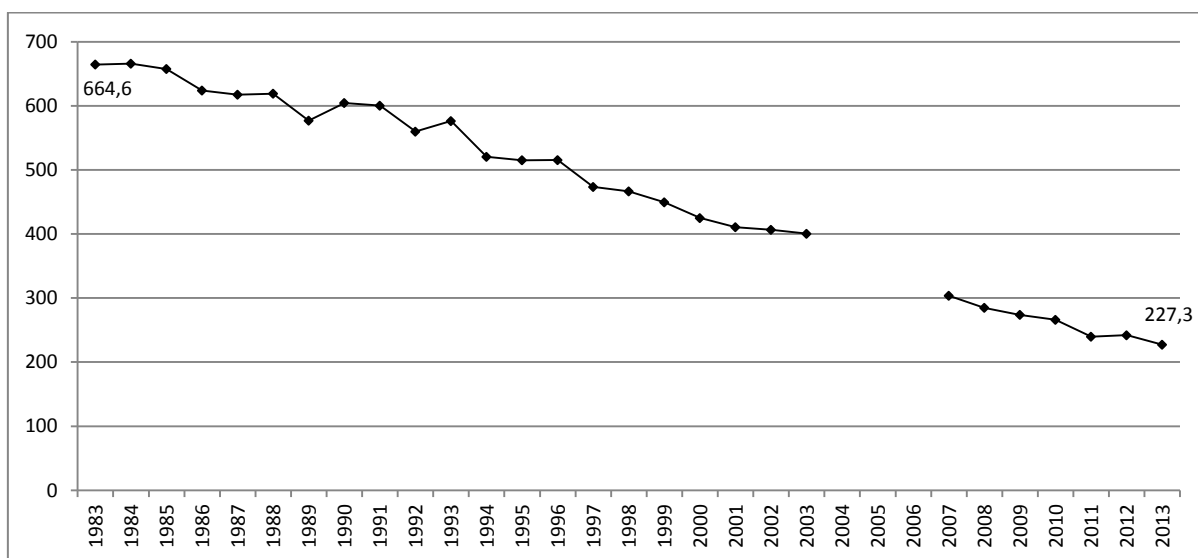
Fonte: OCDE (2015e)

O número de mortes, por tumor maligno apresentou um crescimento global, entre o ano 2000 e 2013, de 4459 casos (+20,8%). O número de mortes apenas diminuiu no tumor maligno da próstata. Todos os outros tumores analisados apresentaram um crescimento no total de mortes registadas.

7.10.8. Mortalidade por Doença Cardiovascular

As doenças do foro cardiovascular estão na base de uma das principais causa de morte em Portugal e nos restantes países europeus. Em Portugal, são mais frequentes a doença isquémica do coração (cuja manifestação é o enfarto agudo do miocárdio) e a doença cerebrovascular (dominantemente marcada pelo acidente vascular cerebral - AVC) (DGS, 2013a). A figura 7.49 apresenta-se os resultados da mortalidade por doença cardiovascular, em Portugal, entre os anos 1983 e 2013. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.49 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes

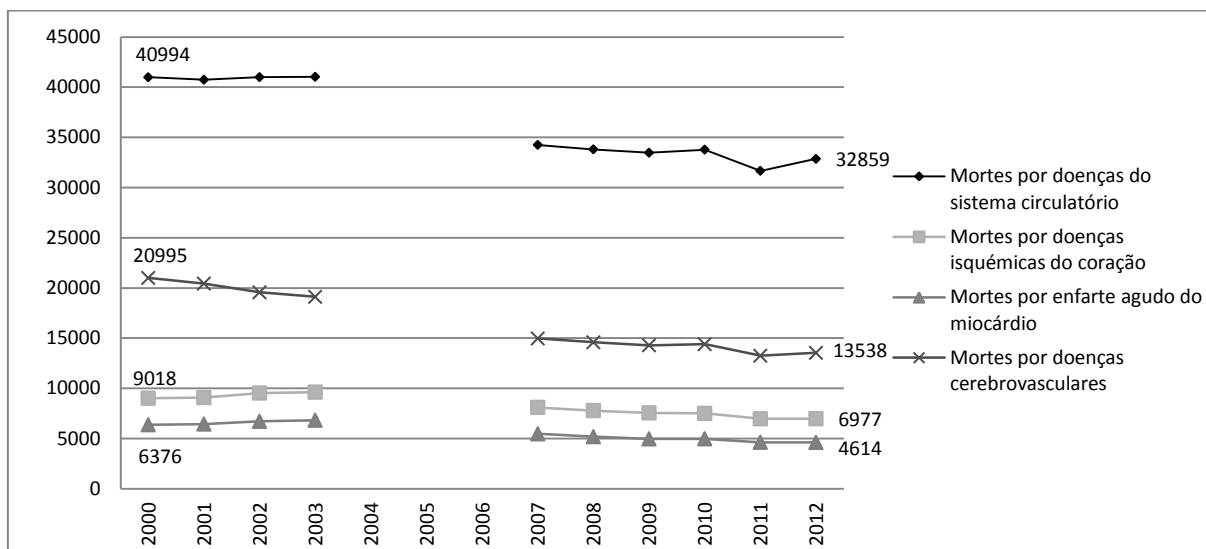


Fonte: INE (2015e)

Em Portugal, a mortalidade por doença cardiovascular apresentou uma redução significativa nos 30 anos considerados. Em 1983, o número de óbitos por patologia do foro cardíaco era de 664,6 por cada 100.000 habitantes e em 2013 este indicador apresentou uma redução de 437,3 mortes (-65,8%) exibindo um total de 227,3 óbitos.

De forma a apurar de uma forma mais específica os dados relativos à mortalidade por doenças do foro cardíaco, cerebral e vascular foi construída a figura 7.50. O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.50 - Evolução do número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio e doenças cerebrovasculares, em Portugal entre 2000 e 2012



Fonte: OCDE (2015e)

A mortalidade por doença cardiovascular apresentou uma redução significativa para todas as patologias apresentadas. A maior redução ocorreu no número de mortes devido a doenças cerebrovasculares (-35,5%) seguindo-se o número de mortes por enfarte agudo do miocárdio (-27,6%), as mortes por doença isquémica do coração (-22,6%) e a mortalidade por patologias do sistema circulatório (-19,8%).

O relatório da Direção-Geral de Saúde de 2013, para o programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares destaca que na base da evolução positiva destes dados estiveram fatores como:

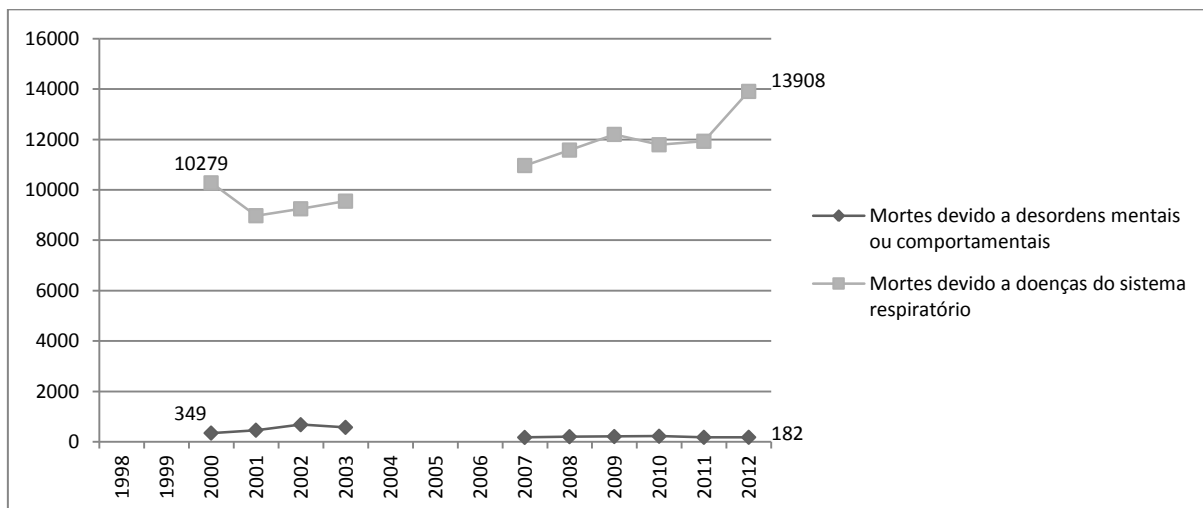
- A implementação de medidas preventivas (campanhas promotoras de comportamentos saudáveis: a Lei de cessação tabágica (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto) e a Lei de redução do conteúdo de sal no pão (Lei n.º 75/2009, de 12 de agosto);
- A melhoria no diagnóstico (hipertensão arterial e dislipidémia);
- Avanços científicos e tecnológicos com vista ao tratamento do acidente vascular cerebral e do enfarte agudo do miocárdio (novos fármacos, técnicas inovadoras);
- Implementação do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Vasculares e disseminação das Vias Verdes coronárias e do AVC) (DGS, 2013a).

7.10.9. Mortalidade devida a outras causas

Entre outras patologias destacam-se a mortalidade associada a perturbações mentais ou comportamentais e a doenças do sistema respiratório. As patologias descritas apresentam diferentes

comportamentos, na sua evolução, ao longo do tempo (figura 7.51). O quadro com os dados referentes a este indicador encontra-se no Anexo I.

Figura 7.51 - Evolução do número de mortes devido a perturbações mentais ou comportamentais e a doenças do sistema respiratório, em Portugal entre 2000 e 2012



Fonte: OCDE (2015e)

A partir dos dados disponíveis verifica-se uma redução da mortalidade associada a doenças mentais ou comportamentais, no período em análise, em 47,9% e um aumento do número de mortes por patologia respiratória em 35,3%.

7.10.10. Diabetes: prevalência e incidência em Portugal

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica¹⁵⁹ cuja expressão epidemiológica constitui um dos maiores problemas de saúde com impacto na morbilidade e na mortalidade. Tendo em conta a severidade da incidência e da prevalência da diabetes, em Portugal foi criado pela primeira vez, na década de 70, um Programa Nacional de Controlo da Diabetes¹⁶⁰, o qual tem vindo a ser sucessivamente revisto pela DGS em colaboração com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) (Ministério da Saúde, 2008).

¹⁵⁹ De acordo com a norma da DGS nº2/2011, de 14 de janeiro, a diabetes é diagnosticada de acordo com os seguintes critérios:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$. (DGS, 2011, p.1)

¹⁶⁰ O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes visa atingir os seguintes objetivos gerais:

- Gerir de forma integrada a diabetes.
- Reduzir a prevalência da diabetes.
- Atrasar o início das complicações *major* da diabetes e reduzir a sua incidência.
- Reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes (Ministério da Saúde, 2008).

7.10.10.1. Prevalência da Diabetes em Portugal

O último relatório do Observatório Nacional da Diabetes (2014) refere que em Portugal existiam, no final do ano 2013, mais de um milhão de diabéticos demonstrando o crescimento significativo na prevalência desta doença na população portuguesa. Tendo em vista a relevância da diabetes no contexto do sistema de saúde português, descreve-se, em termos gerais, respetivo contexto em Portugal.

– Prevalência global da Diabetes

De acordo com os dados disponíveis pelo Observatório Nacional da Diabetes apresentam-se no quadro seguinte a prevalência da diabetes em Portugal (diagnosticada e não diagnosticada) de uma forma global e discriminada por sexo e faixa etária:

Quadro 7.30 - Prevalência global da diabetes na população portuguesa, por sexos e faixa etária (entre 20 e 79 anos) (em percentagem)

	População			Por Sexo						Por faixa Etária								
	Entre 20-79 anos			Homens			Mulheres			20-39 anos			40-59 anos			60-79 anos		
	Global	Diag.	Não Diag.	Total	Diag.	Não Diag.	Total	Diag.	Não Diag.	Total	Diag.	Não Diag.	Total	Diag.	Não Diag.	Total	Diag.	Não Diag.
2008	11,7	6,6	5,1	14,2	7,7	6,5	9,5	5,6	3,9	2,4	1,0	1,4	12,6	6,5	6,2	26,3	16,2	10,1
2009	12,3	6,9	5,4	14,6	7,9	6,7	10,2	6	4,2	2	1,1	0,9	12,8	6,6	6,2	27,1	16,7	10,4
2010	12,4	7	5,4	14,7	8	6,7	10,2	6	4,2	2	1,1	0,9	12,8	6,6	6,2	27,1	16,7	10,4
2011	12,7	7,2	5,5	15,2	8,3	7	10,4	6,1	4,3	2	1,1	0,9	12,7	6,5	6,1	27,1	16,7	10,4
2012	12,9	7,3	5,6	15,4	8,4	7,1	10,6	6,2	4,4	2	1,1	0,9	12,8	6,6	6,2	27	16,7	10,3
2013	13	7,3	5,7	15,6	8,5	7,1	10,7	6,3	4,4	2	1,1	0,9	12,8	6,6	6,2	27	16,7	10,3

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

Em termos globais, a diabetes tem vindo a aumentar na população portuguesa. De acordo com os dados apresentados no quadro anterior podemos verificar o seguinte:

- A taxa de prevalência da diabetes na população portuguesa apresenta uma tendência evolutiva crescente (entre 2008 e 2013 cresceu 1,3%);
- Regista-se uma diferença relevante na prevalência da diabetes entre mulheres e homens sendo a taxa de prevalência superior nos homens ao longo de todo o período;
- Regista-se uma correlação direta entre o envelhecimento e a prevalência da diabetes em todo o período;
- Mais de 1/4 da população portuguesa com idade compreendida entre os 60 e 79 anos tem diabetes;
- Mais de 1/8 da população com idade compreendida entre os 40 e os 59 anos tem diabetes.

Ao abordar a prevalência global da diabetes, ressalta uma preocupação atual relacionada com os dados relativos à hiperglicemia intermédia¹⁶¹ conhecida igualmente como "pré-Diabetes"¹⁶² (Quadro 7.31):

Quadro 7.31 - Prevalência global da hiperglicemia intermédia na população portuguesa com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos (em percentagem)

	População com hiperglicémia intermédia				População com Diabetes	Total de população com hiperglicémia intermédia e diabetes
	AGJ	TDG	AGJ+TDG	Total		
2008	8,2	12,6	2,4	23,2	11,7	34,9
2009	9,8	13,5	2,7	26,0	12,3	38,3
2010	9,9	13,6	2,5	26,0	12,4	38,4
2011	10,1	13,8	2,6	26,5	12,7	39,2
2012	10,1	14,0	2,6	26,7	12,9	39,6
2013	10,2	14,1	2,7	27,0	13,0	40,0

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

A análise dos dados apresentados revela uma tendência de agravamento da prevalência da doença traduzida no facto de, em 2013, mais de um terço da população portuguesa apresentar resultados elevados de glicémia. Esta situação revela-se, particularmente, preocupante na medida em que indicia que cerca de 40% da população se encontra em risco de ter ou contrair a doença.

– Prevalência da Diabetes tipo 1¹⁶³ nas crianças e jovens

Os dados referentes à prevalência da diabetes nas crianças e jovens são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 7.32 - Prevalência da diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal, 2008-2013

	Nº Casos Totais (0-14 Anos)	Taxa de Prevalência (0-14 Anos)	Nº Casos Totais (0-19 Anos)	Taxa de Prevalência (0-19 Anos)
2008	1 613	0,10%	2 602	0,12%
2009	1 709	0,11%	2 820	0,13%
2010	1 790	0,11%	3 039	0,14%
2011	1 823	0,12%	3 148	0,15%
2012	1 884	0,12%	3 230	0,15%
2013	1 874	0,12%	3 262	0,16%

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

A prevalência da diabetes nas crianças e jovens tem vindo a aumentar. De acordo com os dados mais recentes do Observatório Nacional da Diabetes, em 2013 a diabetes tipo 1 diminuiu nas crianças (considerada apenas a faixa etária até aos 14 anos). No entanto, num perímetro mais alargado

¹⁶¹ Decomposta pelos dados obtidos referentes à alteração da glicemia em jejum (AGJ), à tolerância diminuída à glucose (TDG) ou a ambas (AGJ+TDG).

¹⁶² Trata-se de "uma condição em que os indivíduos apresentam níveis de glucose no sangue superiores ao normal, não sendo, contudo, suficientemente elevados para serem classificados como Diabetes" (Observatório nacional da diabetes, 2009).

¹⁶³ "A Diabetes tipo 1 é causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema de defesa do organismo. A doença pode afetar pessoas de qualquer idade, mas ocorre geralmente em crianças ou adultos jovens" (Observatório Nacional da Diabetes, 2014, p.57).

(considerando não apenas as crianças como também os jovens) os dados registam um aumento de 0,01% face a 2012.

– Prevalência da Diabetes gestacional¹⁶⁴

Nos dados da prevalência da diabetes gestacional registada nas parturientes do SNS foram tidas em conta as diferentes faixas etárias dos utentes saídos do internamento entre os anos 2005 e 2013. (Quadro 7.33):

Quadro 7.33 - Prevalência da diabetes gestacional em Portugal Continental

Ano	Prevalência da Diabetes Gestacional		Prevalência por faixa Etária			
	Casos Totais ¹⁶⁵	Prevalência	< 20 Anos	20 – 29 Anos	30 – 39 Anos	≥ 40 Anos
2005	3 085	3,40%	-----	-----	-----	-----
2006	2 987	3,40%	-----	-----	-----	-----
2007	2 770	3,30%	-----	-----	-----	-----
2008	2 837	3,30%	-----	-----	-----	-----
2009	3 219	3,90%	0,50%	2,10%	5,40%	11,40%
2010	3 576	4,40%	0,80%	2,40%	5,60%	10,90%
2011	3 809	4,90%	1,30%	2,80%	6,20%	14,30%
2012	3 482	4,80%	1,40%	2,90%	5,90%	13,50%
2013	3 720	5,80%	1,40%	3,60%	6,90%	15,30%

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2014)

De um modo global, a prevalência da diabetes gestacional tem vindo a aumentar entre 2005 e 2013 em 2,4%. De acordo com os dados disponíveis apenas para o período 2009-2013 referentes à idade das parturientes observa-se uma correlação direta entre a idade e a prevalência da diabetes gestacional. No entanto, refira-se que a alteração dos critérios de diagnóstico da diabetes gestacional (entrada em vigor em janeiro de 2011) poderá ter alguma influência no diferencial observado.

7.10.10.2. Incidência da Diabetes em Portugal

A taxa de incidência da diabetes reporta os novos casos identificados em Portugal em cada ano. Neste ponto apresentam-se os dados de uma forma global (para a população com idade compreendida entre os 20 e 79 anos) e para as crianças e jovens.

– Incidência global da Diabetes

Os dados referentes à taxa de incidência da diabetes em Portugal apresentam-se no quadro seguinte:

¹⁶⁴ "A Diabetes Gestacional (DG) corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez. A definição é aplicável, independentemente de a insulina ser ou não utilizada no tratamento" (Observatório Nacional da Diabetes, 2014, p.58).

¹⁶⁵ GDH = V27+648.8

Quadro 7.34 - Incidência da diabetes em Portugal

Ano	N.º de novos casos (100 000 habitantes)	Nº total de novos casos estimados	Ano	Nº de novos casos (100 000 habitantes)	Nº total de novos casos estimados
2000	377,4	38 988	2007	511,1	53 938
2001	-----	-----	2008	581,9	61 466
2002	-----	-----	2009	571,1	60 385
2003	362,9	-----	2010	623,5	65 921
2004	485,9	50 994	2011	651,8	68 715
2005	606,4	63 745	2012	500,9	52 531
2006	460,8	48 534	2013	557,1	58 090

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

A taxa de incidência da diabetes em Portugal apresentou um aumento significativo. Em 2013 registaram-se mais cerca de 180 casos/100 000 habitantes face ao ano de 2000 (+47,6%). Deste modo, e citando o relatório de 2014 do Observatório Nacional da Diabetes "verifica-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal na última década, o qual, contudo, foi bastante atenuado pelos valores registados no últimos dois anos" (p.11).

– Incidência da Diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens

A taxa de incidência da diabetes tipo 1 nas crianças e jovens identifica os novos casos desta patologia. O quadro seguinte descrimina, em cada ano, o número total de novos casos e o número de casos por cada 100.000 crianças e jovens nas faixas etárias dos 0 aos 14 anos e dos 0 aos 19 anos:

Quadro 7.35 - Número de novos casos de diabetes nas crianças e jovens

Ano	N.º de Novos Casos (0-14 Anos)	N.º de casos por 100 000 Indivíduos (0-14 Anos)	N.º de Novos Casos (0-19 Anos)	N.º de casos por 100 000 Indivíduos (0-19 Anos)
2000	157	9,4	172	7,3
2001	212	12,9	242	10,5
2002	188	11,4	197	11,6
2003	225	13,4	234	10,2
2004	231	13,8	250	11,0
2005	275	16,5	292	13,0
2006	251	15,1	289	12,9
2007	275	16,7	321	14,4
2008	318	19,5	370	16,7
2009	326	20,1	375	17,1
2010	329	20,6	393	18,2
2011	270	17,2	307	14,4
2012	314	20,3	366	17,4
2013	277	18,2	311	15,0

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2011, 2013, 2014). Adaptação do autor

Entre 2000 e 2013, o número de casos de diabetes tipo 1 nas crianças aumentou em 10,7 casos por cada 100.000 indivíduos com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos. Esta dinâmica quando alargada a comparação (incluindo os jovens) apresenta um comportamento semelhante embora com um menor diferencial (+9,8 casos).

7.10.10.3. Mortalidade da Diabetes

A mortalidade ocasionada pela diabetes e as limitações que resultam da respetiva morbilidade constitui uma das preocupações mais relevantes, dado o aumento da sua prevalência na população portuguesa. O quadro 7.36 apresenta os dados relativos aos óbitos registados em Portugal:

Quadro 7.36 - Óbitos por diabetes mellitus em Portugal na população portuguesa com idade inferior a 70 anos

Ano	N.º de Óbitos por Diabetes	% da Diabetes no total de óbitos	Ano	N.º de óbitos por Diabetes	% da Diabetes no total de óbitos
2000	3 138	3,0%	2007	4 395	4,2%
2001	3 956	3,8%	2008	4 278	4,1%
2002	4 443	4,2%	2009	4 614	4,4%
2003	4 546	4,2%	2010	4 748	4,5%
2004	4 485	4,4%	2011	4 545	4,4%
2005	4 570	4,2%	2012	4 875	4,5%
2006	3 732	3,6%	2013	4 546	4,3%

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

A mortalidade por diabetes na população com menos de 70 anos tem vindo a aumentar. Entre os anos de 2000 e 2013 pode observar-se um aumento da diabetes no total de óbitos registadas em cada ano, entre 2000 e 2013 esta taxa cresceu 1,3% registando-se no último ano referido cerca de mais 1408 óbitos (+44,9%). O Observatório Nacional da Diabetes para além dos dados referentes à mortalidade destaca como consequência da diabetes a diminuição dos anos potenciais de vida:

Quadro 7.37 - Anos potenciais de vida perdidos por diabetes mellitus na população portuguesa com idade inferior a 70 anos

Ano	Nº de Anos Potenciais de Vida Perdidos por Diabetes	Anos Potenciais de Vida Perdidos por Diabetes por Óbito	Idade média ao óbito dos óbitos ocorridos por Diabetes
2000	5 583	8,1	76,2
2001	-----	-----	-----
2002	-----	-----	-----
2003	-----	-----	-----
2004	7 390	8,4	77,3
2005	6 808	8,3	77,5
2006	4 590	7,7	78,2
2007	5 545	7,8	78,2
2008	5 830	8,8	78,6
2009	5 703	8,7	79,1
2010	5 455	8,4	79,3
2011	5 295	8,3	79,4
2012	4 880	7,9	80,1
2013	4 683	7,9	80,2

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2012, 2013, 2014). Adaptação do autor

No período considerado registou-se uma diminuição do número de anos potenciais de vida perdida pela Diabetes em 900 dias (-16,1%). No entanto, se for tomada como referência apenas a última década (2004 a 2013), este diferencial ganha mais significado registando-se um ganho aproximado de 2707 dias, o que corresponde a menos 36,6%. Com efeito, a idade média dos óbitos ocorridos por

diabetes aumentou sendo em 2013 de 80,2 anos (aumento de 4 anos relativamente a dados do ano 2000).

7.10.10.4. Consumo e custos de medicamentos para a diabetes

Perante a elevada incidência e prevalência da diabetes na população analisa-se neste ponto a correlação com o consumo de fármacos (nomeadamente insulinas e antidiabéticos orais). O quadro seguinte apresenta o total de vendas em milhões de embalagens para este grupo de medicamentos:

Quadro 7.38 - Vendas em ambulatório de insulinas e antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental (em milhões de embalagens)

Ano	Venda em Ambulatório	Ano	Venda em Ambulatório	Ano	Venda em Ambulatório
2004	5,8	2008	7,3	2012	9,0
2005	6,0	2009	7,8	2013	9,6
2006	6,2	2010	8,2		
2007	6,6	2011	8,6		

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2014). Adaptação do autor

De acordo com os dados enunciados é clara a relação positiva entre o aumento da prevalência da diabetes e o consumo dos fármacos para a diabetes. O volume de vendas em milhões de caixas registou, na última década, um aumento de 3,8 milhões de embalagens, ou seja, observou-se um crescimento de 65,5%. Este aumento no consumo de medicamentos produziu um acentuado crescimento dos custos associados à diabetes, nos últimos anos, não apenas para o SNS mas também para o utente (Quadro 7.39):

Quadro 7.39 - Encargos para o SNS e utentes nas vendas em ambulatório de insulinas e antidiabéticos orais no âmbito do SNS em Portugal Continental (em milhões de euros)

Ano	Encargo para o SNS	Encargo para o utente	Ano	Encargo para o SNS	Encargo para o utente	Ano	Encargo para o SNS	Encargo para o utente
2004	59,9	2,3	2008	102,2	6,5	2012	191,8	17,0
2005	63,9	3,4	2009	137,5	8,4	2013	208,0	18,0
2006	65,9	4,9	2010	171,2	11,5			
2007	75,8	5,1	2011	186,7	18,0			

Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2014). Adaptação do autor

O crescimento dos custos com os fármacos para a diabetes, em regime de ambulatório, apresentou um crescimento expressivo na última década. De acordo com os dados, o crescimento global de custos com a medicação para a diabetes aumentou 263,3%. Em termos proporcionais, no ano 2004 os encargos com estes fármacos para o SNS representavam 96,3% do total e para os utentes 3,7%. Porém, fruto das alterações às comparticipações, em 2013, o SNS comparticipa cerca de 92% e o utente 8% do total.

O crescimento dos custos com a medicação (+263,3%) assumiu uma maior relevância que o crescimento do número de embalagens vendidas (+65,5%). Ainda neste âmbito observemos a variação do custo médio total por embalagem, entre os anos 2004 e 2013.

Quadro 7.40 - Custo médio de embalagens de insulinas e antidiabéticos orais em ambulatório no âmbito do SNS

Ano	Custo Médio	Ano	Custo Médio	Ano	Custo Médio
2004	10,8	2008	14,8	2012	23,2
2005	11,2	2009	18,7	2013	23,6
2006	11,4	2010	22,3		
2007	12,2	2011	23,9		

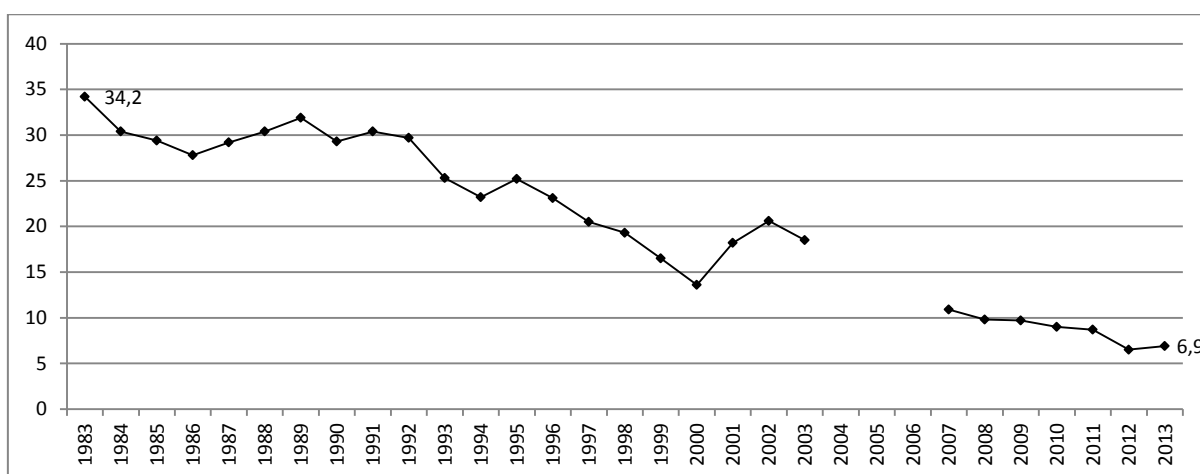
Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2014). Adaptação do autor

Com base nos dados colhidos, na última década, o custo médio por embalagem apresentou um aumento de 12,8 euros (+118,5%).

7.10.11. Mortalidade por acidente com transportes

A mortalidade por acidente com transportes constitui uma das principais causas de morte na Europa "*road traffic are a major public health problem in the european union, cause the premature deaths of around 35000 people in 2011*" (OCDE, 2014a, p. 26). Na figura seguinte apresenta-se os resultados deste indicador para Portugal entre os anos 1983 e 2013.

Figura 7.52 - Evolução do número total de mortes por doença cardiovascular em Portugal, entre 1983 e 2013 por 100.000 habitantes



Fonte: INE (2015e)

A mortalidade por acidente com transportes em Portugal apresentou também uma redução significativa nos 30 anos considerados. Em 1983, o número de óbitos por este tipo de acidente era de 34,2 mortes por cada 100.000 habitantes e em 2013, este indicador apresentou uma redução de 27,3 mortes (-79,8%), apresentando um total de 6,9 óbitos.

