Manuel Júlio da Rocha Pinto da Costa

Sistemas de Saúde – Convergência de modelos

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2012

Manuel Júlio da Rocha Pinto da Costa

Sistemas de Saúde – Convergência de modelos

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2012

© 2012
Manuel Júlio da Rocha Pinto da Costa
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Manuel Júlio da Rocha Pinto da Costa

Sistemas de Saúde – Convergência de modelos

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Empresariais (Especialização em Gestão), sob orientação do Professor Doutor José Augusto Fleming Torrinha e co-orientação do Professor Doutor Raul A. Guimarães.

RESUMO

MANUEL JÚLIO DA ROCHA PINTO DA COSTA

Sistemas de Saúde – Convergência de modelos

(Sob a orientação do Prof. Doutor José Augusto Fleming Torrinha e co-orientação do Prof. Doutor Raul A. Guimarães)

A saúde da população é um factor essencial ao desenvolvimento económico, mas também à coesão social. Não admira, por isso, que a generalidade dos países tenha criado sistemas de saúde, que em maior ou menor grau foram absorvendo os valores da universalidade, da equidade e da solidariedade. A crise económica e financeira recente colocou, contudo, novas dificuldades e desafios, que exigiram a melhoria dos níveis de eficiência e a contenção de custos, procurando-se assim salvaguardar a sua sustentabilidade. Os últimos 30 anos foram, portanto, de profundas e importantes reformas.

A nível mundial continuam a defrontar-se duas grandes visões de sistemas de saúde, consubstanciadas nos modelos planificado e liberal. Mas a tendência, pelas razões antes expostas, passa pela sua aproximação. Perde-se o rigor ideológico, mas ganha-se o pragmatismo dos modelos mistos.

O objectivo central desta investigação é o de demonstrar essa aproximação, criando um referencial teórico para o efeito, analisando as reformas implementadas e procurando tirar ilações para o futuro – desfazem-se mitos e aprende-se com sucessos e fracassos!

Optou-se pela análise qualitativa por se tratar de um estudo de sistemas de saúde em contexto histórico. Uma primeira linha de investigação socorreu-se do estudo de casos relativo a três países com modelo planificado e outros tantos com modelo liberal. Foi utilizado o método descritivo analítico para interpretar a evolução dos sistemas e o descritivo comparativo para apurar as diferenças entre os dois grupos, antes e depois das reformas, naquilo que se pode designar como a *diferença das diferenças*. Uma segunda linha de investigação analisou as tendências globais dos sistemas de saúde da UE, da

OCDE e do Mercosul, tendo-se, posteriormente, cruzado os resultados para garantir a sua fiabilidade.

Concluiu-se que os dois modelos têm características próprias, mas que as diferenças se têm esbatido na sequência das reformas operadas, que privilegiaram o reforço dos valores sociais dos sistemas, mas também a sua sustentabilidade. O futuro aponta para a manutenção dessa convergência, numa tentativa de conjugar as garantias dadas pela intervenção do Estado e a eficiência proporcionada pelo funcionamento do mercado.

ABSTRACT

MANUEL JÚLIO DA ROCHA PINTO DA COSTA

Health systems – Convergence of models

(Under the orientation of Prof. Doutor José Augusto Fleming Torrinha and co-orientation of Prof. Doutor Raul A. Guimarães)

Population health is an essential factor in economic development, but also in social cohesion. No wonder, therefore, that the majority of countries have created health systems, which to a greater or lesser degree were absorbing the values of universality, equity and solidarity. The recent financial and economic crisis has, however, new difficulties and challenges, which demanded improved levels of efficiency and cost containment, seeking thus to safeguard their sustainability. The last 30 years were, therefore, of profound and important reforms.

Worldwide continue to face two great visions of health systems, embodied in the planned and liberal models. But the trend, for the reasons exposed before, goes through your approach. Lose the ideological rigor, but gains the pragmatism of mixed models.

The central objective of this research is to demonstrate this approach, creating a theoretical framework for the effect, analyzing implemented reforms and looking to take lessons for the future – disintegrate myths and learn with successes and failures!

We opted for the qualitative analysis because it is a study of health care systems in historical context. A first research line served up by the case study on three countries with planned model and three other with liberal model. Analytical descriptive method was used to interpret the evolution of systems and the descriptive comparative to determine the differences between the two groups, before and after the reforms, what can be designate as the *difference of the differences*. A second line of research has examined the global trends of EU health systems, OECD and Mercosur, and subsequently crossed the results to ensure their reliability.

It was concluded that both models have their own features, but the differences have dimmed as a result of the reforms, which gave priority to strengthening operated social values of systems, but also their sustainability. The future points to maintaining this convergence, in an attempt to combine the assurances given by State intervention and efficiency provided by the operation of the market.

RÉSUMÉ

MANUEL JÚLIO DA ROCHA PINTO DA COSTA

Systèmes de santé – Convergence des modèles

(Sous la direction de Prof. Doutor José Augusto Fleming Torrinha et codirection de Prof. Doutor Raul A. Guimarães)

Santé de la population est un facteur essentiel dans le développement économique, mais aussi de la cohésion sociale. Pas étonnant, donc, que la majorité des pays ont créé des systèmes de santé, qui, à un degré plus ou moins étaient absorbant les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité. La récente crise économique et financière a, cependant, de nouvelles difficultés et défis, qui exige l'amélioration des niveaux de confinement de l'efficacité et de coût, cherchant ainsi à garantir leur viabilité. Des 30 dernières années ont été, par conséquent, des réformes profondes et importantes.

Dans le monde entier continuent à faire face à deux grandes visions de systèmes de santé, incarnées par les modèles planifiés et libérales. Mais la tendance, pour les motifs exposés précédemment, passe par leur approche. On perdre la rigueur idéologique, mais on gagne le pragmatisme des modèles mixtes.

L'objectif central de cette recherche est de démontrer cette approche, concevant d'un cadre théorique pour l'effet, analysant le mis en œuvre des réformes et cherchant à prendre des leçons pour l'avenir – se désintégrer les mythes et d'apprendre avec les succès et les échecs !

On a opté pour l'analyse qualitative pour se traiter d´une étude des systèmes de santé dans un contexte historique. Une première ligne de recherche a été basée dans une étude de cas sur trois pays avec le modèle planifié et de trois autres avec le modèle libéral. La méthode analytique descriptive a été utilisée pour interpréter l'évolution des systèmes et la descriptive comparative pour déterminer les différences entre les deux groupes, avant et après les réformes, ce qui se peut désigner comme la *différence des différences*. Une deuxième ligne de la recherche a examiné les tendances globales des systèmes de santé

d’UE, l'OCDE et du Mercosur et traversé, par la suite, les résultats afin de s'assurer de leur fiabilité.

On a conclu que les deux modèles ont leurs propres caractéristiques, mais les différences ont été atténuées par les réformes, ce qui donne la priorité au renforcement des valeurs sociales des systèmes, mais aussi leur durabilité. L'avenir points à maintenir cette convergence, dans une tentative de combiner les assurances données par l'intervention de l'État et l'efficacité du fonctionnement du marché.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Paulo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Fernando Pessoa, na pessoa do Magnífico Reitor, Professor Doutor Salvato Trigo, pela oportunidade que me dá de ser feliz e realizado dando aulas, mas também pelo apoio e pela possibilidade de trabalho num ambiente dinâmico, moderno e inspirador.

Ao Professor Doutor José Augusto Fleming Torrinha, meu orientador, pelo incentivo, pelo apoio, pelos ensinamentos e pela amizade com me distingue há muitos anos.

Ao Professor Doutor Raul Guimarães, meu co-orientador, pela disponibilidade, pela paciência, pelos ensinamentos e pela amizade.

Ao Dr. José Eduardo Arcos Gomes dos Reis por me ter trazido para esta área maravilhosa e extraordinária que é a Saúde.

Aos CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal pelo apoio que me foi concedido.

Ao Professor Doutor Ricardo Jorge Pinto, à Professora Doutora Denisa Mendonça e ao Dr. José Manuel Soares de Oliveira pelos seus contributos durante a fase de investigação. Ao Eng.º Carlos Velasquez e ao Dr. Sílvio de Macedo pela ajuda na formatação da tese.

À Manuela e ao Paulo, sempre – pelo apoio e pelo tempo que lhes tiro.

ÍNDICE

Índice de figuras XXV
Índice de quadros XXVII
Índice de gráficos XXXI
Lista de abreviaturas XXXIII

I. Introdução 1
1.1. Identificação do problema 3
1.2. Objectivos 4
1.3. A importância e a oportunidade da tese 5
1.4. A motivação do autor 9
1.5. Controvérsias e lacunas da literatura 10
1.6. Dimensão da área pesquisada 11
1.7. Aspectos mais relevantes da metodologia 13
1.8. Resultados e conclusões mais importantes 15
1.9. Benefícios e contributos 19
1.10. Estrutura da tese 22
II. A evolução do Sector da Saúde 25
2.1. Introdução 27
2.2. A nível mundial 28
2.2.1. O homem primitivo 28
2.2.2. As primeiras civilizações 30
2.2.3. Grécia e Roma 34
2.2.4. A Idade Média 38
2.2.5. O Renascimento 41
2.2.6. A era da revolução científica 43
2.2.7. O início da moderna Saúde 45
2.2.8. A construção dos sistemas de protecção social 49
2.3. Em Portugal 55
2.3.1. Os primeiros tempos 55

2.3.2. A intervenção régia no Sector da Saúde 58
2.3.3. As consequências dos Descobrimentos 66
2.3.4. A era da Saúde Pública 70
2.3.5. A fase caritativo-corporativista....74
2.3.6. A fase assistencial....75
2.3.7. A fase sanitária....80
2.3.8. A construção do Serviço Nacional de Saúde 83
2.4. Conclusões....91
III. Princípios e valores dos sistemas de saúde....95
3.1. Introdução 97
3.2. Universalidade, generalidade e solidariedade....97
3.3. Acessibilidade....104
3.4. Equidade 107
3.5. Eficácia e eficiência 115
3.6. A intervenção do Estado 120
3.7. Modelos de organização e gestão 127
3.8. Interdependência de variáveis....136
3.9. Liberdade 140
3.10. Conclusões....144
IV. Financiamento, pagamento dos serviços e distribuição de recursos 147
4.1. Introdução 149
4.2. Financiamento....151
4.3. Pagamento dos serviços e distribuição de recursos 164
4.4. Conclusões....178
V. Os sistemas 183
5.1. Introdução 185
5.2. Conceito de sistema 186
5.3. Sistemas de saúde 190
5.3.1. Conceito de sistema de saúde 190
5.3.2. Componentes e fluxos....195
5.3.3. O modelo Bismarck e os sistemas de saúde liberais....205
5.3.4. O modelo Beveridge e os sistemas de saúde planificados....207
5.4. Classificação dos sistemas de saúde 212
5.5. Avaliação dos sistemas de saúde 219
5.6. Conclusões....225

VI. Problemas actuais dos sistemas de saúde 229
6.1. Introdução 231
6.2. A justiça social 231
6.3. A liberdade de escolha 241
6.4. O crescimento das despesas com a saúde 242
6.5. A sustentabilidade dos sistemas de saúde 249
6.6. A eficiência 259
6.7. A necessidade e a importância das reformas 262
6.8. Conclusões 271
VII. Metodologia 275
7.1. Introdução 277
7.2. Justificação da escolha da metodologia 277
7.3. O acesso aos dados 289
7.3.1. Fontes e procedimentos 289
7.3.2. Dificuldades e limitações 290
7.4. Construção do modelo de análise 292
7.4.1. A escolha dos componentes e fluxos, e sua valorização 292
7.4.2. Quadro de caracterização dos sistemas de saúde 297
7.4.3. Indicadores sobre tendências globais e específicas 299
7.5. Justificação da escolha e da classificação dos países 300
7.6. Análise da convergência 308
7.7. Conclusões 309
VIII. Estudo de casos 313
8.1. Introdução 315
8.2. A evolução dos sistemas de saúde nos países seleccionados 316
8.2.1. Portugal 316
8.2.2. Reino Unido 328
8.2.3. Brasil 340
8.2.4. França 351
8.2.5. Holanda 360
8.2.6. Estados Unidos da América 371
8.3. A reforma da Saúde na óptica das variáveis seleccionadas 388
8.3.1. Traços gerais das reformas dos sistemas de saúde 388
8.3.2. A tendência das reformas por unidade de análise 391
8.4. Tratamento de dados e resultados 401

8.4.1. Análise por grupos de países.....401
8.4.2. Análise das tendências globais e específicas 419
IX. Conclusões e desenvolvimentos futuros 427
9.1. Conclusões.....429
9.2. Desenvolvimentos futuros 454

Bibliografia.....461

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3-1 – Interdependência de variáveis.....140
Figura 4-1 – Ciclo do financiamento.....149
Figura 4-2 – Pagamento com reembolso.....150
Figura 4-3 – Indicadores de ponderação das necessidades em saúde.....168
Figura 4-4 – O financiamento e as políticas de saúde.....180
Figura 5-1 – Relações entre fonte de financiamento e oferta de cuidados.....196
Figura 5-2 – Relações entre procura e oferta de cuidados.....197
Figura 5-3 – Relações entre procura e fonte de financiamento.....197
Figura 5-4 – Representação de um Sistema de Saúde.....198
Figura 5-5 – Financiamento e pagamento dos serviços.....201
Figura 5-6 – Pagamento directo e reembolso.....201
Figura 5-7 – Sistema de saúde liberal.....207
Figura 5-8 – Sistema de saúde planificado.....212
Figura 5-9 – Sistema de saúde holandês.....218
Figura 7-1 – Planeamento da pesquisa.....280

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2-1 – Instituições assistenciais até D. João II 59
Quadro 2-2 – Estabelecimentos assistenciais no reinado de D. João II 61
Quadro 2-3 – Modernização da rede hospitalar – 1945/71 76
Quadro 2-4 – Redes de cuidados 89
Quadro 3-1 – Universalidade na OCDE 98
Quadro 3-2 – % das consultas privadas nas consultas totais em 2005 99
Quadro 3-3 – Despesa Total e Pública em Saúde, em % do PIB 101
Quadro 3-4 – Peso da Despesa Pública em 2005 102
Quadro 3-5 – Factores que explicam as listas de espera 106
Quadro 3-6 – Desigualdades no financiamento em Portugal 111
Quadro 3-7 – UE – Médicos e Enfermeiros por 1000 habitantes.....116
Quadro 3-8 – UE – Doentes tratados por cama de agudos 117
Quadro 3-9 – UE – Hospitais de agudos – Taxa de ocupação 118
Quadro 3-10 – UE – Hospitais de agudos – Demora média (Dias).....118
Quadro 3-11 – Métodos de prestação de serviços na UE (1997) 125
Quadro 3-12 – Oferta Regional Comparada em Cuidados de Saúde Primários, 1997..138
Quadro 4-1 – Combinação público-privada em 2000 155
Quadro 4-2 – Combinação público-privada em 2004 156
Quadro 4-3 – Fontes de financiamento na UE nos anos 90.....156
Quadro 4-4 – Sistemas de financiamento 160
Quadro 4-5 – Fontes de financiamento 163
Quadro 4-6 – Índice de progressividade.....164
Quadro 4-7 – Classificação dos sistemas de financiamento.....179
Quadro 5-1 – Os seguros sociais obrigatórios de Bismarck.....206
Quadro 5-2 – Plano Beveridge – Evolução do financiamento 210
Quadro 5-3 – Comparação de sistemas de saúde 216
Quadro 5-4 – Taxa bruta de mortalidade (UE).....222
Quadro 5-5 – Taxa de mortalidade infantil (UE) 223
Quadro 5-6 – Esperança média de vida à nascença.....224

Quadro 6-1 – Opinião dos cidadãos da UE sobre a necessidade de reformas nos seus sistemas de saúde....231
Quadro 6-2 – Despesa pública com a saúde em 2050 (% do PIB)....242
Quadro 6-3 – Evolução do financiamento do SNS....243
Quadro 6-4 – Comparticipações e encargos com receitas médicas, de 2003 a 2007....247
Quadro 6-5 – Despesas com medicamentos em % do PIB....247
Quadro 6-6 – Contenção de custos: soluções coercivas e de incentivo....254
Quadro 6-7 – UE – Medidas de contenção de custos no final de Séc. XX, início do Séc. XXI....257
Quadro 6-8 – Saúde – Indicadores empresariais 2008....266
Quadro 7-1 – Tabela de caracterização dos sistemas de saúde....298
Quadro 7-2 – Tabela de classificação de sistemas de saúde....302
Quadro 7-3 – Países seleccionados....307
Quadro 7-4 – Caracterização dos países antes das reformas....307
Quadro 8-1 – Portugal – caracterização do país....317
Quadro 8-2 – Quadro de recolha de dados – Portugal....327
Quadro 8-3 – Reino Unido – caracterização do país....329
Quadro 8-4 – Quadro de recolha de dados – Reino Unido....339
Quadro 8-5 – Brasil – caracterização do país....341
Quadro 8-6 – Quadro de recolha de dados – Brasil....350
Quadro 8-7 – França – caracterização do país....352
Quadro 8-8 – Quadro de recolha de dados – França....359
Quadro 8-9 – Holanda – caracterização do país....361
Quadro 8-10 – Quadro de recolha de dados – Holanda....370
Quadro 8-11 – População e gastos em saúde nos EUA, em 2002....373
Quadro 8-12 – EUA – caracterização do país....376
Quadro 8-13 – Quadro de recolha de dados – EUA....387
Quadro 8-14 – Indicadores de eficiência (UE)....397
Quadro 8-15 – Países com modelo planificado....402
Quadro 8-16 – Países com modelo liberal....403
Quadro 8-17 – Sistema planificado – Análise das classificações....406
Quadro 8-18 – Sistema liberal – Análise das classificações....409
Quadro 8-19 – Comparação de modelos (sem Brasil no 1º período)....413
Quadro 8-20 – Comparação de modelos....415
Quadro 8-21 – Análise detalhada da convergência (sem Brasil)....416
Quadro 8-22 – Análise detalhada da convergência....417

Quadro 8-23 – Tendências gerais das reformas.....420
Quadro 8-24 – Tendências por unidade de análise (1/2).....421
Quadro 8-25 – Tendências por unidade de análise (2/2).....424
Quadro 9-1 – Evolução futura dos sistemas de saúde.....453

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 8-1 – Sistemas planificados antes das reformas (sem Brasil) – Níveis de convergência (%) 407

Gráfico 8-2 – Sistemas planificados antes das reformas – Níveis de convergência (%) 407

Gráfico 8-3 – Sistemas planificados depois das reformas – Níveis de convergência (%) 407

Gráfico 8-4 – Sistemas liberais antes das reformas – Níveis de convergência (%) 409

Gráfico 8-5 – Sistemas liberais depois das reformas – Níveis de convergência (%) 409

Gráfico 8-6 – Convergência detalhada antes das reformas (sem Brasil) 417

Gráfico 8-7 – Convergência detalhada antes das reformas 417

Gráfico 8-8 – Convergência detalhada depois das reformas 418

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C. – antes de Cristo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (hoje com a designação de Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública),

ARS – Administração Regional de Saúde (ou Administrações Regionais de Saúde)

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Exceptional Medical Expenses Act)

CA – Convergência Alta

CM – Convergência Média

CNE – Comissão Nacional de Eleições

cit. in – citado em

CPSD – Caixas Públicas de Seguro de Doença

CRES – Conselho de Reflexão sobre a Saúde

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

DBFO – Design, Built, Finance, Operate

d.C. – depois de Cristo

D.L. – Decreto-Lei

DRG – Diagnostic Related Groups

DT – Divergência Total

EPE – Estabelecimento Público de natureza Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GP – General Practitioners (designação atribuídas aos clínicos gerais no Reino Unido)

HCP – Health Consumer Powerhouse

HE/GUSNS – Hospital de Évora/Guia de utente do Serviço Nacional de Saúde.

HMO – Health Maintenance Organizations

HRG – Healthcare Resource Groups (o equivalente inglês para os GDH)

IASFA – Instituto de Acção Social das Forças Armadas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPA – Independent Practice Associations

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IRS – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

ISEG – Instituo Superior de Economia e Gestão

KFF – Kaiser Family Foundation

MCOL – Managed Care On-Line

MERCOSUL – Mercado do Sul (fundado em 1991 pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai)

MS/CONASEMS – Ministério da Saúde/ Comissão Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Brasil)

NC – Nível de Convergência

NE – Não Existente

NHS – National Health Service (Serviço Nacional de Saúde inglês)

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

PD – Pouco Divergente

PIB – Produto Interno Bruto

PPACA – Patient Protection and Affordable Care Act (designação da Lei que reformou, em 2010, o sistema de saúde americano)

ppc – Paridade do poder de compra

PPO – Preferred Provider Organizations

PPP – Parceria Público Privada

PT – Portugal Telecom

PT ACS – Portugal Telecom Associação de Cuidados de Saúde

QALY – Quality Adjusted Life Years

RAWP – Report of the Resource Allocation Working Party

RRMC – Responsible Reform for the Middle Class (título de site na internet dedicado à reforma do sistema de saúde americano)

SA – Sociedade Anónima

SAMS – Serviços de Assistência Médico Social

SCHIP – State Children's Health Insurance Program (programa dos EUA para prestação de cuidados de saúde às crianças das famílias mais carenciadas)

s.d. – sem data

S.D.N. – Sociedade das Nações

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SLS – Sistema Local de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SUS – Sistema Único de Saúde (Brasil)

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

UNICEF – United Nations Children's Fund

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

US – United States

US$ - Dólares dos Estados Unidos (United States)

USDHHS – United States Department of Health and Human Services

USF – Unidade de Saúde Familiar

VAB – Valor Acrescentado Bruto

WHO – World Health Organization

ZFW – Ziekenfondswet (Sickness Fund Act ou Compulsory Health Insurance Act)

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Identificação do problema

Quando foram criados os primeiros sistemas de saúde, os princípios políticos, económicos e sociais foram determinantes no desenho do respectivo modelo organizacional. Foi assim que, em pleno Século XX, se confrontaram sistemas com modelo planificado, de forte intervenção do Estado, financiamento por impostos, prestadores maioritariamente públicos e cobertura universal da população, com outros de cariz liberal, obedecendo quase em exclusivo às regras de mercado, financiados por seguros, com prestadores principalmente privados e cobertura garantida apenas aos que trabalhavam ou que tinham possibilidades económicas para subscrever um seguro.

As preocupações sociais da segunda metade do Século XX, a globalização e as crises económicas relegaram para segundo lugar os princípios ideológicos extremos e deram lugar a reformas que alteraram as características dos sistemas de saúde, conduzindo a modelos mistos, preocupados com a universalidade, a equidade, a eficiência e a sustentabilidade.

Verificar até que ponto os dois modelos convergiram é o objectivo central desta investigação. Convém, contudo, esclarecer, que convergência não significa igualdade. Representa, isso sim, a adopção, por parte dos Governos, de modelos mistos que integram características dos dois sistemas atrás mencionados. Por outro lado, no limite, só será possível a total identidade de modelos nos países em estudo, quando estiverem garantidas, entre outras, condições económicas e sociais semelhantes.

Reconhece-se hoje, que a construção dos sistemas de saúde pode ajudar à resolução dos problemas de pobreza e de desigualdade de rendimentos, melhorar a segurança individual e prevenir riscos, e, em simultâneo, contribuir para o desenvolvimento económico (CESifo, 2008). Ou, como diz Simões (2004), referindo-se aos sistemas de saúde dos países da OCDE, as políticas respectivas asseguram os objectivos da equidade, da eficiência técnica e da eficiência económica ou distributiva.

O que se propõe nesta tese, tendo em vista a análise da convergência, é pois analisar e interpretar a evolução dos sistemas de saúde em finais do Século XX, princípios do XXI. A este propósito, Chevreul et al. (2010, p. 17) têm uma curiosa afirmação sobre a França, quando referem que é estruturalmente um modelo bismarckiano, com objectivos beveridgeanos, que “conduziram, cada vez mais, no sentido de um sistema de tipo” Beveridge.

As questões centram-se pois na promoção da equidade e da eficiência, o que sendo desejável, não é, garantidamente, fácil. Dir-se-ia até, que aquelas variáveis são dificilmente compatíveis, já que a segunda pressupõe a rentabilização dos recursos, o que se faz, muitas vezes, com prejuízo dos que mais precisam, porque nestes o investimento, por norma, é menos interessante do ponto de vista económico. É por isso que Rego (2008) refere a necessidade de, muitas das vezes, se ter que optar por uma ou por outra.

A resolução da equação que promove a equidade sem ferir a eficiência é, simultaneamente, aliciante e complexa. É um problema que, por isso, no dizer de Kerlinger (*cit. in* Silva e Menezes 2001, p. 80), "mostra uma situação necessitada de discussão, investigação, decisão e solução".

É, por outro lado, uma preocupação perfeitamente actual, devido à crise económica internacional, que colocou sob pressão os sistemas de saúde, obrigados a adoptarem medidas de contenção de custos. Em sentido inverso, ou seja, contrariando este esforço, está o aumento da despesa relacionado com o envelhecimento da população, o aparecimento de novas e dispendiosas tecnologias, as elevadas despesas inerentes ao tratamento das novas doenças e o abuso na utilização dos serviços.

1.2. Objectivos

O objectivo central desta tese é o de verificar se as reformas introduzidas nos sistemas de saúde nos últimos 25 anos conduziram à convergência dos modelos liberal e planificado.

Para que tal seja possível, os objectivos desta tese foram agrupados em três grandes conjuntos, aos quais correspondem fases distintas do processo de investigação. Assim:

A) Efectuar a síntese do conhecimento sobre sistemas de saúde e construir o quadro referencial para a sua análise.

A1) Definir sistema de saúde, no âmbito do presente projecto de investigação;

A2) Identificar as variáveis que caracterizam os sistemas de saúde;

A3) Construir um quadro referencial que possibilite a comparação dos sistemas de saúde, através da definição e identificação dos seus componentes e fluxos.

B) Caracterizar os sistemas de saúde seleccionados.

B1) Verificar se os sistemas de saúde, consoante o modelo no qual se inserem (planificado ou liberal), apresentam características comuns (e quais), que permitem distinguir esses mesmos modelos;

B2) Avaliar a evolução dos modelos de sistemas de saúde, atendendo às reformas introduzidas em finais do Século XX, princípios do XXI;

B3) Identificar as razões que conduziram ao movimento reformista.

C) Comparar a evolução dos dois tipos de modelos de sistemas de saúde.

C1) Examinar se há convergência entre os dois modelos, em relação aos países seleccionados;

C2) Analisar se, num contexto mais global, a evolução das unidades de análise (componentes e fluxos) permite também concluir pela convergência de modelos;

C3) Identificar a previsível evolução dos componentes e fluxos nos próximos anos.

1.3. A importância e a oportunidade da tese

É importante desfazer os mitos que enxameiam os modelos de financiamento dos sistemas de saúde. Há fracassos e sucessos em todo o tipo de iniciativas e de modelos. Com rigor, pode apenas dizer-se que os objectivos da justiça social nunca serão atingidos com seguros privados e desregulados, como se deduz do trabalho de Cichon e Normand (1994).

As barreiras ideológicas, que originavam diferenças acentuadas entre sistemas de saúde, vão-se esbatendo. A pressão provocada pela crise económica conduziu à adopção de mediadas pragmáticas, nas quais, muitas vezes, os aspectos técnicos se sobrepuseram aos políticos. A globalização foi (e é) um veículo notável de transmissão do conhecimento científico, mas também do leque de benefícios dos cidadãos de cada país, o que conduziu a reivindicações generalizadas por um quadro de direitos sociais, nos quais se inclui o acesso aos cuidados de saúde. A vertigem das alterações demográficas justificou a urgência da actuação dos governantes. Tudo isto conduziu à adopção de reformas dos sistemas de saúde – garantir os direitos dos cidadãos e a sustentabilidade dos modelos passou a ser palavra de ordem.

O estudo de casos que consta do Capítulo VIII inclui diversos exemplos que justificam o que antes se disse. Vale a pena salientar, em primeiro lugar, o exemplo dos EUA, país que sempre pautou a sua actuação no campo da Saúde pela preferência dada ao livre funcionamento do mercado e à liberdade de escolha, de iniciativa empresarial e de circulação. País economicamente poderoso, dotado das mais avançadas tecnologias e servido por conhecimentos científicos muito evoluídos, os EUA tinham 40 milhões de residentes sem qualquer protecção na doença e um sem número de situações de reduzida cobertura – apesar dos enormes gastos com a saúde. A reforma Obama, aprovada pelo Congresso americano em 23 de Março de 2010, alterou (e continuará a alterar) radicalmente este estado de coisas, alargando o leque de beneficiários e adoptando medidas de redução dos custos, através de uma maior intervenção do Estado no Sector.

Merece saliência em segundo lugar o exemplo do Brasil, outro país escolhido para o estudo de casos. Antes das reformas, que ocorreram a partir de 1988, não era garantida a cobertura universal, os serviços de saúde, na maioria dos casos, não tinham a qualidade adequada e o modelo adoptada era do tipo liberal. Tudo isto começou a mudar a partir daquele ano, através de sucessivas reformas que se prolongaram já pelo Século XXI. A universalidade é hoje uma realidade, o modelo passou a ser do tipo planificado e a luta pela melhoria da qualidade dos serviços continua a ser desenvolvida a bom ritmo.

Para concluir, vale também a pena salientar o caso português, cujo período de grandes reformas começou por volta de 1995, procurando garantir uma maior equidade no acesso, o reforço da participação dos privados e, consequentemente, gerando o aumento das despesas. As alterações foram introduzidas a título experimental, sendo, já no início do Século XXI, adoptadas a nível geral, com importantes mudanças legislativas e a criação das redes de cuidados. Mais recentemente, as preocupações viram-se para a eficiência e para a sustentabilidade do sistema, originando o encerramento de alguns serviços, a responsabilização dos gestores e o aumento das taxas moderadoras.

Como se vê, três boas razões que justificam a importância do tema e a oportunidade da sua análise. Os outros três países do estudo de casos são o Reino Unido, que seguiu um caminho idêntico ao de Portugal, mas ligeiramente antes, a Holanda, que promoveu o alargamento da cobertura, o fomento da competitividade entre prestadores e entre gestores de recursos financeiros e a melhoria da equidade, e a França, que terá adoptado, segundo alguns investigadores, um processo de reformas graduais, se bem que em 1996 tenha alterado o financiamento e transferido o direito de acesso dos

contribuintes para os residentes. A par de tudo isto, muitas instituições e autores escreveram sobre a matéria, salientando a importância das reformas em curso nos diversos países.

As reformas conduziram à procura da adopção de melhores sistemas de saúde – mais justos e mais eficientes. Houve, por isso, que conjugar o que cada modelo tinha de mais vantajoso e, assim, desenvolveram-se sistemas mistos, cada vez mais afastados dos princípios ideológicos que deram origem aos modelos iniciais. Por outro lado, o tempo que se atravessa é ainda de alguma incerteza, em particular devido aos problemas económicos e às alterações demográficas. Por tudo isto, estudar, comparar e avaliar as reformas é importante e oportuno.

Nos últimos anos muito se tem falado sobre a privatização dos serviços de saúde e a liberalização do respectivo mercado. Alguns comentam mesmo, que esta viragem está a destruir o Estado Social, construído ao longo do Século XX e, muito em particular, na segunda metade deste. Tentar perceber até que ponto isso é verdade é outro aspecto que realça a importância desta tese.

Não há organizações perfeitas e os sistemas de saúde não fogem à regra. Isso traz um interesse adicional ao estudo comparativo destes últimos, tal como referem Béresniak e Duru (1999).

E desta comparação entre modelos conclui-se, habitualmente, que os liberais (ou tendencialmente liberais) podem promover uma elevada eficiência, mas estão longe de garantir saúde para todos a um custo razoável. Em alternativa, os planificados (ou tendencialmente planificados) asseguram esta última, mas com uma qualidade notoriamente baixa. Os sistemas de saúde deste último tipo seriam ideais se os recursos disponíveis fossem suficientemente grandes para fazer face às despesas em que incorrem. Mas, mais tarde ou mais cedo, a realidade traz à memória, por vezes de forma dramática, que há que garantir a sua sustentabilidade, para assegurar a sua existência. Aparentemente, só a combinação dos dois modelos permite resolver esta complicada equação.

É isso que tem sido feito, em particular nos últimos 30 anos, com diversos países a adoptarem reformas da Saúde no que respeita à contenção de custos e à sustentabilidade, que seguem padrões semelhantes, como, por exemplo, o aumento dos co-pagamentos, a combinação de orçamentos globais com pagamentos em função da

produção, a introdução de *guidelines* na medicina e dos preços de referência para medicamentos.

No caso português, é clara, a partir de 1991, a aproximação entre as políticas para o Sector da Saúde propostas pelos dois maiores partidos políticos, muito em particular no que concerne ao conceito de sistema de saúde. Na opinião de Simões (2004) apenas os estilos de governação e as prioridades são diferentes. Em resumo, preconiza-se uma maior participação dos privados no sector, mas mantém-se o carácter essencialmente público e universal do SNS.

Simões (2004) acrescenta ainda, que a permuta ideológica se caracterizou, numa primeira fase (década de oitenta do Século XX) pela aceitação, por parte das forças de direita, do modelo de Serviço Nacional de Saúde e, numa segunda fase (década de noventa), pela aceitação, pelos sectores mais à esquerda, da privatização parcial dos prestadores de cuidados de saúde.

No caso europeu, a convergência da protecção social ocorreu ainda como consequência das políticas definidas pela União Europeia, mas também devido à integração económica (Caminada et al., 2008).

A convergência dos gastos sociais começou a ser estudada pelo menos a partir da segunda metade do Século XX. A hipótese inicialmente aceite era que devido ao desenvolvimento similar da industrialização, também os gastos públicos tenderiam a crescer em simultâneo nos diversos países. Contudo, esta teoria não foi totalmente demonstrada, dado que a convergência detectada pelos investigadores foi mínima. A segunda hipótese avançada sustentava a convergência descendente como resultado da globalização. Também aqui não foi possível encontrar a evidência que o comprovasse. Em finais do Século XX foi testada, com sucesso, a hipótese de convergência em sentido ascendente dos benefícios resultantes da despesa social. A partir daqui muitos autores e investigadores estudaram esta relação e, de um a forma geral, concluíram por um maior ou menor grau de convergência, apesar de algumas excepções (Caminada et al., 2008).

Acresce ainda, que as exigências sobre os sistemas de saúde são cada vez maiores. Os níveis cultural e educacional, associados à divulgação promovida pelos meios de comunicação social e às facilidades resultantes das novas tecnologias, criaram cidadãos

cada vez mais exigentes e mais interessados em beneficiar de medidas de protecção social.

A importância do tema resulta, por isso, da importância dada à saúde, aos princípios políticos e sociais que caracterizam os diversos sistemas de saúde e à forma como se organiza a prestação de cuidados.

A oportunidade do tema resulta da necessidade de cumprir esses pressupostos num quadro de escassez de recursos e retracção do desenvolvimento económico, assim como do conjunto das importantes e generalizadas reformas adoptadas nos últimos anos.

1.4. A motivação do autor

A formação base em Economia, com especialização em Gestão, o mestrado em Saúde Pública, a experiência profissional e a área académica em que o autor lecciona foram as razões fundamentais da escolha do tema. No âmbito académico possui ainda o curso *Health Care Management Best Practice* pela *Public Health and Health Professional Development Unit* da Universidade de Lancaster.

De facto, durante seis anos, o autor exerceu a sua actividade profissional no Sector da Saúde. Primeiro como Vogal do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte e depois como Administrador Delegado e Vogal do Conselho de Administração do Hospital de S. João. Foi ainda Presidente do Conselho Fiscal da empresa Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e membro do Conselho Geral de diversos hospitais.

A nível universitário é (ou foi) professor das seguintes disciplinas: Política de Saúde; Sistemas de Financiamento em Saúde; Planeamento e Controlo de Gestão; Economia e Gestão de Serviços de Saúde; Organização e Gestão de Serviços de Saúde.

Durante o período em que trabalhou no Sector, foi convidado a participar em diversos debates ou a proferir palestras sobre Economia e Política da Saúde. Efectuou ainda diversas visitas de estudo ao estrangeiro com o objectivo de aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento dos sistemas e dos serviços de saúde. Merecem saliência as deslocações ao Canadá, Brasil, Dinamarca, Holanda, Áustria e França.

A Saúde foi sempre um tema que o fascinou, muito em particular depois da experiência profissional no Sector. A especificidade do mercado, a importância dos valores sociais, a complexidade da gestão hospitalar, a dimensão das verbas envolvidas, a problemática

do financiamento e a importância do planeamento e da organização dos sistemas de saúde são assuntos do maior interesse, de grande oportunidade e merecedores de estudos detalhados.

Estas foram as razões que serviram de motivação à escolha do tema.

1.5. Controvérsias e lacunas da literatura

Ao longo dos últimos trinta anos, alguns investigadores analisaram o comportamento dos sistemas de saúde, concluindo, genericamente, pela tendência de convergência dos mesmos ou de algumas das suas variáveis. Contudo, essa análise contém algumas lacunas, que importa esclarecer:

- Em nenhum caso são definidos com rigor e de forma exaustiva os sistemas de saúde, nem explicitado qualquer quadro referencial que possibilite a sua análise e classificação das respectivas variáveis;
- As apreciações reduzem-se, na maior parte dos casos, a algumas unidades de análise, em particular as relacionadas com a universalidade, a equidade, a solidariedade e o financiamento dos sistemas de saúde;
- O mais frequente é encontrar-se na literatura estudos sobre sistemas de serviços de saúde e não sobre sistemas de saúde. Por norma, o papel do Estado enquanto definidor das políticas de saúde e regulador não é mencionado, nem utilizado para comparar países ou modelos. Quanto aos prestadores, existem menções à propriedade, mas raramente à legislação, gestão e planeamento;
- Nem sempre é estabelecida uma relação entre o modelo de sistema de saúde e o comportamento dessas unidades de análise;
- Muito raramente se encontra qualquer ligação entre a tendência de evolução das unidades de análise e as reformas dos sistemas de saúde.

O primeiro trabalho da presente investigação foi, por isso, definir sistema de saúde e construir um quadro referencial que permitisse o seu estudo e a classificação das suas unidades de análise. Estas foram listadas exaustivamente (um conjunto de 36 variáveis) e agrupadas por componentes ou fluxos. Não se trata pois de uma análise parcial.

Os países analisados foram separados em dois grupos, consoante adoptam modelos tendencialmente planificados ou tendencialmente liberais. Cada conjunto foi depois estudado como se de um sistema apenas se tratasse e mais tarde comparados.

Para ultrapassar a última lacuna optou-se por uma análise dinâmica, estudando o período antes das reformas e o resultado destas.

O estudo dos países foi acompanhado da análise das tendências globais e específicas (por unidade de análise) dos sistemas de saúde. Mas, também aqui, se procedeu à identificação das variáveis e, sempre que justificável, dos modelos.

Uma das controvérsias mais importantes deste tipo de estudos prende-se com a classificação dos sistemas de saúde dos diversos países. De facto, a partir do momento em que os modelos passaram a ser essencialmente mistos, a fronteira entre eles tornou-se mais ténue. Mas a verdade, como se verá, é que é possível continuar a identificar algumas das características base que os distinguem, como é o caso dos contribuintes, dos gestores de recursos financeiros, da fonte financiamento e do modelo de pagamento preferencial.

Procurou-se, por isso, definir rigorosamente o critério de inclusão nos sistema planificado ou liberal, confirmando-se a sua aplicação com as opiniões de diversos autores.

Nem sempre as opiniões transcritas nas obras consultadas são uniformes. Confrontaram-se, sempre que tal se justificava, as opiniões divergentes, optando-se por aquela que pareceu mais lógica e racional.

As discussões sobre sistemas de saúde estão, hoje em dia, muito centradas nas questões do financiamento, ou seja, na fonte de captação dos fundos, no regime contratual que se estabelece entre gestores de recursos e prestadores de cuidados de saúde e na metodologia utilizada para pagamento dos serviços destes últimos.

Tapia e Henrique, citados por Junior e Silva (2004), sustentam que as discussões recentes sobre políticas sociais na América Latina têm sido dominadas por debates em torno do financiamento e dos pagamentos, ou seja sobre a despesa em saúde, o que confirma o que antes se disse sobre as limitações dos estudos existentes.

1.6. Dimensão da área pesquisada

A análise das reformas dos sistemas de saúde partiu da selecção de seis países: três representativos do modelo planificado e três do liberal. Paralelamente, e aproveitando dados exteriores a esse estudo, procedeu-se à análise das tendências globais e específicas dos sistemas de saúde, conforma opiniões recolhidas nas obras consultadas.

Entende-se por tendências globais aquelas que reportam à evolução dos modelos como um todo e por tendências específicas as que reportam a uma unidade de análise ou a um pequeno conjunto destas.

A escolha dos seis países está convenientemente justificada no capítulo dedicado à metodologia. Em traços gerais, procurou-se seleccionar países que fossem representativos das inúmeras situações encontradas. É, por isso, um conjunto bem diversificado. Não se optou por uma amostra aleatória, porque a selecção poderia recair em países sem um sistema de saúde bem definido, sem dados disponíveis ou que não fossem representativos do universo que se queria estudar.

A análise das tendências globais e específicas abrangeu um leque maior de países, essencialmente integrantes dos continentes europeu e americano, da União Europeia, da OCDE, do Mercosul, da América Latina, consoante a abrangência que o autor quis dar. Há ainda algumas referências pontuais a estudos que abrangem a generalidade dos países.

No que respeita à análise dos seis países seleccionados para o estudo de casos, o período respectivo, grosso modo, vai de 1985 até 2010. Conforme se referiu, as reformas não ocorreram todas ao mesmo tempo, podendo também dizer-se que os países procederam mais de uma vez a alterações, mais ou menos significativas, do seu sistema de saúde, no período acima referido.

Tomaram-se como anos de referência do início das reformas, para cada país, os seguintes: Portugal – 2002; Reino Unido – 1991; Brasil – 1988; França – 1990; Holanda – 1989; EUA – 2010.

Como se referiu, procedeu-se também à análise das tendências globais e específicas. O período referente a esta última análise é, sensivelmente, o mesmo do estudo de casos relativo aos seis países seleccionados.

Uma das dificuldades que se coloca a qualquer estudo desta natureza é que ele decorre em simultâneo com a evolução do objecto da análise. Ou seja, o processo reformista não pára, sendo muitas vezes, inclusive, constituído por pequenas adaptações difíceis de identificar e classificar. Houve, por isso, que balizar o período respectivo, escolhendo um tempo o mais recente possível, que coincidiu com graves problemas económicos a nível mundial e profundas alterações dos sistemas de saúde.

Por outro lado, aquilo que se procura é descobrir a tendência das reformas dos sistemas de saúde, para verificar se há convergência dos dois modelos. Assim sendo, salvo variações bruscas ou rupturas pontuais, na maior parte dos casos posteriormente corrigidas, a verificação das tendências tem um período de validade que vai para além da própria análise.

A complexidade dos sistemas de saúde, na sua generalidade mistos, com uma vasta matriz de utilizadores, financiadores, pagadores, prestadores, profissionais, agências de controlo e acompanhamento e reguladores é também um condicionalismo importante, que faz com que a exposição seja mais extensa e complexa.

A omissão da publicação de dados económicos, financeiros e estatísticos, em particular, é também uma restrição importante. A fiabilidade dos dados publicados, embora em menor grau, pode também ser uma contingência a ultrapassar.

1.7. Aspectos mais relevantes da metodologia

Utilizou-se a análise qualitativa, por se considerar a mais adequada. Pontualmente, no que respeita a algumas variáveis, foi empregue, complementarmente, a análise quantitativa. O estudo de sistemas de saúde usa, por norma, a análise qualitativa, porque trata uma realidade dinâmica e complexa, em contexto histórico, tomando o ambiente social como fonte de dados, apresentados, essencialmente, no modo explicativo (Ludke e André *cit. in* Sacardo 2009).

A análise qualitativa exige um enorme poder de integração do investigador, o que ficou patente neste trabalho devido à utilização do método descritivo analítico para analisar cada sistema de saúde, antes e depois das reformas, e do método descritivo comparativo para avaliar a evolução e comparar os modelos.

Por seu turno, Miguel Gouveia (*cit.* in Rego 2008, p. 276) menciona especificamente a metodologia “diferença das diferenças”, enquanto processo de comparação no tempo de cada unidade hospitalar para, posteriormente, se apurar “a diferença das diferenças no tempo”. Esta metodologia aplica-se perfeitamente ao presente trabalho, mesmo que o objecto de estudo seja agora os sistemas de saúde.

De facto, esta investigação consiste em analisar detalhadamente cada sistema de saúde dos países seleccionados, nos períodos antes e depois das reformas. Depois, verifica-se o sentido da evolução por grupo de países (modelos planificado e liberal) e, em terceiro

lugar, compara-se a evolução de um modelo com outro, procurando detectar divergências e pontos comuns.

Paralelamente foram sendo recolhidos dados não directamente ligados àquela análise, que se designaram "dados exteriores". Estes consistem nas opiniões de diversos investigadores sobre as tendências globais e específicas (por unidade de análise) dos sistemas de saúde em geral (principalmente continentes europeu e americano). A sua interpretação possibilitou também a análise da convergência dos modelos.

O desenho do plano de pesquisa foi elaborado com base no trabalho desenvolvido por Pizam (1994), adaptado às características do presente projecto de investigação. Foram especificados os passos a seguir desde a formulação do problema até às conclusões, conforme consta do Capítulo VII.

Para a elaboração do trabalho foram consultadas obras científicas, estatísticas e legislação, em papel ou em formato digital, sobre os temas (política, economia, história, medicina, gestão, filosofia, saúde pública, estatística, organização de empresas e sociologia) relacionados com a temática.

Um dos aspectos essenciais da presente tese consistiu na construção do modelo de análise, que começou por permitir a concepção da tabela de caracterização respectiva, e que obedeceu às seguintes regras:

- Definição dos componentes e dos fluxos que caracterizam os sistemas de saúde;
- Definição dos critérios de valorização das unidades de análise;
- Enquadramento da análise das tendências globais e específicas;
- Justificação da escolha dos países e da classificação dos respectivos sistemas de saúde como planificados ou liberais;
- Definição do âmbito da convergência e dos indicadores respectivos.

De facto, a análise e comparação de sistemas de saúde pressupõe uma metodologia uniforme de abordagem dos diversos modelos. Foi, por isso, necessário identificar os componentes e os fluxos dos sistemas de saúde. As unidades de análise agregadoras (depois subdivididas em outras mais analíticas) foram, no que respeita aos primeiros as seguintes: Estado, População/Empresas, Gestores de Recursos Financeiros e Prestadores de Serviços. E no que respeita aos segundos: Financeiros e de Serviços.

O Estado aparece enquanto regulador e definidor dos princípios políticos que orientam os sistemas. A População/Empresas aparecem como contribuintes e utentes dos serviços de saúde. Os Gestores de Recursos Financeiros são abordados consoante o sector a que pertencem. Os Prestadores de Serviços são analisados em função da sua propriedade, legislação aplicável, gestão e planeamento. Os Fluxos Financeiros são vistos no que respeita à fonte do financiamento, à relação contratual entre gestores de fundos e prestadores e ao método utilizado para pagamento dos serviços. Os Fluxos de Serviços são analisados tendo em conta a circulação (liberdade de circulação dos utentes).

Como já se referiu, o quadro e os critérios de valorização das unidades de análise permitiram a descrição detalhada dos sistemas de saúde antes e depois das reformas. Para cada período, foram analisadas as tendências e os níveis de convergência de cada variável, sendo depois construídos dois quadros (para cada período), um com o modelo planificado e outro com o liberal, como se se tratasse apenas de dois países. Em seguida, foi efectuada a comparação entre os dois modelos, antes e depois das reformas, tendo sido apurado os índices de convergência e divergência respectivos, com o objectivo de verificar se aumentaram ou diminuíram. Numa segunda fase de verificação da convergência foi feito um estudo mais detalhado, através da interpretação dos valores das unidades de análise e dos níveis de convergência.

Tal como previsto no planeamento da pesquisa, procedeu-se ainda ao estudo das tendências globais e específicas, tendo-se cruzado o resultado desta informação com o do estudo dos seis países seleccionados.

Foi ainda feito um esforço no sentido de apurar a evolução futura dos dois modelos de sistemas de saúde.

1.8. Resultados e conclusões mais importantes

A tese foi desenvolvida de acordo com os objectivos delineados e os resultados e conclusões enquadram-se nas propostas apresentadas. Determinados fins justificavam o cumprimento anterior de outros, caso contrário não seriam realizáveis.

Começou-se, por isso, ao nível dos resultados e conclusões, por encontrar um definição de sistema de saúde que fosse a mais correcta e capaz de reflectir a abrangência que se queria imprimir ao estudo.

A definição proposta inclui os serviços prestadores de cuidados de saúde e os fluxos que entre eles se estabelecem, a sua organização e articulação, mas também os pressupostos

políticos, económicos e sociais que constituem os pilares ideológicos que orientam a sua actividade. Fugiu-se, por isso, aos conceitos mais orientados para sistemas de serviços de saúde, que apenas relevam os componentes e alguns fluxos que entre eles se estabelecem.

O segundo resultado intermédio identificou com rigor os componentes e fluxos dos sistemas de saúde, incluindo aqueles que são responsáveis pela sua organização e articulação, bem como os seus contribuintes e utilizadores. Definiram-se como componentes: Estado, População/Empresas, Gestores de Recursos Financeiros e Prestadores de Serviços. E como fluxos: Financeiros, de Serviços, de Informação. Cada uma destas unidades de análise (ou variáveis) foi decomposta noutras mais elementares.

A ideia base foi a de criar um conjunto o mais extenso possível, considerando que só assim se conseguiria caracterizar com rigor os diversos sistemas de saúde.

Daqui resultou um quadro referencial (terceiro resultado) que permite caracterizar os sistemas de saúde. Os Fluxos de Informação não foram tidos em consideração, por não serem, habitualmente, utilizados, por não diferirem significativamente de modelo para modelo e por não ser possível encontrar elementos que permitam a valorização das unidades de análise.

A construção do quadro, que contém um conjunto de 36 variáveis, implicou também a definição dos critérios de valorização destas.

A fase seguinte, no que respeita aos resultados (quarto resultado), teve como objectivo verificar se os sistemas de saúde, consoante o modelo, apresentavam características comuns e quais. Foi possível concluir, que cada modelo (o planificado e o liberal) apresenta as suas particularidades, ou seja, tem uma identidade própria, quer no período anterior às reformas, quer depois. Esta conclusão não invalida a convergência, uma vez que, como se verá, as divergências reduzem-se com o passar do tempo, o que conduz, cada vez mais, a modelos mistos, nos quais apenas um reduzido núcleo de unidades de análise tem características diferentes – o núcleo identificador do sistema.

A Divergência Total (percentagem de variáveis em que os países seleccionados têm valores totalmente diferentes), num e noutro modelo, é baixa e reduz-se após as

reformas: no modelo planificado passa de 22,2% (com inclusão do Brasil[1]) para 13,9%; no liberal passa de 16,7% para 5,6%.

Em traços gerais, as características que identificam o modelo planificado (características comuns) são, depois das reformas: a universalidade e a regulação do sistema; as contribuições com origem na generalidade dos impostos e o acesso aos cuidados de saúde fundado na residência; o papel do Estado na gestão dos recursos financeiros; a repartição mais ou menos equitativa da propriedade dos serviços e da legislação entre público e privado, enquadrados por um planeamento forte; o financiamento baseado em impostos e a preferência dada ao orçamento global como critério de afectação de recursos.

No que respeita aos países com modelo liberal, para o mesmo período, as características comuns mais importantes são, tendencialmente, as seguintes: universalidade, acessibilidade e liberdade de escolha; contribuições específicas com origem em empregados e empregadores e acesso aos cuidados de saúde centrado nos contribuintes; gestão dos recursos financeiros principalmente da responsabilidade da Segurança Social/Previdência; propriedade, legislação e gestão dos serviços essencialmente de natureza privada e planeamento forte; financiamento assente em descontos para a Segurança Social/Previdência.

O passo (o quinto) seguinte, no que respeita aos resultados e conclusões, permitiu concluir que as reformas mais importantes adoptadas no período em análise foram: o reforço das medidas de promoção da justiça social, perfilhado por ambos os modelos, mas com maior ênfase pelo liberal, que tinha aí um maior défice; a promoção de níveis de eficiência mais elevados, quer através de alterações na legislação, quer do maior relevo dado ao planeamento; a eleição de novas medidas de controlo dos custos.

Estas conclusões são reforçadas pela análise das tendências globais e específicas, que apontam também para dois vectores chave das reformas: a justiça social e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

As razões que conduziram ao movimento reformista (sexto resultado ou conclusão) estiveram, principalmente, ligadas à justiça social (cobertura da população para efeitos

[1] O Brasil tinha, antes das reformas, um modelo de sistema de saúde liberal. Passou, depois das reformas, para planificado. Sem a inclusão do Brasil no primeiro período, a Divergência Total era de 5,6%. Tomando como ponto de partida este valor, constata-se um aumento das divergências dentro do modelo, o que resulta do facto deste país ter ainda algumas características do modelo liberal. Mesmo assim, o valor é relativamente baixo – 13,9%.

de cuidados de saúde, fraca e desigual acessibilidade aos serviços, falta de equidade no acesso e no financiamento e baixos índices de solidariedade) e à sustentabilidade dos sistemas de saúde (acentuado crescimento das despesas, excesso de consumo, fraca eficiência dos serviços, baixo nível de regulação, fraca competitividade entre prestadores e entre gestores dos recursos da Saúde, e desorganização do mercado).

A sétima conclusão, tema central da tese, é a da clara convergência entre os dois modelos de sistemas de saúde, no período em análise. Quando não considerado o Brasil no período antes das reformas, o número de valores divergentes entre os dois modelos de sistemas de saúde passa de 23 para 13. Considerando o Brasil, a evolução é de 21 para 13. Constata-se também, que a convergência, depois das reformas, é reforçada por estar sustentada, pelo menos parcialmente, em características adoptadas pelos países, com peso significativo no seu funcionamento (e não, simplesmente, do baixo peso, ou da completa aleatoriedade, das variáveis respectivas). Em resumo, constata-se que depois das reformas a convergência resulta da adopção de medidas comuns.

Procedeu-se também ao estudo das tendências globais e específicas (oitava conclusão). A primeira aponta, na sua generalidade, para uma aproximação dos modelos de sistemas de saúde centrada nos valores sociais e na necessidade de melhorar a eficiência, tendo em vista a sua sustentabilidade.

A análise das tendências específicas, ou seja, variável a variável, revela uma convergência centrada nas variáveis universalidade, acessibilidade, liberdade de escolha e eficiência, bem como na separação entre prestadores e gestores de recursos financeiros, em melhorias ao nível da gestão, na redução do papel do Estado na prestação de cuidados, no reforço do financiamento público (para garantia da equidade e da solidariedade) e tendência para a utilização do sistema de contrato e do orçamento global. Da comparação destas conclusões com as do estudo de casos dos seis países seleccionados detecta-se uma quase total identidade de pontos de vista.

Por último (nono resultado ou conclusão), identificou-se a previsível evolução dos componentes e fluxos dos dois modelos nos próximos anos, tendo-se concluído pela tendência do reforço da convergência, sustentada ainda nos valores sociais e na sustentabilidade dos sistemas. A identidade dos dois modelos continuará a ser garantida, principalmente, pela divergência ao nível dos contribuintes, da fonte de financiamento e, possivelmente, dos gestores de recursos financeiros e do método de pagamento aos prestadores de serviços.

1.9. Benefícios e contributos

A relevância da pesquisa resulta do facto do estudo dos sistemas de saúde ser importante para os decisores políticos, pois permite-lhes conhecer as tendências, os resultados das medidas adoptadas, as formas de organização, as medidas de contenção de custos, etc.

Infelizmente, nem sempre as diversas medidas que os Governos pretendem adoptar são compatíveis. Por vezes são mesmo contraditórias. Colocam-se, por isso, questões importantes, que requerem soluções eficazes. Por exemplo:

- Como é possível compatibilizar a universalidade e acessibilidade, aspectos essenciais da generalidade dos Sistemas de Saúde, com o imperativo de melhorar os níveis de eficiência dos serviços?
- Quais as reformas a introduzir nos modelos de financiamento, tendo em conta as taxas de crescimento cada vez mais baixas da economia mundial e, muito em particular, da europeia, por um lado, e o crescimento acentuado dos custos com a Saúde, por outro?
- Qual o melhor modelo de pagamento dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, para que aquele não seja potenciador de maiores gastos, nem inibidor do desenvolvimento, nem redutor da qualidade ou da acessibilidade?
- Como conjugar a política de luta contra o abuso na utilização dos serviços com a necessidade de manter elevados níveis de acessibilidade e equidade?
- Até que ponto as alterações introduzidas nos modelos de gestão das unidades de saúde, bem como na legislação aplicável às mesmas, possibilitou ganhos de eficiência e eficácia?

É expectável que a presente investigação permita responder (ou dê pistas para tal) a estas e outras questões e descubra as tendências da evolução dos sistemas de saúde, contribuindo desta forma para a melhoria organizacional destes últimos, uma matéria que tem a máxima actualidade.

O conhecimento das medidas recentemente adoptadas nos países estudados e a análise das tendências globais e específicas dos sistemas de saúde a nível mundial ajudarão a conhecer o que de mais moderno existe sobre a matéria, as razões e os resultados das

reformas. Permitirá também fazer opções, tão importantes no momento actual, o que requer imaginação, mas também rigor.

Vive-se um período de grave crise económica mundial, em que a recessão ameaça alguns países. Mas já desde finais do Século XX que os governantes se debatem com problemas de fraco crescimento das respectivas economias. Num quadro deste tipo, como garantir a sustentabilidade das políticas sociais, em particular na Saúde?

A presente investigação dá a conhecer, em detalhe, as medidas implementadas nos países com modelos planificado e liberal seleccionados para o estudo de casos. A primeira conclusão a retirar é a do fim dos extremismos ideológicos que estiveram na origem de alguns sistemas de saúde. Já só há sistemas mistos – sistemas que, gradualmente, vão incorporando as virtudes de um e de outro modelo.

A esta primeira lição, que é um aviso muito sério no que respeita ao pragmatismo da governação, segue-se um conjunto de ideias, adoptadas aqui e ali, que poderão ajudar os diversos países a melhorarem a eficácia e a eficiência dos seus sistemas de saúde. Contudo, importa ter em atenção que, dificilmente, as medidas serão replicáveis sem as alterações que as moldem à realidade em questão. Os países não são iguais – não são iguais no seu nível de riqueza, na cultura da sua população, na sua história, no seu perfil epidemiológico, nos seus hábitos e costumes, nas suas expectativas.

O estudo permitirá abordar e realçar as diversas medidas adoptadas em cada país. Eis, para cada um deles, aquela que parece mais emblemática:

- *Portugal* – Merece saliência a alteração da legislação a que se subordinam os hospitais, que possibilita a sua saída do direito público para o direito privado. Desta forma, dá-se à gestão uma maior versatilidade, desburocratizando os aspectos ligados ao financiamento, à gestão do pessoal e às compras. A eficiência aumentou, facto já salientado em alguns estudos;

- *Reino Unido* – O aspecto central das reformas consistiu na criação de um mercado interno, gerador de uma maior competitividade e, consequentemente, de maiores níveis de qualidade e de eficiência. Em traços gerais, os *Primary Care Trusts* passaram a comprar serviços aos clínicos gerais e aos hospitais, gerando concorrência em cada um dos grupos. Estes últimos viram aumentada a sua autonomia;

- *Brasil* – O salto dado pelo Brasil foi enorme. De um sistema de saúde liberal e não universal, constituiu-se, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), num modelo planificado e descentralizado, no qual todos os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde;

- *França* – É um país cujo sistema de saúde tem beneficiado de reformas pequenas e graduais. Contudo, há uma que, pelo seu impacto nos valores políticos do sistema, tanto mais que se trata do modelo liberal, merece saliência, que é a transferência do direito de acesso dos contribuintes para os residentes;

- *Holanda* – A principal reforma consistiu na criação de uma caixa central de seguro, à qual os segurados pagam de acordo com o seu rendimento. Contudo, compete-lhes escolher a companhia de seguro, à qual pagam uma pequena parte do prémio, em função das regalias que cada uma oferece. A caixa central paga às seguradoras em função do estado de saúde dos beneficiários. Fica assim garantida a sustentabilidade e a competitividade entre estas últimas;

- *Estados Unidos da América* – A par do Brasil, foi outro país que promoveu uma reforma radical do seu sistema de saúde, através da aprovação do *Patient Protection and Affordable Care Act*. Entre os muitos objectivos desta legislação, saliente-se a extensão da cobertura, a redução do défice, a maior atenção dada à promoção da saúde e prevenção da doença e o reforço da regulação do Estado.

Do ponto de vista metodológico, a construção de um quadro de caracterização dos sistemas de saúde merece também uma referência especial, tanto mais que, até esta data, não existe qualquer modelo consensual. Na prática, os diversos investigadores e autores utilizam modelos de análise diferentes, consoante o que pensam e o objectivo dos trabalhos.

O quadro utilizado nesta tese é suficientemente abrangente para poder servir os objectivos mais exigentes. A sua esquematização é clara e a sua utilização por todos os que trabalham nesta área uniformizará a análise e a abordagem dos sistemas de saúde. O conjunto de 36 variáveis utilizadas para caracterizar os modelos abrange todos os componentes e fluxos que, de facto, os distinguem. Obviamente, o quadro não dispensa o texto detalhado com a explicação respectiva.

Apresenta-se também, implicitamente, uma proposta de valorização das variáveis e, caso seja esse o objectivo, os indicadores de análise da convergência/divergência.

1.10. Estrutura da tese

A tese foi estruturada tendo em vista os objectivos delineados. Estes foram subdivididos em três grupos, a que correspondem fases diferentes, mas ordenadas, do processo de investigação e de construção da tese. Teve-se ainda em consideração a metodologia escolhida.

Aparte este capítulo introdutório, a estrutura foi concebida de acordo com a seguinte estratégia:

- Numa primeira fase foi construída matriz de componentes e fluxos dos sistemas de saúde, o que implicou o estudo da evolução da Saúde ao longo dos séculos, dos princípios e valores que os integram e dos modelos de financiamento possíveis, até se chegar à sua definição e à classificação dos diversos modelos;
- Numa segunda fase, porque a tese está intimamente relacionada com as reformas efectuadas por diversos países em finais do Século XX, princípios do seguinte, estudou-se detalhadamente a problemática actual dos sistemas de saúde, no sentido de encontrar as motivações para as alterações;
- A terceira fase consistiu na definição da metodologia adequada à investigação, sendo de salientar a construção do quadro referencial de análise dos sistemas de saúde;
- A quarta fase assentou no estudo de casos de seis países seleccionados e na análise das tendências globais e específicas dos sistemas de saúde e das variáveis que os caracterizam, respectivamente;
- A quinta fase trata das conclusões.

À primeira fase correspondem os capítulos II, III, IV e V. No Capítulo II analisa-se a evolução da Saúde ao longo dos séculos, quer no mundo, quer em Portugal. Para além do progresso do conhecimento médico, avalia-se a forma como os serviços foram organizados, os princípios e valores que estiveram na base da prestação de cuidados de saúde e a participação do Estado, dos particulares, das instituições de caridade e dos privados com fins lucrativos. Consequentemente, relata-se o aparecimento dos primeiros modelos de sistemas de saúde, ainda na sua fase embrionária, e o seu desenvolvimento progressivo até aos dias de hoje. Este capítulo pretende, por isso, estudar a evolução da prestação de cuidados, dos valores e princípios que lhe estão

subjacentes, da sua organização e das razões das sucessivas alterações. Por essa razão, permite identificar os aspectos essenciais da caracterização dos sistemas de saúde, ou seja, aquilo que ao longo da tese se designou por unidades de análise ou variáveis. Possibilita também avaliar o peso relativo de cada uma delas ao longo da História. Como refere Ribeiro (2006, p.393), "Não é possível entender o desenvolvimento das formas e das instituições públicas e privadas sem atentar para os processo históricos".

O Capítulo III estuda os princípios e valores dos sistemas de saúde, condição essencial para determinar as bases de sustentação ideológica de cada modelo. Os temas abordados, aqueles que para o efeito se consideram mais importantes, são os seguintes: universalidade, generalidade, solidariedade, acessibilidade, equidade, eficácia, eficiência, intervenção do Estado, modelos de organização e gestão, e liberdade. Estas são características essenciais para identificar e descrever os sistemas de saúde. Compete ao Estado defini-las, pô-las em prática e garantir o seu cumprimento. Não as considerar no quadro de caracterização dos sistemas de saúde seria uma grave omissão.

O capítulo IV aborda as diversas modalidades de financiamento, agrupadas nas suas três vertentes: o financiamento propriamente dito (as fontes dos dinheiros utilizados no Sector); o regime contratual estabelecido entre os gestores de recursos financeiros e os prestadores de serviços; a metodologia utilizada para pagar a estes últimos.

O capítulo V, em parte na sequência do que antes se disse, aborda a definição de sistema de saúde – uma definição integral e sistémica, que foge à visão tradicional, mais ligada à organização dos prestadores de cuidados. Tomando ainda por base os capítulos anteriores, estuda-se detalhadamente os componentes e os fluxos dos sistemas de saúde e os dois modelos que servirão de base ao tema da tese. Complementarmente, descreve-se as diferentes formas de os classificar e avaliar. Este capítulo é pois a charneira deste trabalho: resume conhecimentos vistos em capítulos anteriores e define os parâmetros que serão utilizados daqui em diante.

A tese trata da comparação de sistemas de saúde, antes e depois das reformas introduzidas por diversos países, em particular nos continentes europeu e americano. Assim, a segunda fase, constituída pelo Capítulo VI, aborda as traves mestras da problemática actual que os diferentes modelos atravessam: a necessidade de promoção da justiça social e da liberdade de escolha num contexto de crescimento acentuado das despesas com a saúde; a importância da sustentabilidade dos sistemas e a enorme

preocupação em atingir níveis de eficiência mais elevados; a necessidade e a importância das reformas.

A terceira fase é formada pelo Capítulo VII, que aborda as questões metodológicas. Procedeu-se, inicialmente, à justificação da metodologia adoptada e à definição do respectivo planeamento, cujas etapas foram detalhadamente explicadas. As fontes, os procedimentos, as dificuldades e as limitações foram os aspectos abordados de seguida. Mas o mais importante, porque constava dos objectivos da tese, foi a construção do modelo de análise: a escolha dos componentes e dos fluxos, a sua valorização, o desenho do quadro de caracterização dos sistemas e a definição do significado e do enquadramento da análise das tendências globais e específicas. Procedeu-se, então, à justificação pormenorizada da escolha dos países, o que conduziu à construção de um quadro com a caracterização teórica dos modelos planificado e liberal, bem como outro com a realidade dos países antes das reformas. Para terminar, definiram-se os indicadores de convergência. O estudo desta foi estruturado em quatro fases distintas: análise da convergência por modelo de sistema de saúde; análise da convergência entre modelos de sistemas de saúde; análise detalhada da convergência; análise das tendências globais e específicas.

A quarta fase, correspondente ao Capítulo VIII, consistiu no estudo de casos: primeiro, a análise da evolução dos sistemas de saúde dos seis países seleccionados; segundo, a interpretação das tendências globais e por unidade de análise; terceiro, o tratamento de dados e a explicitação dos resultados.

A quinta, e última fase, consiste no Capítulo IX e trata das conclusões e dos desenvolvimentos futuros.

CAPÍTULO II

A EVOLUÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE

2.1. Introdução

Estudar a evolução da Saúde no mundo e em Portugal é o ponto de partida para se compreender a evolução dos sistemas de saúde e começar a dar corpo a este trabalho de investigação.

A organização e o funcionamento dos serviços de saúde em Portugal não tiveram, pelo menos até à década de setenta do Século XX, um contributo significativo do Estado. Apesar de algumas oscilações, resultantes do carácter mais liberal ou mais absolutista dos diferentes monarcas, a Saúde em Portugal teve sempre uma forte influência e participação das ordens religiosas, das comunidades locais, dos indivíduos e de outras organizações assistencialistas.

A escassez de meios da primeira república e o espírito retrógrado do Estado Novo mantiveram o Estado como agente supletivo do Sector. Só a partir de 1971, e com maior evidência desde 1974, é que o Estado se assume como o principal actor da Saúde em Portugal.

No contexto da evolução do Sector, os sistemas de saúde, tal como hoje são entendidos, são de construção recente. Ao longo dos séculos, por razões de diversa ordem, foram sendo criados serviços de saúde, muitas vezes com uma forte ligação à religião. Mas não estavam articulados entre si, não obedeciam a um planeamento prévio, nem tinham regras de funcionamento bem definidas e fiscalizadas. Não representavam, pois, um sistema de saúde.

Os grandes progressos do Século XX ao nível da medicina, da farmacologia e das tecnologias, a par do novo enquadramento dado às políticas de saúde, conduziram a formas cada vez mais sofisticadas de prestação de cuidados de saúde e, consequentemente, a novos modelos de organização e gestão, quer ao nível micro, quer ao nível macro.

A globalização crescente, as crises económicas de finais do Século XX, princípios do XXI, e o acentuado crescimento dos custos com a saúde, trouxeram novos problemas e conduziram a novas soluções. É este o conteúdo deste capítulo, mas, em certo sentido, também a base, o ponto de partida, para esta tese.

De facto, não é possível comparar sistemas de saúde sem analisar a evolução do Sector ao longo dos séculos, para perceber a sua constituição, faseamento de construção e tendências.

2.2. A nível mundial

2.2.1. O homem primitivo

Os sistemas de saúde são uma conquista relativamente recente da humanidade. Tal não significa, que as preocupações com a saúde e a doença não tenham começado há alguns milénios atrás. Os próprios serviços de saúde, incipientes, desorganizados e, muitas vezes, fruto de iniciativas individuais, foram criados há muito menos tempo.

Ignorantes perante acontecimentos cuja origem desconheciam, os povos começaram por temer as suas manifestações e prestar-lhes reverência. As inclemências da natureza, como por exemplo as trovoadas, os sismos, os incêndios, o mar alteroso e o vento forte, provocavam nos povos primitivos um medo difícil de ultrapassar, uma sensação de desconforto. Por isso, o homem primitivo atribuía origens sobrenaturais a muitos acontecimentos, inclusive às doenças.

As doenças, muitas vezes epidemias que matavam grande número de pessoas, e para as quais não tinham explicação científica, deixava-os na dependência de factores que desconheciam e para os quais não tinham qualquer tipo de defesa. Percebiam, contudo, que a natureza lhes fornecia, também, os alimentos e a protecção de que necessitavam. E assim, passaram a adorar, por exemplo, os rios e as fontes.

Foi neste contexto, que o homem primitivo criou as primeiras crenças e os primeiros rituais mágicos e magico-religiosos com o intuito de protecção da saúde e de cura da enfermidade. Esta associação entre religião e conhecimento no tratamento das doenças perdurou durante séculos e ainda hoje subsiste, mesmo nas sociedades mais evoluídas, misturando-se diariamente com os mais modernos desenvolvimentos da medicina. Já não tendo o pendor oficial de antigamente, a religião continua, mesmo assim, a ser uma prática recorrente de muitos grupos de pessoas, com o objectivo de ajudar na prevenção ou cura de uma doença.

A introdução da magia para a explicação de fenómenos que o homem primitivo não conseguia explicar, criou a necessidade de um intermediário mais capaz, às vezes mesmo mais oportunista, que se pensava estar mais próximo dos deuses que habitavam a natureza, os confins da terra ou a imensidão do céu. Precisava-se de alguém que dialogasse com as entidades supremas, donas do destino; alguém que entendesse a sua linguagem e fosse ouvido. Foi assim que surgiram os mágicos e os feiticeiros, e, mais

tarde, os sacerdotes[2], que aos medicamentos naturalistas juntavam a prática de actos mágicos ou religiosos. O médico só apareceu mais recentemente e, mesmo assim, no início, na dependência destes últimos.

Com o passar do tempo, o homem apercebeu-se que determinadas condições de vida ajudavam à protecção da saúde e, consequentemente, a uma maior longevidade, se bem que muitas vezes a sua adopção estivesse ligada a razões de segurança ou de comodidade. Estas práticas, não médicas, designaram-se por sanitárias. Consistiram, no seu início, na instalação de povoações junto a rios ou fontes, na construção de habitações seguras, na drenagem de pântanos, na captação de água, na evacuação de dejectos mal cheirosos e na localização junto a terrenos férteis, que possibilitassem o sustento dos habitantes. Gradualmente, a vida em grutas e a economia recolectora foram abandonadas. O uso de vestuário ajudou também à protecção da saúde.

Apesar desta evolução, as complicações do parto e as infecções originavam elevadas taxas de mortalidade. Estima-se que, no período que corresponde à existência do *homo erectus* e dos primeiros *homo sapiens*, a duração média de vida não ultrapassaria muito os 20 anos (Ferreira, 1990). É possível que eles tivessem consciência dos efeitos negativos da doença, mas por certo desconheciam as suas causas.

Como foi referido, o *homo sapiens* evoluiu, aprendeu a defender-se, a cultivar os seus alimentos, a criar gado e a construir uma habitação. Por altura do Neolítico, que começou cerca de 8000 anos antes de Cristo (a.C.), a sua esperança média de vida não seria superior a 30 ou 40 anos (Lyons e Petrucelli, s.d.). Alguns historiadores interpretam determinadas pinturas do Paleolítico como cultos com objectivos curativos. Há também vestígios de trepanações do crânio em homens do Neolítico, embora a sua explicação ainda mereça dúvidas: rito religioso, magia ou tratamento de fracturas.

Em resumo, poder-se-á caracterizar este primeiro período, como o da lenta aprendizagem do homem no que respeita à melhoria das suas condições de vida, factor essencial à melhoria do seu nível de saúde e à redução da taxa de mortalidade, bem como à prevalência de rituais mágico-religiosos na cura das doenças, que atribuíam a origens sobrenaturais.

[2] Foram muitas as designações dadas àqueles que no início eram os responsáveis pelo "tratamento" dos doentes. Para além das já mencionadas: homem-medicina; xamã; curandeiro.

2.2.2. As primeiras civilizações

As primeiras civilizações surgiram na Mesopotâmia, por volta do sexto milénio a.C. Nas cidades como Ur, Uruk e Nippur, a medicina era praticada por sacerdotes, que prestavam serviço na casa real, aos nobres e aos ricos. As classes baixas utilizavam os serviços dos barbeiros, que realizavam algumas intervenções cirúrgicas e tratavam dos dentes dos pacientes. Mas é significativo, que já na altura o poder político se preocupasse com a regulamentação da actividade médica e cirúrgica. O Código[3] de Hamurabi[4] dedicava-lhe 10 normas e um leque bastante variado de regras aplicáveis aos honorários e aos castigos para quem cometesse alguma falta, o que parece suficiente para aquilatar da importância dessas actividades. Datado de cerca de 1700 a.C. continha também regras a atender no tratamento das doenças e no comportamento dos médicos, indo ao ponto de fixar que os honorários destes últimos deveriam ser definidos de acordo com a classe social dos doentes. É pois curioso notar, que o médico recebia em função do nível de riqueza do doente. O tratamento de uma ferida grave custava 10 ciclos de prata a um homem livre, 5 ao filho de um plebeu e 2 a um escravo, valor que seria pago pelo dono deste. O tratamento de um osso fracturado era mais barato, ficando, no caso dos homens livres, por 5 ciclos de prata (Lyons e Petrucelli, s.d.). Estaríamos já perante um caso de equidade no pagamento e, em certo sentido, de solidariedade orgânica.

O crescente contacto entre os povos, proporcionado pelo aumento do número de habitantes e pelas vias de comunicação entretanto criadas, facilitaram a propagação das doenças. Os exércitos, os barcos, as cidades e as caravanas que juntavam multidões em fuga, ou em busca de melhores condições de vida, eram locais ideais para o aparecimento de grandes epidemias. A primeira terá ocorrido em 712 a.C. e vitimou grande parte do exército assírio de Senaqueribe[5], durante o cerco de Jerusalém. A segunda terá ocorrido em Atenas, em 430 a.C., no final da guerra do Peloponeso (Ferreira, 1990).

[3] O Código de Hamurabi foi, segundo se pensa, inspirado pelo rei com o mesmo nome e escrito numa estela por volta de 1700 a.C. Consistia num conjunto de leis que regulava a vida na Mesopotâmia e que abrangia os actuais direitos comercial, penal e civil.

[4] Hamurabi: nasceu por volta de 1810 a.C. e faleceu em 1750 a.C.; foi o sexto rei da primeira dinastia babilónica.

[5] Senaqueribe: filho de Sargão II, foi rei da Assíria de 705 a 681 a.C.; invadiu Judá em 701 a.C.

O aparecimento e a consciência das doenças originaram, como já foi mencionado, a entrada em cena de curandeiros e, mais tarde, de religiosos, que através de conhecimentos empíricos, da utilização de preparados de plantas e animais, e de oferendas e orações, procuravam o seu tratamento. Mágicos e feiticeiros, à medida que o tempo ia passando, foram dando lugar aos sacerdotes-médicos, detentores do conhecimento e, de uma forma geral, as pessoas mais evoluídas de então. Os médicos não sacerdotes eram muito raros e trabalhavam, muitas vezes, apenas para os governantes e para as famílias mais ricas.

Mas a preocupação com a doença originou também as primeiras iniciativas práticas organizadas, rudimentares, obviamente, tendentes à cura dos doentes. Na Babilónia antiga, de acordo com Heródoto (*cit. in* Ferreira 1990, p. 25 e 26):

> …quando um homem adoece, colocam-no numa praça pública e as pessoas que passam vão junto deles, e se elas próprias tiverem essa doença ou têm conhecimento de alguém que tenha sofrido dela, dão-lhe conselhos, recomendando-lhe que faça o que elas encontraram bom no seu próprio caso ou nos casos que conhecem; e a ninguém é permitido passar junto da pessoa doente em silêncio, sem lhe perguntar do que é que sofre.

Os primeiros hebreus herdaram dos mesopotâmicos as suas crenças e culturas, em particular o conceito que a doença era um castigo divino, conceito esse que, mais tarde, seria difundido por grande parte da Europa. A Bíblia menciona, algumas vezes, pragas e epidemias, dando especial atenção à lepra e às doenças psíquicas. Havia também um conjunto de regras às quais obedecia a medicina hebraica: os médicos, por sinal bastante considerados, pertenciam à tribo sacerdotal dos Levitas; não podiam actuar ao anoitecer, em dias nublados ou em quartos escuros; não podiam ter deficiências visuais. No que respeita aos medicamentos, existem provas que já os utilizavam (bálsamos, mandrágora, óleos e narcóticos, entre outros), se bem que em menor variedade do que os mesopotâmicos. Existiam cirurgiões profissionais a par de barbeiros e curandeiros que realizavam operações menores.

Séculos mais tarde, escreveriam o Talmude, documento fundamental no ensino de gerações e gerações de judeus, que continha também inúmeras referências à medicina. Mas, nesta altura, a influência vinha já dos filósofos gregos, que explicavam a doença como o resultado do desequilíbrio dos quatro humores orgânicos: fleuma, sangue, bílis amarela e bílis negra[6].

[6] A fleuma provinha do sistema respiratório, o sangue do coração, a bílis amarela do fígado e a bílis negra do baço.

Num outro quadrante geográfico, cerca de 2700 a.C., na China, apareceu o primeiro manuscrito que reunia um conjunto de ensinamentos sobre terapêutica. Cem anos depois é escrito uma outra obra sobre afecções internas e equilíbrio da saúde e da doença. Os primeiros milénios da civilização chinesa assistiram à produção de muitas obras sobre medicina – autênticas enciclopédias que reuniam todo o saber médico acumulado até à altura. Os chineses desenvolveram bastante a farmacopeia, praticada por boticários especializados, que preparavam remédios que se mantiveram em uso durante muitos séculos. O seu conceito de saúde apelava já ao bom funcionamento do organismo e à sua adaptação ao meio que o rodeia.

É interessante observar a importância que se dava na antiga China à prevenção da doença. O pai da medicina chinesa, Huang Ti[7], referia já (*cit. in* Lyons e Petrucelli, s.d., p. 121) que "o melhor médico é o que ajuda antes que apareça a doença".

Muito da prática médica chinesa assentou na acupunctura e na moxibustão[8]. Estes processos terapêuticos ainda hoje são adoptados, sendo conhecidos em todo o mundo.

Durante a dinastia Han (206 a.C. até 220 d.C.) existiam já numerosos hospitais, onde sacerdotes prestavam assistência médica a doentes pobres. Contudo, as alterações políticas verificadas na condução dos destinos da China conduziam, em determinados períodos, à sua substituição por templos.

No Egipto, a mumificação conduziu a um conhecimento mais profundo da anatomia humana, ao mesmo tempo que possibilitava o aperfeiçoamento da Química. Praticaram uma medicina naturalista, que só mais tarde se veio a confundir com a feitiçaria, tornando-se pouco objectiva. De qualquer forma, o médico-mor do faraó teve sempre papel destacado na sociedade.

À semelhança do que aconteceu nas outras civilizações antigas, também no Egipto proliferaram os curandeiros. Competia-lhes decidir se a doença de um determinado paciente deveria ser ou não tratada. Neste último caso, confiavam no livre curso da doença. Os médicos ocupavam-se das doenças mais graves, mas ainda assim apenas daquelas que tinham possibilidade de cura.

[7] Huang Ti, o imperador amarelo, reinou, aproximadamente, de 2697 a.C. a 2597 a.C. É-lhe atribuída a autoria do primeiro livro de medicina (Yellow Emperor's Inner Canon), se bem que alguns afirmem que foi elaborado em colaboração com o seu "ministro da medicina" de nome Qibo.

[8] Moxibustão é uma técnica que consiste em aquecer certos pontos ou zonas do corpo com uma erva seca chamada artemísia.

Desde 1600 a.C. que, no Egipto, já se conheciam livros sobre medicina, sendo um deles o papiro de Ebers, que se debruça sobre as doenças e os processos empíricos e mágicos tendentes à sua cura, bem como o papiro de Edwin Smith, sobre cirurgia (Lyons e Petrucelli, s.d.). Também aqui o trabalho médico estava regulamentado, estando previstas sanções por incumprimento da Lei. A par das orações e dos actos de feitiçaria, foi-se desenvolvendo a utilização de plantas, ervas e outras substâncias, que deram origem a pomadas, pílulas e supositórios, bem como a todo o tipo de tratamentos. A farmacopeia da primitiva medicina egípcia desenvolveu-se bastante e teve forte influência na de outras antigas civilizações.

A medicina egípcia conhecia já a especialização. Veja-se o que referia Heródoto no Século V a.C. (*cit. in* Lyons e Petrucelli, s.d., p. 101):

> A sua medicina está organizada da seguinte maneira: cada médico ocupa-se de uma doença e não de várias, e o país inteiro está cheio de médicos dos olhos, outros da cabeça, dos dentes, do abdómen e outros das doenças obscuras.

No Egipto, e durante muito tempo, os médicos foram remunerados em espécie, salvo os que trabalhavam no templo, que recebiam um salário e atendiam gratuitamente a plebe. Ganhavam bem e cobravam também pelos medicamentos que forneciam.

Pela mesma altura, também na Índia se entoavam hinos e recitavam preces e encantamentos com o objectivo de afastar as doenças. Ao lado destes processos menos científicos, ia-se desenvolvendo a utilização de dietas, iogas, drogas, sanguessugas e sangrias. A cirurgia, incluindo a estética, também foi utilizada com destreza. As cesarianas eram feitas com grande precisão e resultados bastante positivos.

Na Índia, os médicos podiam ser castigados se o tratamento prescrito não fosse o correcto. Os doentes curados, caso não pagassem, veriam confiscados os seus bens. No entanto, os brâmanes, os amigos e os pobres eram tratados gratuitamente. O preço dos actos médicos variava em função do nível de riqueza dos pacientes. Tudo isto constava das Leis de Manu, compiladas entre 200 a.C. e 200 d.C.

Os médicos eram estimados e a sua actividade assumia grande relevo na sociedade. O seu comportamento, assim como o dos seus alunos, deveria ser exemplar. Existia, inclusive, um compromisso ao qual deveriam obedecer, que em parte é semelhante ao Juramento de Hipócrates. Assentava nos seguintes princípios (Lyons e Petrucelli, s.d.):

- Dedicação ao doente (incluía a não comunicação da possível morte, caso isso fizesse mal ao paciente);

- Aperfeiçoamento dos conhecimentos;
- Conduta irrepreensível (não tratar a mulher sem ser na presença do marido; vestir e comportar-se bem);
- Segredo profissional.

Os historiadores acreditam que por volta do Século III a.C. já existiam hospitais na Índia. As instalações de saúde incluíam também dispensários, maternidades, farmácias e salas de operações.

Outros povos da altura tinham também as suas crenças e os seus métodos para tratamento das doenças. Na América pré-colombiana, utilizava-se uma mistura de religião, magia e empirismo, porque se acreditava que havia deuses que provocavam as doenças e outros que protegiam; porque se pensava que algumas maleitas tinham origem em feitiços encomendados por inimigos; porque, em menor grau de importância, também se usavam plantas e minerais no combate às doenças (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Os povos da América pré-colombiana tinham já alcançado um nível razoável no campo da cirurgia, nomeadamente no que respeita ao tratamento de feridas, estancamento de hemorragias, sangrias e trepanação de crânios. A Saúde Pública também não era descurada. Na capital azteca, havia uma especial preocupação com as condições sanitárias da cidade: sistema de esgotos moderno; latrinas públicas; recolha de lixo e seu depósito longe da população; limpeza de ruas.

As primeiras civilizações originam, por isso, novos riscos para a saúde pública e, consequentemente, a necessidade de adopção de medidas sanitárias importantes. Por outro lado, a proliferação de médicos, barbeiros, curandeiros, religiosos e simples oportunistas, que se dedicavam ao tratamento de doentes, levou os governantes a criarem legislação que regulamentasse essa actividade.

2.2.3. Grécia e Roma

Mas foi na Grécia, 500 a 400 anos antes de Cristo, que se deu o grande passo no sentido de compreender com maior rigor a doença. Não se percebe bem se Esculápio (Asclépio, em grego) foi um ser humano ou um deus. É certo que aparece citado na Ilídia, de Homero, descrito como médico e governante de Tricca. Mas a lenda dá-o, também, como filho de Apolo (deus protector da vida com saúde) e de uma mortal de nome Corônis. Este semideus tinha o poder de curar doenças (mesmo depois de morto) e,

inclusive, de ressuscitar pessoas. O seu culto, que atingiu o apogeu por volta do Século V a.C., irradiou a partir de Epidauro e os seus seguidores entendiam que o papel do médico era o de curar a doença já instalada, através da cirurgia, dos medicamentos ou da oração. O seu símbolo é um cajado no qual se enrola uma serpente, emblema da saúde, e está representado, ainda hoje, na bandeira da Organização Mundial de Saúde.

Epidauro (Séc. V a.C.) foi um centro de devoção, mas também um complexo de edifícios destinados à cura das doenças, que incluía instalações para a recepção e abrigo de doentes (albergue e sala de observação), banhos, ginástica, teatro e estádio. Os medicamentos utilizados tinham, no entanto, um leque muito reduzido. No Século IV a.C. existiam já muitos destes templos, dedicados a Esculápio, espalhados por muitos lugares da Grécia: Argólide, Mantineia, Gortina, Corinto, Egina, Atenas e Pireu, entre outros (Lyons e Petrucelli, s.d.). Em boa verdade, estes locais não eram hospitais, nem os seus sacerdotes médicos credenciados para o exercício da função. Mas é necessário enquadrar estes templos e esta "medicina" no espírito da época e no conjunto de conhecimentos então disponível, que ligavam fortemente a cura dos doentes à religião e à magia.

O culto de Esculápio durou muito tempo e foi bastante popular. Muitos doentes recorriam à sua ajuda, uma vez que os médicos laicos entendiam imprudente e imoral atender casos incuráveis. De facto, no mesmo período, praticava-se também uma medicina laica, de ruptura com a tradição mágica e religiosa (Graça, 2000c).

Desde o Século VI a.C. que se tentava explicar todos os fenómenos do ponto de vista natural e não a partir da magia e da religião. Tales de Mileto[9] pensava que a água era o elemento básico de toda a vida animal e não sustentava as suas explicações em causas sobrenaturais, se bem que aceitasse a ideia de divindade.

Foi a partir desta altura, que a medicina se começou a desenvolver fora do ambiente religioso, através da constituição de duas escolas médicas, naturalistas e racionalistas, nas cidades de Cnido e Cós (Ferreira, 1990). Na primeira pontificaram os filósofos e, entre eles, Pitágoras[10]. Na segunda (havia ainda escolas em Rodes e Cirene), que atingiu

[9] Tales de Mileto nasceu em Mileto, por volta de 624 a.C. e morreu cerca de 556 a.C. É considerado o primeiro filósofo ocidental e foi chamado o "pai da ciência". Dedicou-se a uma enorme variedade de áreas do conhecimento.

[10] Pitágoras nasceu em Samos, cerca de 571 a.C. e morreu em Metaponto, cerca de 497 a.C.

maior distinção, imperou Hipócrates[11]. Os princípios e valores que devem pautar a actividade do médico constam do juramento que tem o nome deste último, se bem que não esteja garantido que seja da sua autoria. Os pontos fundamentais em que assenta este documento são os seguintes:

- Respeito pelo mestre; obrigação de ensinar.
- Aplicação dos conhecimentos apenas para o bem dos doentes; não prejudicar a vida do feto; não interferir com a prática de cirurgia.
- Evitar a corrupção; não se aproveitar dos doentes; sigilo profissional.
- Cumprir o juramento para ser um homem realizado; não o cumprir e ser um falhado.

A escola de Cós atingiu elevada notoriedade. Foi aí que "a exploração física se elevou à condição de arte médica" (Lyons e Petrucelli, s.d., p. 199). Os seus seguidores entendiam que não se devia esconder do doente o seu estado de saúde e preocupavam-se com a análise dos seus hábitos, estados emocionais, ambientes e comportamentos.

Apesar da mudança de mentalidades quanto à doença, a situação do doente não mudou muito, continuando a ser habitual abandona-lo sempre que não havia hipótese de cura. A teoria dos quatros humores orgânicos e da importância do seu equilíbrio manteve-se.

Os que tinham possibilidades financeiras para o fazer tratavam a sua saúde junto de praticantes de medicina competentes. Os mais pobres recorriam, se possível, aos templos.

Na opinião de Platão[12], os Governos deveriam ser responsáveis pela saúde dos seus cidadãos e evitar as consequências negativas da pobreza e da sobrepopulação. Conceitos antigos que ainda hoje guiam o ideário político de muitos países.

Um dos discípulos de Platão foi Aristóteles[13], cujos trabalhos se ocuparam também das questões ligadas à saúde, em particular as investigações que efectuou sobre os seres humanos e os animais, sendo por isso considerado o fundador da anatomia comparada.

[11] Hipócrates nasceu em Cós, em 460 a.C. e morreu em Tessália, em 377 a.C., sendo habitualmente considerado o pai da medicina. Fundamentava a sua prática na teoria dos quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra.

[12] Platão nasceu em Atenas, possivelmente em 427 a.C., e morreu cerca de 347 a.C.

[13] Aristóteles nasceu em Estagira, em 384 a.C. e morreu em Atenas, em 322 a.C.

A partir do Século IV a.C. o desenvolvimento da medicina sofreu um forte revés devido à decadência da Grécia, só voltando a recuperar na mudança do Século III para o Século II a.C., com a escola de Alexandria e os seus estudos sobre anatomia descritiva. A desagregação da escola e a constituição de grupos rivais voltou a colocar um travão no progresso científico do pensamento médico.

No Século III a.C. surgiu uma nova escola, a dos empíricos, que não atribuíam importância especial à causa da doença, salientando antes o acto médico de tratamento e cura do doente.

Como se referiu. após a morte de Hipócrates o novo polo de desenvolvimento da medicina foi em Alexandria, tendo mais tarde sido introduzida em Roma. O centro do poder deslocou-se, cerca de 146 a.C., para este país. As escolas de medicina e o desenvolvimento do conhecimento nesta matéria tiveram também novos pólos de atracção e uma renovada actividade.

Este novo período áureo foi dominado por Galeno[14], médico e filósofo que retomou a linha de Hipócrates, apesar da oposição de alguns dos seus contemporâneos. O seu trabalho foi relevante não apenas pela sua extensão, mas também pela sistematização que imprimiu aos estudos e pelo registo que deixou dos seus trabalhos. Contudo, no período que se vem analisando, foi também significativo o contributo de outros médicos, entre os quais Areteu da Capadócia, que contribuiu para o estudo da diabetes, da difteria, da pneumonia e da enxaqueca. Ou ainda Cornélio Celso que deixou numerosos estudos sobre matérias tão diversas como a prevenção da doença, a história da medicina, a ética médica e a cirurgia (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Contudo, antes de Galeno a Saúde não tinha merecido grande atenção por parte dos governantes. Considerada uma actividade menor, a medicina não era praticada em público, salvo por alguns curadores, que não eram considerados médicos, que actuavam em banhos, barbearias e teatros.

Apesar de tudo, fundaram-se enfermarias para escravos doentes, por vezes também utilizadas por romanos livres. De acordo com alguns autores (Lyons e Petrucelli, s.d.), em Roma, imediatamente antes de Galeno, não havia instituições para hospedar doentes,

[14] Galeno nasceu em 131, em Pérgamo, e morreu cerca do ano 200, na Sicília, em Roma (onde viveu grande parte da sua vida) ou na sua cidade natal. Foi o mais famoso médico do seu tempo e os seus trabalhos tiveram influência durante milénios. Foi quem demonstrou, pela primeira vez, que as artérias conduziam sangue e não ar. Foi médico particular do imperado romano Marco Aurélio.

salvo, em certas circunstâncias, as casas dos próprios médicos. Os primeiros serviços de saúde tiveram como destinatários os soldados: primeiro foram albergados em tendas afastadas das restantes; depois em hospitais construídos para o efeito, nos locais fronteiriços onde as guarnições permaneciam. Eram edifícios imponentes, bem construídos e bem apetrechados de instrumentos e equipamentos.

Os romanos deram também uma especial atenção à Saúde Pública (banhos públicos, termas e retretes públicas, limpeza de ruas, esgotos, abastecimento de água). Terá sido nesta área, aliás, que o seu trabalho foi mais profícuo. Foram também eles que criaram a figura da "autoridade sanitária local", o edil (Graça, 2000c).

O primeiro hospital civil surgiu em Roma, apenas no ano 394, fundado por uma cristã de nome Fabíola[15] (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Este é, pois, o período em que surgem as primeiras escolas para o ensino da medicina fora do ambiente religioso, no qual se inicia a defesa da responsabilidade do Estado perante a saúde dos seus cidadãos e, portanto, pelo carácter colectivo desta. Representa ainda o esforço dos princípios da saúde pública e a consagração de dois grandes vultos da medicina: Hipócrates e Galeno.

2.2.4. A Idade Média

O trabalho de Galeno foi retomado pelos árabes na passagem do primeiro para o segundo milénio e, posteriormente, desenvolvido e divulgado pelo Norte de África, pelo Médio Oriente e pela península Ibérica. Deixaram um legado importante, não apenas nos medicamentos, mas também no que respeita ao uso do algodão para pensos e à ventosa. Pela mesma altura, merece referência o trabalho clínico e os conhecimentos dos médicos judeus, muito semelhantes aos dos árabes.

A cultura judaico-árabe, apesar da sua evolução, manteve a tradição de associar à medicina, a magia e a feitiçaria. Mas importa também salientar o seu contributo na difusão das regras de higiene, dos banhos públicos e do isolamento dos doentes.

A associação da doença ao pecado fez com que as religiões pagãs abandonassem aqueles que, na sua óptica, tinham caído em desgraça. Em contrapartida, a igreja cristã salientava a missão dos que se dedicavam ao tratamento e cura dos doentes, assumindo que a Graça de Deus poderia curar os enfermos e, em simultâneo, contribuir para a

[15] Há alguma confusão quanto aos primeiros hospitais civis romanos. Para além do mencionado, é ainda citado um hospital fundado por Santa Helena (mãe do imperador Constantino) em 330.

salvação dos primeiros. Foi na sequência desta filosofia, que os cristãos construíram uma série de instituições para doentes, deserdados, pobres, anciãos, estrangeiros, abandonados e órfãos.

Os hospitais cristãos deste período eram, muitas vezes, construídos e suportados por mulheres de "boa estirpe" (Lyons e Petrucelli, s.d., p. 272) e terão sido os primeiros a ajudar os pacientes pobres durante longas estadias. Na tentativa de combater este estado de coisas o imperador Julião tinha já promovido, no Século IV, a construção de hospitais pagãos.

A Idade Média, propriamente dita, começou no ano 476 com a queda de Roma às mãos dos godos. Terminaria em 1453 aquando da tomada de Constantinopla pelos turcos. Foi um período de forte queda da confiança do homem em si próprio. Uma época em que a fé prevaleceu e se verificou o regresso à medicina de cariz mais popular, apesar da importante excepção ocorrida nas ilhas britânicas, protagonizada, em grande parte, pelos irlandeses, que associavam as funções médicas e religiosas.

Em 529 S. Bento de Núrsia muda-se para Monte Cassino, onde funda um mosteiro que viria a ser o pólo de irradiação da Ordem de S. Bento. Os estatutos desta englobavam o tratamento dos doentes, alicerce fundamental para trabalho dos beneditinos. Os mosteiros da Ordem incluíam uma farmácia, um jardim botânico, uma biblioteca e uma enfermaria. Contudo, a crença de que a cura dos doentes se poderia realizar apenas pela intervenção divina foi sempre um entrave ao desenvolvimento da medicina, tendo-se, inclusive, perdido muitos dos conhecimentos anteriores.

Mas é também neste período, exactamente em 534, que é promulgado um código com cláusulas sobre administração hospitalar. Os hospitais passam a ser vistos como um património distinto do da igreja, se bem que sob autoridade do bispo. Passa ainda a existir um Provedor com a incumbência da manutenção e conservação das instalações hospitalares (Graça, 2000c).

Os médicos passaram a centrar a sua actividade nos mosteiros e os processos de cura consistiam, muitas vezes, na oração, na utilização de amuletos com imagens santas, no exorcismo e no toque com as mãos (Lyons e Petrucelli, s.d.). Muitos deles, como é o caso de S. Pantaleão, S. Lucas, S. Cosme e S. Damião, exerceram a sua actividade a título gratuito.

Com o desenvolvimento deste sentimento contrário aos conhecimentos anteriormente adquiridos por gregos e romanos, muitas das suas obras perderam-se. Caberia aos árabes, a partir do Século VII, a conservação, e até o desenvolvimento, desse saber médico, que mais tarde seria divulgado na Europa.

Aos árabes é reconhecida também a eficiência do funcionamento dos seus hospitais, que marcam uma ruptura com o passado. Os muçulmanos não abandonaram a mistura entre medicina e religião, mas aceitaram a importância do papel do médico, acreditando que a intervenção divina se processava através do seu trabalho.

Os médicos árabes mais importantes neste período da história foram: Razi, Avicena, Haly Abbas e Isaac Judaeus. Destes, o que mais influenciou a evolução posterior da medicina foi o segundo. Avicena foi um admirador de Aristóteles e estudou inúmeras matérias, entre as quais a anatomia, a fisiologia, a medicina e a cirurgia. Aos 21 anos escreveu uma enciclopédia científica e durante toda a sua vida terá sido autor de quase cem obras. Não há a certeza que tenha praticado medicina, mas é indesmentível que tenha comentado textos antigos, escrito muitas obras e compilado um apreciável conjunto de conhecimentos que foram, nos séculos seguintes, matéria de estudo de todos os que quiseram abraçar essa profissão. Merece ainda saliência Averrois, médico e filósofo, que defendeu a responsabilização do poder político por determinados aspectos da Saúde, em particular os cuidados hospitalares (Sakellarides, 2006).

As condições sanitárias e de higiene no mundo islâmico não eram muito diferentes das que vigoravam na Europa. Mas os hospitais e a assistência em geral eram bem melhores nos países muçulmanos. No Cairo, em Damasco e em Bagdad existiam hospitais bem organizados, que na altura granjearam grande fama. Foi neste último que Razi ensinou e praticou medicina, tendo iniciado o registo sistemáticos dos casos clínicos.

No Século X, a escola de Salerno, próximo de Nápoles, havia já adquirido fama apreciável. Tinha sido fundada no século anterior. Sakellarides (2006) considera-a a primeira Escola Médica. O ensino da medicina assentava essencialmente na prática. Muitas outras universidades, entretanto criadas, começaram a lançar as bases de uma formação médica capaz, que não era proporcionada pelos mosteiros, onde também se praticava medicina, conforme já se viu. O acesso ao curso universitário de Medicina era limitado às classes altas da sociedade e, em maior ou menor grau, havia sempre ligação à igreja. Apesar deste controlo, a medicina monástica foi perdendo importância, tendo inclusive os municípios negociado (Séculos XII e XIII) a transferência dos hospitais e

de enfermarias da igreja para o seu controlo. Foi neste altura que nasceram alguns dos maiores hospitais europeus: Hôtel-Dieu, em Paris; Santo Spirito, em Roma; St. Thomas, em Inglaterra; St. Bartholomew, também em Inglaterra (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Outro traço marcante na área da Saúde, na Idade Média, é a criação de ordens monásticas com o objectivo de prestar assistência aos cruzados que se deslocavam à Terra Santa. Assim, no Século XI foi criada a Ordem dos Cavaleiros do Hospital de S. João de Jerusalém (ou Hospitalários) e, no Século XII, a Ordem dos Cavaleiros do Templo de Salomão (ou Templários), a Ordem de S. Lázaro e a Ordem dos Cavaleiros Teutónicos.

No império romano do Oriente foram criadas muitas instituições de assistência com um modelo organizacional próprio, que importa salientar: regulamento de funcionamento, corpo de pessoal com funções de administração e outro de direcção técnica. Estavam já organizados por sexo e patologia (Graça, 2000c).

Apesar de alguns progressos verificados na Idade Média, nomeadamente os que respeitam ao desenvolvimento da medicina nos países muçulmanos e ao fomento do ensino universitário e construção de novos hospitais na Europa, a verdade é que o misticismo e a religião continuaram a ocupar um papel muito representativo nesta área. Por outro lado, barbeiros, charlatães e curandeiros continuaram a exercer a sua actividade na área da Saúde, prestando assistência aos mais pobres e ocupando uma parcela de mercado importante.

Contudo, muito do espírito cristão subjacente aos cuidados de saúde deste período, mantém-se ainda nos dias de hoje, nos modernos hospitais: a capela, o capelão, a morgue, o crucifixo nas enfermarias, o voluntariado, os cuidados de enfermagem e a respectiva formação de pessoal da responsabilidade de ordens religiosas femininas e a prestação de cuidados pelas instituições privadas de solidariedade social.

Em resumo, este foi o período do grande desenvolvimento da intervenção cristã no Sector da Saúde e da concepção de hospitais estruturados e geridos de acordo com princípios que, em parte, ainda vigoram. É também o do aparecimento de novos medicamentos e materiais de consumo clínico.

2.2.5. O Renascimento

Este é o período marcado pelo regresso aos textos hipocráticos e caracterizado por “uma nova valorização da observação dos fenómenos naturais” (Lyons e Petrucelli, s.d., p.

369). É também aquele no qual surgem os primeiros médicos humanistas: Niccoló Leoniceno, Thomas Linacre, Paracelso (Theopharastus B. von Hohenheim) e Joe Fernel, entre outros. Paracelso será, possivelmente, o mais conhecido, uma vez que foi denominado o "pai da farmacologia". Enfrentou os médicos do seu tempo, defensores dos clássicos, ao advogar o abandono do latim como língua académica e ao defender a utilização de medicamentos químicos.

O Renascimento representa pois a prevalência do mundo natural e do método experimental, adoptados pelos empiristas, em confronto aberto com os seus antecessores.

Os municípios continuaram a financiar os hospitais, sendo ainda de salientar o encerramento de muitas leprosarias, devido à diminuição da incidência da doença, e a abertura de asilos destinados a doentes do foro psiquiátrico.

A *workhouse*, na Inglaterra, e o *hôpital générale*, na França, foram pensados para reprimir e controlar a pobreza, bem como para "ajudar os pobres a encontrar o caminho da fábrica" (Graça 2000d, p. 1). Alguns estabelecimentos de saúde prestavam cuidados aos doentes pobres, enquanto outros, em particular o hospício, controlavam socialmente os indivíduos *menos desejáveis*: loucos, sifilíticos, deficientes, marginais, pobres, criminosos, órfãos, velhos, mendigos e prostitutas, entre outros.

Em 1656, Luís XIV ordenou a proibição e a repressão da mendicidade em França. Alguns estabelecimentos de saúde transformaram-se em *hôpital générale*, ou seja, em casas de correcção com oficinas e missa diária. O poder político acentua a sua intervenção na área da saúde, com o objectivo claro de controlar determinados grupos sociais. Com o absolutismo surge também uma corrente de opinião pela defesa de um sistema público de assistência e pelo afastamento do clero (Graça, 2000c).

Um dos médicos mais importantes deste período terá sido Vesálio, que nasceu em Bruxelas e estudou em Paris e Pádua, e cujos estudos sobre anatomia e cirurgia foram de extrema importância.

Numa outra área, no início do Século XVII, os padres das paróquias inglesas começaram a recolher dados sobre baptizados, matrimónios e mortes, que transmitiam à corte. Deu-se assim início à compilação de estatísticas sobre taxas de mortalidade. Apesar disso, os profissionais de saúde, de início, não ligaram muito às potencialidades

desta recolha de dados. Seria um político, John Graunt, que acabaria por dinamizar a utilização dos dados paroquiais.

No Renascimento assiste-se ao desenvolvimento da farmacologia. Mas este período caracteriza-se também pela utilização dos serviços de saúde pelos governantes com o objectivo de controlar a marginalidade e pelo início da recolha de dados estatísticos que se revelariam fundamentais à correcta planificação da Saúde Pública.

2.2.6. A era da revolução científica

O Renascimento terminou em meados do Século XVII, dando lugar à designada era da revolução científica[16], durante a qual os cientistas se passaram a preocupar mais com a forma como as coisas ocorrem e não porque é que ocorrem.

Do ponto de vista da Saúde, foi o período no qual se verificaram avanços significativos em diversas áreas, entre as quais no estudo da Embriologia e da Circulação Sanguínea. Inventou-se o termómetro, se bem que já existissem formas antigas e mais rudimentares de medir a temperatura, e aperfeiçoou-se o microscópio, que também já existia há alguns anos, mas que a partir deste período passou a permitir a observação de material biológico.

As condições sanitárias da população estavam muito longe do que se poderia considerar como aceitável e a Saúde Pública, tomando por base estudos e relatos sobre a comunidade londrina, era muito descurada. As principais vítimas seriam as crianças, frequentemente deixadas ao abandono, internadas em asilos ou embarcadas para a América. Neste contexto, as crianças pobres não recebiam qualquer tipo de cuidados médicos. As doenças infecciosas atingiam, muitas vezes, uma elevada percentagem da população.

Em 1661, John Graunt, já mencionado no ponto precedente, publicou um importante livro com a análise das taxas de mortalidade durante um período de 60 anos, que teve um forte impacto sobre a classe médica. Na elaboração da obra teve a colaboração de Sir William Petty. Este político acreditava que os hospitais poderiam servir, simultaneamente, para o tratamento de doentes, a formação dos médicos e a investigação.

[16] Designação atribuída por Lyons e Petrucelli (s.d.).

O contributo de Sir William Petty estendeu-se também à organização do sistema de saúde, por muito incipiente que ele na altura fosse. As suas ideias incluíam a separação de hospitais destinados às vítimas da peste, a criação de instituições especializadas na maternidade e de organismos públicos dedicados à saúde de determinados grupos profissionais, bem como a nomeação de um Conselho Geral responsável pela planificação da Saúde Pública (Lyons e Petrucelli, s.d.). Muitas destas ideias eram demasiado avançadas para o seu tempo e não foram aplicadas.

Contudo, os trabalhos estatísticos de Graunt tiveram consequências notáveis, passando a ser utilizados por muitos investigadores. Data da segunda metade do Século XVII a criação do conceito de esperança média de vida.

Este período assistiu também a uma maior preocupação do Estado com a saúde dos seus cidadãos, em particular nos principados germânicos. Um pouco por toda a Europa, os municípios continuaram a ser os grandes responsáveis pelas questões de Saúde, tendo-se verificado alguns melhoramentos no que respeita à higiene (recolha de lixos, limpeza de esgotos, abastecimento de água e respectiva fiscalização) e à construção de hospitais para tratamento de doenças agudas, já no Século XVIII.

Em 1754, em França, um édito sujeita a fundação de hospitais a prévia autorização régia. E, um pouco mais tarde, na década de 80, promulga-se um conjunto de leis que impõe a esses mesmos estabelecimentos um maior controlo por parte do Estado, inclusive no que respeita à sua contabilidade. A administração hospitalar continuava a ser ocupada pelos notáveis (clero e nobreza), embora já se começasse a fazer sentir a presença de uma nova classe em ascensão: a burguesia. O pessoal administrativo era constituído pelo tesoureiro, pelo ecónomo e pelo secretário. Estavam também previstos mecanismos de escrituração, controlo e autorização de despesas, bem como de sanções por incumprimento do disposto na legislação. Nos maiores hospitais, alguns cargos tinham ajudantes (Graça, 2000c).

Ainda segundo Graça (2000c), em Inglaterra vinha já sendo adoptado um modelo organizacional semelhante, que apontava, contudo, para dois níveis de pessoal: os *governors* (pessoal dirigente) os *officers* (funcionários). Também em Portugal, no Hospital Real de Todos os Santos, se fazia distinção entre “oficiais maiores” e “oficiais pequenos”. Os *governors* incluíam: o presidente, o tesoureiro, os vedores, os *scruteners* (responsáveis pelas ofertas e legados) e os fiscais. Os *officers* eram: a *matron*

(hospitaleira), os enfermeiros, o *steward* (ecónomo), o escrivão, o cozinheiro, o despenseiro, o porteiro, o cirurgião e o barbeiro.

A organização hospitalar deste período não parece preocupar-se muito com os cuidados médicos, dando mais atenção às questões do financiamento e dos serviços gerais, que alguns designam por hoteleiros. Os médicos continuam a não perder muito tempo nos hospitais, que estão entregues, essencialmente, aos enfermeiros. As enfermarias continuam a ser, em boa parte, um local de estadia ou abrigo dos seus utentes.

Foi neste último século que os cirurgiões franceses e ingleses conseguiram eliminar os últimos vestígios de supremacia dos médicos, colocando a sua classe em igualdade com a destes. Os barbeiros, salvo procedimentos menores, foram proibidos de praticar cirurgia.

Uma consulta por um médico qualificado era, contudo, muito cara, estando acima das possibilidades da maior parte das pessoas. Por isso, em pleno Século XVIII o recurso aos charlatães era ainda frequente. Por outro lado, os dispensários eram escassos e os hospitais não tinham ainda organização suficiente para dar uma resposta cabal à procura. Este vazio possibilitou o desenvolvimento dos boticários, que foram, gradualmente, substituindo os médicos na fatia de mercado que estes não ocupavam.

Este século assistiu ainda à criação da primeira vacina contra a varíola (1796), cujo autor foi Edward Jenner (Sakellarides, 2006).

Este período caracterizou-se, portanto, pelo aparecimento, em Inglaterra, do primeiro estudo epidemiológico utilizando estatísticas sobre taxas de mortalidade e pelo aprofundamento da organização e gestão hospitalares. As questões relacionadas com o financiamento passaram a ocupar lugar de destaque.

2.2.7. O início da moderna Saúde

O Século XIX é, em certa medida, a continuação do êxito que a medicina teve no período precedente. Mas há dois factos que o marcam de forma indelével: a anestesia e a descoberta dos microrganismos como causa das doenças (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Por outro lado, a construção de fábricas implicou a deslocação de enormes massas de operários e o crescimento de inúmeras cidades. As condições de trabalho e a aglomeração de pessoas nos designados bairros operários colocaram novos problemas à

Saúde Pública e implicaram reajustamentos no funcionamento dos médicos e na organização dos hospitais.

Pela primeira vez, torna-se evidente a preocupação dos governantes com a saúde dos trabalhadores, não apenas por razões humanas ou sanitárias, mas também por motivos económicos. Operários doentes têm menores índices de produtividade e a possibilidade de contágio torna ainda mais imperativo o tratamento da respectiva doença.

Assim, não foi apenas a medicina que verificou um desenvolvimento extraordinário; nem o exercício da profissão de médico ou a organização dos serviços de saúde. Foi também o pensamento político sobre Saúde e, consequentemente, foi uma época que marcou uma alteração profunda na arquitectura do Sector.

Em 1848, Edwin Chadwick aborda a questão da saúde e as condições sanitárias dos trabalhadores ingleses. Foi o ponto de partida para uma maior consciencialização do poder político em relação à Saúde Pública.

Disciplinas como a Fisiologia, a Química, a Farmacologia, a Biologia (com a teoria celular), a Anatomia (com as primeiras noções sobre os microrganismos como agentes da doença), a Embriologia e a Patologia (com a utilização das autópsias para a explicação das doenças) tiveram um grande impulso.

O Século XIX assiste também à "eleição" do hospital enquanto centro do processo de investigação, através de uma aliança bem conseguida entre trabalho de laboratório, autópsias, observação e tratamento das doenças.

Como médico, investigador e político emerge, entre outros, Rudolph Virchow. Lyons e Petrucelli (s.d., p. 508) dizem a seu respeito:

> A infatigável energia e a viva inteligência de Virchow levaram a envolver-se noutros campos vizinhos da patologia: antropologia, arqueologia, história, política, saúde pública e sociologia. O seu zelo pelas reformas baseava-se na ideia de que as condições sociais eram as responsáveis pelas epidemias; defendeu uma organização do ensino e da prática da medicina.

Ao estudar a distribuição, na população da Silésia do Norte, de uma epidemia de tifo, Virchow foi também um epidemiologista (Sakellarides, 2006).

No início do Século XIX, Paris foi o centro da medicina clínica. Um dos factores que contribuiu para tal foi a Revolução Francesa. Abolidos velhos preconceitos, passou-se a dar maior importância à observação do doente e à prática. Sendo o hospital o núcleo central da prestação de cuidados, a acção médica passou a abranger todas as classes sociais. O Governo passou a ser o responsável pelo planeamento da Saúde Pública.

A Revolução Francesa introduziu, aliás, três novas ideias com forte influência na Saúde (Rochaix, *cit. in* Graça 2000d):

- O espírito científico (ou a recusa da ordem natural);
- A responsabilidade da sociedade (em vez do dever religioso);
- O papel primordial do Estado no que respeita à assistência.

O centro da medicina clínica passaria, posteriormente, para a Grã-Bretanha e depois para os países germânicos. Um dos contributos dos ingleses neste período foi o da organização interna dos hospitais em departamentos, através do agrupamento de doenças que seriam matéria de estudo de cada um deles. Esta iniciativa, da responsabilidade de Richard Bright, pode ser considerada precursora da especialização médica. Mas a introdução desta não foi pacífica, uma vez que muitos médicos entendiam que ela prejudicava o doente. Contudo, o progresso da ciência e a pressão de factores sociais e económicos foram decisivos.

Entretanto, as reformas levadas a cabo em França conduziram ao colapso financeiro dos hospitais, falhando assim o conjunto de ideais generosos da Revolução na área da Saúde. Ainda em pleno Século XIX, passa a imperar a neutralidade do Estado, o primado da beneficência e o livre jogo do mercado (Graça, 2000d).

Ao nível dos tratamentos médicos, começou também a inverter-se a solução adoptada em relação aos casos clínicos sem solução e que consistia em deixar a doença seguir o seu curso. Alguns profissionais começaram a defender a necessidade de terapias, mesmo nessas situações.

A descoberta da anestesia permitiu avanços consideráveis na cirurgia, uma vez que passou a ser possível realizar intervenções de mais longa duração. A maior preocupação pela higiene do acto cirúrgico permitiu também reduzir drasticamente as mortes por infecções. A anestesia foi desenvolvida por Morton, nos Estados Unidos (Sakellarides, 2006), apesar de, desde há muito, se usarem diversos agentes (por exemplo, opiáceos) para contornar as dores dos pacientes. Ao longo do Século XIX, muitos investigadores contribuíram para o desenvolvimento deste processo, considerando-se o ano de 1846 como o início da cirurgia sem dor (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Este período representa também o início da consolidação da enfermagem. Apesar da tradição apontar para o facto do exercício desta profissão ser exclusivo de mulheres, a

verdade é que também os homens, em particular os cavaleiros de S. João, os teutónicos e os de S. Lázaro já há muito tempo a praticavam. Enquanto os hospitais estiveram sob o controlo da igreja, muitas enfermeiras eram religiosas: Clarissas Pobres; Trinitárias de S. Francisco e freiras de Santo Agostinho. Com a laicização gradual destas instituições, as religiosas foram sendo substituídas por trabalhadores sem experiência e mal pagos, o que acrescido às dificuldades económicas originou a degradação do serviço e o aumento do número de infecções.

Por essas razões, a enfermagem era uma profissão pouco desejada. Só com o extraordinário trabalho desenvolvido por Florence Nightingale[17], a profissão passou a ser valorizada e entendida de forma mais correcta. Em 1861, a escola que havia fundado no Saint Thomas Hospital, formou o primeiro grupo de enfermeiras.

Em 1864, durante a Convenção de Genebra, dezasseis países assinaram um tratado que fundou a Cruz Vermelha Internacional.

Esta é também a era de Louis Pasteur (a primeira vacina contra a raiva; microbiologia; processo de destruição de microrganismos – pasteurização) e Robert Koch (bacilo da tuberculose; microbiologia; epidemiologia das doenças transmissíveis). Foi também a da descoberta dos vectores (animais hospedeiros) da doença, para a qual contribuíram os cientistas antes referidos e, consequentemente, o da vitória sobre aqueles que julgavam que doenças como a tuberculose se propagavam devido à má qualidade do ar.

E marca ainda a aceitação das mulheres como médicas. Antes dos Séculos XIX e XX, limitavam-se ao papel de curandeiras ou parteiras, bem como ao tratamento e acompanhamento dos doentes, muito em especial aquelas que pertenciam a ordens religiosas. A sua luta para poderem exercer a profissão foi, contudo, longa e difícil, sendo muitas vezes criticadas, não apenas pelos médicos, mas também pela sociedade em geral. A especialidade em que foram mais facilmente aceites foi a obstetrícia e o país que mais cedo as admitiu no ensino e na prática médica foi a Itália (Lyons e Petrucelli, s.d.).

Marie Zakrzewska, Elizabeth Blackwell e Emily Blackwell, médicas que tiveram enorme dificuldade em conseguir um lugar para estudar nas escolas respectivas,

[17] Florence Nightingale, enfermeira britânica, nasceu em Florença, em 12 de Maio de 1820, e morreu em Londres, em 13 de Agosto de 1910. Ficou famosa por ser pioneira no tratamento de feridos de guerra. Teve contributos extraordinários, como a utilização do modelo biomédico, de instrumentos estatísticos e no ensino (fundou uma escola de enfermagem). Mas o mais importante para o futuro terá sido a consolidação e o prestígio da enfermagem, objectivos aos quais dedicou a sua vida.

fundaram, em 1857, um hospital para mulheres pobres e crianças, em Nova Iorque, no qual outras mulheres médicas podiam adquirir a prática necessária ao exercício da profissão.

Este período marcou uma viragem na forma de encarar a doença, já que aos aspectos sanitaristas e éticos foram acrescentadas também preocupações de natureza económica. O hospital passou a ser o núcleo central da prestação de cuidados e a acção médica a abranger todas as classes sociais. O reforço do papel do Estado acarretou graves problemas de sustentabilidade às instituições de saúde. Mas este período marcou também a dignificação da enfermagem, para o que muito contribuiu o trabalho de Florence Nightingale.

2.2.8. A construção dos sistemas de protecção social

O final do Século XIX, o Século XX e os anos iniciais do Século XXI ficarão marcados pela construção de sistemas de saúde alternativos, pelas sucessivas reformas introduzidas e pela discussão em torno da sua viabilidade, eficiência e equidade.

Razões de natureza política, ideológica, social e económica levaram os governos a intervir novamente, e mais fortemente, na Saúde. Convém notar, que as instituições caritativas já não davam uma resposta completa aos problemas sociais.

A protecção aos pobres passou, claramente, de uma atitude individualista para uma obrigação colectiva. O aumento do proletariado, a insegurança, as desigualdades e a pobreza induziram uma maior maturidade dos sistemas de protecção social, mas também da necessidade do seu controlo (Sacardo, 2009).

Coube a Otto von Bismarck[18] o mérito de criar o primeiro Estado Providência (Welfare State[19]), ao introduzir na Alemanha os seguros sociais obrigatórios, cobrindo a doença (1883), os acidentes de trabalho (1884) e a invalidez e velhice (1889). Com esta legislação procurava-se não só assegurar o normal funcionamento da economia alemã e promover medidas sociais importantes, mas também garantir a continuidade política do

[18] Otto von Bismarck nasceu a 1 de Abril de 1815, em Schönhausen, e morreu a 30 de Julho de 1889, em Aumühle. De origem nobre, foi, sucessivamente, conde, príncipe e duque. Diplomata e político prussiano, foi uma figura marcante do Século XIX. Sendo, inicialmente, conservador, aristocrata e monárquico, não deixou, enquanto chanceler alemão, de tomar medidas socialmente importantes, em parte, como forma de combater o crescente apoio popular aos partidos sociais-democratas.

[19] De acordo com Ferrera (*cit. in* Sacardo, 2009), a história do Welfare State pode ser dividida em três fases: a dos seguros ocupacionais e nacionais; a da criação dos modelos puros e mistos do pós-guerra; a da crise dos modelos básicos (o universal e o ocupacional) e da construção de uma nova protecção social.

Governo. O operariado urbano não tinha, até aí, qualquer sistema de prestação de cuidados de saúde. Por outro lado, à medida que a prosperidade aumentava, novos patamares de protecção social eram necessários e fundamentais à manutenção daquela. De acordo com Sakellarides (2006, p. 46):

> Os termos deste "contrato social" … são claros no essencial: pagar quando se pode, para se receber segundo o que se precisa; pagar quando se pode, ao longo da vida, para se receber quando se necessita por se estar doente.

Este contrato social engloba as questões do emprego, do combate à pobreza, da protecção contra riscos e da igualdade de oportunidades.

Na opinião de Simões (2004), os sistemas de saúde organizados surgiram em finais do Século XIX e foram motivados pelos seguintes factores: acidentes de trabalho e doenças transmissíveis que afectavam os trabalhadores e reduziam os níveis de produtividade; número de mortes resultantes de doenças em tempo de guerra, muitas vezes mais mortíferas que os disparos do inimigo; o combate ao crescente movimento socialista na Europa, que através de caixas de seguro organizadas pelos sindicatos, ameaçava retirar importância e popularidade aos governos.

Estas reformas tiveram eco, nos anos seguintes, na Inglaterra (1897, 1906 e 1912 – 1914), na Nova Zelândia (1898), no império Austro-húngaro (final do século XIX), na Noruega (1909), na Suécia (1910), e na Dinamarca. E ainda, mais tarde, em 1936, na França, na época do Governo da Frente Popular, e nos Estados Unidos, no tempo do New Deal, de Roosevelt (Graça, 2000e).

Mas ainda antes da difusão dos sistemas de protecção social, coube à igreja católica adoptar uma posição sobre esta e outras matérias sociais, através da encíclica *Rerum Novarum*, do papa Leão XIII, escrita em 1891, onde se pode ler que "…primeiro que tudo é um dever da autoridade pública subtrair o pobre operário à desumanidade de ávidos especuladores", ou ainda que "… o que um homem válido e na força da idade pode fazer, não será equitativo exigi-lo duma mulher ou duma criança" (*cit. in* Graça 2000e, p. 6).

Os hospitais franceses, apesar do alheamento inicial do poder central, vão crescer, como resultado da industrialização e dos movimentos sociais e demográficos que se lhe seguiram. Os possuidores de um seguro de doença e as vítimas de acidentes laborais passaram a afluir a esses estabelecimentos de saúde.

Em 1939, um terço da população francesa estava coberta por um seguro de doença. Depois da libertação, em 4 de Outubro de 1945, foi criada a *Sécurité Social*. Abrangia todos os cidadãos incapacitados para o trabalho e era financiada por contribuições obrigatórias de empregados e patrões. Estendeu-se, mais tarde, aos funcionários públicos, aos estudantes, aos militares, aos inválidos de guerra e aos assalariados agrícolas (Graça, 2000e). Em 11 de Outubro de 1946, a França foi o primeiro país da Europa a tornar obrigatória a medicina no trabalho. Constava de *L'ordennance du 4 de Octobre de 1945* o seguinte (*cit. in* Graça 2000e, p. 4):

> La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice, elle répond à la préoccupation de débraser les travailleurs de l'incertitude du lendemain…
>
> Le but final est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité…

Entretanto o hospital assume-se como o serviço de saúde por excelência, que presta cuidados diferenciados e não apenas acolhimento e controlo social. Só mais tarde, os problemas criados pela reestruturação urbana e pelo desenvolvimento industrial deram origem à adopção de medidas no sentido de organizar o Sector da Saúde, através de uma maior participação da sociedade civil, económica e política na organização e controlo de centros de saúde pública, medida em que o pioneirismo coube aos Estados Unidos. Só depois da II Guerra Mundial é que outros países abandonaram a filosofia de centrar a saúde pública nos hospitais.

Em 1948, nasceria, em Inglaterra, o *National Health Service* (Graça, 2000e), fundamentado no denominado Plano Beveridge[20], apresentado ao parlamento em 1942, e concretizado quando era Ministro da Saúde Aneurin Bevan[21]. Com este passo criou-se o Estado Providência inglês, ou seja, um segundo eixo, por oposição ao modelo de Bismarck, de resolução dos problemas sociais, muito em particular a saúde, das classes mais desfavorecidas. É a génese do *Welfare State* no seu estado puro. A protecção social deixa de ser uma emergência para passar a constituir uma regra básica de regulação

[20] William Henry Beveridge nasceu em 5 de Março de 1879, em Rangpur (actual Bangladesh) e morreu em 16 de Março de 1963, em Oxford. Foi economista e reformador, dedicando a sua vida ao estudo das questões sociais.

[21] Aneurin Bevan, galês, nasceu em 15 de Novembro de 1897 e morreu em 6 de Julho de 1960. Foi membro do parlamento pelo Partido Trabalhista e Ministro da Saúde no governo de Clement Attlee. Filho de um mineiro, dedicou a sua vida às causas sociais, sendo identificado com a ala esquerda do seu partido político.

social, que conduz à intervenção estatal e à acumulação de riqueza, propiciando a eliminação das oscilações de mercado (Silva e Mattos, 2009).