7.10.12. Percepção relativa ao estado de saúde (população com 15 ou mais anos)

A OCDE avaliou modo como a população se sente perante o seu estado de saúde através do relato sobre a percepção de cada cidadão, com 15 anos ou mais de idade, acerca do seu estado de saúde. Para este efeito, as respostas foram organizadas de acordo com as seguintes categorias de resposta: Bom | Muito Bom, Aceitável, Mau | Muito Mau (OCDE, 2014c). Os dados referentes a este indicador são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 7.41 - Percepção dos cidadãos com mais de 15 anos, sobre o seu estado de saúde em Portugal entre 2004 e 2013 (em percentagem)

	Estado de Saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Portugal	Bom Muito Bom	45,3	45,8	48	45,8	48,3	47,7	49,1	49,7	48,1	46,1
	Aceitável	33,5	33,6	31,9	35,2	32,1	32,9	30,5	32,2	33,8	35,3
	Mau Muito mau	21,2	20,6	20,1	19	19,6	19,5	20,3	18	18,2	18,6

Fonte: OCDE (2015e)

A partir da análise dos dados obtidos podemos resumir:

- A percepção sobre o estado de saúde como "bom | muito bom" aumentou cerca de 4,4% entre 2004 e 2011 e apresentando uma quebra para o ano 2013 de 3,6%.
- A consideração do estado de saúde como "aceitável" apresentou uma diminuição de 1,3% entre 2004 e 2011 e um aumento de 3,2% para 2013.
- A percepção do estado de saúde como "mau | muito mau" diminuiu ao longo de todo o período, apresentando uma redução de 2,6% entre 2004 e 2013.

Para caracterizar a avaliação do estado de saúde analisou-se a evolução da percepção dos cidadãos relativamente ao seu estado de saúde, por faixas etárias e de acordo com o estrato socioeconómico, de acordo com a distribuição da OCDE (Quadro 7.42):

Quadro 7.42 - Percepção dos cidadãos sobre o seu estado de saúde em Portugal, entre 2004 e 2013, por faixa etária e de acordo com o estrato socioeconómico na população com 15 ou mais anos (em percentagem)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
População com 15 a 24 anos	81,7	83,0	86,3	83,6	85,0	84,5	84,3	86,5	83,9	83,7
População com 25 a 44 anos	64,0	66,1	70,6	67,0	70,1	70,0	70,9	73,3	73,1	70,1
População com 45 a 64 anos	31,3	32,0	33	32,1	36,0	34,6	38,9	38,1	36,4	34,5
População com mais de 65 anos	8,6	7,7	8,4	8,0	9,7	10,8	11,5	11,6	12,7	11,5
População do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil)	30,6	30,8	34,1	28,4	35,2	35,1	34,9	40,2	40,2	40,0
População do estrato socioeconómico mais elevado (5º quintil)	59,2	62,8	61,6	62,3	63,2	62,7	66,0	65,6	62,4	61,9

Fonte: OCDE (2015e)

Entre os anos de 2004 e 2011 registou-se uma melhoria da perceção do estado de saúde, por parte dos cidadãos, em todos os escalões etários. No entanto, a partir deste ano registou-se uma tendência de regressão neste indicador até ao ano 2013.

8. Apresentação e Análise dos Resultados

O presente estudo foi desenvolvido no sentido de aprofundar o conhecimento sobre o impacto e as consequências da combinação entre público e privado, no contexto do sistema de saúde português, no período compreendido entre os anos 1983 e 2013.

O modelo de análise definido considerou a formulação de três hipóteses de investigação a partir dos objetivos propostos:

- Hipótese 1: O aumento da participação do setor privado contribuiu para melhorar a eficiência do sistema de saúde.
- Hipótese 2: A equidade no acesso a cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação do setor privado no sistema de saúde.
- Hipótese 3: Existe um diferencial positivo nos resultados em saúde, traduzido em indicadores de saúde, por influência do aumento da participação do setor privado no sistema de saúde.

A apresentação e a discussão dos resultados realiza-se, neste capítulo, através da resposta a cada uma das hipóteses, de acordo com os dados obtidos através dos vários instrumentos e métodos utilizados neste estudo - análise estatística de indicadores, análise dos questionários e análise das entrevistas.

8.1. Efeitos da combinação público-privado na eficiência do Sistema de Saúde

A presente secção visa dar resposta à primeira hipótese definida para este estudo. Para este efeito, analisaram-se de forma individualizada os resultados obtidos em cada fase metodológica com vista à avaliação da eficiência do sistema de saúde resultante do aumento da participação do setor privado.

8.1.1. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários

Tendo em vista avaliar a perceção dos principais atores, do sistema de saúde português, relativamente ao impacto da combinação público-privado na eficiência do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013, foram aplicadas 15 questões a partir das quais se pretendeu aferir o grau de concordância dos inquiridos (Quadro 8.1).

Quadro 8.1 - Questões aplicadas para aferir a percepção sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013

Questões	Codificação
A combinação entre público e privado constituiu um importante determinante de eficiência do sistema de saúde.	(eficiência_a)
O aumento da componente privada do financiamento conduziu a uma utilização ineficiente e desigual dos recursos.	(eficiência_b)
O aumento da eficiência fiscal contribuiu para uma utilização mais efetiva dos recursos públicos.	(eficiência_c)
O crescimento da despesa total em saúde foi muito influenciada pela evolução macroeconómica do país.	(eficiência_d)
O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma utilização mais racional do sistema de saúde.	(eficiência_e)
O grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado induziu uma maior competitividade entre os setores.	(eficiência_f)
O aumento da componente privada, no financiamento em saúde, contribuiu para uma melhoria da eficiência operacional do sistema de saúde.	(eficiência_g)
O aumento do financiamento privado contribuiu para o reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde.	(eficiência_h)
O aumento da participação das entidades privadas e sociais, na prestação direta de cuidados de saúde, contribuiu para a melhoria da eficiência do sistema de saúde.	(eficiência_i)
O aumento conjugado entre financiamento e prestação direta de cuidados pelo setor privado contribuiu para melhorar a qualidade na utilização dos recursos em saúde.	(eficiência_j)
A existência de duplas coberturas de financiamento contribuiu para um aumento da despesa total em saúde.	(eficiência_k)
A relação entre os setores público e privado em Portugal mantém-se condicionada pela existência de conflitos de interesse que potenciam a ineficiência e o desperdício.	(eficiência_l)
O SNS, em termos de eficiência, beneficiou da existência de um sistema misto, de natureza complementar, na prestação de cuidados de saúde.	(eficiência_m)
Os subsistemas de saúde públicos foram o principal suporte ao desenvolvimento da prestação privada de cuidados de saúde.	(eficiência_n)
A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde contribuiu para a sustentabilidade do sistema de saúde.	(eficiência_o)

Fonte: Elaboração própria

Os valores de concordância, para cada uma das afirmações anteriormente apresentadas sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, são apresentados na figura 8.1.

Figura 8.1 - Percepção sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013



Fonte: Elaboração própria

A análise da figura acima permite concluir que os inquiridos manifestaram um elevado grau de concordância relativamente aos seguintes quesitos:

- O aumento do financiamento privado contribuiu para o reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde.

- A relação entre os setores público e privado em Portugal mantém-se condicionada pela existência de conflitos de interesse que potenciam a ineficiência e o desperdício.
- Os subsistemas públicos de saúde foram o principal suporte ao desenvolvimento da prestação privada de cuidados de saúde.
- A existência de duplas coberturas no financiamento contribuiu para um aumento da despesa total em saúde.

Adicionalmente, os inquiridos manifestam um moderado grau de concordância relativamente às seguintes afirmações:

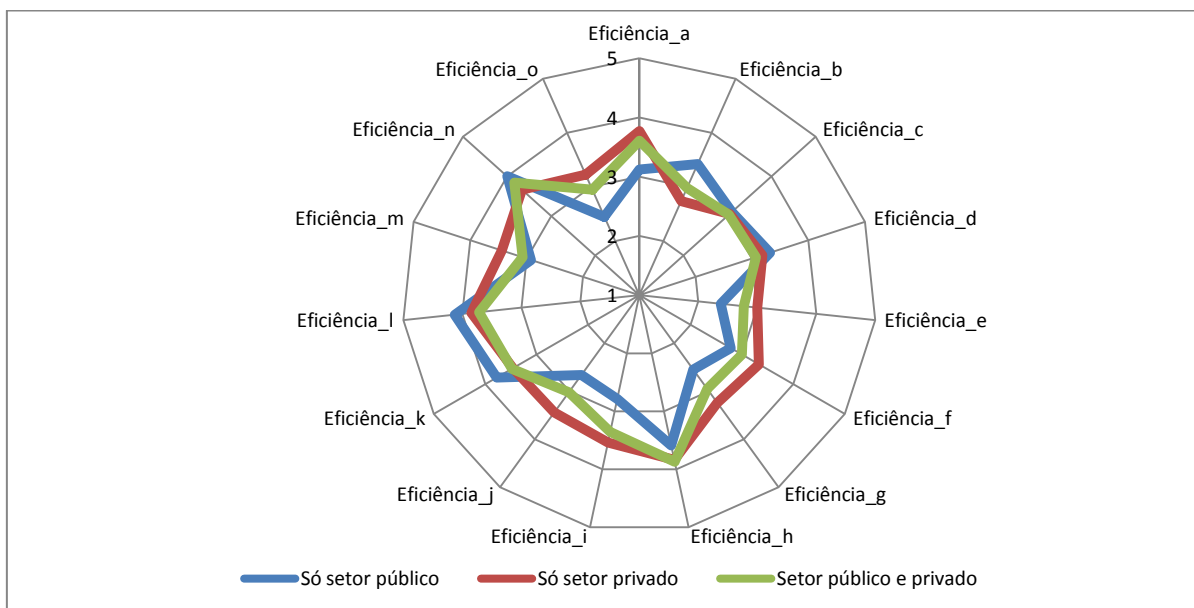
- A combinação entre público e privado constituiu um importante determinante de eficiência do sistema de saúde.
- O crescimento da despesa total em saúde foi muito influenciado pela evolução macroeconómica do país.
- O aumento da participação das entidades privadas e sociais, na prestação direta de cuidados de saúde, contribuiu para a melhoria da eficiência do sistema de saúde.
- O SNS, em termos de eficiência, beneficiou da existência de um sistema misto, de natureza complementar, na prestação de cuidados de saúde.

Por sua vez, os inquiridos manifestaram discordância relativamente aos seguintes quesitos:

- O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma utilização mais racional do sistema de saúde.
- A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde contribuiu para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Procedeu-se a uma comparação das perceções sobre o impacto da combinação público-privado, na eficiência do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013, com base no setor de atividade em que os indivíduos se encontram atualmente a trabalhar (apenas público, apenas privado e simultaneamente no público e no privado) a qual se apresenta na figura 8.2.

Figura 8.2 - Comparação das percepções sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013 com base no setor de atividade dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

A análise desta figura permite concluir que, na generalidade das afirmações, a percepção não é igual entre os inquiridos que atualmente apenas trabalham no setor público, entre os que apenas trabalham no setor privado ou aqueles que trabalham simultaneamente em ambos os setores.

Foram realizados testes de *Kruskal-Wallis* e de comparação múltipla tendo em vista verificar se a distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado, na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, é igual nos três grupos populacionais (indivíduos que atualmente apenas trabalham no setor público, entre os que apenas trabalham no setor privado ou aqueles que trabalham simultaneamente em ambos os setores). Os resultados destes testes são apresentados no quadro que se segue.

Quadro 8.2 - Comparação da distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, entre os grupos profissionais formados com base no setor de atividade dos indivíduos

Grupo Profissional	Grau de Concordância
Distribuição de concordância igual nos três grupos populacionais (sig. <0,05).	- O aumento da eficiência fiscal contribuiu para uma utilização mais efetiva dos recursos públicos (eficiência_c); - O crescimento da despesa total em saúde foi muito influenciado pela evolução macroeconómica do país (eficiência_d).
Indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam menos do que os que trabalham no setor público e no privado (sig. < 0,05)	- A combinação entre público e privado constituiu um importante determinante de eficiência do sistema de saúde (eficiência_a); - O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma utilização mais racional do sistema de saúde (eficiência_e); - O aumento da componente privada, no financiamento em saúde, contribuiu para uma melhoria da eficiência operacional do sistema de saúde (eficiência_g); - O aumento da participação das entidades privadas e sociais, na prestação direta de cuidados de saúde, contribuiu para a melhoria da eficiência do sistema de saúde (eficiência_i); - A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde contribuiu para a sustentabilidade do sistema de saúde (eficiência_o).
Indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam mais do que os que trabalham no setor público e no privado (sig. < 0,05)	- A combinação entre público e privado constituiu um importante determinante de eficiência do sistema de saúde (eficiência_a); - A relação entre os setores público e privado em Portugal mantém-se condicionada pela existência de conflitos de interesse que potenciam a ineficiência e o desperdício (eficiência_l).
Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam mais do que os que trabalham no setor público e no privado (sig. < 0,05)	- O aumento conjugado entre financiamento e prestação direta de cuidados pelo setor privado contribuiu para melhorar a qualidade na utilização dos recursos em saúde (eficiência_j); - O SNS, em termos de eficiência, beneficiou da existência de um sistema misto, de natureza complementar, na prestação de cuidados de saúde (eficiência_m).
Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam mais do que os que trabalham apenas no setor público (sig. < 0,05)	- O grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado induziu uma maior competitividade entre os setores (eficiência_f); - O aumento do financiamento privado contribuiu para o reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde (eficiência_h).
Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam menos do que os que trabalham apenas no setor público (sig. < 0,05)	- A existência de duplas coberturas de financiamento contribuiu para um aumento da despesa total em saúde (eficiência_k); - Os subsistemas de saúde públicos foram o principal suporte ao desenvolvimento da prestação privada de cuidados de saúde (eficiência_n).

Fonte: Elaboração própria

8.1.2. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas

Com o intuito de estudar a perceção dos principais intervenientes no setor da saúde sobre os efeitos da combinação entre público e privado no desempenho global do sistema de saúde em termos de eficiência, entre 1983 e 2013, foram colocadas duas questões. Em cada uma delas a informação foi organizada em unidades de registo de modo a ser aplicada a técnica de análise de conteúdo.

Questão 1: A combinação público-privada na saúde pode ser vista numa perspetiva de complementaridade ou de competitividade entre os setores. Como interpreta estas formas de relação perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde?

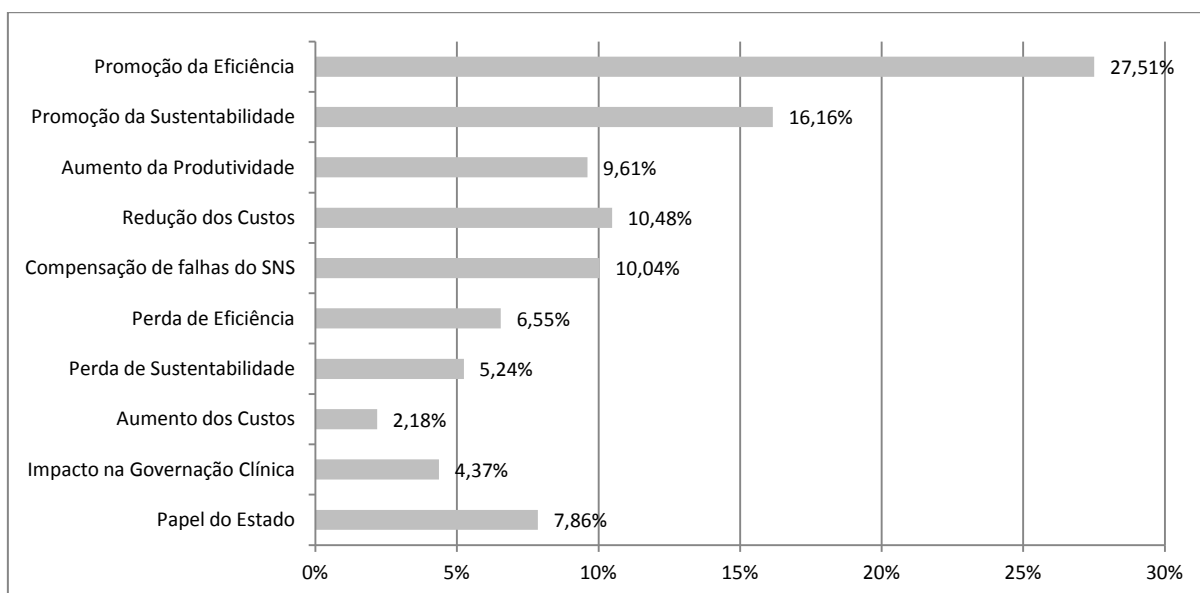
Nas respostas a esta questão foram levantadas 10 unidades de registo, num total de 229 referências verbalizadas pelos entrevistados que se apresentam no quadro 8.3 e figura 8.3.

Quadro 8.3 - Referências relativas à complementaridade ou competitividade entre os setores perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde

Unidades de Registo	Referências no Texto	
	Nº	%
Promoção da Eficiência	63	27,51%
Promoção da Sustentabilidade	37	16,16%
Aumento da Produtividade	22	9,61%
Redução dos Custos	24	10,48%
Compensação de falhas do SNS	23	10,04%
Perda de Eficiência	15	6,55%
Perda de Sustentabilidade	12	5,24%
Aumento dos Custos	5	2,18%
Impacto na Governação Clínica	10	4,37%
Papel do Estado	18	7,86%
Total	229	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Figura 8.3 - Frequência das referências relativas à complementaridade ou competitividade entre os setores perante o objetivo de ganhos de eficiência e de sustentabilidade para o sistema de saúde



Fonte: Elaboração própria

De acordo com os dados obtidos a partir da análise de conteúdo com recurso à aplicação Maxqda 11® os peritos entrevistados referiram que, no seu entendimento, os aspetos positivos e negativos acerca

dos resultados, em termos de eficiência e de sustentabilidade, nas duas formas de relação consideradas na combinação público-privado. Como aspetos positivos destacam-se:

- A promoção da eficiência (n=63; 27,51%) justificada pelo facto de:
 - O setor privado ser dotado de um melhor desempenho (ex. “incorporando a eficiência do setor privado no setor público com a adoção de modelos de gestão empresarial mais económicos e mais eficientes” (E23¹⁶⁶, p.2); “maior eficiência do setor privado” (E37, p.2); “o privado gere com mais cautela e eficiência” (E87, p.2)).
 - Existir uma cooperação entre os setores (ex. “a eficiência só poderá ser otimizada se existir uma estratégia comum aos dois setores” (E20, p.2); “a complementaridade entre o público-privado na saúde deveria ser um instrumento de eficiência e de mais-valia para os cuidados de saúde” (E35, p.2); “esta complementaridade deve gerar eficiência” (E94, p.2)).
 - Existir um aumento da competição (ex. “introdução de concorrência entre prestadores sejam eles públicos ou privados é um mecanismo essencial de melhoria do sistema de saúde (...) em termos de eficiência” (E10, p.2); “a concorrência implícita é sempre importante” (E26, p.2); “mecanismos de concorrência podem igualmente levar a uma maior eficiência” (E82, p.2)).

- A promoção da sustentabilidade (n=37; 16,16%) argumentada como resultado:
 - De todas as formas de relação entre os setores (ex. “ambas as perspectivas podem contribuir para uma maior (...) sustentabilidade” (E82, p.2); “da boa articulação e interdependência entre os vários setores só pode (...) advir uma maior sustentabilidade” (E108, p.2); “estas formas de relação perante o objetivo de ganhos de sustentabilidade (...) para o sistema de saúde apresentam uma boa dicotomia sinérgica” (E109, p.2)).
 - Muito associado à perspectiva de complementaridade (ex. “a complementaridade melhora a acessibilidade (...) e pela natureza híbrida que introduz no sistema de saúde contribui para a sua sustentabilidade” (E78, p.2); “na perspectiva de complementaridade (...) com sustentabilidade do sistema de saúde” (E96, p.2); “ganhos (...) de sustentabilidade do sistema de saúde beneficia se assentar na perspectiva da complementaridade” (E102, p.2)).

- Acréscimo da produtividade (n=22; 9,61%) relacionado com:

¹⁶⁶ E23 corresponde à entrevista número 23 constante na íntegra no Anexo VII

- Uma melhor resposta dos serviços (ex. “resposta mais célere na utilização pelo SNS” (E4, p.2); “reformulação das redes de referênciação” (E64, p.2); “não existirem sobreposições de atos e equipamentos” (E65, p.2))
 - O resultado da promoção de boas práticas (ex. “melhoria da performance” (E23, p.2); “promoção de boas práticas de gestão” (E29, p.2); “(mais) processos e metodologias de gestão” (E37, p.2); “tem gerado experiências positivas na gestão económico-financeira das instituições” (E105, p.2)).
- Redução dos custos (n=24; 10,48%) fundado na:
- Melhoria das negociações (ex. “melhoria competitiva das negociações” (E5, p.2); “melhoria (no) preço” (E6, p.2); “melhores serviços a melhor preço” (E82, p.2)).
 - Uma orientação pela gestão mais eficiente dos recursos de ambos os setores (ex. “utilização de recursos eventualmente existentes no setor privado evitando investimento nomeadamente em tecnologia” (E4, p.2); “evitar o desperdício” (E65, p.2); “captação de novas formas de financiamento como seguros ou recursos próprios dos utilizadores” (E93, p.2)).
- Compensação de falhas do SNS (n=23; 10,04%) (ex. “Estado financiar o setor privado nas valências que não podem ser asseguradas pelo setor público” (E33, p.2); “alternativas privadas de satisfazer as necessidades de saúde de qualquer português por qualquer razão” (E98, p.2); “o setor público poderá não ter a capacidade para fazer tudo da melhor maneira” (E104, p.2)).
- Papel do Estado (n=18; 7,86%) no sentido da:
- Regulação do setor (ex. “Estado deverá crescer nas componentes da regulação, normalização, e fiscalização” (E9, p.2); “o papel de regulador do Estado deve manter-se relevante e permanente” (E41, p.2); “relação entre os dois sistemas tem de ser verdadeiramente regulada pelo Estado e ser alvo de um plano operacional detalhado” (E97, p.2)).
 - Diminuição do papel direto do Estado na prestação (ex. “diminuição do papel do Estado” (E17, p.2); “papel do Estado como motor do sistema que garante a sustentabilidade do SNS” (E27, p.2); “o Estado além de deter o setor público também tem grande influência no setor privado quer através dos convencionados quer pela capacidade legislativa ” (E75, p.2)).

- Impacto na governação clínica (n=10; 4,37%) argumentando neste sentido algumas vantagens (ex. “grandes mais valias recíprocas” (E6, p.2); “favorece a articulação entre a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde” (E23, p.2); “pode trazer novos recursos e inovação ao sistema de saúde” (E81, p.2)) e possíveis riscos (ex. “ser utilizado de forma fraudulenta” (E1, p.2); “promove o sobre diagnóstico” (E3,p,2)).

Ainda que com menores frequências, os peritos referiram como aspetos negativos:

- Perda de eficiência (n=15; 6,55%) (ex. “não gera eficiência” (E3, p.2); "pode ter um impacto negativo (na eficiência)” (E9, p.2); “teoricamente a competição entre estruturas que prosseguem os mesmos objetivos deveria levar a uma maior eficiência. Tal, a meu ver, não se verificou” (E76, p.2); “não estou segura quanto aos ganhos de eficiência (...) para o sistema de saúde” (E77, p.2)).
- Perda de sustentabilidade (n=12; 5,24%) (ex. “pode ter um impacto negativo (na sustentabilidade)” (E9, p.2); “estas relações perante o objetivo de ganhos de sustentabilidade do sistema de saúde são muito secundárias e artificiais” (E17, p.2); “o recurso ao setor privado, com financiamento do Estado, se realizado por iniciativa própria com base na procura-oferta pode (...) comprometer a sustentabilidade” (E64, p.2)).
- Aumento dos custos (n=5; 2,18%) (ex. “gera gastos desnecessários” (E3, p.2); “o recurso ao setor privado, com financiamento do Estado, se realizado por iniciativa própria com base na procura-oferta pode aumentar os gastos” (E64, p.2); “a competitividade entre os setores pode determinar uma oferta casuística de serviços, não programada, com duplicação, com desperdícios” (E107, p.2)).

Questão 2: Tendo em conta que o financiamento e a prestação de cuidados têm sido maioritariamente públicos entende a participação privada como um contributo útil para a eficiência do sistema de saúde? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

A análise da resposta a esta questão foi dividida em dois momentos. Num momento inicial aferiu-se a frequência de concordância com a primeira parte da pergunta e num segundo momento aferiram-se as frequências relativas aos factos e razões das respostas afirmativas. No quadro seguinte apresentam-se os resultados globais das entrevistas.

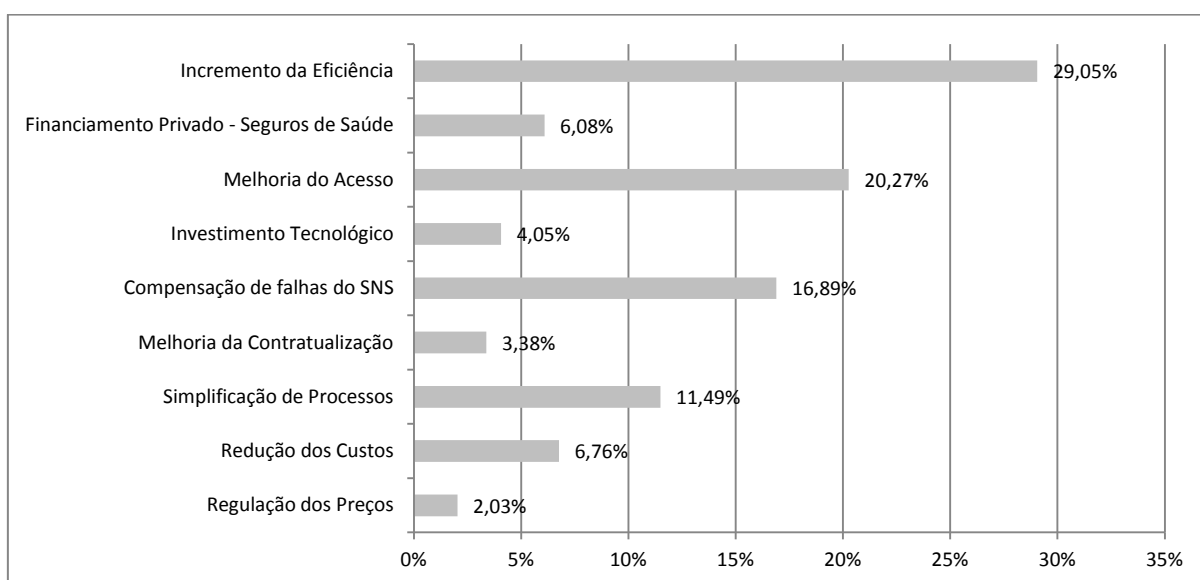
Quadro 8.4 - Referências relativas ao contributo da participação privada na eficiência do sistema de saúde

Concordância com a questão	Referências no Texto	
	Nº	%
Sim (a participação privada teve um contributo útil para a eficiência do sistema de saúde).	78	67,83%
Não (a participação privada não teve um contributo útil para a eficiência do sistema de saúde).	16	13,91%
Não sabe/não responde à questão (não tem opinião marcada para relacionar o contributo da participação).	21	18,26%
Total	115	100,00%
Unidades de registo para as respostas afirmativas		
	Nº	%
Incremento da Eficiência	43	29,05%
Financiamento Privado Seguros de Saúde	9	6,08%
Melhoria do Acesso	30	20,27%
Investimento Tecnológico	6	4,05%
Compensação de falhas do SNS	25	16,89%
Melhoria da Contratualização	5	3,38%
Simplificação de Processos	17	11,49%
Redução dos Custos	10	6,76%
Regulação dos Preços	3	2,03%
Total	148	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Em relação à concordância com a questão colocada verificou-se que esta se limita a 78 peritos (cerca de 67,73% da amostra). Os restantes ou não concordam (n=16; 13,91%) ou não manifestam a sua opinião (n=21; 18,26%). Com o recurso à análise de conteúdo através da aplicação Maxqda® entre as respostas positivas foram levantadas 9 unidades de registo num total de 148 referências verbalizadas pelos peritos cujas frequências se podem observar na figura seguinte.

Figura 8.4 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada na eficiência do sistema de saúde



Fonte: Elaboração própria

Os peritos, em termos gerais, consideraram nas suas respostas que na base do aumento da eficiência do sistema de saúde a combinação público-privado promoveu:

- Incremento de eficiência (n=43; 29,05%) (ex. “contributo útil para a eficiência do sistema de saúde” (E1, p.2); “a participação privada tem sido útil para a eficiência do sistema de saúde” (E39, p.2); “o nível geral de eficiência do sistema de saúde terá aumentado (ou o nível de ineficiência terá sido reduzido) sendo certo que o esforço pela eficiência terá de ser contínuo e incluir abordagens diferenciadas consoante se trate do SNS ou do setor privado de saúde” (E111, p.3)).

- Melhoria do acesso (n=30; 20,27%) justificada pela:
 - Melhoria da cobertura (ex. “pulverização de prestadores por todo o território por um nível de resposta e de qualidade muito satisfatório e com a vantagem do risco de investimento e de exploração ficar afastado do Estado” (E15, p.2); “boa cobertura das diferentes regiões” (E15, p.2); “atenuando muitas das assimetrias regionais” (E25, p.2); “o setor privado pode ajudar ao nível da cobertura” (E94, p.2));
 - Maior rapidez (ex. “os serviços são prestados mais rapidamente” (E61, p.2); “porque há listas de espera nas colonoscopias quando elas podem ser contratualizadas a preços aceitáveis para todos garantindo diagnósticos mais precoces e com ganhos na mortalidade” (E106, p.2); “um nível superior de utilidade (melhor acesso)” (E54, p.2)) e associada a fatores de maior oferta (ex. “uma maior oferta de cuidados” (E96, p.2); “o aumento da oferta” leva a uma melhoria da eficiência eliminando do sistema quem não consiga acompanhar as exigências do mercado” (E99, p.2); “maior oferta e sobretudo “acessibilidade mais dinâmica e desburocratizada permite certamente aos cidadãos - não apenas doentes - mais acesso” (E110, p.2)).

- Compensação de falhas do SNS (n=25; 16,89%):
 - Nomeadamente nos casos com uma maior carência de oferta no setor público, ou seja, numa perspetiva de cooperação, quando o Estado não consegue dar a adequada resposta (ex. “situações específicas e pontuais de carência no SNS” (E4, p.2); “poderá em algumas áreas aportar investimentos que o setor público não faz por opção ou muitas vezes por manifesta incapacidade” (E16, p.2); “a iniciativa privada tem investido bastante na cooperação com o SNS, a nível da contratualização de serviços de saúde, de modo a que a prestação e oferta de cuidados de saúde seja efetuada de uma maneira eficaz para os utentes” (E94, p.2)).

- Justificada também pela recuperação de listas de espera através de convenções (ex. “em condições concretas de contratualização específica como acontece com o SIGIC, com radioterapia ou com os cheques dentista”(E32, p.2); “recuperação das listas de espera cirúrgicas” (E93, p.2); “sem a convenção do SNS com o privado (prestação) a capacidade de resposta em exclusivo das unidades públicas ficará comprometida” (E100, p.2)).
 - Pela resposta eficaz e atempada às necessidades (ex. “o setor privado tem demonstrado que é possível fazer mais e melhor” (E19, p.2); “maior comodidade, conforto e celeridade na resposta” (E67, p.2); “o setor privado tem ajudado muitos portugueses a resolverem melhor e mais rapidamente as suas necessidades clínicas” (E98, p.2)).
- Simplificação de processos (n=17; 11,49%):
- Pela adoção de uma lógica de mercado (ex. “facilidade e rapidez de adaptação ao mercado” (E4, p.2); “novas formas organizativas, perspetivas de mercado” (E18, p.2); “introdução de uma lógica empresarial e de utilização das melhores práticas induzindo por essa “contaminação” e por essa competitividade a sua generalização a todo o sistema, público ou privado” (E40, p.2)).
 - Pelos diferentes instrumentos de gestão (ex. “setor privado tem instrumentos de gestão, de organização e de eficiência muito mais desenvolvidos e implementados” (E9, p.2); “mais ágil nos investimentos e na gestão de recursos humanos” (E16, p.2); “instrumentos de gestão que não eram conhecidos no processo organizativo e gestor do setor público” (E18, p.2)).
 - Pela redução burocrática dos procedimentos (ex. “menor complexidade” (E5, p.2); “introduzir padrões de exigência diferentes e competitivos” (E44, p.2); “os sistemas privados de saúde têm maior vantagem numa solução de negociação descentralizada em termos de obtenção de melhores condições de prestação” (E96, p.2)).
- Financiamento privado - seguros de saúde (n=9; 6,08%) (ex. “a presença dos seguros de saúde no esquema consubstancia a procura privada abrindo espaço a uma melhoria da componente hoteleira da saúde” (E14, p.2); participação privada no financiamento realizada através dos subsistemas de saúde e dos seguros de saúde” (E64, p.2); “oferecer linhas de financiamento privado com os seguros” (E93, p.2)).
- Redução dos custos (n=10; 6,76%):

- No próprio setor privado justificado pelos modelos de gestão inovadores (ex. “podem verificar-se menores custos” (E54, p.2); “melhor aproveitamento de recursos humanos (condições de trabalho, remuneratórias...) e materiais” (E65, p.2); “a prestação privada é mais eficiente diminuindo custos” (E78, p.2)).
- No setor público pela cooperação na prestação e no financiamento de cuidados (ex. “alívio financeiro substancial” (E43, p.2); “menores custos e sem necessidade de investimento em recursos humanos e equipamentos” (E61, p.2); “o envolvimento privado através dos seguros de saúde tem também registado uma participação no sistema a nível do seu financiamento global” (E102, p.2)).
- Investimento tecnológico (n=6; 4,05%) (ex. “trazem globalmente para o setor uma tecnologia muito mais moderna” (E28, p.2); “introdução de mais tecnologia na prestação de cuidados” (E60, p.2); “oferta de serviços tecnologicamente mais avançados” (E93, p.2)).
- Melhoria da contratualização (n=5; 3,38%) (ex. “facilidade contratual” (E4, p.2); “excelentes condições de trabalho oferecidas pelas entidades privadas” (E66, p.2); “reconheço alguma utilidade, ainda que restrita, nas dimensões concorrenciais, até como forma de impor alguma concorrência de preços aos fornecedores” (E112, p.2)).
- Regulação dos preços (n=3; 2,03%) (ex. “são transparentes, claros” (E10, p.2); “mais baixos do que o custo efetivo no SNS” (E10, p.2)).

8.1.3. Principais conclusões

Relativamente ao contributo da combinação público privado para o aumento de eficiência do sistema de saúde português no período 1983-2013, a análise realizada, pela componente metodológica deste estudo, permitiu concluir:

- Com a aplicação do questionário:
 - a) Os indivíduos que apenas trabalham no setor público concordam mais do que os indivíduos que trabalham apenas no setor privado: que a existência de duplas coberturas de financiamento contribui para um aumento da despesa total em saúde; que os subsistemas de públicos saúde são o principal suporte ao desenvolvimento da prestação privada de cuidados de saúde.

- b) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam mais do que os indivíduos que apenas trabalham no setor público: que o aumento conjugado entre financiamento e prestação direta de cuidados pelo setor privado contribuiu para melhorar a qualidade na utilização dos recursos em saúde; que o grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado induziu uma maior competitividade entre os setores; que o aumento do financiamento privado contribuiu para o reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde; que o aumento da participação das entidades privadas e sociais, na prestação direta de cuidados de saúde, contribuiu para a melhoria da eficiência do sistema de saúde.
 - c) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam mais do que os indivíduos que trabalham no setor público e privado: que o SNS, em termos de eficiência beneficiou da existência de um sistema misto, de natureza complementar, na prestação de cuidados de saúde.
 - d) Os indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam mais do que os indivíduos que acumulam o setor público com experiências de trabalho no setor privado: que a combinação entre público e privado constituiu um importante determinante de eficiência do sistema de saúde.
 - e) Os indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam menos do que os indivíduos que acumulam o setor público com experiências de trabalho no setor privado: que o aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma utilização mais racional do sistema de saúde; que o aumento da componente privada, no financiamento em saúde, contribuiu para uma melhoria da eficiência operacional do sistema de saúde; que a importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde contribuiu para a sustentabilidade do sistema de saúde.
- Com a realização das entrevistas:
- a) A complementaridade e a competitividade, entre os setores, fomentou: a promoção de eficiência e da sustentabilidade; o aumento de produtividade e a redução dos custos; contribuiu para a compensação de falhas do SNS; teve um forte impacto na governação clínica; induziu o reforço do papel do Estado ao nível da regulação e da supervisão do sistema de saúde.
 - b) A concordância com a importância da participação privada enquanto contributo útil para a eficiência do sistema foi positiva para 68,14% dos peritos. Na base desta fundamentação estiveram razões como: o incremento da eficiência; a melhoria do acesso; a compensação das falhas do SNS; a simplificação de processos; o reforço do financiamento privado

(nomeadamente através dos seguros voluntários de saúde e dos subsistemas); a redução dos custos; o investimento tecnológico; a melhoria na contratualização e a regulação dos preços.

8.2. Efeitos da combinação público-privado na equidade e acesso aos Cuidados de Saúde

Nesta seção pretende-se dar resposta à segunda hipótese do estudo. Para este efeito, analisa-se de forma individual os resultados obtidos, em cada fase metodológica, com vista à avaliação da equidade no acesso ao sistema de saúde resultante do aumento da participação privada no sistema de saúde.

8.2.1. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários

A perceção dos principais atores da área da saúde em Portugal sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português entre 1983 e 2013 foi analisada através de 15 questões aplicadas no questionário, sobre as quais se pretendeu estudar o grau de concordância dos inquiridos (Quadro 8.5).

Quadro 8.5 - Questões aplicadas para aferir a perceção sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013

Questões	Codificação
A combinação entre público e privado representou um importante fator na cobertura geral dos cuidados de saúde.	(acesso_a)
O contexto social e económico influenciou as condições de acesso e de equidade no sistema de saúde.	(acesso_b)
O financiamento público, através de impostos, contribuiu para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.	(acesso_c)
A combinação entre público e privado favoreceu a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.	(acesso_d)
O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma melhoria da equidade na utilização do sistema de saúde pelos cidadãos.	(acesso_e)
O grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado contribuiu para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos cuidados de saúde.	(acesso_f)
A combinação entre público e privado agravou a dependência dos pagamentos diretos no momento da prestação de cuidados.	(acesso_g)
O aumento do financiamento privado e da participação das entidades privadas e sociais na prestação de cuidados contribuiu para a melhoria do acesso e para a diminuição dos tempos de espera inapropriada.	(acesso_h)
O reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde contribuiu para a melhoria global da equidade no sistema de saúde.	(acesso_i)
A combinação entre público e privado contribuiu para a redução das barreiras financeiras implícitas no acesso aos cuidados de saúde.	(acesso_j)
O setor convencionado contribuiu para garantir os princípios da cobertura geral e do acesso universal	(acesso_k)
A relação entre os setores público e privado em Portugal gerou ineficiências potenciadoras de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.	(acesso_l)
A natureza mista do SNS contribuiu para melhorar o acesso aos cuidados de saúde	(acesso_m)
O aumento da prestação privada contribuiu para o agravamento das condições de acesso ao SNS.	(acesso_n)
A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados comprometeu a equidade no acesso aos cuidados de saúde.	(acesso_o)

Fonte: Elaboração própria

Os valores de concordância com cada uma das afirmações anteriormente apresentadas sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português entre 1983 e 2013 encontram-se apresentados na figura 8.5.

Figura 8.5 - Percepção sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013



Fonte: Elaboração própria

A análise dos destes dados permite concluir que os inquiridos manifestaram um elevado grau de concordância relativamente aos seguintes quesitos:

- O contexto económico e social influenciou as condições de acesso e de equidade no sistema de saúde;
- A relação entre os setores público e privado em Portugal gerou ineficiências potenciadoras de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde;
- O aumento do financiamento privado e da participação das entidades privadas e sociais, na prestação de cuidados, contribuiu para a melhoria do acesso e para a diminuição dos tempos de espera inapropriada.
- A combinação entre público e privado representou um importante fator na cobertura geral dos cuidados de saúde.

Adicionalmente, os inquiridos manifestaram um moderado grau de concordância quanto aos seguintes quesitos:

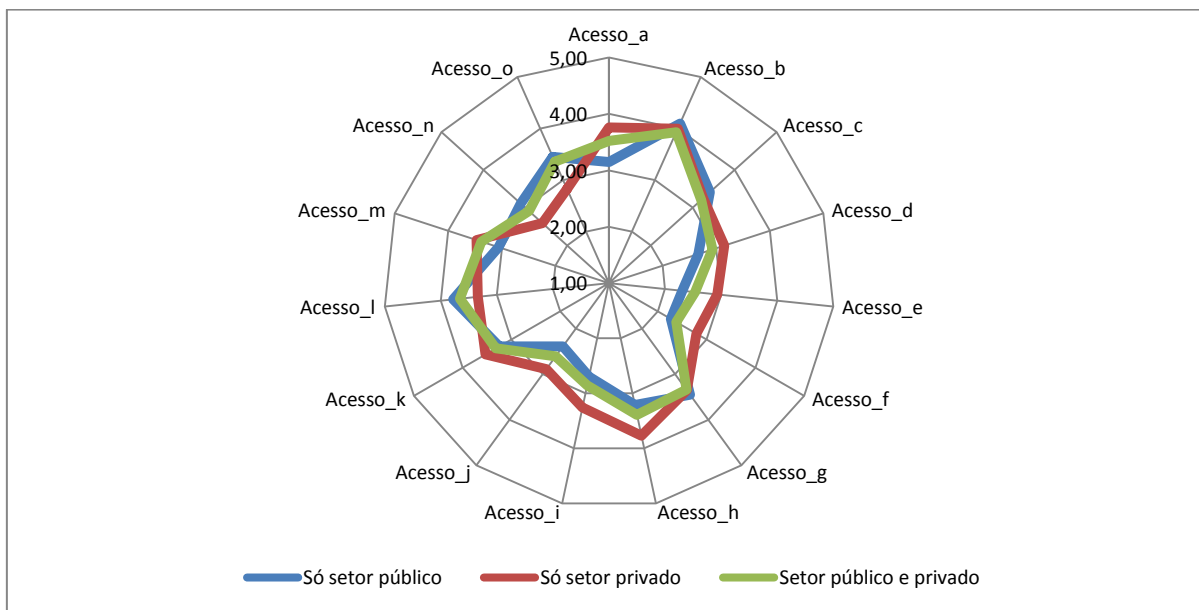
- O financiamento público, através de impostos, contribuiu para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.
- A combinação entre público e privado agravou a dependência dos pagamentos diretos no momento da prestação de cuidados.
- O setor convencionado contribuiu para garantir os princípios da cobertura geral e do acesso universal.
- A natureza mista do SNS contribuiu para melhorar o acesso aos cuidados de saúde.
- A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados comprometeu a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Por sua vez, os inquiridos manifestaram discordância relativamente aos seguintes quesitos:

- O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma melhoria da equidade na utilização do sistema de saúde pelos cidadãos.
- O grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado contribuiu para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos cuidados de saúde.
- A combinação entre público e privado contribuiu para a redução das barreiras financeiras implícitas no acesso aos cuidados de saúde.
- O aumento da prestação privada contribuiu para o agravamento das condições de acesso ao SNS.

Apresenta-se de seguida uma comparação das perceções sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso, no sistema de saúde português entre 1983 e 2013, com base no setor de atividade em que os inquiridos se encontram atualmente a trabalhar (apenas no setor público, apenas no setor privado e simultaneamente no setor público e privado) (Figura 8.6).

Figura 8.6 - Comparação das perceções sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português, entre 1983 e 2013



Fonte: Elaboração própria

A análise da figura 8.6 permite concluir que, na generalidade das afirmações, a percepção não é igual entre os inquiridos que atualmente trabalham apenas no setor público, os que trabalham apenas no setor privado e os que trabalham simultaneamente em ambos os setores. À semelhança do apresentado na análise dos efeitos da combinação público-privado na eficiência do sistema de saúde português, foram realizados testes *de Kruskal-Wallis* e de *comparação múltipla* tendo em vista comparar se a distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português entre 1983 e 2013 é igual nos grupos populacionais de indivíduos que atualmente apenas trabalham no setor público, que apenas trabalham no setor privado e aqueles que trabalham em ambos os setores em simultâneo. O quadro seguinte apresenta os resultados destes testes.

Quadro 8.6 - Comparação da distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na equidade e no acesso ao sistema de saúde português entre 1983 e 2013, entre os grupos profissionais formados com base no setor de atividade dos indivíduos

Grupo Profissional	Grau de Concordância
Distribuição de concordância igual nos três grupos populacionais (sig. <0,05).	<ul style="list-style-type: none"> - O contexto social e económico influenciou as condições de acesso e de equidade no sistema de saúde (acesso_b); - O financiamento público, através de impostos, contribuiu para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (acesso_c); - A combinação entre público e privado agravou a dependência dos pagamentos diretos no momento da prestação de cuidados (acesso_g).
Indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam menos do que os que apenas trabalham no setor privado (sig.< 0,05)	<ul style="list-style-type: none"> - A combinação entre público e privado representou um importante fator na cobertura geral dos cuidados de saúde (acesso_a). - A combinação entre público e privado favoreceu a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (acesso_d); - A combinação entre público e privado contribuiu para a redução das barreiras financeiras implícitas no acesso aos cuidados de saúde (acesso_j); - O setor convencionado contribuiu para garantir os princípios da cobertura geral e do acesso universal (acesso_k); - A natureza mista do SNS contribuiu para melhorar o acesso aos cuidados de saúde (acesso_m).
Indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam mais do que os que apenas trabalham no setor privado (sig. < 0,05)	<ul style="list-style-type: none"> - A relação entre os setores públicos e privado em Portugal geraram ineficiências potenciadoras de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (acesso_l). - O aumento da prestação privada contribuiu para o agravamento das condições de acesso ao SNS (acesso_n).
Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam mais do que os que trabalham no setor público e no privado (sig. < 0,05)	<ul style="list-style-type: none"> - O aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma melhoria da equidade na utilização do sistema de saúde pelos cidadãos (acesso_e); - O grau de repartição entre financiamento público e financiamento privado contribuiu para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos cuidados de saúde (acesso_f); - O aumento do financiamento privado e da participação das entidades privadas e sociais na prestação de cuidados contribuiu para a melhoria do acesso e para a diminuição dos tempos de espera inapropriada (acesso_h); - O reforço da participação das entidades privadas e sociais na prestação direta de cuidados de saúde contribuiu para a melhoria global da equidade no sistema de saúde (acesso_i);
Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam menos do que os que trabalham no setor público e no privado (sig. < 0,05)	<ul style="list-style-type: none"> - A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados comprometeu a equidade no acesso aos cuidados de saúde (acesso_o).

Fonte: Elaboração própria

8.2.2. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas

Com o objetivo de avaliar a perceção dos principais intervenientes no setor da saúde, relativamente aos efeitos da combinação entre público e privado na evolução da equidade e do acesso ao sistema de saúde, entre 1983 e 2013, foram colocadas duas questões nas entrevistas realizadas. A informação colhida em cada resposta foi organizada de acordo com a análise de conteúdo, em unidades de registo.

Questão 3: Considera que o acesso aos cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação privada no sistema de saúde português? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

A análise da resposta a esta questão foi dividida em duas partes. Na primeira parte aferiu-se a frequência de concordância com a questão inicial da pergunta e na segunda parte aferiram-se as frequências relativas aos factos e razões das respostas afirmativas. No quadro seguinte apresentam-se os resultados globais das entrevistas.

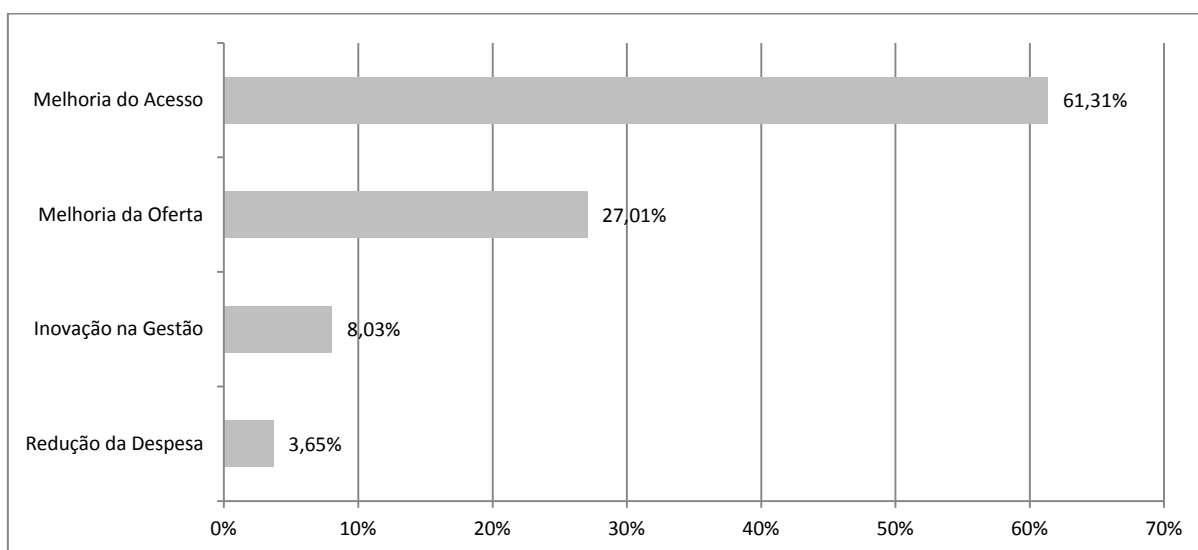
Quadro 8.7 - Referências relativas ao contributo da participação privada na melhoria do acesso aos cuidados de saúde

Concordância com a afirmação	Referências no texto	
	Nº	%
Sim (o acesso aos cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação privada no sistema de saúde português)	82	71,30%
Não (o acesso aos cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação privada no sistema de saúde português)	17	14,78%
Não sabe/não responde (não tem opinião marcada para relacionar a melhoria do acesso aos cuidados de saúde no sistema de saúde português com o aumento da participação privada no sistema de saúde português)	16	13,91%
Total	115	100,00%
Unidades de registo para as respostas afirmativas	Nº	%
Melhoria do Acesso	84	61,31%
Melhoria da Oferta	37	27,01%
Inovação na Gestão	11	8,03%
Redução da Despesa	5	3,65%
Total	137	100,00%

Fonte: Elaboração própria

O número de peritos que concordou com a questão colocada foi de 82 (cerca de 71,30% dos entrevistados). Os restantes entrevistados não concordam (n=17; 14,78%) ou não manifestam a sua opinião (n=16; 13,91%). Com recurso à análise de conteúdo, pela aplicação da ferramenta da Maxqda®, entre as respostas positivas, foram encontradas 4 unidades de registo num total de 137 referências verbalizadas pelos peritos cujas frequências se podem observar na figura seguinte.

Figura 8.7 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada na melhoria do acesso aos cuidados de saúde



Fonte: Elaboração própria

Em termos gerais, os peritos consideraram nas suas respostas que a participação privada promoveu:

- Melhoria do acesso (n=81; 61,31%) justificada:
 - Pela redução das listas de espera (ex. “desbloqueou situações pontuais de listas de espera cirúrgica, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica” (E4, p.2); “as listas de espera diminuíram pelo aumento das cirurgias no SNS mas principalmente pelo enorme crescimento dos cuidados hospitalares privados nos últimos anos” (E61, p.2); “recuperação das listas de espera cirúrgicas” (E93, p.2)).
 - Pela rapidez de acesso (ex. “facilidade e rapidez de acesso” (E14, p.2); “diminuição de tempos de espera para o atendimento” (E23, p.2); “resposta mais rápida e mais eficiente às necessidades das populações” (E113, p.3)).
 - Por proporcionar uma maior cobertura (ex. “maior proximidade aos utentes na acessibilidade física e geográfica dos cuidados” (E23, p.2); “argumentos” na acessibilidade aos cuidados de saúde muito interessantes” (E25, p.2); “tem maior facilidade no acesso de proximidade o sistema privado” (E30, p.2)).
- Melhoria da oferta (n=37; 27,01%) (ex. “maior oferta” (E9; E21, p.2); “mais possibilidade de escolha” (E10, p.2); “maior e mais diferenciada oferta de serviços em termos de prazos e até de qualidade” (E109, p.2); “aumento substancial da oferta de serviços” (E113, p.3)).

- Inovação na gestão (n=11; 8,035%) (ex. “uma gestão mais eficiente” (E1, p.2); “mecanismos de gestão desburocratizada” (E12, p.2); “permite também ultrapassar algum planeamento deficiente de recursos humanos com má distribuição e défices e a existência de hábitos de trabalho individualistas e hierarquizados” (E102, p.3)).
- Redução da despesa (n=5; 3,65%) (ex. “redução de encargos de aquisição de serviços, custo com transportes” (E23, p.2); “o setor privado responde (...) permitindo custos por ato de saúde bastante atrativos” (E25, p.2); “melhor eficiência utilizando os recursos existentes ou reforçando-os” (E63, p.2)).

Questão 4: Considera que o aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde contribuiu para o reforço da respetiva cobertura geral e universal? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

A análise da resposta a esta questão foi dividida em dois momentos. Num primeiro momento aferiu-se a frequência de concordância com a primeira questão da pergunta e num segundo momento aferiram-se as frequências relativas aos factos e razões das respostas afirmativas. No quadro seguinte apresentam-se os resultados globais das entrevistas.

Quadro 8.8 - Referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação no reforço da cobertura geral e universal do sistema de saúde

Concordância com a afirmação	Referências no texto	
	Nº	%
Sim (o aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, contribuiu para o reforço da respetiva cobertura geral e universal)	48	41,74%
Não (o aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, não contribuiu para o reforço da respetiva cobertura geral e universal)	55	47,83%
Não sabe/não responde à questão (não tem opinião marcada para relacionar o contributo do reforço da cobertura geral e universal dado pelo aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde)	12	10,43%
Total	115	100,00%
Unidades de registo para as respostas afirmativas		
	Nº	%
Diversidade Geográfica	9	15,00%
Melhoria do Acesso	37	61,67%
Melhoria da Oferta	11	18,33%
Aumento da Competitividade	3	5,00%
Total	60	100,00%

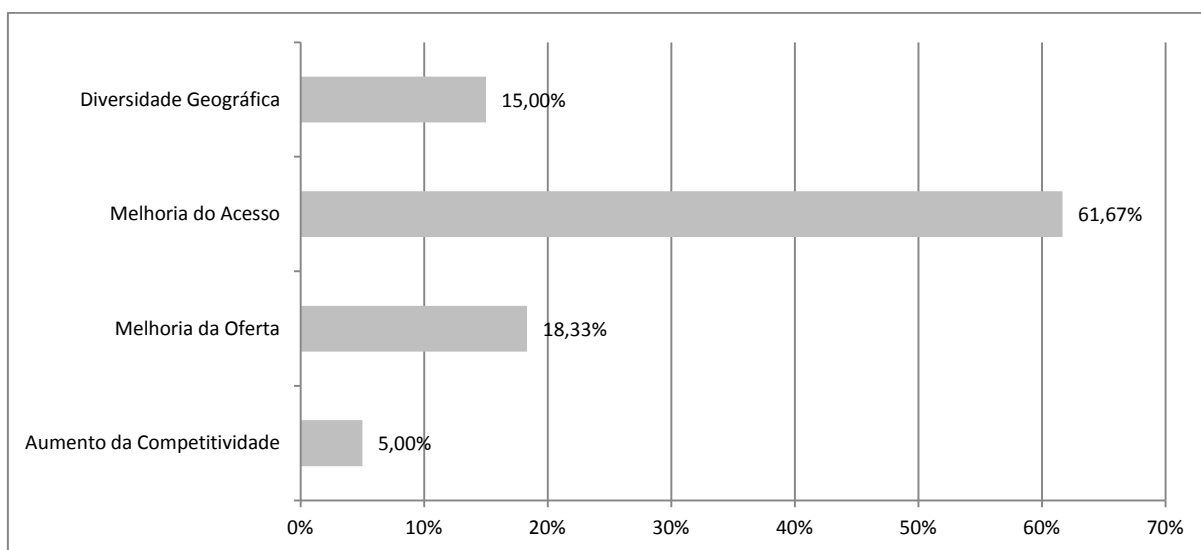
Fonte: Elaboração própria

Em relação à concordância com a questão colocada verifica-se que esta se limita apenas a 48 peritos (cerca de 41,74 % da mostra). A maioria dos entrevistados (47,83%) referiu não haver uma ligação

entre o aumento da participação privada e o reforço da cobertura geral e universal. Os restantes 12 (10,43%) não manifestaram uma opinião concreta sobre a questão.

Através da análise de conteúdo com o recurso à aplicação Maxqda® entre as respostas positivas foram levantadas 4 unidades de registo num total de apenas 60 referências verbalizadas pelos peritos cujas frequências se podem observar na figura seguinte.

Figura 8.8 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação no reforço da cobertura geral e universal do sistema de saúde



Fonte: Elaboração própria

Os peritos, em termos gerais, nas suas respostas consideraram que na base da melhoria da cobertura geral e universal do sistema de saúde, a participação privada promoveu:

- Melhoria do acesso (n=37; 61,67%) justificada:
 - Pela aproximação dos prestadores aos utentes, reforçando a cobertura (ex. “aproximando os recursos humanos e os meios técnicos dos utentes” (E1, p.2); “nas áreas do setor privado-convencionado: MCDT, hemodiálise, MFR, a prestação de cuidados nas unidades privadas leva ao reforço da cobertura” (E64, p.2); “ao complementar a oferta do SNS ou ao disponibilizar uma maior oferta de cuidados às populações que procurem nestas instituições respostas diferentes das existentes no setor público o aumento da participação privada reforçou a cobertura” (E105, p.3)).
 - Pelos acordos estabelecidos com seguros e subsistemas, o que reduz a procura pelos serviços do SNS (ex. “população coberta pelos subsistemas de saúde” (E9, p.2); “efeito da complementaridade resultante das convenções subscritas com o SNS” (E42, p.2); “redução

da procura do público através dos seguros e dos privados” (E75, p.2); “em termos de acessibilidade como acima disse deixando os cuidados primários de saúde com alguma folga” (E87, p.2)).

- Pela redução de tempos de espera (ex. “menor tempo de resposta em consultas de especialidade” (E9, p.2); “facilidade e rapidez de acesso” (E14, p.2); “diminuiu, nalguns casos, o tempo de acesso” (E33, p.2)).

- Melhoria da oferta (n=11;18,33%) (ex. “maior capacidade disponível” (E8, p.2); “criação de alternativas assistenciais e aumento da equidade” (E13, p.3); “vem definitivamente proporcionar aos cidadãos uma oferta muito mais diversificada e estratificada de acordo com as possibilidades e modelos de financiamento que cada cidadão opte para si” (E113, p.3); “aumento da oferta de serviços proporcionada pelo setor público, privado e social” (E113, p.3)).

- Diversidade geográfica (n=9; 15,00%) (ex. “maior equidade regional” (E63, p.2); “proximidade de acesso nas várias áreas geográficas com uma conseqüente descentralização” (E64, p.2); “facilitando o acesso e colmatando as assimetrias regionais do setor público” (E67, p.2); “do ponto de vista da universalidade, a existência de um sistema misto de financiamento, público e privado, também terá contribuído para uma melhor distribuição geográfica dos recursos de saúde” (E95, p.3)).

- Aumento da competitividade (n=3; 5,00%) (ex. “melhoram a competitividade do sistema e induzam de forma muito efetiva níveis crescente de qualidade, de eficiência e de satisfação” (E55, p.2); “processo de decisão de compra de cuidados de saúde sendo altamente situacional é mais apetecível no recurso ao privado” (E109, p.2); “numa competição pelo preço algumas das capacidades de produção instaladas nos privados permitem, temporariamente, um maior acesso universal” (E109, p.2)).

Na análise efetuada regista-se que a não concordância verificada na maioria das respostas negativas foi motivada pelo termo “universal” que, na conceção dos peritos, não poderá ser ainda generalizada havendo um longo percurso a percorrer nesse sentido.