A criação do NHS leva Graça (2000d, p. 9) a centrar a origem dos sistemas de saúde depois da II Guerra Mundial e não em finais do Século XIX:

> …é só no Séc. XX, e mais acentuadamente depois da II Guerra Mundial, que se pode falar de *políticas e sistemas de saúde*, com a universalização dos cuidados. A saúde (e, de um modo mais geral, a protecção social da população activa e não activa) torna-se uma questão cada vez mais central na Europa Ocidental do pós-guerra.

O que distingue este modelo do de Bismarck é, principalmente, a oferta de cuidados ao universo da população e não apenas aos que trabalhavam e descontavam para o efeito. A partir de meados da década de 40 do Século XX a pressão sobre os governantes para uma maior intervenção do Estado nas questões sociais passa a ser bastante forte. O crescimento económico que se verificou até finais da década de 60, princípios da de 70, facilitou a adopção de medidas de protecção social.

Em 1948 deu-se também a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), por fusão da Organização Sanitária da Liga das Nações e da Organização das Nações Unidas para a Reabilitação. Posteriormente, juntou-se a Organização Pan-americana de Saúde.

Nas décadas de 50 e 60 começa, nos países desenvolvidos, aquilo que Ferreira (1989) designa por segunda era da saúde pública, caracterizada pelo desenvolvimento de novas doenças, como as crónicas e degenerativas, as cardiovasculares, os tumores, os acidentes rodoviários e as perturbações mentais, entre outras. A primeira era havia sido caracterizada pelo predomínio das doenças infecciosas, parasitárias e profissionais, resultantes das más condições de vida e de trabalho. A mudança da primeira para a segunda era não ocorreu em todos os países ao mesmo tempo, havendo ainda alguns que estão em fase de transição.

Na década de sessenta do Século XX, os Estados Unidos, onde a medicina liberal prevalecia, criaram dois programas de seguro de doença: um para pessoas idosas, o *Medicare*, e outro para pobres, o *Medicaid*. Foram ambos criados numa altura em que era presidente Lyndon Johnson (Sakellarides, 2006).

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de Alma Ata, marco importante na democratização da saúde e no desenvolvimento e enquadramento da actividade dos centros de saúde. Das conclusões da conferência ressalta o seguinte (OMS/UNICEF 1978, *cit. in* Ramos, 2010):

> Os cuidados de saúde primários consistem na prestação de cuidados de saúde essenciais, … que desempenham a função principal e são a base do sistema de saúde, … Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde

A contracção do crescimento económico na década de 70 pôs em causa a viabilidade económica dos regimes de protecção social e, de uma forma mais geral, do denominado Estado Providência. Em países como os Estados Unidos e Reino Unido, comandados, respectivamente, por Ronald Reagan e Margaret Tatcher, prevaleceu a ideia que era necessário fazer funcionar o mercado mais amplamente, garantindo uma maior participação dos privados, quer ao nível da produção dos cuidados de saúde, quer ao nível do seu financiamento. Os restantes países da Europa adoptaram também medidas que visavam aumentar a eficiência dos serviços de saúde, garantir a competição no mercado e separar a função de financiador da de prestador.

Do ponto de vista teórico, argumentava-se que a forte intervenção do Estado tinha reduzido drasticamente o papel dos privados e, consequentemente, prejudicado a inovação. Pinto (1991, p. 145), acerca desta alteração de filosofia tece a seguinte consideração:

> Em última análise, argumentava-se (e argumenta-se ainda hoje) que ao "fracasso do mercado" (com que se justificava a crescente responsabilidade dos poderes públicos na regulamentação da actividade económica) se tinha substituído o "fracasso do governo", que conduziria ao imobilismo e à "decadência" dos sistemas económicos ocidentais.

Costa (2002) afirma que a tentativa de reversão dos princípios universalistas de protecção social, nos países de economia central, se deveu às ameaças da globalização, que ficou associada à crise do Estado Providência. Mas a relativa solidez deste, possibilitou a aliança entre partidos das esferas socialista e social-democrata, o que permitiu resistir às mudanças anunciadas.

Em países como a França, a Alemanha, o Reino Unido, os Estados Unidos e a Itália, a despesa pública nas áreas sociais tinha verificado um aumento significativo, entre 1870 e 1994, tomando como referência o Produto Interno Bruto (PIB): em França passou dos 12,6% para os 54,9%; na Alemanha, dos 10% para os 49%; na Itália, dos 11,9% para os 53,9%, no Reino Unido, dos 9,4% para os 42,9% e nos Estados Unidos, dos 3,9% para os 42,9% (Silva e Mattos, 2009). Com a já mencionada contracção económica, alguns projectos sociais foram reajustados e alguns benefícios, em programas residuais, reduzidos, mas o Estado de bem-estar social resistiu (Costa, 2002). Foi, aliás, nas décadas de 70 e 80 do Século XX, que se assistiu à criação de diversos Serviços

Nacionais de Saúde na Europa: Itália – 1978; Portugal – 1979; Grécia – 1983; Espanha – 1986 (Barros e Gomes, 2002).

Gradualmente, o impulso liberal foi perdendo força. Segundo Sakellarides (2006), a política de "menos Estado" foi substituída pela de "melhor Estado". Ou, como mencionam Barros e Gomes (2002, p. 66), houve que "reinventar a governação".

Apesar de tudo, a discussão em torno da necessidade de introdução de mudanças no Sector da Saúde não terminou. Esping-Andersen (*cit. in* Costa 2002) refere as falhas do mercado de trabalho que geram o aumento da procura dos sistemas de protecção social e localiza essas falhas no funcionamento do Estado Providência. Clayton & Pontusson (*cit. in* Costa 2002) mencionam a diminuição da capacidade dos sistemas de protecção social, resultante das transformações estruturais do capitalismo, perceberem os novos riscos e necessidades da população pobre. No entanto, apesar destas conclusões, parece um facto que a essência das medidas de natureza social caracterizadoras dos Estados de bem-estar social não desaparecera. Foi possível, aparentemente, encontrar pontos comuns que permitiram "pactos de regime" entre os grandes partidos socialistas e sociais-democratas, que por sua vez, asseguraram a manutenção de políticas sociais importantes.

Contudo, os últimos anos da primeira década do Século XXI ficaram definitivamente marcados pela crise financeira internacional e pela quase estagnação do crescimento económico nos países desenvolvidos, o que obrigou muitos deles a adoptarem medidas de contenção de gastos, com o objectivo de controlar o défice do Orçamento Geral do Estado, o que afectou também o Sector da Saúde. A lenta recuperação das economias e as restrições inerentes poderão conduzir à limitação de políticas sociais abrangentes.

Do ponto de vista médico, o período em análise caracteriza-se pela forte evolução verificada no estudo da genética humana, do cancro, da imunologia, da virologia, da anatomia patológica, da psiquiatria, do transplante de órgãos, da cirurgia cardíaca, da cirurgia vascular, da gastrenterologia, da endocrinologia, da oftalmologia, da otorrinolaringologia, da ortopedia, da neurologia e da reabilitação.

É assim, neste período, que aparece o primeiro Estado Providência estruturado e consistente, obra de conservador – Bismarck – com preocupações sociais, essencialmente dirigidas para os que trabalham. A medida teve tal impacto, que foi repercutida em muitos países. Anos mais tarde, em 1948, nasce um segundo modelo de

sistema de saúde – modelo Beveridge –, desta vez dirigido a toda a população, que é também replicado em muitos países. A crise económica dos anos 70 do Século XX travou a euforia dos Estados Providência e alguns dos modelos adoptaram medidas liberalizantes no mercado da saúde. Estas iniciativas, muito contestadas, não tiveram grande sucesso. Mas a crise financeira internacional verificada já no Século XXI, obrigou à adopção de medidas tendentes à melhoria da eficiência dos sistemas e dos serviços de saúde. Foi este o longo caminho percorrido desde o homem primitivo, com a sua concepção sobrenatural da saúde e da doença, até aos modernos sistemas de saúde dos nossos dias.

2.3. Em Portugal

2.3.1. Os primeiros tempos

A assistência aos pobres e necessitados, de índole caritativa e religiosa, teve o seu começo com a divulgação do cristianismo, em particular a partir do momento em que os romanos adoptaram esta religião como oficial.

A saúde dos lusitanos não diferia muito da dos seus contemporâneos de outras nações. A mortalidade infantil era elevada, mas aqueles que sobreviviam eram fortes e saudáveis. Os problemas de saúde mais graves ocorriam apenas nos períodos de guerra. Contudo, algumas doenças causavam também baixas consideráveis: varíola, tifo, disenteria e outras pestes (Ferreira, 1990).

Com a expulsão dos romanos do nosso território, na sequência das invasões bárbaras, grande parte do esforço de desenvolvimento sanitário que eles protagonizaram, perdeu-se. A assistência na doença, cristã, individual e caritativa, estava confinada às igrejas e conventos. Era escassa e não estava organizada.

Na altura da fundação da nacionalidade a situação do país em termos de saúde era particularmente má, não apenas devido ao já exposto, mas também porque a guerra, o crescimento da população, a instabilidade de algumas povoações e a falta de condições sanitárias agravavam significativamente as condições de vida.

A organização assistencial, muito incipiente, como se depreende, estava estruturada da seguinte forma:

- *Reis, fidalgos e alto clero* – eram tratados por médicos, físicos, cirurgiões, (alguns com formação obtida no estrangeiro), barbeiros, sangradores e outros práticos, nas suas residências; por vezes, frequentavam termas;

- *Religiosos, peregrinos e outras pessoas ligadas à religião* – eram tratados, habitualmente, nas diversas instituições religiosas existentes, por monges com conhecimentos sobre a cura das doenças; a formação destes fazia-se, quase sempre, através da prática, observando os mais velhos, tomando notas, experimentando;

- *Pobres, mendigos e pessoas afectadas por incapacidades graves* – deslocavam-se para a proximidade de igrejas e conventos, onde solicitavam a ajuda dos religiosos; por vezes tinham a sorte de ser recebidos no interior das instituições; sempre que a família podia e a doença o permitia, o tratamento era prestado em casa.

As albergarias foram os primeiros estabelecimentos de saúde existentes em Portugal. Localizavam-se, inicialmente, junto a igrejas, capelas e conventos, ou ainda em estradas usualmente percorridas por peregrinos e recebiam com regularidade a visita de religiosos com o objectivo de curarem quem se encontrava doente. Estes estabelecimentos sofreram, aliás, um extraordinário impulso por motivo das peregrinações a Santiago de Compostela e das cruzadas que passavam por Portugal (Graça, 2000a).

As primeiras albergarias existentes em Portugal serviam, simultaneamente, para estadia de viajantes, doentes e outros necessitados, e não tinham separação de áreas, misturando-se pessoas saudáveis com outras gravemente enfermas.

A sua existência, tanto quanto é possível saber, data do início do Condado Portucalense e terá tido nas rainhas e princesas, fortemente imbuídas do espírito cristão, as suas principais impulsionadoras. D. Teresa, mulher do conde D. Henrique, fundou em Mesão Frio a primeira albergaria portuguesa que se conhece (Ferreira, 1990). Segundo Graça (2000a), a mãe do primeiro rei português terá também fundado, em 1120, uma outra instituição deste género que deu origem ao topónimo Albergaria-a-Velha. Ainda no Século XII, D. Mafalda, mulher de D. Afonso Henriques fundou outras em Marco de Canaveses e Chaves[22]. D. Isabel (a rainha Santa Isabel), mulher de D. Dinis, deu

[22] Algumas das mais antigas albergarias de Portugal, construídas junto a mosteiros: Bouças (hoje Matosinhos), Moimenta, Tabosa, Arouca, Maceira do Dão, Lamego, Sever e Tarouca (Serrão, *cit. in* Graça 2000a).

também um forte impulso à criação e manutenção destas estalagens, que tinham, como se disse, uma dupla função: abrigo de viajantes e tratamento de doentes. Foi ainda responsável pelo Hospital de Santa Maria dos Inocentes (Ferreira, 1990).

O primeiro hospício, reservado a crianças pobres e abandonadas, foi construído por iniciativa da rainha D. Beatriz de Gusmão e era conhecido por Hospital dos Meninos.

Entretanto, em 1131, fora fundado, em Coimbra, pelos Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, o Mosteiro de Santa Cruz, local onde, pela primeira vez em Portugal, regularmente, se ensinou medicina[23].

Com o passar do tempo apareceram novas instituições destinadas a enfermos e começou a surgir a designação hospital (*sprital* ou *spital*), passando a usar-se indiscriminadamente esta denominação ou a de albergaria. As condições dentro destas instalações sofreram também algumas melhorias, em particular, nas de maior dimensão, a separação das duas funções antes mencionadas. A primeira vez que um estabelecimento deste tipo teve a designação de hospital foi em 1328 (Ferreira, 1990), tendo sido construído devido à iniciativa da rainha Santa Isabel, em Coimbra, tendo como objectivo único o tratamento de doentes. É possível, contudo, que a literatura mencione outros hospitais em funcionamento com data anterior a esta última, já que por essa altura, como se disse, se confundia com frequência essa designação com a de albergaria[24]. Mas, o hospital de Coimbra foi, tanto quanto se sabe, o primeiro criado especificamente com esse fim. Este hospital, que de acordo com Graça (2000a) foi fundado em 1311, chamava-se Santa Elisabete e tinha 30 camas para ambos os sexos. Outro importante papel na prestação de cuidados de saúde, neste período, foi desempenhado pelas designadas ordens religiosas hospitaleiras, como por exemplo, a partir de 1189, a Ordem de Santa Maria de Rocamador, que se devotou ao tratamento e cura de doentes, tendo desenvolvido importante actividade nos hospitais de grande parte do país, um dos quais, no Porto, tinha o seu nome.

[23] Nos primeiros séculos da nacionalidade surgiram médicos de nomeada, alguns dos quais estudaram no estrangeiro. Foi o caso de Frei Gil de Santarém (1185 – 1265), mas também o de Pedro Hispano, mais tarde Papa João XXI (1216 – 1276), talvez os mais importantes deste período.

[24] O termo hospital surge, por exemplo, nos testamentos de D. Afonso Henriques e sua esposa D. Mafalda. Contudo, no documento referente a esta última menciona explicitamente que o hospital de Marco de Canavezes serve para albergue de peregrinos (Lemos, *cit. in* Graça 2000a). Era financiado, em parte, pelas receitas das portagens da ponte sobre o rio Tâmega.

Estas instituições eram, por norma, instaladas em casas que antes haviam sido destinadas a habitação. Em condições precárias, motivados pela solidariedade voluntária, quase sempre ligada à doutrina cristã, foram estes (hospitais e albergarias), a par das termas, que já existiam pelo menos desde o tempo dos romanos, e das gafarias, os primeiros estabelecimentos de saúde em Portugal. Foram fundados pelos reis e nobreza, mas também pelas corporações de ofícios (alfaiates, armeiros, carpinteiros, correeiros, clérigos pobres, pescadores, sapateiros e tecelões, entre outros) e pelos municípios (Graça, 2000a).

Com o declínio das peregrinações a Santiago de Compostela e o fim das cruzadas, as albergarias tenderão a desaparecer ou a alterar a designação para hospital.

No campo do ensino, é de salientar a criação, em 1 de Março de 1290, por iniciativa de D. Dinis, do Estudo Geral de Lisboa, que entre outras matérias se ocupou também da Medicina. A instituição passou a designar-se Universidade e foi transferida para Coimbra em 1308, regressou a Lisboa em 1338, voltou a fixar-se em Coimbra, em 1354, mas não ficaria por aqui, já que em 1377 passou para Lisboa e em 1537 de novo para Coimbra. D. Dinis criou também a figura do Provedor para os estabelecimentos assistenciais do Estado.

Em resumo, poder-se-á dizer que com o princípio da nacionalidade se começam a instalar em Portugal os primeiros estabelecimentos de saúde, inicialmente designados albergarias, nas quais não havia separação entre peregrinos e doentes, e, mais tarde, hospitais. A caridade cristã, protagonizada pelas ordens religiosas, pelos reis e pelos nobres, teve papel crucial na fundação e manutenção daqueles serviços de saúde, a par dos quais pontificavam também as gafarias e as termas. Já na parte final deste período, apareceram ainda hospitais fundados e sustentados pelas corporações dos ofícios e pelos municípios.

2.3.2. A intervenção régia no Sector da Saúde

A Saúde Pública mereceu também, desde cedo, a atenção dos governantes[25], como se pode constatar, por exemplo, nos livros “Leal Conselheiro” e “Da Virtuosa Benfeitoria” da autoria, respectivamente, do rei D. Duarte e do príncipe regente D. Pedro.

[25] Graça (2000a) defende que a intervenção do poder central terá começado com D. Afonso V (retirada de privilégios e da administração dos hospitais aos trinitários e aos irmãos de Rocamador, respectivamente).

D. Afonso V aumentou a intervenção do poder real, ao nomear directamente provedores da sua confiança pessoal e ao definir as regras de funcionamento das instituições de assistência (Almeida, *cit. in* Graça 2000a).

O quadro seguinte pretende fazer um resumo dessas diferentes instituições, dos seus destinatários e daqueles que as suportavam financeiramente e reporta ao período que vai até ao rei D. João II, inclusive.

QUADRO 2-1 – INSTITUIÇÕES ASSISTENCIAIS ATÉ D. JOÃO II

DESIGNAÇÃO	DESTINATÁRIOS	FINANCIADORES	ADMINISTRAÇÃO
Albergaria	Peregrinos, viajantes, mendigos, doentes e incapacitados	Fundadores, beneméritos, ordens religiosas, militares, confrarias e reis	Fundadores: privados ou ordens religiosas
Hospital	Doentes, incluindo os do foro psiquiátrico	Reis, corporações, municípios e beneméritos.	Ordens religiosas, corporações, municípios ou representantes do rei
Gafaria	Leprosos	Ordens religiosas, beneméritos, reis e municípios.	Ordens religiosas, representantes do rei ou das autarquias e os próprios doentes
Mercearia	Pessoas sem trabalho que ocupavam o tempo a rezar pela alma do instituidor	Fundador (legados e doações)	Representantes do fundador
Hospício[26]	Pobres e doentes	Beneméritos e reis	?
Asilo	Crianças pobres ou abandonadas, idosos e pobres	Ordens religiosas, reis e organizações profissionais	Ordens religiosas, organizações profissionais e representantes do rei
Confraria[27]	Todos quantos necessitassem de caridade	Beneméritos e profissionais de um mesmo ofício	Dirigentes da associação (irmandade)
Misericórdia[28]	Todos quantos necessitassem de caridade	Beneméritos e profissionais de um mesmo ofício	Provedor e Mesa

Fonte: Adaptado a partir de Ferreira (1990) e Graça (2000a)

As mercearias, segundo alguns autores, como por exemplo Graça (2000a), recolhiam pessoas de boa condição, mas que não tinham rendimentos para o seu sustento. A

[26] Os hospícios, com o tempo, transformaram-se em Asilos.

[27] As confrarias funcionavam junto das igrejas e capelas ou em edifícios próprios. Criaram albergarias e hospitais, sustentaram outras instituições assistenciais e foram o embrião das misericórdias e das associações mutualistas. O termo capela significava o conjunto de bens doados a um estabelecimento religioso em troca de missas ou de esmolas a entregar a pobres, por alma do benemérito (Graça, 2000a).

[28] A primeira Misericórdia, em Portugal, foi fundada em Lisboa, em 1498, por iniciativa da rainha D. Leonor. Estas instituições são em tudo semelhantes às confrarias, nas quais tiveram origem.

designação derivava de mercês, ou seja, graças ou benefícios. Ainda de acordo com o mesmo autor, a mais antiga que se conhece, em Portugal, foi fundada em 1324, por Bartolomeu Joanes, e tinha capacidade para 10 pessoas. Já uma outra, fundada por D. Afonso IV, destinava-se a 24 pobres e funcionava junto à Sé de Lisboa. Nesta última, os seus moradores tinham também direito a assistência médica.

As medidas de Saúde Pública e as assistenciais alargaram-se também às casas de regeneração para mulheres adúlteras, aos lazaretos e às quarentenas. O desenvolvimento das cidades e a preocupação dos reis com a organização do país, aliados ao natural sentimento de solidariedade, conduziram as autoridades à promulgação de legislação (forais régios e das cortes, posturas municipais e de costumes). Com o passar do tempo, os municípios passaram a ter um papel da máxima importância em matéria de higiene pública, fiscalização, vigilância, conservação, limpeza e policiamento de estabelecimentos, actividades e bens públicos. Os primeiros responsáveis por estas tarefas eram os almotacés.

As fontes de financiamento das instituições mencionadas no quadro anterior que, tal como hoje, poderiam ser públicas, privadas ou mistas, eram as seguintes: legados, doações, transferências dos municípios, da igreja, das ordens religiosas ou do tesouro real, afectação de rendas de bens do rei e pagamentos efectuados pelos doentes. Estes últimos pagavam sempre que tinham possibilidade de o fazer, quando tratados em casa ou mesmo na instituição de assistência. O hospital de Rocamador, no Porto, que se situava na actual rua dos Caldeireiros, tinha casas particulares para acolhimento de pessoas com posses. Convém também notar, que naquela altura era frequente os hospitais possuírem bens que ajudavam à sustentação económica e financeira (por exemplo, propriedades agrícolas e terrenos ou casas arrendadas) da instituição.

O poder político desde cedo teve a tendência para intervir no funcionamento das instituições assistenciais: por razões de organização das cidades e do próprio país, por vocação cristã e ainda porque em alguns casos, que envolviam legados e doações avultadas, a administração destes gerava, por vezes, sérias desavenças entre pessoas importantes da localidade respectiva. No fundo, os reis depressa descobriram a importância do Sector da Saúde em diversos campos: estabilidade governativa, esforço de guerra, desenvolvimento económico, capacidade produtiva, suporte da ocupação do território, responsabilidade social, etc.

Sobre este assunto importa também ver a opinião de Graça (2000a, p. 9):

> Por outro lado, a motivação régia era, aparentemente, mais religiosa do que política, muito embora religião e política estivessem intrinsecamente ligadas durante todo este período que vai da Alta Idade Média até à emergência do Estado moderno.

A este propósito, refira-se que nas gafarias criadas por iniciativa régia, a assistência era considerada responsabilidade real e, portanto, um imperativo público que obrigava à sua sustentação pelo erário régio. Graça (2000a) chama, contudo, a atenção para o facto deste tipo de financiamento ser feito à custa dos bens pessoais dos reis e não dos da Coroa, se bem que estes também fossem difíceis de destrinçar.

Já no tempo de D. Dinis, em 1308, se tinha regulamentado a administração de alguns estabelecimentos, nomeando os respectivos provedores. Em 1337, o mesmo rei tomou à sua conta o Hospital dos Lázaros de Évora. Mas foi já na segunda dinastia que os reis passaram a intervir mais decisivamente e em maior escala no Sector.

D. Duarte interveio no Hospital de Jerusalém, em Évora (Ferreira, 1990). Por volta do Século XIV já todos os hospitais tinham um regimento próprio e eram geridos por um provedor ou administrador. Ainda de acordo com Ferreira (1990), das 506 instituições caritativas existentes até ao reinado de D. João II, 204 eram hospitais, ou seja, cerca de 40%, conforme se pode ver no quadro seguinte:

QUADRO 2-2 – ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS NO REINADO DE D. JOÃO II

INSTITUIÇÃO	QUANTIDADE	%
Hospitais	204	40
Albergarias	186	37
Gafarias	80	16
Mercearias	36	7
TOTAL	**506**	**100**

Fonte: Adaptado a partir de Ferreira (1990)

Importa esclarecer, que por essa altura, estas instituições, incluindo os hospitais, não tinham médico permanente nos seus quadros. Estes eram aí chamados sempre que necessário, tal como acontecia quando se deslocavam a casas particulares.

Entretanto, o ensino da Cirurgia era feito nos hospitais, fruto da observação do trabalho prático dos cirurgiões mais experimentados. Estes eram habilidosos, habitualmente barbeiros, que com o tempo iam adquirindo conhecimentos sobre a matéria. Em 1448, D. Afonso V criou o regimento de cirurgião-mor, que passou a ser responsável pela aprovação dos candidatos a essa profissão. O reconhecimento das funções dos boticários

data de 1460, enquanto o regimento do físico-mor é apenas de 1476. Em 1461 determinou-se que os remédios só poderiam ser feitos pelos boticários, que os venderiam aos restantes profissionais de saúde.

Este período é pois de extrema importância para a regulamentação do Sector da Saúde em Portugal. À medida que o conhecimento científico se desenvolvia, que os estabelecimentos de saúde cresciam e os profissionais aumentavam, o poder político ia organizando o ensino, fixando as regras de funcionamento, intervindo na administração dos estabelecimentos sempre que tal se justificava e garantindo, em parte, o financiamento destes.

D. João II imprimiu um conjunto importante de reformas, mesmo no tempo em que ainda era príncipe regente, e, entre elas, conta-se também uma significativa actuação no campo da Saúde. Em 1479 pediu ao Papa Sisto IV autorização para juntar cerca de 43[29] pequenos hospitais de Lisboa e arredores. Assim nasceu, anos mais tarde, já no Século XVI, em edifício construído de raiz, aquele que é considerado o primeiro hospital moderno português – o Hospital Real de Todos os Santos. Teve, desde o início, um quadro de pessoal próprio, que incluía médicos, cirurgiões, enfermeiros e outros profissionais, bem como áreas separadas para doentes e viajantes. Outros hospitais seguiram o exemplo deste último: Évora, Porto, Viana do Castelo, Caminha, Faro, Beja, etc.

O Hospital Real de Todos os Santos merece uma atenção especial, por ter sido o primeiro a funcionar com regras que se podem considerar adequadas – pelo menos para a altura em questão. Eis alguns dos seus dados (Ferreira, 1990; Graça 2000b):

- *Ano da fundação*: 1504;
- *Localização*: Praça do Rossio, Lisboa;
- *Número de camas*: 100 (mais tarde passou para 300 e depois para 600);
- *Quando de pessoal*: 1 Administrador; 1 físico; 2 cirurgiões; capelães; 11 enfermeiros (religiosos); serventes, aprendizes, barbeiros, nutricionistas, boticário, almoxarife, escrivão e dispensário; no total seriam, nos primeiros tempos da existência do hospital, cerca de 50 elementos;

[29] Menezes (1987), citando Alfredo Luíz Lopes, que por sua vez menciona Freire de Oliveira, diz que foram 49: do termo de Lisboa -12; de particulares (Lisboa) – 7; de mesteres, confrarias, … (Lisboa) – 30.

- *Admissão de doentes*: através de uma espécie de urgência; 2.500 a 3.000 entradas por ano (inicialmente);
- *Serviços (Secções)*: Doentes com feridas; doentes com febres; doentes com mal gálico (doenças venéreas); recebia também meninos enjeitados e doentes do foro psiquiátrico;
- *Administração*: de nomeação régia (1504); Cónegos de S. João Baptista – Lóios (1530); Misericórdia de Lisboa (1564);
- *Primeiro Provedor*[30]: Estevam Martins (cónego da Sé);
- *Factos extraordinários*: foi destruído por um incêndio em 1601, tendo sido reconstruído; destruído quase por completo no terramoto de 1755;
- *Planta após a reconstrução na sequência do incêndio de 1601*: corpo cruciforme de dois andares; duas enfermarias de homens e duas de mulheres (podiam abrir-se mais três); uma enfermaria para a nobreza; locais de isolamento, em especial para loucos; albergaria, adjacente, para pedintes e peregrinos; horta; igreja
- *Financiamento*: rendas do próprio hospital; rendas do padroado das igrejas da coroa; doação dos bens da comuna dos mouros; bens dos judeus que se ausentassem do país sem licença régia; dos meninos enjeitados, por norma, era da responsabilidade do município ou da Misericórdia (chegou a albergar 200 crianças)[31];
- *Ensino*: tinha ensino de Cirurgia;
- *Encerramento*: o hospital foi encerrado pouco depois do terramoto de 1755, sendo os doentes transferidos (1760) para o antigo convento de Santo Antão o Novo (mais tarde hospital de S. José).

De facto, quando D. João II assumiu o poder, existiam já, espalhados por todo o país, muitos hospitais, alguns deles de pequena dimensão, fundados e suportados por organizações profissionais de classe. A falta de higiene, as carências de pessoal, as dificuldades financeiras e a degradação das instalações fizeram com que os utentes criticassem as suas condições de funcionamento e conduziram à intervenção real, que

[30] A designação Provedor entrará em desuso, sendo substituída pela de Enfermeiro-Mor, provável corruptela de Irmão-Mayor (Graça, 2000b).

[31] Menezes (1987) refere também receitas ligadas aos Descobrimentos, nomeadamente provenientes da Guiné e da Madeira.

fechou uma série de estabelecimentos, substituindo-os por outros, em menor número, mas muito mais modernos e eficientes. Muitos destes, de média dimensão, teriam já mais de 100 camas.

A rainha D. Leonor, mulher de D. João II, desenvolveu um trabalho extraordinário na área das instituições assistenciais. Para além de ter fomentado a construção de albergarias, foi por sua iniciativa que se construiu, segundo se crê, o primeiro hospital termal do mundo, em Caldas da Rainha. Rapidamente atingiu as 100 camas, teve médico privativo e consulta médica obrigatória para os seus utentes. Foi também por iniciativa desta rainha que se criou, em 1498, a primeira Misericórdia, já depois da morte do marido. Por esta razão, coube a D. Manuel I fundar solenemente (15/8/1498) a primeira confraria ou irmandade: a Santa Confraria da Misericórdia de Lisboa[32].

Esta instituição serviria de exemplo às suas congéneres entretanto criadas, sendo as mais importantes e os respectivos anos de fundação as seguintes: Évora (1499); Porto (1499); Beja (1500); Setúbal (1501); Santarém (1502).

D. João II foi um rei centralizador, mas foi também com ele que as condições de funcionamento das instituições de saúde melhoraram significativamente. A partir da sua criação, as misericórdias passaram a ter um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e no ensino, papel que mantiveram durante séculos. O poder político, mal estas instituições se consolidaram, aproveitou também para lhes entregar a administração de outros estabelecimentos assistenciais. Em conjunto com os hospitais estatais, os das Misericórdias protagonizaram a política centralizadora para o Sector da Saúde. Durante séculos, foram-se articulando e adoptando as mesmas regras, as mesmas práticas funcionais, o mesmo estilo de administração.

A criação em 1532, por D. João III, da Mesa da Consciência, aumentou a capacidade de intervenção da Coroa através da administração das suas instituições, da supervisão dos estabelecimentos assistenciais, da administração do padroado régio, da tutela da Universidade de Coimbra e da administração das ordens militares.

[32] As obras de misericórdia são 14. Sete espirituais: ensinar os simples; dar bom conselho a quem pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes e desconsolados; perdoar a quem ofende; sofrer as injúrias com paciência; rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos. As outras sete são corporais: remir os cativos e visitar os presos; curar os enfermos; vestir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber a quem tem sede; dar pousada aos peregrinos e aos pobres; enterrar os mortos.

Um dos hospitais cuja gestão foi entregue às Misericórdias, neste caso a do Porto, por decisão régia, em 1521, foi o de Rocamador, que vinha sendo administrado pela Câmara Municipal, mas que se encontrava em péssimas condições de funcionamento. Idêntico destino, na mesma data, tiveram os hospitais de Cimo de Vila (8 quartos fechados) e de Santa Clara (vários quartos abertos e três fechados), ambos no Porto (Graça, 2000a). Em 1584, um grande legado permitiu modernizar e ampliar o Hospital de Rocamador, passando a chamar-se, a partir de 1605, Hospital de D. Lopo[33] e a ter uma capacidade para 150 a 200 doentes por ano (Graça, 1996).

Foram muitos os hospitais que as Misericórdias construíram ou começaram a administrar. Não é objectivo deste trabalho lista-los. Cite-se apenas, a título de exemplo, mais alguns que merecem relevância: Évora, a partir de 1567; Leiria, a partir de 1636; Braga (Hospital de S. Marcos), a partir de 1560; Goa (Hospital Real de Goa), a partir de 1542.

A administração dos hospitais geridos pelas Misericórdias dependia, em última instância da "Mesa da Misericórdia", presidida pelo seu Provedor. No fundo, cabia a este, no dia-a-dia, a condução dos destinos do estabelecimento de saúde. Para tal, rodeava-se por um elemento religioso e por um médico. O primeiro tinha a seu cargo a enfermagem e os serviços de logística (alimentação, limpeza, lavandaria, …) e o segundo a clínica.

A Ordem de Santa Maria de Rocamador foi extinta, em Portugal, em 1459, tendo o seu trabalho assistencial sido substituído pelo dos cónegos de S. João Evangelista, pertencentes à Congregação dos Lóios. Na administração dos hospitais, aos Lóios sucederam, na época dos Descobrimentos, as Misericórdias.

Outras ordens cuja actividade no campo da Saúde, em Portugal, foi de extrema importância, foram as seguintes: Ordem de Clérigos Regulares – Cónegos de Santo Antão; Ordem Terceira de S. Francisco; Ordem Terceira do Carmo; obregões da Congregação dos Enfermeiros (Ferreira, 1990); Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

Em conclusão, este foi o período no qual se verificou o reforço significativo da intervenção do poder real na saúde pública e no funcionamento das instituições de saúde. O seu financiamento era, essencialmente, suportado por dinheiros públicos e por

[33] Em homenagem ao seu grande benemérito, D. Lopo de Almeida. As obras ficaram concluídas em finais do Século XVII, mas na altura as instalações eram já insuficientes face à procura.

legados e doações de particulares. Merece ainda referência a construção do primeiro hospital "moderno" – o Hospital Real de Todos os Santos. Mas talvez a característica mais significativa deste período seja o início do papel das Misericórdias no Sector da saúde – papel esse, que até hoje foi da máxima importância.

2.3.3. As consequências dos Descobrimentos

As condições de vida não sofreram evolução significativa. O esforço de guerra resultante dos Descobrimentos deixou ao abandono muitos campos e fez sair de Portugal muitos artífices. Esta nova época trouxe ainda outras doenças, como a sífilis e o paludismo. As péssimas condições da vida a bordo das naus e caravelas, a vida depravada nas grandes cidades marítimas e nas terras descobertas também contribuíam para os péssimos resultados em saúde no início do Século XVI.

Mas admite-se que Portugal tenha sido o primeiro país com preocupações ao nível da saúde de todos quantos viajavam nos seus navios. Pelo menos a partir de meados do Século XVI, começou a ser obrigatório organizar a bordo dos navios o socorro aos doentes. Esta organização incluía a presença de físicos (médicos), cirurgiões, sangradores (barbeiros), cristaleiros (aplicadores de clisteres) e boticários.

A referência a boticas (farmácias) e mezinhas (medicamentos), na sua ligação com os Descobrimentos, é, contudo, mais antiga. Menezes (1987) diz ter encontrado, nas pesquisas que levou a cabo, referências a boticários no Regimento da cidade de Tânger, de 1472, a mezinhas em escritos de Zurara, datados de 1446, e a boticas nos de Pêro de Caminha, com data de 1499. O regimento atrás mencionado permite também concluir sobre a importância relativa dos profissionais da saúde, pelo menos no que respeita aos vencimentos: médico – 5 mil reais; cirurgião – 3 mil reais; médico com exercício simultâneo de cirurgia – 6 mil reais; boticário – 4 mil reais.

À medida que o número de territórios descobertos e/ou ocupados foi crescendo, aumentou também o número de hospitais construídos pelos portugueses. A título de exemplo, cite-se que o primeiro hospital da América foi construído em Santos pelo capitão-mor Brás Cuba, em 1543 (Menezes, 1987).

A situação, a nível organizativo, foi evoluindo, se bem que os resultados continuassem a ser muito maus. De facto, o excesso de pessoas a bordo, as debilidades de saúde que tinham, mesmo antes da partida, as dificuldades de armazenamento em condições dos alimentos, a pequenez do espaço dedicado aos serviços de saúde dentro do navio e as

poucas escalas efectuadas contribuíam para uma realidade que era ainda muito má. Mas a experiência trouxe também muitos ensinamentos, o que permitiu que doenças como o escorbuto, cuja cura era até então desconhecida, começassem a ser tratadas com sucesso. A prevenção das doenças, através de uma alimentação mais adequada e de uma melhor conservação dos alimentos, foi também uma preocupação dos governantes e dirigentes de então.

O Século XVI é também aquele no qual, a par das Misericórdias, começam a sobressair no respeitante à assistência as corporações de artífices, que rapidamente atingiram a ordem das centenas. O Estado e os municípios deram o seu contributo para o desenvolvimento destas instituições.

O panorama no que respeita aos profissionais de saúde também não era o melhor. Continuavam a proliferar barbeiros, sangradores, curandeiros, algebristas e outros sem qualquer formação prévia. Eram meros oportunistas, que se serviam da ignorância e do carácter supersticioso das pessoas. Contudo, também existiram honrosas excepções, como Tomé Pires, (1465 – 1540), famoso boticário português que viveu no Oriente, Garcia de Orta (1501 – 1568), autor do livro "Colóquios dos simples e drogas medicinais da Índia…" e João Rodrigues de Castelo Branco (1511 – 1568), também conhecido por Amato Lusitano, que estudou na universidade de Salamanca, escreveu diversas obras e foi médico do Papa Júlio III. De uma forma geral, os contactos com outras civilizações possibilitaram melhorias evidentes na área da saúde.

Contudo, muitos dos bons médicos, cirurgiões, boticários e outros pensadores da época foram perseguidos pelo Santo Ofício (Tribunal da Inquisição), abandonaram Portugal e empregaram os seus conhecimentos noutros pontos do mundo. Na opinião de Ferreira (1990, p. 170), aquela instituição

> …levou muitos portugueses de ascendência judaica ou de espírito religioso não conformista a deixarem Portugal e procurarem acolhimento noutros países, dispersando-se e quebrando o sentido nacional de trabalho integrado de estudo, investigação e publicação de obras filosóficas, científicas e literárias…

O país desperdiçou, por isso, a oportunidade de um progresso muito maior no campo da saúde. Por outro lado, enquanto a "ciência" parte para outros lados, o reino fica à mercê de charlatães e curiosos e o campo fica fértil para o desenvolvimento da magia e de outras crendices enquanto processo de cura de doentes. Para ultrapassar os problemas resultantes da expulsão dos judeus de Portugal, D. Sebastião criou bolsas de estudo

("partidos") para frequência das Faculdades de Medicina ou de Farmácia de Coimbra. Esteve aqui a origem dos médicos facultativos municipais.

O ensino também sofreu com todo este processo. O pensamento académico não evoluiu, limitando-se a repetir tudo aquilo que já se sabia, sem discutir ou pôr em causa conhecimentos antigos. Os jesuítas trouxeram um maior pragmatismo à medicina e desenvolveram algumas áreas, mas sempre dentro de objectivos muito precisos: a divulgação da fé cristã e a conquista das almas.

Em 1695 foi promulgado o Regimento de Saúde Pública do Reino e em 1707 foi criada a Provedoria-Mor de Saúde, cujas competências iam desde o registo de facultativos e inspecção das farmácias, até à fiscalização e eventual proibição da venda de géneros alimentícios. Foi aquilo que Ferreira (1989) considerou como o primeiro ensaio de organização sanitária do país. Em 1782 foi crida a Junta do Protomedicato, que substituiu os Físico-Mor e Cirurgião-Mor. Durou até 1809, ano em que se inverteu a situação.

No Século XVIII agravou-se a situação das crianças enjeitadas, uma vez que a Real Casa dos Expostos deixou de ter capacidade para absorver mais abandonados. Coube à Misericórdia de Lisboa alargar aos limites da cidade a criação de rodas de expostos (Ribeiro e Robalo *cit. in* Graça 2000a). Já em finais do século surgirão os orfanatos e os reformatórios, entre eles a Casa Pia de Lisboa (1780), que se deveu à iniciativa do Intendente Pina Manique.

Os reformatórios não foram criados apenas com intenções sociais. A necessidade de controlar população potencialmente perigosa e de preparar e garantir mão-de-obra qualificada para as manufacturas que entretanto iam surgindo, desempenharam também um papel importante na motivação dos responsáveis políticos, tal como já acontecia noutros países.

No Século XIX serão criados os manicómios, os sanatórios e as maternidades, assim como o Conselho Geral de Beneficência. Todas estas iniciativas tiveram origem na acção de carácter social levada a cabo pela rainha D. Maria I.

Em 1810 foi promulgado o Regimento do Provedor-Mor, figura que já existia desde o tempo de D. João III, mas que tinha um papel bastante apagado. Três anos depois instituiu-se a Junta de Saúde, composta pelo Provedor-Mor, por seis médicos e diversos administrativos, que substituiu a Provedoria-Mor já antes mencionada. Teve pouca

actividade, tendo o seu lugar sido ocupado, em 1820, pela Comissão de Saúde (médico, desembargador e chefe de esquadra).

No campo do ensino, só com o Marquês de Pombal se saiu da estagnação a que se tinha chegado. Por indicação de algumas personalidades, entre as quais o médico Ribeiro Sanches, iniciou-se o estudo da reforma da Universidade de Coimbra, tendo os novos estatutos sido promulgados em 1773. O curso de Medicina passou a ser de cinco anos e incluía disciplinas teóricas e práticas, incluindo Anatomia, Medicina, Cirurgia, Obstetrícia, mas também prática clínica e farmacêutica. Para ingressar no curso eram necessários conhecimentos de latim, grego, inglês, francês, filosofia moral e racional. Em 1774, no seguimento da reforma, o Marquês determinou que os vários hospitais dispersos pela cidade passassem a ser geridos pela Universidade, conservando, contudo, os seus nomes. Nasceram os Hospitais da Universidade de Coimbra.

A Constituição de 1822 mostra particular preocupação pelos soldados e marinheiros inválidos e assegura a intenção das Cortes e do Governo em fomentar as casas de misericórdia e os hospitais civis e militares (Simões, 2004).

O ensino de Cirurgia também foi revisto (1795), tendo como principal suporte os hospitais militares (Chaves, Almeida, Tavira, Elvas, Porto e Lisboa), que já existiam, em Portugal, desde 1612. Foi, posteriormente, uniformizado (1805). Passado pouco tempo, em 1836, seriam criadas as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, que funcionaram nos hospitais das Misericórdias. Funchal e Nova Goa também tiveram as suas escolas, juntando-se assim à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no ensino desta matéria[34].

Em 1834 tinham sido extintas as corporações e, em sua substituição, apareceram os Montepios, Sociedades Corporativas, Caixas de Socorros, Associações de Socorros Mútuos, Caixas Económicas, Associações de Classe, Caixas de Aposentação, etc. No mesmo ano, foram extintas as ordens religiosas masculinas (Graça, 2000a).

Os descobrimentos trouxeram consigo novas doenças e novos comportamentos de risco, que se traduziram em maus indicadores de saúde. Surgiram também alguns vultos extraordinários da história da Saúde em Portugal. Entre eles: Tomé Pires, Garcia de Orta e Amato Lusitano. Mas foi também neste período que o Tribunal da Inquisição marginalizou e expulsou muito do "saber" que então existia. Merece ainda referência as

[34] Só em 1911é que seriam criadas as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

preocupações do poder real com o controlo e educação para o trabalho da população potencialmente perigosa, através de orfanatos e reformatórios.

2.3.4. A era da Saúde Pública

Em 1837, Passos Manuel criou o Conselho de Saúde Pública, que colocou na dependência do Ministro do Reino. A sua actuação abrangia:

- A educação física dos cidadãos;
- A vigilância sanitária das crianças da escola;
- A política de saúde;
- A prática da medicina, da cirurgia e da farmácia.

Na mesma altura foram designados delegados médicos para as capitais de distrito e subdelegados para os concelhos.

Este período foi pois fértil em medidas governativas no âmbito da Saúde Pública: Leis de Saúde Pública de 1837, 1845, 1868 e 1901. As condições de trabalho mereceram também a atenção dos governantes: Regulamento de Minas (1853); Regulamento para os Estabelecimentos Insalubres, Incómodos e Perigosos (1863). A saúde naval (1837, 1859, 1868, 1869, 1871, 1876, 1883 e 1885), a medicina no ultramar (1869, 1876, 1880 e 1884) e o trabalho das mulheres e dos menores (1891) mereceram também a atenção dos legisladores. Os perigos da transmissão da peste levaram também ao reforço da defesa sanitária das fronteiras marítimas e terrestres (1814, 1844 e 1897) e à criação de lazaretos.

O Século XIX é, portanto, bastante importante no campo da organização do Sector da Saúde em Portugal, apesar da Constituição de 1838 mencionar apenas a garantia dos socorros públicos. Um esforço nem sempre continuado e regular, já que teve alguns retrocessos, como foi o caso da legislação de 1868, que eliminou as autoridades médicas locais, tendo-as substituído pelo Governador Civil, pelo Administrador do Concelho e pelo Regedor da Paróquia, ou a de 1845, de inspiração de Costa Cabral, que por ter forte oposição popular foi abandonada, regressando-se à anterior.

A um nível mais global, motivados pela facilidade de transmissão de doenças como a cólera, a peste e a febre-amarela, os diferentes países promoveram conferências

internacionais, dando origem à ideia que a saúde dos povos é melhor tratada se as medidas forem articuladas internacionalmente[35].

Entretanto, a partir de finais do Século XVII, o desenvolvimento industrial tinha originado a migração gradual de trabalhadores dos campos para a cidade. Na fase inicial deste movimento, a poluição originada pelas fábricas, a má qualidade da água de consumo, a sua escassez, a inexistência de um sistema regular de recolha de lixo, o aglomerado de pessoas que viviam numa única casa, a deficiente construção destas, a alimentação desequilibrada e insuficiente, o prolongado horário laboral, o trabalho infantil, a falta de cuidados médicos e a deficiente educação originaram o agravamento dos problemas de saúde, criando situações dramáticas nas grandes cidades, que não estavam preparadas para tanta afluência de pessoas.

As preocupações com a Saúde Pública, o contributo do desenvolvimento da medicina e a melhoria do rendimento das pessoas, permitiram que este fosse o ponto de partida para a melhoria do nível geral de saúde. Com a evolução da industrialização, assistiu-se à redução da taxa de mortalidade e, consequentemente, ao aumento da esperança de vida.

Mas a resolução dos problemas só se deu a partir da segunda metade do Século XIX, fruto do desenvolvimento de uma forte corrente social. As questões de saúde, bem como as de natureza ética e social, face ao número de desempregados e pobres que se iam acumulando nos grandes centros urbanos, passaram a ser uma preocupação permanente. Na Inglaterra, Edwin Chadwick demonstrou que mortalidade, doença e pobreza estavam directamente relacionados (Ferreira, 1990).

Os serviços de saúde sofreram também um impulso significativo com a construção de novos hospitais e de unidades de combate específico a determinadas doenças (Ferreira, 1990):

- Hospitais – Até ao fim do Século XIX todos os distritos passaram a ter hospitais construídos de acordo com modernas concepções vindas de fora. Muitos deles foram criados de raiz pelo Estado ou pelas Misericórdias[36];

[35] Entre 1851 e 1948 (data da criação da Organização Mundial de Saúde) realizaram-se 14 Conferências Internacionais Sanitárias.

[36] O Hospital de Santo António, no Porto, foi pensado em 1766/1767 pela mesa da Misericórdia, mas a sua construção prolongou-se até à segunda metade do Século XIX. Foi desenhado por John Carr e o projecto inicial (que não foi completamente acatado) incluía 159 salões, 142 enfermarias e 20609 portas e janelas (Basto *cit. in* Graça 1996).

- Sanatórios – Começaram ser construídos em finais do século e destinavam-se ao tratamento da tuberculose;
- Laboratórios – Tinham a competência para analisar a higiene da água e dos alimentos, e foram construídos em Lisboa (1881) e no Porto (1882) com a designação de Laboratórios Municipais de Higiene;
- Dispensários – O primeiro (antivenéreo) foi criado em 1863, para a observação de prostitutas. Seguiram-se os dispensários antituberculosos, de puericultura e pediatria, e lactários;
- Institutos – O Instituto Bacteriológico foi o primeiro a ser criado (1892).

Todas estas instituições foram criadas no âmbito daquilo que se designou por Medicina Social. As preocupações com a solidariedade e a justiça social, que seriam discutidas em profundidade no Século XX, eram já parte integrante da temática da Saúde em pleno Século XIX, na acepção de que a doença resulta, em parte, de factores exteriores ao próprio indivíduo e tem consequências sociais, que estão, muitas vezes, acima de um limite aceitável.

Em 1889 deu-se a promulgação de um importante reforma, que teve o nome do seu autor: Ricardo Jorge. Foi regulamentada em 1901 e implementada em 1903. Tratou-se de um importante passo no âmbito da Saúde Pública, através do qual foram criados:

- A Inspecção Geral Sanitária;
- O Conselho Superior de Higiene Pública;
- O Instituto Central de Higiene;
- O curso de Medicina Sanitária;
- O curso de Engenharia Sanitária.

Apesar do esforço, os resultados em saúde não foram tão bons quanto aquilo que seria de esperar tendo sido introduzidas mais tarde (Decreto nº 12477, de 12/10/1926) novas alterações, cujos efeitos foram também inferiores ao desejado (Ferreira, 1990)[37].

Este período marca também uma viragem significativa na administração hospitalar. De acordo com Graça (2000b), a gestão dos estabelecimentos hospitalares até esta data não

[37] Seja como for, o mesmo autor considera que os resultados da reforma da saúde de 1899/1901 foram superiores aos da implementada em 1945, apesar das condições económicas serem, nesta última, bem melhores.

era feita por médicos. Cita como exemplo o caso do Hospital Real de Todos os Santos e do Hospital de S. José, que tiveram sempre elementos da nobreza, religiosos ou irmãos da Misericórdia de Lisboa, da confiança do rei, à frente dos seus destinos. O primeiro médico a ser nomeado Enfermeiro-Mor (conforme já foi referido era o nome então utilizado para designar o primeiro responsável pelo hospital) do Hospital de S. José foi José da Câmara Curry Cabral, por sinal um cirurgião natural do Faial. O predomínio dos médicos na direcção dos hospitais será, a partir daí, uma constante, salvo, talvez, um curto período no início do Século XXI.

A Constituição de 1911 referia o direito à assistência pública. No mesmo ano foram criadas as Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto, tendo sido implementadas importantes reformas. À semelhança de Coimbra, que dispunha do Hospital da Universidade, aquelas faculdades tinham para o ensino clínico os hospitais de Santa Marta e o de Santo António, respectivamente. Foram também criadas a Direcção Geral da Saúde e a Direcção Geral da Assistência. Na mesma data foi extinta a Direcção Geral de Saúde e Beneficência (Cabral, 2010a).

Este período fica também assinalado pelas iniciativas de âmbito social tomadas pelo médico e deputado republicano Estêvão de Vasconcelos, nomeadamente as que se referem à indemnização a operários por desastres no trabalho, apresentadas em Maio de 1908 e Março de 1909, sem sucesso (Graça, 2000b). Só em Junho de 1911 logrará êxito, dando origem à Lei nº 83, de 24 de Julho de 1913, na qual, pela primeira vez em Portugal, se estabelece a responsabilidade patronal pelos acidentes de trabalho. Este ónus poderia ser transferido para as seguradoras.

Em 1913 surge a designação de Director de Hospital, que desaparecerá em 1927, ressurgindo a de Enfermeiro-Mor.

Este é pois, por excelência, o período da saúde Pública em Portugal. Começou em 1837 com as medidas adoptadas por Passos Manuel e teve o seu apogeu na mudança de século com a reforma de Ricardo Jorge. Muitas destas medidas, bem como outras de natureza social, tiveram origem na degradação das condições de vida dos operários resultante da fase inicial do desenvolvimento industrial. Mas é também o período da construção de inúmeros serviços de saúde, inclusive hospitais, e da criação das Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

A base da prestação dos cuidados de saúde continuava a ser a clínica livre. Os pobres e indigentes recorriam aos serviços suportados financeiramente pelas autoridades de saúde ou por instituições caritativas (Ferreira, 1990).

2.3.5. A fase caritativo-corporativista

A fase caritativo-corporativista[38] começou em 1933 e terminou em 1944. Nestas décadas assiste-se à criação em Portugal, mas também na Espanha, Itália e Grécia, das Caixas de Previdência, com os respectivos serviços médicos (Sakellarides, 2006). Em Portugal, segundo Ferreira (1989), a Previdência assumiu papel relevante a partir de 1944.

Logo no início deste período, 1933, é aprovada uma nova Constituição, na qual fica consignado que "é direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade, da alimentação e da higiene pública" e que compete ao Estado promover e favorecer "as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade". Como se constata, os temas relacionados com a saúde são abordados de forma muito ligeira e a intervenção do Estado é muito reduzida.

O Estado e as Autarquias limitavam-se a intervenções supletivas das iniciativas individuais. Por essa razão, esta foi a época de ouro das instituições particulares de assistência, charneira a partir da qual o Estado organizou a assistência social (Campos, 1983).

A assistência à maternidade, orfandade, abandono, doença ou invalidez era prestada no lar.

A Ordem dos Médicos foi criada em 1938, de acordo com o modelo corporativo, passando a ser considerado crime o exercício ilegal da medicina.

O Decreto-Lei n.º 31913, de 1942, aborda pela primeira vez a questão da eficiência dos serviços, apontando para a necessidade das instituições procurarem o maior rendimento social com o menor dispêndio.

A preocupação do regime com a segurança e o combate às oposições, que visavam derrubá-lo, conduziu ao incremento de organismos de controlo e direcção.

[38] Designação atribuída por António Correia de Campos (Campos, 1983), embora tendo como referência o período que vai de 1937 a 1944.

Em 1944, a Lei n.º 1998 estabeleceu o Estatuto da Assistência Social. Para controlar as instituições, que eram na sua generalidade particulares, foram criados os seguintes organismos (Campos, 1983): Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, Direcções Gerais da Saúde e da Assistência e Inspecção da Assistência Social.

Os encargos financeiros com a assistência eram da responsabilidade do próprio assistido ou dos familiares mais chegados. Vinham de seguida os responsáveis por filhos ilegítimos, os organismos corporativos ou as instituições de seguros, os fundos ou receitas próprias das instituições, as Câmaras Municipais e, por último, o Estado.

Este foi um período vincadamente marcado pela forte intervenção do Estado no sentido de controlar os serviços de saúde, que eram, na sua maioria, particulares. Caracterizou-se também pelo aparecimento das Caixas de Previdência e dos respectivos serviços médico-sociais. O Estado, quer do ponto de vista da prestação de cuidados, quer do seu financiamento, actuava apenas supletivamente, deixando assim espaço para o importante papel desempenhado pelas instituições particulares de assistência.

2.3.6. A fase assistencial

A fase assistencial[39] começou em 1945 e terminou em 1971.

Em 1945 dá-se uma importante alteração no Sector da Saúde em Portugal, que reformula os serviços de assistência social (Lei nº 1998 de 15/5/1944 – Estatuto da Assistência Social – e Decreto-Lei nº 35108, de 7/11/1945). São criados diversos organismos ao nível da região, do distrito, do concelho e da paróquia, mas também diversos institutos com o objectivo específico de controlo da actividade das iniciativas públicas e privadas: Instituto de Assistência à Família, Instituto Maternal, Instituto de Assistência aos Menores, Instituto de Assistência aos Inválidos e Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Por essa altura vivia-se em ditadura e o fim da II Guerra Mundial, com a vitória das democracias, trazia consigo fortes pressões sobre o governo português, que se viu na contingência de introduzir reformas sociais, mas também de reforçar o aparelho de vigilância.

Seja como for, neste período assiste-se à construção, adaptação ou remodelação de muitos hospitais. O quadro seguinte pretende dar uma visão, se bem que parcial (refere-

[39] Designação atribuída por António Correia de Campos (Campos, 1983).

se apenas ao Norte do país e aos hospitais das Misericórdias), desse esforço de ampliação e modernização da rede hospitalar. São trinta e duas instalações, algumas das quais já haviam sido contempladas com obras nos dois períodos anteriores.

QUADRO 2-3 – MODERNIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – 1945/71

HOSPITAL	CONSTRUÇÃO	AMPLIAÇÃO REMODELAÇÃO
Famalicão	1961/64	
Macedo de Cavaleiros	1950/53	
Torre de Moncorvo	1960	
Vila Flor	1951/55	
Lousada	1964/67	
Marco de Canaveses	1965/67	
Paredes	1960/66	
Ponte e Lima	1958	
Régua	1957	
Monção		1960/70
Valença		1955
Mondim de Basto		1960/70
Murça		1960/70
Barcelos		1966/70
Braga		1957/70
Celorico de Basto		1960/70
Guimarães		1957/70
Amarante		1961
Vila Real		1960/70
Esposende		1960/70
Fão		1953 e 1969
Póvoa de Lanhoso		1960/70
Vieira do Minho		1950/55
Vizela		1954/55
Penafiel		1951
Maria Pia		1960/70
Rodrigues Semide		1960/71
Santo Tirso		1952/59 e 1967/71
Melgaço		1962
Ponde da Barca		1960/67
Valpaços		1960/70
Viana do Castelo		1945/47

Fonte: Adaptado a partir de Graça (1996)

Alguns hospitais e outros organismos do Sector da Saúde passaram a gozar de autonomia técnica e administrativa. As autoridades de saúde tornaram-se independentes dos municípios, tendo-se verificado, por força destas medidas, na opinião de Ferreira (1990), alguma descoordenação de actividades.

Outro aspecto significativo desta última reforma foi a promulgação, em 2 de Abril de 1946, da Lei nº 2011, que alterou a organização e gestão hospitalar. Os eixos desta nova intervenção foram a regionalização e a construção de novos hospitais, muitos deles com dinheiro do erário público. Mas ao nível da gestão, o Governo de então preferiu

continuar a apostar nas Misericórdias, mesmo quando a construção das unidades era paga com os impostos cobrados aos cidadãos. Parece significativo que os governantes mantivessem esta política de alheamento em relação à saúde dos seus cidadãos, cujo nível geral era mau, tanto mais que um pouco por todo o mundo se começava a discutir a intervenção do Estado no combate às desigualdades sociais.

Nas décadas de 1950 e 1960 as Misericórdias beneficiaram generosamente dos dinheiros públicos: Fundo de Desemprego, Verbas do Totobola, Orçamento Geral do Estado e subsídios ministeriais. Em alguns casos a comparticipação do Estado nas obras atingiu os 65%. Aquelas instituições também ajudaram, em particular através de legados e doações que receberam, ou dos designados cortejos de oferendas (Graça, 1996), iniciativa típica deste período da história de Portugal, que mobilizava as pessoas para o contributo no financiamento de obras de natureza social.

Um outro passo importante deste período foi a criação, em 1946 (Decreto-Lei nº 35311, de 25 de Abril), da Federação das Caixas de Previdência, organismo que passou a gerir cuidados médicos a nível nacional, que antes estavam dispersos por diversas entidades. A folga financeira da instituição possibilitou um rápido crescimento das prestações, ou seja, das regalias dos seus beneficiários, à margem dos serviços públicos de saúde, tornando-se assim numa fonte de desigualdades, já que muitos cidadãos não tinham acesso a essa estrutura. Praticavam apenas a designada medicina curativa. Estes postos médicos tiveram o seu início na indústria, alargando-se depois ao comércio, à agricultura (Casas do Povo) e às pescas (Casas dos Pescadores).

A aposta nesta nova rede de serviços implicou o desaparecimento dos designados médicos dos pobres (também chamados *partidos municipais*) pagos pelo Estado, criando aquilo que Ramos (2010) apelida de *pré-história* dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Uma das questões mais discutidas em Portugal, ao longo dos anos, em especial a partir de 1952, tem sido a da liderança das instituições de saúde. Médicos ou especialistas em gestão? Este problema é de grande importância, pois da sua resolução depende, segundo alguns autores, o cariz dado à direcção "política" das instituições. A gestão deverá privilegiar a produtividade dos Serviços ou procurar o atendimento mais completo e humano possível dos seus utentes? Será viável compatibilizar estas duas posições? Quais as implicações na sustentabilidade económica e financeira de hospitais e centros de saúde?

De acordo com Esperança de Pina (*cit. in* Ferreira, 1990, p. 308) a transferência dos hospitais escolares, em 1952, para fora do âmbito do Ministério da Instrução, criou problemas adicionais devido ao confronto entre a vertente mais humanista dos médicos e a mais tecnicista dos administradores, tendo, inclusive, prejudicado a investigação médica e o ensino. Ferreira (1990, p. 314) é da mesma opinião:

> …é errada e causadora de grandes atrasos no aperfeiçoamento dos serviços e de aumento de custos a insistência moderna de certos grupos de pressão, de individualidades políticas e dos governantes, de submeterem os serviços de saúde à preponderância logística de administrativos, em vez de preparar médicos para as responsabilidades de direcção…

Embora muito subtil, parece haver aqui uma pequena contradição: se por um lado se pretende entregar a administração a médicos em detrimento de gestores profissionais, por outro entende-se que aqueles devem ter conhecimentos técnicos de gestão, supostamente para melhorar a eficiência económica e administrativa, actuando da mesma forma destes últimos.

Em 1958 foi criado o Ministério da Saúde, sem que esta *promoção* do Secretariado da Assistência Social tivesse efeitos visíveis. Para agravar a situação, o chefe do Governo manteve as competências sobre a saúde dispersas por diversos ministérios, que tinham estratégias políticas diversificadas, o que só agravava as desigualdades no acesso aos cuidados. O Professor Oliveira Salazar entendia que Portugal ainda não tinha condições financeiras para suportar um sistema de saúde mais abrangente. Por outro lado, a construção de grandes hospitais, como por exemplo o de Santa Maria e o de S. João, tinham requerido grossas fatias do Orçamento de Estado. Talvez por essa razão, para travar os custos do Sector, os Ministros da Saúde tenham sido, inicialmente, não médicos. Esta regra só foi quebrada no tempo em que era Presidente do Conselho o Professor Marcelo Caetano.

O testemunho de Henrique Martins Carvalho prestado a Ferreira (1990), é elucidativo a esse respeito. Tendo sido Ministro da Saúde nesse período, manifestou a sua desilusão por grande parte do seu trabalho não ter seguimento, ficando paralisado em diversos outros ministérios, mas também porque não sentiu o apoio do Chefe de Governo. O ministro que se seguiu, Professor Soares Martinez, teve maiores disponibilidades financeiras para a execução das suas propostas, assim como Neto de Carvalho, que na condução dos destinos do Sector em Portugal implementou algumas reformas que merecem citação: a aprovação de programas de construção de hospitais distritais; a criação da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, assim como do

curso de Administração Hospitalar; a celebração de acordos com a Previdência Social, o que possibilitou a melhoria da situação financeira dos hospitais. Mas o mesmo governante não deixou também de salientar as dificuldades que enfrentou devido ao pensamento economicista do Professor Oliveira Salazar e aos entraves que lhe foram sendo sucessivamente levantados pelo Ministério das Finanças.

O primeiro a ocupar o lugar de Ministro da Saúde no governo de Marcelo Caetano foi Cancella de Abreu, cujas preocupações estiveram principalmente voltadas para a saúde da mulher e da criança, bem como para a resolução dos problemas financeiros dos grandes hospitais.

Foi também por esta altura (1961) que apareceu o "Relatório das Carreiras Médicas", documento essencial e inovador no que respeita a essa profissão. Este documento, cujo relator foi Miller Guerra, expõe as fragilidades do sistema de saúde português e propõe novas condições para o exercício da medicina (Sakellarides, 2006). Abordava também a questão da reforma do sistema de saúde: coordenação da medicina preventiva com a curativa; predomínio das actividades relativas à primeira; unidade de concepção, direcção e execução da política de saúde (Arnaut, Mendes e Guerra, *cit. in* Simões, 2004).

A nível organizativo verificou-se ainda a criação da Direcção Geral dos Hospitais (1961) e a promulgação, em 27/4/1968, do Decreto-Lei 48.357, que se veio a designar por Estatuto Hospitalar. No que toca ao financiamento, este diploma estabelecia que os hospitais seriam pagos, em grande parte, pela Previdência. Os contratos estabelecidos entre esta e os hospitais, na opinião de Ferreira (1990), eram financeiramente prejudiciais a estes últimos, opinião que é partilhada por Cancella de Abreu.