8.2.3. Principais conclusões

Relativamente ao contributo da combinação público privado para o reforço da cobertura geral e universal do sistema de saúde português no período 1983-2013, a análise realizada pela componente metodológica deste estudo permitiu concluir:

- Com a aplicação do questionário

- a) Os inquiridos, de uma forma global, concordam mais que o contexto social e económico influenciou as condições de acesso e de equidade no sistema de saúde; que o financiamento público, através de impostos, contribuiu para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde; que a combinação entre público e privado agravou a dependência dos pagamentos diretos no momento da prestação de cuidados.
- b) Os indivíduos que apenas trabalham no setor público concordam mais do que os indivíduos que apenas trabalham no setor privado: que a relação entre os setores públicos e privado, em Portugal, gerou ineficiências potenciadoras de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde; que o aumento da prestação privada contribuiu para o agravamento das condições de acesso ao SNS.
- c) Os indivíduos que apenas trabalham no setor público concordam menos do que os indivíduos que apenas trabalham no setor privado: que a combinação entre público e privado representa um importante fator na cobertura geral dos cuidados de saúde.
- d) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam mais do que os indivíduos que têm experiências de trabalho no setor público e privado: que o aumento da componente privada do financiamento em saúde conduziu a uma melhoria da equidade na utilização do sistema de saúde pelos cidadãos; que o grau de repartição entre o financiamento público e o financiamento privado contribuiu para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos cuidados de saúde; que o aumento do financiamento privado e da participação das entidades privadas e sociais na prestação de cuidados de saúde contribuiu para a melhoria do acesso e para a diminuição dos tempos de espera inapropriada; que o reforço da participação das entidades privadas e sociais, na prestação direta de cuidados de saúde, contribuiu para a melhoria global da equidade no sistema de saúde.
- e) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam menos do que os indivíduos que têm experiências de trabalho no setor público e privado: que a importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados comprometeu a equidade no acesso aos cuidados de saúde.
- f) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam mais do que os indivíduos que trabalham apenas no setor público: que a combinação entre público e privado favoreceu a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; que a combinação entre público e privado contribuiu para a redução das barreiras financeiras implícitas no acesso aos cuidados de saúde; que o setor convencionado contribuiu para garantir os princípios da

cobertura geral e do acesso universal; que a natureza mista do SNS contribuiu para melhorar o acesso aos cuidados de saúde.

- Com a realização de entrevistas

- a) A maioria dos peritos concorda que o acesso aos cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação privada no sistema de saúde português. Na argumentação de suporte a esta afirmação os peritos referiram a evolução na melhoria do acesso global, a melhoria da oferta, a inovação na gestão e a redução na despesa.
- b) Em relação ao reforço da cobertura a maioria dos peritos (47, 79%) discorda que o aumento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde tenha contribuído para o reforço da respetiva cobertura geral e universal. No entanto, quando fundamentados os argumentos para as respostas positivas é destacada a melhoria no acesso, a melhoria da oferta, a diversidade geográfica e o aumento da competitividade. Nesta questão destaca-se que a não concordância na maioria das respostas negativas é motivada pelo termo “universal”.

8.3. Efeitos da combinação público-privado nos Resultados em Saúde

Para dar resposta à última hipótese de investigação, analisa-se de forma individual os resultados obtidos em cada fase metodológica de modo a verificar a existência de um diferencial positivo traduzido em resultados em saúde por influência do crescimento da participação do setor privado no sistema de saúde português entre 1983 e 2013.

8.3.1. Resultados obtidos pela análise dos indicadores

De acordo com a literatura, espera-se que os resultados em saúde estejam relacionados com um vasto conjunto de aspetos, nomeadamente, com o contexto económico, social e demográfico, com os recursos técnicos, humanos e financeiros, bem como com as condições de acesso e de utilização dos serviços de saúde. Como tal, procedeu-se à realização de análises de relação linear (correlações de Pearson) entre um conjunto de indicadores de contexto, estrutura e desempenho e os resultados do sistema de saúde em termos da qualidade. Nos quadros seguintes apresentam-se os resultados com maior relevância tendo em conta a estrutura organizada para o agrupamento dos indicadores (apresentada no capítulo 6, quadro 6.4).

Quadro 8.9 - Resultados da correlação entre indicadores de contexto e indicadores de qualidade

Variáveis - Indicadores Económicos vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)

Produto Interno Bruto (PIB)

Quanto maior o PIB, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,977$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,703$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 45 a 54 anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,720$; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais elevado (5º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,756$; sig <0,05).

Quanto maior o PIB, menor:

- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,957$ e $\rho=-0,668$, respetivamente; sig <0,05);
- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,939$; $\rho=-0,833$; $\rho=-0,865$; $\rho=-0,963$; $\rho=-0,763$, respetivamente; sig <0,05).

Défi ce Público em percentagem do PIB

Quanto maior o défi ce público em percentagem do PIB, maior:

- A taxa bruta de mortalidade ($\rho=0,509$; sig <0,05);
- O número de casos de SIDA ($\rho=0,660$; sig <0,05).

Consumo Público em percentagem do PIB

Quanto maior o peso do consumo público no PIB, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,900$; sig <0,05).
- Quanto maior o peso do consumo público no PIB, menor:
- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,941$; $\rho=-616$, respetivamente; sig <0,05).
-

Consumo Privado em percentagem do PIB

Quanto maior o peso do consumo privado no PIB, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,669$; sig <0,05);
- A percentagem de cesarianas no total de partos ($\rho=0,569$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,767$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 54 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,820$; $\rho=0,843$; $\rho=0,732$, respetivamente; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais reduzido (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,725$; sig <0,05).

Quanto maior o peso do consumo privado no PIB, menor:

- A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,520$; sig <0,05);
- O número de casos de SIDA ($\rho=-0,869$; sig <0,05);
- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,936$; $\rho=-0,930$; $\rho=-0,936$; $\rho=-0,926$; $\rho=-0,867$, respetivamente; sig <0,05).

Consumo das Famílias em percentagem do PIB

Quanto maior o peso do consumo privado no PIB, maior:

- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,726$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 54 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,819$; $\rho=0,809$; $\rho=0,762$, respetivamente; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais reduzido (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,760$; sig <0,05).

Quanto maior o peso do consumo privado no PIB, menor:

- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,917$; $\rho=-0,931$; $\rho=-0,930$; $\rho=-0,905$; $\rho=-0,844$, respetivamente; sig <0,05).

Variáveis - Indicadores Demográficos vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)

População Residente em Portugal

Quanto mais população residente, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,945$; sig <0,05);
- O número de casos de SIDA ($\rho=0,370$; sig <0,05);
- O número de mortes devido a tumores, tumores malignos, diabetes, doenças do sistema respiratório ($\rho=0,848$; $\rho=0,843$; $\rho=0,809$; $\rho=0,660$, respetivamente; sig <0,05).

Número de Emigrantes

Quanto maior o número de emigrantes, maior:

- O número total de casos de tumores malignos ($\rho=0,998$; sig <0,05);
- O número total de casos de tumores malignos do pulmão, da mama, próstata ($\rho=0,998$; $\rho=0,998$; $\rho=0,981$, respetivamente; sig <0,05);
- O número de mortes devido a tumores, tumores malignos, doenças do sistema respiratório ($\rho=0,979$; $\rho=0,979$; $\rho=0,951$, respetivamente; sig <0,05).

Quanto maior o número de emigrantes, menor:

- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,971$; $\rho=-0,957$; $\rho=-0,966$; $\rho=-0,977$, respetivamente; sig <0,05).

-

Variáveis - Indicadores Sociais vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)

Remuneração Média

Quanto maior a remuneração média, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,978$; sig <0,05);
- A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=0,990$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,834$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,886$; $\rho=0,913$; $\rho=0,928$, respetivamente; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais reduzido (1º quintil) e do estrato socioeconómico mais elevado (5º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,820$; $\rho=0,702$, respetivamente; sig <0,05).

Quanto maior a remuneração média, menor:

- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,957$; $\rho=-0,610$, respetivamente; sig <0,05);
- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,947$; $\rho=-0,915$; $\rho=-0,927$; $\rho=-0,981$; $\rho=-0,732$, respetivamente; sig <0,05).

Rendimento disponível das Famílias em percentagem do PIB

Quanto maior o peso do rendimento disponível das famílias no PIB, maior:

- A percentagem de população com 45 a 54 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,739$; $\rho=0,814$, respetivamente; sig <0,05).

Quanto maior o peso do rendimento disponível das famílias no PIB, menor:

- O número de casos de SIDA ($\rho=-0,775$; sig <0,05);
- A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=-0,854$; sig <0,05);
- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio ($\rho=-0,642$; $\rho=-0,742$; $\rho=-0,745$, respetivamente; sig <0,05).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8.10 - Resultados da correlação entre indicadores de Estrutura e Indicadores de Qualidade

Variáveis - Indicadores de Recursos Financeiros vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)
<p>Despesa total corrente em Cuidados de Saúde em percentagem do PIB</p> <p>Quanto maior a despesa total corrente em cuidados de saúde em percentagem do PIB, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,969$; sig <0,05). <p>Quanto maior a despesa total corrente em cuidados de saúde em percentagem do PIB, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,927$; $\rho=-0,670$, respetivamente; sig <0,05); - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,865$; $\rho=-0,802$; $\rho=-0,832$; $\rho=-0,898$; $\rho=-0,687$, respetivamente; sig <0,05).
<p>Despesa corrente Pública em Saúde em percentagem do PIB</p> <p>Quanto maior a despesa corrente pública em saúde em percentagem do PIB, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,944$; sig <0,05). <p>Quanto maior a despesa corrente pública em saúde em percentagem do PIB, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,937$; $\rho=-0,671$, respetivamente; sig <0,05).
<p>Despesa corrente Privada das Famílias na Saúde em percentagem do PIB</p> <p>Quanto maior a despesa corrente privada em saúde em percentagem do PIB, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A esperança de vida à nascença ($\rho=0,524$; sig <0,05); - A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=0,371$; sig <0,05); - A % de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,757$; sig <0,05); - A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 54 anos e 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,921$; $\rho=0,768$; $\rho=0,868$, respetivamente; sig <0,05); - A percentagem de população do estrato socioeconómico mais reduzido (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,890$; sig <0,05). <p>Quanto maior a despesa corrente privada em saúde em % do PIB, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A taxa de mortalidade materna ($\rho=-0,445$; sig <0,05); - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,958$; $\rho=-0,963$; $\rho=-0,963$; $\rho=-0,957$; $\rho=-0,854$, respetivamente; sig <0,05).
<p>Peso da despesa corrente Privada das Famílias na saúde (no total de despesa corrente em Saúde)</p> <p>Quanto maior a despesa corrente privada em saúde em percentagem do PIB, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,767$; sig <0,05); - A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=0,561$; sig <0,05); - A percentagem de população com 25 a 44 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,921$; $\rho=0,840$; $\rho=0,795$, respetivamente; sig <0,05); - A % de população do estrato socioeconómico mais reduzido (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,797$; sig <0,05). <p>Quanto maior a despesa corrente privada em saúde em percentagem do PIB, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,804$; $\rho=-0,886$; $\rho=-0,0868$; $\rho=-0,772$; $\rho=-0,0793$, respetivamente; sig <0,05).
Variáveis - Indicadores de Recursos Humanos vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)
<p>Número de médicos</p> <p>Quanto maior o número de médicos, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,554$; sig <0,05). <p>Quanto maior o número de médicos, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,670$; sig <0,05). -

Número de técnicos de diagnóstico e de terapêutica

Quanto maior o número de técnicos de diagnóstico e de terapêutica, maior...

- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=1,000$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos e 45 a 64 anos com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,999$; $\rho=0,998$, respetivamente; sig <0,05).

Quanto maior o número de técnicos de diagnóstico e de terapêutica, menor...

- O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,945$; $\rho=-0,927$; $\rho=-0,938$; $\rho=-0,896$, respetivamente; sig <0,05).
-

Variáveis - Indicadores de Recursos Técnicos vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)

Número de hospitais

Quanto maior o número de hospitais, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,824$; sig <0,05);
- A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=0,851$; sig <0,05).

Quanto maior o número de hospitais, menor:

- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,765$; $\rho=-0,516$, respetivamente; sig <0,05).
-

Número de Centros de Saúde

Quanto maior o número de centros de saúde, maior:

- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,756$; sig <0,05).

Quanto maior o número de centros de saúde, menor:

- A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,591$; sig <0,05).
-

Número de Farmácias e Postos Farmacêuticos móveis

Quanto maior o número de farmácias e postos farmacêuticos móveis, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,856$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos e com 65 anos ou mais com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,778$; $\rho=0,874$, respetivamente; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,839$; sig <0,05).

Quanto maior o número de farmácias e postos farmacêuticos móveis, menor:

- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,869$; $\rho=-0,549$, respetivamente; sig <0,05);
 - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,924$; $\rho=-0,878$; $\rho=-0,891$; $\rho=-0,956$; $\rho=-0,794$, respetivamente; sig <0,05).
-

Número de camas de Internamento

Quanto maior o número de camas de internamento, maior:

- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,909$; sig <0,05);
- A percentagem de cesarianas (no total de partos) ($\rho=0,875$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,791$; sig <0,05);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e com 65 anos ou mais com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,879$; $\rho=0,868$; $\rho=0,934$, respetivamente; sig <0,05);
- A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com percepção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,851$; sig <0,05).

Quanto maior o número de camas de internamento, menor:

- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,816$; $\rho=-0,458$, respetivamente; sig <0,05);
 - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,964$; $\rho=-0,973$; $\rho=-0,978$; $\rho=-0,964$; $\rho=-0,842$, respetivamente; sig <0,05).
-

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8.11 - Resultados da correlação entre indicadores de desempenho e indicadores de qualidade

Variáveis - Indicadores de Acesso vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)
<p>Mediana do tempo de espera da LIC</p> <p>Quanto maior a mediana do tempo de espera da LIC, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A percentagem de população com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=-0,780$; sig <0,05).
<p>Número de utentes inscritos no SIGIC</p> <p>Quanto maior o número de utentes inscritos no SIGIC, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – O número de mortes devido a tumores malignos ($\rho=0,837$; $\rho=0,887$, respetivamente; sig <0,05). <p>Quanto maior o número de utentes inscritos no SIGIC, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A esperança média de vida à nascença ($\rho=-0,797$; sig <0,05); – A percentagem de população com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=-0,758$; sig <0,05).
Variáveis - Indicadores de Utilização vs Indicadores de Qualidade (Desempenho)
<p>Internamentos em Hospitais</p> <p>Quanto maior o número de internamentos, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,813$; sig <0,05); – A percentagem de cesarianas no total de partos ($\rho=0,725$; sig <0,05); – A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,693$; sig <0,05); – A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,728$; $\rho=0,784$; $\rho=0,795$, respetivamente; sig <0,05). <p>Quanto maior o número de internamentos, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,596$; sig <0,05); – O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,790$; $\rho=-0,658$; $\rho=-0,694$; $\rho=-0,878$, respetivamente; sig <0,05).
<p>Dias de internamento</p> <p>Quanto maior o peso do número de dias de internamento, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,830$; sig <0,05); – A percentagem de população com 45 a 64 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,998$; sig <0,05); – A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,999$; sig <0,05). <p>Quanto maior o peso do número de dias de internamento, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,735$; $\rho=-0,526$; sig <0,05); – O número de mortes devido a doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,922$; sig <0,05).
<p>Peso do número de Consultas Médicas em Ambulatório</p> <p>Quanto maior o peso de consultas médicas em ambulatório, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,945$; sig <0,05); – A percentagem de população com 45 a 64 anos e com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,998$; $\rho=0,999$, respetivamente; sig <0,05). <p>Quanto maior o peso de consultas médicas em ambulatório, <u>menor</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,820$; sig <0,05); – O número de casos de SIDA ($\rho=-0,985$; sig <0,05); – O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,967$; $\rho=-0,931$; $\rho=-0,937$; $\rho=-0,952$, respetivamente; sig <0,05).
<p>Peso do número de Episódios de Urgência</p> <p>Quanto maior o peso de episódios de urgência, <u>maior</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,971$; sig <0,05); – A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito

-
- bom ($\rho=0,714$; sig $<0,05$);
- A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,858$; $\rho=0,761$; $\rho=0,920$, respetivamente; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,809$; sig $<0,05$).
- Quanto maior o peso de episódios de urgência, menor:
- A taxa de mortalidade infantil e materna ($\rho=-0,822$; $\rho=-0,506$, respetivamente; sig $<0,05$);
 - O número de mortes devido a doenças do sistema circulatório, doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou de desordem de comportamento ($\rho=-0,946$; $\rho=-0,940$; $\rho=-0,950$; $\rho=-0,964$; $\rho=-0,773$, respetivamente; sig $<0,05$).
-

Peso do número de cirurgias (grande e média)

- Quanto maior o peso de cirurgias (grande e média), maior:
- A esperança de vida à nascença ($\rho=0,813$; sig $<0,05$);
 - A % de cesarianas no total de partos ($\rho=0,821$; sig $<0,05$).
-

Meios Complementares de Diagnóstico (MCD)

- Quanto maior o número de meios complementares de diagnóstico (MCD), maior:
- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,781$; sig $<0,05$);
 - O número total de casos de tumores malignos ($\rho=0,970$; sig $<0,05$);
 - O número total de casos de tumores malignos do cólon, da mama, da próstata ($\rho=0,962$; $\rho=0,986$; $\rho=0,955$, respetivamente; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população com 15 ou mais anos (no global) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,774$; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população com 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,833$; $\rho=0,870$; $\rho=0,924$, respetivamente; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,820$; sig $<0,05$).
-

Meios Complementares de Terapêutica (MCT)

- Quanto maior o número de meios complementares de terapêutica (MCT), maior:
- A esperança média de vida à nascença ($\rho=0,645$; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população com 65 ou mais anos com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,736$; sig $<0,05$);
 - A percentagem de população do estrato socioeconómico mais baixo (1º quintil) com perceção de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom ($\rho=0,684$; sig $<0,05$).
- Quanto maior o número de meios complementares de terapêutica (MCT), menor:
- A taxa de mortalidade infantil ($\rho=-0,607$; sig $<0,05$);
 - O número de mortes devido a doenças cerebrovasculares ($\rho=-0,675$; sig $<0,05$).
-

Fonte: Elaboração própria

8.3.2. Resultados obtidos através do tratamento dos questionários

A perceção dos principais atores da área da saúde em Portugal sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde, do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, foi analisada através de 15 questões (Quadro 8.12) relativamente às quais se pretendeu conhecer o grau de concordância dos inquiridos.

Quadro 8.12 - Questões aplicadas para apurar a percepção sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013

Questões	Codificação
A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria global dos resultados em saúde em Portugal.	(resultados_a)
A evolução registada nos principais indicadores de saúde foi sobretudo influenciada pelo contexto económico e social do país.	(resultados_b)
A evolução registada em matéria de combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria do estado de saúde dos portugueses.	(resultados_c)
Os resultados em saúde foram influenciados positivamente pela repartição entre financiamento público e financiamento privado.	(resultados_d)
O aumento da componente privada do financiamento e da prestação de cuidados contribuiu para a melhoria da percepção dos cidadãos face ao sistema de saúde.	(resultados_e)
A combinação entre público e privado influenciou positivamente os determinantes sociais da saúde.	(resultados_f)
A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os principais indicadores de mortalidade e de morbilidade.	(resultados_g)
A combinação entre público e privado contribuiu para uma utilização mais racional do medicamento.	(resultados_h)
A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria dos indicadores de qualidade e de segurança do doente.	(resultados_i)
A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os indicadores relativos à gestão das doenças crónicas.	(resultados_j)
Os resultados em saúde foram significativamente influenciados em Portugal pela existência de um modelo de combinação entre público e privado no financiamento e na prestação de cuidados.	(resultados_k)
A relação entre os setores público e privado em Portugal gerou ineficiência e inequidade na utilização de recursos comprometendo a obtenção de melhores resultados em saúde.	(resultados_l)
A natureza mista do SNS foi útil na implementação das estratégias de saúde definidas nos Planos Nacionais de Saúde.	(resultados_m)
O aumento do peso do financiamento e da prestação privada não tiveram correspondência direta na evolução global dos indicadores de saúde.	(resultados_n)
A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde agravou os consumos em detrimento da satisfação das necessidades em saúde comprometendo a efetividade dos cuidados.	(resultados_o)

Fonte: Elaboração própria

O grau de concordância com cada das afirmações anteriormente apresentadas apresenta-se na figura seguinte.

Figura 8.9 - Perceção sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013



Fonte: Elaboração própria

A análise dos dados observados na Figura 8.9 permite concluir que os inquiridos manifestaram um moderado grau de concordância relativamente aos seguintes quesitos:

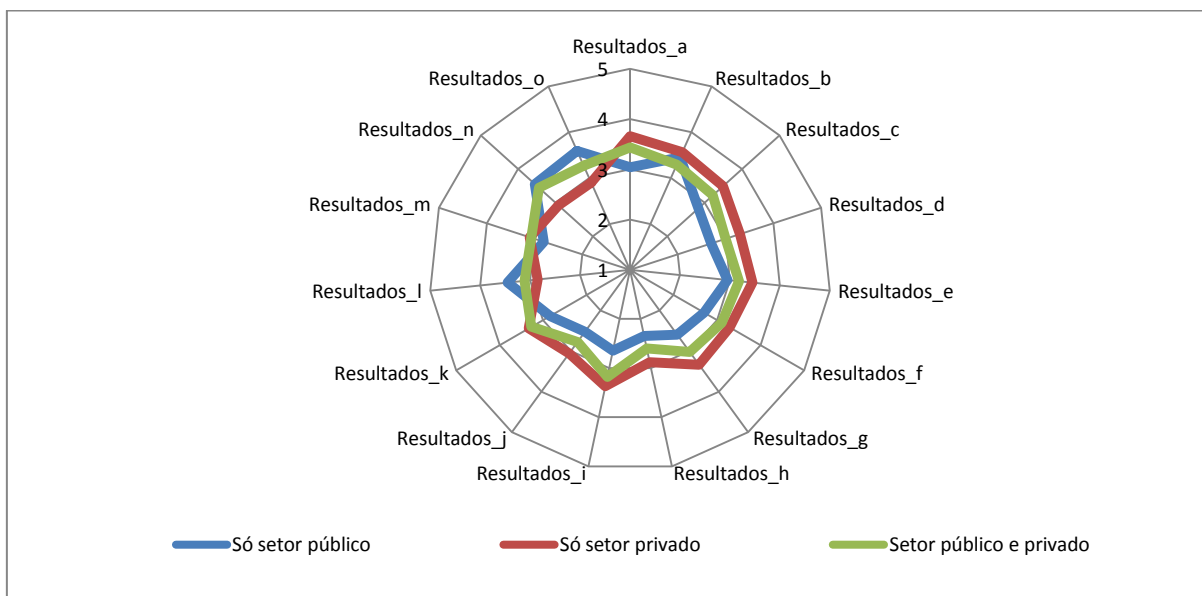
- A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria global dos resultados em saúde em Portugal.
- A evolução registada em matéria de combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria do estado de saúde dos portugueses.
- O aumento da componente privada do financiamento e da prestação de cuidados contribuiu para a melhoria da perceção dos cidadãos face ao seu estado de saúde.
- Os resultados em saúde foram significativamente influenciados, em Portugal, pela existência de um modelo de combinação entre público e privado no financiamento e na prestação de cuidados.
- A evolução registada nos principais indicadores de saúde foi sobretudo influenciada pelo contexto económico e social do país.
- A relação entre os setores público e privado em Portugal gerou ineficiência e inequidade na utilização de recursos comprometendo a obtenção de melhores resultados em saúde.
- O aumento do peso do financiamento e da prestação privada não teve correspondência direta na evolução global dos indicadores de saúde.
- A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados, no sistema de saúde, agravou os consumos em detrimento da satisfação das necessidades em saúde comprometendo a efetividade dos cuidados.

Os inquiridos manifestaram discordância relativamente aos seguintes quesitos:

- A combinação entre público e privado contribuiu para uma utilização mais racional do medicamento.
- A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os indicadores relativos à gestão das doenças crónicas.

Efetuu-se uma comparação das perceções sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, com base no setor de atividade em que os indivíduos se encontram atualmente a trabalhar. Esta análise permite concluir que na generalidade das afirmações a perceção não é igual entre os inquiridos que atualmente apenas trabalham no setor público, que apenas trabalham no setor privado ou que trabalham simultaneamente em ambos os setores (Figura 8.10).

Figura 8.10 - Comparação das percepções sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Com o objetivo de comparar se a distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado na eficiência global, do sistema de saúde português, entre 1983 e 2013, é igual nos três grupos populacionais (indivíduos que atualmente apenas trabalham no setor público, entre os que apenas trabalham no setor privado ou aqueles que trabalham simultaneamente em ambos os setores) foram realizados testes de *Kruskal-Wallis* e de comparação múltipla. Os resultados destes testes são apresentados no quadro que se segue.

Quadro 8.13 - Comparação da distribuição do grau de concordância com as afirmações sobre o impacto da combinação público-privado nos resultados em saúde do sistema de saúde português entre 1983 e 2013, entre os grupos profissionais formados com base no setor de atividade em que os indivíduos se encontram atualmente a trabalhar

Grupo Profissional	Grau de Concordância
<p>Distribuição de concordância igual nos três grupos populacionais (sig. <0,05).</p>	<p>- A evolução registada nos principais indicadores de saúde foi sobretudo influenciada pelo contexto económico e social do país (resultados_b).</p>
<p>Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam mais do que os que trabalham apenas no setor público (sig.< 0,05)</p>	<p>- A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria global dos resultados em saúde em Portugal (resultados_a); - A evolução registada em matéria de combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria do estado de saúde dos portugueses (resultados_c); - Os resultados em saúde foram influenciados positivamente pela repartição entre financiamento público e financiamento privado (resultados_d); - O aumento da componente privada do financiamento e da prestação de cuidados contribuiu para a melhoria da perceção dos cidadãos face ao sistema de saúde (resultados_e); - A combinação entre público e privado influenciou positivamente os determinantes sociais da saúde (resultados_f); - A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os principais indicadores de mortalidade e de morbilidade (resultados_g); - A combinação entre público e privado contribuiu para uma utilização mais racional do medicamento. (resultados_h); - A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria dos indicadores de qualidade e de segurança do doente (resultados_i); - A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os indicadores relativos à gestão das doenças crónicas (resultados_j); - Os resultados em saúde foram significativamente influenciados em Portugal pela existência de um modelo de combinação entre público e privado no financiamento e na prestação de cuidados (resultados_k); - A natureza mista do SNS foi útil na implementação das estratégias de saúde definidas nos Planos Nacionais de Saúde (resultados_m).</p>
<p>Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam menos do que os que trabalham apenas no setor público (sig.< 0,05)</p>	<p>- A relação entre os setores público e privado em Portugal gerou ineficiência e inequidade na utilização de recursos comprometendo a obtenção de melhores resultados em saúde (resultados_l); - O aumento do peso do financiamento e da prestação privada não tiveram correspondência direta na evolução global dos indicadores de saúde (resultados_n); - A importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados no sistema de saúde agravou os consumos em detrimento da satisfação das necessidades em saúde comprometendo a efetividade dos cuidados (resultados_o).</p>
<p>Indivíduos que trabalham apenas no setor público concordam menos do que os que trabalham no setor público e no privado (sig.< 0,05)</p>	<p>- A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria global dos resultados em saúde em Portugal (resultados_a); - A evolução registada em matéria de combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria do estado de saúde dos portugueses (resultados_c); - A combinação entre público e privado influenciou positivamente os determinantes sociais da saúde (resultados_f); - A combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os principais indicadores de mortalidade e de morbilidade (resultados_g); - A combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria dos indicadores de qualidade e de segurança do doente (resultados_i); - Os resultados em saúde foram significativamente influenciados em Portugal pela existência de um modelo de combinação entre público e privado no financiamento e na prestação de cuidados (resultados_k).</p>
<p>Indivíduos que trabalham apenas no setor privado concordam menos do que os que trabalham no setor público e no privado (sig.< 0,05)</p>	<p>- O aumento do peso do financiamento e da prestação privada não tiveram correspondência direta na evolução global dos indicadores de saúde (resultados_n).</p>

Fonte: Elaboração própria

8.3.3. Resultados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas

De forma a estudar a percepção dos principais intervenientes no setor da saúde sobre os efeitos da combinação entre público e privado no desempenho global do sistema de saúde em termos de resultados em saúde, entre 1983 e 2013, foram colocadas 2 questões. Com recurso à técnica de análise de conteúdo organizou-se a informação em unidades de registo.

Questão 5: Considera que o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados, influenciou positivamente os indicadores de mortalidade e morbilidade? Em caso afirmativo quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

A análise da resposta a esta questão foi dividida em duas partes. Numa primeira parte afere-se a frequência de concordância com a questão inicial da pergunta e na segunda aferem-se as frequências relativas aos factos e razões das respostas afirmativas. No quadro seguinte, apresentam-se os resultados globais das entrevistas.