A Previdência foi, em particular a partir de 1963, assumindo um papel cada vez maior na prestação de cuidados na doença aos seus beneficiários, através daquilo que se designou por Serviços Médico-Sociais. No começo da década de setenta do Século XX tinha cerca de 1300 postos espalhados pelo país e abrangia perto de 80% da população (Ferreira, 1989). Paralelamente, algumas entidades mantinham subsistemas de saúde próprios, dos quais os exemplos mais importantes eram as Forças Armadas e a ADSE. Esta última foi criada em 1963, através do D.L. n.º 45002/63, abrangia os funcionários públicos e assentava na clínica livre convencionada com reembolso das despesas suportadas pelos doentes.

Aliás, durante todo este longo período o Estado sempre se eximiu de ser o principal responsável pelo pagamento do funcionamento das instituições de assistência[40], colocando à sua frente nesta matéria, as receitas próprias dos hospitais e os donativos recebidos. Entre as primeiras encontrava-se o pagamento pelo próprio doente dos cuidados recebidos. Em pequeno montante (Campos, 1983), é certo, mas também os municípios passaram a suportar os encargos com a saúde dos pobres do concelho, atribuição que lhes foi conferida, em 1965, pelo Decreto-Lei 46.301.

Em 1970, inicia-se na Escola Nacional de Saúde Pública o curso de Administração Hospitalar (Sakellarides, 2006).

Mas o Governo continuava a pensar a saúde aos "solavancos". Legislando muito, sem contudo se preocupar com a coerência do sistema, que, aliás, não existia. Não havia uma estratégia global para o Sector. Por trás estariam, por certo, razões políticas e orçamentais. A mais grave consequência foi, garantidamente, o aumento das desigualdades em saúde.

A criação de diversos subsistemas de saúde, independentes, difíceis de controlar e possuidores de políticas diferenciadas, foi uma estratégia muito negativa também no que respeita aos resultados em saúde. É, aliás, uma realidade, cujas consequências ainda hoje se fazem sentir. A dispersão originou também serviços de saúde organizados verticalmente e mal equipados, sem qualquer aproveitamento de eventuais sinergias que uma rede estruturada possibilitaria. Os hospitais das Misericórdias, apesar do esforço despendido, passavam também por grandes dificuldades, que nem os apoios do Estado conseguiam superar.

Em conclusão, muitas das medidas, como a maior participação financeira do Estado e a construção de muitos hospitais, foram tomadas sob pressão social, resultante da vitória das democracias na II Guerra Mundial.

2.3.7. A fase sanitária

Em 1971 dá-se uma importante alteração na política de saúde nacional, que dá origem ao que se pode designar por fase sanitária[41], que terminará em 1974 com a revolução militar que instaurará a democracia em Portugal. Terá sido mesmo uma das mais

[40] Há uma excepção a esta regra, uma "feliz incoerência governamental" no dizer de Campos (1983, p. 38), já mencionada, que possibilitou a construção e remodelação de muitos hospitais.

[41] Designação atribuída por António Correia de Campos (Campos, 1983).

relevantes, a par da criação, mais tarde, do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os traços mais importantes da nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro) eram os seguintes (Ferreira, 1990):

- Reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, da responsabilidade do Estado, tendo como limites aqueles que são determinados pelas disponibilidades de recursos financeiros, humanos e técnicos;
- Política unitária de saúde, da competência exclusiva do Ministério da Saúde;
- Integração de todas as actividades de saúde e assistência a nível regional e local;
- Progressiva cobertura médico-sanitária da população, através da instalação de Centros de Saúde distritais e concelhios;
- Planeamento central e descentralização da execução.

São mantidas as três direcções gerais (Saúde, Hospitais e Assistência) e criados o Instituto Nacional Ricardo Jorge, o Gabinete de Estudos e Planeamento, a Secretaria-Geral do Ministério e as Inspecções Regionais de Saúde, entre outras medidas que originaram uma profunda reforma do Sector em Portugal.

Francisco António Gonçalves Ferreira foi, de 1970 a 1972, na qualidade de Secretário de Estado da Saúde e Assistência, um dos protagonistas da reforma da saúde[42] em Portugal levada a cabo em 1971. Reforma que, como se viu, se revestiu da máxima importância, não apenas devido à reorganização do funcionamento da quase totalidade do sistema de saúde, bem como dos seus princípios orientadores no campo político, mas também porque marca uma viragem definitiva ao assumir a relevância dos cuidados de saúde primários. A frase seguinte, acerca da reforma de 1971, é sua e, por isso mesmo, porque vem de um governante da altura, é demonstrativa das dificuldades políticas que existiam na implementação de medidas modernas, a par do que já vinha sendo feito nos países desenvolvidos (Ferreira, 1990, p. 346):

> Este diploma legal, que obedecia aos princípios mais modernos, encontrou as maiores dificuldades na sua concretização, não só porque iniciava novos caminhos, o que provoca sempre reacções, mas porque faltou a vontade política de o executar e de promulgar a legislação já preparada, que facilitasse a integração preconizada.

[42] Esta reforma contou com o contributo de Arnaldo Sampaio e Paiva Brandão, autores do relatório intitulado "Para uma reforma do Ministério da Saúde e Assistência".

A importância do Decreto-Lei nº 413/71[43], já mencionado, mereceu também comentários do Director Geral da Saúde, Arnaldo Sampaio (entrevista dada ao Diário de Lisboa, em 10 de Março de 1974), manifestando a sua surpresa pela promulgação do diploma, dada a orientação política do Governo da altura (Ferreira, 1990). Ora a legislação de então, para além, como já se referiu, do reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos e da maior aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença, apontava para a redução das desigualdades em saúde e para a articulação entre os cuidados intensivos de saúde pública, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. Reconhecia, igualmente, a importância do contributo de factores como a alimentação, o ensino, a habitação, o rendimento e outros na melhoria dos níveis de saúde da população. Conscientes de que uma política de saúde com este nível de ambição só se consegue se o sistema estiver adequadamente preparado para tal, os responsáveis pelo Ministério da Saúde de então delinearam um novo Sistema Nacional de Saúde[44] arquitectado no princípio de que aos órgãos de topo competia a concepção, estudo e planeamento, aos intermédios a orientação, direcção e avaliação e aos de acção directa local a execução (Ferreira, 1990). É, como se vê, uma alteração profunda do Sector, sustentada pelas mais modernas políticas de saúde de então – pelo menos, no plano das intenções.

A criação dos primeiros centros de saúde foi um dos aspectos mais importantes desta reforma. Estavam essencialmente vocacionados para a medicina preventiva e para a saúde pública. Esta reforma deixou de fora, contudo, os serviços médico-sociais da Previdência, responsáveis pelos cuidados curativos, adiando a sua integração. A partir deste período, a promoção da saúde e prevenção da doença vão passar a competir com os cuidados hospitalares na luta pelo papel central dentro do sistema de saúde.

No que respeita às principais fontes de financiamento, mantiveram-se em vigor os acordos com a Previdência e as subvenções do Estado, quer para os estabelecimentos oficiais, quer para os particulares.

Este período foi, no entanto, e conforme já foi referido, um marco importante na modernização da Saúde e um primeiro passo na construção do Sistema de Saúde. Os responsáveis de então, Baltazar Rebelo de Sousa (Ministro), Francisco Gonçalves

[43] Foi, na mesma data, publicado o Decreto-Lei nº 414/71, que promovia uma importante reforma das carreiras profissionais do pessoal de saúde.

[44] É esta a designação utilizada por Gonçalves Ferreira (Ferreira, 1990).

Ferreira (Secretário de Estado) e Arnaldo Sampaio (Director Geral da Saúde), foram os obreiros da transição entre dois modelos de Saúde bastante diferentes: o do antigo regime e aquele que sairia do processo democrático iniciado em 1974.

Este foi, claramente, um período de ruptura, quer no que respeita aos princípios políticos, quer à organização do sistema de saúde, quer à estratégia de combate às desigualdades nesta área. Este trabalho foi tanto mais notável, quanto é certo que estas medidas progressistas foram adoptadas num contexto de um Estado muito conservador.

2.3.8. A construção do Serviço Nacional de Saúde

Entretanto, dá-se a revolução de 25 de Abril de 1974 dirigida pelo Movimento das Forças Armadas, cujo programa preconizava a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). A primeira Constituição do período democrático viria a consagrar esta medida. Contudo, ainda antes disso são adoptadas as seguintes medidas:

- Criação do Ministério dos Assuntos Sociais, que engloba as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Social (1974);
- Transferência para a Secretaria de Estado da Saúde dos Serviços Médico-Sociais da Previdência (Decreto-Lei nº 589/74, de 6 de Novembro), cuja concretização só se veio a realizar, efectivamente, em 1978 (Campos, 2008);
- Oficialização dos hospitais pertencentes às Misericórdias (Decretos-Leis nº 704/74 e 618/75);
- Criação do Serviço Médico à Periferia[45], que possibilitou uma maior acessibilidade aos habitantes do interior do país, bastante carenciados de cuidados de saúde (Despacho de 19/3/1975);
- Reestruturação dos hospitais centrais para o ensino pré-graduado, medida que acabou por prejudicar a anterior;
- Criação das Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (Decreto-Lei nº 488/75, de 4 de Fevereiro).

Destas medidas, merece especial relevância a que se refere à oficialização dos hospitais das Misericórdias. Ou seja, num espaço curto de tempo, o Estado assume a gestão dos antigos hospitais destas instituições, dando o primeiro passo no sentido da criação de um SNS universal, no qual a prestação de cuidados era da sua responsabilidade quase

[45] O Serviço Médico à Periferia decorreu entre 1975 e 1982.

exclusiva. De um momento para o outro, todos os cidadãos passam a ter acesso directo aos serviços de saúde.

Quanto à gestão dos serviços, este período não foi propriamente fácil, uma vez que muitos deles entraram em processo de autogestão e de direcção colegial (comissões instaladoras eleitas pelos trabalhadores), acompanhadas de sucessivas reivindicações e aligeiramento de procedimentos.

Esta mudança política profunda, ao contrário do que seria de esperar, não originou, a nível global, qualquer tipo de revolução ou ruptura no funcionamento do Sector da Saúde. As reformas implementadas em 1971 e a continuidade de funções, após 25 de Abril de 1974, de muitos dos responsáveis pelas mesmas, deram origem a uma transição quase pacífica (Simões, 2004).

A Constituição da República foi votada e aprovada em 1976. Em resumo, do artigo 64º constava:

- O reconhecimento da saúde como um direito e um dever dos cidadãos;
- A ideia de construção de um SNS universal, geral e gratuito;
- A referência às condições económicas, sociais e culturais, bem como às condições de vida e de trabalho, à cultura física e à educação sanitária enquanto factores promotores do direito à protecção da saúde;
- A preocupação especial pela protecção da infância, da juventude e da velhice;
- A atribuição ao Estado da incumbência de garantir a acessibilidade e a cobertura médica do país de forma racional e eficiente, bem como de orientar a sua acção para a socialização da medicina, para a disciplina e articulação com o SNS dos privados e para a disciplina e controlo dos meios de tratamento e diagnóstico.

A preocupação com o processo anárquico de gestão instalado nos hospitais após o 25 de Abril, levou os governantes a promulgar o Decreto-regulamentar nº 30/77, que criou três órgãos de administração: Conselho Geral, Conselho de Gerência e Administrador. Contudo, as competências atribuídas ao primeiro continuaram a dificultar a organização e orientação dos hospitais. A principal melhoria verificou-se ao nível das competências individuais atribuídas ao administrador.

A Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, também conhecida por Lei Arnaut[46], consagra o SNS[47]. Trata-se de um extenso documento, do qual importa reter que:

- O SNS deveria ser gerido por uma Administração Central de Saúde;
- A acessibilidade aplica-se aos nacionais, mas também aos estrangeiros que se encontrem em Portugal e não sofre restrições salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e materiais, englobando a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação médica e social[48];
- Se prevê a aplicação de taxas moderadoras com o objectivo de racionalizar a utilização dos serviços;
- O utente tem liberdade de escolha do prestador de cuidados, salvo as limitações já mencionadas;
- O acesso é garantido pela rede do SNS, mediante contrato com terceiras entidades ou por reembolso directo do utente;
- O SNS tem autonomia administrativa e financeira, e uma organização descentralizada e desconcentrada;
- Os órgãos centrais são responsáveis pela política de saúde, planeamento, avaliação, definição de normas de funcionamento, inspecção, formação, investigação, fiscalização, etc.
- Os órgãos regionais são responsáveis pela execução política, administração e gestão, inspecção, formação, investigação, celebração de convénios com terceiros, de acordo com as directrizes dos órgãos centrais, etc.

[46] António Duarte Arnaut, habitualmente conhecido como o pai do SNS português, era, na altura, Ministro dos Assuntos Sociais do segundo Governo constitucional.

[47] Em 17 de Maio de 1979, na Assembleia da República, Arnaut dizia explicitamente não serem "admissíveis os modelos de *medicina convencionada* ou de *seguro de saúde*" (*cit. in* Simões, 2004, p. 98).

[48] Os cuidados de saúde incluem (art.º 14º): a promoção e vigilância da saúde e a prevenção da doença; cuidados médicos de clínica geral e de especialidades; cuidados de enfermagem; internamento hospitalar; transporte de doentes; elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados; suplementos alimentares dietéticos; medicamentos e produtos medicamentosos; próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos; apoio social.

- Os órgãos locais são responsáveis pela gestão dos serviços, coordenação das unidades prestadoras dos cuidados primários e registo e análise de dados estatísticos.
- O Estado é responsável pela mobilização dos recursos financeiros indispensáveis;
- O SNS articula-se e pode estabelecer convénios com entidades privadas na área da saúde.

A Constituição da República e a Lei de Bases da Saúde estavam, e estão, imbuídas de princípios e valores fundamentais ao normal desenvolvimento do indivíduo, à sua protecção e à vida em sociedade. Estas questões éticas tinham sido amplamente discutidas durante quase todo o Século XX, muito em particular na sequência das duas guerras mundiais. Portugal discutiu-as e aplicou-as mais tarde. Se é certo que em 1971 havia sido dado um passo importante para o reconhecimento de alguns destes princípios e valores, também é verdade, que muitas das medidas então preconizadas não foram levadas à prática. Haveria que esperar mais três anos para que a revolução reafirmasse os direitos do cidadão no que respeita à promoção da saúde e à protecção e tratamento da doença. Ainda assim, a Constituição só o consignou em 1976 e o SNS só foi criado em 1979.

Os princípios e valores pilares do sistema de saúde português, consignados nesses documentos são:

- A consideração da saúde como o resultado da interacção de múltiplos factores[49];
- A universalidade;
- A generalidade;
- A gratuitidade[50];
- A acessibilidade;
- A liberdade de escolha;

[49] Na sequência da definição preconizada pela OMS, a saúde deverá ser entendida não apenas como a ausência de doença, mas também como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Neste sentido, factores como o rendimento, a habitação, a cultura, a escolaridade, o emprego, etc. são também fundamentais ao desenvolvimento em saúde dos indivíduos e da sociedade como um todo. Alguns autores, como Ferreira (1989), criticam esta definição por ser irrealista e impossível de ser atingida.

[50] Mais tarde, em1989, em sede da Constituição, o conceito de gratuitidade haveria de ser substituído pelo de "tendencialmente gratuito".

- A racionalidade e a eficiência da distribuição dos recursos;
- A socialização da medicina.

A equidade seria discutida com profundidade em Portugal na última década do Século XX. Contudo, o espírito de discriminação positiva dos utentes, no que respeita aos cuidados de saúde, está de certa forma abrangido pelos conceitos de acessibilidade e de racionalidade na distribuição de recursos.

Importa também salientar, que algumas das ideias preconizadas por essa legislação acabaram por não ser aplicadas, tendo sido revogadas pelo Decreto-Lei nº 59/82, de 29 de Junho. No essencial tratou-se de órgãos de administração e gestão, dos quais o mais importante terá sido a Administração Central de Saúde.

O Internato Complementar de Clínica Geral teve início em 1981/82, suspendendo-se, de seguida, o Serviço Médico à Periferia. Em 1983 surge a segunda geração[51] de centros de saúde, caracterizada pela junção dos cuidados preventivos e curativos, o que conduz à integração dos postos dos Serviços Médico-Sociais nesses organismos (Ramos, 2010).

Em 1988, através do Decreto-regulamentar nº 3/88, acabaram as direcções do tipo colegial, tendo sido definidos como órgãos de administração os seguintes: Conselho de Administração, Presidente do Conselho de Administração e Administrador Delegado. Este último viu as suas competências reforçadas. O Conselho Geral passou a ser apenas órgão de participação e consulta. As funções de direcção técnica foram confiadas ao Director Clínico e ao Enfermeiro Director.

Depois de em finais da década de 80, princípios da de 90, se ter assistido a um impulso liberal tímido na Saúde, em Portugal, a partir de 1995 volta-se a apostar na intervenção do Estado, no que já se designou por *melhor Estado*. O Ministério da Saúde procura atrair técnicos competentes e independentes, no que é relativamente bem sucedido. Estes, implementam reformas importantes, como é o caso das políticas de saúde centradas no cidadão, da definição de metas objectivas e claras (um SNS para o século seguinte), dos novos regimes remuneratórios, dos Centros de Responsabilidade Integrada (nos hospitais), das agências de contratualização e dos novos modelos de gestão dos serviços de saúde. A equidade, a protecção dos grupos de risco e a

[51] A primeira geração foi a dos centros de saúde criados em 1971, vocacionados para a prevenção da doença e para a saúde pública.

abrangência dos serviços a prestar a determinados grupos são temas que passam a estar na ordem do dia.

A criação, em 1998, do Regime Remuneratório Experimental[52], para os cuidados primários, que havia sido precedido pelo projecto Alfa (1996/97), possibilitou iniciativas de grupos de profissionais desejosos de trabalhar em equipa, mas com maior autonomia e responsabilização. Pretendia-se evoluir de um modelo hierárquico para uma organização em rede (Ramos, 2010).

Em 1998 dá-se um importante passo no sentido de incutir uma maior liberdade ao sistema de saúde. É publicado o Decreto-Lei nº 401/98, de 17 de Dezembro, que permite o *opting-out*, ou seja, a possibilidade de saída do SNS, através da transferência de responsabilidades financeiras e da prestação de cuidados (Simões, 2004).

Em princípios do Século XXI dá-se um novo passo no sentido da reforma do Sistema de Saúde português, sustentado nos seguintes princípios: separação entre o Estado prestador e o Estado financiador; maior intervenção dos prestadores privados; mudança de paradigma da administração pública[53] (Cabral, 2010a).

No essencial, dá-se o último passo no desenvolvimento do Sistema de Saúde, criando-se as redes de cuidados primários, hospitalares e continuados, que englobam, para além do Serviço Nacional de Saúde, todos os restantes operadores do mercado, incluindo os privados com contratos, convenções ou acordos com o SNS.

As questões da eficiência também não foram descuradas, em particular através do processo de negociação de contratos-programa com objectivos de produção e incentivos (ou penalizações) muito bem definidos. A arquitectura jurídica foi também alterada, em particular através da transformação dos antigos hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em hospitais Sociedades Anónimas (SA), ou Estabelecimentos Públicos de natureza Empresarial (EPE). Mas as alterações interferiram também com os cuidados primários e continuados, numa perspectiva, como se disse, de integração de diversos modelos de gestão no todo do Sistema Nacional de Saúde, conforme se poderá verificar no quadro seguinte, que procura fazer uma síntese do conjunto de entidades,

[52] Em 1999, foram criados, no papel, ou seja, na legislação, os Grupos Personalizados de Centros de Saúde, com autonomia jurídica, administrativa, técnica e financeira, que Simões (2004) apelida de terceira geração de centros de saúde (D. L. nº 157/99, de 10 de Maio). Contudo, nunca passaram disso.

[53] Esta nova legislação (Lei nº 27/2002) inclui a possibilidade de aplicação do regime de contrato individual de trabalho dentro do SNS.

segundo a propriedade e o regime jurídico, criadas com a legislação do início do Século XXI.

QUADRO 2-4 – REDES DE CUIDADOS

REDES	Sector Público gerido pelo Estado	Sector Público gerido por terceiros[54]	Sector privado[55]
REDE DE CUIDADOS HOSPITALARES	Hospitais SPA	Hospitais públicos geridos por entidades públicas	Hospitais privados com fins lucrativos
	Hospitais EPE[56]	Hospitais públicos geridos por entidades privadas	Hospitais privados sem fins lucrativos
	Hospitais SA	Hospitais geridos por grupos de médicos	
REDE DE CUIADDOS PRIMÁRIOS	Centros de Saúde públicos ou ACES	Centros de Saúde públicos ou ACES geridos por entidades públicas	Centros de Saúde privados com fins lucrativos
		Centros de Saúde públicos ou ACES geridos por entidades privadas[57]	Centros de Saúde privados sem fins lucrativos
			Profissionais ou agrupamento de profissionais
REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS	Estabelecimentos públicos com gestão tradicional	Estabelecimentos públicos geridos por entidades públicas	Estabelecimentos privados com fins lucrativos
	Estabelecimentos públicos com gestão empresarial	Estabelecimentos públicos geridos por entidades privadas	Estabelecimentos privados sem fins lucrativos
		Estabelecimentos públicos geridos por profissionais	

Fontes: Adaptado a partir da Lei 27/2002 de 8/11, do D.L. 60/2003 de 1/4 e do D.L. 281/2003 de 8/11

Em 2003 foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), com a missão de regular a actividade dos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

Em 2006, foram criadas, ao nível dos cuidados primários, as Unidades de Saúde Familiares, tendo como fundamento a reorganização dos centros de saúde com base em pequenas equipas multidisciplinares, com autonomia funcional e técnica, obedecendo à contratualização de uma carteira básica de serviços e a um sistema retributivo assente na produtividade, acessibilidade e equidade. Previa-se ainda a criação de Unidades de

[54] Mediante contratos, convenções ou acordos.

[55] Mediante contratos ou acordos.

[56] Inclui as Unidades Locais de Saúde.

[57] Inclui as USF.

Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidades de Apoio à Gestão (Ramos, 2010).

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, revogaria o anterior com o número 281/2003, criando a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que engloba cuidados de saúde e paliativos, assim como apoio social, e abrange hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária[58] e as autarquias locais. O objectivo desta rede nacional é o de prestar cuidados de reabilitação, readaptação e reintegração social, mas também a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis, a pessoas em situação de dependência.

A estrutura da rede assenta em Unidades de Internamento (de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração), Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares (de gestão de altas e de aconselhamento e internamento de cuidados paliativos) e Equipas Domiciliárias, que serão financiadas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

A alteração jurídica dos serviços de saúde implicou também mudanças nos processos de gestão dos recursos humanos (contratos individuais de trabalho), de aquisições de bens e serviços, de financiamento das instituições e de recurso ao crédito.

Em 2008, através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que representam uma nova arquitectura organizacional, visando uma melhor articulação dos seus componentes. Têm apenas autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais, podendo integrar um ou mais centros de saúde. Espera-se que contribuam para uma política de saúde orientada para o cidadão e motivadora do empreendedorismo dos profissionais. Esta iniciativa legislativa já começou a ser posta em prática. O mesmo diploma, no seu artigo 41º, determina a extinção das sub-regiões de saúde.

A criação do SNS não foi fácil. A sua manutenção também não o é. Entre a teoria e a prática vai uma enorme distância, que a reduzida capacidade de organização e gestão macro e micro, associada às dificuldades financeiras do país, não ajudam a ultrapassar.

[58] Agrupamento de instituições de solidariedade social.

O marco mais importante deste período é, indiscutivelmente, o da criação do SNS, tal como preconizava o programa do Movimento da Forças Armadas, responsável pela revolução de 25 de Abril de 1974. Mas merece também referência a oficialização dos hospitais das Misericórdias e a alteração significativa das políticas de saúde, assentes na universalidade, acessibilidade, solidariedade e equidade. Já na parte inicial do Século XXI, a prioridade foi para a eficiência dos serviços e para a construção de um sistema de saúde onde o público e o privado coabitam, tendo sido o primeiro dotado de instrumentos de gestão passíveis de configurar um mercado interno com *concorrência gerida*.

2.4. Conclusões

Os primeiros tempos, no que respeita à Saúde, reflectem a prevalência de rituais mágico-religiosos na cura das doenças, bem como um total desconhecimento sobre a sua origem, o que conduzia à atribuição de causas sobrenaturais para as explicar.

A melhoria das condições de vida permitiu uma evolução muito positiva da saúde. Mas as primeiras civilizações trouxeram também novos problemas de saúde pública e uma profusão de prestadores de cuidados, muitos deles sem qualquer preparação, o que conduziu ao aparecimento das primeiras medidas legislativas sobre o assunto.

Com o desenvolvimento das civilizações grega e romana, aparecem as primeiras escolas para o ensino da medicina fora do ambiente religioso. É também neste período que o Estado se começa a preocupar com a saúde dos seus cidadãos.

A Idade Média caracteriza-se pelo grande desenvolvimento da intervenção cristã na Saúde, que perdurará por muitos anos, e pela construção dos primeiros hospitais especificamente pensados para o efeito.

No Renascimento assiste-se ao desenvolvimento da farmacologia, ao início da utilização de estatísticas na Saúde e ao aproveitamento dos serviços para controlo da marginalidade.

O período seguinte, que vai de meados do Século XVII até finais do Século XVIII, representa um salto importante na organização e gestão dos serviços de saúde ingleses e assiste ao primeiro estudo epidemiológico, tendo em ambos os casos a colaboração de Sir William Petty. As questões do financiamento dos serviços passam a ocupar lugar de destaque.

O Século XIX marca o início da moderna saúde, fruto da enorme evolução de diversas disciplinas médicas. Mas representa também o início de uma forte preocupação dos governantes com a saúde dos seus cidadãos – por razões éticas e económicas. E ainda o início da dicotomia entre a intervenção do Estado e o livre funcionamento da oferta e da procura. Em França, por exemplo, após o colapso financeiro dos hospitais, que passaram a ser o centro da prestação de cuidados, volta-se à desintervenção e ao primado da beneficência e do mercado. Merece ainda referência o desenvolvimento da enfermagem, fruto, em grande parte, do trabalho de Florence Nightingale.

A parte final do Século XIX constitui uma autêntica revolução na Saúde. Os governos, perante a impossibilidade das instituições de caridade darem uma resposta cabal aos problemas de saúde dos cidadãos, voltam a intervir no Sector. Bismarck cria, na Alemanha, aquele que será considerado o primeiro modelo de sistema de saúde. Será um modelo financiado por seguros, utilizado pelos seus beneficiários e servido por prestadores privados.

Os horrores das guerras mundiais, a difícil situação do proletariado e as grandes discussões filosóficas em torno da vida humana conduziram ao aparecimento, no Reino Unido, de um novo modelo de sistema de saúde, proposto por William Beveridge e concretizado pelo ministro Bevan em 1948. Era financiado por impostos, beneficiava todos os cidadãos e tinha prestadores públicos e privados.

A criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde foram então um facto. Os países optaram por um ou por outro modelo, não deixando de introduzir algumas especificidades próprias, relacionadas com a sua riqueza, o seu nível de desenvolvimento e a sua cultura. Os direitos de trabalhadores e cidadãos foram crescendo e os custos com a saúde aumentando. No final do Século XX e no princípio do Século XXI, a crise económica e financeira a nível mundial obrigou à adopção de medidas de melhoria da eficiência e de contenção das despesas. Mas a preocupação por um sistema de saúde universal e equitativo mantém-se.

Em Portugal, a Saúde foi seguindo, em traços gerais, o que se passava nos países mais evoluídos, em particular no que respeita à evolução do conhecimento da medicina, da enfermagem e da utilização de equipamentos.

Os primeiros tempos da nacionalidade são marcados pelo aparecimento e difusão das gafarias, das albergarias e de alguns estabelecimentos que levam já a designação de

hospitais. Os dois últimos servem, em simultâneo, para albergar viajantes, doentes e pobres. As ordens religiosas, os reis e os nobres (e mais tarde as corporações dos ofícios e os municípios) têm papel preponderante na criação e manutenção destas casas.

À semelhança do que aconteceu nos restantes países, também em Portugal, depressa, os reis se aperceberam que a importância do Sector da Saúde ia muito para além da prestação de cuidados, já que promovia a ocupação de terras e o desenvolvimento do território, a par de contribuir para a estabilidade governativa e para o esforço de guerra. Por isso, não estranha que os reis de então tivessem adoptado diversas medidas de regulamentação do Sector, algumas das quais passavam pela administração dos estabelecimentos.

Cresceu, por isso, a intervenção dos reis, sendo de destacar, neste âmbito, o papel de D. João II. Mas há ainda dois factos que merecem uma referência especial, devido à sua enorme importância: a construção do primeiro hospital digno desse nome (Hospital Real de Todos os Santos); o início da actividade das Misericórdias na Saúde.

Em finais do Século XVII foi promulgado o Regimento de Saúde Pública e no início do seguinte foi criada a Provedoria-Mor de Saúde. Foi o início da organização sanitária do país.

Os descobrimentos trouxeram novas doenças e novos comportamentos de risco, mas também novos alimentos e novas oportunidades de organização dos serviços de saúde.

Em meados do Século XIX, extintas as corporações e as ordens religiosas masculinas, aparecem os Montepios, as Caixas de Socorros, as Sociedades Corporativas, as Associações de Socorros Mútuos, as Caixas Económicas, a Associações de Classe, as Caixas de Aposentação, etc.

Crescem então as preocupações com a Saúde Pública, que associadas ao aumento do rendimento das pessoas e ao desenvolvimento da medicina permitem a melhoria do nível geral de saúde.

De Passos Manuel até Ricardo Jorge foi um período de cerca de 60 anos de importantes medidas no âmbito da Saúde Pública, que incluíram a construção de serviços de saúde. Assistiu-se ainda ao nascimento das Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

A partir de 1933 o Estado demarca-se da prestação de cuidados e do seu financiamento, mas passa a exercer um forte controlo sobre a actividade dos serviços. Surgem,

entretanto, os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência e desenvolve-se o papel das instituições particulares de assistência.

Em 1945 dá-se início à fase assistencial, que só terminará em 1971. As Misericórdias beneficiaram, generosamente, dos dinheiros públicos e tiveram um papel do maior relevo na prestação de cuidados. Surgiu a Federação das Caixas de Previdência e estas tiveram, igualmente, um grande crescimento, abrangendo a indústria, o comércio, a agricultura (Casas do Povo) e as pescas (Casas dos Pescadores), e criando fortes desigualdades no acesso, uma vez que muitos cidadãos não tinham direito aos seus cuidados.

O Estado continuava alheado do Sector, em particular no que respeita ao financiamento. Legislava muito, mas faltava-lhe uma estratégia global. Contudo, preocupado com os ventos de mudança que sopraram a partir do fim da Segunda Grande Guerra, abriu mão de uma maior participação financeira, o que possibilitou a construção de alguns hospitais, entre os quais o de S. João e o de Santa Maria.

O ano de 1971 constitui uma viragem profunda na Saúde em Portugal. A reforma então aprovada altera os princípios políticos, reorganiza o sistema, reforça o planeamento e dá maior relevo aos cuidados primários. São criados os primeiros centros de saúde com as incumbências da Saúde Pública e da prevenção da doença. Infelizmente, ficam de fora os cuidados curativos prestados pelos serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

Considerando o Governo de então, estas medidas foram uma surpresa. Poderiam ter ido mais longe (algumas medidas não se chegaram a concretizar), mas as reacções dos conservadores do regime não o permitiram. Contudo, estava feita a transição para a grande reforma pós 25 de Abril de 1974.

Este último período marca, então, a construção do SNS e a sua adaptação, ao longo dos anos, às necessidades conjunturais, às diferentes correntes políticas e às novas descobertas nas diferentes áreas que interferem nos sistemas de saúde.

Para além da criação do SNS, merecem referência especial a oficialização dos hospitais das Misericórdias, as políticas assentes na universalidade e na equidade, a criação das redes de cuidados, os novos modelos de gestão, as medidas de promoção da eficiência e a coabitação crescente entre serviços públicos e privados.

CAPÍTULO III

PRINCÍPIOS E VALORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE

3.1. Introdução

A Declaração de Alma Ata[59] menciona no seu ponto IV que "O povo tem o direito e o dever de participar individualmente e colectivamente no planeamento e na aplicação dos seus cuidados de saúde" e, no ponto V, que "Os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos" (Ferreira, 1989, p. 72).

Entre inúmeras considerações e recomendações, aquela declaração apela ainda a uma redobrada preocupação e interesse dos governantes pela cobertura em cuidados de saúde de todos os cidadãos, em particular dos que, por razões geográficas, sociais ou financeiras, bem como por fazerem parte de determinados grupos de risco (mulheres, crianças, trabalhadores em risco especial e sectores mais desfavorecidos da sociedade), apresentem maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

Este conjunto de direitos e deveres resultantes do encontro de Alma Ata reflecte uma parte substancial da discussão vertida neste capítulo e sustenta o carácter político e social dos sistemas de saúde, que são, por isso, eixos fundamentais da actuação do Estado.

3.2. Universalidade, generalidade e solidariedade

Os sistemas de saúde são condicionados por princípios e valores que determinam as suas características e que estão de acordo com o pensamento político, social e económico dos governantes.

Tomando como exemplo a Constituição da República Portuguesa, pode ler-se, na al. a), do ponto 2, do art. 64º, que o SNS é "universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito" (CNE, 2005, p. 15). São, desde logo, três conceitos fulcrais do SNS português, que se passarão a analisar.

Dizer que um sistema de saúde é universal, é o mesmo que afirmar que ele abrange todos os cidadãos. A extensão dos cuidados de saúde a todos, não depende, neste caso, da situação profissional da pessoa, do seu nível de riqueza, do montante do seu contributo financeiro para a sustentação dos serviços de saúde ou de outra qualquer condição.

[59] A Declaração de Alma Ata resultou da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Setembro de 1978, em Alma Ata, no Cazaquistão.

A tendência, nas últimas décadas, tem sido para o aumento do número de países com cobertura universal da população por cuidados de saúde. O quadro seguinte procura traduzir essa realidade. A percentagem de países da amostra com cobertura universal passou de 41,7%, em 1970, para 85,2%, em 2000 – um aumento para mais do dobro, o que comprova aquilo que antes já havia sido mencionado por Ferreira (1989, p. 506), quando referia que se tinha tornado "um axioma assegurar a toda a população uma cobertura … uniforme e aproximadamente igualitária …"

QUADRO 3-1 – UNIVERSALIDADE NA OCDE

	1970		**2000**	
	Nº de Países	**%**	**Nº de Países**	**%**
Cobertura universal[60]	10	41,7	23	85,2
Cobertura não universal	14	58,3	4	14,8
TOTAL	**24**	**100,0**	**27**	**100,0**

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data Report (cit. in Simões, 2004)

Esta tendência para a universalidade da cobertura é já antiga. Os sistemas sociais que cobriam os riscos de trabalho, de velhice e de invalidez, ou seja, aquilo que habitualmente se designa por Previdência, destinados a determinados grupos da população e organizados ou controlados pelo Estado, foram-se alargando, quer no que respeita à abrangência de um maior número de cidadãos, quer à cobertura de riscos, passando a assumir também a saúde. Ao abandonar a solidariedade individual e profissional, substituindo-a pela solidariedade colectiva e pelo direito universal aos benefícios sociais, esta alteração permitiu construir aquilo que se designa por Segurança Social (Ferreira, 1989).

Em boa verdade, garantir a universalidade pressupõe também assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a todos os cuidados de saúde de que necessitam, o que nem sempre acontece, apesar do disposto na legislação. Este direito fica, muitas vezes, por um pacote básico de cuidados. Sobre este assunto, o Relatório Mundial da Saúde da OMS, 2010, mencionado por OPSS (2011), refere três problemas que limitam a

[60] Considerou-se incluído nos 23 países um conjunto de 4 países que têm uma cobertura entre 99% e 99,9%. No caso concreto da Espanha, que não apresenta valores para o ano 2000, partiu-se do pressuposto que a mesmo seria 100% (em 1990 já era de 99%).

universalidade: disponibilidade de recursos; pagamentos directos (no momento do consumo de cuidados) excessivos; uso pouco eficiente e desigual dos recursos.

Por generalidade entende-se a capacidade do sistema de saúde fornecer a globalidade dos cuidados de saúde que as pessoas necessitam. No caso português, há um leque relativamente importante de cuidados de saúde que o SNS ainda não garante, o que obriga os seus beneficiários a recorrer à medicina privada, ou a prescindir deles. As especialidades mais carenciadas são a Medicina Dentária, a Ginecologia, a Oftalmologia e a Cardiologia, conforme se constata no quadro seguinte, no qual se especifica a situação para toda a população e apenas para aquela que por hábito recorre ao SNS, no que respeita à percentagem de consultas privadas no total das consultas.

QUADRO 3-2 – % DAS CONSULTAS PRIVADAS NAS CONSULTAS TOTAIS EM 2005

ESPECIALIDADE	TODOS	POPULAÇÃO SNS
Cardiologia	54,2	46,1
Dentistas	92,1	90,9
Ginecologia	67,6	61,2
Oftalmologia	66,9	62,2
Ortopedia	45,5	41,4
Pediatria	31,1	31,1
Clínica Geral	17,1	13,0

Fonte: INE (cit. in Campos, 2008)

Na União Europeia, os sistemas de saúde compreendem, por norma, os serviços de saúde pública e preventivos, os cuidados primários e especializados, o ambulatório, os medicamentos, a saúde mental, os cuidados dentários e ao domicílio, e a reabilitação. A dificuldade está, muitas vezes, na correcta explicitação dos cuidados e serviços abrangidos (Thomson et al, 2009), o que pode ser utilizado de forma menos adequada, quer pelos gestores dos recursos em saúde, quer pelos próprios prestadores.

Ser tendencialmente gratuito, significa que o SNS, no momento da prestação de cuidados, tem um custo reduzido para o utilizador, o que no caso português pode significar totalmente gratuito para pessoas com baixos rendimentos ou portadoras de doenças crónicas, ou sujeito ao pagamento de uma taxa moderadora, que visa desincentivar a utilização abusiva e infundada dos serviços, para os restantes cidadãos. Como por outro lado a Constituição da República Portuguesa afirma na sua alínea c), do ponto 3, do art. 64º, que incumbe ao Estado orientar a sua acção "para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos" (CNE, 2005, p. 15) e o SNS é

financiado pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), em parte suportado por impostos directos e progressivos, estar-se-á também em condições de afirmar que a solidariedade é outra das suas características.

A solidariedade deriva do facto da saúde ser considerada um bem colectivo, um dos pilares das sociedades modernas. Ser um bem colectivo significa que todos ganham quando alguém recebe cuidados de saúde, mesmo que sejam outros a pagar por ele.

Por isso, entende-se que a solidariedade, do ponto de vista económico, se verifica quando se transferem custos de uma classe para outra. Este conceito pode assumir duas formas: a voluntária, resultante da iniciativa espontânea de pessoas ou grupos, na qual se incluem os donativos, os legados e as ofertas; a orgânica, que consiste no contributo obrigatório de pessoas ou empresas, resultante da intervenção organizada do Estado, na qual se incluem os impostos e taxas.

Em Saúde pode-se medir o esforço de solidariedade através da participação do Estado na respectiva despesa total, o que conduz, inevitavelmente, à transferência de custos de uma classe social para outra. Compare-se no quadro seguinte este esforço em diversos países europeus. Algumas conclusões parecem evidentes, sem qualquer tratamento adicional dos respectivos dados:

- Ao longo dos 25 anos do estudo, quer a despesa total, quer a despesa pública com a saúde, verificam um acréscimo considerável e consistente;
- No que respeita à despesa total, há já um conjunto de 6 países, em 2005, cujo esforço com a saúde se situa acima dos 10% do PIB, merecendo especial referência a França;
- A despesa pública, suportada por cidadãos e empresas, segue, em traços gerais o comportamento da despesa total. Mas há excepções. A mais flagrante respeita à Grécia, um dos seis países com maior peso nesta última e exactamente o que tem menor peso na primeira. Em sentido contrário parece estar o Luxemburgo;
- No que respeita a Portugal há a registar um salto enorme (3,2% do PIB) na despesa total, na última década do Século XX, em grande parte conseguido à custa do aumento da despesa pública, que subiu 2,7% do PIB. Portugal aparece, aliás, bem classificado.

QUADRO 3-3 – DESPESA TOTAL E PÚBLICA EM SAÚDE, EM % DO PIB

PAÍS	1980		1990		2000		2005	
	DT	DP	DT	DP	DT	DP	DT	DP
Irlanda	8,3	6,8	6,1	4,4	6,3	4,6	7,5	5,8
Finlândia	6,3	5,0	7,8	6,3	6,7	5,0	7,5	5,9
Luxemburgo	5,2	4,8	5,4	5,0	5,8	5,2	8,0*	7,3*
Espanha	5,3	4,2	6,5	5,1	7,2	5,2	8,2	5,9
Reino Unido	5,6	5,0	6,0	5,0	7,3	5,9	8,3	7,2
Itália			7,7	6,1	7,9	5,8	8,9	6,8
Dinamarca	8,9	7,9	8,3	6,9	8,3	6,8	9,1	7,7
Suécia	9,0	8,3	8,3	7,5	8,4	7,1	9,1	7,7
Países Baixos	7,2	5,0	7,7	5,2	7,9	5,0	9,2*	5,7*
Grécia	6,6	3,7	7,4	4,0	9,9	5,2	10,1	4,3
Áustria	7,5	5,1	7,0	5,1	9,4	6,6	10,2	7,7
Portugal	5,6	3,6	6,2	4,1	9,4	6,8	10,2	7,4
Bélgica	6,3		7,2		8,6	6,5	10,3	7,4
Alemanha	8,7	6,8	8,5	6,5	10,4	8,2	10,7	8,2
França	7,0	5,6	8,4	6,4	9,2	7,0	11,1	8,9
MÉDIA	**7,0**	**5,5**	**7,2**	**5,5**	**8,2**	**6,1**	**8,9**	**6,7**

*DT – Despesa Total; DP – Despesa Pública; * - 2004*

Fonte: Adaptado a partir de OCDE (cit. in Simões e Dias, 2010)

Tomando por base os dados do quadro anterior, no que se refere ao ano de 2005, faça-se agora um outro tipo de análise[61]: o da importância relativa da despesa pública no total das despesas com a saúde, o que permitirá concluir sobre a relatividade da solidariedade para cada um dos países. As conclusões que se podem retirar são as seguintes:

- O país onde o esforço público de solidariedade orgânica é maior, em termos relativos, é o Luxemburgo. Mais de 91% da despesa total com a saúde é suportada pelo erário público;
- A Grécia e a Holanda destacam-se pela negativa. A primeira nem tão pouco chega aos 50% da comparticipação pública para as despesas com a saúde;
- Por força do comportamento bastante mau daqueles dois países, há muitos outros que estão acima da média – mais precisamente 10;
- Apesar do esforço de Portugal nos últimos anos, o país ainda está abaixo da média no que respeita a este indicador (72,5% contra 75,3%).

[61] Aparentemente, na literatura sobre a matéria não parece ser frequente a apresentação dos dados sob esta forma.

Este quadro dá, pois, uma visão diferente do anterior, posicionando os países por uma nova ordem.

QUADRO 3-4 – PESO DA DESPESA PÚBLICA EM 2005

PAÍS	DT	DP	DP/DT (%)
Grécia	10,1	4,3	42,6
Países Baixos*	9,2	5,7	62,0
Bélgica	10,3	7,4	71,8
Espanha	8,2	5,9	72,0
Portugal	10,2	7,4	72,5
Áustria	10,2	7,7	75,5
Itália	8,9	6,8	76,4
Alemanha	10,7	8,2	76,6
Irlanda	7,5	5,8	77,3
Finlândia	7,5	5,9	78,7
França	11,1	8,9	80,2
Dinamarca	9,1	7,7	84,6
Suécia	9,1	7,7	84,6
Reino Unido	8,3	7,2	86,7
Luxemburgo*	8,0	7,3	91,3
MÉDIA	**8,9**	**6,7**	**75,3**

*DT – Despesa Total; DP – Despesa Pública; * - 2004*
Fonte: Adaptado a partir de OCDE (cit. in Simões e Dias, 2010)

Salvo a Grécia e os Países Baixos, em todos os países a percentagem da despesa pública em saúde é superior a 70%, o que parece dar razão a Dain e Janowitzer (2006), quando dizem que na Europa, o princípio da solidariedade é inerente aos diversos sistemas de saúde, independentemente da prossecução do objectivo da universalidade. O crescimento da despesa pública em percentagem do PIB também dá provas disso. Contudo, será bom frisar que, para além dessa redistribuição de rendimento, a solidariedade, para ser efectiva, precisa também da universalidade, da generalidade e da acessibilidade. Por outro lado, o financiamento público, para ser solidário, deverá ser sustentado, preferencialmente, por impostos directos, pagos em função do rendimento de cada contribuinte.

No extremo oposto, ainda segundo os mesmos autores, encontram-se países como os EUA, antes das recentes reformas, onde o conceito de solidariedade dá o seu lugar à visão minimalista da protecção social.

Barros (2005) apresenta também um estudo com o mesmo objectivo, utilizando a despesa *per capita* em dólares americanos e em paridade de poder de compra, para uma

listagem ainda maior de países e tendo como referência o ano de 2002. Confirma o péssimo indicador (despesa pública sobre despesa total) dos EUA, que se fica pelos 44,9%, só comparável ao do México, que tem o mesmo valor. Grécia (52,9%) e Suíça (57,9%) são, pela negativa, os países que se seguem. Pela positiva, distinguem-se a República Checa (91,4%) e a República Eslovaca (89,1%). De entre os países mencionados no quadro anterior, o Luxemburgo (85,4%) era, já em 2002, o melhor, seguido da Suécia (85,3%) e do Reino Unido (83,4%).

O mesmo autor compara ainda o rendimento com as despesas em saúde, concluindo pela relação directa entre ambas. Ou seja, quanto maior o rendimento, mais se gasta em saúde.

Sendo a solidariedade um princípio geralmente aceite nas sociedades modernas, democráticas e desenvolvidas, ela não merece, contudo, a unanimidade. O pensamento libertário, defendido por Nozick, é um exemplo disso. A par de outros, conduziu à explicitação da responsabilidade individual pelos custos gerados à sociedade, não apenas por razões de eficiência e de justiça, mas também jurídicas (Vale, 2010).

Uma das expectativas quanto à despesa pública é que ela possibilite uma melhor redistribuição de rendimentos, uma vez que os sistemas fiscais não são, por si sós, capazes de atingir plenamente o objectivo pretendido. Ou seja, não são perfeitos, caso contrário a redistribuição não seria necessária.

Pinto (1991) estudou o impacto da despesa pública em cuidados de saúde nos diferentes grupos socioeconómicos da área metropolitana de Lisboa (em 1980/81 e 1985), tendo concluído pela irregularidade da incidência. Contudo, constatou, igualmente, que as famílias de mais baixo rendimento têm um nível de benefício superior em 50% à média dos 10 grupos constituídos, o que permite supor que existe algum impacto redistributivo.

A análise dos coeficientes de Gini[62] para os rendimentos inicial e final permite também concluir pelo efeito de correcção das assimetrias, pelo que se poderá concluir que o sistema é globalmente redistributivo.

[62] O coeficiente de Gini é habitualmente utilizado para calcular a desigualdade de distribuição do rendimento numa determinada sociedade, mas pode também ser usado para avaliar qualquer outro tipo de distribuição. Varia entre 0 (igualdade completa) e 1 (desigualdade completa).

Outra conclusão importante deste estudo é o facto do "sistema de cobertura dos riscos de saúde … ser caracterizado por uma estrutura dual, beneficiando simultaneamente os grupos socioeconómicos mais elevados e mais baixos" (Pinto, 1991, p. 157).

3.3. Acessibilidade

A afirmação constitucional sobre a universalidade, a generalidade e a solidariedade, por si só, não garante a satisfação das necessidades das pessoas. O sistema de saúde deve garantir a proximidade razoável entre os serviços de saúde e os seus utentes, um horário de abertura adequado, recursos em quantidade suficiente e um preço passível de ser suportado por todos.

Podemos pois considerar, que acessibilidade é a possibilidade que tem o utilizador do sistema de saúde de obter a prestação de cuidados no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado. Diz, portanto, respeito à distância e tempo para a obtenção de cuidados de saúde, ao seu custo (incluindo-se aqui os custos de transporte e de perda de rendimentos) e à sua disponibilidade (em natureza e quantidade).

Costa (2000) sintetiza da seguinte forma as razões que podem contribuir para aumentar as dificuldades de acesso:

- Dificuldade de transportes;
- Insensibilidade dos serviços de saúde em relação às necessidades dos utentes;
- Problemas de comunicação entre profissionais de saúde e doentes;
- Horários de abertura dos serviços desajustados;
- Baixo nível da oferta, em relação às necessidades;
- Dificuldade na obtenção de dispensa do emprego para deslocação ao médico.

A crise económica do Século XXI não tem ajudado à prossecução deste princípio. Quando se reduz a taxa de comparticipação dos medicamentos e se aumentam as taxas moderadoras, piora-se a acessibilidade das pessoas de mais baixos rendimentos. Quando se encerram, total ou parcialmente, serviços de saúde dificulta-se a deslocação dos cidadãos em caso de urgência. Quando se reduz pessoal e, consequentemente, se criam filas e listas de espera, reduz-se o nível do acesso aos cuidados.

A deficiente articulação entre os diferentes serviços e organismos do Sector da Saúde, bem como os seus baixos níveis de eficiência e os erros grosseiros da distribuição geográfica dos recursos prejudicam também, fortemente, a acessibilidade.

Até finais do século passado, o cidadão era considerado um pouco à margem do sistema, circulando de forma difícil dentro dele e raramente dispondo de mecanismos de participação. A partir de 1996, em Portugal, fizeram-se esforços sérios no sentido de colocar o cidadão no centro do sistema de saúde e, se bem que esta política tenha seguido um percurso sinuoso, são evidentes algumas melhorias.

Gomes (2010) define como atributos do acesso os seguintes: equidade, qualidade, oportunidade, flexibilidade, eficácia, efectividade[63] e eficiência. Defende ainda, que o equilíbrio na prestação de cuidados se processa pela conjugação de três variáveis (dimensões): a oferta de cuidados; a população; as necessidades em saúde.

Nem sempre a ideia que o cidadão tem do funcionamento dos serviços de saúde é a mais correcta. Muitas vezes, tal resulta dos níveis de preocupação e angústia individuais, associados a um deficiente conhecimento sobre a matéria. Mas é também verdade, que as entidades responsáveis pouco têm feito por aumentar os níveis de transparência, facultando aos utentes a informação necessária a uma correcta utilização dos cuidados. Na opinião de Gomes (2010, p. 251), o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) é um bom exemplo de modelo "assente nos princípios da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico" e "na transparência nos processos de gestão".

Também Campos (2008) considera positivas as medidas adoptadas em Portugal, no período entre 2004 e 2007, no que respeita à acessibilidade. Assenta a sua opinião no aumento do número de consultas programadas, de primeiras consultas, de cirurgias e de lugares em cuidados continuados, entre outros. Contudo, verifica-se também um acréscimo do número de urgências hospitalares, que pode ser indiciador da falta de resposta ao nível das consultas, quer de clínica geral, quer de outras especialidades. Por outro lado, o aumento do número de actos pode ter sido acompanhado da perda de qualidade dos mesmos, nomeadamente por força do encerramento de alguns serviços.

O aumento da procura de cuidados debate-se com uma oferta limitada devido à escassez de recursos. Este diferencial gera listas de espera que prejudicam seriamente a

[63] Segundo Justo (2004), efectividade é a prestação de cuidados de saúde adequados às condições de quem deles necessita. Pressupõe pois, a aplicação prática das políticas de saúde.

acessibilidade. Justo (2004), citando o Ministério da Saúde e do Consumo espanhol[64] discrimina as dez maiores causas para a existência de listas de espera. O autor acrescenta, que seis destes dez factores estão associados à diminuição da oferta.

QUADRO 3-5 – FACTORES QUE EXPLICAM AS LISTAS DE ESPERA

ORDEM	FACTORES
1º	Envelhecimento da população
2º	Estrangulamentos funcionais
3º	Horário de funcionamento dos serviços
4º	Irregularidade do desempenho individual
5º	Variabilidade do desempenho clínico
6º	Inconsistência na utilização do sistema público de saúde
7º	Distribuição irregular dos recursos
8º	Envolvimento limitado dos médicos na gestão
9º	Grau de articulação dos serviços de saúde
10	Natureza do dispositivo público de gestão

Fonte: Adaptado a partir de Justo (2004)

A existência de listas de espera tem conduzido os diferentes países à procura de soluções para ultrapassar o problema sem colocar em causa a equidade e a justiça social. Contudo, a análise do fenómeno é inseparável do estudo do binómio necessidades/resultados obtidos.

A questão coloca-se com particular acuidade nos sistemas de saúde com cobertura universal, financiados por impostos, porque a procura é elevada e o acesso, gratuito ou tendencialmente gratuito, é um direito que a todos assiste. Mas poderia e deveria ser transposta para os casos em que o financiamento tem por base o orçamento global, mesmo sendo privado, uma vez que aqui também se coloca a questão da oferta limitada de cuidados de saúde.

Em boa verdade, também há listas de espera em sistemas de saúde privados (mesmo sem o condicionalismo dos orçamentos globais) – listas de espera ocultas, que incluem todos aqueles que não podem pagar o preço que o mercado estipulou para o serviço que necessitam[65].

[64] Trabalho da responsabilidade do Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

[65] Alguns autores chamam-lhe fila de espera (Justo, 2004).

As listas de espera, seja em que circunstância for, prejudicam gravemente a acessibilidade e, consequentemente, a equidade. Uma pessoa de recursos mais elevados poderá sempre recorrer à medicina privada, mesmo que em país estrangeiro, mesmo que o seu caso não seja prioritário. Por outro lado, os serviços públicos de saúde são permeáveis a influências e pedidos que acabam por beneficiar familiares e determinadas personalidades.

Um outro problema relacionado com as listas de espera é o da sua fiabilidade. Há pessoas consideradas duas e mais vezes e outras que já não necessitam dos cuidados, mas também há casos omissos, entradas tardias na lista e saídas antes do tempo. Na generalidade dos países europeus foram criados mecanismos para combater este flagelo. No caso português, há que salientar os seguintes programas: PERLE (Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera), em 1994; PPA (Programa de Promoção do Acesso), em 1998/2001; PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas), em 2002; SIGIC (Sistema Integrado de Gestão das Listas de Espera para Cirurgia), em 2004.

A recuperação das listas de espera passa pela definição de prioridades, ou seja, pela ordenação dos casos clínicos, no sentido de apurar a ordem pela qual os doentes serão chamados. O tempo de espera parece não ser um modelo satisfatório, porque omite a gravidade da doença. Mas esta pode não ser também a mais justa. De uma forma geral, a maioria dos autores aponta para os seguintes critérios: gravidade da doença; urgência; necessidade; benefício esperado; equidade (Justo, 2004).

3.4. Equidade

Em sentido geral, a equidade é o princípio que norteia as funções distributivas do Estado, tendo como objectivo compensar ou superar as desigualdades individuais existentes, consideradas socialmente injustas e evitáveis. Assim, a equidade pressupõe a justiça social e pratica-se discriminando positivamente as pessoas e repartindo os bens de saúde em função das suas necessidades. Desta forma, pretende-se evoluir no sentido da igualdade de estados de saúde.

Como diz Barbosa (2000, p?):

> A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho, ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real.

O conjunto de bens de saúde não abrange apenas os cuidados médicos, mas também todos aqueles que contribuem para uma vida saudável. Assim, de acordo com a Constituição da República Portuguesa (alínea b), do ponto 2, do art. 64º), o direito à protecção da saúde realiza-se (CNE, 2005, p. 15):

> Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção 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.

Compreende-se, contudo, que não é fácil garantir a igualdade no acesso a determinados bens, como por exemplo o rendimento, a alimentação e o ambiente. Mas o Estado deverá assegurar um nível mínimo para todos os cidadãos, bem como a oportunidade de poderem, gradualmente, aceder a níveis mais elevados de bem-estar. Neste sentido, importa reconhecer que o comportamento dos indivíduos em termos de saúde nem sempre é o correcto, mas que isso resulta, na maior parte das vezes, das dificuldades financeiras, culturais e sociais que os mesmos têm. Por isso, a equidade é um combate global que não se circunscreve apenas à saúde.

Podemos distinguir duas formas de abordagem da equidade em sentido geral:

- Equidade vertical – A necessidades diferentes devem ser alocados recursos diferentes (tratamento desigual).
- Equidade horizontal – A necessidades iguais devem ser afectos recursos iguais (tratamento igual).

A intervenção do Estado na redistribuição dos recursos justifica-se devido às imperfeições de funcionamento do mercado. Aquela intervenção é um garante da democracia, porque ao assegurar a participação social de todos, mesmo dos rejeitados pelo mercado, joga em defesa da cidadania. Mas representa ainda mais, conforme diz Rodrigues (2000, p. 188): " A intervenção estatal, associada ao conceito de democracia, aprofunda a noção de direitos e de justiça social, retirando o cunho caritativo e assistencialista da sua intervenção…".

Depois das medidas iniciais e pontuais, inseridas naquilo que Ferreira (1990) designa por *medicina social*, a preocupação dos governantes foi a de criar sistemas de saúde universais e garantir o maior leque possível de prestações a um custo reduzido ou mesmo gratuito. Os resultados em saúde e os níveis de utilização dos serviços só mais tarde, quando se começaram a colocar os problemas de financiamento, é que passaram a

ser discutidos. Como facilmente se depreende, a escassez de recursos, e a consequente necessidade de hierarquizar as necessidades, prejudica a equidade.

Até 1971, altura em que John Rawls explanou a sua teoria de justiça, o pouco que se tinha feito consistia na referenciação de injustiças provocadas pelas teorias utilitaristas no que respeita à distribuição de recursos. Rawls traz à discussão a importância do interesse colectivo "como resultado do contrato original entre indivíduos, o papel do Estado na distribuição dos bens básicos e a preocupação com a diminuição das desigualdades" (Campos, 2008, p. 49).

Em 1983, Mooney (*cit. in* Campos, 1991a) relacionou as diferentes necessidades em saúde com a idade e o sexo, chamando ainda a atenção para as diferentes condições de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, motivadas pelo transporte, disponibilidade de tempo, ocupação, etc. Mas introduziu também a ideia de *igualdade de inputs per capita*, no sentido de dar relevância às diferenças de preço dos factores de produção entre diferentes regiões de um mesmo país (Pereira, 1991a).

Os QALY (Quality Adjusted Life Years[66]), calculados com o objectivo de efectuar análises custo-utilidade para intervenções no campo da Saúde, pretendiam também servir de base metodológica para trabalhos sobre equidade. Contudo, de acordo com Campos (1991a, p. 21):

> …a maximização dos QALY pode servir ou não objectivos de equidade, uma vez que a distribuição equitativa dos ganhos de bem-estar, no óptimo paretiano, não é condição necessária dos ganhos de eficiência económica.

Amartya Sen preferiu salientar a importância das capacidades básicas, no pressuposto que o que interessava era os indivíduos poderem actuar de determinada forma, independentemente de o fazerem ou não (Campos, 1991a). Ainda de acordo com Sen, não é suficiente "a igualdade inicial na distribuição de bens primários se as capacidades de os manter e desenvolver forem muito diferentes" (Campos, 2008, p. 49).

Neste contexto, a possibilidade de acesso à saúde e aos cuidados de saúde é mais importante que a utilização dos respectivos serviços. Releva-se pois a igualdade no acesso (como resultado da oferta de cuidados) e não a igualdade no consumo ou na utilização (que advém da interacção entre a oferta e a procura). É, contudo, importante,

[66] Quality Adjusted Life Years – Anos de vida ajustados pela qualidade. Ou seja: o número de anos de esperança de vida com qualidade.

que se tenha em consideração que a equidade no acesso só faz sentido se daí resultar uma distribuição mais justa dos resultados em saúde.

Em termos da Constituição da República Portuguesa, a universalidade garante o cumprimento da equidade horizontal, enquanto a generalidade assegura a equidade vertical.

Em resumo, existem diversas formas de encarar a noção de equidade, consoante os princípios políticos e filosóficos dos intervenientes. Barros (2005) cita as seguintes:

- *Igualdade* – que poderá referir-se à igualdade de benefícios líquidos;
- *Direito* – que pressupõe a justiça na obtenção de um determinado direito;
- *Mínimo decente* – que reduz a equidade ao fornecimento de uma quantidade mínima de cuidados de saúde;
- *Utilitarismo* – que define como objectivo a maximização da utilidade esperada ou, na proposta de Sen, na capacidade das pessoas realizarem determinadas actividades;
- *Maximin* – que consiste na maximização da posição dos piores elementos da sociedade;
- *Envy-free* – que considera a distribuição equitativa quando ninguém tem interesse em ficar com o cabaz de consumo de outro.

De entre estas teorias foi ganhando força a defendida por Sen, que se centra na capacidade objectiva das pessoas para procederem de determinada forma e não na distribuição dos bens.

A equidade pode também ser abordada em termos geográficos, quando se comparam as necessidades em saúde e a acessibilidade em diferentes regiões, distritos ou cidades de um mesmo país. A comparação pode, inclusive, ser feita entre países.

Os indicadores utilizados para medir as necessidades são, habitualmente, de três tipos: demográficos, sociais e económicos; de saúde; de recursos. O primeiro conjunto é composto por indicadores do tipo: estrutura etária da população[67], taxa de desemprego, PIB *per capita* e nível de escolaridade. O segundo por: taxa de mortalidade geral, taxa

[67] Pode, ou não, ser ponderada, por exemplo, pelo número de consultas per capita e/ou pelo custo do internamento per capita.

de mortalidade perinatal, incapacidade de longa duração, acidentes vasculares cerebrais em pessoas com menos de 65 anos, tuberculose, diabetes e hipertensão arterial. O terceiro por: médicos por habitante, enfermeiros por habitante e camas por habitante[68].

A escolha dos indicadores depende da sua adequação à análise, da sua disponibilidade e da sua fiabilidade. Alguns deles têm uma relação directa com as necessidades em saúde. É o caso de todos os que foram mencionados como integrantes do segundo conjunto e ainda os dois primeiros do primeiro conjunto. Todos os restantes indicadores mencionados têm uma relação inversa com as necessidades em saúde. Ou seja, quanto maior o seu valor menos elevadas serão as necessidades.

Um estudo de Costa (2000), cujos pressupostos estão enunciados no ponto 4.3., a propósito da repartição equitativa dos recursos em saúde, constata a desigual distribuição do financiamento pelas cinco regiões do continente. Resumidamente, o critério utilizado para alocação de recursos é a base capitacional ponderada pelas necessidades em saúde da população de cada região. Para o cálculo dessas necessidades entram três conjuntos de indicadores: um que caracteriza demográfica, social e economicamente a população; outro que traduz o seu estado de saúde; outro ainda, que toma em consideração os recursos já disponíveis em cada região.

O quadro seguinte resulta da divisão do subsídio (cuidados primário e hospitalares) efectivamente concedido pelos residentes ponderados para efeitos de saúde. Para qualquer dos anos do estudo, o valor desse quociente é, para a região de Lisboa, superior à média nacional. O inverso acontece com as restantes regiões do continente. Se o princípio da equidade regional da distribuição de recursos fosse atendido, o valor seria igual em todas as regiões e, consequentemente, igual à média nacional.