Quadro 8.14 - Referências relativas ao contributo positivo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados nos indicadores de mortalidade e morbilidade

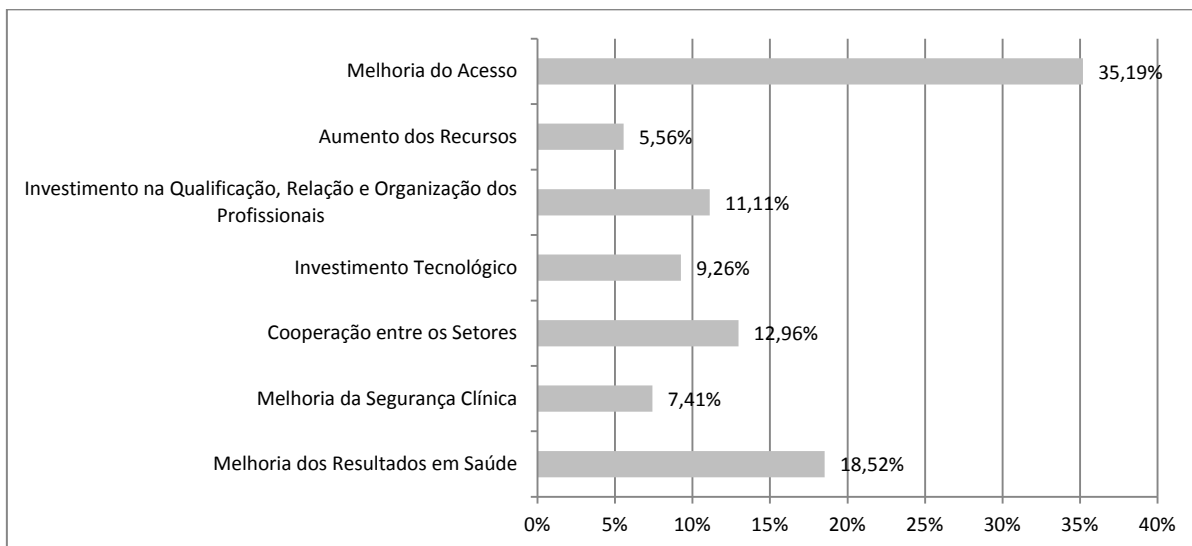
Concordância com a afirmação	Referências no Texto	
	Nº	%
Sim (o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados, influenciou positivamente os indicadores de mortalidade e de morbilidade)	37	32,17%
Não (o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados, não teve influencia nos indicadores de mortalidade e de morbilidade)	41	35,65%
Não sabe/não responde à questão (não tem opinião marcada para relacionar o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados, e o desenvolvimento dos indicadores de mortalidade e de morbilidade)	37	32,17%
Total	115	100,00%
Unidades de registo para as respostas afirmativas		
Melhoria do Acesso	19	35,19%
Aumento dos Recursos	3	5,56%
Investimento na Qualificação, Relação e Organização dos Profissionais	6	11,11%
Investimento Tecnológico	5	9,26%
Cooperação entre os Setores	7	12,96%
Melhoria da Segurança Clínica	4	7,41%
Melhoria dos Resultados em Saúde	10	18,52%
Total	54	100,00%

Fonte: Elaboração própria

O número de peritos que não concordou com a questão colocada foi de 41 (cerca de 35,65% da amostra), tendo-se observado que 37 (32,17%) peritos não responderam à questão. O número de respostas positivas foi verbalizado por cerca de 37 peritos (32,17%). Estas foram sujeitas ao processo de análise de conteúdo com recurso à aplicação da ferramenta da Maxqda® onde foram apuradas 7

unidades de registo num total de apenas 54 referências verbalizadas pelos peritos cujas frequências se podem observar na figura seguinte.

Figura 8.11 - Frequência das referências relativas ao contributo positivo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados nos indicadores de mortalidade e morbilidade



Fonte: Elaboração própria

Em termos gerais, os peritos consideraram que na base da melhoria dos indicadores de mortalidade e morbilidade, a participação privada promoveu:

- Melhoria do acesso (n=19; 35,19%) justificada por:
 - Aumento da oferta (ex. “acréscimo de oferta de serviços” (E9, p.2); “mais (...) serviços” (E21, p.2); “ampliação do acesso aos cuidados de saúde” (E95, p.29)).
 - Aumento da cobertura (ex. “maior capilaridade da rede privada” (E15, p.3); “ampliação do acesso aos cuidados de saúde” (E95, p.3); “as disponibilidades em saúde contribuem por norma para uma melhoria” (E34, p.2)) e redução dos tempos de espera (ex. “melhores tempos de acesso” (E15, p.3); “rapidez de acesso” (E37, p.3); “por efeito da deteção precoce de doenças e da redução das “listas de espera” (E42, p.2); “redução do tempo de espera para acesso a primeiras consultas e a redução do tempo de espera para realização de MCDT’s” (E83, p.3); “redução de tempos de espera” (E108, p.2)).
- Melhoria dos resultados em saúde (n=10; 18,52%) (ex. “conheço operadores privados com taxas de sobrevivência aos 5 anos em oncologia ao nível das melhores práticas nacionais e internacionais” (E10, p.3); “maior número de casos de diagnóstico precoce” (E23, p.2); “diagnóstico precoce de

doenças” (E78, p.3); “redução de complicações por agravamento do estado de saúde” (E83, p.2)).

- Cooperação entre os setores (n=7; 12,96%) justificado por:
 - Garantia da universalidade da prestação mediante acordos e convenções (ex. “o facto do setor privado ter dado respostas de prontidão e afirmar-se como alternativa contribuiu para reduzir os receios fundados ou infundados da comunidade para a resposta a esses eventos” (E19, p.2); “permitiu ao setor público estar mais à vontade na resolução de casos pois em caso de necessidade sabia que podia contar com o setor privado” (E19, p.2); “O setor privado (...) tem dado um contributo com toda a diferenciação” (E55, p.2)).
 - O setor privado aliviou o recurso aos serviços públicos permitindo uma melhor capacidade de resposta do SNS (ex. “de outra forma o setor público não teria qualquer capacidade de resposta em tempo útil terei que acreditar que esta contribuiu para diminuir a mortalidade e a morbilidade” (E13, p.3); “a participação privada no financiamento e na prestação de cuidados não pode deixar de estar associada aos resultados sucessivamente alcançados” (E111, p.3)).
- Investimento na qualificação, relação e organização dos profissionais (n=6; 11,11%) (ex. “qualificação dos recursos humanos” (E12, p.3); “a qualidade e experiência dos profissionais de saúde e a celeridade no atendimento, por exemplo, contribuem para melhorar os indicadores referidos” (E39, p.2); “organização e as condições de trabalho dos profissionais de saúde” (E66, p.2)).
- Investimento tecnológico (n=5; 9,26%) (ex. “tecnologia sofisticada utilizada” (E12, p.3); “novos hospitais com tecnologia de ponta” (E23, p.2); “qualidade das (...) suas plataformas tecnológicas” (E55, p.2)).
- Melhoria da segurança clínica (n=4; 7,41%) (ex. “sistemas de gestão da segurança e risco clínico sofisticados” (E10, p.3); “prestadores privados ao nível do melhor” (E10, p.3); “acesso às decisões terapêuticas com maior celeridade” (E83, p.2)).
- Aumento de recursos (n=3; 5,56%) (ex. “maior disponibilidade de camas” (E19, p.2); “maior disponibilidade (...) de recursos à disposição da comunidade” (E19, p.2); “novas infraestruturas” (E23, p.2)).

Questão 6: Considera que o reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados contribuiu para melhorar o desempenho do sistema ao nível dos ganhos em saúde? Em caso afirmativo, quais os principais factos ou razões que consubstanciam a sua resposta?

A análise da resposta a esta questão foi dividida em dois momentos. Num primeiro momento aferiu-se a frequência de concordância com a primeira questão da pergunta e num segundo momento aferiram-se as frequências relativas aos factos e razões das respostas afirmativas. No quadro seguinte apresentam-se os resultados globais das entrevistas.

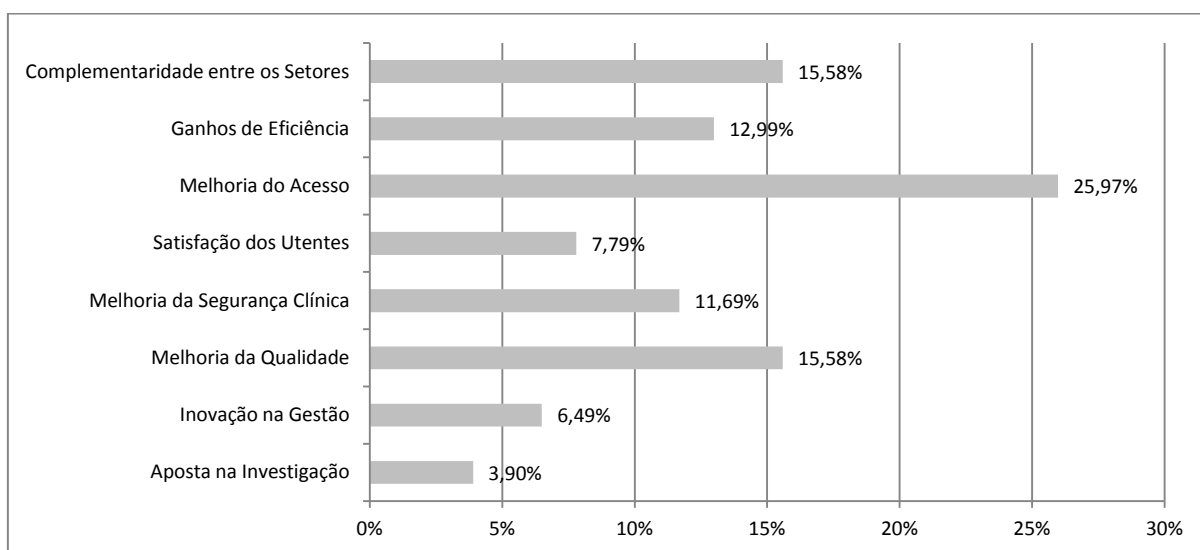
Quadro 8.15 - Referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados no desempenho do sistema ao nível dos resultados em saúde

Concordância com a afirmação	Referências no texto	
	nº	%
Sim (o reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados contribuiu para melhorar o desempenho do sistema ao nível dos ganhos em saúde)	60	52,17%
Não (o reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados não contribuiu para melhorar o desempenho do sistema ao nível dos ganhos em saúde)	27	23,48%
Não sabe/não responde à questão (não tem opinião marcada sobre a influência do reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados no desempenho do sistema ao nível dos ganhos em saúde)	28	24,35%
Total	115	100,00%
Unidades de registo para as respostas afirmativas		
	nº	%
Complementaridade entre os Setores	12	15,58%
Ganhos de Eficiência	10	12,99%
Melhoria do Acesso	20	25,97%
Satisfação dos Utentes	6	7,79%
Melhoria da Segurança Clínica	9	11,69%
Melhoria da Qualidade	12	15,58%
Inovação na Gestão	5	6,49%
Aposta na Investigação	3	3,90%
Total	77	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Em concordância com a questão colocada encontram-se 60 peritos (cerca de 52,17% da mostra). Os restantes não concordam (n=27; 23,48%) ou não manifestam a sua opinião (n=28; 24,35%) sobre esta questão. Com recurso à análise de conteúdo através da aplicação da Maxqda® entre as respostas positivas foram levantadas 8 unidades de registo num total de 77 referências verbalizadas pelos peritos, cujas frequências se podem observar na figura seguinte.

Figura 8.12 - Frequência das referências relativas ao contributo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados no desempenho do sistema ao nível dos resultados em saúde



Fonte: Elaboração própria

Os peritos nas respostas positivas consideraram que na base da melhoria do desempenho do sistema ao nível dos resultados em saúde a participação privada promoveu:

- Melhoria do acesso (n=20; 25,97%) justificada por:
 - Redução de listas e tempos de espera (ex. “listas de espera para cirurgias podendo preconizar a contratação de entidades privadas para colmatar as insuficiências do setor público” (E23, p.3); “reduzindo as listas de espera” (E56, p.3); “redução de listas de espera” (E79, p.2)).
 - Aumento da capacidade de prestação e da oferta (ex. “elevado número de meios de complementares de diagnósticos e tratamento prestados pelos sistema privado” (E34, p.2); “aumento de cirurgias no país” (E56, p.3); “mais oferta e rapidez no acesso” (E67, p.3)).
- Melhoria da qualidade (n=12; 15,58%) justificada por:
 - Existência de recursos adequados e necessários aplicados em tempo útil (ex. “doente tem os cuidados adequados (nem mais, nem menos), com o material clínico certo, em tempo útil e pelo profissional de saúde correto” (E13, p.3); “prestação com (...) melhor qualidade geral” (E93, p.3); “celeridade dos processos” (E67, p.3)).
 - Aposta na melhoria, certificação e acreditação (ex. “oportunidade de reforço de prestação de cuidados” (E38, p.3); “questão da reputação aposta muito na certificação dos serviços e

na implementação de sistemas de garantia da qualidade” (E29, p.3); “oportunidade de reforço da prestação de cuidados” (E38, p.3)).

- Complementaridade entre os setores (n=12; 15,58%) justificada por:
 - Compensação do desinvestimento público (ex. “atenuou os efeitos do desinvestimento ou do insuficiente investimento no setor público” (E42, p.2); “efeito de aumento de capacidade da prestação disponível (público+privado) e libertação de recursos ao nível do SNS” (E50, p.2); “aumenta os recursos disponíveis e uma maior utilização dos cuidados de saúde” (E104, p.3)).
 - Ações conjuntas em benefício do utente (ex. “complementaridade entre o setor público e privado que beneficiará os utentes” (E1, p.3); “a melhor forma de termos ganhos em saúde é ter um sistema público forte e um sistema privado complementar, ambos fortemente regulados e escrutinados” (E13, p.3); “a privada tem o seu papel de complementaridade num programa global de saúde” (E56, p.3); “uma parte desses ganhos terá tido a contribuição do setor privado da saúde atuando num quadro de complementaridade com o SNS e as autoridades públicas de saúde” (E111, p.4)).
- Ganhos de eficiência (n=10; 12,99%) (ex. “melhores padrões de desempenho” (E29, p.3); “melhor desempenho das organizações públicas e privadas “ (E54, p.3); “permitiu gerar poupanças e evitar algum desperdício” (E74, p.3); “ganhos ao nível da prestação de cuidados de saúde e ganhos ao nível de eficiência” (E81, p.3)).
- Melhoria na segurança clínica (n=9; 11,69%) justificada pela maioria dos peritos pela rápida e adequada capacidade de resposta tanto no diagnóstico como na assistência (ex. “solução mais rápida de muitos problemas” (E2, p.2); “rapidez no diagnóstico” (E61, p.3); “tratamento do estado de saúde, em tempos adequados” (E61, p.3); (E65, p.2); “redução de dias perdidos” (E65, p.2)).
- Satisfação dos utentes (n=6; 7,79%) (ex. “formar e informar os doentes” (E39, p.3); “escolha do prestador, conforto, higiene, comodidade, simpatia no atendimento são fatores que também contribuem para os ganhos em saúde para além da satisfação do utente” (E67, p.3); “melhores serviços” (E98, p.2)).
- Inovação da gestão (n=5; 6,49%) (ex. “perspetivas de mercado e instrumentos de gestão” (E18, p.3); “participação na gestão através das parcerias público-privadas ou outras formas de

parceria” (E28, p.3); “contaminou o sistema público de melhores práticas de gestão e governação” (E52, p.2); “modelos diferentes de gestão” (E94, p.3)).

- Aposta na investigação (n=3; 3,90%) (ex. “a disponibilidade para o investimento e investigação são disso uma boa prática” (E26, p.2); “os campos em que pode haver essa contribuição são imensos, desde a investigação, implementação de novas tecnologias” (E28, p.3); “modernização tecnológica” (E48, p.3)).

8.3.4. Principais conclusões

Esta hipótese tem por objetivo testar o contributo da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados no desempenho do sistema ao nível dos resultados em saúde. A análise realizada pela componente metodológica deste estudo permitiu concluir:

- Relação entre indicadores

Registam-se efeitos nos resultados em saúde em função do contexto económico, demográfico, social, financeiro e dos próprios recursos do sistema de saúde. Apresentam-se neste ponto as principais conclusões das correlações efetuadas.

a) A correlação efetuada entre os indicadores económicos e de qualidade permite inferir:

- O crescimento do PIB faz-se acompanhar de um aumento da esperança média de vida à nascença; de uma maior satisfação da população com o seu estado de saúde de uma redução na taxa de mortalidade infantil e materna e ainda da redução do número de mortes devido a doenças do foro cardiovascular, cerebrovascular, do sistema circulatório, perturbações mentais e de comportamento.
- O agravamento do défice público relaciona-se com o aumento da taxa bruta de mortalidade e do aumento do número de casos de SIDA.
- O crescimento do consumo público no PIB relaciona-se com o aumento da esperança média de vida à nascença e com uma redução da taxa de mortalidade infantil e materna.
- O crescimento do consumo privado relaciona-se com o aumento da esperança média de vida à nascença, o aumento da percentagem de cesarianas no total de partos, uma maior satisfação da população relativa ao seu estado de saúde, uma redução na taxa de mortalidade infantil e materna, uma redução do número de casos de SIDA e ainda com a redução do número de mortes devido a doenças do foro cardiovascular, perturbações mentais e de comportamento.

- c) A correlação entre os indicadores demográficos e de qualidade permite inferir:
- Uma relação positiva entre o crescimento da população e o aumento da esperança média de vida, do número de casos de SIDA e do número de mortes por tumores malignos, diabetes e doenças do foro respiratório.
 - Quanto maior o número de emigrantes, maior o número de casos de SIDA, de mortes por tumores malignos e menor o número de mortes por doenças do foro cardiovascular.
- d) A correlação entre indicadores sociais e de qualidade permite inferir:
- O aumento da remuneração média está relacionado com o aumento da esperança média de vida, com o aumento da percentagem de cesarianas, com o incremento de perceção positiva da população adulta sobre o seu estado de saúde, com a redução da taxa de mortalidade infantil e materna e ainda com a redução do número de mortes por doenças do foro cardiovascular, perturbações mentais e de comportamento.
 - O aumento do rendimento disponível das famílias, em percentagem do PIB, está relacionado com a perceção positiva da população entre os 45 e 65 ou mais anos sobre o seu estado de saúde, com a redução da incidência dos casos de SIDA, com a redução do número de cesarianas e com a redução do número de mortes por complicações do sistema circulatório, cardiovascular e mental.
- e) A correlação entre os indicadores financeiros e de qualidade permite inferir:
- O aumento da despesa total, em cuidados de saúde, contribuiu para o aumento da esperança média de vida, para a redução da taxa de mortalidade infantil e do número de mortes associadas a doenças (foro cardiovascular, cerebrovascular, circulatório e mental). Quando desagregado este indicador, no que respeita à despesa corrente pública, destacam-se como principais aspetos: o aumento da esperança média de vida e a redução da taxa de mortalidade infantil. Quando abordada a mesma questão na vertente da despesa corrente privada e familiar para além dos ganhos já referidos há ainda a acrescentar a melhoria da perceção sobre o estado de saúde dos cidadãos jovens, adultos e idosos.
- f) A correlação entre os indicadores de recursos humanos e de qualidade permite concluir:

- Uma relação positiva entre o número de médicos, o aumento da esperança média de vida e a redução da taxa de mortalidade infantil.
 - Relativamente ao número de técnicos de MCDT verifica-se uma forte correlação desta contribuição para a melhoria da perceção sobre o estado de saúde, na população adulta, e uma redução do número de mortes por doenças do sistema circulatório e cardiovascular.
- g) A correlação entre os indicadores de recursos técnicos e indicadores de qualidade permite inferir:
- O número de hospitais está relacionado com o aumento da esperança de vida, com o aumento da percentagem de cesarianas e com a redução da mortalidade infantil e materna.
 - O maior número de centros de saúde permitiu à população, de um estrato socioeconómico mais baixo, ter uma melhor perceção do seu estado de saúde e contribuiu igualmente para a redução da mortalidade infantil.
 - O aumento do número de farmácias e de postos farmacêuticos móveis tem uma correlação fortemente positiva com o aumento da esperança média de vida e com a perceção positiva sobre o estado de saúde relacionando-se ainda com a redução da taxa de mortalidade infantil e materna e com a redução do número de mortes por doenças (mentais e cardiovasculares).
 - O aumento do número de camas de internamento correlaciona-se da mesma forma que os indicadores anteriores com o aumento da esperança média de vida, com a perceção positiva da população acerca do seu estado de saúde e ainda com a redução da incidência das doenças do foro cardiovascular, respiratório e mental.
- h) A correlação entre indicadores de acesso e de qualidade focada nas questões do acesso (SIGIC), permitiu demonstrar que quanto maior a lista de espera para cirurgia pior a perceção da população mais idosa sobre o seu estado de saúde sendo igualmente aparente uma relação entre o número de utentes em espera com o número de mortes por tumores malignos.
- i) A correlação entre os indicadores de utilização e os indicadores de qualidade permite retirar diversas conclusões em função da linha de atividade realizada nos hospitais. Assim:
- O aumento do número de internamentos está correlacionado com o aumento da esperança média de vida, com o aumento do número de partos por cesariana, com a redução da taxa de mortalidade infantil, com a redução do número de mortes por doenças cardiovasculares e

ainda com a melhoria da percepção por parte dos cidadãos adultos sobre o seu estado de saúde.

- O aumento do número de dias de internamento relaciona-se com o aumento da esperança média de vida, com a percepção positiva do estado de saúde da população com idade compreendida entre os 45 e 64 anos e da população de estrato socioeconómico mais baixo relacionando-se, positivamente, com a redução da taxa de mortalidade infantil e materna e ainda com a redução do número de mortes por doenças cerebrovasculares.
 - O aumento do número de consultas correlaciona-se com o aumento da esperança média de vida, com a percepção sobre o estado de saúde da população com mais de 45 anos, com a redução da mortalidade infantil, com a redução do número de novos casos de SIDA e ainda com a diminuição do número de mortes por doenças do sistema circulatório, cerebrovascular.
 - O crescimento do número de episódios de urgência está relacionado com o aumento da esperança média de vida, e de uma forma global com a percepção da população de que o seu estado de saúde é bom ou muito bom, bem como com a redução da mortalidade infantil, a redução do número de novos casos de SIDA e a diminuição do número de mortes por doenças do sistema circulatório, cerebrovasculares e mentais.
 - O aumento do número de cirurgias relaciona-se com o aumento da esperança média de vida e com o aumento da percentagem de cesarianas no número total de partos.
 - O aumento do número de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica correlaciona-se com o aumento da esperança de vida, com o número total de casos diagnosticados de tumores malignos (nomeadamente cólon, mama e próstata) e de uma forma global com a melhoria da percepção geral da população sobre o seu estado de saúde.
 - O aumento do número de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, por sua vez, relaciona-se com a melhoria na percepção de um bom ou muito bom estado de saúde na população idosa e no estrato socioeconómico mais baixo relacionando-se também de forma significativa com a redução da taxa de mortalidade infantil e do número de mortes por doenças cerebrovasculares.
- Com a aplicação do questionário
- a) Os inquiridos, de uma forma global, manifestam concordância em que a evolução registada nos principais indicadores de saúde foi significativamente influenciada pelo contexto económico e social do país.

- b) Os indivíduos que apenas trabalham no setor público concordam mais do que aqueles que apenas trabalham apenas no setor privado que a relação entre os setores público e privado: gerou ineficiência e inequidade na utilização de recursos comprometendo a obtenção de melhores resultados em saúde; que a importância crescente dos financiadores e dos prestadores privados, no sistema de saúde, agravou os consumos em detrimento da satisfação das necessidades em saúde comprometendo a efetividade dos cuidados.
- c) Os indivíduos que trabalham no setor público mas acumulam experiências de trabalho no setor privado concordam mais do que os indivíduos que apenas trabalham no setor público que a combinação entre público e privado: contribuiu para a melhoria global dos resultados em saúde; que a evolução registada, em matéria de combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria do estado de saúde dos portugueses; que a combinação entre público e privado influenciou, positivamente, os determinantes sociais da saúde; que a combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os principais indicadores de mortalidade e de morbilidade; que a combinação entre público e privado contribuiu para a melhoria dos indicadores de qualidade e de segurança do doente e que os resultados em saúde foram significativamente influenciados pela existência de um modelo de combinação entre público e privado no financiamento e na prestação de cuidados.
- d) Os indivíduos que apenas trabalham no setor privado concordam mais do que aqueles que apenas trabalham no setor público: que os resultados em saúde foram influenciados positivamente pela repartição entre financiamento público e financiamento privado; que o aumento da componente privada do financiamento e da prestação de cuidados contribuiu para a melhoria da perceção dos cidadãos face ao sistema de saúde; que a combinação entre público e privado contribuiu para uma utilização mais racional do medicamento; que a combinação entre público e privado contribuiu para melhorar os indicadores relativos à gestão das doenças crónicas e que a natureza mista do SNS foi útil na implementação das estratégias de saúde definidas nos Planos Nacionais de Saúde. No entanto manifestam menor grau de concordância sobre o facto do aumento do peso do financiamento e da prestação privada ter tido influência na evolução global dos indicadores de saúde.

- Com a realização de entrevistas

- a) Os peritos, na sua maioria (36,28%), discordam de que o aumento da participação privada, no financiamento e na prestação de cuidados tenha influenciado positivamente os indicadores de mortalidade e morbilidade. No entanto, são vários os peritos que apontam para a existência, ainda que não determinante, de alguns fatores a ter em consideração na influência da participação privada no sistema de saúde: a melhoria do acesso, o aumento de

cooperação entre os setores, o investimento na qualificação, a relação e a organização dos profissionais, o investimento tecnológico, a melhoria na segurança clínica e o aumento de recursos disponíveis.

- b) A maioria dos peritos (52,21%) concorda que o reforço da participação do financiamento e da prestação de cuidados privados tenha contribuído para melhorar o desempenho global do sistema ao nível dos resultados em saúde. Na argumentação justificam este facto com a melhoria do acesso, a melhoria da qualidade, a complementaridade entre os setores, os ganhos de eficiência, a melhoria na segurança clínica, a satisfação da gestão e a aposta na investigação.

9. Conclusões e Limitações do Estudo

9.1. Conclusões

Nas últimas décadas, o processo de transformação dos sistemas de saúde tem estado presente no debate político, polarizado na dicotomia existente entre as diferentes visões da sociedade e dos sistemas de proteção social. Por um lado, a visão mais conservadora e neoliberal, mais favorável à privatização e a uma presença do Estado mais fixada no perímetro da regulação. Por outro, o reformismo social-democrata e socialista, de centro-esquerda atribuem maior importância à manutenção de um papel ativo do Estado, no setor da saúde, tanto no financiamento como na prestação de cuidados. Neste contexto político e ideológico, marcado por um continuado debate entre público e privado, emergiu nas últimas décadas um fator de influência teórica determinante, decorrente dos modelos inovadores surgidos na década de 70 e associados à *New Public Management*.

Em Portugal, a implementação do “managerialismo” contribuiu para uma descontinuidade com modelo tradicional, burocrático, hierárquico assente num domínio estritamente público nos serviços a prestar à população. No setor da saúde, foi em meados dos anos 80 que se deu o primeiro passo na abertura para um regime de cooperação com o setor privado, com o objetivo de assegurar uma maior cobertura de cuidados de saúde à generalidade da população, através da introdução dos regimes convencionados. No entanto, foi apenas com a publicação, em 1990, da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS em 1993 que se abriu espaço político e legal para uma maior integração do setor privado no sistema de saúde através de um reforço dos mecanismos de cooperação com o setor público.

Desde os anos 80 que se tem vindo a assistir a um aumento progressivo da participação privada, tanto ao nível do financiamento como ao nível da prestação de cuidados de saúde. Esta circunstância tem contribuído para incrementar o grau de combinação entre os dois setores induzindo um maior nível de concorrência e de competição pela procura, por parte dos cidadãos.

Ao nível do financiamento, a participação privada tem sido expressa pelo crescimento consistente da quota de mercado dos seguros de saúde voluntários, bem como pelo crescente peso dos subsistemas de saúde e ainda pelo aumento progressivo dos encargos diretos das famílias nas despesas em saúde.

O aumento do financiamento privado tem funcionado como indutor para o desenvolvimento do setor privado, ao nível da prestação de cuidados, com o aparecimento de grande número de unidades integrando grupos com grande dimensão e poder económico. A oferta de cuidados de saúde privados

repartiu-se pelo aumento do número de unidades com diferentes características e perfis assistenciais: cuidados de saúde hospitalares e de ambulatório, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica com especial destaque para a patologia clínica, medicina física e de reabilitação, imagiologia, hemodiálise e saúde oral.

A participação do setor privado na prestação de cuidados de saúde hospitalares fez-se, igualmente, através da participação em contratos de concessão e de gestão de unidades que integram o SNS em regime de parceria público-privada. Acresce a este desenvolvimento a participação conjunta do setor privado e do setor social no lançamento e no desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados e integrados.

A realização deste estudo visou aprofundar o conhecimento sobre o impacto e as consequências da combinação entre público e privado, no contexto do sistema de saúde português, ao longo do período compreendido entre 1983 e 2013. Para este efeito, o estudo centrou-se na identificação dos efeitos no desempenho global, do sistema de saúde português, em termos de eficiência e de equidade no acesso, bem como na evolução dos principais indicadores saúde tendo por base um conjunto de indicadores de contexto (económicos, sociais e demográficos), de estrutura (recursos financeiros, recursos humanos, recursos técnicos) e de desempenho (acesso, utilização, qualidade).

Foi definido como objetivo geral deste estudo:

- Avaliar o impacto no desempenho e nos resultados globais em saúde determinado pelas alterações no modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português no período compreendido entre 1983 e 2013.

Foram igualmente definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a evolução da combinação público-privado, no sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013.
- Caracterizar os instrumentos de política de saúde com efeitos no contexto de relação entre público e privado no período compreendido entre 1983 e 2013.
- Avaliar a evolução do sistema de saúde, no período compreendido entre 1983 e 2013, em termos de eficiência, acesso e equidade.
- Avaliar os efeitos da combinação público-privado, no período compreendido entre 1983 e 2013, no desempenho global e na evolução dos principais indicadores saúde.

Para alcançar os objetivos propostos recorreu-se à combinação entre métodos quantitativos (análise estatística simples, técnicas de estatística descritiva univariada e bivariada e testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos) e métodos qualitativos (análise de conteúdo).

O modelo de análise definido consistiu no estabelecimento de três hipóteses de investigação a partir dos objetivos propostos:

- Hipótese 1: O aumento da participação do setor privado contribuiu para melhorar a eficiência do sistema de saúde.
- Hipótese 2: A equidade no acesso a cuidados de saúde melhorou com o aumento da participação do setor privado no sistema de saúde.
- Hipótese 3: Existe um diferencial positivo nos resultados em saúde, traduzido em indicadores de saúde, por influência do aumento da participação do setor privado no sistema de saúde.