QUADRO 3-6 – DESIGUALDADES NO FINANCIAMENTO EM PORTUGAL (Euros)

ANO	NORTE	CENTRO	LISBOA	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
1995	286,66	365,52	560,20	267,51	263,22	375,25
1996	325,96	388,26	604,39	309,95	271,60	414,10
1997	339,43	400,93	642,80	295,74	288,65	431,01

Fonte: Adaptado a partir de Costa (2000)

A razão entre extremos agrava-se de ano para ano, apresentando os seguintes valores: 1995 – 2,128; 1996 – 2,225; 1997 – 2,227.

[68] Estes indicadores foram os utilizados pelo autor, na tese de mestrado "Desigualdades Regionais no Financiamento da Saúde", para ponderar a população de cada região do continente pelas suas necessidades em saúde.

Costa (2000, p. 163) conclui pela "iniquidade prevalecente na distribuição de fundos pelas cinco regiões de saúde do continente". E acrescenta ainda, que esta falta de equidade pode ser caracterizada de diversas formas, das quais se escolhem as seguintes para ilustrar as conclusões a que chegou:

- A aplicação de um modelo baseado na afectação de recursos ponderada pelas necessidades em saúde traduzir-se-ia em ganhos, que chegariam aos 52% (Algarve – 1996) e perdas que atingiriam os 33% (Lisboa – 1995 e 1997);
- A comparação entre o financiamento *per capita* realizado e aquele que resultaria da aplicação do modelo proposto revela divergências profundas em todas as regiões, que se mantêm ao longo dos três anos do estudo;
- A divisão do subsídio pelos residentes ponderados para efeitos de saúde, apresenta desigualdades evidentes, que se traduzem numa variação da razão entre extremos de 2,128 (1995) até 2,227 (1997), que não aparenta ser passível de redução, bem como uma amplitude que vai dos 296,78 (1995) até aos 354,15 euros (1997);
- A utilização do coeficiente de variação como medida de dispersão não altera a situação anterior, uma vez que este vai de 0,299 (1995) até 0,304 (1997), apesar de uma ligeira redução em 1996 (0,289);
- As variações regionais[69] permitem constatar, que Lisboa está cerca de 50% acima da média (1,49 em 1997), enquanto as restantes regiões estão aquém deste índice (Norte – 0,79; Centro – 0,93; Alentejo – 0,69; Algarve – 0,67).

A equidade pode ainda ser encarada do ponto de vista dos resultados em saúde, como o fez a OMS Europa, em 1987, ao apontar como objectivo para 2000 a redução das desigualdades em saúde entre países e dentro de cada um destes. O conceito subjacente é o da igualdade de resultados em saúde (Campos, 1991b) e, ao definir a redução do diferencial de estados de saúde, parte do pressuposto da aplicação da equidade vertical. Já em 1990 Whitehead (cit. *in* Miguel e Bugalho, 2002) tinha afirmado que a equidade consistia na criação de oportunidades iguais para a saúde e na redução dos seus diferentes níveis entre cidadãos.

[69] Entende-se por "variação regional" a variabilidade em relação à média, ou seja, o quociente entre o valor da região e a média do continente.

Os investigadores desta área da política de saúde distinguem ainda entre equidade no acesso e no financiamento. A primeira tem a ver com a diferenciação da acessibilidade em função das necessidades em saúde e a segunda com a distribuição do suporte financeiro das despesas com a saúde em função do rendimento das pessoas.

O estudo da equidade no financiamento analisa a afectação da distribuição de subsídios, a cobertura da população e o contributo de cada grupo de pessoas para o pagamento dos serviços de saúde, e a partição do risco pelos cidadãos. O estudo da equidade no acesso analisa a igualdade de oportunidade de recurso aos cuidados de saúde e o cumprimento do objectivo de redução das desigualdades em saúde.

A equidade no financiamento fica assegurada nos sistemas financiados por impostos, sempre que a colecta é calculada com base em taxas progressivas[70]. Assim, quanto maior é o rendimento, maior é a taxa aplicável – até um determinado limite daquele, bastante alto, montante a partir do qual se aplica uma taxa fixa. O exemplo típico é o Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, em vigor em Portugal.

Quanto aos seguros, poderemos estar perante três situações: se o cidadão contratar directamente com a Seguradora, pagará por certo um prémio em função do seu risco de doença, logo não equitativo; se o trabalhador descontar sobre o seu salário, a uma taxa fixa, para um fundo de doença, estaremos perante um situação de contribuição proporcional e, portanto, sem o nível de equidade do caso mencionado no parágrafo anterior; se no caso precedente a taxa fosse progressiva até um nível elevado do salário (e a partir daí fixa), estaríamos perante um modelo equitativo. Em boa verdade, este último modelo teria uma taxa progressiva até ao escalão máximo do vencimento do trabalhador e, a partir daí, proporcional, porque passa a vigorar uma taxa fixa. Contudo, muitos autores entendem, que se o montante daquele escalão for suficientemente alto, então estaremos perante um sistema teoricamente progressivo.

A principal preocupação que levanta o sistema de financiamento por seguros prende-se, naturalmente, com a falta de equidade. No caso dos seguros, em Portugal, que em 2004 abrangiam cerca de 1,8 milhões de pessoas e eram voluntários, constata-se que não há oferta de produtos para idosos, nem cobertura de algumas prestações, nem concessão de

[70] Imposto progressivo – aquele em que a taxa aumenta à medida que aumenta a matéria colectável; Imposto proporcional – aquele em que a taxa se mantém fixa, independentemente do aumento da matéria colectável; Imposto regressivo – aquele em que a taxa diminui à medida que a matéria colectável aumenta; Imposto degressivo – aquele em que o imposto é proporcional, excepto para níveis inferiores da matéria colectável, casos em que as taxas são mais baixas.

determinados benefícios. Isto faz com que muitas pessoas fiquem excluídas. A isto dever-se-á adicionar a fixação do prémio em função do risco e não da capacidade financeira do cidadão. Por ouro lado, aqueles que têm possibilidades financeiras para pagar, beneficiam da dedução dos prémios pagos (deduções limitadas) em sede de IRS, o que agrava ainda mais a iniquidade. As despesas com a saúde pagas no acto de consumo também são dedutíveis em sede de IRS, sem diferenciação de classe de rendimento do cidadão. Esta dedução ao montante do imposto a pagar, em 2010, é de 30% do total das despesas. Espanha, Reino Unido e França não admitem, nem este tipo de benefício, nem o relativo ao abatimento dos prémios de seguro. Já os Estados Unidos, por exemplo, admitem a dedução à matéria colectável (e não ao imposto a pagar) até ao limite de 7,5% do rendimento e permitem o abatimento, com limite, dos prémios de seguro à matéria colectável (Simões et al., 2007). A análise da situação de outros países permitiria verificar que não há uniformidade no tratamento destas questões.

Por impostos ou através de seguros, haverá equidade financeira se os pagamentos directos no acto do consumo forem eliminados e a opção for, claramente, pelos pré-pagamentos em função dos rendimentos das pessoas. Será, porventura, possível manter os pagamentos no acto de consumo sem ferir a equidade, assumindo-se a repartição dos custos, se o esquema a que obedecerem garantir a protecção dos rendimentos.

A equidade no financiamento da saúde também pode ser analisada em duas vertentes: a vertical – diz respeito à distribuição dos rendimentos entre pessoas com nível de riqueza diferente, depois de todas terem feito as respectivas despesas em saúde; a horizontal – mede o mesmo efeito, mas entre pessoas pertencentes à mesma classe de rendimento.

A análise da equidade, do ponto de vista do financiamento, pode revestir-se de problemas sérios se houver cruzamento de transferências orçamentais e benefícios fiscais, que não afectam de igual forma toda a população. É o que acontece em Portugal, uma vez, que apesar da existência do SNS, subsistem subsistemas de saúde, públicos e privados, que são financiados parcialmente pelo OGE ou que usufruem de benefícios fiscais. A este propósito, Costa (2000) menciona, para o caso português, os seguintes entraves à prossecução do objectivo da equidade:

- Existência de serviços de saúde militares em tempo de paz;

- Acesso às consultas externas dos hospitais mais facilitado para os beneficiários de subsistemas, que não o SNS;
- Preços diferenciados nas consultas externas, consoante o subsistema;
- As listas de espera para consultas ou cirurgias;
- A desigual distribuição de recursos em saúde;
- O estatuto social do doente, que em muitos casos facilita o atendimento.

3.5. Eficácia e eficiência

Por eficácia entende-se a relação entre as necessidades satisfeitas e as necessidades totais. Indicadores que medem este conceito são, por exemplo: Consultas totais por habitante; Frequência hospitalar (admissões por 1000 habitantes); % de partos hospitalares nos partos totais.

Os indicadores de eficácia são muitas vezes utilizados para medir a cobertura da população por recursos da Saúde ou para avaliar o grau de realização de um programa ou projecto, por comparação com os objectivos previamente definidos.

São, por isso, rácios que calculam a satisfação das necessidades em saúde da população ou parte desta. Num contexto de equidade horizontal e de igualdade de produtividade dos recursos, esta (população ou parte dela) poderá ser um bom critério para a sua alocação, em particular quando se trata de recursos humanos e equipamentos.

A evolução de Portugal ao nível da alocação global de médicos e enfermeiros tem sido positiva, garantindo, assim, indicadores de eficácia cada vez melhores. A sua evolução e comparação com os restantes países da União Europeia constam do quadro seguinte, no qual é possível notar uma melhoria generalizada. A média simples de médicos subiu consistentemente ao longo dos quatro anos, passando de 3,143, em 1996, para 3,422, em 2008. No que respeita aos enfermeiros, os mesmos valores subiram de 6,800 para 7,172, se bem que com avanços e recuos no período.

A dispersão relativa, medida pelo coeficiente de variação, apresenta uma evolução positiva, mas também com oscilações durante o período. Sem estimação dos valores desconhecidos, passa de 0,285 para 0,247 nos médicos e de 0,407 para 0,366 nos enfermeiros, para 1996 e 2008, respectivamente.

QUADRO 3-7 – UE – MÉDICOS E ENFERMEIROS POR 1000 HABITANTES

PAÍSES	MÉDICOS				ENFERMEIROS			
	1996	2000	2005	2008	1996	2000	2005	2008
Portugal	3,0	3,2	3,4	3,7	3,5	3,7	4,6	5,3
Alemanha	3,4	3,3	3,4	3,5	9,5	9,4	10,2	10,6
Áustria	2,8	3,1	3,5	4,6	8,7	9,2	7,2	7,5
Bélgica	3,6	3,9	4,2	3,0	x	5,4	x	x
Chipre	x	x	2,6	x	x	x	4,4	x
Dinamarca	3,3	2,8	3,2	x	7,2	6,9	14,4	x
Eslováquia	x	3,1	x	x	x	7,4	6,3	6,2
Eslovénia	x	x	2,4	2,4	x	x	7,5	7,8
Espanha	2,9	3,2	3,8	3,5	3,5	6,4	4,2	4,6
Estónia	x	x	3,2	3,3	x	x	6,6	6,4
Finlândia	2,8	2,3	3,3	2,7	13,0	6,1	15,2	x
França	3,0	3,3	3,4	3,5	5,9	6,7	7,4	8,2
Grécia	4,0	4,3	5,0	6,0	3,7	3,2	3,4	3,4
Holanda	x	3,2	3,7	x	x	13,4	10,4	x
Hungria	x	3.1	2,8	3,1	x	8,0	6,0	6,2
Irlanda	2,1	2,2	2,8	3,1	9,0	14,0	15,2	15,5
Itália	5,7	4,1	3,8	4,1	4,4	5,2	6,9	6,2
Letónia	x	x	3,2	3,1	x	x	5,4	5,3
Lituânia	x	x	4,0	3,7	x	x	7,4	7,1
Luxemburgo	2,9	2,5	2,8	x	7,0	9,9	11,0	x
Malta	x	x	3,5	x	x	x	5,5	6,3
Polónia	x	2,2	2,0	2,2	x	5,0	4,7	5,2
República Checa	x	3.4	3,6	3,5	x	7.6	8,5	7,9
Reino Unido	1,7	1,9	2,4	2,6	4,6	8,4	9,9	9,4
Suécia	2,8	3,1	3,5	x	8,4	9,8	10,6	x

Fonte: Adaptado a partir de OECD (cit. in DGS, 2003, 2006, 2008 e 2010)

Em sentido geral, a eficiência é a relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados para os conseguir. Exemplos de indicadores: Doentes tratados por cama; Número de consultas por médico; Taxa de ocupação média do internamento hospitalar; Demora média de hospitalização.

Nos 15 países da União Europeia constantes do quadro abaixo, a evolução do número de doentes tratados por cama de agudos, no período de 1970 a 1998, foi bastante positiva, tendo a média simples passado de 18,55 para 35,08. Portugal acompanhou a tendência da evolução, subindo de 13,7 para 37,8.

O coeficiente de variação foi, em 1980, de 0,336 e, em 1998, de 0,307, o que representa uma menor dispersão da série estatística em relação à média. Se se excluísse para 1998 a França, aquele último valor passaria para 0,205 o que significaria um salto ainda mais positivo[71].

[71] A França apresenta um valor muito baixo em 1998, por comparação com os restantes países. Não se mencionou na análise (apesar de estar no quadro) o ano de 1970, porque o desconhecimento dos valores

QUADRO 3-8 – UE – DOENTES TRATADOS POR CAMA DE AGUDOS

PAÍSES	1970	1980	1990	1998
França		5,1	7,4	9,0
Suécia	15,0	13,0	17,0	
Bélgica	22,0	26,0	23,0	
Finlândia	19,0	20,0	24,2	
Holanda	17,5	21,7	23,8	27,3
Alemanha	17,9	21,1	24,6	29,2
Luxemburgo	19,0			30,5
Reino Unido	20,0	27,8	44,7	33,0
Itália	17,4	20,7	21,9	36,2
Espanha		17,3	28,4	37,3
Portugal	13,7	21,0	30,1	37,8
Grécia	21,0	23,4	30,7	38,1
Áustria	16,1	19,1	30,8	40,7
Irlanda		35,7	44,3	47,0
Dinamarca	24,0	32,2	44,1	54,9

Fonte: Adaptado a partir de OECD (cit. in Simões, 2004)

O quadro seguinte reflecte a evolução da taxa de ocupação dos hospitais de agudos. Se não se considerar a amostra correspondente a 1970, que parece pouco significativa, verifica-se que a média simples evolui de 76,53%, em 1980, para 76,92%, em 1998. Este crescimento não é, contudo, significativo, ficando ainda bastante aquém daquilo que seria desejável.

Mais optimista é a análise da dispersão relativa dos valores, uma vez que o coeficiente de variação salta de 0,108, em 1970, para 0,067, em 1998, o que demonstra também alguma aproximação dos diferentes sistemas de saúde.

da França, da Espanha e da Irlanda, não mencionados na fonte, fazem com que o coeficiente de variação seja bastante baixo (0,152).

QUADRO 3-9 – UE – HOSPITAIS DE AGUDOS - TAXA DE OCUPAÇÃO (%)

PAÍSES	1970	1980	1990	1998
Grécia		66,0	63,2	65,6
Holanda	89,9	83,5	73,3	70,1
Itália	74,9	69,0	69,3	73,3
Finlândia			74,2	
Áustria			78,2	75,4
Portugal	68,7		66,7	75,5
Espanha			73,5	76,1
França		80,4	78,2	78,8
Luxemburgo		76,2	79,4	
Bélgica		77,7	81,9	79,9
Reino Unido		75,1		81,0
Dinamarca		75,3	78,5	81,2
Alemanha	86,8	83,3	86,4	81,6
Suécia		72,1	72,2	
Irlanda		83,2	84,5	84,5

Fonte: Adaptado a partir de OECD (cit. in Simões, 2004)

A demora média é outro dos indicadores habitualmente utilizados para medir a eficiência hospitalar. No quadro seguinte constata-se a evolução desse indicador nos hospitais de agudos, no conjunto de países da UE, para o período de 1970 a 2000, sendo que a média vai de 14,68 a 7,067 dias, respectivamente. O coeficiente de variação, depois de aumentar de 1970 até 1990, verifica em 2000 uma redução de 0,27 para 0,24, assinalando uma menor dispersão relativa da série estatística.

QUADRO 3-10 – UE – HOSPITAIS DE AGUDOS - DEMORA MÉDIA (DIAS)

PAÍSES	1970	1980	1990	2000
Dinamarca	12,5	8,5	6,4	3,8
Finlândia	12,8	8,8	7,0	4,4
Suécia	11,0	8,5	6,5	5,0
Grécia (a)		10,2	7,5	6,3
Áustria		14,5	9,3	6,3
Irlanda		8,5	6,7	6,4
Reino Unido		8,5	5,7	6,9
Itália				7,0
Portugal (a)	15,3	11,4	8,4	7,3
Espanha (a)			9,6	7,5
França		15,9	10,6	8,5
Bélgica (a)				8,7
Holanda	18,8	14,0	11,2	9,0
Luxemburgo		13,0	11,0	9,3
Alemanha	17,7	14,5	14,1	9,6

(a) – Os valores da última coluna são referentes a 1998

Fonte: Adaptado a partir de OECD (cit. in Simões, 2004)

Se a área em análise for a Produção, a eficiência (produção sobre recursos) poderá ser entendida como produtividade. Estes indicadores utilizam-se para medir o desempenho dos serviços ou dos recursos.

É ainda habitual distinguir-se os seguintes conceitos:

- *Eficiência técnica ou produtiva* – Consiste na maximização da produção de bens ou serviços, ao menor custo possível ou com a menor utilização de recursos físicos;
- *Eficiência social* – Obtém-se quando não é possível melhorar o que quer que seja, sem piorar a situação dos outros (óptimo de Pareto);
- *Eficiência económica ou distributiva* – Consiste em maximizar o valor total dos outputs produzidos. De acordo com Barros (2005), a eficiência económica atinge-se quando o benefício marginal for igual ao custo de produção da unidade adicional.

A procura de níveis de eficiência mais elevados, associada aos novos modelos de gestão e aos mecanismos de concorrência, pode colocar em risco os direitos dos utentes. Estes riscos podem ser agrupados da seguinte forma (Almeida, 2010):

- Indução artificial da procura – Determinação da procura pelo prestador de cuidados, que é quem domina a informação;
- Selecção dos utentes – Rejeição dos utilizadores com *doenças menos rentáveis* (custos de tratamento elevados face aos proveitos daí resultantes) ou tratamento diferenciado dos mesmos;
- Redução da qualidade dos serviços prestados – Tendência para reduzir a qualidade dos serviços prestados, numa tentativa de aumentar as margens de rentabilidade.

A atenção fica pois centrada nas políticas de aumento da eficiência e nas suas implicações. Miguel e Costa (cit. *in* Miguel e Bugalho, 2002) classificam-nas da seguinte forma:

- Estratégias que visam os utilizadores – co-pagamentos, taxas moderadoras e imposto sobre seguros de saúde;
- Estratégias que visam os prestadores – aplicadas aos serviços de saúde (restrição da oferta, contenção de custos, pagamentos prospectivos e de base capitacional), aplicadas aos médicos (formas de pagamento, oferta de médicos e respectivos perfis

e gastos), aplicadas às farmácias (controlo das despesas e preços de referência) e contenção global das despesas com a saúde;

- Estratégias mistas – competição entre planos de saúde, orientações para médicos e doentes, sistema de indemnizações e cuidados de saúde geridos[72].

3.6. A intervenção do Estado

Nos primeiros tempos do liberalismo económico exaltavam-se as virtudes da concorrência, garantindo-se que ela assegurava a melhor remuneração dos produtores, preços justos, menores custos de produção, progresso tecnológico, adequação da oferta à procura e qualidade dos produtos.

Contudo, cedo se percebeu, que a concorrência exige o perfeito conhecimento dos mercados, o que é impossível de obter. Por outro lado, pode incitar a comportamentos menos escrupulosos e não protege as pequenas empresas, conduzindo à concentração capitalista, além do que a procura do menor preço de fabrico induz à produção e consequente oferta de enormes quantidades de produtos, alterando o equilíbrio entre a oferta e a procura.

Paralelamente, este processo conduziu à concentração em determinadas localidades, de uma enorme massa de trabalhadores, nem sempre bem pagos, nem sempre vivendo em condições condignas.

Guedes (s.d.) cita estes argumentos para justificar o intervencionismo do Estado na vida económica, através daquilo que designa por *legislação social*, que abrange diversas áreas de intervenção: contratação, riscos profissionais, salário, protecção da pequena indústria, entre outras. Também Musgrove (*cit. in* Medici e Barros, 2006) justifica a intervenção do Estado por questões de equidade e eficiência económica.

De facto, para que o mercado da saúde funcionasse com perfeição, seria necessário (Rego, 2008):

- Domínio perfeito da informação por parte dos consumidores;
- Capacidade de escolher livremente;

[72] O *managed health care* (cuidados de saúde geridos) define cuidados tipo a prestar a determinados grupos de cidadãos com certas patologias, para os quais é possível identificar as intervenções a realizar e os serviços a prestar.

- Inexistência de efeitos, positivos ou negativos, sobre terceiros não envolvidos no mercado da saúde;
- Inexistência de monopólios ou oligopólios;
- Ausência de incerteza.

Como é sabido, os cidadãos, em geral, não dominam a informação sobre as doenças e a sua cura, nem podem, em muitos casos, escolher livremente se querem ou não ser tratados e como, tanto mais que o seu comportamento a esse nível poderá ter influências sobre pessoas e empresas. O facto do Sector da Saúde potenciar a existência de monopólios e oligopólios também não favorece o funcionamento do mercado. Este também é prejudicado pela dificuldade em prever a evolução da procura.

Neste contexto, e no que respeita aos sistemas de saúde, o papel do Estado é determinante para os moldar e caracterizar. A regulamentação e a fiscalização são essenciais para que o Estado controle a produção e distribuição de bens e serviços de saúde. Desde níveis de intervenção reduzidos, no qual se limita a regular suavemente o mercado, até ao desempenho de um papel quase global, no qual se comporta, não apenas como regulador, mas também como proprietário, prestador e financiador, vai um leque de opções bastante alargado. Mas, a intervenção deverá sempre existir, estando o seu nível de importância traduzido na legislação.

Esta diferenciação alarga-se, aliás, a todos os sectores da vida social de um país. Nos regimes comunistas o planeamento rígido e formal das actividades é uma regra inviolável, enquanto nos restantes países a intervenção do Estado é menos autoritária, doseando-se, consoante o modelo de cada um, a direcção, o controlo, as negociações e a competição.

Dito de outra forma, a intervenção do Estado distingue-se pela adopção de medidas que favoreçam os mecanismos de mercado ou, pelo contrário, por uma política dirigista, que regula fortemente o seu funcionamento. A primeira opção possibilita uma forte autonomia de consumidores, cidadãos e prestadores. A segunda implica a fixação do nível de cuidados e do seu preço, dos prémios e das coberturas (pessoas e cuidados de saúde) dos seguros, dos salários, da qualidade e da planificação da capacidade produtiva. Na realidade, a generalidade dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos é do tipo misto, conjugando a regulação do Estado com a participação dos privados.

Ou seja, dadas as especificidades do bem saúde, os Estados, em particular nos países da Europa ocidental, têm sempre a tendência para intervir, quer ao nível de uma apertada regulação, quer de forma a garantir a universalidade de um pacote mínimo de cuidados de saúde. Mas este papel tem evoluído ao longo dos anos. Veja-se o que diz Vale (2010, p. 124):

> Não são raros os casos de abandono puro e simples da categoria do Estado Social, na sua versão de Estado-Providência, com o argumento da respectiva caducidade e obsolescência – testemunho de um casamento entre o neokeynesianismo e o humanitarismo social que calara fundo na consciência geral do pós-guerra e se legitimou igualmente nos resultados económicos obtidos durante os 30 anos gloriosos; …
>
> Ao concurso para a predicação do Estado actual, têm-se apresentado os mais diversos candidatos. Em vez do *Estado produtor e prestador*, um *Estado financiador e regulador*; no lugar de um *Estado dirigente* ou pelo menos activamente *interventivo*, um Estado *supervisor, catalisador e cooperativo*.
>
> A última moda é o *Estado Garantidor*… Fim do Estado é garantir, …, o acesso aos bens sociais fundamentais, cuja prestação, contudo, pode ser entregue a entidades privadas.

De facto, a partir do fim da II Guerra Mundial verificou-se uma tendência clara para o Estado alargar o seu papel a diferentes áreas. Foi o período de grande expansão do designado Welfare State, que diversos autores entendem como "um mecanismo de socialização dos riscos e de institucionalização da solidariedade" (Sacardo, 2009, p. 44). Contudo, o Estado Social pode ter diversas variantes.

Esping-Andersen (*cit. in* Sacardo, 2009) especifica a existência de três tipos de Welfare State: o liberal, o conservador-corporativo e o social-democrata. O primeiro assenta numa intervenção muito reduzida do Estado e corresponde à ascensão social da burguesia. O segundo respeita à iniciativa do Estado no que toca à protecção de alguns grupos específicos e a uma forte tradição corporativista, correspondendo ao predomínio do Estado e da doutrina social da igreja. O terceiro caracteriza-se por uma maior intervenção do Estado e pelo menor papel reservado ao mercado, coincidindo com a ascensão da social-democracia.

É um facto, como anteriormente se referiu, que o papel do Estado sofreu, em particular nos últimos 30 anos, evoluções bruscas. Os governos de Reagan, nos Estados Unidos, e Thatcher, no Reino Unido, procuraram dar um forte impulso aos mecanismos de mercado no Sector da Saúde e reduzir o papel interventivo do Estado. Portugal e os restantes países foram, obviamente, influenciados por esse processo de liberalização. Os governos que se seguiram, com um cariz mais de esquerda (Partido Democrata, nos EUA, e Partido Trabalhista no Reino Unido), aproveitaram algumas das mudanças

introduzidas, em particular no que respeita à participação dos privados no Sector, aos modelos de gestão e à responsabilização pelos resultados, mas também trataram de garantir o cumprimento de princípios e valores do pós-guerra, como os da universalidade, acessibilidade e equidade. Em Portugal, este último processo foi conduzido pelo Governo socialista de António Guterres.

As especificidades do bem saúde, que justificam a imperfeição do mercado, resultam, na opinião de Vale (2010), do facto da Saúde Pública ser, em sentido económico, um bem público e os cuidados de saúde bens semi-públicos e meritórios. Assiste-se, por isso, a comportamentos irracionais do consumidor, mas também à indução da procura, ao risco moral, às tendências monopolistas, às listas de espera, à selecção adversa e outros males que afectam o Sector e são a razão da intervenção do Estado. São as designadas falhas de mercado, em parte também referidas por Almeida (2010).

Serrão et al. (1998, p. 48) vão mais longe:

> A inexistência de critérios económicos e sociais que regulem a distribuição e a utilização dos recursos destinados à saúde, conduzir-nos-ia, assim, para resultados aleatórios, em que a sobreutilização e o desperdício poderiam conviver, paredes-meias, com a subutilização, a escassez ou a inacessibilidade.

Já Hurst (1992) prefere falar nas particularidades da oferta e da procura de cuidados de saúde, para afirmar que elas influenciarão sempre os Estados a intervirem no sentido de evitar que os mecanismos de mercado funcionem livremente, mesmo quando acompanhados por uma redistribuição de rendimentos. Esta é iminentemente necessária, porque as necessidades em saúde estão muitas vezes associadas a estratos populacionais de baixos rendimentos, frequentemente incapazes de pagar os cuidados de saúde que necessitam. Mas tal não é suficiente, uma vez que a necessidade de cuidados é muitas vezes imprevisível, afecta pessoas que devido ao seu deficiente estado de saúde não conseguem subscrever os respectivos seguros e que estão também numa situação de inferioridade, já que não dominam o tipo de tratamento de que necessitam.

Neste contexto, num mercado deste tipo assume especial relevância a regulação do Sector por parte Estado. Tanto mais que, a crescente participação dos privados e a empresarialização do sector público, assim o exigem – é necessário, num bem com aquelas características, proteger o consumidor dos abusos do mercado induzidos pela concorrência. Voltando a Musgrove (*cit. in* Medici e Barros, 2006), este justifica a intervenção do Estado através dos gastos públicos em quatro segmentos de mercado:

- O dos bens públicos;
- O dos bens privados cuja procura não esteja satisfeita;
- O dos bens privados cujo fornecimento, devido ao seu custo elevado, não esteja assegurado à maioria da população;
- O dos bens privados que beneficiem os mais pobres.

A regulação consiste pois "no exercício, por uma autoridade pública, de controlo sobre actividades, de agentes económicos autónomos, que são valorizadas socialmente" (Almeida, 2010, p. 326). Pode ser levada a cabo pela administração pública, por institutos públicos, entidades públicas independentes, ordens profissionais e tribunais. Será sempre vantajoso que a regulação seja efectuada por entidades independentes, de forma a separa-la da prestação e da política, bem como para garantir a sua independência e a abrangência de todo o sistema (Almeida, 2010).

Moreira (*cit. in* Simões, 2004) distingue a regulação económica da social. A primeira tem como objecto as condições do exercício da actividade, os mercados, os preços e a quantidade e natureza dos produtos. A segunda abrange a protecção do ambiente e a defesa dos interesses dos consumidores.

Convém ainda salientar, que recentemente tem ganho algum peso a ideia de desgovernamentalização da própria actividade reguladora. O processo pode, contudo, criar conflitos com a necessidade de contenção orçamental.

Como antes se referiu, um dos papéis que o Estado pode assumir nos sistemas de saúde é o de prestador. Em alternativa, poderá contratar total ou parcialmente os serviços de que necessita. Neste caso, os serviços públicos podem funcionar em regime de mercado, como forma de promover a concorrência.

Postas estas observações, parece concluir-se do quadro seguinte uma gradual transferência do modelo integrado para a contratação de serviços, mesmo que neste último caso a unidade de saúde seja propriedade pública. O Estado vai deixando, gradualmente, de ser um prestador directo de cuidados.

QUADRO 3-11 – MÉTODOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA UE (1997)

PAÍS	SERVIÇOS INTEGRADOS	SERVIÇOS CONTRATADOS
Alemanha	-	Todos os serviços
Áustria	-	Todos os serviços
Bélgica	-	Todos os serviços
Dinamarca	Hospitais públicos num pequeno número de regiões	Hospitais na maior parte das regiões, médicos de família, especialistas fora dos hospitais, a maior parte dos dentistas, dos fisioterapeutas e das farmácias
Espanha	Hospitais públicos, especialistas e 60% dos médicos de família	Farmácias, dentistas e hospitais privados
Finlândia	Centros de saúde	Hospitais públicos, farmácias e cuidados privados em ambulatório
França	-	Todos os serviços
Grécia	Hospitais públicos e médicos	Farmácias, dentistas, alguns hospitais e médicos privados
Irlanda	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados sem fins lucrativos, médicos de família e farmácias
Itália	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados, médicos de família, especialistas privados e farmácias
Holanda	-	Todos os serviços
Luxemburgo	-	Todos os serviços
Portugal	Médicos de família, hospitais públicos e alguns especialistas	Hospitais privados, farmácias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a maior parte dos dentistas
Reino Unido	Serviços comunitários	Hospitais públicos, médicos de família, hospitais privados e farmácias
Suécia	Centros de saúde, farmácias e 60% dos dentistas	Hospitais públicos, médicos, hospitais privados e 40% dos dentistas

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos e Le Grand (cit. in Simões, 2004)

Esta medida de transferência da prestação de serviços para o sector privado integra-se numa política mais vasta que se designa por desintervenção do Estado, que assenta nas seguintes razões (Bilhim, *cit. in* Simões, 2004):

- Ineficiência das empresas públicas;
- Necessidade de reduzir o défice das contas do Estado através da venda de património e da eliminação dos prejuízos das empresas públicas;
- Redução do peso dos sindicatos e da clientela partidária;
- Abertura do capital das empresas públicas a terceiros.

Esta tendência para o Estado reduzir o seu peso de proprietário, gestor e produtor de bens e serviços públicos parece ser generalizada, abrangendo, inclusive, países com orientações políticas diferentes. A ideia assenta no facto de se considerar os serviços

públicos como perdulários e pouco eficientes, ficando cada vez mais longe a ideia de que cumprem direitos sociais e de cidadania (Junior e Silva, 2004).

Uma das formas de dar corpo a essa tendência é a privatização, à qual Simões (2004) atribui os seguintes significados:

- Transferência total ou parcial da propriedade de empresas ou bens públicos para terceiros;
- Contratualização com entidades privadas da gestão de empresas ou serviços públicos;
- Contratação de serviços a entidades privadas;
- Abertura aos privados de sectores até aí explorados apenas pelo Estado;
- Desregulamentação da produção e distribuição de bens e serviços;
- Submissão de serviços ou empresas públicas a regras de gestão enquadráveis em modelos organizacionais ou regimes jurídicos do direito privado.

Um dos exemplos de contratação de serviços a entidades privadas, no quadro de fomento e viabilização de entidades gestoras de recursos financeiros no sector da Saúde, é dado por Bahia (2008), quando, referindo-se ao Brasil, sustenta que os próprios governos federal, estaduais e municipais utilizam recursos públicos para dinamizar seguradoras privadas, financiando a aquisição de planos de seguros para funcionários públicos.

Rego (2008) tem uma visão mais limitada de privatização, pois considera que a empresarialização apenas significa a agilização da gestão. Contudo, a visão de Simões (2004), antes transcrita, por ser mais abrangente, dá melhor a ideia da tendência reformista dos sistemas de saúde, quanto mais não seja pela incorporação das regras de mercado no domínio tradicional do sector público.

A necessidade de garantir o aligeiramento do papel do Estado no Sector resulta da ineficácia dos serviços públicos em controlar os custos, a burocracia do seu funcionamento, a formação de listas de espera para consultas e cirurgia, a fraca qualidade do atendimento e a baixa motivação do pessoal (Hurst, 1992).

Em resumo, na Europa, os últimos anos caracterizaram-se por algumas alterações políticas quanto ao papel do Estado e, consequentemente, quanto à liberdade de

funcionamento do mercado. Se é verdade que numa primeira fase (anos 80 do Século XX) prevaleceu o fortalecimentos dos mecanismos de mercado, através da introdução do fenómeno da competição entre prestadores, da separação entre financiador e prestador e de uma maior participação dos pagamentos privados, numa segunda (últimos anos do Século XX) a aposta foi na melhoria da administração pública, dando-lhe um carácter mais empresarial e enfatizando a obtenção de resultados (Sakellarides et al., s.d.). Ou seja, a evolução dos sistemas de saúde parece conjugar o que de melhor têm os modelos liberal e planificado.

3.7. Modelos de organização e gestão

Abordar-se-á neste ponto os modelos jurídicos, económicos e estruturais dos serviços de saúde, que têm sofrido importantes alterações ao longo dos tempos, numa tentativa de obter uma melhor articulação entre as diferentes entidades, ou tendo em vista a melhoria dos níveis de eficiência.

A grande discussão acerca da gestão dos serviços de saúde prende-se com a propalada melhor eficiência dos privados quando chamados à administração das unidades de saúde. Mas deverá ser encarada em duas vertentes: a da legislação e a dos profissionais, propriamente ditos. Contudo, esta questão não e tão fácil de dirimir quanto parece. No que respeita à legislação, obviamente que as leis que regulamentavam os serviços de saúde em Portugal eram, até princípios do Século XXI, burocráticas, ineficientes e prejudiciais ao seu normal funcionamento, muito em particular no caso de unidades eminentemente produtivas, como é o caso dos hospitais. A partir daquela data, as coisas alteraram-se para melhor e existem já diversos estudos que demonstram o reflexo positivo das alterações, como se verá no Capítulo VI. Mas haverá sempre que ter em consideração, que as alterações na legislação estão condicionadas pela propriedade pública dos serviços, pela natureza das suas funções e pelos seus objectivos. Como refere Costa (2000), as comparações, se não partirem desta base, correm o risco de serem injustas.

Quanto aos profissionais chamados à responsabilidade pela gestão das unidades de saúde, a questão é diferente. Neste caso haveria todo o interesse em recrutar os mais capazes nesta matéria, os que pudessem trazer mais-valias. Neste campo levantam-se duas contrariedades: os poderes instituídos no Sector são contrários à injecção de novos quadros, principalmente se são oriundos do exterior; o vencimento e as regalias não são

os adequados à responsabilidade e exigência dos cargos – pelo menos por comparação com o que se passa no sector privado.

No final de 2002 e em 2003, a Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, os Decretos-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, nº 188/2003, de 20 de Agosto, e nº 281/2003, de 8 de Novembro, reformularam as redes de cuidados de saúde em Portugal e o seu modelo de gestão, como já foi mencionado no ponto 2.3.8.

As redes de cuidados, primários, hospitalares e continuados, passaram a integrar três sectores: sector público gerido pelo Estado, sector público gerido por terceiros e sector privado. Abrangem assim a globalidade dos centos de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados, incluindo os privados, desde que estes celebrem acordos ou contratos com o Estado.

Os objectivos destas alterações são:

- Permitir a articulação de todos os prestadores, possibilitando a construção de verdadeiras redes de cuidados e, consequentemente, de um sistema de saúde;
- Incentivar a participação dos privados, incluindo as instituições particulares de solidariedade social e os grupos de profissionais, no sistema;
- Alterar os modelos de gestão, quer no que respeita ao enquadramento jurídico das unidades de saúde, quer à sua organização, competência e responsabilização.

Ainda em 2002, trinta e um hospitais passaram a sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Algumas das características destas unidades: o limite de endividamento não pode ultrapassar os 30% do capital social e acima dos 10% carece de autorização da Assembleia-Geral; deverão dar preferência aos contratos individuais de trabalho; poderão atribuir incentivos de natureza pecuniária ou outros; celebram contratos programa.

Do ponto de vista jurídico, até ao final de 2002 os hospitais eram pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira, devendo adoptar regras de gestão do tipo empresarial[73]. Diga-se, desde já, que esta adopção era em grande parte prejudicada devido à sujeição ao direito público. Aliás, o próprio Tribunal

[73] Os hospitais tinham, então, quatro tipos de órgãos: de administração (Conselho de Administração, Director e Administrador Delegado), de direcção técnica (Director Clínico e Enfermeiro Director), de apoio técnico (Conselho Técnico e Comissões Médica, de Enfermagem e de Farmácia e Terapêutica) e de participação e consulta (Conselho Geral).

de Contas numa auditoria ao SNS, em 1999, diz haver uma incompatibilidade jurídico-formal entre a qualidade de estabelecimento público de carácter social e o funcionamento empresarial (Simões, 2004).

A verdade é que desde 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais[74]) a legislação portuguesa sobre gestão hospitalar estava imbuída de modernos conceitos de administração. Pelas razões já expostas e porque faltou aprofundar estas ideias de modernidade, a prática nunca foi consentânea com as disposições legais. A profusão de legislação, em particular no que respeita ao pessoal e à aquisição de bens e serviços, típica do direito público, sempre manietou os responsáveis, que se preocuparam mais em administrar pelo guião da legislação, do que em gerir por técnicas modernas e eficazes.

Foi também em 1968 que o serviço passou a ser o núcleo elementar da organização hospitalar – a unidade funcional, agregadora de pessoal, direcção, técnicas e saberes específicos. Foi ainda nesse ano, que as funções gerais ou de logística se autonomizaram em relação à prestação de cuidados.

Mas prevaleceu, e continua a prevalecer, na generalidade dos prestadores de cuidados de saúde, o designado modelo hierárquico, bem ao estilo do modelo tradicional da função pública, assente em regras típicas dos sistemas altamente burocratizados, ou seja, na divisão do trabalho, na hierarquia da autoridade, nas regras de funcionamento rigorosas, na impessoalidade das relações de trabalho e nas competências (Cardoso, cit. *in* Rego, 2008)

Como se disse, do ponto de vista jurídico, esta era a situação até 2002. Havia, contudo, algumas excepções a esta regra: em 1995, o Hospital Fernando da Fonseca[75], organizado e gerido no âmbito de uma parceria público-privada; em 1998, o Hospital de

[74] O Regulamento Geral dos Hospitais previa, para os hospitais centrais e oficiais, os seguintes órgãos de administração: Provedor da Misericórdia, Conselho de Administração e Administrador. Em 1970, esta composição foi alterada para: Conselho de Administração (presidido pelo Director nomeado pelo Ministro ou pelo Provedor) e Conselho de Direcção (presidido pela mesma pessoa e incluindo o Director Clínico e o Administrador). Os hospitais distritais, a partir de 1971, passaram a ser administrados pela Mesa das Misericórdia, pelo Provedor e pelo Administrador, enquanto os concelhios eram governados pela Mesa da Misericórdia, pelo Provedor e por um gerente ou cartorário (Simões, 2004).

[75] O topo da hierarquia do Hospital Fernando da Fonseca é ocupado pelo Conselho de Administração, e logo de seguida pelo Director Geral. As direcções clínicas e de enfermagem são técnicas. Os departamentos, inclusive os clínicos, são geridos por um director e um gestor, constatando-se também a responsabilização clara dos diversos órgãos e uma separação nítida entre as funções de administração e as de direcção técnica.

São Sebastião[76] (Santa Maria da Feira); a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em 1999[77]; o Hospital do Barlavento Algarvio, em 2001; o Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, já em 2002. Eram geridos pelo Estado, mas sujeitos ao direito privado, em particular no que respeita à gestão do pessoal e às aquisições de bens e serviços[78]. A experiência de Matosinhos tinha, aliás, outra particularidade: a de juntar sob a mesma administração o Hospital Pedro Hispano e os centros de saúde do concelho. O Hospital Padre Américo foi o primeiro a abandonar a figura de instituto público e a adoptar a de estabelecimento público de natureza empresarial. Gradualmente, os hospitais portugueses iam modernizando o seu modelo de gestão, acompanhando o movimento reformista que já se fazia sentir por toda a Europa. Para além do já mencionado, todas estas novas iniciativas ao nível da gestão caracterizavam-se também pela clara separação das funções técnicas e de gestão.

A reforma adoptada não resolveu todos os problemas com que os serviços de saúde portugueses se debatiam, mas contribuiu, por certo, para minimizar o efeito de alguns deles. Em particular: a nova política de incentivos, o aligeirar de algumas regras e o enfoque nos resultados contribuíram para uma maior motivação dos profissionais e índices de criatividade mais elevados. A nova filosofia de gestão assenta na ideia de que é possível aumentar os níveis de eficiência do sector público, se alguns mecanismos típicos do privado forem cuidadosamente introduzidos e misturados. Nasce assim o *New Public Management*. São introduzidos os princípios de responsabilização dos gestores, da avaliação de desempenho, do controlo dos custos e do planeamento e gestão estratégica (Rego, 2008). Estas reformas nem sempre têm sido bem aceites, em particular por aqueles que teimam em não querer chamar clientes aos cidadãos e que defendem que o Estado não é uma empresa. A partir daqui começam também a surgir novas ideias, como a do *Reinventing Government* (EUA) e a *New Public Administration* (Holanda).

[76] O Hospital da Feira apresentou, na época, uma inovação do ponto de vista organizacional que consistiu na criação de quatro Centros de Responsabilidade – Médico, Cirúrgico, dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e de Anestesia, Emergência e Cuidados Intensivos (Simões, 2004).

[77] Mais tarde criar-se-á o designado Sistema Local de Saúde (SLS), que passará a integrar outras instituições públicas e privadas de uma determinada área geográfica, que desenvolvem a sua actividade na área da saúde.

[78] Para além da gestão do pessoal e das aquisições de bens e serviços, a inadequação do modelo hospitalar português ao mercado no qual se inseria, antes da reforma do início do Século XXI, era ainda patente nos baixos níveis de autonomia e responsabilização, para além das evidentes confusões entre reporte técnico e de gestão, com o primeiro a tentar prevalecer sobre o segundo.

Estas novas modalidades de gestão vão sendo, gradualmente, absorvidas pelos diferentes sistemas de saúde, criando-se modelos mistos, como é o caso do último citado, e contribuindo, também eles, para uma convergência, que mesmo não sendo o resultado de um decalque absoluto, são sempre a conjugação daquilo que o público e o privado têm de melhor, com o objectivo de melhorar os resultados. Hoods (cit. *in* Araújo, 2005) resume da seguinte forma as alterações introduzidas pelas reformas ao nível da gestão no sector público: entrada de gestores profissionais; definição de medidas e padrões de desempenho mensuráveis; enfoque nos resultados; subdivisão de grandes estruturas em unidades mais pequenas; introdução de factores de concorrência dentro do próprio sector público; flexibilização da gestão; contenção de custos. Este conjunto de alterações, das quais uma das consequências práticas é a assinatura de contratos programa, substitui, em parte, as relações hierárquicas existentes. Numa relação deste tipo, o financiamento separa-se da prestação, relevando a presença de duas entidades distintas.

Em relação a Portugal, poder-se-á dizer que, de uma forma geral, estas medidas têm sido adoptadas. Há, contudo, duas excepções: a regra de nomeação de gestores profissionais nem sempre tem sido seguida, dependendo muito do perfil do titular da pasta da saúde; constata-se, nos últimos anos, ao contrário do explicitado naquele conjunto de regras, a junção de unidades de saúde, agregando-as em pólos cada vez maiores (centros hospitalares e agrupamentos de centros de saúde).

Os princípios e valores que enformam a gestão das unidades de saúde vão sendo gradualmente alterados, substituindo-se, parcialmente, a relação de confiança, a equidade e a cooperação, entre outros, pela gestão do risco, pela eficiência e pela competição. As consequências são uma forte política de austeridade e a perda de uma parte significativa da coordenação central de todo o sistema de saúde. Ultrapassar estas contrariedades implica uma regulação mais forte.

Em 2006, os 31 hospitais SA existentes foram transformados em hospitais EPE, o que aliás era possível de acordo com a legislação em vigor. Promoveu-se também a concentração de unidades hospitalares dispersas, naquilo que se designa por centros hospitalares, que foram enquadrados no sector empresarial do Estado.

Esta política de fusões e empresarialização tem como objectivo “garantir a racionalização dos recursos, a contenção dos gastos e o aumento da qualidade da oferta”

(Campos, 2008). Na opinião deste mesmo autor, a iniciativa induziu melhores condições de trabalho.

Os hospitais EPE, ou Entidades Públicas Empresariais, são pessoas colectivas de direito público com natureza empresarial. Amador (2010) lista as suas características, das quais vale a pena salientar as seguintes: não aplicação das normas de contabilidade pública; capital estatutário integralmente pertença do Estado; limite de endividamento igual a 30% do capital; órgãos iguais aos das sociedades anónimas.

É importante, também, salientar, como referem Dain e Janowitzer (2006, p. 27), que "a natureza pública ou privada dos sistemas não é em si mesma redutora de custos, mas a forma de gestão sim". Foi o que constataram nos casos que analisaram. Assim, a prossecução em Portugal da melhoria da eficiência dos serviços de saúde implicaria também uma alteração efectiva do modelo e dos responsáveis pela gestão dos hospitais e centros de saúde, garantindo-se que os segundos se adequassem aos primeiros.

Como se disse anteriormente, uma das estratégias, nas últimas décadas, ao nível da concepção jurídica e económica dos serviços de saúde, em particular dos hospitais, tem sido as Parcerias Público Privadas (PPP). Em Portugal, houve uma primeira tentativa, falhada, em finais da década de 90 do Século XX, tendo como objectivo a construção do Hospital de Loures. Em 1995, conforme já se referiu, deu-se início ao primeiro contrato de gestão privada de um hospital público – o Hospital Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra).

As razões que estão subjacentes ao modelo PPP são as seguintes: preencher lacunas de mercado; resolver as falhas do sector público. Estas últimas estão essencialmente ligadas à necessidade de captar novas fontes de financiamento e de melhorar a eficiência económica dos serviços de saúde. São particularmente importantes num contexto de crise económica e de necessidade de contenção dos gastos públicos. Em resumo: pretende-se conjugar a eficácia da distribuição (pública) com a eficiência da gestão (privada).

Este tipo de iniciativa tinha já sido lançado noutros países, estando o modelo base assente no financiamento privado da construção e concepção de unidades públicas de saúde, bem como na prestação de serviços clínicos e não clínicos. No caso britânico[79], o processo passa pela construção de um consórcio privado entre uma empresa construtora

[79] Neste país, ao contrário de Portugal, os serviços clínicos não são incluídos no contrato.

e outra operadora, tendo como objectivo a concepção, construção, financiamento e operação de um novo hospital. Habitualmente, este consórcio transmite contratualmente algumas parcelas do negócio, com o objectivo de repartição de riscos e tem uma remuneração durante a vida do contrato, que inclui o valor da disponibilidade das infra-estruturas e um eventual prémio ligado ao desempenho (Simões, 2010).

As parcerias podem assumir as seguintes modalidades (Simões, 2004):

- *Concessão* – Contrato de direito público pelo qual o Estado concede a um terceiro a exploração de um serviço público. Exemplo: o serviço de correio prestado pelos CTT – Correios de Portugal;
- *Arrendamento* – Cedência a uma entidade privada da exploração de um serviço público ou estabelecimento já instalados, mediante uma renda a pagar pelo operador. Exemplo: Arrendamento da rede eléctrica nacional à EDP – Electricidade de Portugal;
- *Contrato de gestão* – Cedência apenas da gestão e manutenção de um serviço já em funcionamento, recebendo o operador uma renda mas não correndo o risco da exploração. Exemplo: Contrato com o grupo Mello Saúde para a gestão do Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora;
- *Contrato de cooperação* – Assume as formas de associação, convenção ou cooperação e destina-se a preencher as lacunas dos serviços públicos. Exemplo: Convenções assinadas entre o Ministério da Saúde e as IPSS ou outros privados, relativas à prestação de serviços de cuidados continuados ou de imagiologia.

Em 2003 foram lançados os primeiros projectos hospitalares no âmbito desta iniciativa e as PPP foram alargadas a outras áreas da saúde, como por exemplo a Linha de Saúde 24 e a operacionalização e gestão do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul. Em 2005, uma alteração à legislação excluiu os serviços clínicos do pacote das parcerias (Simões, 2010). Em Fevereiro de 2010 foi inaugurado o Hospital de Cascais, a primeira unidade a ser concebida, construída, financiada e gerida com base numa PPP. Este tipo de parceria é designado por *Design, Built, Finance, Operate* (DBFO).

Ao longo dos últimos anos foram criados outros modelos de gestão e organização dos serviços de saúde, como por exemplo os SLS, as ULS, os ACES, os CRI, as USF, etc. Todas estas iniciativas, maior parte delas mencionadas nesta tese, imbuídas do espírito reformista da época, tinham como objectivo melhorar a eficiência organizativa e

assistencial dos serviços de saúde. Dispensa-se a sua análise detalhada, por não ser esse o objectivo deste projecto, mas também, porque a sua maioria já foi abordada ao longo destes textos.

No que respeita à Europa Ocidental, o papel regulador do Estado tem-se acentuado, mas tem também sido acompanhado do seu afastamento da gestão, dentro de uma óptica de responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia, ou seja, aquilo que hoje se designa por *governança*. Amador (2010) considera que as tentativas de aplicação do neo-liberalismo às finanças públicas não têm atingido os seus intentos, mantendo-se o predomínio do intervencionismo financeiro.

A adopção de novos modelos de gestão dos serviços públicos tem, pois, sido uma das medidas mais comuns aos países desenvolvidos, pelas razões já mencionados no ponto anterior, mas que, resumidamente, estão relacionadas com a necessidade de contenção das despesas e de aumento da eficiência.

Desde logo, a primeira possibilidade que se coloca aos governantes é a de transferirem do direito público para o privado, o regime aplicável às empresas do Estado. Procura-se, assim, tornar a gestão mais versátil e menos burocrática, o que é particularmente importante nos serviços de saúde e, por maioria de razão, nos hospitais, onde os processos de produção não se compadecem com teias legislativas quase impenetráveis. Uma outra aposta deverá ser na profissionalização da gestão, o que pressupõe uma escolha criteriosa dos administradores, a sua responsabilização, autonomia e a definição de incentivos e penalidades em função do grau de cumprimento dos objectivos. A adopção de mecanismos modernos de gestão (planeamento, participação, informação de gestão, formação, avaliação do desempenho, entre outros) deve merecer também a atenção de governantes e gestores. Deve-se, igualmente, fomentar uma competição salutar entre serviços de saúde privados e públicos, e também entre estes, como forma de melhorar os níveis de eficiência. É o que se designa por *mecanismos de tipo mercado* ou *competição interna*. Para que esta última estratégia resulte seria bom que fosse completada com a maior liberdade de escolha do cidadão e a ênfase na obtenção de resultados por parte dos serviços públicos.

Para completar este leque de medidas importa assegurar a avaliação das unidades de saúde através de indicadores de desempenho e promover o *benchmarking*, ou seja, o processo de comparação do desempenho dos diferentes serviços.

Percebe-se pois, pela leitura das linhas precedentes, que a necessidade de fomentar a eficiência e a contenção de custos, bem como o cumprimento das políticas governamentais, conduziu à adopção de medidas que visavam (e visam) a profissionalização dos serviços de saúde. Isto foi feito através da introdução de novos modelos organizacionais e instrumentos de gestão, mas também pela contratação de especialistas na área da gestão, que imprimiram às unidades de saúde, muito em particular aos hospitais, novos métodos e objectivos.

Estas medidas, comuns a muitos países da Europa, não têm sido, contudo, pacíficas, tendo sido objecto de crítica por alguns sectores, em especial pela forte classe médica. Exemplo disso pode ser visto em Esperança Pina, citado por Ferreira (1990, p. 309) quando afirma que as dificuldades das Faculdades de Medicina, na sua relação com os hospitais escolares, resultaram em parte da "existência de uma profissão nova a gerir a instituição hospitalar – o Administrador", cujas preocupações, em sua opinião, seriam de índole mais tecnicista e menos humanista.

Mais adiante, e conforme já se referiu no Capítulo II, o próprio Ferreira (1990) manifesta a sua discordância com a nomeação de gestores profissionais, na qual estão empenhados grupos de pressão e políticos, por entender que isso provoca atrasos no aperfeiçoamento dos serviços e aumenta os custos. Em sua opinião, as escolhas deveriam recair sobre os médicos.

Não parece que esta conclusão seja legítima, se bem que se concorde com a preparação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde para tarefas de gestão. Todas as empresas são fruto da interacção de diversos tipos de profissionais, escolhidos em função das suas habilitações e capacidades. Os hospitais não fogem a esta regra e a prática parece evidenciar o contrário da citação. Aliás, os próprios serviços médicos hospitalares têm sido dotados de especialistas em gestão, com o intuito de melhorar os seus níveis de eficiência. Mais: estas medidas têm sido adoptadas na generalidade dos países europeus.

No âmbito dos novos modelos de gestão merece ainda referência o *managed care*, que teve o seu campo de implementação e desenvolvimento nos EUA, tendo sido originado pela necessidade de contenção dos custos. Apesar da sua evolução e das suas variantes, poderá ser definido como (Barros, 2005, p. 283):

> … um sistema de organização da oferta de cuidados médicos baseado na ideia de rede e que procura cobrir um espectro amplo das necessidades potenciais de uma população.

O *managed care* encontrou três formas de se organizar: as HMO (*Health Maintenance Organizations*); as PPO (*Preferred Provider Organizations*); as IPA (*Individual Practice Associations*). Estas organizações são, tendencialmente, pagas numa base capitacional fixa e prospectiva, o que potencia a contenção de custos, mas coloca em risco a qualidade e a quantidade de cuidados prestados aos seus beneficiários. Podem ainda dar origem à recusa de beneficiários com riscos de saúde mais elevados. Uma outra vantagem é a criação de uma rede de prestação de cuidados articulada, que envolve diversos prestadores e que pode mesmo incluir uma seguradora.

3.8. Interdependência de variáveis

Um dos factores que torna mais complexas as relações de causa e efeito em saúde, é o facto das diversas variáveis em análise estarem relacionadas entre si, numa teia nem sempre fácil de desfazer e em encadeamentos nem sempre possíveis de segregar. Muitos autores têm estudado essas relações.

A oferta de cuidados de saúde numa determinada região está dependente dos recursos alocados por habitante, ou seja da eficácia, e da produtividade desses mesmos recursos, ou seja da eficiência. Se para efeitos do cálculo do indicador de eficácia se ponderar a população pelas suas necessidades em saúde, estar-se-á também a entrar em consideração com o conceito de equidade.

A oferta regional de cuidados de saúde primários, relativa a 1997 foi estudada pelo autor (Costa et al., cit. *in* Costa, 2000) através da utilização da seguinte fórmula:

$$ORC = PRÇ/RD \times RD/POP$$

em que: ORC – Oferta Regional Comparada; PRÇ – Produção; RD – Recursos disponíveis; POP – População. O primeiro coeficiente mede a produtividade dos recursos e o segundo o nível de eficácia.

Para cálculo da Produção foram considerar os seguintes indicadores: n.º de consultas de adultos; n.º de consultas de grupos de risco/vulneráveis; n.º de actos de enfermagem; n.º total de visitas domiciliárias; dias de internamento; vacinação.

Os Recursos Disponíveis considerados foram os seguintes: n.º de médicos; n.º de enfermeiros; n.º de administrativos; n.º de gabinetes de consulta; n.º de camas; subsídio do SNS para exploração; receitas próprias.

A População foi ponderada, para efeitos da sua adequação às necessidades em saúde, pelos seguintes indicadores: n.º de consultas por grupo etário; taxa de desemprego; PIB *per capita*; nível de escolaridade (> 7 anos); índice de dependência total; mortalidade geral; mortalidade perinatal; incapacidade de longa duração; AVC (< 65 anos); tuberculose; doença pulmonar crónica obstrutiva; diabetes; hipertensão arterial.

A consideração de indicadores que não são exclusivamente de saúde justifica-se pela relação forte entre as necessidades em saúde e factores económicos, sociais, culturais e demográficos. Por outro lado, no sentido em que a equidade pressupõe a distribuição de cuidados e recursos em função das necessidades em saúde, aquela ponderação tem como consequência a inclusão deste princípio.

A técnica utilizada assentou no cálculo da *Variação Regional entre Indicadores*, que resulta do quociente entre o indicador de uma região do continente e a média nacional. A situação ideal, do ponto de vista da equidade, aconteceria no caso dos indicadores de todas as regiões serem iguais a 1. O quadro seguinte traduz os indicadores intermédios (Produtividade e Distribuição de Recursos) e final (Oferta).

É possível extrair as seguintes conclusões:

- A região Norte é a única com um nível de eficiência superior à média nacional;
- As regiões Norte e de Lisboa têm recursos *per capita* inferiores à média nacional, já depois da população ter sido ponderada para efeitos de saúde;
- A oferta de cuidados é maior na região Norte, não por força dos recursos que lhe estão afectos, mas devido ao seu elevado nível de eficiência. O Alentejo ocupa o segundo lugar, mas pela razão inversa, ou seja, porque os recursos afectos compensam os baixos níveis de produtividade;
- Lisboa e Algarve têm uma oferta baixa, essencialmente devido aos baixos níveis de produtividade[80].

[80] Na interpretação dos resultados dever-se-á ter em consideração que o Alentejo dispõe de um maior número de centros de saúde com internamento e que a sazonalidade da região algarvia prejudica os seus níveis de eficiência.

QUADRO 3-12 – OFERTA REGIONAL COMPARADA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1997

	NACIONAL	NORTE	CENTRO	LISBOA	ALENTEJO	ALGARVE
Produção	1,0000	1,4840	1,0116	0,8436	1,1515	0,8036
Recursos	1,0000	0,8980	1,0978	0,9431	1,4683	1,1734
População	1,0000	1,0489	1,0077	0,9607	1,0763	1,0166
Produtividade	1,0000	1,2789	0,9214	0,8945	0,7842	0,6848
Distribuição de Recursos	1,0000	0,8561	1,0894	0,9817	1,3641	1,1543
OFERTA	1,0000	1,0948	1,0038	0,8782	1,0698	0,7905

Fonte: Adaptado a partir de Costa et al. (cit. in Costa, 2000)[81]

A interdependência das variáveis, em Saúde, poderá ser vista na figura seguinte. Trata-se de componentes, valores e objectivos dos sistemas de saúde, que estão interligados, facto que, por si só, demonstra a dificuldade na adopção de medidas e na análise dos processos relativos à execução de políticas de saúde e aos seus resultados. Não sendo um quadro completo[82] desta intrincada teia de relações, não deixa de ser interessante e útil apresentar o diagrama para se poder ter uma ideia da complexidade de correlações que se estabelecem, ou seja, da cadeia de efeitos que se produz sempre que os governantes tomam uma decisão.

Desde logo, há três factores essenciais que determinam e moldam os sistemas de saúde: as decisões políticas, o nível de desenvolvimento social, económico e cultural do país e a disponibilidade de meios. É o primeiro, ou seja a política dos governantes, que vai determinar a quantidade e a natureza dos meios a afectar ao Sector – a disponibilidade de meios humanos, materiais e financeiros. Mas esta também é fortemente influenciada pela riqueza do país e pelo nível social e cultural dos seus cidadãos, como facilmente se depreende.

Compete também aos governantes decidir sobre a distribuição geográfica dos recursos e o lançamento de programas dirigidos a esta ou aquela doença, a este ou aquele grupo de cidadãos – ou seja, satisfazer as necessidades em saúde (eficácia). Ou ainda, a optar por recursos humanos e materiais com níveis de eficiência superiores. Esta última é também determinada pelo desenvolvimento social, económico e cultural do país – cidadãos evoluídos e Estados ricos geram recursos mais eficientes e organizações mais adequadas

[81] Estes dados foram também recolhidos no trabalho original (*Oferta Regional Comparada em Cuidados Primários*) realizado no âmbito do Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Porto, cujos autores foram: Costa, J., Santos, R., Félix, A., Gonçalves, H. e Pais, M.

[82] Na realidade, e apenas a título de exemplo, a decisão política também tem influência sobre a acessibilidade e as melhorias nesta última também aumentam os níveis de eficácia.

ao cumprimento deste objectivo. O mesmo se passa com a disponibilidade de meios – quanto mais modernos e melhores, mais eficientes são. Mas o desenvolvimento também influencia a acessibilidade, quer ao nível do maior e mais diversificado leque de recursos, quer no que respeita à sua utilização mais racional (evitar abusos, apostar na prevenção, …) pelos cidadãos.