Após o estudo efetuado e a análise dos resultados efetuada no capítulo anterior apresentam-se em seguida as principais conclusões a retirar dos resultados deste estudo com base em cada uma das hipóteses apresentadas, relativamente à contribuição da participação privada para a melhoria da eficiência, na equidade no acesso e nos resultados em saúde.

9.1.1. Principais considerações relativas ao contributo da participação privada na melhoria da eficiência do sistema de saúde, entre 1983 e 2013.

De acordo com os resultados obtidos, a melhoria da eficiência do sistema de saúde beneficiou dos efeitos da combinação público-privado resultante do aumento da participação das entidades privadas e sociais no financiamento e na prestação direta de cuidados de saúde. A evolução registada, no grau de repartição entre público e privado, contribuiu para gerar uma maior competitividade entre os setores com efeitos positivos na complementaridade e na compensação de algumas das falhas do SNS. Estes efeitos traduziram-se numa utilização mais racional e efetiva dos recursos, na prestação de cuidados de saúde, e na redução de custos, para o que contribuíram o aumento do investimento tecnológico, a regulação de preços, a melhoria na contratualização e o reforço do financiamento privado através dos seguros de saúde voluntários e dos subsistemas de saúde. Perante estes resultados, confirma-se a primeira hipótese definida para este estudo.

9.1.2. Principais considerações referentes à melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde com o aumento da participação do setor privado, entre 1983 e 2013.

Tendo por base os resultados obtidos para esta hipótese, a evolução da participação do setor privado, no sistema de saúde, contribuiu de uma forma global, para a melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde. Esta asserção resulta do facto de se verificar, no estudo realizado, um importante conjunto de referências a aspetos de melhoria do acesso: maior capacidade de resposta, redução das desigualdades regionais, diminuição das listas e dos tempos de espera, uma maior articulação entre os prestadores e uma redução das barreiras económicas implícitas no acesso aos cuidados de saúde. Desta forma, a segunda hipótese de investigação não pode ser rejeitada. No entanto, estas conclusões de melhoria da equidade no acesso, não poderão ser assumidas como tendo tido um carácter resolutivo na questão da garantia de cobertura geral e universal tendo sido referido, por alguns dos peritos entrevistados, a persistência de limitações importantes ao nível do sistema de financiamento e da capacidade de resposta do setor público.

9.1.3. Principais considerações relativas à influência, nos resultados em saúde, do aumento da participação privada no sistema de saúde, entre 1983 e 2013.

De acordo com os resultados obtidos no estudo realizado, a evolução da participação privada poderá ter contribuído para a melhoria dos resultados, em termos de indicadores de saúde, os quais revelaram um claro progresso, particularmente sensível na melhoria da perceção global do estado de saúde, por parte dos cidadãos, na melhoria da esperança média de vida, na redução da taxa de mortalidade global, infantil e materna e na redução do número de mortes por determinados tipos de doenças (oncológicas, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratórias e mentais). Na base desta constatação encontra-se a melhoria dos níveis de qualidade dos cuidados de saúde e de segurança do doente, a utilização mais racional dos recursos, as políticas do medicamento, a gestão da doença crónica e a cooperação entre os setores no quadro das estratégias definidas pelo Plano Nacional de Saúde. Neste contexto, esta hipótese não deverá ser rejeitada, embora, de acordo com a análise de correlação realizada, possa coexistir uma significativa influência, nos resultados em saúde, de fatores externos ao sistema de saúde e à evolução da combinação público-privado de entre os quais se destacam os fatores económicos, sociais e demográficos experienciados ao longo do período em estudo (1983-2013).

No quadro seguinte apresenta-se uma síntese do estudo empírico realizado e principais conclusões obtidas.

Quadro 9.1 - Síntese das Conclusões

Pergunta de Partida	
Quais os efeitos da combinação, entre público e privado, no desempenho e nos resultados do sistema de saúde português, no período compreendido entre 1983 e 2013?	
Objetivo da Investigação	
Avaliar o impacto no desempenho e nos resultados globais em saúde determinado pelas alterações no modelo de relação entre público e privado, no sistema de saúde português no período compreendido entre 1983 e 2013.	
Resultados	
Eficiência do Sistema de Saúde	<p>A participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde contribuiu, positivamente, para a melhoria da eficiência do sistema de saúde. Na base desta evidência destacam-se os seguintes fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O aumento da participação do setor privado nas atividades em saúde (financiamento e prestação). - O aumento da cooperação e da competição entre os setores público e privado. - A utilização mais racional e efetiva e dos recursos (financeiros, técnicos e humanos). - O acréscimo no grau de repartição de responsabilidade. - O maior enfoque na sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde. - O incremento na produtividade. - A redução de custos e a compensação de falhas do SNS.
Equidade no Acesso	<p>A participação do setor privado, no sistema de saúde contribuiu, de uma forma global, para a melhoria da equidade no acesso. Na base desta evidência destacam-se os seguintes fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O aumento da diversidade geográfica. - A redução das desigualdades regionais. - A diminuição das listas e dos tempos de espera. - O reforço da articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados. - A redução das barreiras económicas implícitas no acesso aos cuidados de saúde. <p>De acordo com os resultados obtidos ressalta a importância do financiamento público na garantia de cobertura geral e universal.</p>
Resultados em Saúde	<p>A participação privada no sistema de saúde contribuiu para a melhoria dos resultados em saúde. Na base desta evidência destacam-se os seguintes fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A melhoria global do acesso. - Os ganhos de produtividade e de eficiência. - A melhoria dos níveis de qualidade e de segurança do doente. - A melhoria global nos níveis de perceção dos cidadãos face ao seu estado de saúde. - A utilização mais racional do medicamento. - A gestão da doença crónica. - O reforço da cooperação, entre os setores, no cumprimento das estratégias definidas nos Planos Nacionais de Saúde. <p>Para além da opinião dos peritos inquiridos e entrevistados, a análise de correlação entre os indicadores selecionados permitiu concluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para além da influência participação privada, nos resultados em saúde, há que considerar a importância da evolução dos fatores económicos, sociais e demográficos na melhoria significativa do estado de saúde dos portugueses no período em estudo (1983-2013).

Fonte: Elaboração própria

9.2. Limitações do Estudo

Uma das limitações deste estudo prende-se com a falta de informação para alguns indicadores para o período compreendido entre os anos 1983 e 1985. Neste período ainda era aplicado pelo INE o

inquérito nacional aos hospitais pelo que apenas existiam dados relativos às regiões de Lisboa e Porto. Outra limitação detetada resultou do facto de os dados anteriores ao ano de 2000 não se encontrarem disponíveis em base de dados *online*, para fácil acesso e consulta tendo os mesmos sido colhidos junto da biblioteca digital do INE em formato digitalizado com fraca qualidade de resolução de imagem.

9.3. Recomendações para Investigações Futuras

As diferentes linhas de investigação, nos diferentes países, têm demonstrado a relevância em aprofundar o conhecimento empírico relativamente aos efeitos, nas políticas públicas em saúde, da combinação entre público e privado, ao nível da repartição no financiamento e na prestação de cuidados de saúde.

Uma importante linha de investigação passará pela avaliação dos efeitos deste tipo de combinação entre os diferentes setores na sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, tendo em vista os condicionalismos estratégicos relacionados com a inovação tecnológica, o envelhecimento da população e o peso crescente da doença crónica no quadro geral da morbilidade e da mortalidade das sociedades modernas.

A produção de conhecimento neste domínio da investigação criará condições para uma maior adequação das políticas e das estratégias em saúde, tendo em vista a eficiência global e a sustentabilidade do sistema de saúde, a equidade no acesso aos cuidados e a qualidade dos resultados em saúde.

O estudo da relação entre público e privado, no contexto de sistema de saúde, contribuirá para reforçar a utilização racional dos recursos públicos tendo em conta as restrições orçamentais e o alinhamento das políticas públicas, em saúde, compatibilizando a satisfação das necessidades dos cidadãos com a defesa dos seus interesses, enquanto contribuintes.

10. Referências Bibliográficas

- Abadie, R., & Howcroft, R. (2004). *Developing public private partnerships in new Europe*. Londres: PricewaterhouseCoopers.
- Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E*. Lisboa: Chiado Editora.
- ACHORD (2003). *Definition of health outcomes*. Disponível em <http://www.achord.ca/about-us>, consultado a 16 de abril de 2015
- ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de atividade do setor convencionado 2009/2010*. Lisboa: ACSS: Unidade operacional de financiamento e contratualização.
- ACSS (2014). *Relatório de atividade em cirurgia programada*. Lisboa: ACSS - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- Addicott, R. (2014). *Commissioning and contracting for integrated care*. Londres: The King's Fund edition.
- Adler, N., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Alaszewski, A., & Brown, P. (2012). *Making health policy: a critical introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Albert, M. (1993). *Capitalism against capitalism*. Londres: Whurr Publishers.
- Alford, J., & Hughes, O. (2008). Public value pragmatism as the next phase of public management. *The American Review of Public Administration*, 38(2), 130-148.
- Allsop, J. (1995). *Health policy and the NHS towards 2000* (2nd Edition). Londres: Longman.
- Almeida, J., & Pinto, J. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais* (5^a Edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Álvarez, A., & Durán, A. (2011). Spain. In Saltman, R., Durán, A., & Dubois, H. (Eds.). *Governing Public Hospitals* (pp. 241-257). Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies/WHO Regional Office for Europe.
- Amador, O. (2009). A organização do setor público da saúde em Portugal. In Cabral, N., Amador, O., & Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* (pp. 21-40). Coimbra: Almedina.
- Araújo, J. (2000). Tendências recentes de abordagem à reforma administrativa. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 38-47.
- Araújo, J. (2013). Da nova gestão pública à nova governação pública: pressões emergentes da fragmentação das estruturas da administração pública. In Araújo, J., & Silvestre, H. (Eds.). *Compêndio em Administração Pública* (Capítulo 3). Lisboa: Escolar Editora.

- Armesto, S., Taira, M., Duran, A., Quevedo, C., & Delgado, E. (2010). *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/ WHO Regional Office for Europe.
- Arnold, R. (2014). *Economics* (12th Edition). Boston: South-Western Cengage Learning.
- Ascoli, U., & Ranci, C. (2002). *Dilemmas of the welfare mix: the new structure of welfare in an era of privatization*. Nova York: Springer.
- Augier, M., & March, J. (2004). *Models of a man: essays in memory of Herbert A. Simon*. Massachusetts: Institute of Tecnology.
- Azevedo, M. (2009). *As parcerias público-privadas: instrumento de uma nova governação pública*. Coimbra: Almedina.
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2013). Cost effects of hospital megers in Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 106-117.
- Bach, S., & Kessler, I. (2007). Human resource management and the new public management. In Boxall, P., Purcell, J., & Wright, P. (Eds.). *The oxford handbook of human resource management* (pp. 469-488). Oxford: University Press.
- Bago d 'Uva, T., & Jones, A. (2009). Health care utilisation in Europe: new evidence from the ECHP, *Journal of Health Economics*, 28, 280-289.
- Baldock, J. (2007). Social policy, social welfare, and the welfare state. In Baldock, J., Manning, N., & Vickerstaff, S. (Eds.). *Social Policy* (3rd Edition) (pp. 5-30). Oxford: University Press.
- Baldwin, P. (1990). *The politics of social solidarity: class bases of the European welfare state, 1875-1975*. Cambridge: University Press.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. (2000). *A economia dos serviços de saúde: setor público e setor privado na prestação*. Lisboa: Universidade Nova.
- Barros, P. (2010). As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. In Simões, J. (Ed.). *30 Anos do SNS, um percurso comentado* (pp. 519-560). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos* (3^a Edição). Coimbra: Almedina.
- Barros, P., Afonso, H., Martins, B., & Pereira, D. (2013). *Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde*. Lisboa: Universidade Nova.
- Barros, P., & Gomes, J. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P., Machado, M., & Simões, J. (2011). Portugal health system review. In Allin, S., Mossialos, E. (Eds.). *Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement to institutional autonomy*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/ WHO Regional Office for Europe.

- Barros, P., & Martinez-Giralt, X. (2009). Contractual design and PPPs for hospitals: Lessons for the Portuguese model. *European Journal of Health Economics*, 10, 437-453.
- Barros, P., & Simões, J. (2007). Portugal health system review. In Allin, S., Mossialos, E. (Eds.). *Health systems in transition (volume 9)*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies /WHO Regional Office for Europe.
- Barzeley, M. (2001). *The new public management*. Nova York: Russel Sage Foundation.
- Barzelay, M., & Gallego, R. (2006). From new institutionalism to institutional processualism: advancing knowledge about public management policy change. *Governance*, 19(4), 531-557.
- Baskaran, T. (2012). Tax decentralization and public deficits in OECD countries. *Publius*, 42(4), 688-707.
- Basu, R. (2004). *Public administration: concepts and theories* (5th Edition). Nova Deli: Sterling Publishers.
- Batrancea, I., Batrancea, M., & Nichita, A. (2011). The financial crisis and its implications on the public deficit of the EU countries. In Dodescu, A., Cohut, I., & Giurgiu, A. (Eds.). *The annals of the University of Oradea* (pp. 267-271). Roménia: University Press.
- Baumol, W. (1965). *Welfare economics and the theory of the state*. Reino Unido: Ashgate Publishing.
- Behn, R. (1999). The new public management paradigm and the search of democratic accountability. *International Public Management Journal*, 1(2), 131-265.
- Benabou, R. (2000). Unequal societies: Income distribution and the social contract. *American Economic Review*, 90(1), 96-129.
- Bentes, M., Dias, C., Sakellarides, C., & Bankauskaite, V. (2004). *Health care system in transition: Portugal*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Benton, L., Portes, A., & Castells, M. (1990). *The informal economy: studies in advanced and less developed countries*. Texas: Johns Hopkins University Press.
- Bertot, J., Jaeger, P., & Grimes, J. (2012). Promoting transparency and accountability through ICTs, social media, and collaborative e-government: transforming government. *People, Process and Policy*, 6(1), 78-91.
- Bevir, M. (2009). *Key Concepts in Governance*. Los Angeles: Sage.
- Bevir, M. (2007). *Encyclopedia of governance*. Londres: Sage Publications.
- Bidgood, E. (2013a). *Healthcare systems: France*. European Union: Civitas initiative.
- Bidgood, E. (2013b). *Healthcare systems: The Netherlands*. European Union: Civitas initiative.
- Bilhim, J. (2000a). Gerir a Administração Pública como uma empresa. In Bilhim, J. (Ed.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gestonária* (pp. 75-84). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2000b). Reduzir o insustentável peso do Estado para aumentar a leveza da Administração. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 18-37.

- Bilhim, J. (2008). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas* (6ª Edição). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2014). *Ciência da administração*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Birch, A. (2007). *Concepts and theories of modern democracy*. Nova York: Routledge.
- Birkland, T. (2010). *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making* (3rd Edition). Londres: Routledge.
- Biscaia, A., Martins, J., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A., Carreira, M. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos* (2ª Edição). Sintra: Padrões culturais.
- Blanco, I., & Ricard, G. (2003). La crisis del modelo de gobierno tradicional. Reflexiones en torno de la governance participativa y de proximidad. *Gestión y Política Pública* 12(1), 5-42.
- Block, F. (1994). The roles of the state in the economy. In Smelser, N., & Swedberg, R. (Eds.). *The handbook of economic sociology* (pp. 691-710). Princeton: University Press.
- Block, F., & Evans, P. (2005). The state and the economy. In Smelser, N., & Swedberg, R. (Eds.). *The handbook of economic sociology* (pp. 505-526). Princeton: University Press.
- Bogason, P., & Brans, M. (2008). Training and teaching. Making public administration: teaching and theory relevant. *European Consortium for Political Research*, 7, 84-97.
- Boslaugh, S. (2013). *Health care systems around the world: A comparative guide*. Londres: Sage Publications.
- Botelho J., Dias J., & Motta L. (1993). *Atlas da mortalidade evitável em Portugal, 1980-1989*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Bourgon, J. (2011). *A new synthesis of public administration - serving in the 21st century*. Canada: McGill-Queen's University Press.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2005). Public governance: balancing stakeholder power in a network society. *International Review of Administrative Sciences*, 71(2), 217-228.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2009). *Public management and governance* (2nd Edition). Nova York: Routledge.
- Box, R. (1999). Running government like a business implications for public administration theory and practice. *The American Review of Public Administration*, 29(1), 19-43.
- Box, R. (Ed.). (2007). *Democracy and public administration*. Nova York: M.E Sharpe.
- Boyle, S. (2010). *Health care systems in transition: England*. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Boyne, G. (2002). Public and private management: what's the difference? *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122.
- Boyne, G. (2003). Sources of public service improvement: a critical review and research agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13, 367-394.

- Boyte, H. (2005). Refraining democracy: governance, civic agency, and politics. *Public Administration Review*, 65(5), 536-46.
- Brace, I. (2013). *Questionnaire design (3rd Edition)*. United States: Kogan Page.
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Brench, E., Thomson, A., & Wilson, J. (2010). *Lyndall Urwick, management pioneer: a biography*. Oxford: University Press.
- Breton, A. (1998). *Competitive governments: An economic theory of politics and public finance*. Cambridge: University Press.
- Brodkin, E. (2007). Bureaucracy redux: management reformism and the welfare state. *Journal of Public Administration Research Theory*, 17(1), 1-17.
- Brown, B., & Stillman, R. (1986). *A search for public administration: the ideas and career of Dwight Waldo*. Texas: A&M University Press.
- Bumgarner, J. (2009). The irony of NPM: the inevitable extension of the role of the american state. *American Review of Public Administration*, 39, 189–207.
- Burda, M., & Wyplosz, C. (2012). *Macroeconomics, a european text (6th Edition)*. Oxford: University Press.
- Burgess, R. (2011). *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Cabral, A. (2009). Reforma no setor da saúde: o SNS e o novo paradigma na proteção da saúde. In Cabral, N. (2009). *As Parcerias Público Privadas*. Coimbra: Almedina.
- Cabral, N., Amador, O., & Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* Coimbra: Almedina.
- Cabral, M., & Silva, P. (2009). *The Portuguese and the NHS today: access, evaluation and attitudes of the portuguese population towards health and the NHS*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Campos, A. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. (1984). Cuidados de saúde primários e economia da saúde: Uma Aliança e mútuo interesse. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (4), 21-29.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina
- Campos, A., & Simões, J. (2014). *40 anos de abril na saúde*. Coimbra: Almedina.
- Canotilho, J. (2000). *Paradigmas de estado e paradigmas de administração pública. Moderna gestão pública - dos meios aos resultados*. Oeiras: Instituto Nacional de Administração (INA).
- Canotilho, G., & Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa anotada*. Coimbra: Coimbra editora.

- Cardim, E., Mota, L., & Pereira, L. (2011). Será tudo da crise, ou devemos repensar o estado social? A emergência de novos paradigmas. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 2, 517-550.
- Cardoso, L. (1997). *Gestão estratégica das organizações ao encontro do terceiro milénio*. Lisboa: Verbo.
- Cardoso, T. (2004). Enquadramento orçamental das PPP. In Segurado, N., Albuquerque, P., Paixão, R. (Eds.). *Manual prático de parcerias público privadas* (pp. 85-100). Sintra: NPF-Pesquisa e Formação.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologias de investigação - guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, E. (2007). *Políticas de reforma administrativa em Portugal*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carvalho, E. (2008). *Agendas e reforma administrativa em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Administração Pública. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Cesário, A. (2004). Max Weber e a crise do liberalismo. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 9 (1), 163-170.
- Chang, H. (2007). *Bad samaritans: The myth of free trade and the secret history of capitalism*. United States: Bloomsbury Publishing.
- Chevalier, F., Levitan, J., & Garel, P. (2009). *Hospitals in the 27 members of the European Union*. Paris: HOPE & Dexia Editions.
- Chevreur, K., Zaleski, I., Bahrami, S., Quevedo, C., & Mladovsky, P. (2010). *Health care systems in transition: France*. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Clarke, J. (2004). *Changing welfare, changing states: new directions in social policy*. Londres: Sage Publications.
- Cleverly, W., Song, P., & Cleverly, J. (2011). *Essentials of health care finance* (7th Edition). Subdury: Jones & Bartlett Learnings.
- Comfort, L., Cigler, B., & Waugh, W. (2012). Emergency management research and practice in public administration: emergence, evolution, expansion, and future directions. *Public Administration Review*, 72 (4), 539-547.
- Comissão Europeia (2004). *Livro verde sobre as parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Comissão Europeia (2015a). *Competition among health care providers in the European*. Bruxelas: Expert panel on effective ways of investing in health - investigating policy options.
- Comissão Europeia (2015b). *Indicadores de saúde da Comunidade Europeia (ECHI)*. Disponível em http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_pt.htm, consultado a 20 de dezembro de 2014.

- Cookson, R., Laudicella, M., & Donni, P. (2013). Does hospital competition harm equity? Evidence from the English National Health Service. *Journal of Health Economics*, 32(2), 410-422.
- Cooper, J. (2011). *Woodrow Wilson: a biography*. Londres: Vintage Books.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., & McGuire, A. (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient reforms. *The Economic Journal*, 121, 228-260.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Coyle, B. (2003). *Corporate governance*. Londres: ICSA Publishing.
- Crowther-Heyck, H. (2005). *Herbert A. Simon: the bounds of reason in modern America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- CSE - Conselho Superior de Estatística (2003). Deliberação nº253/2003 - aprovação dos conceitos para fins estatísticos da área temática "demografia". Diário da República (II. Série) – 9 de maio de 2003.
- CSE - Conselho Superior de Estatística (2005). Deliberação nº601/2005 - atualização dos conceitos para fins estatísticos da área temática "saúde". Diário da República nº81, II- série, de 27 de abril.
- De Cuir-Gunby, J. (2008). Mixed methods research in the social sciences. In Osborne, J. (Ed.). *Best practices in quantitative methods* (pp. 125-136). London: Sage Publications.
- Delbridge, R. (2010). Beyond managerialism? *International Journal of Human Resource Management*, 21(6), 799-817.
- Delcourt, J. (1982). Social policy: crisis or mutation? *Labor and Society*, 7(1), 61-89.
- Demir, T., & Nyhan, R. (2008). The Politics-Administration dichotomy: an empirical search for correspondence between theory and practice. *Public Administration Review*, 68(1), 81-96.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2011). *The new public service: serving, not steering. (3rd Edition)*. Nova York: M.E. Sharpe.
- Department of Health (2013). *The NHS Constitution, the NHS belongs to us all*. Londres: Department of Health.
- Dewey, J. (1963). *Liberalism and social action*. Nova York: Capricorn books.
- Dewey, J. (2012). *The public and its problems: an essay in political inquiry*. Pensilvânia: State University Press.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press.
- Denhardt, R., & Catlaw, T. (2015). *Theories of Public Organization (7th Edition)*. United States: Gengage Learning.
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25, 173-197.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2001). *Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- DGS - Direção Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus (Norma n.º 2/2011, de 14 de Janeiro)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2013a). *Portugal: doenças cérebro-cardiovasculares em números*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Informação e Análise.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2013b). *Portugal: doenças oncológicas em números*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Informação e Análise.
- DGS (2013c). *Plano Nacional de Saúde - versão resumo*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2015). *A saúde dos Portugueses: perspetiva 2015*. Lisboa: DGS: Direcção de Serviços de Informação e Análise.
- Dinis, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *IP Espaços, edifícios e empresas*, 14-22.
- Dolenc, P., Torras, M., & Uchitelle-Pierce, J. (2014). *Macroeconomics in context (2nd Edition)*. Massachusetts: Tufts University Press.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dorgan, E. (1972). *Luther Halsey Gulick, 1865-1918*. Pensilvânia: AMS Press.
- Draibe, S., & Henrique, W. (1988). Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 3 (6), 53-78.
- Duarte, J. (2013). *Metodologias de investigação: questionários, entrevistas e estudo de caso*. Lisboa: Virgula Editora.
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From old public administration to new public management. *Public money & management*, 14(3), 9-16.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New public management is dead-long live digital-era governance. *Journal of public administration research and theory*, 16(3), 467-494.
- Dwivedi, D. (2010). *Macroeconomics: theory and policy*. Nova Deli: Tata McGraw-Hill Education.
- Dye, T. (2002). *Understanding public policy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Eckersley, R. (2004). *The green state: Rethinking democracy and sovereignty*. Cambridge: MIT Press.
- Edwards, N. (2011). *England*. In Saltman, R., Durán, A., & Dubois, H. (Eds.). *Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement to institutional autonomy* (pp. 113-140). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/ WHO Regional Office for Europe.
- Enthoven, A., & Tollen, A. (2005). Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs*, 5, 420-433.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2006). *Avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Avaliação de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos sistemas e seguros de saúde*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.

- Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização - factores críticos do contexto português*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE.
- Escoval, A., & Matos, T. (2009). A Contratualização e regulação nos hospitais. In Campos, L., Borges, M., & Portugal, R. (Eds.). *Governança dos Hospitais* (pp. 149-186). Alfragide: Casa das Letras.
- Escoval, A., Ribeiro, R., & Matos, T. (2010). A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 41-57.
- Esping-Andersen, G. (1991). As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (24), 85-116.
- Esping-Andersen, G. (Ed.). (1996). *Welfare states in transition: national adaptations in global economies*. Londres: Sage Publications.
- Eurostat (2008). *Description of target variables: cross sectional and longitudinal - EU/SILC operation*. Luxembourg: Eurostat.
- Eurostat (2014). *Causes of death statistics*. Disponível em http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics, consultado a 14 de dezembro de 2015.
- Eurostat (2015). *Government deficit/surplus, debt and associated data*. Disponível em <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, consultado a 18 de junho de 2015.
- Farah, M. (2011). Administração pública e políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 45 (3), 813-836.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *New public management in action*. Oxford: University Press.
- Cashin, C., Chi, L., Smith, P., Borowitz, M., & Thomson, S. (2014). *Paying for performance in healthcare: implications for health system performance and accountability*. Buckingham: McGraw-Hill University Press
- Fernandes, A. (2011a). Mudar o presente para garantir o futuro. In Fernandes, J., Barros, P., & Fernandes, A. (Eds.). *Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal* (pp. 83-98). Cascais: Príncipe Editora.
- Fernandes, A. (2011b). *Liberdade de escolha em saúde: Utopia ou realidade?* Loures: Diário de Bordo.
- Fernandes, A. (2012). Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar. *Revista XXI, Ter Opinião*, 80-85.
- Fernandes, A. (2014). A combinação público-privada. In Campos, A. & Simões, J. (Eds.). *40 anos de abril na saúde* (pp. 211-231). Coimbra: Almedina.
- Ferreira, C. (1986). Administração da saúde em Portugal: apontamentos para análise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4 (1/2), 135-158.

- Ferreira, F. (1989). *Sistemas de Saúde e seu funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, N. (2008). O corporativismo e as instituições do salazarismo: a Câmara Corporativa (1935-1945). In Martinho, F., & Pinto, A. (Eds.) *O Corporativismo em Português. Estado, Política e Sociedade no Salazarismo e no Varguismo* (pp. 169-205). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Ferreira, A., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2010). A Contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J. (Ed.). *30 Anos do SNS, um percurso comentado* (pp. 425-460). Coimbra: Almedina.
- Ferrera, M., Hemerijck, A., & Rhodes, M. (2000). *O futuro da Europa social: repensar o trabalho e a proteção social na nova economia*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferrer, R. (2007). De Pursing equity, contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance and health - equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social science and Medicine*, 52, 1149-1163.
- Ferrier, G., & Valdmanis, V. (2004). Do mergers improve hospital productivity? *Journal of the Operational Research Society*, 55, 1071-1080.
- Ferrinho, P., Alves, I., Dias, S., Fronteira, I., Garcia, A., & Martins, M. (2014). O percurso dos fatores determinantes da saúde. In Campos, A., & Simões, J. (Eds.). *40 anos de abril na saúde* (pp. 93-128). Coimbra: Almedina.
- Ferrinho, P., Conceição, C., Biscaia, A., Fonteira, I., & Antunes, A. (2006). Soixante années de réformes du système de santé portugais: La décentralisation dans le domaine de la santé, *Point de vue: Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 313-329.
- Fialho, A. (2008). *Family health units vs. primary health care centers: development of discrete event simulation models to compare the performance of the two organizational models*. Lisboa: Instituto Superior Técnico.
- Fialho, A., Oliveira, M., & Sá, A. (2011). Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal. *BMC Health Services Research*, 11, 1-11.
- Figueras, J., & Grosse-Tebbe, S. (2005). *Snapshots of health systems*. Dinamarca: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fitoussi, J. P. (2004). *La democracia y el mercado*. Barcelona: Paidós.
- Foddy, W. (2002). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta editora.
- Folland, S., Goodman A., Stano M. (2006). *The economics of health and health care* (5th Edition). New Jersey: Prentice Hall

- Fonseca, C., Dedeu, T., Pisco, L., & Gouveia, A. (2015). Portugal. In Kringos, S., Boerma, W., Hutchinson, A., & Saltman, R. (Eds.). *Building primary care in a changing Europe* (pp. 211-221). OCDE.
- Fragata, J. (2011). Inovação e sustentabilidade em saúde. In Fernandes, A. (Ed.). *Inovação e sustentabilidade em saúde: uma equação impossível?* (pp. 67-75). Loures: Diário de Bordo.
- Frederic, A. (1940). Frank Johnson Goodnow. *The American Political Science*, 34, 114-117.
- Frederickson, G., Smith, K., Larimer, C., & Licari, M. (2012). *The Public Administration Theory Primer* (2nd Edition). Boulder: Westview Press.
- Frieden, J. A. (2006). *Global capitalism: Its fall and rise in the twentieth century*. Nova York: WW Norton & Company.
- Friedman, M., & Schwartz, A. J. (1965). *The Great Contraction, 1929-33*. Princeton: University Press.
- Friedmann, J. (1996). Rethinking poverty: empowerment and citizen rights. *International Social Science Journal*, 48(148), 161-172.
- Gannon, B. (2004). Technical efficiency of hospitals in Ireland. In Gannon, B. (Ed.). *Research programme on health services, health inequalities and health and social gain* (pp.1-31). Ireland: University College Dublin.
- García, P., & López, A. (2007). Public and private health insurance and the utilization of health care in Spain. *Research on Economic Inequality*, 15, 169–195.
- Gaus, J. (1958). Leonard Dupee White. *Public Administration Review*, 18(3), 231-236.
- Gawthrop, L. (1998). *Public Service and Democracy*. Nova York: Chandler.
- Gaynor, M., & Town, R. (2011). Provider competition. In Barros, P., McGuire, T., & Pauly, M. (Eds.). *Handbook of Health Economics* (pp. 426-627). Amsterdão: Elsevier.
- Ghobadian, A., Gallear, D., O'Regan, N., & Howard, V. (2004). *Public-private partnership: policy and experience*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Giambiagi, F., & Além, A. (2011). *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil*. São Paulo: Elsevier.
- Gibson, C. (2006). *Citizens at the center: a new approach to citizen engagement*. Washington: The Case Foundation.
- Gomes, D., & Dias, J. (1987). *O SNS: descrição sumária do seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Gonçalves, P. (2005). *Entidades privadas com poderes públicos*. Coimbra: Almedina.
- Gonçalves, S. (2010). Cuidados continuados integrados. In Simões, J. (2010). *30 Anos do SNS, um percurso comentado* (pp. 561-600). Coimbra: Almedina.
- Goodnow, F. (2003). *Politics and administration: A study in government*. United States: Transaction Publishers.
- Gore, A. (1996). *Reinventar a administração pública*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Gough, I. (1975). State expenditure in advanced capitalism. *New Left Review*, 1, 53-92.

- Goulard, I. (2006). *Temas de psicologia e administração*. São Paulo: Casa da Psicólogo Editora.
- Gouveia, M. (1997). Política de saúde. In Gouveia, M., & Pereira, A. *Estratégias de reforma do estado providência* (pp. 21-156). Lisboa: Fórum de Administradores de Empresas.
- Gouveia, M., Silva, S., Oliveira, P., & Miguel, L. (2007). *Análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Graça, L. (2000). *História da saúde no trabalho. A reforma da saúde pública no virar do século XIX*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Graça, L. (2005). *História da medicina e da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gray, A., & Jenkins, B. (1995). From public administration to public management: reassessing a revolution? *Public administration*, 73(1), 75-99.
- Gressner, V. (2013). Weberian versus pluralistic legal forces in the global political economy. *Oñati Socio-Legal Series*, 3(4), 702-718.
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2004). *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Cheltenham: Edward Elgar.
- GTROIH - Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Guichard, S. (2004). *The reform of the health care system in Portugal*. Economics Department (Working Papers, n. ° 405). OECD Published.
- Gulbenkian Foundation (2014). *The future for health: everyone has a role to play*. Lisboa: Calouste Gulbenkian Foundation.
- Gulliford, M. (2003). Equity and acces to health. In Gulliford, M., & Morgan, M. (Eds.). *Acces to health care* (pp. 36-57). Londres: Routledge.
- Gwartney, J., Stroup, R., Sobel, R., & Macpherson, S. (2013). *Macroeconomics: private and public choice*. United States: South-Westerns Cengage Learning.
- Hall, P. (1989). *The political power of economic ideas: Keynesianism across nations*. Princeton: University Press.
- Hall, S. (1996). The question of cultural identity. In Held, D., Hubert, D., & Thompson, K. (Eds.). *Modernity: An introduction to modern societies* (pp. 595-629). Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Ham, C. (1996). *Public, private or community: what next for the NHS?* London: Demos.
- Hamilton, G. (1990). Patriarchy, patrimonialism, and filial piety: a comparison of China and Western Europe. *British Journal of Sociology*, 41 (1), 77-104.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.

- Hart, O. (2003). Incomplete contracts and public ownership: remarks and an application to public-private partnerships. *Economic Journal*, 113, 69-76.
- Hatmaker, D. (2012). Toward further humanization of public administration theory. *Public Administration Review*, 72(1), 156-158.
- Healy, J., & McKee, M. (2002). The role and functions of hospitals. In McKee, M., Healy, J. (Eds.). *Hospitals in a changing Europe* (pp.59-80). Buckingham: Open University Press.
- Held, D., Hubert, D., & Thompson, K. (Eds.). (1996). *Modernity: An introduction to modern societies* (p. 607). Oxford: Blackwell.
- Hill, M. (2005). *The public policy process* (4th Edition). Essex: Pearson Longman.
- Hindle, A., Hindle, G., Worthington, D. (1993). *The health systems of European Community member states*. Luxemburgo: European Parliament.
- Hirschman, A. O. (1980). The welfare state in trouble: Systemic crisis or growing pains? *The American Economic Review*, 113-116.
- Hoffmann, E. (2009). *Health-related quality of life*. Nova York: Nova Biomedical Books.
- Hoggett, P. (1991). A new management in the public setor. *Policy and Politics*, 19, 243-256.
- Holzer, M., & Charbonneau, E. (2008). *Public management & administration illustrated: a volume in a multi-lingual collection of diagrams*. Newark: National Center for Public Performance, Rutgers University.
- Holzer, M., & Gabrielian, V. (1997). Five great ideas in public administration. In Rabin, J., Hildreth, B., & Miller, G. (Eds.). *Handbook of public administration* (2^a Edição) (pp. 49-101). Nova York: CRC Press - Taylor & Francis Group.
- Hood, C (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, 69, 4-18.
- Hood, C. (1995a). Contemporary public management: a new global paradigm? *Public policy and administration*, 10(2), 104-117.
- Hood, C. (1995b). The New Public Management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2), 93-109.
- Hood, C. (2000). Paradoxes of public-setor managerialism, old public management and public service bargains. *International Public Management Journal*, 3(1), 1-22.
- Hood, C., & Peters, G. (2004). The middle aging of new public management: into the age of paradox? *Journal of public administration research and theory*, 14(3), 267-282.
- Hsiao, W., & Heller, P. (2007). *What should macroeconomists know about health care policy*. Working paper n° 07.13. International Monetary Fund publishing.
- Hughes, O. (2003). *Public management and administration: an introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hyman, D. (2011). *Public Finance: A contemporary application of theory to policy* (10th Edition). United States: South-Westerns Cengage Learning.

INE - Instituto Nacional de Estatística (1986). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1987). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1988). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1989). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1990). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1991). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1992). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1993). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1994). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1995). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1996). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1997). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1998). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (1999). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (2000). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (2001). *Inquérito aos hospitais*. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística (2003). *Conceitos estatísticos em saúde*. Lisboa: INE - Serviço de Sistemas e Metainformação.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2006). *Documento metodológico, operação estatística: indicadores demográficos*. Lisboa: INE - Departamento de estatísticas sociais.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2009). *Conceitos estatísticos em saúde*. Lisboa: INE - Serviço de Sistemas e Metainformação.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014a). *Conta Satélite da Saúde 2000-2012*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014b). *Estatísticas da saúde – Inquérito aos Hospitais (2002-2012)*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014c). *Estimativas anuais da população residente*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014d). *Indicadores Demográficos*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014e). *Estatística dos movimentos migratórios*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2015a). *Conta Satélite da Saúde 2000-2013*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2015b). *Estatísticas da saúde – Inquérito aos Hospitais (2002-2013)*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2015c). *Estatísticas da população residente*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2015d). *INE, Indicadores Demográficos*. Lisboa: INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2015e). *INE, Estimativas Anuais da População Residente*. Lisboa: INE.

- ISP - Instituto de Seguros de Portugal (2004). *Relatório de atividades - Estatística de Seguros*. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP - Instituto de Seguros de Portugal (2007). *Relatório de atividades - Estatística de Seguros*. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP - Instituto de Seguros de Portugal (2012). *Relatório de atividades - Estatística de Seguros*. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.
- ISP - Instituto de Seguros de Portugal (2013). *Guia de seguros e Fundos de pensões*. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.
- Jannuzzi, P. (2004). *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação e avaliação de políticas públicas, elaboração de estudos socioeconômicos*. (3ª Edição). Campinas: Alínea.
- Janowitz, M. (1976). *Social control of the welfare state*. Nova York: Elsevier.
- Jordan, G. (1994). Reinventing government: but will it work? *Public Administration*, 72, 271-279.
- Jorge, R. (1923). *A propósito de Pasteur*. Lisboa: Portvgalia.
- Kennedy, M. (2011). *Macroeconomic theory*. Nova Deli: PHI Learning.
- Kettl, D. (2005). *The global public management revolution* (2nd Edition). Washington: Brookings.
- Keynes, J. (1926). *The end of laissez-faire*. London: Hogarth Press.
- Keynes, J. (2006). *General theory of employment, interest and money*. Nova Deli: Atlantic Publishers & Distributors.
- Kickert, W. (1997). *Public management and administrative reform in western Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Kickert, W. (1997a). Anglo-saxon public management and european governance: The case of dutch administrative reforms. In Lane, J. (Ed.). *Public setor reform: rationale, trends and problems* (pp. 168-187). London: Sage Publications.
- Kickert, W., Klijn, E., & Koppenjan, J. (Eds.). *Managing complex networks: strategies for the public setor* (2nd Edition) (pp. 35-61). London: Sage Publications.
- Kickert, W., & Koppenjan, J. (1999). *Public management and network management: an overview*.
- Klein, R. (2006). *The new politics of the NHS, from creation to reinvention* (pp.35-59). Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Klein, R. (2010). *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. (6th Edition). Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Krugman, P., & Wells, R. (2012). *Macroeconomics* (3rd Edition). Nova York: Macmillan education.
- Kulesza, M., & Waever, P. (2011). Frederick W. Taylor's presence in 21st century management. *Journal of Bussiness and management*, 17(1), 105-119.

- Kurunmäki, L. (2009). Management accounting, economic reasoning and the new public management reforms. In Chapman, C., Hopwood, A., & Shields, M. (Eds.). *Handbook of management accounting research* (pp. 1371-1383). Oxford: Elsevier.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11-16.
- Laing & Buisson (2009). *Laing's healthcare market review 2009 – 2010*. Londres: Laing & Buisson.
- Lapsley, I. (2008). The NPM agenda: back to the future. *Financial accountability & Management*, 24(1), 77-96.
- Land, K. (1971). On the definition of social indicators. *The American Sociologist*, 6 (4), 322-325.
- Land, M., Michalos, A., & Sirgy, M. (2011). Prologue: The development and evaluation of research on social indicators and quality of life. In Land, M., Michalos, A., & Sirgy, M (Eds). *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 1-22). Londres: Springer Science and Business.
- Levitt, S., & List, J. (2011). Was there really a Hawthorn effect at the Hawthorne plant? An analysis of the original illumination experiments. *American Economic Journal: Applied Economics* 3(1), 224–238.
- Locke, J. (1998). *Dois tratados sobre o governo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lodge, M., & Gil, D. (2011). Toward a new era of administrative reform? The myth of post-NPM in New Zealand. *Governance*, 24(1), 141-166.
- Lopes, J., Coppola, N., & Riste, L. (2010). In Johson, J., & Stoskopf, C. (Eds.). *Comparative health systems: global perspectives* (pp. 83-110). Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Luke, B., Kearins, K., & Verreynne, M.L. (2011). The risks and returns of new public management: Political business. *The International Journal of Public Setor Management*, 24(4), 325-355.
- Lynk, W. (1995). The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics*, 14, 507-530.
- Lynn, L., Heinrich, C., & Hill, C. (2001). *Improving governance: A new logic for empirical research*. Washington: Georgetown University Press.
- Lynn, L., & Laurence, E. (2003). Public management. In Peters, B., & Pierre, J. (Eds.). *Handbook of public administration* (pp. 95-116). California: Sage Publications.
- Looper, M., & Lafortune, G. (2009). *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries* (Health Working Papers n°. 43). OECD Pub.
- Lucena, M. (1976). *A Evolução do sistema corporativo português: o salazarismo*. Lisboa: Perspetivas e Realidades.
- Maarse, H., & Lodewick, L. (2011). Hospital governance in the Netherlands. In Saltman, R., Durán, A., & Dubois, H. (Eds.). *Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement to institutional autonomy* (pp. 179-200). Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies/ WHO Regional Office for Europe.

- Maarse, H., & Meulen, R. (2006). Consumer choice in dutch health insurance after reform. *Health Care Analysis*, 14, 37-49.
- Machado, V., Teixeira, C., Rodrigues, N., & Felício, M. (2011). *Mortalidade Evitável: uma análise evolutiva na região Norte de Portugal*. Porto: ARS Norte.
- Macinko, J., & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 1(1), 1-20.
- Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Successes and failures of health policy in Europe: Four decades of divergent trends and converging challenges (introduction). Reino Unido: McGraw-Hill.
- Maher, N. (2008). *Nature's new deal: the civilian conservation corps and the roots of american environmental movement*. Oxford: University Press.
- Mahon, A., Walshe, K., & Chambers, N. (2009). *A reader in health policy and management*. Nova York: McGraw-Hill Education.
- Maisonneuve, C., & Martins, J. (2013). *A projection method for public health and long-term care expenditures* (working paper 1048). OECD Economics Department Publishing.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: causes and consequences of change in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, 17, 139-167.
- Mankiw, G. (2013). *Principals of economics* (6th Edition). Kentucky: Cengage Learning.
- Mankiw, G., & Taylor, M. (2006). *Economics*. Reino Unido: Thomson Learning.
- Mankiw, N. (2015). *Brief Principles of macroeconomics* (7th Edition). Stanford: Cengage Learning.
- Marques, M., & Moreira, V. (1999). Desintervenção do Estado, privatização e regulação dos serviços públicos. *Economia & Perspectiva*, 3, 133-158.
- Martins, J. (2011). Inovação e sustentabilidade em saúde: conceito e reflexão. In Fernandes, A. (Ed.). *Inovação e sustentabilidade em saúde: uma equação impossível?* (pp. 39-46). Loures: Diário de Bordo.
- Martinussen, J. (1997). *Society, state and market: A guide to competing theories of development*. Londres: Zed Books.
- Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., & Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe*. European Commission: Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Social and Demographic Analysis.
- Mayo, E. (1949). *Hawthorne and the western electric company*. Boston: Harvard Business School.
- McCarthy, F. (2001). *Social policy and macroeconomic: the irish experience*. Research working n°2736. World Bank edition.
- Mello, S. (2011). Inovação e sustentabilidade em saúde. In Fernandes, A. (Ed.). *Inovação e sustentabilidade em saúde: uma equação impossível?* (pp. 115-119). Loures: Diário de Bordo.
- Mill, J. S. (1999). *On liberty*. Londres: Broadview Press.

- Ministério da Saúde (1999). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do SNS. Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). *SNS 30 anos: garantir o futuro*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *National Health System: Spain*. Madrid: Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2005). *Constituição Portuguesa anotada*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Monteiro, H. (2010). *A adopção da ehealth nos hospitais públicos em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Administração Pública. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Mooney, G., & McIntyre, D. (2007). *The economics of health equity*. Cambridge: University Press.
- Moreira, J. (2009). *Questionários: teoria e prática* (reimpressão). Coimbra: Almedina.
- Moreira, M., & Azevedo, A. (2009). Gestão Pública: entre a visão clássica da administração pública e o novo paradigma da governação pública. *Revista Enfoques*, 6, 11-36.
- Morales, F., Wittek, R., & Heyse, L. (2012). After the reform: change in Dutch public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23, 735-754.
- Moreno, C. (2010). *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*. Alfragide: Editora Caderno.
- Mossialos, E., & Le Grand, J. (1999). Cost Containment in the EU: an overview. In Mossialos, E & Le Grand, J. (Eds.). *Health Care and Cost Containment in the European Union* (1-154). Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.
- Mossialos, E., & Thomson, S. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Bruxelas: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mozzicafreddo, J. (2000). *Estado-Providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Mozzicafreddo, J. (2001). Modernização da administração pública e poder político. In Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (Eds.). *Administração e política: perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp.1-33). Oeiras: Celta Editora.
- Mozzicafreddo, J. (2002). Responsabilidade e cidadania na administração pública. *Sociologia Problemas e Práticas*, 40, 1-24.
- Mozzicafreddo, J. (2008). Interesse público, Estado e reorganização das funções da administração. In Pinto, J., & Pereira, V. (Eds.). *Desigualdades, desregulação e riscos nas sociedades contemporâneas* (pp. 51-68). Porto: Edições Afrontamento.
- Naylor, C., Alderwick, H., & Honeyman, M. (2015). *Acute hospitals and integrated care: from hospital to health systems*. The King's Fund Pub.

- Neild (2002). *Public corruption: the dark side of social evolution*. London: Anthem Press.
- Nikolic, I., & Maikisch, H. (2006). *Public-private partnerships and collaboration in the health sector: An overview with case studies from recent european experience*. Edition: World Bank.
- Niskanen, W. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Londres: Transaction Books.
- Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Holanda: Kluwer Academic Publishers.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde (2ª Edição)*. Porto: Vida Económica.
- Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues.
- O' Flynn, J. (2007). From new public management to public value: paradigmatic change and managerial implications. *Australian Journal of Public Administration*, 66(3), 353-366.
- O' Leary, R., Van Slyke, D., & Kim, S. (2010). *The future of public administration around the world: The Minnowbrook perspective*. Georgetown: University Press.
- Observatório Nacional da Diabetes (2009). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2008*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Observatório Nacional da Diabetes (2010). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2009*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Observatório Nacional da Diabetes (2011). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2010*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Observatório Nacional da Diabetes (2012). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2011*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Observatório Nacional da Diabetes (2013). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2012*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos e Números - Relatório anual de 2013*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- OCDE (1998). *OECD economic surveys: Portugal*. OECD Publishing.
- OCDE (2002). *Glossary of statistical terms*. Disponível em <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1163>, consultado a 12 de novembro de 2014.
- OCDE (2003). *Glossary of statistical terms*. Disponível em <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2791>, consultado a 12 de novembro de 2014.
- OCDE (2007). *Health Data: statistics and indicators for 30 countries*. Paris: OECD - Data sources, definitions and methods. OECD Publishing.
- OCDE (2014a). *Health at a glance: Europe 2014*. OECD Publishing.
- OCDE (2014b). *OECD Health Statistics: definitions, sources and methods*. OECD Publishing.
- OCDE (2014c). *Health Statistics 2014: Definitions, Sources and Methods for hospitals*. OECD Publishing.

- OCDE (2015a). *OECD reviews of health care quality: Portugal 2015 - raising standards*. OECD Publishing.
- OCDE (2015b). *OECD Health Data: Health care resources*. OECD Health Statistics (database), disponível em http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, acessado a 17 de julho de 2015.
- OCDE (2015c). *OECD Health Data: Health care utilization*. OECD Health Statistics (database), disponível em http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC, acessado a 17 de julho de 2015.
- OCDE (2015d). *OECD Health Data: Health expenditure and financing*. *OECD Health Statistics* (database), disponível em <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, acessado a 17 de julho de 2015.
- OCDE (2015e). *OECD Health Data: Health status*. *OECD Health Statistics* (database) disponível em http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, acessado a 17 de julho de 2015.
- Oderkirk, J., Ronchi, E., & Klazinga, N. (2013). International comparisons of health system performance among OECD countries: opportunities and data privacy protection challenges. *Health Policy*, 112(1), 9-18.
- Offe, C. (1987). Democracy against the welfare state? Structural foundations of neoconservative political opportunities. *Political Theory*, 501-537.
- Oliver, A. (2003). *Equity in health and healthcare: views from ethics, economics and political science: proceedings from a meeting of the health equity network*. Londres: Nuffield Trust.
- Oliveira, M., & Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, 203-220.
- Oliveira, A., & Helleno, A. (2012). Support system production management: performance production indicators – case application. *Revista de Ciência & Tecnologia*, 17, 39-52.
- Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In Simões, J. (2010). *30 Anos do SNS, um percurso comentado* (pp. 271-296). Coimbra: Almedina.
- Olsen, J. (2006). Maybe it is time to rediscover bureaucracy. *Journal of public administration research and theory*, 16(1), 1-24.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2000). *World health report*. Geneva: World Health Organization.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2008). *Health systems financing*. WHO Publishing.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2010). *Portugal health system performance assessment*. Copenhaga: World Health Organization.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2015). *Definição de política de saúde*, disponível em http://www.who.int/topics/health_policy/en/, consultado a 5 de janeiro de 2015.
- Oppenheimer, M. (2000). *The state in modern society*. Nova York: Humanity Books.

- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da saúde*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *O estado da saúde e a saúde do Estado*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde que ruturas*. Relatório Primavera
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004). *Incertezas: gestão da mudança na saúde*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). *Novo serviço público de saúde. Novos Desafios*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Sistema de saúde português: riscos e incertezas*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10 anos de OPSS, 30 anos de SNS: razões para continuar*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014). *Saúde: síndrome de negação*. Relatório Primavera.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco*. Relatório da Primavera.
- Osborne, S. (2010). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Nova Iorque: Addison-Wesley.
- Osborne, S., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.
- Patrick, D., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*. Oxford: University Press.
- Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd Edition). London: Sage Publications.
- Paulo, A. (2010). *SNS: caracterização e desafios*. Lisboa: Ministério das Finanças e da Administração Pública - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais.
- Pawlas, A. (2015). Did Calvin have a better understanding of modern economics as Luther? Max Weber's ideas to the test. *Research in World Economy*, 6(1), 36-57.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: glossário de termos e conceitos* (4^a Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pereirinha, J. (2008). *Política social: fundamentos da actuação das políticas públicas*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Peters, B. (1987). Politicians and bureaucrats in the politics of policy making. *Public Management: Critical Perspectives*, 156-182.
- Peters, B. (2001). *The future of governing* (2ª Edição). Kansas: University Press of Kansas.
- Peters, B. (2010). Meta-governance and public management. In Osborne, S. (Ed.). *The New Public Governance?* (pp. 36-51). London: Routledge.
- Perrin, R. (1981). The dynamics and dialectics of capitalism. *Journal of Libertarian Studies*, 5, 211-236.
- Pierce, R., & Davis, K. (2002). *Administrative law treatise* (vol. 1). Nova York: Aspen Law & Business.
- Pierre, J. (2000). *Debating governance: authority, steering, and democracy*. Oxford: University Press.
- Pinto, A. (1999). *Política económica, em Portugal e na Zona Euro*. Cascais: Principia.
- Pinto, R. (2012). *Introdução à Análise de Dados: com recurso ao SPSS* (2ª Edição). Lisboa: Edição Sílabo.
- Pinto, G., & Aragão, F. (2003). *Health care rationing in Portugal, a retrospective analysis*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia de Saúde.
- Pisco, L. (2008). Integrated care in Portugal. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(1), 1-4.
- Pisco, L. (2011). Primary healthcare reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of health centres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852.
- Pitschas, R. (2001). As administrações públicas europeias e americana na atualidade e o modelo alemão. In Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (Eds.). *Administração e política – perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp. 77-102). Oeiras: Celta Editora.
- Pitschas, R. (2006). *Trusted governance due to public value management*. Frankfurt: Peter Lang.
- Plowden, W. (1984). *Ministers and Mandarins*. Londres: Royal Institute of Public Administration.
- Pollitt, C. (1998). Managerialism revisited. In Peters, B., & Savoie, D. (Eds.). *Taking stock: assessing public sector reforms* (pp. 45-77). Canada: McGill Queens's University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2003). Evaluating public management reforms: an international perspective. In Wollmann, H. (Ed.). *Evaluation in public sector reform. Concepts and practice in international perspective* (pp. 12-35). Cheltenham: Edwards Elgar Publishing Limited.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis* (2nd Edition). Oxford: University Press.
- Pollitt, C., Talbot, C., Caulfield, J., & Smullen, A. (2004). *Agencies: how governments do things through semi-autonomous organizations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pombeiro, A. (2003). *As PPP/PFI: parcerias público-privadas e a sua auditoria*. Lisboa: Áreas.

PORDATA (2015a). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em <http://qa02.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas++e+d%C3%A9fice+excedente+em+percentagem+do+PIB-2788>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015b). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em <http://qa02.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015c). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Consumo+P%C3%BAblico+em+percentagem+do+PIB-815>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015d). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015e). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015f). *INE | BP - Contas nacionais anuais (Base 2011)*. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+Infla%C3%A7%C3%A3o+\(Taxa+de+Varia%C3%A7%C3%A3o+++%C3%8Dndice+de+Pre%C3%A7os+no+Consumidor\)-138](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+Infla%C3%A7%C3%A3o+(Taxa+de+Varia%C3%A7%C3%A3o+++%C3%8Dndice+de+Pre%C3%A7os+no+Consumidor)-138), consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015g). *INE | Estimativas anuais da população residente*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-6>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015h). *INE | Estimativas anuais da população residente*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015i). *INE - Inquérito aos movimentos migratórios de saída (1992 a 2007) | Estimativas Anuais de Emigração (a partir de 2008)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Emigrantes+por+mil+habitantes-832>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015j). *INE - Inquérito aos movimentos migratórios de saída (1992 a 2007) | Estimativas Anuais de Emigração (a partir de 2008)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Emigrantes+total+e+por+tipo-21>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015k). *I.U.S. Census Bureau, Population Division (EUA) | Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (Japão) - Estimativas da População e Recenseamento da População*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+bruta+de+crescimento+migrat%C3%B3rio-1955>, consultado a 20 de julho de 2015.

PORDATA (2015l). *INE - Inquérito ao emprego*. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550), consultado a 22 de julho de 2015.

PORDATA (2015m). *INE, ICOR - Inquérito às condições de vida e rendimento*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+risco+de+pobreza+antes+e+ap%3%b3s+transfer%3%ancias+sociais-2399>

PORDATA (2015n). *INE, ICOR - Inquérito às condições de vida e rendimento*. Disponível em [http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380), consultado a 30 de junho de 2015.

PORDATA (2015o). *INE - Conta satélite da saúde*. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+total+e+por+tip+o+de+agente+financiador+\(R\)-601](http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+total+e+por+tip+o+de+agente+financiador+(R)-601). Consultado a 30 de junho de 2015.

PORDATA (2015p). *INE - Estatísticas do pessoal de saúde*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%bade+m%C3%a9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmac%C3%aauticos-144>. Consultado a 30 de junho de 2015.

PORDATA (2015q). *INE | INSA/MS - morbidade por HIV / SIDA (casos notificados / diagnosticados)*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/SIDA+casos+diagnosticados-325>. Consultado a 30 de junho.

PORDATA (2015r). *INE | DGS/MS - Inquérito aos Centros de Saúde*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Centros+de+sa%C3%BAde+n%C3%BAmero++extens%C3%B5es+e+camas+%28R%29-584>. Consultado a 30 de junho.

PORDATA (2015s). *INE - Estatísticas das Farmácias*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Farm%C3%A1cias+n%C3%BAmero-153>. Consultado a 30 de junho.

PORDATA (2015t). *INE | BP - Contas Nacionais*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+e+poupan%C3%A7a+dos+particulares+em+percentagem+do+PIB-1153>. Consultado a 5 de julho de 2015.

PORDATA (2015u). *INE | DGS/MS - Óbitos por Causas de Morte |*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619>. Consultado a 30 de junho de 2015.

Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard: Business School Press.

Raadschelders, J. (2015). *Government: a public administration perspective*. Nova York: Routledge.

Rawls, J. (1993). *Political liberalism*. Columbia: University Press.

Ramos, V. (1995). *O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar*. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.

Ramos, V. (2009). Cuidados de saúde primários em Portugal. In Cabral, N., Amador, O., Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* (pp. 257-288). Coimbra: Almedina.

Raposo, V. (2007). *Governança hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Coimbra: Faculdade de Economia.

- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporisation: the experience of portuguese public hospitals. *European Journal of Health Economics*, *11*, 367-381.
- Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao setor da saúde*. Porto: Vida Económica.
- Reid, D. (1986). Genèse du fayolisme. *Sociologie du Travail* *1*, 75-93.
- Renda, A., & Schrefler, L. (2006). *Public-private partnerships: National experiences in the European Union*. Briefing note n.ºIP/A/IMCO/SC/2005-160. Bruxelas: Centre for European Policy Studies.
- Ribeiro, J. (2009). *Saúde, a liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva.
- Ring, P., & James L. (1985). Strategic management in public and private organizations: Implications of distinctive contexts and constraints. *Academy of Management Review*, *10* (2), 276-286.
- Rocha, J. (2001). *Gestão pública e modernização administrativa*. Oeiras: Instituto Nacional de Administração.
- Rocha, J. (2011). *Gestão pública: Teorias, modelos e prática*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rocha, J., & Araújo, J. (2006). *Administrative reform in Portugal: prospects and dilemmas*. Milão: Annual Conference of European Group of Public Administration (EGPA) “Public manager under pressure: between politics, professionalism and civil society”. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5753/1/Administrative%20Reform%20in%20Portugal_%20prospects%20and%20dilemmas.pdf. Consultado em novembro de 2014.
- Rockman, B. A. (1998). The changing role of the state. In Peters, B, & Savoie, D. (Eds.). *Taking Stock: Assessing Public Setor Reforms* (pp. 20-42). Canadá: McGill Queens’s University Press.
- Rodrik, D. (1999). Where did all the growth go? External shocks, social conflict, and growth collapses. *Journal of economic growth*, *4*(4), 385-412.
- Rodrik, D. (2011). *The globalization paradox: democracy and the future of the world economy*. Nova York: Norton & Company.
- Rohr, J. (1988). *Ethics for bureaucrats: An essay on law and values*. New York: Marcel Dekker, inc.
- Rosanvallon, P. (1995). *La crisis del estado providencia*. Madrid: Civitas.
- Rosanvallon, P. (1998). *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela.
- Rosas, F., & Brito, J. (1996). Corporativismo. In Rosas, F., & Brito, J. (1996) (Eds.). *Dicionário de história do Estado Novo* (pp. 216-224). Lisboa: Bertrand.
- Sakellarides, C. (1984). Centros de Saúde integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *1*, 12-15.
- Saltman, R. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, *4*(4), 287-293.
- Saltman, R. (1994). Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: A conceptual framework. *International Journal of Health Services*, *24*(2), 201-229.