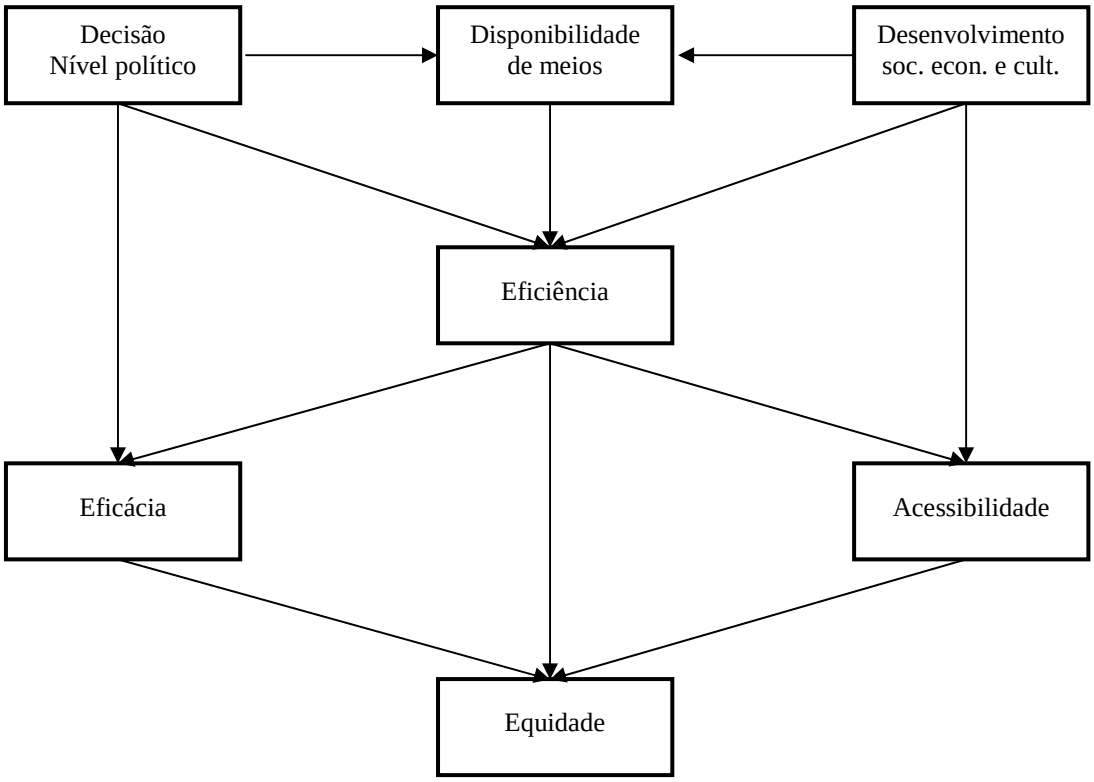
A variável eficiência é a charneira de todo este processo, o centro da teia de influências. Recursos eficientes produzem maior eficácia. Se o número de consultas por médico for maior na região A do que na B, sem perda de qualidade, então os cidadãos da primeira têm as suas necessidades em saúde com maiores níveis de satisfação. Mas também melhoram os níveis de acessibilidade, uma vez que garantem um atendimento mais rápido e evitam as filas de espera.

A equidade é o fim último dos sistemas de saúde, pelo menos no contexto dos países da Europa. É-o, no sentido em que estes visam contribuir para a melhoria do estado de saúde das pessoas, particularmente daquelas que apresentam maiores problemas. Dito de outra forma, os sistemas pretendem combater as desigualdades em saúde, garantindo cuidados em função das necessidades, independentemente do nível de rendimento dos cidadãos. Ou seja, são promotores da equidade.

A equidade, por sua vez, é influenciada pela eficácia, pela eficiência e pela acessibilidade, porque em qualquer dos casos, quanto maiores forem, maior é o leque de pessoas com necessidades em saúde abrangidas pelo sistema. E neste particular, o que preocupa é, obviamente, o leque de cidadãos de mais baixos rendimentos, por norma também com piores indicadores de saúde, que se não fosse assim, não teriam possibilidade de recurso aos cuidados.

Eis pois a figura que reflecte a interdependência das variáveis, sendo certo que se trata de uma esquematização das relações que entre elas se estabelecem – pelo menos as julgadas mais importantes.

FIGURA 3-1 – INTERDEPENDÊNCIA DE VARIÁVEIS



Fonte: Adaptado a partir de Campos (1983)

3.9. Liberdade

A liberdade de iniciativa empresarial é, para além de um direito elementar, um factor estimulante da concorrência. E esta, por sua vez, garante um preço justo para os serviços ou produtos, estimula o progresso económico, faz baixar os custos de produção, fomenta o desenvolvimento das tecnologias de produção e adequa a oferta às necessidades do mercado.

Estes são alguns dos princípios fundamentais do liberalismo. Mas esta teoria económica encerra também riscos que importa conhecer: a ausência de um conhecimento perfeito dos mercados; a possibilidade de incentivo à fraude, quando se quer ganhar a qualquer custo; as condições de partida desiguais em que se encontram os concorrentes; os perigos monopolistas resultantes da eliminação das pequenas empresas e/ou da concentração de outras; a eventualidade da concertação de preços, sempre difícil de demonstrar; o aumento dos custos e, consequentemente, dos preços, devido aos elevados gastos das campanhas de marketing; a eventual desigualdade no domínio da informação entre comprador e vendedor.

E alguns destes perigos são bem evidentes no mercado da saúde. Desde logo, a manifesta desigualdade de informação entre o utente dos serviços (o doente) e o profissional que o atende (o médico, por norma). É a chamada assimetria de informação, neste caso dupla: o doente não domina a informação médica e pode não fornecer correctamente os elementos necessários a um correcto diagnóstico; o médico pode não dominar integralmente a situação clínica. Desta desigualdade pode resultar aquilo que, por norma, se designa por risco moral: possibilidade de consumo excessivo ou não adequado de medicamentos e cuidados de saúde. De notar que o doente aceita sem reservas a prescrição médica e a cobertura da despesa por um subsistema de saúde não coloca grandes entraves ao consumo.

Mas há mais evidências no que respeita aos riscos antes mencionados: o elevado preço dos medicamentos, em parte justificados pelas dispendiosas campanhas de marketing lançadas pelos seus fabricantes; um mercado insuficientemente conhecido, porque em constante mutação (novas doenças, novos equipamentos, …) – para citar apenas mais dois.

O mercado da saúde é pois um mercado de incerteza, até mesmo para os seguros de saúde, dada a imprevisibilidade do risco de doença dos segurados, cuja tendência para omitir os comportamentos inadequados aquando da subscrição dos seguros é evidente.

Kenneth Arrow (*cit. in* Medici e Barros, 2006) aponta as seguintes razões para as diferenças entre o mercado da saúde e os mercados competitivos:

- Natureza da procura – imprevisibilidade e dificuldade de planeamento;
- Comportamento do médico – a produção e o consumo são simultâneos, pelo que o produto não pode ser testado;
- Incerteza quanto à qualidade do produto – assimetria de informação entre quem compra e quem vende;
- Condições da oferta – necessidade de regulação quanto à actividade e às profissões;
- Preços não estabelecidos pelas condições de mercado – preços distintos consoante o rendimento e a contratação dos prestadores.

Aquele autor acrescenta ainda, que a produção em saúde não verifica uma ou mais de três condições essenciais aos mercados concorrenciais: a existência de um equilíbrio competitivo; o carácter comercial do bem; a existência de rendimentos de escala.

Por todas estas razões, a actividade reguladora do Estado é da máxima importância – como garantia dos direitos dos cidadãos, mas também como fomento do desenvolvimento económico. Tanto mais que, se é certo que a liberdade empresarial é um risco, também é verdade que a mesma fomenta a eficiência, a qualidade, a melhoria dos preços e o desenvolvimento económico.

Mas uma oferta variada e concorrencial, associada à liberdade de escolha dos utilizadores dos serviços de saúde, traz também, para estes, benefícios evidentes: desde logo, uma relação qualidade/preço mais vantajosa!

A liberdade empresarial, contudo, não pode ser feita num quadro de promiscuidade entre público e privado, prejudicando o primeiro e garantindo a sobrevivência do segundo. É o que se deduz das afirmações de diversos políticos e técnicos, entre os quais Paulo Mendo, Bagão Félix, Correia de Campos e Manuel Antunes (*cit. in* Simões, 2004), que apontam para as insuficiências do sector público enquanto razão de ser da existência e manutenção dos privados, bem como para o facto dos médicos trabalharem, em muitos casos, nos dois lados. Esta duplicidade poderá permitir a transferência de doentes para os privados e, mais grave ainda, de doentes com menores custos de tratamento e menor responsabilidade médica. É o que se designa por desnatação.

Também Ribeiro (2006, p. 393) diz que o "sector privado ocupou os espaços que lhe pareceram mais rentáveis, enquanto a máquina pública procurou dar conta das questões de maior emergência".

Neste contexto, só se justifica falar de liberdade empresarial no Sector da Saúde, se estes problemas estiverem resolvidos e o Estado assumir convenientemente o seu papel de regulador.

Um dos casos particulares da participação dos privados no Sector é o exercício de clínica privada nos hospitais públicos portugueses. Um estudo de Simões e Pinto (*cit. in* Simões, 2004), no início dos anos 90 do Século XX, concluiu que tal participação aumentava a eficiência e que a equidade, apesar da discriminação positiva dos utentes particulares, não saía muito afectada. O estudo tem também uma outra conclusão importante e significativa: financeiramente, os médicos e as suas equipas saem muito

mais beneficiados do que o hospital. Aparentemente, isto chama mais uma vez a atenção para as consequências da promiscuidade entre o exercício público e privado da medicina.

Para os utentes, o SNS não permite a liberdade de escolha que todos, por certo, desejariam. Nesse aspecto, alguns subsistemas de saúde públicos (por exemplo a ADSE), ou de empresas públicas (por exemplo a Caixa Geral de Depósitos e os CTT – Correios e Telecomunicações de Portugal), são bem melhores. Mas o SNS, assente no médico de família de um centro de saúde da área de residência, na preferência dada ao encaminhamento do utente para o hospital de referência (salvo as urgências) e ao condicionamento da circulação dentro deste ou para outras instituições de nível superior, não permite tal desiderato.

Após 25 de Abril de 1974, a primeira tentativa para permitir alguma liberdade de escolha ocorreu em 1998, quando o Decreto-Lei nº 401/98 permitiu o *opting-out*, que modificou parcialmente o Estatuto do SNS, ao admitir a possibilidade da "responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde … ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde".

A partir deste momento passou a ser possível que uma entidade negociasse com o IGIF a saída dos seus empregados do SNS, o que foi aproveitado, em 1999, pelo SAMS dos bancários[83] e pela Portugal Telecom.

Esta questão não foi, nem é, pacífica. O *opting-out* reduz os níveis de solidariedade, podendo, inclusive, resultar na saída dos melhores riscos. No caso português, esta opção não poderia ser feita individualmente, mas apenas por entidades, independentemente da sua natureza pública ou privada.

Outra questão que se coloca em relação à participação dos privados no sector da Saúde é a de saber se contribuem para a promoção da equidade, em particular nos países em que esta seja um dos objectivos fundamentais. Giraldes (1997) conclui, para o caso português que:

[83] O acordo previa o pagamento pelo SAMS de 50% da factura hospitalar e a transferência anual do orçamento do SNS para aquela entidade, de 29 contos (144,65 euros) por beneficiário (Simões, 2004).

- As desigualdades no internamento hospitalar são mais graves no sector privado e agravam os resultados do público quando adicionadas a este;
- O papel regulador do Estado na correcção da distribuição geográfica dos privados permite, de uma forma geral, ganhos significativos nos gastos com medicamentos, análises e radiologia, *per capita*.

3.10. Conclusões

Os sistemas de saúde são organizados de acordo com o pensamento político, social e económico dos governantes. A sua estruturação depende, pois, dos respectivos princípios e valores, cujos mais importantes foram estudados neste capítulo. É imprescindível fazê-lo, porque eles são, directa ou indirectamente, parte integrante da caracterização dos diversos modelos, sendo, consequentemente, utilizados no estudo de casos.

Uma das variáveis mais importantes é a universalidade, adoptada, ou quase, pela maioria dos países desenvolvidos. Um sistema diz-se universal, quando abrange a totalidade da população. Já a generalidade, ou seja a capacidade de prestação da globalidade dos cuidados de saúde que os cidadãos necessitam, fica um pouco aquém do que a legislação promete e as pessoas esperam. Em Portugal, por exemplo, os cuidados à terceira idade, bem como as especialidades médicas de Medicina Dentária, Oftalmologia, Ginecologia e Cardiologia, entre outras, demonstram o que antes se disse.

Uma das conquistas fundamentais do Século XX, no campo da Saúde, foi o gradual desenvolvimento da solidariedade orgânica, que substituiu, em muitos casos, a caridade individual, geradora, muitas vezes, de situações pouco dignificantes. Assistiu-se a um crescimento sustentado da percentagem da despesa pública nos gastos totais em saúde. Ou seja, os cuidados passaram a ser suportados, cada vez mais, pelo bolso comum dos contribuintes, transferindo-se assim custos de uma classe para outra.

O que estes princípios tentam proporcionar é a capacidade dos cidadãos acederem aos cuidados de saúde sempre que precisem, independentemente da sua condição económica. Ou seja, são facilitadores da acessibilidade. Obviamente que esta é prejudicada devido à escassez dos recursos e ao aumento da procura.

Outro conceito fundamental subjacente aos modernos sistemas de saúde é o da equidade. Considera-se que esta existe quando as pessoas são discriminadas positivamente, ou seja, em função das suas necessidades. É pois um combate às

desigualdades, mas que não é, nem deve ser, feito apenas no campo da Saúde. Pressupõe a intervenção do Estado na distribuição dos recursos, facto que é motivado pelas imperfeições de funcionamento do mercado.

A equidade foi muito estudada a partir da década de setenta do Século XX, mas à medida que este se aproximava do seu termo, a discussão passou a estar centrada na eficiência, facto que conduziu muitos países à adopção de legislação típica do direito privado, mesmo quando se tratava de serviços de saúde públicos. Mas deu também origem à maior participação dos privados no Sector, à privatização de alguns serviços e à separação entre prestadores e gestores de recursos. Isto, como se depreende, tem uma forte influência nestes dois últimos componentes dos sistemas de saúde. Neste capítulo distingue-se eficiência (relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados) de eficácia (relação entre as necessidades satisfeitas e as necessidades totais).

Consoante a política do país e a conjuntura económica, opta-se por uma maior intervenção do Estado, ou pela maior liberdade do mercado. A concorrência tem a virtude de gerar maior eficiência, qualidade e liberdade de escolha. Mas pode também conduzir a comportamentos menos escrupulosos, à concentração de empresas e ao eventual desperdício de dinheiros públicos. As tentativas de liberalizar o mercado da Saúde nunca foram profundas, ficando-se sempre por alterações pontuais, que não prejudicaram o essencial dos princípios e valores dos sistemas de saúde. Em grande medida isto deveu-se à consciência dos governantes quanto à imperfeição deste mercado

A especificidade do Sector e muito em particular as consequências que poderiam advir do seu mau funcionamento conduzem sempre, em maior ou menor grau, à intervenção do Estado – em último caso, no que respeita à regulamentação e fiscalização. Contudo, como se disse, isto não obsta a que muitos países tenham desgovernamentalizado, em particular, a prestação de cuidados.

Esta última medida foi complementada com uma nova filosofia de gestão, aplicável aos serviços públicos, que possibilita uma maior liberdade aos gestores, mas também uma maior responsabilização, em especial pelo cumprimento dos resultados acordados. Nasceu assim o *New Public Management*. A relação de confiança e a cooperação deram lugar à gestão do risco e à competição. Apesar de alguma oposição por parte dos poderes instalados, tem-se dado preferência à escolha de gestores para os órgãos de topo dos hospitais, passando também os serviços médicos a beneficiar da sua colaboração.

A beleza, mas também a complexidade do suporte ideológico dos sistemas de saúde, consiste na interdependência de todas estas variáveis analisadas, conforme ficou demonstrado no ponto 3.8.

Para concluir este capítulo, faz-se uma análise à problemática da liberdade de iniciativa empresarial e da liberdade de escolha dos utilizadores dos serviços de saúde, bem como às suas implicações. Reconhece-se a sua importância no que respeita ao desenvolvimento do mercado no seu todo, mas alerta-se para a especificidade do Sector e para as consequências que poderão advir, caso o Estado não exerça o seu papel regulador e não limite a actuação dos intervenientes.

CAPÍTULO IV

FINANCIAMENTO, PAGAMENTO DOS SERVIÇOS E DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS

4.1. Introdução

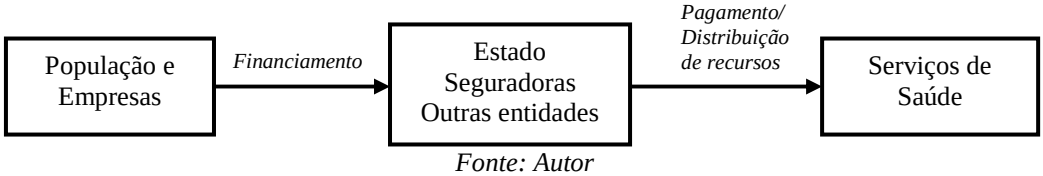
No contexto do que se defendeu no capítulo anterior, a observância da equidade pressupõe a distribuição dos recursos em saúde em função das necessidades das pessoas e não do seu rendimento: em última análise, para que se cumpra a igualdade de oportunidade de acesso aos cuidados de saúde.

A solidariedade no financiamento assume, portanto, uma importância extraordinária no que respeita ao cumprimento da equidade e da acessibilidade. Muito superior à da propriedade dos meios de produção que, em última análise, poderá ser pública, privada ou mista, desde que a obediência àqueles princípios esteja garantida.

Assumindo-se pois, que o financiamento tem um papel fulcral no funcionamento dos sistemas de saúde, importa, desde já, esclarecer o contexto em que aqui é utilizado e distingui-lo claramente das questões relativas ao pagamento dos cuidados prestados pelos serviços de saúde ou da distribuição de recursos, conceitos que nos textos da especialidade nem sempre aparecem convenientemente identificados.

Em primeiro lugar convém dizer, que por financiamento se entende, muitas vezes, o ciclo financeiro completo, que inclui não só a captação de fundos, mas também a utilização que se faz dos mesmos. Na verdade, tal corresponde, na maior parte dos casos, a dois momentos diferentes, conforme se explicita na figura seguinte, na qual se deverá entender financiamento, em sentido restrito, como a transferências de impostos, prémios de seguros ou outras contribuições entre população e empresas, por um lado, e Estado, Seguradoras ou outras entidades gestoras de fundos na área da saúde, por outro; e pagamento/distribuição de recursos, como o ciclo financeiro entre estas últimas e os respectivos serviços prestadores de cuidados de saúde[84]. Elege-se assim a óptica de origem e aplicação de fundos, centrada nas já mencionadas entidades, como o ponto de partida para a explicação dos ciclos financeiros.

FIGURA 4-1 – CICLO DO FINANCIAMENTO



Fonte: Autor

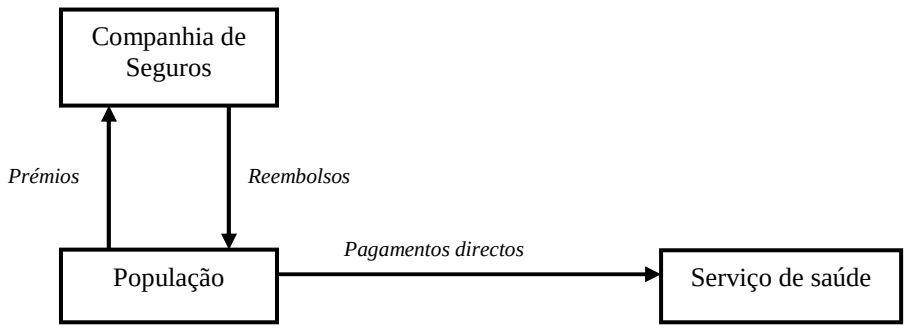
[84] Simões (2004) identifica também estes dois momentos, que designa por financiamento e pagamento. Idêntica posição é defendida por Ferreira (2009).

A excepção acontece quando o utente dos serviços de saúde efectua pagamentos directos sem reembolso, caso em que aqueles dois movimentos financeiros coincidem. É o exemplo do cidadão que recorre a um serviço de saúde a título privado, pagando o acto isolado directamente. Mas em certo sentido, é também o montante referente às taxas moderadoras, ou de utilização, pagas pelos beneficiários de subsistemas de saúde públicos ou privados. Se bem que estas taxas tenham, muitas vezes, o objectivo de dissuadir as pessoas dos abusos de utilização dos serviços de saúde e de serem de montante reduzido, não deixam de constituir um pagamento. Mais adiante, distinguir-se-á estas duas modalidades de pagamentos directos, que no contexto do que se disse e se analisará, se considera um pagamento e não um financiamento.

Vale (2010, p. 134) manifesta idêntica opinião, ao definir financiamento como "o modo de *obtenção* de recursos financeiros para enfrentar as … despesas". Designa ainda os dois ciclos acima mencionados por *função angariação* e *função pagamento*, que deverão estar coordenados, de forma a efectuar uma eficiente e adequada prestação de serviços ao menor custo possível. Poder-se-á recorrer também a Thomson et al. (2009, p. 26) que descreve o financiamento, de forma mais abrangente, como "o meio pelo qual os fundos são recolhidos e reunidos e a forma como os serviços de saúde são comprados e pagos".

Há ainda uma outra modalidade no que respeita aos circuitos financeiros dos sistemas de saúde. Ocorre quando um cidadão tem um seguro de saúde, mas no acto da prestação de cuidados paga os serviços recebidos na sua totalidade, sendo posteriormente reembolsado pela sua Companhia de Seguros. Neste caso, a charneira do financiamento é, em certa medida, o próprio cidadão, como se poderá ver na figura seguinte.

FIGURA 4-2 – PAGAMENTO COM REEMBOLSO



Fonte: Autor

Convém ainda distinguir pagamento de serviços e distribuição de recursos. Com rigor, dever-se-á dizer que sendo os recursos afectos tendo por base o serviço recebido (consulta, exame de diagnóstico e cirurgia, entre outros), o número de dias de internamento ou o caso clínico (o doente no seu todo, habitualmente ponderado pelo tipo de patologia a que foi tratado), se está perante exemplos de pagamentos. Quando os recursos são entregues às instituições de saúde tendo por base as necessidades desses serviços, ou tomando como sustentação o número de pessoas (base capitacional) que lhes estão afectas, eventualmente ponderadas pelas suas necessidades em saúde, então estar-se-á perante um caso de distribuição de recursos.

Em qualquer dos casos, são diferentes metodologias utilizadas no processamento dos pagamentos, tenham estes por base a produção ou as necessidades.

Neste capítulo analisar-se-á a teoria e a classificação do financiamento e do pagamento ou distribuição de recursos. Neste último caso, e no que respeita à classificação, abordar-se-ão os possíveis regimes contratuais, bem como as metodologias (critérios) que servem de suporte ao cálculo dos pagamentos.

Entende-se por regime contratual a relação existente entre a entidade gestora de fundos e os prestadores ou os consumidores. Por extensão do conceito, enquadram-se no âmbito desta classificação os pagamentos directos (sem suporte contratual) e os sistemas integrados.

4.2. Financiamento

Conforme se viu no ponto anterior, o financiamento propriamente dito dos sistemas de saúde consiste na captação de fundos para fazer face às despesas[85]. Mas procura-se também distribuir de modo equitativo os riscos e as suas consequências, limitar o risco moral e redistribuir os rendimentos (Vale, 2010).

As receitas que servem de suporte à actividade dos serviços de saúde têm origem nas seguintes fontes:

- Impostos;

[85] Há um caso particular de financiamento, privado, que é o resultante das PPP. Não se individualizou este tipo de *input* financeiro dos sistemas de saúde, porque se trata de uma espécie de *empréstimo* que o Estado *liquidará* durante os anos de duração do contrato, pagamento que, habitualmente, está subjacente ao valor da prestação mensal de contrapartida pelos serviços recebidos da entidade privada que é parceira do projecto. Dito de outra forma, aquele *empréstimo* acabará por ser pago com a colheita de impostos. Simões (2010) fala em "financiamento prévio", que terá de ser pago por "fundos públicos".

- Seguros sociais obrigatórios;
- Contribuições para subsistemas de saúde públicos ou privados;
- Seguros privados;
- Pagamentos directos;
- Rendimentos próprios.

Os impostos e os seguros sociais obrigatórios são, por norma, organizados e definidos pelo Estado, a quem compete distribuir (independentemente do critério utilizado) os montantes arrecadados, mesmo que por interpostas entidades. A distinção entre os primeiros e os segundos tem a ver com a modalidade adoptada e com a sua inclusão no Orçamento Geral do Estado ou a sua consignação a fundos próprios geridos autonomamente. Contudo, há casos em que este tipo de seguros só é obrigatório para quem cumpre determinado tipo de requisitos. Mas são, por norma, pagos por empregados e empregadores, em função dos rendimentos destes últimos. À semelhança do que acontece no financiamento por impostos, nos seguros sociais o Estado também intervém de forma a garantir a cobertura dos desempregados e de alguns casos mais vulneráveis. Esta é, pelo menos, a tendência.

As contribuições para subsistemas de saúde públicos ou privados consistem em descontos, taxas ou prémios pagos a entidades que têm por incumbência organizar a gestão do financiamento e da prestação (directa ou indirecta) de cuidados de saúde a determinados grupos de pessoas. Não se trata aqui do sistema normal financiado através de impostos ou de seguros de saúde, mas sim de contribuições para institutos ou associações (ADSE; IASFA), grupos mutualistas, caixas de previdência ou serviços de saúde privativos de determinadas empresas (PT ACS; SAMS dos bancários).

Os seguros privados podem ser determinados pelo Governo para cidadãos com rendimento superior a determinado montante (devem fazer prova do seguro), mas podem também ser voluntários, complementares, individuais ou de grupo.

Os pagamentos directos englobam uma vasta gama de contribuições: taxas moderadoras; taxas de utilização; pagamentos por serviços prestados a título particular e privado a pessoas ou entidades; franquias; participação percentual, a cargo do consumidor, nas despesas com a saúde (exemplo: pagamento da responsabilidade do consumidor na aquisição de medicamentos).

Os rendimentos próprios podem ser de natureza financeira, rendas de terrenos e edifícios, ou outros proveitos recebidos nos termos legais, nos quais se incluem os donativos e legados. O financiamento do SNS português e a responsabilidade pelos seus encargos estão plasmados na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do Serviço Nacional da Saúde.

De entre estas fontes de receitas, as taxas moderadoras têm sido das mais discutidas e questionadas. Criadas para evitar o abuso da utilização dos serviços de saúde[86], e apesar da alteração introduzida na Constituição, que transformou a *gratuitidade* do SNS português em *tendencial gratuitidade*, ainda hoje são consideradas, por alguns, como inconstitucionais, devido à inexistência de um regime específico para as taxas (Vale, 2010). Este problema e a discussão em torno da legalidade destas cobranças é, aliás, comum a outros países, como é o caso da Alemanha. A temática das taxas moderadoras será abordada no ponto seguinte, uma vez que se trata de um pagamento.

A parcela do financiamento da saúde suportada por seguros voluntários, em Portugal, tem uma importância bastante reduzida, tendo, em 2006, sido responsável por 2,4% daquele. É certo que estes seguros são supletivos e não permitem o *opting-out*, o que dificulta a adesão a este tipo de cobertura de riscos. Mas também é verdade, que se esta opção de saída do sistema fosse permitida, reduzir-se-ia drasticamente a solidariedade inerente ao financiamento, tanto mais que haveria tendência para a fuga do SNS dos cidadãos com mais altos rendimentos. Consequentemente colocar-se-ia em causa a equidade. Ora, ambos os princípios estão consagrados na Constituição da República, bem como nos restantes documentos estruturantes da Saúde em Portugal.

A discussão em torno do papel do Estado e das Seguradoras no financiamento da Saúde não tem obtido consensos alargados, se bem que a tónica colocada na solidariedade deste processo pareça ser um factor comum aos diferentes autores.

Em 1992, um grupo de trabalho coordenado por Paulo Mendo defendia a supletividade do Estado e a necessidade de estimular o mercado de seguros, cabendo àquele negociar com as Seguradoras a cobertura dos grupos de risco (Simões e Dias, 2010).

[86] Em boa verdade, as taxas moderadoras ou de utilização, bem como as franquias pagas pelos detentores de seguros de saúde, só seriam realmente dissuasoras de abusos, se fossem aplicadas por escalões, de acordo com o rendimento dos utentes. Uma taxa de 10 euros pode ser um motivo muito forte para um indivíduo da classe baixa pensar duas vezes antes de ir a um serviço de saúde, mas não ter qualquer significado para um outro com um nível de rendimento elevado.

Em 1995, o Relatório "Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal"[87] publicado pelo Ministério da Saúde, aponta para a manutenção de um sistema público de financiamento, universal e obrigatório, gerido por entidades com autonomia em relação ao Estado, mas também para a possibilidade de *opting-out*, assegurando-se que o Estado garantiria a cobertura das despesas com doenças crónicas e catastróficas (Simões e Dias, 2010).

Esta possibilidade de *opting-out* tinha sido regulamentada na década de 90 do Século XX, mas as Seguradoras nunca mostraram muito interesse em aderir a este sistema. O mesmo não aconteceria com algumas empresas com sistemas de protecção da saúde dos seus trabalhadores.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde aprovado pelo Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro, conjugado com o Decreto-Lei 401/98, de 17 de Dezembro, possibilitou a adopção do *opting-out* em Portugal. Diz o nº 6 do artigo 25º daquele Estatuto:

> A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde.»

A Portaria 981/99, de 30 de Dezembro, fixou a comparticipação acima mencionada, para os anos de 1999 e 2000, em 29.000$00 (144,65 €) por beneficiário inscrito no pleno gozo dos seus direitos. Determinou ainda que competiria ao IGIF negociar os respectivos protocolos e ao membro do Governo competente homologa-lo.

Aquele valor subiu para 281,00 € em 2004 (Portaria n.º 316/2004, de 13 de Março), para 304,00 € em 2005 e para 325,74 € em 2006 (Oliveira et al, 2007). Assim, nos termos da legislação em vigor, os funcionários da Portugal Telecom (é um dos exemplos de empresa aderente ao *opting-out*) poderiam aceder aos serviços de saúde públicos, responsabilizando-se a entidade patronal pelo pagamento, na íntegra, das respectivas despesas. Em contrapartida, o Estado pagou à Portugal Telecom, por cada beneficiário, aquele montante, consoante o ano em referência. Os impostos pagos por empresa e trabalhadores mantiveram-se e continuaram a ser pagos na totalidade.

Em 1996, a Associação Portuguesa de Economia da Saúde concluía que, na opinião dos participantes num debate, os impostos deveriam continuar a ser a principal fonte de financiamento (Simões e Dias, 2010).

[87] Da autoria de Diogo de Lucena, Miguel Gouveia e Pedro Pita Barros.

Em 1998, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, presidido por Daniel Serrão, assumindo a regressividade dos co-pagamentos, constata que a preferência por este tipo de financiamento se traduziria numa redução da equidade. Propõe, assim, a opção por contribuições baseadas no rendimento dos agregados familiares, bem como a criação de um Fundo Nacional de Saúde ao qual caberia a gestão dos dinheiros, numa óptica de separação dos papéis de prestador e de financiador (Serrão et al, 1998).

Em 2007, a Comissão para a Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, nomeada pelo Governo, definiu como essencial a manutenção do financiamento público do SNS, mas aconselhou também melhorias ao nível da eficiência dos serviços, a revisão do regime de isenção das taxas moderadoras e a redução dos benefícios fiscais no que respeita às despesas com a saúde, entre outras medidas (Simões e Dias, 2010).

O financiamento privado em Portugal representa ainda um valor relativamente baixo no contexto da Saúde em Portugal. Já a prestação de cuidados é maioritariamente assegurada pelos privados, conforme se verifica nos quadros seguintes[88].

Em 2000, o financiamento privado atingiu os 29,1%, maioritariamente utilizados para pagar prestação privada (28% do total). Contudo, o total da prestação privada subiu aos 57,5%, tendo 29,5% do total sido paga pelo sector público.

Estes valores estão reflectidos no quadro que se segue, que traduz a combinação público-privada na prestação e no financiamento.

QUADRO 4-1 – COMBINAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM 2000 (%)

PRESTAÇÃO	FINANCIAMENTO		TOTAL
	PÚBLICO	PRIVADO	
PÚBLICA	41,4	1,1	42,5
PRIVADA	29,5	28,0	57,5
TOTAL	70,9	29,1	100,0

Fonte: Adaptado a partir de INE (cit. in Campos, 2008)

A evolução nos quatro anos seguintes não foi muito significativa, mantendo-se o financiamento privado na casa dos 29% (29,7%) e tendo a prestação subido para os 58,1%.

[88] A parte pública dos quadros inclui o SNS, os subsistemas públicos e outras formas de prestação e financiamento públicos. De acordo com o critério seguido por Campos (2008), as empresas com subsistemas de saúde (Bancos, Portugal Telecom, CTT - Correios e Telecomunicações de Portugal e Caixa Geral de Depósitos) foram incluídas no sector privado, à semelhança dos seguros privados de saúde.

QUADRO 4-2 – COMBINAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM 2004 (%)

PRESTAÇÃO	FINANCIAMENTO		TOTAL
	PÚBLICO	PRIVADO	
PÚBLICA	40,3	1,6	41,9
PRIVADA	30,0	28,1	58,1
TOTAL	70,3	29,7	100,0

Fonte: Adaptado a partir de INE (cit. in Campos, 2008)

O quadro seguinte pretende dar uma ideia da importância das diferentes modalidades de financiamento[89] dos sistemas de saúde em diversos países.

Tomando como ponto de partida a classificação apresentada por Simões (2004), encontramos 10 países cuja principal fonte de financiamento é o imposto e 5 que optaram pela segurança social. Parece clara a preferência pela primeira modalidade. Se se considerar outras origens de fundos para além dos impostos e dos seguros sociais, verificar-se-á que no caso da Grécia a fonte mais importante é assegurada pelos pagamentos directos efectuados pelo consumidor dos cuidados de saúde. É o único caso em que tal acontece. Contudo, Portugal e Itália assumem nesta rubrica valores também elevados. Repare-se ainda, que em nenhum país os seguros voluntários são a fonte de financiamento mais importante. O seu peso é, aliás, insignificante.

QUADRO 4-3 – FONTES DE FINANCIAMENTO NA UE NOS ANOS 90 (%)

PAÍS	IMPOSTOS	SEGURAN-ÇA SOCIAL	SEGUROS VOLUNTÁ-RIOS	PAGAMEN-TOS DIERCTOS	OUTROS
Alemanha	11	64,8	7,1	7,3	9,8
Áustria	24	54	7,5	14	-
Bélgica	38	36	-	17	9
Dinamarca	80,7	-	1,9	17,4	-
Espanha	59,3	15,3	7	16,3	1,7
Finlândia	62,2	13	2,2	20,8	1,8
França	3,6	71,6	7	16,5	1,3
Grécia	33,3	24,1	2,1	40,4	-
Irlanda	68,1	7,3	8,6	13,9	2,1
Itália	64,6	-	2,6	31,2	2,4
Holanda	10	68	15	7,1	-
Luxemburgo	30	49,8	2	7,9	2,8
Portugal	55,2	6	1,4	37,4	-
Reino Unido	78,8	12,3	5,6	3,2	-
Suécia	69,7	13,4	-	16,9	-

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos e Le Grand (cit. in Simões, 2004)

[89] Em alguns países o total das diferentes fontes não soma 100%, por certo devido a arredondamentos efectuados. Entendeu-se por bem não alterar os valores recolhidos na obra citada.

Existem diversas formas de classificar ou agrupar as modalidades de financiamento. Por outro lado, dado que os sistemas de financiamento são, habitualmente, mistos, a realidade obriga muitas vezes a uma classificação que releve os aspectos essenciais e despreze os marginais, de modo a encontrar-se parâmetros comuns para integração de diferentes países num mesmo grupo. Simões (2004) utiliza a seguinte classificação de modelos de financiamento:

- *Sistema de seguro privado* – Como a própria designação indica, trata-se de um modelo de seguro privado[90], individual ou colectivo, estando o respectivo prémio associado ao risco. Os exemplos são os EUA e a Suíça. Neste último caso, o Estado exige que o risco não seja encarado individualmente, mas sim colectivamente. Em alguns países, o seguro privado é apenas um complemento de um sistema social obrigatório.

- *Sistema de seguro social* – Trata-se de um sistema de seguro gerido por entidades de cariz social, controladas por organismos públicos e com o respectivo prémio definido em função do rendimento. A inscrição é obrigatória, pelo menos para os rendimentos mais baixos, e o sistema cobre, habitualmente, toda a população. As entidades gestoras destes seguros, por norma designadas caixas ou mútuas, organizam-se no âmbito de profissões, credos religiosos, sectores de actividade ou geograficamente. As diferenças de cobertura de riscos, quando significativas, são compensadas pela intervenção dos governos. Como exemplos tem-se a França, a Alemanha e a Holanda.

- *Sistema de financiamento por imposto* – O financiamento é assegurado por impostos e a entidade gestora, que recebe os fundos do Orçamento Geral do Estado, é também responsável pelos prestadores de cuidados de saúde, que são públicos. Numa outra hipótese, os prestadores podem ser públicos ou privados, competindo à entidade gestora a celebração de contratos com estes últimos. Os exemplos são o Reino Unido, a Dinamarca e a Suécia.

Ao que diz este último autor importa acrescentar que os fundos de seguros sociais de saúde podem também ser privados, se bem que a forte regulação e supervisão do Estado

[90] Consideram-se incluídas neste agrupamento as Health Maintenance Organizations, que são instituições privadas que integram a gestão financeira dos fundos e a prestação de cuidados de saúde completos, mediante um pré-pagamento actualizável.

torne as respectivas entidades quase públicas. Seja como for, são independentes e têm gestão, orçamento e estatuto legal próprios (Barros e Gomes, 2002).

Os seguros de saúde privados, para além de existirem como forma de garantirem uma cobertura adicional, também podem ser subscritos com o objectivo de uma protecção voluntária total. Em qualquer dos casos, a sua clientela são as classes média alta e alta.

Outra classificação possível seria a seguinte: Contribuições obrigatórias e impostos; Prémios de seguro voluntários e privados; Financiamento misto.

Ferreira (1989) utiliza a seguinte classificação para o financiamento: contribuições individuais (incluindo seguros); pré-pagamento; impostos; misto. Thomson et al. (2009) preferem falar em mecanismos de contribuição públicos (impostos e seguros obrigatórios) e privados (prémios de seguros privados, contas de poupança médicas e pagamentos directos). Salientam a diferença entre impostos directos e indirectos e o nível governamental de cobrança (central, regional ou local). No que respeita aos seguros sociais, abordam a base da contribuição que, por norma, é o salário, mas também o rendimento global, como é o caso da *Contribution Sociale Généralisée* francesa. Mencionam ainda as pessoas sujeitas (empregados e empregadores), os beneficiários (contribuintes e não contribuintes) e as possíveis contribuições do Governo, em particular como forma de suportar a assistência prestada a não contribuintes. No que se refere aos seguros privados, chamam a atenção para a regra da taxa mensal fixa, que poderá ser calculada em função do risco do segurado ou ter em consideração o conjunto destes[91] (risco médio). Quanto às contas de poupança médicas, salientam que podem ser compulsórias ou individuais, proporcionarem uma cobertura geral ou exclusiva de despesas de saúde catastróficas e que nunca envolvem subsídios cruzados, como por exemplo entre pobres e ricos. Por último, sobre os pagamentos directos (*out of pocket payments*), classificam-nos em pagamentos por serviços não cobertos, repartição de custos (taxas de utilização) e pagamentos informais (por baixo da mesa, o que, na pior das hipóteses, poderá ser entendido como corrupção).

Já Dain e Janowitzer (2006) optam pelo seguinte esquema, intimamente relacionado com o papel do Estado e a origem dos direitos dos utentes:

[91] Os fundos podem ser reunidos numa única agência, possibilitando assim melhorias assinaláveis no que respeita à sua rentabilidade e equidade, quer se trate do sector público, quer do privado.

- *Modelo meritocrático ou de desempenho industrial* – liga a acção protectora no campo da saúde àqueles que contribuem para a riqueza nacional; assim, quem trabalha merece um tratamento especial; citam como exemplos a Alemanha, a Áustria, a França e a Itália;
- *Modelo institucional-redistributivo* – a saúde é vista como parte integrante da sociedade no seu conjunto e não atributo de grupos específicos; dão como exemplos a Suécia, a Noruega, a Dinamarca e a Inglaterra;
- *Modelo residual* – a saúde é vista como um bem negociado e distribuído através do mercado, estando o papel do Estado limitado à eventual satisfação das necessidades daqueles que estão incapacitados de comprar cuidados de saúde; citam como exemplos a Austrália, a Suíça e os Estados Unidos.

Se cruzássemos o financiamento com o tipo de prestadores, teríamos um outro esquema de classificação, também referida nas obras sobre a matéria, mas que parece ser mais adequada à nomenclatura dos sistemas de saúde:

- Financiamento e prestadores públicos;
- Financiamento e prestadores privados;
- Financiamento público e prestadores privados;
- Financiamento privado e prestadores públicos.

Uma terminologia mais clássica, respeitante ao financiamento, é a que se pode observar no quadro seguinte.

Os exemplos citados na obra em questão são os seguintes: para o primeiro caso – Reino Unido e Portugal; para o segundo – Canadá; para o terceiro – Suécia; para o quarto – Irlanda; para o quinto – Alemanha, Japão e França; para o sexto – Singapura; para o sétimo – EUA.

Esta classificação junta a generalidade das categorias principais, à adequação à realidade e maior especificidade das subcategorias. Mas ao tratar desta forma estas últimas, elimina alguma capacidade de inclusão de novos modelos. Por outro lado, não distingue a importância de cada uma das opções de financiamento, juntando debaixo da mesma subcategoria opções com pesos muito distintos, não relevando esta diferença.

QUADRO 4-4 – SISTEMAS DE FINANCIAMENTO

CATEGORIA PRINCIPAL	SUB-CATEGORIAS	CARACTERÍSTICAS
Financiamento por impostos	Financiamento pelo governo central	Financiamento através de impostos; distribuição de recursos pelo governo central; por norma o Estado é proprietário e gestor dos serviços de saúde; os médicos podem ser empregados ou independentes.
	Financiamento pelos governos regionais	Financiamento (% do PIB) através de impostos cobrados pelo governo central e pelos governos regionais (centro de decisão); prestadores públicos e privados contratualizados; médicos pagos por serviço; liberdade de escolha
	Financiamento local	Financiamento através de impostos locais; governo central compensa distritos mais débeis; afectação de recursos pela autoridade distrital, que é dona e gestora dos respectivos hospitais; médicos empregados ou independentes.
Financiamento através de seguros	Plano governamental	Financiamento através de taxas sobre salários pagas pelos empregados e empregadores e impostos; gestão do fundo à margem do OGE; os prestadores podem ser públicos ou privados.
	Planos privados e públicos	Financiamento por planos de seguros públicos ou privados, à escolha do cidadão; governo subsidia prémios das pessoas mais carenciadas; prestadores, por norma, independentes dos fundos.
Financiamento misto	Prestação universal por instituições públicas, com opção de compra de seguros privados	Financiamento por impostos ou seguros sociais, com opção (sem *opting-out*) de compra de seguros privados; prestadores públicos de acesso universal.
	Livre escolha e competição de mercado	Financiamento por seguros privados, por norma através das empresas onde se trabalha, com incentivos fiscais aos trabalhadores; liberdade de escolha; Programas públicos para os mais carenciados; o centro de decisão está nas instituições e nos utilizadores.

Fonte: Adaptado a partir de Dunlop (cit. in Escoval, 1999)

Voluntárias ou compulsivas são também formas de classificar as fontes de financiamento. Nesta linha de raciocínio, Hurst (1992), sintetizou da seguinte forma:

- Financiamento por contribuições voluntárias (regime privado);
- Financiamento por contribuições obrigatórias (regime público) ou impostos.

Estes seriam, portanto, os *inputs* financeiros da entidade responsável pela gestão dos fundos: o Estado, as seguradoras ou uma terceira entidade, a quem competiria também, entre outras responsabilidades, efectuar os reembolsos ao doente ou os pagamentos aos serviços.

O mesmo autor classifica também estas modalidades de pagamento de acordo com a ligação existente entre os prestadores de cuidados de saúde e aquelas entidades[92]:

- *Sistema de reembolso* – os prestadores não têm qualquer contrato com as entidades gestoras dos fundos e estas reembolsam os doentes, total ou parcialmente, das despesas efectuadas;
- *Sistema de contrato* – existe um vínculo contratual entre as entidades gestoras de fundos e os prestadores, na sua maioria independentes; os primeiros pagam aos segundos as despesas feitas pelos doentes cobertos pelo contrato; estes poderão também estar sujeitos à liquidação de uma taxa moderadora ou franquia;
- *Sistema integrado* – a gestão e propriedade dos prestadores é da competência das entidades gestoras de fundos ou estão ambos debaixo do mesmo domínio.

Quando Hurst (1992) aborda a questão da construção e classificação dos sistemas de saúde, considera também uma quarta modalidade de pagamento, não sujeita a qualquer relação contratual prévia, nem a montante, nem a jusante do utente, que designa como pagamento pelo consumidor não segurado. É isto, aliás, que lhe permite estabelecer a matriz de classificação dos sistemas de saúde, através do cruzamento do financiamento com o pagamento. Ter-se-ia então oito possíveis soluções, se bem que o autor as reduza a sete, por eliminação de uma delas. Esta matéria será vista no ponto referente à classificação dos sistemas de saúde.

Alguns países poderão utilizar mais de uma destas modalidades nos seus sistemas de saúde.

Barros e Gomes (2002) falam também em sistemas compulsórios, que dividem em impostos e seguro social obrigatório, e sistemas voluntários, que separam em seguro voluntário e pagamento directo. Procurando uma classificação mais adequada à realidade da União Europeia, apontam para a seguinte estratificação dos sistemas de cuidados de saúde: baseados no modelo Bismarck (financiamento por seguros); baseados no modelo Beveridge (financiamento por impostos); em fase de mudança, de um sistema baseado em seguros para um outro sustentado por impostos. No primeiro

[92] Sobre esta matéria ver também o ponto seguinte, em particular a classificação dos pagamentos defendida por Simões (2004), em tudo semelhante a esta de Hurst. Apesar desta parte da matéria ter mais a ver com o pagamento do que com o financiamento, preferiu-se a sua inclusão neste ponto para ter uma ideia mais completa e, portanto, mais correcta, da matriz construída por este último autor, sem prejuízo de se voltar ao assunto no ponto seguinte.

grupo entram países como a Áustria, a Bélgica, a França, a Alemanha, o Luxemburgo e a Holanda. O segundo tem como exemplos a Dinamarca, a Finlândia, a Irlanda, a Suécia e o Reino Unido. O terceiro inclui a Grécia, a Itália, Portugal e Espanha[93].

Barros (2005) volta à classificação: seguro público, através de impostos gerais ou consignados; seguro privado; pagamentos no momento do consumo. Alerta também para a inexistência, na prática, de sistemas puros, em particular devido à existência de pagamentos parciais no acto de utilização e de deduções fiscais, que funcionam, mesmo no caso do pagamento directo integral, como uma espécie de seguro com direito a reembolso.

As diferentes classificações mencionadas anteriormente reflectem formas desiguais de abordagem. Algumas estão mais elaboradas, como é o caso da proposta por Dunlop *(cit. in* Escoval, 1999*)* e outras menos, como é o caso da solução avançada por Hurst (1992). Salvo o primeiro caso agora citado, todos os critérios apresentados fogem à comodidade da estrutura *impostos/seguros/misto*, o que se compreende, uma vez que debaixo da nomenclatura seguros estão modalidades tão diferentes quanto os seguros sociais obrigatórios e os seguros voluntários privados. Mas a opção de Hurst (1992) parece também ser demasiado agregadora, em particular porque junta o financiamento por contribuições obrigatórias (seguros sociais e Previdência) e por impostos. Percebe-se (o carácter obrigatório de ambos) e admite-se uma certa proximidade dos dois modelos, mas parece ser preferível separa-los devido à modalidade de gestão da cada um: no primeiro caso trata-se de um fundo autónomo; no segundo, de dinheiros integrados no Orçamento Geral do Estado. Por outro lado, no primeiro caso a taxa não é obrigatoriamente progressiva e no segundo, por norma, é-o. E nem mesmo a habitual transferência de dinheiros entre o OGE e os mencionados fundos autónomos, com o objectivo de compensar os riscos mais elevados ou de contribuir para a sustentabilidade destes últimos, parece justificar a sua junção.

De uma forma geral, também não parece correcto misturar neste ponto as classificações dos sistemas de financiamento e dos prestadores. Por último, a consideração de sistemas de financiamento como mistos é inócua, já que na prática, todos eles são mistos – pelo

[93] É curiosa a inclusão de Portugal no grupo de países em transição. Os autores pretendem salientar o facto de constituição do SNS ter ocorrido, em sua opinião, há pouco tempo (1979). De notar que a obra citada data de 2002.

menos, nos países desenvolvidos. Em alternativa, parece mais razoável apelar a uma nomenclatura que identifique a principal fonte de financiamento.

Voltando à questão abordada logo no início deste ponto, importa salientar que, consoante o modelo de financiamento escolhido, o sistema pode ser mais ou menos equitativo, no pressuposto que este conceito considera que quem tem maiores rendimentos deve também contribuir com percentagens mais altas para o bolo financeiro da saúde. Ora a equidade deste contributo assenta na progressividade dos pagamentos (impostos, seguros e outros).

Para análise desta questão, parece útil seguir um estudo elaborado por Wagstaff e van Doorslaer (cit. *in* Barros, 2005). Serão apresentados apenas os resultados relativos aos cinco países (o estudo abrange 13 países) dos seis que fazem parte do estudo de casos desta tese (ver Capítulo VIII). O quadro seguinte discrimina as fontes de financiamento nos países seleccionados e para os anos especificados. Constata-se:

- A França e a Holanda são financiadas, principalmente, através da Segurança Social, Portugal e Reino Unido por impostos e os EUA por seguros privados e impostos directos;
- O peso dos pagamentos directos é mais alto em Portugal e nos EUA
- Em Portugal, na França e no Reino Unido os seguros privados têm um peso muito reduzido.

QUADRO 4-5 – FONTES DE FINANCIAMENTO (%)

PAÍSES	IMPOSTOS		SEGURAN-ÇA SOCIAL	SEGURO PRIVADO	PAGAMEN-TOS DIRECTOS
	DIRECTOS	INDIREC-TOS			
França-1989	-	-	73,6	6,3	20,1
Holanda-1992	6,3	5,0	64,6	16,3	7,7
Portugal-1990	20,7	34,5	6,0	1,4	37,4
Reino Unido-1993	29,0	35,0	20,0	7,0	9,0
EUA-1987	28,1	7,4	13,3	29,2	22,1

Fonte: Adaptado a partir de Wagstaff e van Doorslaer (cit. in Barros, 2005)

O quadro seguinte explicita o índice de progressividade para os mesmos países. Para o efeito poder-se-á utilizar o índice de Kakwani, que mede a diferença entre a concentração da distribuição do rendimento antes e depois de impostos. Se a maior proporção destes cair nos mais ricos, então o índice de Kakwani tem sinal positivo, o

que significa que a concentração dos impostos é superior à dos rendimentos antes deles. Caso contrário é negativo.

Uma análise atenta do quadro permitirá concluir:

- O financiamento por impostos directos é sempre progressivo, ao contrário do que acontece com os indirectos, que são regressivos, em especial no Reino Unido;
- O financiamento através das contribuições para a Segurança Social é progressivo, salvo no caso da Holanda, que exclui deste regime os rendimentos mais elevados;
- Os pagamentos directos são fortemente regressivos, muito em especial nos EUA e na França;
- Em termos globais, França e Reino Unido têm um financiamento progressivo (quanto maior o nível do rendimento, maior é pagamento em temos relativos), ao contrário do que acontece com os restantes, sendo os EUA o caso mais flagrante de regressividade;
- Quanto maior é o financiamento público, maior é a progressividade, mas, aparentemente, o problema principal situa-se ao nível dos pagamentos directos, o que leva a concluir que a questão crucial está em ter ou não cobertura, uma vez que nesta segunda hipótese os pagamentos directos são muito mais altos.

QUADRO 4-6 – ÍNDICE DE PROGRESSIVIDADE

PAÍSES	IMPOSTOS		SEGU-RANÇA SOCIAL	SEGURO PRIVA-DO	PAGAM. DIREC-TOS	TOTAL
	DIREC-TOS	INDIREC-TOS				
França-1989	-	-	0,1112	-0,1956	-0,3396	0,0012
Holanda-1992	0,2003	-0,0885	-0,1286	0,0833	-0,0377	-0,0703
Portugal-1990	0,2180	-0,0347	0,1845	0,1371	-0,2424	-0,0445
Reino Unido-1993	0,2843	-0,1522	0,1867	0,0766	-0,2229	0,0518
EUA-1987	0,2104	-0,0674	0,0181	-0,2374	-0,3874	-0,1303

Fonte: Adaptado a partir de Wagstaff e van Doorslaer (cit. in Barros, 2005)

4.3. Pagamento dos serviços e distribuição de recursos

Por pagamento entende-se uma contrapartida financeira por um bem ou serviço recebido. Neste caso, a receita das instituições de saúde, independentemente da entidade pagadora, depende, essencialmente, dos actos que pratica e do preço unitário cobrado por cada um deles. Este último depende da fórmula de cálculo, do conteúdo do acto em si, que pode ser simples (radiografia, número de dias de internamento, número de

consultas, medicamentos e material de consumo clínico, entre outros), ou complexo (por patologia tratada, o que inclui todos os serviços prestados e bens fornecidos), e ser, ou não, ponderado pelo índice de case mix. Por exemplo, quando o preço tem por base o número de dias de internamento deverá, preferencialmente, ser ponderado por este índice, como forma de distinguir a diferenciação do hospital. Em determinados casos, o pagamento é feito globalmente, em função das necessidades das instituições. É o que se designa por orçamento global. A distribuição de recursos é também um processo de pagamento global, neste caso de base capitacional, que poderá ser ponderado pelas necessidades em saúde. É também frequente, em algumas modalidades de pagamento, que a definição deste seja precedida de negociações e da contratualização da prestação de serviços.

O pagamento poderá ser feito pelo próprio utente, por uma entidade gestora dos fundos públicos, por uma seguradora ou por outra entidade privada. Dever-se-á pois distinguir a modalidade contratual (por exemplo, se se trata de um pagamento sustentado num contrato, ou num sistema integrado, no qual o pagador é também proprietário dos serviços de saúde), do critério de pagamento (pagamento de acordo com aquilo que foi produzido, orçamento, etc.). Em qualquer dos casos, subjacente a este último está sempre um determinado nível de actividade ou a produção concreta dos serviços de saúde. Por último, importa também referir que os cálculos podem ser previsionais ou feitos com base no realizado, hipótese em que é possível a concessão de adiantamentos.

A fixação de um preçário, seja qual for o sistema de financiamento, torna-se útil pois, entre outras vantagens, permite disciplinar o trabalho e a facturação, bem como comparar actos e serviços entre si. É verdade, apesar disto, que em Saúde o preço não é, por norma, formado pelo jogo da procura e da oferta, mas os tarifários possibilitam a racionalização dos processos, tanto mais que são, na maior parte dos casos, formados a partir da nomenclatura dos actos médicos.

Em alguns países o governo intervém directamente na fixação ou no controlo dos preços, mesmo quando se trata da medicina liberal. É o caso do Canadá. Já nos EUA, os médicos podem fixar livremente o preço pelos actos que praticam, se bem que na prática o tarifário acabe por estar sujeito às negociações com os grandes grupos de seguradoras (Béresniak e Duru, 1999).

No que respeita aos hospitais é, por vezes, utilizado o método da diária, sendo este processo de fixação das tabelas de preços relativamente simples. Mas o método tem

também problemas. Os preços por dia de internamento deveriam ser calculados por serviço ou ponderados pela dificuldade do nível da intervenção (índice de case mix), caso contrário não seriam justos. Outra dificuldade resulta da permanente evolução da medicina, que conduziria a uma actualização constante do tarifário. Este processo poderia originar também a inflação dos dias de internamento na busca de maiores receitas. Por último, os habituais subsídios concedidos pelos governos a estas instituições criariam também injustiças e dificuldades difíceis de ultrapassar.

A necessidade de conter as despesas de funcionamento fez com que alguns países se vissem obrigados a alterar o modelo de pagamento, passando a utilizar a fixação de um orçamento global, como foi o caso da França, em 1983 (Béresniak e Duru, 1999). Outro procedimento adoptado, em alguns países, foi o da construção de uma tabela de pagamentos aos hospitais em função da doença tratada (os designados GDH), sendo que o preço incluía todos os actos inerentes à patologia em causa e, portanto, seria adequado aos custos suportados.

Entende-se por distribuição de recursos, em particular os financeiros, o processo de partilha de um orçamento global por diversas unidades de saúde, com base em critérios de repartição ligados à procura potencial e não à oferta ou à produção. É o caso da distribuição em função do número de cidadãos afectos a cada unidade de saúde (base capitacional), que podem, ou não, ser ponderados pelas suas necessidades em saúde.

Conforme se pode verificar, este é um tema complexo e de difícil abordagem, quer ao nível conceptual, quer no que respeita à necessidade de classificação dos diversos modelos. Para agravar ainda mais este problema, será bom notar que muitos sistemas de saúde conjugam diversas modalidades de pagamento e/ou distribuição de recursos.

Uma das metodologias de distribuição de recursos mais estudada e mencionada tem sido a RAWP – Report of the Resource Allocation Working Party. Introduzida em Inglaterra[94] em 1976, tinha como objectivo garantir a alocação de recursos em função das necessidades relativas das pessoas no âmbito dos cuidados diferenciados (Giraldes, 1991).

Do ponto de vista técnico, a regra básica que preside à distribuição de recursos assenta nos seguintes indicadores: a dimensão da população e a sua estrutura etária, ponderada pelas taxas de mortalidade padronizadas. Aquilo que se poderia designar,

[94] Deu, posteriormente, origem a outras fórmulas na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

genericamente, por um critério de base capitacional ponderada pelas necessidades em saúde. A vantagem deste tipo de fórmulas está na distribuição dos recursos em função das necessidades em saúde da população, sendo portanto promotoras da equidade no acesso.

A fórmula RAWP sofreu, posteriormente, algumas alterações, sem contudo alterar a sua essência no que respeita à metodologia. Essas alterações foram, resumidamente, as seguintes: taxas de mortalidade calculadas com base em três anos e não num; utilização de custos diferenciados para determinadas regiões; utilização de custos relativos a fluxos inter-regionais; previsão da população para o ano a que respeita a distribuição (Giraldes, 1991). Em 2006-2008, a fórmula continha um conjunto de 9 indicadores que serviam para ponderar a população para efeito das suas necessidades em saúde. Cada um deles tinha um peso específico[95].

Apesar das críticas que lhe foram sendo feitas, a fórmula tem inúmeros adeptos e o pressuposto que lhe serviu de base (distribuição de base capitacional ponderada pelas necessidades em saúde) tem sido adoptado ou proposto por diversos autores.

O conceito subjacente à fórmula tem plena aplicação prática ao nível dos cuidados primários, talvez mesmo mais que no campo dos diferenciados, pelo menos em sistemas de saúde como o português, no qual os centros de saúde e o seu pessoal estão enquadrados no sector público. A razão é simples: é mais fácil adoptar este critério de distribuição em actividades que se podem programar e para as quais se podem definir mais facilmente os objectivos, do que para aquelas em que uma parte significativa da sua acção está sujeita a fortes imponderáveis. Nestas últimas, os critérios baseados na produção parecem ser mais justos.

Há, no entanto, duas críticas importantes à RAWP: o facto de não entrar em conta com os custos diferenciados dos hospitais escolares e a não consideração dos recursos já disponíveis.

Costa (2000) estudou o processo de distribuição regional de recursos em Portugal continental para os anos de 1995, 1996 e 1997, comparando o realizado com os

[95] Para aprofundar esta matéria poder-se-á consultar Thomson et al. (2009).

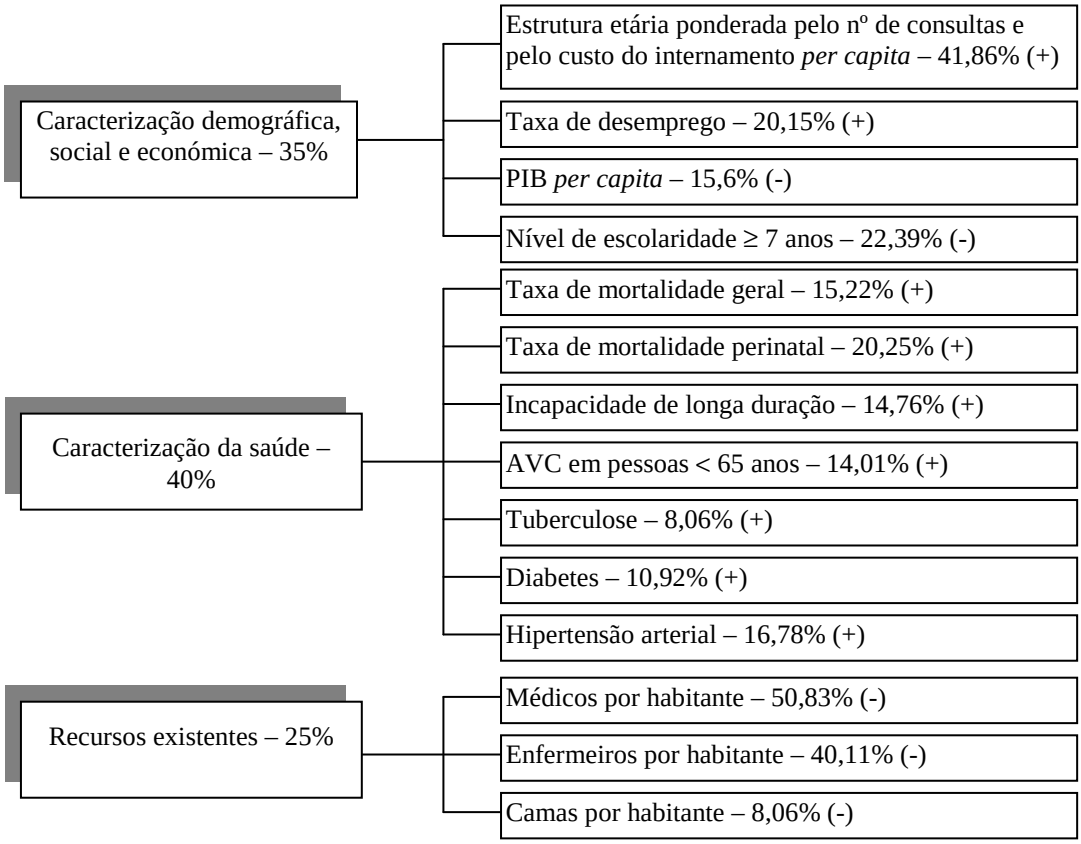
montantes que seriam alocados se a metodologia adoptada tivesse uma base capitacional ponderada pelas necessidades em saúde[96].

Os resultados obtidos foram já explanados no Capítulo III, a propósito da equidade. Recorda-se agora os indicadores utilizados para ponderar as necessidades em saúde. Foram considerados três conjuntos de indicadores: um que caracteriza demográfica, social e economicamente a população; outro que traduz o seu estado de saúde; outro ainda, que toma em consideração os recursos já disponíveis em cada região.

Na figura seguinte está descrita a matriz de indicadores. À frente de cada um foi colocado o seu peso relativo (resultante da recolha de opiniões junto de peritos) e a relação, directa (+) ou inversa (-), com as necessidades em saúde.

A ideia do autor foi a de criar um critério de distribuição de fundos pelas Administrações Regionais, assente na equidade no acesso, que estas alocariam, posteriormente, a todos os serviços de saúde da sua área.

FIGURA 4-3 – INDICADORES DE PONDERAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE



Fonte: Adaptado a partir de Costa (2000)

[96] Trata-se da tese de mestrado do autor, sob o título "Desigualdades Regionais no Financiamento da Saúde" – Universidade do Porto.

Serrão et al. (1998) distinguem dois tipos de sistemas de distribuição de recursos: integrados e contratuais. Esta classificação é mais limitada, omitindo não apenas os pagamentos directos integrais (embora reconheçam a sua existência), mas também o sistema de reembolso. Contudo, conjugando financiamento e pagamento, os autores encontram a seguinte matriz de classificação:

- Modelos de financiamento voluntários

  - *Seguros voluntários*: com reembolso de doentes; com contrato; integrado

- Modelos de financiamento compulsivos

  - *Seguro público obrigatório integrado*

  - *Seguro público obrigatório com contrato*

De notar que os autores englobam na modalidade do seguro público obrigatório, quer o financiamento através dos próprios seguros, quer através dos impostos. Parece uma classificação demasiado sintética e, como já se disse, omissa em relação a algumas formas de pagamento.

Glaser (*cit. in* Campos, 1983) aborda também a distribuição de recursos, designando-a por *pagamento por utente inscrito em lista*. Trata-se de uma modalidade que favorece a continuidade da relação médico utente e, portanto, mais adequada aos cuidados primários. Pode ser eficaz na contenção de custos e promotora da equidade. Contudo, as modalidades de pagamento deste tipo podem originar baixos níveis de produtividade, porque induzem os clínicos gerais a referenciar o doente para o especialista. Pode também induzir à redução da qualidade dos serviços prestados.

No caso específico dos pagamentos aos hospitais, Mossialos e Le Grand (*cit.* in Simões, 2004) utilizam a seguinte classificação:

- *Orçamentos prospectivos baseados no histórico*[97] – Neste caso, os orçamentos são calculados tendo como ponto de partida as despesas realizadas no ano anterior. Exemplos: Dinamarca, Grécia e França.

- *Orçamentos prospectivos baseados em actividades ou funções* – Os orçamentos têm por base as actividades ou funções, que se espera o hospital venha a

[97] Serrão et al. (1998) dão uma ideia diferente do conceito. Assim, prospectivo seria o orçamento que define previamente o preço, volume e natureza da oferta. Retrospectivo, pelo contrário, consistiria no orçamento elaborado com base na despesa ocorrida no ano anterior, sem preocupação pela definição das variáveis de mercado.

desempenhar no ano em questão. Exemplos: Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Portugal.

- *Orçamentos prospectivos combinados com pagamentos de actividades* – Como a própria designação indica, trata-se de um sistema misto que conjuga a previsão de determinadas despesas de funcionamento com as actividades que o hospital se propõe realizar. Exemplos: Bélgica, Espanha e Áustria.

- *Pagamentos de acordo com as actividades* – Os pagamentos aos hospitais são feitos em função da sua produção. Esta pode ser medida tendo como base pacotes de serviços (Reino Unido e Finlândia) ou ser sustentada nos casos clínicos tratados, ponderados pelo índice de case-mix (Suécia e Itália).

Escoval (1999) aborda duas modalidades de pagamento aos hospitais não incluídas na lista acima:

- *Reembolso a custos razoáveis* – Os hospitais apresentam os custos reais com o tratamento dos doentes (em grupo ou separadamente), mas são apenas reembolsados pelo montante dos custos considerados razoáveis;

- *Pagamento baseado nas necessidades globais* – O pagamento é feito tendo por base a previsão das necessidades em saúde dos habitantes da área de influência do hospital.

Os sistemas baseados no histórico não incentivam a procura da eficiência, uma vez que mantêm a situação, não penalizam o desperdício, nem incentivam a poupança. Foi assim em Portugal durante muitos anos e, mesmo quando se alterou o modelo, passando-se a privilegiar um critério assente na produção, a eventual atribuição de subsídios extraordinários, para fazer face à liquidação de dívidas a fornecedores, reconduzia tudo a um modelo despesista sem sustentação técnica nem científica.

Os orçamentos prospectivos baseados em actividades ou funções incentivam os hospitais à poupança de recursos, de forma a melhorar a sua rentabilidade, mas também podem originar um aumento da oferta, com objectivo de assegurar um financiamento mais elevado (se não for definido um limite global) e economias de escala, colocando em causa a sustentabilidade do sistema de saúde no seu todo.

Este último modelo pode, ou não, ponderar a produção pela gravidade das doenças, sendo que a segunda solução é desincentivadora do desenvolvimento da prática médica.

Em qualquer dos casos, a procura de níveis de rentabilidade mais altos pode originar perda de qualidade na prestação de cuidados.

A ponderação da produção poderá ser feita pelos Grupos de Diagnósticos Homogéneos[98] (GDH), processo que foi introduzido em Portugal, em 1989, mas que nunca teve uma aplicação a 100% nos hospitais[99]. Os GDH aplicam-se ao internamento e classificam os doentes em grupos coerentes, do ponto de vista clínico e de gastos com o tratamento, permitindo assim a fixação de uma tabela de preços que reflecte os custos médios reais dos hospitais. Este sistema parece ser preferível à alternativa da fixação de preços por intervenções (actos) atomizadas recebidas pelo utente durante o período do internamento – pelo menos devido à sua maior simplicidade e ao facto de incentivar a um consumo de actos mais moderado. As críticas ao modelo situam-se essencialmente ao nível da sua natureza retrospectiva e às dúvidas que alguns levantam quanto à adequação dos preços à duração do internamento e à ausência de avaliação do tratamento prescrito.

As modalidades de pagamento baseadas nas actividades, seja o cálculo prospectivo ou retrospectivo, incentivam ao aumento da produção e, portanto, ao descontrolo dos custos.

O reembolso a custos razoáveis pode acarretar a perda de qualidade dos serviços prestados ou conduzir a custos acrescidos fictícios, devido ao empolamento das respectivas despesas, com o objectivo de uma maior contrapartida.

O pagamento baseado nas necessidades globais é de difícil cálculo, tanto mais que há sobreposição de áreas de influência de diferentes hospitais. Por outro lado, pagar a um hospital em função de necessidades teóricas, sem saber se o potencial utente vai ou não utilizar os seus serviços, não parece ser o método mais indicado. Esta modalidade é mais apropriada para os cuidados primários.

Um dos procedimentos utilizados para determinar a fixação de um orçamento é o da contratualização, já prevista na legislação portuguesa desde finais da década de 90, que pressupõe a existência de uma entidade gestora dos fundos para o Sector, que faz a

[98] Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos foram criados na Universidade de Yale, nos Estados Unidos da América, com a designação de *Diagnostic Related Groups* (DRG) e tinham como objectivo proporcionar a análise das demoras médias excessivas. Mais tarde foram também utilizados no financiamento (Simões, 2004)

[99] Em finais da década de 90 do Século XX, a sua percentagem de aplicação aos hospitais portugueses fixou-se nos 20%. O modelo acabou por ser abandonado.

ponte entre o cidadão contribuinte e os prestadores de cuidados de saúde. O *contrato* assinado entre as agências de contratualização e os serviços define objectivos para a produção, níveis de qualidade, financiamento e incentivos ou penalizações.

Os defensores da contratualização sustentam a sua utilização, nos modelos de financiamento baseados em impostos, em quatro princípios: descentralização da gestão; melhoria do desempenho dos prestadores; aperfeiçoamento do planeamento dos cuidados de saúde; melhoria da gestão (Barros e Gomes, 2002).

Continuando a analisar-se as técnicas utilizadas para proceder ao cálculo dos montantes a atribuir ou a pagar aos serviços, poder-se-á também esquematiza-las da seguinte forma, que parece ser a mais adequada à realidade:

- *Pagamento por acto* – pagamento em função dos actos (consulta, ecografia, atendimento na urgência, …) praticados pelo prestador.

- *Pagamento por capitação* – pagamento por utente inscrito na lista do prestador, que poderá se ponderado pelas necessidades em saúde. Esta modalidade não está directamente ligada à produção e os montantes atribuídos têm como referência um determinado período (ano, mês).

- *Orçamento global*[100] – pagamento em função da fixação de um orçamento anual (por norma), que engloba todos os tipos de custos a suportar pelo prestador no exercício da sua actividade. Pode ser prospectivo ou retrospectivo (habitualmente o primeiro) e é pago em mensalidades.

- *Pagamento por diária* – pagamento por dia de internamento, que inclui a globalidade do conjunto de serviços prestados, calculado em termos médios, e que poderá ser diferenciado em função da tipologia da doença tratada.

- *Pagamento directo* – pagamento efectuado pelo doente a título de comparticipação nas despesas no acto de utilização dos serviços de saúde. É, portanto, um pagamento parcial. Os pagamentos directos integrais não são considerados uma modalidade ou técnica de pagamento, mas sim um sistema de contrato, conforme já foi explicado.

[100] Considera-se incluído nesta rubrica o pagamento por salário, por vezes referido por alguns autores. De facto, o pagamento a médicos e outros profissionais em função de um salário de características essencialmente fixas, é parte integrante da formulação de um orçamento (mesmo quando este não abrange a globalidade dos possíveis custos).

- *Pagamento por doente (ou pagamento por caso)* – pagamento por doente tratado, por vezes em função do Grupo de Diagnóstico Homogéneo em que o mesmo foi classificado. Inclui todos os serviços por norma prestados aos doentes com esse tipo de patologia.

Em última instância haveria também que especificar os critérios mistos. Por exemplo, alguns serviços de saúde são pagos com uma combinação de modelos do tipo capitacional com pagamento ao acto ou com base no salário. Este último é uma parcela do designado orçamento global. Não se identificou o critério misto, porque no caso deste trabalho de investigação a ideia base é apurar todos aqueles que são utilizados em cada sistema de saúde e tentar medir a importância relativa de cada um. Por outro lado, a sua consideração conduziria a uma quase uniformidade dos critérios de pagamento, uma vez que na prática quase todos os países têm sistemas mistos – pelo menos um para cada tipo de cuidados.

A este propósito merece referência a proposta de Michel Roland (cit. *in* Costa, 2000), acerca dos cuidados primários, que consiste numa distribuição de recursos do tipo mista, assente na seguinte fórmula: uma parte estrutural fixa + uma parte capitacional a preço fixo + uma parte tendo em conta objectivos pré-definidos + uma parte da responsabilidade do doente. A ideia subjacente às propostas recentes sobre os métodos de pagamento é a da contenção de custos, sem perda da qualidade nem da eficácia dos serviços prestados. Ferreira et al. (2010) defendem, por exemplo, que a contratualização, em Portugal, deverá incluir duas componentes: uma fixa, de base capitacional ajustada pelo risco, e outra variável, que premeie o desempenho.

Convém distinguir os dois tipos de pagamentos directos mencionados ao longo deste capítulo:

- *Pagamento directo integral efectuado pelo utente* – este pagamento não está coberto por qualquer seguro ou regime de protecção social, pelo que o consumidor paga a totalidade das despesas que efectuou no respectivo serviço de saúde. É aqui entendido como uma das opções do regime contratual que regula a relação económico-financeira entre utente e prestador.

- *Pagamento directo parcial efectuado pelo utente* – neste caso, o utente está protegido por um seguro ou regime de protecção social. Paga uma taxa moderadora,

de utilização ou uma franquia. É aqui entendido como parte integrante de uma técnica ou método de pagamento.

Convém esclarecer que os prémios de seguro não são pagamentos directos, porque não são despendidos no acto da prestação de cuidados, nem com ele estão relacionados. O mesmo não se passa com as franquias pagas no acto de consumo.

No que respeita aos pagamentos directos parciais, Campos (2008) considera a existência de duas modalidades de partilha de gastos em saúde, válidas para sistemas públicos ou privados:

- *Os co-pagamentos, taxas de utilização ou taxas moderadoras*, que consistem no pagamento de uma importância fixa no acto da utilização dos serviços;
- *O co-financiamento ou co-seguro*, que se traduzem no pagamento de uma percentagem da despesa (exemplo: fracção do custo dos medicamentos prescritos pelo SNS, que é paga pelo utente).

Estas modalidades podem ser consideradas como formas directas de repartição dos custos. Thomson et al. (2009) acrescentam uma terceira modalidade, que denominam *dedutível*. Neste caso, o utilizador suporta um custo global e a partir daí a responsabilidade da despesa passa para a companhia de seguros. Os mesmos autores consideram as seguintes formas indirectas:

- *O preço de referência*, que consiste na fixação de um preço limite para reembolso pelas seguradoras;
- *O saldo da facturação*, que resulta da diferença (paga pelo utilizador) entre o reembolso máximo permitido e o preço fixado livremente pelo fornecedor.

Por último, poder-se-á ainda considerar uma repartição de custos baseada em preços diferenciais, que estes últimos autores designam por *formulários multiníveis*. Trata-se da fixação de um co-pagamento em função de dois ou três níveis. O utilizador pagará consoante o nível em que for incluído o produto adquirido. Aplica-se, por exemplo, aos medicamentos, cujos níveis são: genéricos, medicamentos preferidos e não preferidos.

Para se ter uma ideia da importância das taxas moderadoras e dos co-financiamentos, basta dizer que os cobrados nos hospitais e nos cuidados primários representaram, em 2005, no seu conjunto, cerca de 0,98% das despesas com o SNS. Já a fatia que competiu

ao doente pagar na aquisição de medicamentos, em 2007, atingiu os 35,4% das despesas farmacêuticas (Campos, 2008).

Se há dúvidas quanto à legalidade das taxas moderadoras, os princípios que lhes deram origem permanecem válidos. Já o mesmo será dificilmente aceite no que respeita às taxas de utilização dos serviços de internamento e cirurgia, uma vez que nem um nem outro dependem da vontade do utente e, por isso, não são abusos de utilização. Salvo melhor opinião, trata-se, neste último caso, de uma verdadeira cobrança de um serviço, mesmo que o preço seja inferior ao custo de produção. Mas do ponto de vista de acessibilidade e equidade, a ideia não vinga, porque aqueles princípios do SNS português são afectados.

Seja como for, os co-pagamentos podem significar uma redução mais ou menos importante da equidade no financiamento, atingindo camadas populacionais mais desfavorecidas. Por isso, têm sido aplicadas diversas soluções tendentes à protecção do rendimento, como por exemplo, a redução de taxas, as isenções, descontos para taxas pré-pagas, limites anuais, subsídios, seguros complementares para cobertura desses encargos, substituição da prescrição privada de medicamentos pela prescrição pública e o recurso a medicamentos genéricos.

A designação de taxa moderadora teve origem em França (*ticket moderateur*), em 1929, mas foi rapidamente difundida por países como a Alemanha, a Suécia, a Irlanda, a Dinamarca, a Espanha, a Grécia, a Itália, o Reino Unido, etc. (Vale, 2010). Em todos os casos, mesmo quando se trata de sistemas de financiamento baseados em impostos, a ideia é sempre a de fazer participar o utente nas despesas de saúde, seja com o objectivo de dissuadir abusos, seja como pagamento puro e simples.

Na Alemanha, as taxas moderadoras têm uma forte tradição, sustentada, na opinião de Vale (2010), no apelo à responsabilidade individual da legislação desse país. Os co-pagamentos começaram com os medicamentos, mas rapidamente se estenderam a outras áreas, incluindo o internamento e o transporte de doentes. Em Itália, com a designação de *ticket* sanitário, existe também uma taxa que abrange o ambulatório, o serviço dos prontos-socorros, os medicamentos e as prestações de odontologia.

Os governantes portugueses, conscientes das implicações das taxas moderadoras na acessibilidade aos serviços de saúde, trataram de isentar alguns grupos de pessoas em função do seu risco de saúde ou da sua situação económica (cerca de 41% da população

do continente e ilhas). Contudo, pagamentos que correspondem a um montante fixo atingem da mesma forma pessoas de rendimentos muito díspares, ferindo, entre outros, o princípio da solidariedade, dado o seu carácter regressivo. Dever-se-á notar, que este tipo de taxas, resultantes da utilização dos serviços públicos, penaliza as classes mais desfavorecidas e não os mais ricos, que recorrem aos cuidados privados.

Uma outra questão que se coloca em relação às taxas moderadoras é a possibilidade de serem diferenciadas em função dos rendimentos dos utilizadores dos serviços de saúde. Se é certo que seriam, porventura, mais justas, também é verdade que o sistema não seria de fácil aplicação e acarretaria custos acrescidos. Mas o mais importante é que essa não seria a melhor forma de reforçar o princípio da redistribuição de rendimentos. Em alternativa, parece ser preferível o aumento dos impostos. Barros (2005) aponta as seguintes vantagens para esta opção:

- Maior estabilidade;
- Os cidadãos isentos não são afectados;
- Os cidadãos sujeitos ao pagamento das taxas moderadoras ficam livres da incerteza de quebra de rendimentos;
- Menores desigualdades sociais.

Vistos os métodos ou critérios de pagamento importa agora analisar o regime contratual que lhes está subjacente. Simões (2004) utiliza a seguinte classificação:

- *Sistemas de reembolso* – Nesta modalidade, os prestadores são pagos pelos serviços fornecidos. O pagamento pode ser feito directamente pelo utente (mais tarde compensado pela seguradora), ou à posteriori, total ou parcialmente, por uma seguradora. Não existe qualquer contrato entre esta e o serviço de saúde[101].
- *Sistema de contrato ou convenção* – Este modelo pressupõe um acordo prévio entre os prestadores e a entidade gestora dos fundos[102], no que respeita aos serviços

[101] Convém esclarecer esta parte final do conteúdo da afirmação de Simões (2004), uma vez que nem todos os autores a referem, pelo menos explicitamente. A tónica da classificação agora apresentada vai para a inexistência de qualquer contrato ou convenção entre a seguradora e o prestador de serviços. No entanto, tal não significa que, para além do pagamento directo pelo utente, este mesmo não possa ser feito por uma terceira entidade. Neste contexto, tanto pode ser reembolsado o utente como o prestador. Contudo, em boa verdade, a utilização da terminologia na primeira hipótese parece ser a mais correcta.

[102] Muitos autores, incluindo Simões (2004), chamam a esta entidade *terceiro pagador*. Esta designação parece demasiado redutora, já que as suas responsabilidades não são apenas as relacionadas com o pagamento.

e ao seu pagamento. Neste caso, o controlo sobre a despesa total é maior que no sistema anterior. Os sistemas de seguro social utilizam, habitualmente, esta fórmula. Os pagamentos podem ter por base a diária de internamento (caso este exista) ou o tipo de patologia tratada, serem prospectivos ou sujeitos a um tecto global, etc.

- *Sistema integrado* – Os pagamentos são, habitualmente, efectuados em função de uma dotação global da unidade de saúde. O organismo gestor é responsável pelas questões do financiamento/pagamento, mas também pela prestação de cuidados. Os médicos e restante pessoal são, por norma, assalariados.

Conforme se viu no ponto anterior, esta classificação é muito parecida com a de Hurst (1992). Mas este último autor inclui também uma quarta possibilidade que é a do pagamento por utente não segurado, por vezes também designado por pagamento directo integral efectuado pelo utente. Obviamente, esta é também uma forma de pagamento aos serviços de saúde, baseada na tabela de preços da instituição, e que, portanto, parece ficar melhor acomodada na nomenclatura.

O sistema de reembolso, que Glaser (*cit. in* Campos, 1983) designa por *pagamento ao acto com benefício em espécie* e o sistema de contrato, que aquele chama de *pagamento ao acto com benefício em serviços*, formam as modalidades típicas dos sistemas liberais assentes em seguros de saúde, se bem que, cada vez mais, sujeitas aos mecanismos de regulação do Estado.

Os pagamentos ao acto dificilmente são propiciadores de poupanças, porque originam o aumento do número de consultas e de outras prestações. Se é verdade que o modelo de reembolso poderá ter como travão o facto de o utente pagar o serviço recebido e só mais tarde ser ressarcido do mesmo, também é um facto que da parte do médico há todo o interesse em multiplicar o número de actos.

O sistema de contrato, em sentido contrário, facilita a utilização dos serviços de saúde por parte do utente, mas este aproveitamento poderá ser moderado através de taxas moderadoras (ou franquias) ou mesmo de negociações de actividades e orçamentos entre seguradoras e prestadores.

O sistema integrado, ao contrário dos dois primeiros, é típico dos sistemas de saúde universais, promotores da acessibilidade e da equidade. Mencionando de novo Glaser (*cit. in* Campos, 1983), este designa-os por *pagamento por salário.* Nesta modalidade os

serviços de saúde são habitualmente menos eficientes, porque não incentivam ritmos de trabalho mais altos, se bem que nos últimos anos tenham sido adoptadas medidas tendentes a resolver este problema.

4.4. Conclusões

Em resumo, este capítulo serviu para analisar, em toda a sua extensão, o financiamento dos sistemas de saúde, que se entende ser passível de desagregar em três fases ou processos:

- *O financiamento propriamente dito* – origem última dos fundos utilizados para alimentar o sistema de saúde ou, de outra forma, o ciclo financeiro entre cidadãos/empresas e gestores dos fundos da Saúde;
- *O regime contratual dos pagamentos* – suporte do ciclo financeiro que se estabelece entre os cidadãos e/ou os gestores dos fundos da Saúde e os prestadores, tomando como base da respectiva classificação o contrato que lhe está subjacente;
- *O método ou técnica que é suporte dos pagamentos* – critério utilizado para calcular os pagamentos ou a alocação de recursos mencionados no parágrafo anterior.

Esta desagregação da classificação permitirá, mais tarde, enquadrar os diferentes sistemas de saúde numa das nomenclaturas agora discriminadas e verificar se a tendência é para a aproximação dos modelos.

O financiamento é, hoje em dia, na opinião da generalidade dos analistas, um factor crucial, não apenas na identificação daqueles sistemas, mas também na sua sustentabilidade e garantia de acessibilidade, variáveis eleitas como essenciais nos países desenvolvidos.

O quadro seguinte sintetiza a classificação que se entende dever ser adoptada para o financiamento, o regime contratual dos pagamentos/distribuição de recursos e o método de cálculo destes últimos.

QUADRO 4-7 – CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE FINANCIAMENTO

Financiamento		Impostos
		Seguros sociais obrigatórios/Previdência
		Seguros voluntários
Pagamento ou distribuição de recursos	Regime contratual	Sistema de reembolso
		Sistema de contrato
		Pagamento directo integral pelo utente
		Sistema integrado
	Método	Pagamento ao acto
		Pagamento por doente
		Pagamento por diária
		Pagamento de base capitacional
		Pagamento parcial directo pelo utente
		Orçamento global[103]

Fonte: Autor

Não se considerou o *pagamento directo integral pelo utente* no âmbito do financiamento, mas sim do regime contratual, porque para efeitos deste estudo, quando se analisa aquele fluxo (entre cidadãos/empresas e entidades gestoras de fundos), ele não engloba essa modalidade de transferência de fundos. De facto, um sistema de saúde implica a existência de uma organização, que entre outras coisas regula o ciclo financeiro, deixando pouco espaço para os pagamentos directos integrais. Os exemplos que serão analisados no capítulo referente ao estudo de casos obedecem todos a esse princípio. Entendeu-se, portanto, no ciclo de financiamento, dar apenas importância ao regime de protecção social e à possibilidade da existência de seguros voluntários. No mesmo sentido se pronunciam Simões et al. (2007, p. 16): "Este último pagamento [o financiamento] assenta numa prévia captação de fundos junto da população. É a captação de fundos que constitui o "financiamento" do sistema de saúde".

Por outro lado, se a opção fosse pela sua inclusão no ciclo de financiamento, haveria duplicação porque o mesmo seria também considerado nos pagamentos, onde faz mais sentido, já que se trata de uma forma não organizada de liquidação no acto da prestação de cuidados (e não previamente).

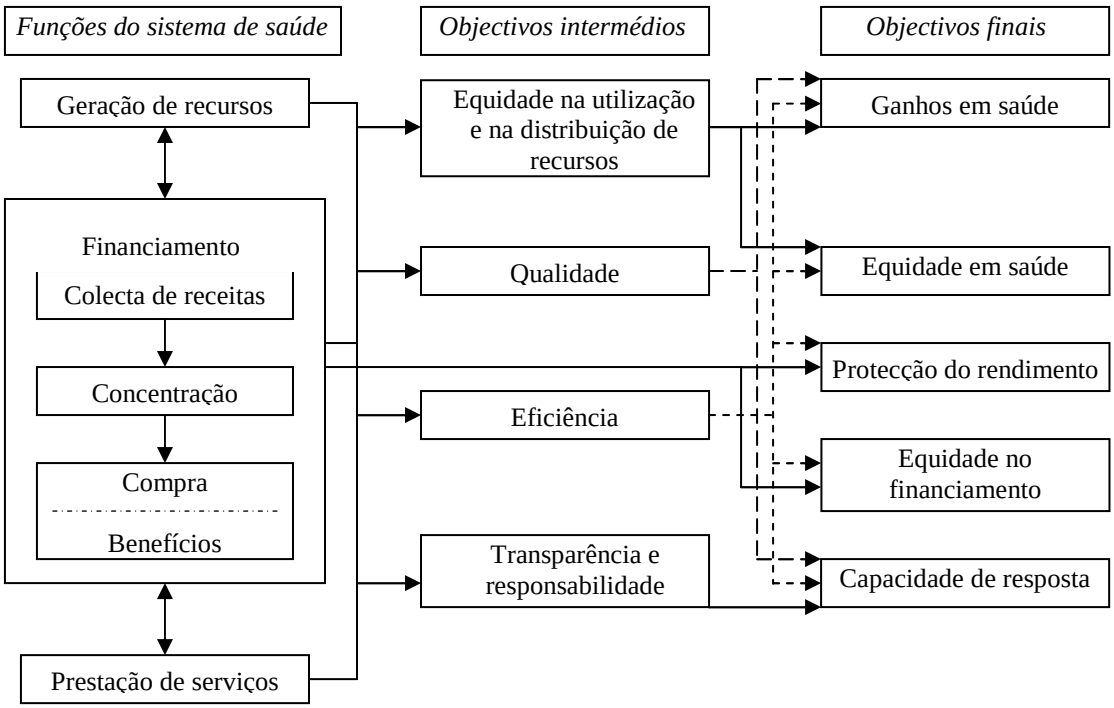
Deste capítulo ressalta também, como se já disse, a importância atribuída por autores e investigadores às questões do financiamento. Porque:

[103] Consideram-se incluídos nesta rubrica todos os tipos de orçamentos (prospectivos, retrospectivos, …). A realidade, hoje em dia, aponta para orçamentos globais prospectivos, negociados com os hospitais (esta é a sua principal base de aplicação), definidos em função de objectivos concretos e cujo contrato inclui cláusulas de incentivo e de penalização, em função da realização das metas negociadas.

- Se entende, hoje em dia, que é o modelo de financiamento que molda o sistema de saúde, garantindo-lhe uma boa parcela das suas características essenciais;
- Reside nele a garantia da sustentabilidade do sistema de saúde, se for em montante adequado e se for aplicado com eficiência;
- É garante da acessibilidade se, mais uma vez, for em montante adequado e se for distribuído com equidade.

O modelo de financiamento está, portanto, ligado aos objectivos políticos dos sistemas de saúde, em particular no que respeita aos ganhos em saúde, à equidade na saúde, à protecção do rendimento, à equidade financeira e à capacidade de resposta. Pelo caminho, estabelece-se também a ligação aos objectivos intermédios, como a equidade na utilização e na distribuição de recursos, a qualidade, a eficiência, a transparência e a responsabilização (Kutzin, 2010). O esquema pode ser visto na figura seguinte.

FIGURA 4-4 – O FINANCIAMENTO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE



Fonte: Adaptado a partir de Kutzin (2010)

Uma última conclusão deste capítulo é a da evidência da importância dos sistemas de financiamento baseados em impostos ou seguros sociais obrigatórios. O quadro 4-3 – Fontes de financiamento na UE nos anos 90 (%) é elucidativo a esse respeito: apenas na Grécia os pagamentos directos ultrapassam qualquer daquelas duas fontes de

financiamento, embora não a sua soma. Os seguros voluntários e as outras origens de fundos não têm peso significativo.

Da leitura desse quadro conclui-se também que, com excepção da Bélgica, há sempre um modelo de financiamento (por impostos ou por seguro social obrigatório) que se destaca claramente em relação ao outro. Foi por esta razão que se optou pela não consideração dos modelos de financiamento mistos, classificação, aliás, redundante, já que na prática, como se verifica no quadro, são todos mistos. Também por esta razão foram os dois modelos considerados em separado, apesar das semelhanças que, por norma, têm: universalidade, equidade, acessibilidade e solidariedade garantidas pelo Estado, independentemente de este ser mais ou menos interventivo. Contudo, dever-se-á ter sempre presente estas semelhanças, elas próprias justificação da convergência dos diferentes modelos de sistemas de saúde. Voltar-se-á a esta questão no capítulo apropriado.

CAPÍTULO V

OS SISTEMAS

5.1. Introdução

O objectivo principal desta tese é analisar a evolução dos diferentes sistemas de saúde e verificar se os mesmos, após as reformas de final do Século XX, vão convergindo, ou seja, vão perdendo as suas características mais radicais e adquirindo, gradualmente, pontos comuns.

Para tal, é imprescindível que se defina com rigor o conceito de sistema de saúde e se enumere as suas características. Assumindo que um sistema é um conjunto de elementos relacionados entre si, de forma a constituir um todo coerente capaz de cumprir os objectivos para que foi criado, importa então discriminar quais os seus componentes e os fluxos que entre eles se estabelecem. Os capítulos anteriores foram importantes para atingir tal objectivo.

Para que se torne mais perceptível, importa também traduzir esquematicamente, através de um diagrama, os sistemas de saúde e o seu funcionamento.

Este procedimento permitirá explorar de forma mais fiável o leque das possíveis variáveis que serão objecto de codificação, análise e medição.

Neste capítulo dar-se-á também especial relevo a dois modelos de sistemas de saúde: o bismarckiano, que foi criado na Alemanha em finais do Século XIX, e o beveridgeano, cujo primeiro exemplo foi o National Health Service inglês, que apareceu depois de terminada a segunda guerra mundial. Quer um, quer outro modelo, rapidamente ganharam adeptos e seguidores. Sustentados por princípios ideológicos rigorosos, foram, com o tempo, vendo os seus contornos mais radicais amaciados: numa primeira fase devido às preocupações de natureza social, que conduziram à melhoria dos níveis de universalidade, equidade e acessibilidade, bem como a uma crescente intervenção do Estado; numa segunda fase, devido ao ritmo de crescimento das despesas com a Saúde e à necessidade de criar mecanismos de sustentabilidade, que originaram a melhoria dos níveis de eficiência e uma maior participação dos privados.

Do conjunto de classificações possíveis de sistemas de saúde, dá-se preferência à proposta por Hurst (1992), que parece ser a que mais se adequa à realidade dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Este capítulo termina com um conjunto de apontamentos sobre avaliação de sistemas de saúde e de serviços de saúde, bem como sobre acreditação destes últimos, que hoje são

instrumentos essenciais de gestão, pois incorporam as preocupações com a acessibilidade e a eficiência.

5.2. Conceito de sistema

Um sistema é um conjunto de elementos relacionados entre si, de modo a formar um todo organizado e coerente, capaz de cumprir os objectivos para que foi criado.

Identificam-se, portanto, no conceito acima exposto, três regras básicas para a caracterização de um sistema:

- Os elementos, partes ou componentes;
- As relações estabelecidas entre estes – a forma como se organizam, os fluxos;
- Os resultados obtidos, produto da acção destes últimos sobre os primeiros.

Os resultados e a eficiência com que os mesmos são obtidos dependem da boa interacção e organização dos componentes, ou seja, da sinergia do sistema.

No mesmo sentido vai a opinião de Solano (s.d.), segundo a qual um sistema é:

> Um conjunto de elementos dinamicamente relacionados, formando uma actividade, para alcançar um objectivo, operando sobre dados/energia/matéria, para prover informação/energia/matéria.

Um sistema, para ser eficiente, deverá produzir um efeito superior à soma das suas partes. Serrão et al[104] (1998) admitem a existência de três modelos diferentes de sistemas:

- *Sistemas simples*, que apenas asseguram o equilíbrio dos seus componentes;
- *Sistemas homeostáticos (ou de feedback)*, nos quais há regulação, por retroacção, entre as partes;
- *Sistemas complexos (ou adaptativos)*, que associam ao equilíbrio e à homeostasia, a capacidade para gerar novos efeitos ou funções.

As redes são, nem mais nem menos, que a articulação permanente e interactiva dos elementos que compõem um sistema. Neste sentido, um sistema de saúde é uma rede de estruturas e relações composta por três elementos básicos, como referem Serrão et al. (1998): matéria, energia e informação.

[104] Daniel Serrão (Presidente), Alexandre Abrantes, António Veloso, Guilherme Oliveira, José Moreira, Manuel Delgado e Mariana Sousa fizeram parte do designado Conselho de Reflexão sobre a Saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 13/96 de Janeiro) e publicaram, em 1998, *Recomendações para uma reforma estrutural*.

Um sistema é considerado aberto quando interage com o meio no qual se insere. No extremo oposto estão os sistemas fechados, que não têm qualquer intercâmbio com o meio exterior, designação meramente teórica, já que na prática, por pequena que seja, aquela relação existe sempre.

Os sistemas podem ainda ser físicos ou conceptuais. Os primeiros são compostos por elementos tangíveis, enquanto os segundos se consubstanciam num conjunto de ideias com objectivos bem específicos, que servem também para modelar os sistemas físicos.

O sistema de saúde é um sistema físico, se bem que suportado por um sistema conceptual, ou seja, por um conjunto de ideias, que são o seu suporte filosófico, político, social, económico e técnico.

No sentido em que estabelece uma relação estreita com a população, com a economia e com outros elementos do meio no qual se insere, interagindo com base em entradas e saídas, é também um sistema aberto.

Um sistema compõe-se pois de matéria e energia e é a actuação desta sobre aquela que produz a informação.

Reportando-nos aos sistemas de saúde, a matéria será o conjunto de todos os recursos humanos, materiais e financeiros aplicados na prevenção, promoção e tratamento. Os recursos humanos são, desde logo, os administradores e gestores das unidades de saúde, os médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos, auxiliares e restantes pessoas que no exercício das suas funções prestam cuidados de saúde ou colaboram para que os mesmos sejam dispensados com eficácia e eficiência. Mas a estrutura humana dos sistemas de saúde inclui também os seus utilizadores, aqueles que com frequência, ou esporadicamente, recorrem aos seus serviços. Os recursos materiais são constituídos por edifícios (hospitais e centros de saúde, …), equipamentos, viaturas, medicamentos e materiais de consumo clínico, entre outros. Os recursos financeiros são as importâncias aplicadas nos serviços de saúde, necessárias aos seus investimentos ou ao seu funcionamento. Traduzem-se em entradas de diversa natureza, como sejam, por exemplo, as receitas provenientes da prestação de serviços, os subsídios, empréstimos, donativos e taxas moderadoras.

A energia é o conjunto de conhecimentos científicos e técnicos que faz funcionar a organização. É ela que serve a matéria e que actua sobre ela. É um leque de saberes

muito vasto, que vai desde a concepção de edifícios adequados até às mais modernas descobertas no campo da medicina, passando pela capacidade de gestão e organização.

A informação, como antes se referiu, é o produto da energia sobre a matéria. É o resultado da interacção entre conhecimentos científicos e técnicos, por um lado, e os recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde, por outro.

Facilmente se depreende que um sistema de saúde é complexo ou adaptativo, já que do seu funcionamento surgem novos efeitos ou funções. Os próprios elementos do sistema exercem, uns sobre os outros, uma influência significativa e determinante. A capacidade financeira de uma organização, por exemplo, influencia o tipo de equipamentos, os médicos, e demais condições que um hospital pode comprar ou contratar, o que por sua vez garante uma maior ou menor procura por parte dos utilizadores. Os conhecimentos científicos e técnicos determinam o progresso do trabalho dos profissionais. As condições de trabalho, incluindo as remuneratórias, têm também uma forte influência sobre o exercício de funções dos colaboradores de qualquer instituição de saúde.

Todos estes elementos constitutivos de um sistema de saúde, se bem organizados e articulados, produzem um efeito superior à simples soma dos seus componentes. Produzem saúde, bem-estar, vida. As saídas do sistema (cidadãos tratados/curados) representam uma mais-valia em relação às entradas (pessoas doentes ou a necessitarem de actos de promoção da saúde ou prevenção da doença). Cidadãos saudáveis produzem mais e consomem menos.

Em boa verdade, o processo de entradas e saídas do sistema é bem mais completo e complexo, fruto da enorme interacção entre ele e o meio no qual se insere. Veja-se, por exemplo, os conhecimentos científicos e técnicos. Estes são necessários ao funcionamento do sistema; são a energia que faz actuar os recursos existentes, consistindo muitas vezes em entradas resultantes de descobertas no campo médico, da responsabilidade das universidades ou dos laboratórios de medicamentos. Mas, por outro lado, o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde proporciona também mais-valias de sentido inverso, saídas do sistema que influenciarão os cuidados de saúde no futuro.

Por todas estas razões, qualquer intervenção reformista sobre o Sistema de Saúde deve ser cuidada e bem pensada. É que a actuação sobre um dos seus componentes exerce, obrigatoriamente, uma influência significativa sobre os restantes, alterando o equilíbrio

até aí existente, o que pode pôr em causa o funcionamento do todo. Veja-se o exemplo da construção e abertura de uma nova unidade hospitalar pública. Desde logo, é necessário um esforço adicional de financiamento, quer no que respeita ao investimento, quer às despesas de funcionamento. Isto poderá acarretar implicações orçamentais compensatórias noutros hospitais ou noutros tipos de despesas. É necessário pensar a contratação de pessoal, o que em alguns casos, por exemplo em determinadas especialidades médicas com carência de profissionais, poderá ter influência no funcionamento de outras unidades. Torna-se ainda imperioso rever as áreas de influência dos hospitais, a rede de referenciação e a articulação com os centros de saúde. Surgem ainda implicações ao nível de outras entidades, como por exemplo as companhias de seguros, os sindicatos, as empresas produtoras e distribuidoras de medicamentos, os laboratórios de análises, os subsistemas de saúde, etc. Daí que Serrão et al. (1998, p. 26) tenham afirmado:

> …qualquer intervenção sobre o Sistema de Saúde com o objectivo reformador, não pode ser nunca pontual porque os seus efeitos irão, obrigatoriamente, afectar todos os outros componentes da rede, mesmo que o reformador não o saiba ou não o deseje.

Obviamente que os impulsos reformistas trazem também implicações nas entradas e saídas do sistema. Estas são, aliás, as razões principais das mudanças introduzidas. No caso concreto do exemplo atrás citado, verificar-se-ia um aumento dos níveis de eficácia (aumento do nível de satisfação das necessidades dos cidadãos), de acessibilidade, mas também o contributo, maior ou menor, para a melhoria dos indicadores de saúde.

É também fundamental envolver de forma responsável todos os que exercem a sua actividade no sistema. Garantir a participação de todos é o mesmo que dizer-lhes que todos são importantes e que nenhuma alteração se faz contra quem quer que seja. Marginalizar pessoas ou entidades é criar inimigos desnecessários, que sempre que puderem criarão entraves ao lançamento das medidas reformadoras.

Por último, saliente-se que um sistema pode albergar diversos subsistemas, como é o caso do Sector da Saúde. Em diversos países coexistem serviços públicos de saúde, serviços privados, uns que abrangem a generalidade da população, outros que respeitam apenas a determinadas empresas ou organismos estatais e outros ainda que são exclusivos de determinados grupos profissionais.

Mas note-se também, que dentro de cada um dos sistemas, existe um sem número de outros sistemas necessários ao bom funcionamento daquele. Por exemplo: o sistema de

saúde necessita de uma rede informática capaz, de modernos sistemas de organização, de um conjunto legislativo e de regulamentação eficientes, etc.

5.3. Sistemas de saúde

5.3.1. Conceito de sistema de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Saúde como o conjunto de "todas as actividades que têm como finalidade essencial a promoção, recuperação ou manutenção da saúde" (World Health Organization, 2000, p. 5). É uma definição abrangente, já que inclui todas as iniciativas conducentes à melhoria da saúde das pessoas. Por exemplo, os programas cujos objectivos se inserem na melhoria das condições de habitação ou de trabalho, assim como as campanhas para a redução dos acidentes de trânsito ou da luta antitabágica, inserem-se, nesta perspectiva, no conceito atrás citado.

Existe hoje a consciência que o desenvolvimento económico e social, o rendimento dos cidadãos, as condições ambientais e de trabalho, a escolaridade e o nível cultural são elementos fundamentais à melhoria do estado de saúde das pessoas, bem mais importantes, aliás, que o número de médicos, de camas hospitalares ou das despesas com a saúde (Simões, 2004). Muitos autores, ou instituições, têm dedicado a sua atenção às relações existentes entre as variáveis não sanitárias e os resultados em saúde: J. Santos Lucas (*Iniquidade Social Perante a Doença e a Morte em Portugal*, in Sociedade, Saúde e Economia, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987), António Correia de Campos (*Equidade de Resultados em Saúde e Cooperação Internacional*, in *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Instituto de Estudos e Desenvolvimento, Lisboa, 1991), Maria do Rosário Giraldes (*Desigualdades Socioeconómicas e seu Impacte na Saúde*, Editorial Estampa, Lisboa, 1996), Paula Santana (*Geografias da Saúde e do Desenvolvimento – Evolução e Tendências em Portugal*, Edições Almedina, Coimbra, 2005), J. Le Grand (*Desigualdades em Saúde: Uma Perspectiva Económica*, in Sociedade, Saúde e Economia, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987) e Alan Maynard (*A Economia das Toxicodependências*, in Sociedade, Saúde e Economia, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1987), entre outros.

Já Béresniak e Duru (1999, p. 13) introduzem da seguinte forma o conceito de sistema de saúde:

> Dado que toda a população aspira à saúde, cada país dispõe de uma certa forma de organização encarregada de dar resposta a esta procura. Esta organização coordena a actividade dos profissionais de saúde com a dos diferentes parceiros que contribuem para o financiamento da prestação de cuidados.

E logo de seguida acrescentam: "Este conjunto de actividades complexo, chamado sistema de saúde, deve tentar conciliar solidariedade com liberdade".

Estes autores assumem, contudo, que cada país constrói o seu modelo de sistema de saúde em função das suas "aspirações históricas, políticas e morais".

Trata-se de uma definição que dá ênfase à complexidade do sistema e assenta nos seus aspectos económicos (procura, oferta e financiamento) e organizativos, sem desvalorizar as questões políticas na fase de construção do modelo.

Ferreira (1989, p. 50) apresenta a seguinte definição:

> Os sistemas de saúde … são hoje compostos de numerosos elementos sectoriais e intersectoriais, constituindo conjuntos coerentes de regras para a utilização dos recursos reunidos com a finalidade de conseguir mais saúde para a população e lutar mais eficazmente contra a doença, pela organização de serviços estruturados.

O mesmo autor esclarece ainda que o sucesso de um sistema de cuidados de saúde depende "em grande parte dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes em que tem de se inserir, ou em que assenta raízes" (Ferreira, 1989, p 63).

Literalmente, Sistema de Saúde é a relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde mantém entre si. Mas esta definição, como adiante se verá, aplica-se com maior rigor aos sistemas de serviços de saúde.

Como se vê, não há consenso sobre a forma ideal de organização, nem sobre os seus componentes ou a responsabilidade de cada um no que respeita à saúde da população. Esta diversidade de opiniões assenta na dificuldade em definir saúde, bem como nos pressupostos políticos que dão forma às linhas de orientação de cada Governo. Note-se ainda, que um verdadeiro sistema não admite a possibilidade das instituições de saúde estarem desarticuladas entre si. Ou, dito de outra forma, um modelo desse tipo não possuiria a eficiência e eficácia que deveria ter. Quanto maior for o nível de instituições e profissionais envolvidos no planeamento das actividades de saúde, mais perto se estará de um verdadeiro Sistema de Saúde.

Poder-se-á ainda dizer, que os sistemas são evolutivos, alterando-se no tempo e no espaço, em função de concepções políticas dominantes, bem como do desenvolvimento

do próprio conhecimento. Sacardo (2009, p. 66) também concorda com esta posição, ao referir que o conceito de sistema de saúde pode "mudar no tempo e no espaço".

Neste trabalho, porque os modelos de análise, implícitos ou explícitos, definem as categorias relevantes para um determinado referencial, o que pode não acontecer para outros, utilizar-se-á um quadro de variáveis tão exaustivo quanto possível.

Voltando à questão da integralidade do sistema de saúde, vejamos o que diz Pereira (2005, p. 19):

> A estratégia global da reforma assentou no conceito fundamental … da construção de um sistema nacional de saúde misto, combinado e interligado, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais que actuem em rede, de modo integrado e orientado para as necessidades dos utentes.

Na opinião do autor, um dos protagonistas da reforma da Saúde iniciada em Portugal em finais de Século XX, princípios do Século XXI, a ideia base era a da evolução de um *Serviço Nacional de Saúde* fechado, com um único actor, o Estado, e regulamentado por legislação avulsa, para um *Sistema Nacional de Saúde* aberto à iniciativa pública, social e privada, e regulado por uma entidade autónoma e independente. Foi na sequência destes princípios que foram criadas as redes de cuidados primários, hospitalares e continuados.

Em boa verdade, dever-se-á distinguir *Sistema de Saúde* de *Sistema de Serviços de Saúde*. O primeiro é mais abrangente e revela, em certo sentido, uma actuação intersectorial. Neste trabalho, a análise não se circunscreverá apenas aos serviços de saúde em si, mas também: aos pressupostos políticos da sua criação e organização; ao papel desempenhado pelos sectores público e privado; à diversidade de modelos de financiamento; ao papel das empresas e dos cidadãos; etc. Ou seja, reconhecendo, apesar de tudo, que a caracterização dos sistemas de saúde incide muitas vezes sobre o modelo organizacional e os fluxos financeiro e de serviços, adoptar-se-á neste trabalho a designação mais genérica, por ser esse o entendimento que se tem sobre os sistemas de saúde e porque se tomará sempre como referência os princípios e valores que enformam os diversos modelos, bem como a sua evolução ao longo do tempo. Neste sentido, ir-se-á ao encontro do mencionado por Cabral (2010a), que também aponta para a importância de ponderar as questões da liberdade de escolha, da equidade, da centralização organizacional e da socialização das prestações, entre outras, quando se distingue sistemas de saúde, ou de Sacardo (2009), que cita Almeida, Hortale, Vieira da

Silva, Viacava e Conill para defender a diferença entre sistema de saúde e sistema de serviços de saúde, que se enquadra, aliás, no que já antes foi mencionado.

Voltando à falta de consenso sobre a definição de Sistema de Saúde, repesque-se as opiniões citadas por Viacava et al. (2004). Assim, Roemer (*cit. in* Viacava et tal, 2004, p. 713) explica que Sistema de Saúde é "uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população"[105].

Já para Field (*cit. in* Viacava et al, 2004, p. 713) os sistemas de saúde:

> …são como um mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou *inputs*) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direccionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o *quase monopólio* na *performance* dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político.

Coexistem, portanto, diferentes formulações de *sistemas de saúde* e de *sistemas de serviços de saúde*, consoante o momento, a doutrina política, o ângulo de análise, as condições económicas e sociais e o enfoque que, porventura, se queira dar à análise.

Em resumo, tomar-se-á como ponto de partida que Sistema de Saúde é o conjunto organizado e articulado de instituições prestadoras de cuidados de promoção, recuperação e manutenção da saúde prestados à população, e dos diversos fluxos financeiros, de serviços e de informação que entre elas se estabelecem, sustentado em princípios políticos, económicos e sociais, cujo objectivo último é a melhoria dos resultados em saúde com a eficácia e a eficiência que os recursos disponíveis possibilitam.

Tomando como exemplo o Sistema de Saúde português, pode-se identificar os seguintes componentes da prestação de cuidados:

- *Subsistemas* – conjunto de sistemas de menor dimensão que integram o Sistema de Saúde, como por exemplo, SNS (Serviço Nacional de Saúde), ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, hoje com a designação de Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública), SAMS (Serviços de Assistência Médico Social) dos bancários, PT ACS

[105] Também para Vale (2010), esta definição proposta por Roemer merece citação.

(Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde), IASFA (Instituto de Acção Social das Forças Armadas), Caixas de Previdência e Mutualidades[106].

- *Instituições prestadoras de cuidados de saúde*: Centros de Saúde; Hospitais; Centros de Cuidados Continuados; Farmácias; Gabinetes de Imagiologia; Gabinetes de Análises Clínicas; Empresas produtoras e distribuidoras de medicamentos; Gabinetes de Fisioterapia; Consultórios médicos; INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)[107]; etc.

- *Profissionais de Saúde* – Médicos; Enfermeiros; Técnicos de Radiologia; Assistentes Sociais; Técnicos Superiores; Técnicos de Análises Clínicas; Auxiliares de Acção Médica; etc. Estes profissionais podem actuar na qualidade de funcionários do Estado ou como independentes.

No que respeita às entidades gestoras dos fundos de saúde, e ainda no caso português, os intervenientes são os seguintes:

- *Ministério da Saúde* – Detém parte do Orçamento Geral do Estado resultante de impostos pagos por trabalhadores e empresas, que é gerida pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF);

- *Companhias de Seguros* – Gerem os seguros de saúde pagos por contribuições voluntárias de cidadãos ou de empresas;

- *Caixas de Doença/Assistência Social* – São entidades gestoras de fundos destinados à prestação de cuidados de saúde, resultantes de contribuições voluntárias ou obrigatórias de trabalhadores e empresas, específicas de determinadas profissões ou sectores profissionais[108].

Para além destas entidades, que muitos autores designam por "terceiros pagadores", dever-se-á ter em consideração que os prestadores de cuidados de saúde são ainda financiados por pagamentos directos parciais sem reembolso (taxas moderadoras, taxas

[106] Existem diversas Caixas de Previdência e Mutualidades de maior ou menor dimensão. Para além destes, chegaram a existir (e alguns ainda existem) outros subsistemas públicos: dos Serviços do Ministério da Justiça; dos militares da Armada; dos militares da Força Aérea, dos militares do Exército; da Polícia de Segurança Pública; da Guarda Nacional Republicana.

[107] Para além de públicas ou privadas, estas instituições podem ainda resultar de parcerias público-privadas ou de acordos celebrados com profissionais de saúde.

[108] Incluem-se aqui as associações mutualistas, as caixas de previdência e demais organismos, públicos ou privados, que exercem estas funções.

de utilização e franquias) e pagamentos directos integrais, no momento da prestação, pela utilização particular do serviço.

Obviamente, que o Estado, os cidadãos e as empresas, mesmo quando não agem como prestadores de cuidados de saúde, nem são responsáveis pela gestão do financiamento, não deixam de ser componentes do Sistema de Saúde, na qualidade de reguladores e definidores do enquadramento político (Estado), contribuintes (cidadãos e empresas) e utentes (cidadãos).

Em certo sentido, também o tempo, ou seja, o momento histórico em análise, tem uma forte influência sobre os sistemas de saúde: por força da situação económica mundial, e em especial a do país em análise; devido ao estádio de desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico. Mas estes são dados de partida que influenciam todos os aspectos da vida do país em causa. Poder-se-á ver as suas influências se se optar por comparar o mesmo sistema em momentos diferentes.

5.3.2. Componentes e fluxos

Béresniak e Duru (1999) abordam a análise dos sistemas de saúde numa óptica essencialmente económica, destacando os seguintes componentes:

- *Oferta de cuidados* – Composta pelos clínicos gerais, especialistas, farmacêuticos, hospitais, sector público e sector privado;
- *Financiamento* – Composto pelo Estado, Regiões, Caixas Públicas de Seguro de Doença, Mutualidades, Seguros privados, Agências públicas de interface, Associações de médicos e Sindicatos;
- *Procura de cuidados* – Composta por população, empresas, salários, trabalhadores independentes, idosos e população com baixo rendimento.

Os autores, para além de mencionarem os componentes do sistema, entenderam por bem especificar partes de alguns deles (por exemplo os idosos e a população de baixo rendimento) ou agregações parcelares, como é o caso dos sectores público e privado.

Ao nível dos fluxos que se estabelecem entre as pessoas e entidades acima descritas, identificam os seguintes aspectos:

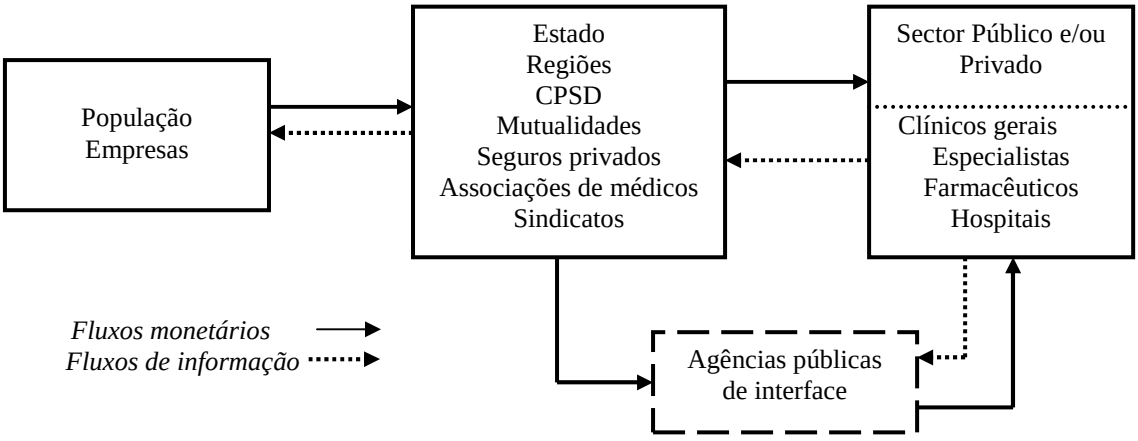
- *Fluxos monetários* – Quotização, prémio de seguro, imposto, reembolso, taxa moderadora, subvenção, salário, honorário, capitação, pagamento directo e orçamento global;

- *Fluxos de pessoas* – Liberdade de escolha, passagem obrigatória, inscrição na lista anual;
- *Fluxos de informação* – Negociação da nomenclatura, negociação da tarifa, nível de actividades, publicidade, informação sobre a saúde das pessoas e epidemiologia.

Estar-se-ia então em condições de construir um esquema, uma montagem tipo *Lego*, como os próprios autores afirmam, que relacionasse através de fluxos os componentes antes mencionados. As figuras que se seguem analisam separadamente as ligações entre aqueles componentes.

Conforme se poderá verificar, considera-se, na primeira figura, a população e as empresas como partes intervenientes no processo de financiamento. Nas outras duas figuras a população aparece como factor da procura de cuidados. Por motivo de simplificação, inclui-se sob o título "População" todos os componentes da *Procura de cuidados* conforme discriminação anterior.

FIGURA 5-1 – RELAÇÕES ENTRE FONTE DE FINANCIAMENTO E OFERTA DE CUIDADOS



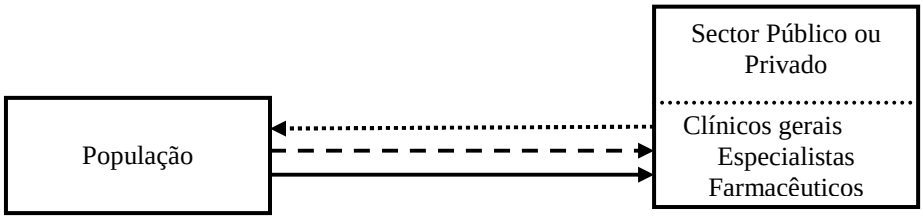
Fonte: Autor

A especificação das "Agências Públicas de Interface" resulta do facto de alguns países criarem uma espécie de segundo intermediário, cujo objectivo, para além dos de natureza financeira, da diversidade dos serviços prestados e dos concernentes à qualidade destes, é também o de garantir a equidade no tratamento dos cidadãos (evitando a sua discriminação negativa) sem colocar em causa a concorrência entre seguradoras ou serviços de saúde.

Na relação que se segue, o fluxo monetário entre a procura e a oferta de cuidados corresponde à liquidação de taxas moderadoras, de utilização dos serviços e de

franquias, ao pagamento de despesas que serão depois reembolsadas ou ainda ao uso livre (não suportado por qualquer subsistema de saúde) das unidades de saúde;

FIGURA 5-2 – RELAÇÕES ENTRE PROCURA E OFERTA DE CUIDADOS

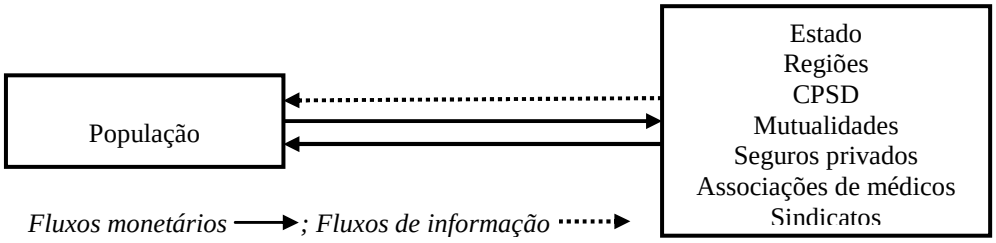


Fluxos monetários ⟶ *; Fluxos de pessoas* ⟶ *Fluxos de informação* ⟶

Fonte: Autor

Na figura seguinte, o fluxo monetário com origem no "Estado, Regiões, …" e destino na "População" corresponde ao processo de reembolso de despesas vigente em alguns sistemas de saúde.

FIGURA 5-3 – RELAÇÕES ENTRE PROCURA E FONTE DE FINANCIAMENTO



Fonte: Autor

O Conselho Económico e Social da OCDE publicou em 1992 um livro, da responsabilidade de Hurst (1992), no qual aborda os sistemas de saúde de sete países da União Europeia. Identifica, citando Evans, as diferenças entre eles, embora assuma que são "constituídos a partir de um pequeno número de subsistemas de financiamento, de pagamento e de regulação", o que torna viável e útil a sua comparação. Toma ainda como ponto de partida a existência de cinco principais grupos de actores: consumidores/doentes; prestadores de primeiro recurso (médicos generalistas e farmacêuticos que vendem medicamentos); prestadores de segundo recurso (hospitais e farmacêuticos que aviam medicamentos receitados); Caixas de Seguro (ou terceiros pagadores); Estado, enquanto regulador do Sistema.

De seguida, identifica as interacções entre esses cinco actores: prestação dos serviços; orientação dos doentes por prestadores de primeiro recurso para os de segundo recurso;

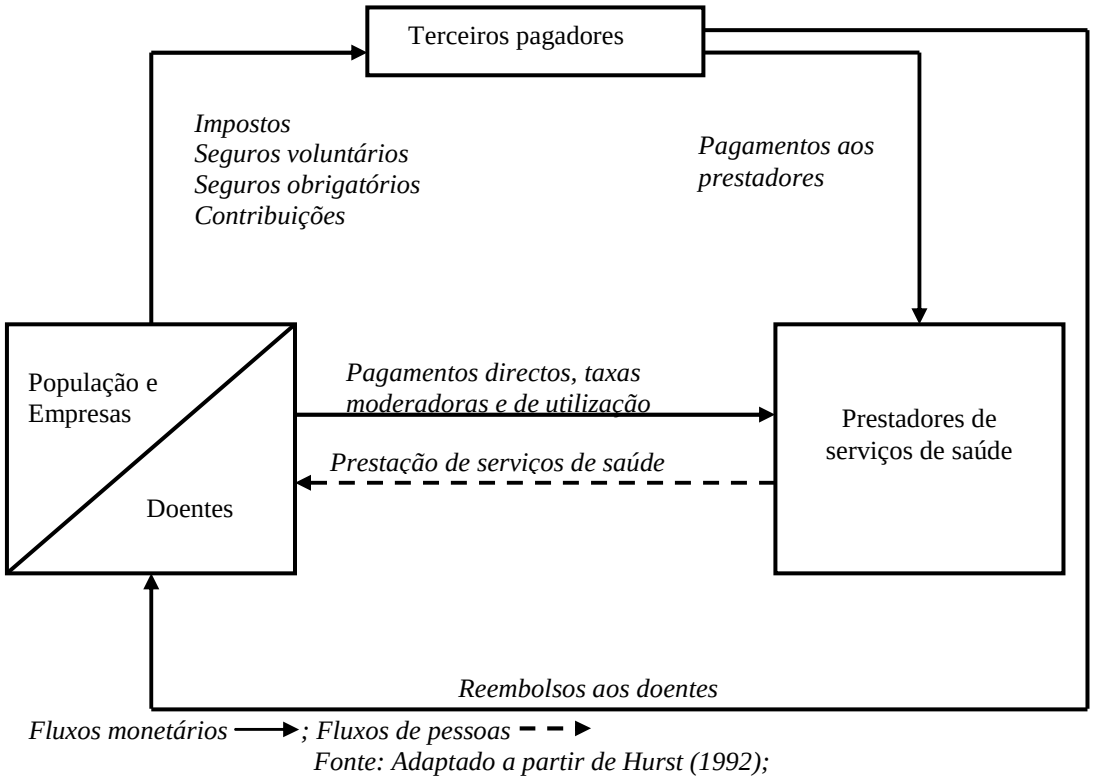
pagamento das prestações; pagamento dos prémios de seguro; reembolso das despesas pelo seguro; regulação do Estado

No que respeita aos actores, trata-se de uma visão menos económica que a anterior. Este modelo de abordagem privilegia a natureza das funções desempenhadas por cada um deles. Já no que respeita aos fluxos, faz incidir a análise sobre os de natureza financeira e de prestação de serviços, omitindo os de informação.

A explanação da análise de cada um dos sistemas de saúde está estruturada da seguinte forma: relações entre os doentes e os prestadores; relações entre a população e os terceiros pagadores; relações entre os terceiros pagadores e os prestadores; planificação e regulamentação pelos poderes públicos.

No livro em análise, o diagrama de representação do Sistema de Saúde tem, genericamente, a configuração que se segue.

FIGURA 5-4 – REPRESENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE



Fonte: Adaptado a partir de Hurst (1992);

Esta é uma forma simplificada de desenhar os componentes e os fluxos dentro do Sistema de Saúde, de acordo com a proposta da OCDE no documento que se está a analisar. Entre os "terceiros pagadores" e os "prestadores de serviços" podem existir "agências de interface", como por exemplo: Organismos centrais de pagamento;

Associações de médicos; Administrações regionais e/ou distritais. É possível também (veja-se o caso da Holanda após a reforma Dekker) que exista primeiramente uma "Caixa Central de Seguro de Base" que negoceia os prémios de seguro com as seguradoras privadas (terceiros pagadores), que actuam em concorrência.

Há também uma variedade enorme de modalidades de pagamento aos prestadores de serviço: desde o orçamento global até aos pagamentos por acto, que se analisa noutro ponto.

García-Barbero e Goicoechea (1995?) analisaram também os sistemas de saúde de diversos países da Europa. Em traços gerais, a forma como abordam a questão assenta nos seguintes parâmetros:

- Financiamento (terceiros pagadores), que inclui um diagrama semelhante ao anterior, ou seja, com a identificação da população/empresas/doentes, dos terceiros pagadores e dos prestadores de serviços de saúde;
- Prestação de cuidados, que inclui um organigrama com o fluxo dos doentes no sistema público de saúde e a identificação dos prestadores;
- Relações entre cidadãos e pagadores;
- Relações entre fornecedores e pagadores;
- Relações entre cidadãos e fornecedores, com abordagem dos conceitos de acessibilidade, liberdade de escolha, referenciação e outros;
- Estrutura de gestão dos hospitais;
- Recursos humanos;
- Medidas inovadoras e tendências.

Embora não sigam exactamente a mesma abordagem para todos os países, este é o esquema que habitualmente utilizam.

Apesar de algumas diferenças entre os diversos autores, parece inevitável, quando se aborda os sistemas de saúde, caracteriza-los tomando como ponto de partida quatro grandes componentes: o Estado, a população/empresas, os responsáveis pela gestão dos dinheiros aplicados no Sector e os prestadores de cuidados de saúde. Outras designações ou abordagens são nomenclaturas diferentes, pormenorizações de determinados aspectos ou a ênfase de particularidades de determinados sistemas.

O Estado pode assumir diversos papéis: Responsável pela definição e aplicação dos princípios políticos; Regulador; Proprietário dos serviços de saúde; Administrador; Responsável pela gestão financeira do sistema. Algumas destas funções serão vistas separadamente. Nesta parte da explanação interessa entender o Estado apenas na qualidade de responsável pela política e pela regulação do sistema.