- Saltman, R., & Dubois, H. (2004). The historical and social base of health insurance systems. In Saltman, R., Reinhard, B., & Figueras, J. (Eds.). *Social Health Insurance Systems in Western Europe* (pp. 21-32). Londres: Open University Press.
- Saltman, R., Durán, A., & Dubois, H. (2011). Introduction. In Saltman, R., Durán, A., & Dubois, H. (Eds.). *Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement to institutional autonomy* (pp. 1-9). Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies/ WHO Regional Office for Europe.
- Sampaio, A. (1953). A saúde é prosperidade. *O médico: semanário de assuntos médicos e paramédicos*, 104 (1), 715-718.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lúcio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.
- Samuelson, P., & Lordhaus, W. (2010). *Economics (19th Edition)*. New York: MCGraw-Hill.
- Santos, A., Gonçalves, M., & Marques, M. (2004). *Direito económico*. Coimbra: Almedina.
- Santos, B. (1993a). O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. In: Santos, B. (Eds). *Portugal: um retrato singular* (pp.17-54). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. (2008). *O Estado e a Sociedade em Portugal* (reimpressão). Porto Edições Afrontamento.
- Santos, R. (2003). A Contratualização em saúde: modelos de financiamento. *Economia e Empresa*, 1, 175-203.
- Sarmento, M. (2013). *Parcerias público-privadas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Savoie, D. (1994). *Thatcher, Reagan, Mulroney: in search of a new bureaucracy*. Pittsburgh: University Press.
- Schafer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, G., & Ginneken, W. (2010). *Health care systems in transition: The Netherlands*. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schlesinger, A. (1986). *The coming of the new deal: the age of Roosevelt (1933-1935)*. Nova York: Houghton Mifflin.
- Schmidt, M. G. (1983). The Welfare State and the Economy in Periods of Economic Crisis: A Comparative Study of Twenty-three OECD Nations. *European Journal of Political Research*, 11(1), 1-26.
- SEC - *Sistema Europeu de Contas (2010)*. Metainformação Eurostat.
- Sexton, R. (2015). *Exploring macroeconomics (7th Edition)*. Kentucky: Cengage Learning.
- Shafritz, J. & Hyde, A. (1997). *Classics of public administration*. Texas: Harcourt Brace.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting time policies in the health setor: what works?* OECD Health Policy Studies.
- Silva, A., & Pinto, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Silva, J. (2011). *Macroeconomia*. Lisboa: Verlag-Dashofer.
- Silva, M. (2012). Políticas públicas de saúde. In Rodrigues, M., & Silva, P. (Eds.). *Políticas públicas em Portugal* (pp.281-292). Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda/ISCTE.
- Silva, P. (2009). *Fundamentos e modelos nas parcerias público-privadas na saúde. O estudo dos serviços clínicos*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. (2004a). A avaliação do desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 91-120.
- Simões, J. (2004b). As parcerias público-privadas no setor de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J., & Dias, A. (2009). Gestão da saúde e despesa pública. In Cabral, N., Amador, O., Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* (pp. 81-100). Coimbra: Almedina.
- Simon, H. (1991). *Models of my life*. Nova York: Basic Books.
- Simon, W. (1985). Rights and redistribution in the welfare system. *Stanford Law Review*, 38(1431), 1478-1484.
- Sinay, U. (1998). Pre-and post-merger investigation of hospitalmergers. *Eastern Economic Journal*, 24, 83-97.
- Smith, A. (2007). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (1st Edition in 1776). Edited by Soares, M. Rio de Janeiro: Metalibri.
- Smith, A. (2008). *Riqueza das nações (3^a Edição)*. São Paulo: Hemus.
- Snider, K. (2000). Expertise or experimenting? Pragmatism and American public administration, 1920-1950. *Administration & Society*, 32(3), 329-354.
- Snowdon, B., & Stiglitz, J. (2001). Redefining the Role of the State. *World Economics*, 2(3), 45-86.
- Soni, V. (2011). A general framework for understanding 21st century public sector organizations. *International Journal of Public Administration*, 34(1), 76 -83.
- Sorderlund, N., Arana, P., & Goudge, J. (2003). *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Genebra: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Spicer, M. (2004). Public administration, the history of ideas, and the reinventing government movement. *Public Administration Review*, 64 (3), 353-362.
- St.Aubyn, A., & Venes, N. (2011). *Análise de dados: aplicações às ciências económicas e empresariais*. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Stein, J. (2002). *The cult of efficiency*. Toronto: Ananasi Press.
- Stewart, J., & Walsh, K. (1992). Change in the management of public services. *Public administration*, 70(4), 499-518.
- Stiglitz, J. (1989). *The economic role of the state*. Oxford: Basil Blackwell.

- Stiglitz, J. (2002). Towards a new paradigm for development: strategies, policies and processes. *Applied Econometrics and International Development*, 2(1), 116-122.
- Stivers, C. (2008). The significance of the administrative state. *Public Administration Review*, 68(1), 53-56.
- Storey, J., Bullivant, J., & Corbett-Nolan, A. (2011). *Governing the new NHS: Issues and tensions in health service management*. Nova York: Routledge.
- Svara, J. (1999). Complementarity of politics and administration as a legitimate alternative to the dichotomy model. *Administration & society*, 30(6), 676-705.
- Tacke, T., & Waldmann, R. (2011). The relative efficiency of public and private health care. *CEIS Tor Vergata*, 9(202), 1-25.
- Tenn, S. (2011). The price effects of hospital mergers: a case study of the sutter–summit transaction. *International Journal of the Economics of Business*, 18(1), 65-82.
- Thompson, F., & Jones, L. (2008). Reaping the advantages of information and modern technology: moving from bureaucracy to hyperarchy and netcentricity. *International Public Management Review*, 9, 148-193.
- Tittenbrun, J. (2013). Economy and society in the theory of Max Weber. *Czech Journal of Social Sciences, Business and Economics*, 2(3), 80-97.
- Tucker, I. (2010). *Macroeconomics for today*. Mason: Cengage Learning.
- Van Riper, P. (1998). Luther Gulick, public administration and classical management. *International Journal of Public Administration*, 21(2), 187-233.
- Viegas, V., Fraga, J., & Miguel, J. (2006). *A Direção-Geral da Saúde: notas históricas*. Lisboa: DGS.
- Vigoda, E. (2002). From responsiveness to collaboration: governance, citizens, and the next generation of public administration. *Public Administration Review*, 62(5), 527-540.
- Vigoda, E. (2003). Rethinking the identity of public administration: interdisciplinary reflections and thoughts on managerial reconstruction. *Public Administration & Management: An Interactive Journal*, 8(1), 1-22.
- Waisman, C. H. (1992). Capitalism, the market, and democracy. *American Behavioral Scientist*, 35(4-5), 500-516.
- Walsh, K. (1995). *Public services and the market mechanisms: competition, contracting and the new public management*. Londres: MacMillan.
- Walzer, M. (1982). Politics in the Welfare State: concerning the role of American radicals. In: Howe, I. (Ed.). *Beyond the Welfare State* (pp.129-154). Nova York: Schocken Books.
- Wamsley, G. (2001). Reflections on the passing of Dwight Waldo. *Administration & Society*, 33(3), 247-250.
- Warren, R., Walker, B., & Nathan, V. (2002). Environmental factors influencing public health and medicine: policy implications. *Journal of the National Medical Association*, 94(4), 185-193.

- Waters, M. (1999). *Globalização*. Oeiras: Celta Editora.
- Weber, F. (2001). *Max Weber. Les textes essentiels*. Paris: Hachette
- Weber, M. (2005). *Três tipos de poder e outros escritos*. Lisboa: Tribuna da História.
- Weissert, W., & Weissert, C. (2012). *Governing: the politics of health policy* (4th Edition). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19 (5), 432-445.
- Wilson, C. (2014). *Interview techniques for Ux practitioners: a user-centered design method*. Waltham: Elsevier - Morgan Kaufmann Publishers.
- Wilson, W. (1887). The study of administration. *Political science quarterly*, 2(2), 197-222.
- Woods, N. (2015). Regulatory democracy reconsidered: the policy impact of public participation requirements. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 571-596.
- Wren, D., & Bedeian, A. (2009). *The history of management thought* (6th Edition). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wright, B. (2011). Public administration as an interdisciplinary field: assessing its relationship with the fields of law, management, and political science. *Public Administration Review*, 71(1), 96-101.
- Yackee, S. (2015). Participant voice in the bureaucratic policymaking process. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 427-449.
- Yamarone, R. (2012). *The Trader's Guide to Key Economic Indicators* (3rd Edition). Princetown: Bloomberg Press.
- Yescombe (2007). *Public private partnerships - principals of policy and finance*. London: Butterworth-Hienemann.
- Vaz, A. (2010). Hospitais públicos portugueses. In Simões, J. (Ed.). *30 Anos de SNS: um percurso comentado* (pp. 297-353). Coimbra: Almedina.

- Referências legais

- Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946. Diário do Governo n.º 70 - I Série, p.201. Presidência da República. Lisboa.
- Lei Constitucional n.º1/1976. Diário do Governo n.º 40 - I Série, p.327. Conselho da Revolução. Lisboa.
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Diário da República n.º 214/90 - I Série, p.2357. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Diário da República n.º 195/90 - I Série, p.3452. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 13/1993, de 22 de abril. Diário da República n.º 12/90 - I Série A, p. 135. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto. Diário da República n.º 191/2002 - I Série A, p.5852. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2006 (4º Suplemento) - I Série, p. 8626. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei n.º 22/2007, de 29 de junho. Diário da República n.º 127/2007 - I Série, p.4146. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto. Diário da República n.º 163/2007 - I Série, p.5664. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 12/2009, de 26 de março. Diário da República n.º 60/2012 - I Série, p.1876. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 6/2010, de 7 de maio. Diário da República n.º 89/2010 - I Série, p.1616. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 10/2011, de 21 de abril. Diário da República n.º 79/2011 - I Série, p.2376. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 25/2011, de 16 de junho. Diário da República n.º 115/2011 - I Série, p.3178. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 26/2011, de 16 de junho. Diário da República n.º 115/2011 - I Série, p.3179. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 15/2012, de 3 de abril. Diário da República n.º 67/2012 - I Série, p.1716. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República n.º 136/2012 - I Série, p.3728. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 37/2012, de 27 de agosto. Diário da República n.º 165/2012 - I Série, p.4701. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2012 - I Série, p.769. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 36/2013, de 12 de agosto. Diário da República n.º 154/2013 - I Série, p.4802. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945. Diário do Governo n.º 247/45 - I Série, p.899. Ministério do Interior. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 35311, de 25 de abril de 1946.

Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958. Diário da República n.º 177/58 - I Série, p.890. Presidência do Conselho. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. Diário da República n.º 228/71 - I Série, p.1406. Ministério da Saúde e da Assistência. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro. Diário da República n.º 195/90 - I Série, p.1434. Ministério da Saúde e da Assistência. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril. Diário da República n.º 78/77 - I Série, p.683. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de junho. Diário da República n.º 162/76 - I Série, p.1547. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. Diário da República n.º 147/82 - I Série, p.1897. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 118/83, 25 de fevereiro. Diário da República n.º 46/83 - I Série, p.631. Ministério das Finanças e do Plano; Ministério da Reforma Administrativa. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro. Diário da República n.º 17/88 (3º Suplemento) - I Série, p.248. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril. Diário da República n.º 86/92 - I Série A, p.1725. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de junho. Diário da República n.º 144/92 - I Série, p.3025. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 12/93 - I Série A, p.129. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 12/93 - I Série A, p.135. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril. Diário da República n.º 91/98 - I Série, p.1709. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio. Diário da República n.º 103/98 - I Série, p.1991. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Diário da República n.º 108/99 - I Série, p.2424. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho. Diário da República n.º 133/99 - I Série, p.3258. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 49/2001 - I Série A, p.1089. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República n.º 191/2002 - I Série A, p.5852. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro. Diário da República n.º 278/2002 - I Série, p.7520. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. Diário da República n.º 77/2003 - I Série, p.2118. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril. Diário da República n.º 97/2003 - I Série, p.2682. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto. Diário da República n.º 191/2003 - I Série, p.5219. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro. Diário da República n.º 259/2003 - I Série A, p.7492. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 234/2004 de 15 de dezembro. Diário da República n.º 292/2004 - I Série A, p.7112. Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho. Diário da República n.º 109/2005 - I Série, p.3636. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de agosto. Diário da República n.º 154/2005 - I Série, p.4631. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro. Diário da República n.º 178/2005 - I Série, p.5580. Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 184/2005, de 23 de setembro. Diário da República n.º 184/2005 - I Série A, p.5694. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2005 - I Série, p.7323. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro. Diário da República n.º 250/90 - I Série A, p.7400. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006 - I Série, p. 3856. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/2006, de 4 de julho. Diário da República n.º 127/2007 - I Série, p.4734. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167/2006 - I Série, p.6297. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de setembro. Diário da República n.º 176/2006 - I Série, p.6692. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 235/2006, de 6 de dezembro. Diário da República n.º 234/2006 - I Série, p.8274. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2007 (4º Suplemento) - I Série, p.8626. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro. Diário da República n.º 42/2007 - I Série, p.1414. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro. Diário da República n.º 42/2007 (2º Suplemento) - I Série, p.1414. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março. Diário da República n.º 48/2007 - I Série, p.1492. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março. Diário da República n.º 53/2007 - I Série, p.1613. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio. Diário da República n.º 195/90 - I Série, p.3509. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho. Diário da República n.º 141/2007 - I Série, p.4696. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Diário da República n.º 168/2007 - I Série, p.6083. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro. Diário da República n.º 188/2007 - I Série, p.6996. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro. Diário da República n.º 103/2007 - I Série, p.3509. Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 23/2008, de 28 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2008 - I Série, p.946. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008 - I Série, p.1182. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de maio. Diário da República n.º 89/2008 - I Série, p.2509. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto. Diário da República n.º 164/2008 - I Série, p.5999. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro. Diário da República n.º 171/2008 - I Série, p.6225. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro. Diário da República n.º 197/2008 - I Série, p.7255. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 12/2009, de 12 de janeiro. Diário da República n.º 7/2007 - I Série, p.231. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro. Diário da República n.º 18/2009 - I Série, p.565. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Diário da República n.º 102/2009 - I Série, p.3321. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de maio. Diário da República n.º 104/2009 - I Série, p.3389. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de julho. Diário da República n.º 133/2007 - I Série, p.4375. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 241/2009, de 16 de setembro. Diário da República n.º 180/2007 - I Série, p.6592. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro. Diário da República n.º 193/2009 - I Série, p.7291. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro. Diário da República n.º 193/2009 - I Série, p.7296. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de outubro. Diário da República n.º 205/2009 - I Série, p.7932. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro. Diário da República n.º 212/2009 - I Série, p.8310. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 6/2010, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 10/2007 - I Série, p.181. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 21/2010, de 24 de março. Diário da República n.º 58/2010 - I Série, p.925. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de maio. Diário da República n.º 93/2007 - I Série, p.1654. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho. Diário da República n.º 107/2007 - I Série, p.3032. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro. Diário da República n.º 192/2010 - I Série, p.4372. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro. Diário da República n.º 6/2007 - I Série, p.178. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março. Diário da República n.º 43/2011 - I Série, p.1274. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro. Diário da República n.º 229/2011 - I Série, p.5104. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro. Diário da República n.º 229/2011 - I Série, p.5108. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2011 - I Série, p.5491. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro. Diário da República n.º 33/2012 - I Série, p.760. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro. Diário da República n.º 39/2012 - I Série, p.877. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 111/2012, de 26 de abril. Diário da República n.º 100/2012 - I Série, p.2702. Ministério das Finanças. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho. Diário da República n.º 134/2012 - I Série, p.3649. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto. Diário da República n.º 148/2012 - I Série, p.4030. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto. Diário da República n.º 148/2012 - I Série, p.4045. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de dezembro. Diário da República n.º 211/2012 - I Série, p.6288. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 41/2013 - I Série, p.1141. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio. Diário da República n.º 95/2013 - I Série, p.2960. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 83/2013, de 24 de junho. Diário da República n.º 119/2007 - I Série, p.3461. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho. Diário da República n.º 143/2013 - I Série, p.4427. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto. Diário da República n.º 153/2013 - I Série, p.4798. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. Diário da República n.º 171/2007 - I Série, p.5524. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro. Diário da República n.º 195/2013 - I Série, p.6071. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro. Diário da República n.º 219/2013 - I Série, p.6431. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro. Diário da República n.º 25/2014 - I Série, p.968. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 109/2014, de 10 de julho. Diário da República n.º 131/2014 - I Série, p.3794. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto. Diário da República n.º 161/2007 - I Série, p.4416. Ministério da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro. Diário da República n.º 266/2001 - I Série, p.7338. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março. Diário da República n.º 20/2002 - I Série, p.753. Ministério da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de abril. Diário da República n.º 121/2002 - I Série B, p.121. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho. Diário da República n.º 147/2004 - I Série B, p.3846. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 21 de julho. Diário da República n.º 170/2004 - I Série B, p.4524. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Regulamentar n.º 30/77, de 20 de maio. Diário da República n.º 117/77 - I Série, p.1153. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de novembro. Diário da República n.º 253/94 - I Série B, p.6591. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de abril. Diário da República n.º 98/2003 - I Série B, p.2732. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de junho. Diário da República n.º 148/2003 - I Série, p.3743. Ministério da Saúde. Lisboa.

Declaração de retificação n.º 347/2012, de 7 de março. Diário da República n.º 48/2012 - I Série, p.8433. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 32/89, de 26 de outubro. Diário da República n.º 266/1989 - II Série, p.11520. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 3/91, de 8 de fevereiro. Diário da República n.º 64/91 - II Série, p.3175. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 280/96 de 12 de outubro. Diário da República n.º 199/97 - II Série, p.10643. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto. Diário da República n.º 182/97 - I Série B, p.4137. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 6778/97, de 29 de agosto. Diário da República n.º 199/97 - II Série, p.10643. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 9825/98 de 13 de maio. Diário da República n.º 133/2014 - II Série, p.7957. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10883/98, de 26 de junho. Diário da República n.º 145/98 - II Série, p.7686. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 19761/99, de 17 de setembro. Diário da República n.º 243/99 - I Série, p.15503. Secretário de Estado da saúde (Ministério da Saúde). Lisboa.

Despacho n.º 4521/2001, de 5 de março. Diário da República n.º 54/2001 - II Série, p.4140. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo n.º 35/2003, de 25 de julho. Diário da República n.º 191/2003 - I Série B, p.5237. Ministério das Finanças. Lisboa.

Despacho n.º 6818/2004, de 3 de abril. Diário da República n.º 80/2004 - II Série, p.5400. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 11728/2004, de 15 de junho. Diário da República n.º 139/2004 - II Série, p.9071. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 4466/2005, de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 42/2005 - II Série, p.3122. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 9088/2006, de 21 de abril. Diário da República n.º 79/2006 - II Série, p.5935. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 12891/2006, de 31 de maio. Diário da República n.º 118/2006 - II Série, p.8947. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 25909/2006, 21 de dezembro. Diário da República n.º 244/2006 - II Série, p.29761. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 1234/2007, de 25 de janeiro. Diário da República n.º 18/2007 - II Série, p.2110. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10053/2007, de 30 de maio. Diário da República n.º 104/2007 - II Série, p.14636. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10279/2008, de 8 de abril. Diário da República n.º 21/2008 - II Série, p.2992. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 32042/2008, de 16 de dezembro. Diário da República n.º 242/2008 - II Série, p.50271. Secretário de Estado Adjunto da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 693/2009, de 9 de janeiro. Diário da República n.º 6/2009 - II Série, p.869. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 14123/2009, de 12 de junho. Diário da República n.º 119/2009 - II Série, p.24529. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho 16548/2009, de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2009 - II Série, p.9071. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 12456/2010, de 2 de agosto. Diário da República n.º 148/2010 - II Série, p.41174. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 18419/2010, de 13 de dezembro. Diário da República n.º 239/2010 - II Série, p.60150. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 1845/2011, de 25 de janeiro. Diário da República n.º 17/2011 - II Série, p.4952. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5821/2011, de 4 de abril. Diário da República n.º 66/2011 - II Série, p.15545. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5822/2011, de 4 de abril. Diário da República n.º 66/2011 - II Série, p.15545. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho. Diário da República n.º 107/2011 - II Série, p.23838. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 8680/2011, de 28 de junho. Diário da República n.º 122/2011 - II Série, p.27051. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 9187/2011, de 21 de julho. Diário da República n.º 139/2011 - II Série, p.30317. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 13020/2011, de 29 de setembro. Diário da República n.º 188/2011 - II Série, p.38848. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 15096/2011, de 8 de novembro. Diário da República n.º 214/2011 - II Série, p.44280. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 17503-A/2011, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2011 (2º Suplemento) - II Série, p.50806. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 772/2012, de 19 de janeiro. Diário da República n.º 14/2012 - II Série, p.1889. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 6716/2012, de 17 de maio. Diário da República n.º 96/2012 - II Série, p.17395. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 12650/2012, de 27 de setembro. Diário da República n.º 188/2012 - II Série, p.32534. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 14240/2012, de 2 de novembro. Diário da República n.º 212/2012 - II Série, p.36133. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 14242/2012, de 2 de novembro. Diário da República n.º 212/2012 - II Série, p.36137. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 15700/2012, de 10 de dezembro. Diário da República n.º 238/2012 - II Série, p.39247. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 15858/2012, de 12 de dezembro. Diário da República n.º 240/2012 - II Série, p.39613. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 4294-A/2013, de 22 de março. Diário da República n.º 58/2013 (2º Suplemento) - II Série, p.10400. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde; Secretário de Estado do Empreendedorismo Competitividade e Inovação - Ministério da Economia e do Emprego. Lisboa.

Despacho n.º 4322/2013, de 25 de março. Diário da República n.º 59/2013 - II Série, p.10427. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5007/2013, de 12 de abril. Diário da República n.º 72/2013 - II Série, p.12202. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 7841-B/2013, de 17 de junho. Diário da República n.º 114/2013 (Suplemento) - II Série, p.19354. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 8487-C/2013, de 28 de junho. Diário da República n.º 123/2013 (3º Suplemento) - II Série, p.20652. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde; Secretário de Estado do Empreendedorismo, Competitividade e Inovação - Ministério da Economia e do Emprego. Lisboa.

Despacho n.º 9845-4/2013, de 25 de julho. Diário da República n.º 142/2013 - II Série, p.23523. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 13788/2013, de 29 de outubro. Diário da República n.º 209/2013 - II Série, p.32088. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 57/2014, de 3 de janeiro. Diário da República n.º 2/2014 - II Série, p.120. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho 1507/2014, de 16 de janeiro. Diário da República n.º 21/98 - II Série, p.2992. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde; Secretário de Estado do Tesouro - Ministério das Finanças. Lisboa.

Despacho n.º 1886/2014, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2014 - II Série, p.3667. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5635-A/2014, de 28 de abril. Diário da República n.º 81/2014 (Suplemento) - II Série, p.11256. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 9767/2014, de 29 de julho. Diário da República n.º 144/2014 - II Série, p.19356. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 16/2015, de 23 de janeiro. Diário da República n.º 16/2012 - I Série, p.532. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 7214/2015, de 1 de julho. Diário da República n.º 126/2015 - II Série, p.17591. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 7215/2015, de 1 de julho. Diário da República n.º 126/2015 - II Série, p.17592. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1075/91, de 23 de outubro. Diário da República n.º 244/91 - I Série B, p.5486. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 981/99, de 30 de outubro. Diário da República n.º 254/99 - I Série B, p.7410. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 31/2002, de 8 de janeiro. Diário da República n.º 6/2002 - I Série, p.150. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 469-A/2003, 9 de junho. Diário da República n.º 133/2003 (Suplemento) - I Série, p.3448. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1474/2004, de 21 de dezembro. Diário da República n.º 297/2004 - I Série, p.7245. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 30-B/2007, de 5 de janeiro. Diário da República n.º 4/2007 (2º Suplemento) - I Série, p.110. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 395-A/2007 de 30 de março. Diário da República n.º 64/2007 (Suplemento) - I Série, p.2034. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1373/2007, de 19 de outubro. Diário da República n.º 202/2007 - I Série, p.7686. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro. Diário da República n.º 211/2007 - I Série, p.7991. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República n.º 211/2007 - I Série, p.7993. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1580/2007, de 12 de dezembro. Diário da República n.º 239/2007 - I Série, p.8887. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, Diário da República n.º 90/2008 - I Série, p.2513. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro. Diário da República n.º 173/2008 (Suplemento) - I Série, p.6258. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 1370/2008, de 2 de dezembro. Diário da República n.º 233/2008 - I Série, p.8595. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Lisboa.

Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. Diário da República n.º 249/2008 - I Série, p.9040. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1551/2008, de 31 de dezembro. Diário da República n.º 252/2008 - I Série, p.9217. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2009 - I Série, p.878. Ministério da Saúde; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 272/2009, de 18 de março. Diário da República n.º 54/2009 - I Série, p.1710. Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 273/2009, de 18 de março. Diário da República n.º 54/2009 - I Série, p.1712. Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 274/2009, de 18 de março. Diário da República n.º 54/2009 - I Série, p.1720. Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 275/2009, de 18 de março. Diário da República n.º 54/2009 - I Série, p.1727. Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 276/2009, de 18 de março. Diário da República n.º 54/2009 - I Série, p.1728. Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros; Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.

Portaria n.º 668/2009, de 19 de junho. Diário da República n.º 117/2009 - I Série, p.4090. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 697/2009, de 1 de julho. Diário da República n.º 125/2009 - I Série, p.4243. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 1047/2009, de 15 de setembro. Diário da República n.º 179/2009 - I Série, p.6464. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e da Inovação. Lisboa.

Portaria n.º 1263/2009, de 15 de outubro. Diário da República n.º 200/2009 - I Série, p.7799. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1460-D/2009, de 31 de dezembro. Diário da República n.º 252/2009 (2º Suplemento) - I Série, p.8920. Ministério da Saúde; Ministério da Economia, Inovação e do Desenvolvimento. Lisboa.

Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio. Diário da República n.º 92/2010 - I Série, p.1641. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 283/2010, de 25 de maio. Diário da República n.º 101/2010 - I Série, p.1778. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 364/2010, de 23 de junho. Diário da República n.º 120/2010 - I Série, p.2223. Ministério da Saúde; Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento. Lisboa.

Portaria n.º 455-A/2010, de 30 de junho. Diário da República n.º 125/2010 (2º Suplemento) - I Série, p.2434. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto. Diário da República n.º 149/2010 - I Série, p.3166. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto. Diário da República n.º 163/2010 - I Série, p.3675. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de setembro. Diário da República n.º 182/2010 - I Série, p.4122. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1056-A/2010, de 14 de outubro. Diário da República n.º 200/2010 (Suplemento) - I Série, p.4530. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro. Diário da República n.º 232/2010 - I Série, p.5409. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro. Diário da República n.º 19/2011 - I Série, p.567. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. Diário da República n.º 96/2011 - I Série, p.2792. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 255/2011, de 1 de julho. Diário da República n.º 125/2011 - I Série, p.3902. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro. Diário da República n.º 242/2011 (Suplemento) - I Série, p.5348. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 3/2012, de 2 de janeiro. Diário da República n.º 1/2012 - I Série, p.7. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro. Diário da República n.º 1/2012- I Série, p.8. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e do Emprego. Lisboa.

Portaria n.º 46/2012, de 13 de fevereiro. Diário da República n.º 31/2012 - I Série, p.735. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio. Diário da República n.º 92/2012 (Suplemento) - I Série, p.2478. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 194/2012, de 18 de abril. Diário da República n.º 91/2012 - I Série, p.16379. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 276/2012, de 12 de setembro. Diário da República n.º 177/2012 - I Série, p.5199. Ministério da Saúde; Ministério das Finanças. Lisboa.

Portaria n.º 277/2012, de 12 de setembro. Diário da República n.º 177/2012 - I Série, p.5202. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 308/2012, de 9 de outubro. Diário da República n.º 195/2012 - I Série, p.5591. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Portaria n.º 310/2012, de 10 de outubro. Diário da República n.º 196/2012 - I Série, p.5629. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Portaria n.º 329/2012, de 22 de outubro. Diário da República n.º 204/2012 - I Série, p.5946. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 330/2012, de 22 de outubro. Diário da República n.º 204/2012 - I Série, p.5947. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 331/2012, de 22 de outubro. Diário da República n.º 204/2012 - I Série, p.5948. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 334/2012, de 23 de outubro. Diário da República n.º 205/2012 - I Série, p.5976. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro. Diário da República n.º 231/2012 (Suplemento) - I Série, p.6832. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro. Diário da República n.º 231/2012 - I Série, p.6832. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Portaria n.º 14/2013, de 11 de janeiro. Diário da República n.º 8/2013 - I Série, p.166. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 33/2014, de 12 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2014 - I Série, p.1336. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 34/2014, de 12 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2014 - I Série, p.1345. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 35/2014, de 12 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2014 - I Série, p.1355. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º124-A/2013, de 27 de março. Diário da República n.º 61/2013 - I Série, p.1888. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho. Diário da República n.º 130/2013 (Suplemento) - I Série, p.3970. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 335-A/2013, de 15 de novembro. Diário da República n.º 222/2013 (2º Suplemento) - I Série, p.6472. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 367/2013, de 23 de dezembro. Diário da República n.º 248/2013 - I Série, p.6938. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 8/2014, de 14 de janeiro. Diário da República n.º 9/2014 - I Série, p.121. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 76/2014, de 1 de março. Diário da República n.º 57/2014 - I Série, p.2151. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio. Diário da República n.º 85/2014 - I Série, p.2637. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio. Diário da República n.º 93/2014 - I Série, p.2839. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 158/2014, de 21 de fevereiro. Diário da República n.º 37/2014 - II Série, p.5413. Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 167-A/2014, de 21 de agosto. Diário da República n.º 160/2014 (Suplemento) - I Série, p.4394. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º18-A/2015, de 2 de fevereiro. Diário da República n.º 22/2015 - I Série, p.646. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 114-A/2015, de 18 de fevereiro. Diário da República n.º 34/2015 - II Série, p.4440. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 87/2015, de 23 de março. Diário da República n.º 57/2015 - I Série, p.1656. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 179-A/2015, de 16 de junho. Diário da República n.º 115/2015 - I Série, p.3898. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 184/2015, de 23 de junho. Diário da República n.º 120/2015 - I Série, p.4373. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 195-D/2015 de 30 de junho. Diário da República n.º 125/2015 - I Série, p.4542. Ministério da Saúde. Lisboa.