Neste contexto, regulação representa a intervenção do Estado no mercado, que pode assumir diversas formas: regulação em sentido amplo; regulação pública ou privada; auto-regulação ou hetero-regulação[109]; governamental ou independente; *soft regulation* ou *hard regulation*[110]; económica ou técnica e social; *ex ante* ou *ex post*[111]; estrutural ou comportamental; sectorial ou transversal (Cabral, 2010a).

Em Portugal, a Entidade Reguladora da Saúde é independente, porque não cumpre instruções do Governo ou de qualquer outro organismo, e sectorial.

A população/empresas aparece na qualidade de cidadãos e instituições que, de acordo com o disposto na Lei, pagam impostos, seguros de saúde (obrigatórios ou voluntários) ou outras contribuições, o que define e caracteriza o financiamento do sistema. Mas os cidadãos aparecem também na qualidade de utentes dos serviços de saúde, designação que parece mais correcta que a de doentes. Consumidores, clientes ou utilizadores são também designações habituais para este componente.

Os responsáveis pela gestão dos dinheiros aplicados no Sector da Saúde, também designados por "Terceiros pagadores" ou simplesmente "Financiamento", incluem as entidades responsáveis pela colecta dos fundos, pela definição da modalidade de pagamento aos prestadores e dos co-pagamentos dos utilizadores dos serviços, bem como pelas negociações quanto às condições de prestação dos serviços e respectivos preços. Conforme já foi referido, podem existir entidades intermediárias, a montante e a jusante do processo. Parece redutora a designação de "Terceiros pagadores"[112], se bem que seja comum. Ribeiro (2006) chama-lhes entidades responsáveis pela gestão do pré-pagamento, o que se aproxima mais da designação utilizada nesta trabalho. Tal como foi

[109] Quando a regulação é exercida por uma entidade externa.

[110] Diz-se *soft* quando as consequências são leves (recomendações) e *hard* quando a entidade reguladora tem poderes sancionatórios.

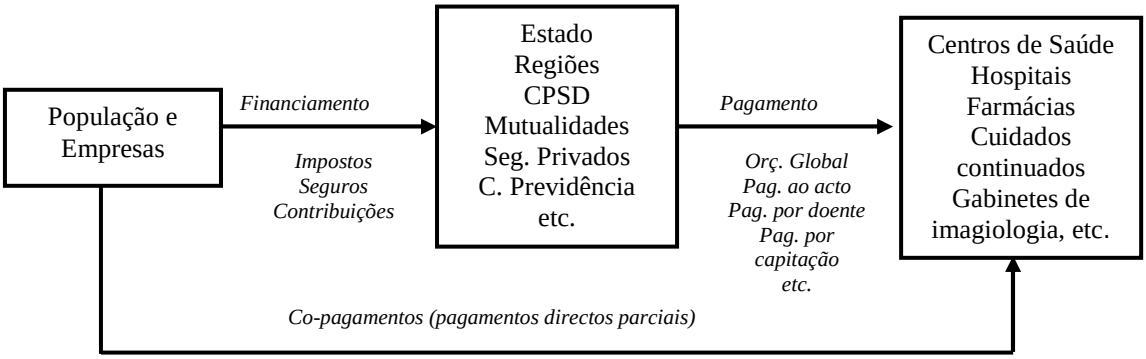
[111] No primeiro caso é feita a título preventivo e no segundo após a realização da actividade.

[112] Esta designação tem origem no facto de se considerar como primeiro interveniente o doente, segundo o prestador e terceiro a entidade, pública ou privada, responsável pelo pagamento dos serviços.

mencionado, o papel destas instituições não é apenas o de pagar os serviços prestados por centros de saúde, hospitais, etc.

O que é importante reter é que estas entidades (Estado, Regiões, Caixas Públicas de Seguro de Doença (CPSD), Mutualidades, Seguros privados, Caixas de Previdência, …) cumprem, com a eventual inclusão das chamadas "Agências de interface", o papel de intermediários no processo de financiamento e pagamento dos cuidados de saúde, salvo no caso dos pagamentos directos, se bem que estes sejam também regulamentados. Existem também sistemas de saúde, ou subsistemas, nos quais os doentes pagam, na totalidade, as suas despesas aos prestadores, sendo depois reembolsados. Na figura seguinte, pode-se observar o ciclo de financiamento/pagamento sem consideração desta última modalidade.

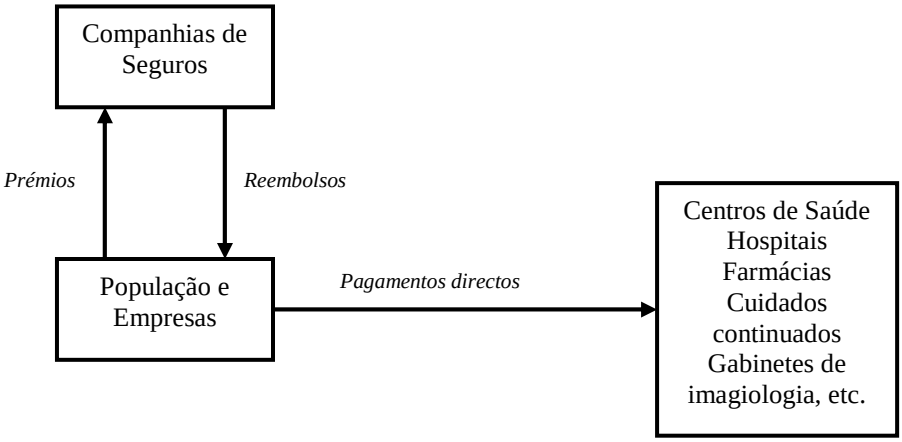
FIGURA 5-5 – FINANCIAMENTO E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS



Fonte: Autor

No caso dos seguros com pagamento directo e reembolso, tem-se:

FIGURA 5-6 – PAGAMENTO DIRECTO E REEMBOLSO



Fonte: Autor

Os prestadores de cuidados de saúde, o último dos quatro grandes componentes que os diferentes autores assumem como ponto de partida da explanação dos sistemas de

saúde, são compostos por todas as entidades e profissionais responsáveis pela promoção, recuperação e manutenção da saúde. Para que se possa falar em sistema é necessário que estejam articulados entre si, bem como com os restantes componentes. Algumas das obras consultadas, para além da descrição dos serviços de saúde, identificam também as suas características, como por exemplo: propriedade; subordinação ao direito público ou privado; autonomia; regulamentação.

Os serviços de saúde devem ser entendidos como formas organizadas, estruturadas e hierarquizadas de acordo as orientações governamentais, não apenas de instituições prestadoras de cuidados, mas também de iniciativas tendentes ao apoio à saúde e ao combate à doença (Ferreira, 1990).

Por outro lado, a quantidade e a qualidade dos recursos utilizados no Sector da Saúde continuam a ser factores decisivos para a determinação dos níveis de eficácia e eficiência (macro e micro) dos respectivos sistemas e seus componentes. Estes dois tipos de indicadores possibilitam a sua avaliação. Recordando, entende-se por:

- *Eficácia,* a percentagem de necessidades satisfeitas no conjunto das necessidades totais dos cidadãos;
- *Eficiência,* a relação entre a produção e os recursos utilizados na mesma.

Como de pode verificar, um aspecto que merece a atenção de todos os que se debruçam sobre esta matéria é o dos fluxos que se estabelecem entre os componentes do sistema. Aliás, esta é uma das partes essenciais da descrição deste último.

Parece haver unanimidade quanto à inclusão dos fluxos monetários (ou financeiros) e de prestação de serviços. Em alguns casos aparecem também os fluxos de informação (dados epidemiológicos; publicidade; preços; etc.) e os relativos ao encaminhamento dos utilizadores dentro do sistema, desde a sua admissão até à sua saída. Este último, contudo, é parte integrante da prestação de serviços (a outra face da mesma moeda), pelo que não nos parece útil a sua análise separada[113]. Os fluxos são uma das matérias cruciais da análise das relações entre a população/empresas, gestores dos fundos e prestadores ou, noutra óptica, entre procura, financiamento e oferta de cuidados.

Os fluxos financeiros, dada a sua importância dentro do sistema de saúde, merecem uma explicação adicional. A sua enorme diversidade, quer no que respeita ao financiamento,

[113] Note-se, que em alguns sistemas de saúde a circulação do utente no seu interior não depende da sua vontade, mas sim de decisão médica.

quer ao pagamento dos serviços, justifica um esforço sério no sentido de encontrar pontos comuns que possibilitem a sua agregação e a consequente construção de um conjunto mais reduzido e, portanto, mais fácil de analisar e esquematizar. Foi o que fez Hurst (1992), como já antes se viu, quando classificou o financiamento apenas em duas categorias:

- Financiamento voluntário;
- Financiamento obrigatório (ou público).

O mesmo autor classifica o pagamento em quatro categorias, privilegiando os aspectos contratuais estabelecidos entre pagador e prestador:

- Pagamento pelo consumidor não segurado;
- Pagamento pelo consumidor, posteriormente reembolsado pelo seguro;
- Pagamento directo por terceiros baseado em contratos;
- Pagamento por orçamento no âmbito de uma organização integrada.

Refira-se, por último, que nas obras sobre a matéria aparecem também referências a inúmeros conceitos de política de saúde e gestão. Aspectos relacionados com a inovação e a dinâmica das reformas são também usuais. Contudo, como já foi referido, estas assemelham-se mais a características do papel desempenhado pelo Estado.

É neste sentido, aliás, que deve ser interpretada a definição avançada por Ferreira (1990, p. 13):

> *Política de Saúde*. Conjunto de opções fundamentais de ordem governativa ou social em que se estabelece o carácter público, ou não, da responsabilidade pela saúde da população e o correspondentes grau de universalidade (para todos os grupos de beneficiados), de integralidade e equidade (extensão dos cuidados e seu acesso), de gratuitidade (total ou parcial), de planificação (elaboração de esquemas funcionais e programas de actividades, avaliação de resultados) e modalidades de trabalho a efectuar pelos serviços de saúde.

Já anteriormente, Ferreira (1989) tinha explicitado de forma clara, que os dois factores fundamentais na construção de um sistema de saúde são a política de saúde e a estrutura da rede de serviços prestadores de cuidados. Na primeira, incluía o direito à saúde, a acessibilidade, o planeamento, a distribuição de recursos e a promoção de iniciativas intersectoriais. Na segunda, incluía não apenas os diferentes níveis de cuidados, mas também a gestão, a informática, a investigação e a formação.

Também Conill (*cit. in* Sacardo, 2009) reflecte a ideia de sistemas de saúde compostos não apenas pelos recursos disponíveis, mas também por valores e decisões de natureza política.

Os conceitos de política de saúde mais vezes abordados são: universalidade, acessibilidade, equidade, solidariedade e liberdade de escolha. Sem prejuízo da abordagem mais completa efectuada no ponto referente aos princípios e valores dos sistemas de saúde, parece útil rever as noções aí clarificadas:

- *Universalidade* é a capacidade do sistema de saúde abranger todos os cidadãos, independentemente das suas condições sociais e económicas.
- *Acessibilidade* é a possibilidade que tem o utilizador do sistema de saúde de obter a prestação de cuidados no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado.
- *Equidade* é o princípio que norteia a distribuição da prestação de cuidados de saúde, tendo como objectivo compensar ou superar as desigualdades individuais existentes, ou seja, distribuindo recursos em função das necessidades, independentemente das capacidades financeiras das pessoas.
- *Solidariedade*, do ponto de vista económico, verifica-se quando se transferem custos de uma classe para outra.
- *Liberdade de escolha* é a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de escolher livremente o prestador de cuidados.

De notar que estes conceitos, bem como os de eficácia e eficiência, referidos anteriormente, estão interligados e influenciam-se uns aos outros. A PAHO (2007), em relação aos sistemas de saúde da maioria dos países da região identifica os respectivos valores (universalidade, solidariedade, equidade, dignidade, desenvolvimento sustentável e governabilidade democrática), princípios (eficiência, eficácia, qualidade, participação/controlo social, integridade de assistência, interculturalidade, descentralização e transparência) e propósitos (protecção da saúde e melhoria da qualidade de vida, redução de desigualdades e iniquidades, dirigir os serviços às necessidades das pessoas, protecção financeira, satisfação de expectativas e respeito pela dignidade das pessoas).

No que respeita à gestão, os temas abordados são, habitualmente: autonomia de gestão, estrutura orgânica dos hospitais, tipologia do emprego, propriedade e administração das unidades.

Em resumo, conclui-se pela existência de quatro componentes dos sistemas de saúde: Estado, população/empresas, responsáveis pela gestão dos dinheiros aplicados no Sector e prestadores de cuidados de saúde. Percebe-se também a existência de três tipos de fluxos que se estabelecem ente eles: financeiros, de serviços e de informação. Deixar-se-á para o ponto relativo à construção do modelo de análise, a identificação pormenorizada das variáveis (componentes e fluxos) e do respectivo leque de valores que podem assumir.

5.3.3. O modelo Bismarck e os sistemas de saúde liberais

Do ponto de vista da teoria económica, os modelos liberais deixam ao mercado a decisão sobre a afectação de recursos necessários à produção e distribuição de bens, bem como a fixação do preço destes, que resulta do jogo da oferta e da procura.

Para os defensores do liberalismo económico, o Estado não deve intervir no mercado, salvo excepcionalmente. Este, segundo eles, consegue, por si só, encontrar o preço mais justo e o nível ideal da oferta.

O primeiro modelo de protecção social ficou ligado a Otto von Bismarck, chanceler alemão, que promulgou em 1883, 1884 e 1889 legislação sobre seguros de saúde, de acidentes de trabalho e de velhice e invalidez. Estas medidas poderão ter sido tomadas por razões económicas (melhoria da produtividade), mas também devido a motivos políticos (reduzir o peso que os partidos mais à esquerda e os sindicatos tinham sobre os trabalhadores).

O Sistema de Saúde gerado por essa legislação não era universal, nem abrangia toda a gama de cuidados. Era ainda um modelo embrionário, liberal e financiado por seguros, mas que daria origem à construção do Estado Providência (Graça, 2000e).

O quadro que se segue explicita os beneficiários abrangidos por cada tipo de seguro social, os seus benefícios, a duração das coberturas, os contribuintes e as instituições de apoio. Permite, por isso, perceber a extensão dos apoios concedidos pelo governo de Bismarck.

QUADRO 5-1 – OS SEGUROS SOCIAIS OBRIGATÓRIOS DE BISMARCK

	SEGURO DE SAÚDE (1883)	SEGURO DE ACIDENTES (1884)	SEGURO DE VELHICE E INVALIDEZ (1889)
BENEFICIÁRIOS	Trabalhadores, excluindo a família (incluída a partir de 1909)	Trabalhadores	Trabalhadores, empregados com um rendimento até 2.000 marcos *per capita*, não incluindo a família
BENEFÍCIOS	Tratamento médico gratuito, subsídio de doença em caso de incapacidade para o trabalho, até ½ salário	Custo do tratamento médico, subsídio em caso de incapacidade temporária; pensões em caso de incapacidade permanente	Pensões de invalidez em caso de incapacidade permanente ou de longa duração (> 1 ano); pensões de velhice depois dos 70
DURAÇÃO	Subsídio de doença durante 13 semanas (26 a partir de 1913)	Tratamento médico e pensões durante 14 semanas	Pensão de invalidez: 5 anos de contribuição como período de espera; Pensão de velhice: 30 anos de contribuições
CONTRIBUINTES	2/3 pelo segurado e 1/3 pela entidade patronal	Empregadores	Metade pelo trabalhador e outra metade pelo patrão; contribuição do Estado de cerca de 50 marcos (por pensão per capita)
INSTITUIÇÕES DE APOIO	Fundamentalmente fundos de seguros locais ou auto administrados	Associações patronais, subdivididas por sectores industriais	Instituições públicas, regionais, de seguros

Fonte: Adaptado a partir de Machtan, (cit. in Graça 2000e, p. 2)

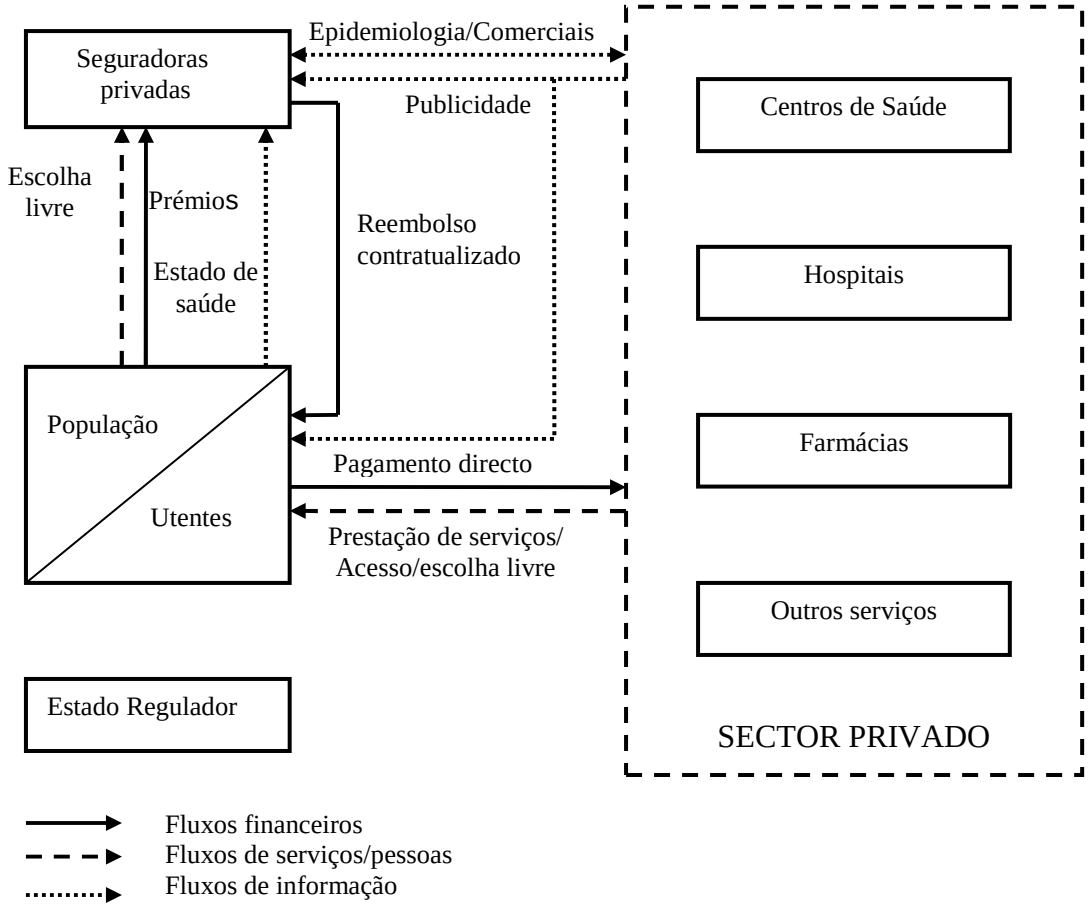
O modelo Bismarck é por vezes designado como liberal, porque tem uma componente mais forte dos privados, um menor papel atribuído ao Estado e assenta nas forças concorrenciais do mercado, quer no que respeita aos prestadores, quer aos gestores de recursos financeiros. Na verdade, o modelo *bismarckiano* está longe de ser um sistema liberal puro. A designação, muito utilizada, serve para o enquadrar do ponto de vista conceptual. Neste aspecto seguiu-se, parcialmente[114], a classificação de sistemas de saúde apresentada por Graça (2000e), dividindo-os em: liberais, os que contemplam a medicina liberal e os seguros de doença; planificados, os do tipo Serviço Nacional de Saúde e os estatais (até há pouco tempo em vigor nos países comunistas).

[114] Graça (2000e) admite quatro sistemas de saúde: medicina liberal; mistos (medicina liberal mais seguros de doença); tipo SNS; estatais. Mas ele próprio reconhece, que o sistema de saúde liberal dos EUA tem programas de seguros de doença e que os estatais deixaram de funcionar na sua plenitude. Daí a opção que se fez ao considerar apenas dois modelos.

O diagrama seguinte descreve um modelo liberal no seu estado puro, hoje impossível de encontrar, mas que reflecte, do ponto de vista teórico, um dos pontos de partida desta análise.

O modelo liberal puro assenta em serviços de saúde privados e é financiado por seguros voluntários. O mercado é em tudo idêntico ao de qualquer outro bem. O papel do Estado é bastante limitado, cingindo-se à regulação simples do sistema. A generalidade dos autores concorda que as unidades de saúde são mais eficientes, a liberdade de escolha maior, mas que a universalidade, a equidade e acessibilidade são prejudicadas.

FIGURA 5-7 – SISTEMA DE SAÚDE LIBERAL



Fonte: Adaptado a partir de Béresniak e Duru (1999)

5.3.4. O modelo Beveridge e os sistemas de saúde planificados

Nos modelos planificados puros o mercado não tem qualquer influência sobre a oferta de cuidados de saúde. Esta é definida e organizada pelos governantes, tal como acontece com o preço dos bens e serviços.

Na Grã-Bretanha os seguros obrigatórios contra a doença (*National Insurance Act*) datam de 1911, tendo entrado em vigor em 15 de Julho de 1912. As pensões de velhice (*Old Age Pension's* – não financiadas por contribuições obrigatórias) são de 1908 e os seguros contra o desemprego (*Unemployment Insurance Act* – só para alguns sectores de actividade), de 1912.

A alteração do modelo de assistência social em Inglaterra não foi pacífica. Desde o Século XVI que existiam as designadas *Poor Laws*, cujo objectivo era prestar ajuda a pobres, vagabundos e mendigos, entre outros.

Em 1834, uma nova legislação (nova *Poor Law*) alterou significativamente o processo organizativo, transferindo a responsabilidade da ajuda das paróquias para o poder central, o que favoreceu o aparecimento de inúmeras *workhouses* (espécie de hospícios). Apesar de ter entrado em declínio a partir de inícios do Século XX, este sistema só foi formalmente abolido em 1948, aquando da reforma da lei de assistência.

Beatrice Webb já tinha proposto, em 1909, o desmantelamento da Poor Law, com o argumento que sendo a pobreza de origem social, se deveria combater as suas causas, adoptando medidas de natureza social, como por exemplo a criação de serviços médicos do Estado (Graça, 2000d). As suas ideias, se bem que não tenham sido postas em prática, tiveram uma forte influência no período seguinte, como se pode constatar pelas reformas introduzidas por Lloyd George, já mencionadas (*National Insurance Act* e o *Unemployment Insurance Act*).

Em 1942 foi apresentado[115] ao parlamento inglês o célebre Plano Beveridge (*Social insurance and allied services*), que dará origem, com a vitória dos trabalhistas nas eleições de 1945, ao *National Insurance Act* (1946) e ao *National Health Service* (1948). É o início de uma forte intervenção estatal nos sectores da segurança social e da saúde. Nasce o Estado Providência inglês, que servirá de modelo aos mais modernos sistemas de saúde e que é mais completo e abrangente que o alemão.

Contudo, como afirma Guedes (s.d.), a tradição social em Inglaterra tinha já uma longa história, tendo produzido, ainda no Século XIX, vasta legislação de assistência e previdência social, conforme, aliás, se deduz do mencionado anteriormente. Mas era uma legislação dispersa e não uniforme, que não abrangia a totalidade dos cidadãos e

[115] O Plano foi fortemente contestado, quer à direita, quer à esquerda. No Parlamento, onde também mereceu a desconfiança de conservadores e trabalhistas, no dia da sua apresentação, votou-se, por uma maioria de mais de 200 votos, incluindo os de alguns trabalhistas, o seu adiamento (Guedes, s.d.).

originava a descoordenação dos seguros sociais existentes. E ainda, segundo o mesmo autor, tinha limitações no que respeita aos serviços clínicos e à maternidade.

Em Junho de 1941, foi criado pelo governo inglês[116] um "Comité Inter-ministerial *(Inter-departamental)* de Seguros Sociais e serviços afins *(allied)*" (Guedes, s.d., p. 121), presidido por Sir William Beveridge. Pretendia-se que o grupo de trabalho efectuasse um resumo dos esquemas nacionais de seguros sociais e serviços idênticos e propusesse a legislação que entendesse mais adequada.

Por essa altura, os seguros sociais públicos abrangiam os riscos de doença (para trabalhadores por conta de outrem), desemprego, velhice, viuvez e eram pagos por operários e patrões. Os seguros contra acidentes de trabalho não faziam parte desse pacote. O número de entidades envolvidas na organização dos sistemas sociais era elevado.

O Relatório Beveridge assume que é chegado o tempo de nacionalizar o serviço de seguro contra a doença, uma vez que não há garantia de se atingir os padrões mínimos definidos para o todo nacional, bem como devido aos custos desnecessários para os segurados.

O documento cita ainda mais algumas desvantagens do modelo de então, nomeadamente as ocasionadas pela mudança de residência dos segurados, pelo conflitos de interesses entre as seguradoras, pela montanha de reclamações, pela dificuldade de avaliação dos prémios e respectivos benefícios e pela falta de informação dos segurados (Guedes, s.d.).

A somar a esta recomendação, defende a necessidade do Estado garantir a segurança do sistema, quer ao nível do financiamento (prémio do seguro), quer da prestação do serviço. Trata-se de uma viragem significativa em relação às situações precedentes, que parte do pressuposto que, apesar da evolução económica e do nível de vida, a pobreza continua a ser um flagelo.

Resulta ainda do Relatório, que é necessária a intervenção do Governo de forma a garantir que o Plano de Seguros Sociais seja suportado por operários, patrões e pelo próprio Estado, e que contemple as pessoas e os riscos até então excluídos do sistema. Prevê ainda a criação de um Serviço Nacional de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

[116] Governo chefiado por Winston Churchill.

Assume-se também que, por razões de equidade, o prémio de seguro não será calculado em função do risco de saúde do seu subscritor. Perante o seguro social todos os cidadãos serão iguais. Contudo, o financiamento assentaria em duas vertentes: uma taxa fixa e outra dependente do nível de rendimento do segurado.

No caso específico dos cuidados de saúde a fornecer aos cidadãos ingleses, o Relatório Beveridge previa que o Tesouro Nacional e certas taxas locais cobririam o custo dos respectivos serviços (Guedes, s.d.). O Serviço Nacional de Saúde inglês será, por isso, financiado por impostos e universal (Cabral, 2010a).

O quadro seguinte é elucidativo da previsão de despesas e repartição do financiamento, bem como da evolução expectável, no Reino Unido, entre 1945 e 1965 (previsão).

QUADRO 5-2 – PLANO BEVERIDGE – EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO

ORIGEM DA RECEITA *(milhões de libras)*	**1945**		**1965**	
	VALOR	**%**	**VALOR**	**%**
Tesouro Nacional e Taxas locais	265	61,3	519	60,5
Segurados	69	16,0	192	22,4
Patrões	83	19,2	132	15,4
Outras verbas (juros, …)	15	3,5	15	1,7
TOTAL	**432**	**100,0**	**858**	**100,0**

Fonte: Adaptado a partir de Guedes (s.d.)

Como se pode verificar a parcela mais importante (60,5%) do financiamento provém do Tesouro Nacional e das Taxas Locais, tal como acontecia antes do Plano Beveridge. Em termos relativos a contribuição que verifica uma maior subida é a dos segurados.

Não se deverá esquecer que o Fundo de Seguro Social fará a gestão dos dinheiros dos seguros sociais, enquanto os serviços de assistência serão pagos pelo Tesouro Nacional. A evolução em valor absoluto das verbas despendidas pelo Tesouro Nacional e Taxas Locais, motivada pela maior abrangência do modelo, é significativa.

O Relatório (parágrafo 457º) é claro no que respeita aos princípios da solidariedade e da dignidade humana a que obedece (Beveridge, *cit. in* Guedes s.d., p. 221):

> O Plano de Segurança Social é primeiro, antes de mais, um método de redistribuição do rendimento… Realiza-se facilmente que, materialmente, tudo o que seja abaixo do que aqui é sugerido em matéria de benefícios e pensões, se não pode justificar no campo científico, por não ser adequado à subsistência humana.

O parágrafo 19º do Relatório aborda o princípio da universalidade dos cuidados de saúde (Beveridge, *cit. in* Guedes s.d., p. 253): "Será dado a todos os cidadãos tratamento médico por um serviço nacional de saúde organizado no Ministério da Saúde". O parágrafo 30º assume a generalidade do sistema ao afirmar que o serviço médico abrangerá "toda a espécie de tratamento e todas as formas de inabilidade…" (Beveridge, *cit. in* Guedes s.d., p. 260).

Em resumo, em 1948 nasceu no Reino Unido um sistema de saúde universal, geral, gratuito no ponto de consumo e financiado através de impostos, por norma considerado, do ponto de vista conceptual, como um modelo planificado. Caracteriza-se ainda por uma forte intervenção do Estado, serviços de saúde (principalmente hospitais) públicos e gestores de recursos também públicos.

O diagrama seguinte descreve esse modelo no seu estado puro, hoje impossível de encontrar, mas que reflecte, do ponto de vista teórico, um dos pontos de partida desta análise.

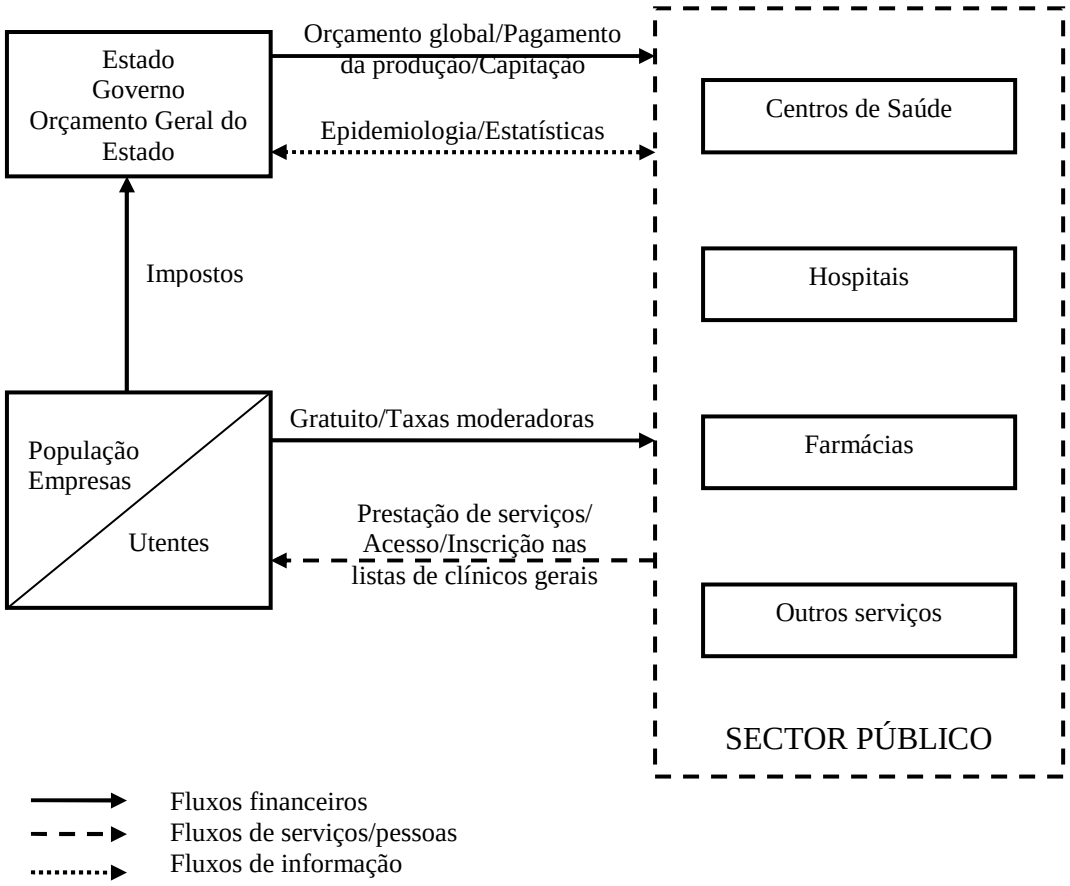
O modelo planificado é financiado por impostos e os serviços de saúde são públicos. O Estado assume diversos papéis (proprietário, administrador, gestor dos recursos financeiros e regulador).

Promotor da universalidade, equidade e solidariedade, o modelo peca por ser menos eficiente (na opinião da generalidade dos autores) e por não atender à liberdade de escolha dos cidadãos. Considera a saúde como um bem especial, que não se pode deixar ao sabor dos mecanismos de mercado tradicionais.

A criação deste modelo de sistema de saúde, universal e solidário, decorre após a Segunda Guerra Mundial, durante a qual o Reino Unido havia sido bombardeado, sofrendo pesadas consequências materiais e humanas. A participação do seu exército da guerra deu origem, também, a inúmeros mortos e feridos.

Neste contexto, prestar assistência aos sobreviventes, principalmente aos estropiados, às vítimas de doenças crónicas e às famílias dos que tinham morrido em defesa da pátria era da mais elementar justiça. Dito de outra forma, para a generalidade dos ingleses a reforma da Saúde veio na altura certa, num momento de particular necessidade, mas também de abertura de todos para as respectivas mudanças.

FIGURA 5-8 – SISTEMA DE SAÚDE PLANIFICADO



Fonte: Adaptado a partir de Béresniak e Duru (1999)

5.4. Classificação dos sistemas de saúde

A classificação dos sistemas de saúde é cada vez mais complexa. Já não há modelos puros, sejam eles liberais ou planificados. Sucessivas reformas foram introduzindo pequenas variações em cada um dos modelos. Por outro lado, constata-se também uma enorme variedade de critérios de classificação, consoante a óptica de abordagem do problema, sendo os mais frequentes os ligados à propriedade dos serviços, ao financiamento e aos critérios de pagamento e distribuição de fundos. Apesar disto, os diferentes modelos aproximaram-se, no que às suas características essenciais respeita. Apenas seguiram caminhos diferentes: mais ou menos imaginativos; mais ou menos longos!

Um sistema de saúde é hoje um conjunto complexo de componentes e fluxos. Veja-se o caso português. A nível macro, o modelo é composto por quatro tipos de subsistemas: o subsistema SNS; subsistemas públicos tipo seguro social obrigatório (exemplo: ADSE; IASFA); subsistemas privados, também do tipo de seguro social (exemplo: Caixas de

Previdência; Mutualidades); seguros de saúde privados e voluntários. Verifica-se então a coexistência de serviços públicos e privados e de idênticas modalidades de financiamento. Mas há também, claramente, quanto a este último, fontes assentes em impostos e em seguros. As modalidades de pagamento e de distribuição de recursos são também muitas. Em resumo, estar-se-ia perante um sistema misto - como mistos seriam todos os outros que se analisassem.

Contudo, parece indiscutível que o modelo português foi beber a sua inspiração ao inglês. Dito de outra forma, é do tipo Beveridge. Porquê? Porque o seu principal subsistema, o SNS, é universal, solidário, essencialmente financiado por impostos, dotado de serviços de saúde (os mais importantes) maioritariamente públicos e sujeito a forte intervenção do Estado. É certo, que hoje tem também a participação de privados, gestão do tipo empresarial e mecanismos de competição no próprio interior do sector público. Mas isso, à semelhança do modelo inglês, que também seguiu processo idêntico, não lhe eliminou a fonte de inspiração, Beveridge, bem patente nos 100% da população pertencente ao SNS.

Ferreira (1989) considera a existência de quatro grupos de sistemas de saúde, que designa por: Liberal; Previdência ou Segurança Social; Nacional; Socialista.

O primeiro assenta na livre iniciativa, complementada, residualmente, pela intervenção do Estado e de organizações de caridade ou profissionais. Este modelo, que o autor designa, de forma mais completa, por Sistema Misto Baseado na Medicina Liberal Individualizada e Organizada, assenta os cuidados de saúde na medicina liberal, na liberdade de escolha do cidadão, na coexistência de prestadores públicos e privados, em seguros privados voluntários, na não universalidade do sistema e na existência de fundos públicos que apoiam apenas algumas pessoas mais necessitadas. O exemplo apontado é o dos EUA.

O segundo assenta no seguro de doença, abrangendo determinados grupos profissionais ou, por vezes, a generalidade da população. O seguro pode ser facultativo ou obrigatório e gerido por entidades públicas ou privadas, por norma sujeito a controlo estatal. Este segundo grupo de sistemas de saúde, que Ferreira (1989) também designa por Sistema Misto de Saúde Baseado na Coexistência da Medicina Liberal e Seguros de Doença também não é necessariamente universal, se bem que muitas pessoas estejam cobertas por seguros de doença, por vezes obrigatórios e ligados a determinadas profissões, geridos por caixas de seguros semi-públicas. Há também liberdade de escolha do

cidadão e prestadores públicos e privados. Habitualmente, os doentes pagam as suas despesas de saúde, sendo depois reembolsados. Existe uma maior intervenção do Estado no planeamento dos cuidados de saúde e na contenção das despesas.

O terceiro é do tipo inglês, ou seja, financiado por impostos, organizado pelo Estado e suportado por prestadores públicos ou privados, que estabeleçam acordos com a entidade gestora do sistema. Por norma, os médicos de clínica geral são independentes e têm acordos com o Estado para prestação de cuidados aos cidadãos inscritos nas suas listas, tendo estes liberdade de escolha do médico. Os médicos hospitalares podem ser funcionários, coexiste um sector privado com alguma importância e o Estado tem um papel fundamental no sistema, garantindo a toda a população os cuidados de saúde necessários.

O quarto, suportado por impostos, é integralmente público, quer no que respeita aos recursos humanos, quer materiais. Trata-se do modelo comunista, que foi característico de países como a União Soviética, Cuba e Albânia. Os cuidados de saúde são gratuitos e os trabalhadores do Sector são funcionários. Há universalidade e a intervenção do Estado abrange todas as áreas, todos os programas e todo o tipo de cuidados.

Esta classificação é interessante e abrange a totalidade dos sistemas de saúde. Contudo, peca por incluir no segundo caso um leque muito vasto e diversificado de modelos, bem como por não individualizar os critérios de pagamento, hoje fundamentais, tendo em conta a necessária sustentabilidade.

Escoval (1999) considera dois modelos de sistemas de saúde: os do tipo SNS e os de Mercado de Livre Concorrência. O primeiro caracteriza-se por ser universal, geral, gratuito no ponto de utilização, financiado através de impostos ou contribuições obrigatórias e servido por prestadores públicos. O segundo está assente em prestadores privados e em pagamentos directos ou indirectos (através de seguros) efectuados pelos utilizadores. Poder-se-ia ainda dizer que não obedece aos valores citados anteriormente e que, ao contrário do primeiro, não tem na solidariedade um dos seus princípios basilares.

O modelo tipo SNS decompor-se-ia em três tipos: Estado pagador/prestador, Estado pagador e Estado prestador, consoante os papéis desempenhado por este último.

Conforme já se referiu no Capítulo IV, acerca do financiamento do sistema de saúde e do pagamento aos prestadores, Hurst (1992), considera duas modalidades de

financiamento (financiamento voluntário e financiamento obrigatório) e quatro de pagamento (pagamento pelo consumidor não segurado, pelo consumidor posteriormente reembolsado, por terceiros com base em contrato e por orçamento dentro de uma organização integrada). Os sistemas de saúde poderiam então ser classificados com base na matriz daí resultante. Contudo, uma das hipóteses possíveis, o pagamento integral obrigatório pelo próprio doente, segundo o autor, raramente se encontra. O leque de opções para classificar os sistemas de saúde fica então reduzido a sete possibilidades:

- Pagamento integral voluntário pelo doente;
- Modelo de reembolso por um seguro voluntário[117];
- Modelo de reembolso por um regime público obrigatório;
- Modelo de seguro voluntário com contrato;
- Modelo de seguro público obrigatório com contrato;
- Modelo voluntário integrado;
- Modelo público integrado.

Hurst (1992) acrescenta a esta taxonomia a possibilidade de nos sistemas obrigatórios haver dois tipos de financiamento e de gestor de fundos:

- Financiamento por contribuições principalmente baseadas sobre salários geridos por caixas de doença quase autónomas;
- Financiamento principalmente por impostos gerido por organismos públicos centrais ou locais.

Consciente, contudo, que esta classificação não engloba as técnicas ou métodos de pagamento aos prestadores, apresenta para estes a seguinte classificação:

- Honorários por acto;
- Capitação;
- Salários (em função do tempo)
- Pagamento por doente (aos hospitais);
- Pagamento por dia (idem);

[117] Ao contrário de Simões (2004), conforme se pode verificar no ponto 4.3., o termo reembolso é utilizado nesta classificação apenas no conceito de restituição ao utente de despesas que este efectuou com os serviços de saúde.

- Orçamentos fixos globais (idem).

O quadro seguinte (disposto em duas páginas) explana as diferenças entre os sete sistemas de saúde acima descritos, exclusivamente de acordo com as anotações de Hurst (1992). A menção à concorrência entre seguradoras ou prestadores significa que também os cidadãos têm possibilidade de escolha. Quando a mesma é limitada ou inexistente, o facto também é explicitado. Em alguns casos, a possibilidade de um determinado acontecimento é tão limitada, que se entendeu razoável não o considerar.

QUADRO 5-3 – COMPARAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

SISTEMAS DE SAÚDE	ESTADO VALORES	GESTORES DE FUNDOS	PRESTA – DORES	FINANCIA – MENTO	EXEMPLOS
Pagamento voluntário integral pelo doente	Não há equidade; Não há solidariedade.	Não existem.	Privados; Concorrência.	Pagamento directo; Pagamento por acto.	Compra de medicamentos sem receita; Consultas médicas privadas
Reembolso por seguro voluntário	Não há equidade; Não há solidariedade.	Seguradoras; Concorrência.	Privados; Concorrência; Sem contrato com as seguradoras.	Reembolso dos doentes; Pagamento por acto; Possibilidade de taxa moderadora.	Seguros complemen - tares de saúde.
Reembolso por regime público obrigatório	Há equidade. Há solidariedade.	Caixas de seguro de doença; Não há concorrência (taxas uniformes).	Concorrência; Sem contrato com as seguradoras.	Prémios em função do rendimento, com apoio aos mais pobres; Reembolso dos doentes; Pagamento por acto; Possibilidade de taxa moderadora.	Alguns sistemas de saúde (França e Bélgica) têm ainda algumas características deste modelo.
Seguro voluntário com contrato	Não há equidade; Não há solidariedade.	Concorrência; Seguradoras autónomas, pertença de médicos ou de consumidores .	Com contrato com as seguradoras; Liberdade de escolha limitada.	Pagamento ao acto ou por segurado. Possibilidade de taxa moderadora.	Associações profissionais liberais e consultórios de grupo com pré-pagamento – sector privado de Espanha

SISTEMAS DE SAÚDE	ESTADO VALORES	GESTORES DE FUNDOS	PRESTA – DORES	FINANCIA – MENTO	EXEMPLOS
Seguro público obrigatório com contrato	Há equidade. Há solidariedade. (Por norma).	Caixas de seguro de doença, Estado ou prestadores de primeiro recurso[118]; Não há concorrência.	Concorrência; Públicos ou privados.	Prémios em função do rendimento com apoio aos mais pobres; Pode ser financiado por imposto; Pagamento ao acto ou por segurado.	Médicos de primeiro recurso (Reino Unido, Alemanha, Holanda, …)
Modelo voluntário integrado	Não há equidade; Não há solidariedade.	Seguradoras; Concorrência.	Integração vertical entre prestadores e seguradores. Liberdade de escolha limitada.	Prémios calculados em função do conjunto de segurados; Pagamento com base no orçamento e em salários	Grupos multidisciplinares pré pagos (HMO, típicas dos EUA)
Modelo público integrado	Há equidade. Há solidariedade.	Entidade organizada pelo Estado; Não há concorrência	Na sua maioria são públicos; Não há concorrência.	Financiado por impostos ou seguros sociais; Pagamento com base no orçamento e em salários.	Espanha e hospitais públicos em França e na Irlanda.

Fonte: Adaptado a partir de Hurst (1992)

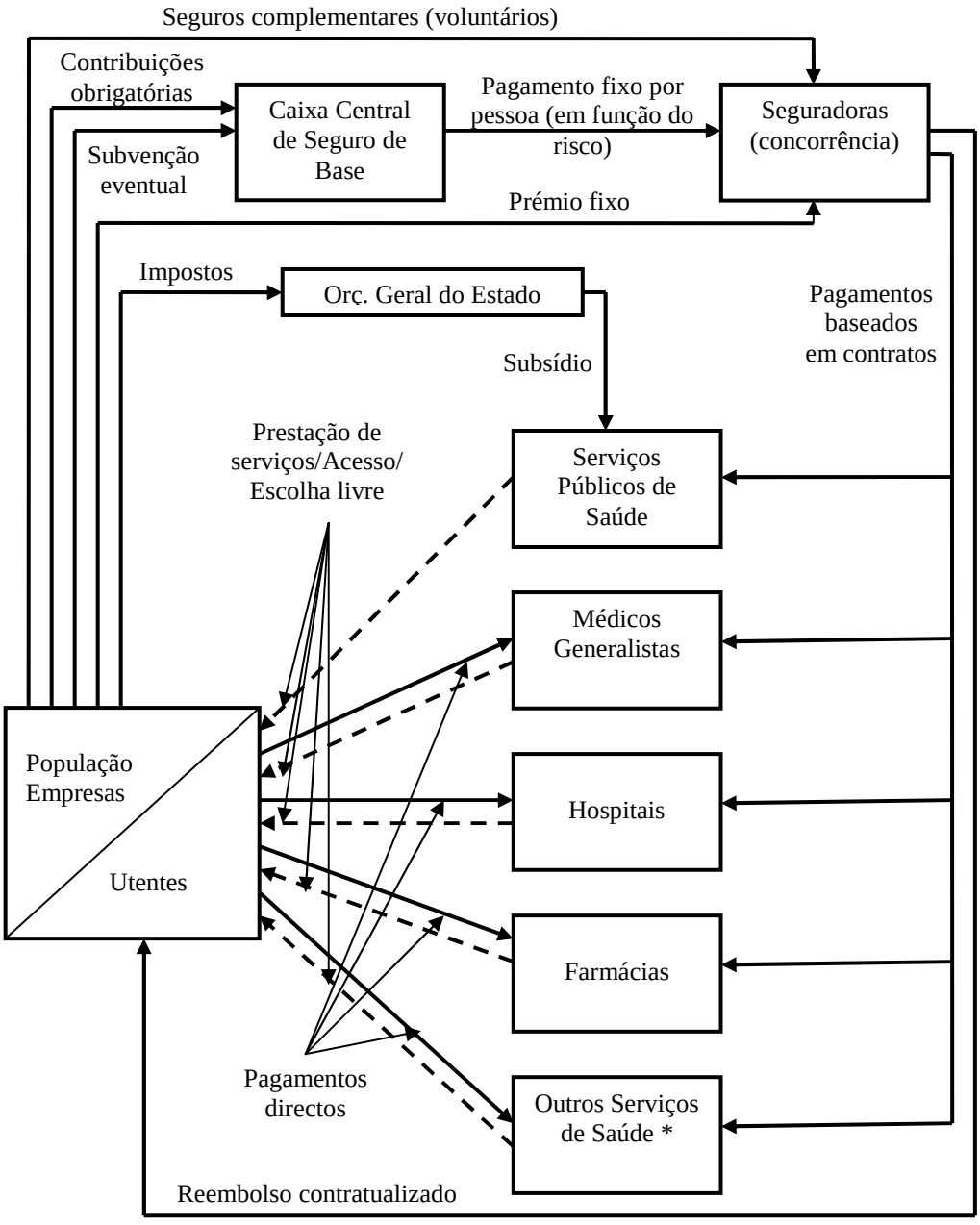
Há sempre a possibilidade de um país ter um sistema de saúde misto (com procedimentos inerentes a diversos modelos vistos no quadro anterior), o que é, aliás, a regra. Em particular, no que respeita às seguintes variáveis:

- Financiamento por seguros públicos obrigatórios em conjunto com seguros privados voluntários e complementares;
- Pagamentos ao acto, com base em orçamentos globais ou de base capitacional, tanto para os hospitais, como para os cuidados primários;
- Prestadores públicos e prestadores privados;
- Financiamento por seguros complementado com verbas resultantes da cobrança de impostos;
- Diferentes entidades gestoras de fundos (públicas, privadas e semi-públicas), o que muitas vezes depende do patamar de decisão em questão.

[118] Segundo Hurst (1992), os prestadores de primeiro recurso são os médicos de clínica geral e os farmacêuticos aquando da venda de medicamentos sem receita médica. Os de segundo recurso são os hospitais e os farmacêuticos pela venda de medicamentos sujeitos a receita médica.

Nem sempre os sistemas de saúde são tão fáceis de representar quanto os esquemas relativos aos modelos liberais e planificados vistos anteriormente. Aliás, como se referiu na altura, esses são modelos teóricos puros e, portanto, mais simples. Veja-se na figura seguinte o exemplo do sistema de saúde holandês.

FIGURA 5-9 – SISTEMA DE SAÚDE HOLANDÊS



* Inclui: Serviços psiquiátricos e para deficientes mentais; Cuidados ao domicílio; Casas "medicalizadas"; Serviços sociais.

Fluxos financeiros
Fluxos de serviços/pessoas

Fonte: Adaptado a partir de Hurst (1992)

Algumas notas sobre o sistema de saúde holandês (Hurst, 1992):

- As contribuições obrigatórias ligadas ao rendimento equivaleriam a 85%[119] do financiamento, enquanto os prémios fixos se ficariam pelos 15%.

- A Caixa Central pagaria à companhia de seguros escolhida pelo cidadão um prémio ponderado pelo risco.

- O segurado pagaria um prémio fixo, pré-determinado, o que incitaria as seguradoras à concorrência, já que procurariam estabelecer uma relação prémio/oferta de serviços a mais vantajosa possível.

- A conjugação das três alíneas anteriores permite que o sistema de saúde holandês seja em grande parte solidário (contribuições ligadas ao rendimento com um peso de 85%), mas também promotor da concorrência e, consecutivamente, da eficiência (as seguradoras estão em concorrência). A função da Caixa de Seguro Central é, exactamente, a de possibilitar essa conjugação de objectivos e a de evitar que o cidadão mais vulnerável, quer do ponto de vista financeiro, quer no que respeita à sua saúde, seja discriminado negativamente.

5.5. Avaliação dos sistemas de saúde

A pressão colocada sobre os responsáveis pelos sistemas e pelas unidades de saúde, num contexto de profundas mudanças nos modelos de gestão, da atenção dada aos resultados e de incentivos à eficiência e à redução de custos, conduziu à avaliação do comportamento dos serviços públicos.

Deixou de ser suficiente apenas o controlo financeiro, já exercido há bastante tempo. As auditorias do desempenho organizacional passaram a abranger também temas como a economia, a eficiência, a eficácia, tendo sempre como base a comparação entre os objectivos fixados e os resultados obtidos (avaliação dos resultados) e a forma como a organização procedeu à combinação dos recursos (avaliação dos processos). Paralelamente, passou-se a medir o grau de satisfação dos utentes e a utilizar o *benchmarking*, que possibilita a aferição do trabalho de uma organização no contexto das outras empresas do grupo.

Para dar resposta, pelo menos a parte destes princípios, surgiu, em 2007, o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho, promulgado pelo Decreto-Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro (Coelho, 2010).

[119] Este era o objectivo do plano Dekker. Mais tarde, o plano Simons fixaria este valor entre 96% e 98%,

A avaliação é hoje, pois, um procedimento entendido com normalidade pelos gestores da Saúde, eles, tal como os utentes dos serviços, cada vez mais exigentes e mais interessados em conhecer em pormenor o funcionamento das instituições que gerem, para o poderem melhorar. Estes interesses, aliados à necessidade de contenção dos custos, promoção da eficiência e responsabilização crescente daqueles responsáveis, fizeram da avaliação no Sector da Saúde um processo normal.

Avaliar um hospital pressupõe o cálculo de diversos indicadores, que variam de acordo com o responsável pelo procedimento, mas que incluem, por norma, informação sobre a conjuntura, os recursos e os resultados. Estes parâmetros traduzem-se em indicadores, cada um deles com um peso específico na avaliação final.

A acreditação[120] é, em certo sentido, um procedimento de avaliação da actividade de uma instituição de saúde. Como refere Simões (2004, pp. 284 e 285):

> Enquanto a avaliação responde a uma lógica de resultados explícitos e de observação *a posteriori*, a acreditação permite reconhecer *a priori* que uma determinada entidade satisfaz um conjunto de critérios, garantindo previsivelmente uma certa qualidade dos serviços a prestar.

Deixou de ser suficiente apenas a observância dos pressupostos legais do exercício dos cargos e da administração dos bens públicos. Passou a ser também auditada e avaliada a gestão, os resultados, a eficiência, o cumprimento dos objectivos, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes. A administração pública modernizou-se – mais do que administrar, hoje é preciso gerir.

O problema da eficiência dos serviços públicos não é exclusivo de Portugal. Em 1993 apenas 16% dos americanos confiava na administração federal e o então presidente Bill Clinton afirmava que era necessário remodela-la e reinventa-la (Simões, 2004).

Paralelamente, desenvolveram-se também modelos de avaliação de sistemas de saúde, o que tem inteira justificação, não apenas na necessidade de analisar o equilíbrio entre a eficiência e a equidade, como resultado da adopção de medidas de contenção de gastos, mas ainda porque a evolução dos sistemas de saúde assim o determinou.

A OMS apresentou, relativamente ao ano 2000, um relatório em que avaliava os sistemas de saúde tendo por base os seguintes indicadores (World Health Organization, 2000 e Simões, 2004)[121]:

[120] A acreditação começou entre os anos 50 e 70 do Século XX e tem vindo a tornar-se cada vez mais exigente. Tem sido adoptada um pouco por todo o mundo desenvolvido, com especial referência para Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Espanha, Austrália, França e Portugal.

- *Nível geral da saúde* – Medido pela esperança de vida corrigida pela incapacidade;
- *Distribuição da saúde na população* – Medida pela mortalidade infantil;
- *Nível geral da resposta*[122] – Medido pela recolha da opinião de informadores chave e por inquéritos à população;
- *Distribuição da resposta*[123] – À semelhança do anterior, foi medida pela recolha da opinião de informadores chave e por inquéritos à população;
- *Repartição da contribuição financeira*[124] – Medida pela fatia do rendimento disponível que cada família disponibiliza para os seus cuidados de saúde.

A avaliação global da eficiência de um sistema de saúde seria medida pela relação entre os resultados obtidos e os recursos envolvidos. A OMS calculou também a eficiência através da comparação entre os recursos e o nível do estado de saúde da população. Este estudo originou uma forte discussão, tanto mais que o resultado obtido por alguns países foi muito diferente daquele que se esperava. Contudo, estes debates e a importância que assumiram, serviram para chamar ainda mais a atenção para a necessidade da avaliação.

Os resultados obtidos são um factor de crucial importância na avaliação dos sistemas de saúde. Afinal, os seus objectivos últimos são melhorar o nível geral de saúde dos cidadãos e reduzir as desigualdades entre estes.

A generalidade dos investigadores presta especial atenção à evolução de indicadores de mortalidade, bem como à esperança de vida, não apenas porque são mais fiáveis que os de morbilidade, mas também por que é neles que se pode constatar o desenvolvimento dos países ao longo das décadas. A luta contra a morte e o aumento dos anos de vida sempre foram o objectivo central das políticas de saúde.

---

[121] Nesta avaliação, Portugal obteve a seguinte classificação ao nível dos indicadores (pela mesma ordem com que são mencionados): 29º, 34º, 38º, entre o 53º e o 57º e entre o 58º e o 60º. Estes resultados são, em qualquer dos casos, os piores dentro a UE de então. Contudo, é curioso verificar que Portugal alcança o 13º lugar no que respeita à relação entre recursos e nível de estado de saúde, e o 12º no que concerne à comparação entre recursos e a realização global dos cinco indicadores (Simões, 2004).

[122] Este indicador procura reflectir o respeito (autonomia, dignidade e confidencialidade) dos sistemas de saúde para com as pessoas e a consideração que têm pelas suas preferências (prontidão da resposta, condições hoteleiras, acesso a serviços de apoio social e liberdade de escolha).

[123] Mede a distribuição do indicador anterior na população.

[124] Quociente entre as despesas com a saúde e as despesas não alimentares.

Os quadros que se seguem reflectem essa evolução para os países da União Europeia. Em primeiro lugar é apresentado o relativo à taxa bruta de mortalidade, entendida como a relação entre o número de óbitos ocorridos durante o ano e a população média desse ano. A média da União Europeia a 27 tem verificado uma melhoria consistente, se bem que a dispersão de valores, medida pelo desvio padrão, tenha aumentado de 1,40, em 1970, para 1,93, em 2009. Portugal tem oscilado, mas para este último ano, o seu valor está muito próximo da média da UE. Em 39 anos passou de 10,7 para 9,8 óbitos por 1000 habitantes.

QUADRO 5-4 – TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (UE-‰)

PAÍSES/ANOS	1970	1980	1990	2000	2009
DE - Alemanha	12	11,6	10	10,2	10,4
AT - Áustria	13,2	12,2	10,8	9,6	9,3
BE - Bélgica	12,3	11,5	10,4	10,2	9,7
BG - Bulgária	9,1	11,1	12,5	14,1	14,2
CY - Chipre	9,8	9,3	8,4	7,7	6,5
DK - Dinamarca	9,8	10,9	11,9	10,9	9,9
SK - Eslováquia	9,3	10,2	10,3	9,8	9,8
SI - Eslovénia	10,1	9,9	9,3	9,3	9,2
ES - Espanha	8,3	7,7	8,6	9	8,3
EE - Estónia	11,1	12,3	12,4	13,4	12
FI - Finlândia	9,6	9,3	10	9,5	9,3
FR - França	10,7	10,2	9,3	8,9	8,5
GR - Grécia	8,4	9,1	9,3	9,6	9,6
HU - Hungria	11,6	13,6	14	13,3	13
IE - Irlanda	11,4	9,8	8,9	8,2	6,5
IT - Itália	9,7	9,8	9,6	9,8	9,8
LV - Letónia	11,3	12,8	13,1	13,6	13,3
LT - Lituânia	8,9	10,5	10,8	11,1	12,6
LU - Luxemburgo	12,2	11,3	9,9	8,6	7,3
MT - Malta	10,1	10,2	7,8	7,6	7,8
NL - Países Baixos	8,4	8,1	8,6	8,8	8,1
PL - Polónia	8,2	9,8	10,2	9,6	10,1
PT - Portugal	10,7	9,7	10,3	10,3	9,8
UK - Reino Unido	11,8	11,7	11,2	10,3	9,1
CZ - República Checa	12,5	13,2	12,5	10,6	10,2
RO - Roménia	9,5	10,4	10,6	11,4	12
SE - Suécia	9,9	11	11,1	10,5	9,7
UE27 - União Europeia	**10,5**	**10,6**	**10,4**	**10**	**9,7**

Fonte: Adaptado a partir de www.pordata.pt

O quadro seguinte evidencia a evolução da taxa de mortalidade infantil. A base de dados consultada não apresenta valores para o conjunto da União Europeia a 27, mas uma simples observação permite concluir que todos os países obtiveram ganhos notáveis no período em análise.

Portugal é um bom exemplo disso. Em 1970 tinha o pior valor de entre os dados disponíveis: 55,5 ‰. Passados 39 anos esse indicador passou para 3,6 ‰ – um ganho de 51,9 vidas (durante o primeiro ano de vida) por cada 1000 crianças nascidas vivas.

O indicador português está hoje (2009) acima de países como a França, a Áustria, a Holanda ou o Reino Unido. A dispersão dos valores em torno da média também baixou significativamente: de 11,39, em 1970, para 1,94, em 2009.

QUADRO 5-5 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (UE-‰)

PAÍSES/ANOS	1970	1980	1990	2000	2009
DE - Alemanha			7	4,4	3,5
AT - Áustria	25,9	14,3	7,8	4,8	3,8
BE - Bélgica	21,1	12,1	8	4,8	3,4
BG - Bulgária	27,3	20,2	14,8	13,3	9
CY - Chipre				5,6	3,3
DK - Dinamarca		8,4	7,5	5,3	3,1
SK - Eslováquia	25,7	20,9	12	8,6	5,7
SI - Eslovénia		15,3	8,4	4,9	2,4
ES - Espanha		12,3	7,6	4,4	3,4
EE - Estónia	17,7	17,1	12,3	8,4	3,6
FI - Finlândia		7,6	5,6	3,8	2,6
FR - França			7,3	4,5	3,9
GR - Grécia	29,6	17,9	9,7	5,9	3,1
HU - Hungria	35,9	23,2	14,8	9,2	5,1
IE - Irlanda	19,5	11,1	8,2	6,2	3,2
IT - Itália			8,1	4,3	
LV - Letónia					7,8
LT - Lituânia	19,3	14,5	10,2	8,6	4,9
LU - Luxemburgo	24,9	11,5	7,3	5,1	2,5
MT - Malta	27,9	15,2	9,1	5,2	5,3
NL - Países Baixos			7,1	5,1	3,8
PL - Polónia			19,4	8,1	5,6
PT - Portugal	55,5	24,3	10,9	5,5	3,6
UK - Reino Unido				5,6	4,5
CZ - República Checa	20,2	16,9	10,8	4,1	2,9
RO - Roménia	49,4	29,3	26,9	18,6	10,1
SE - Suécia	11	6,9	6	3,4	2,5

Fonte: Adaptado a partir de www.pordata.pt

O último quadro desta série reflecte a esperança média de vida à nascença num conjunto de 21 países da União Europeia. A evolução é positiva para todos eles e a dispersão de valores segue um caminho errático, já que evoluiu de 1,84 para 2,55, entre 1970 e 1990, para depois baixar até 2,45, em 2008, último ano analisado.

Dos países seleccionados, a Espanha e a Suécia são os que apresentam uma maior esperança média de vida à nascença: 81,2 anos. O valor mais baixo pertence à Hungria (73,8 anos).

Portugal apresentava, em 1970, o valor mais baixo dos países seleccionados: 66,7 anos. Nesse ano, na Suécia atingia-se já os 74,7 anos. Como se vê, um atraso substancial. Nos 38 anos a que respeita o estudo, os portugueses viram a sua esperança média de vida, à nascença, subir até aos 79,3 anos – um progresso notável, que diz bem do desempenho do seu sistema de saúde.

QUADRO 5-6 – ESPERANÇA MÉDIA DE VIDA À NASCENÇA

PAÍSES/ANOS	1970	1980	1990	2000	2008
Alemanha	70,6	72,9	75,3	78,2	80,2
Áustria	70	72,6	75,6	78,2	80,5
Bélgica	71,1	73,3	76,1	77,8	
Dinamarca	73,3	74,3	74,9	76,8	78,8
Eslováquia	69,8	70,6	71	73,3	74,8
Eslovénia			73,3	75,5	78,8
Espanha	72	75,4	77	79,4	81,2
Estónia			69,6	70,6	73,9
Finlândia	70,8	73,6	75	77,7	79,9
França (*)	72,2	74,3	76,9	79	81
Grécia	72	74,5	77,1	78	80
Hungria	69,2	69,1	69,4	71,7	73,8
Irlanda	71,2	72,9	74,9	76,6	79,9
Itália		74	77,1	79,8	
Luxemburgo		72,8	75,6	78	80,6
Países Baixos	73,7	75,9	77	78	80,2
Polónia	70	70,2	70,7	73,9	75,6
Portugal	66,7	71,4	74,1	76,7	79,3
Reino Unido	71,9	73,2	75,7	77,9	
República Checa	69,6	70,4	71,5	75,1	77,3
Suécia	74,7	75,8	77,6	79,7	81,2

(*) 2008 – estimativa

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010)

Conill (*cit. in* Sacardo, 2009) refere que os sistemas de saúde divergem ainda muito em relação ao seu desempenho. A análise que se acaba de fazer demonstra que há ainda diferenças, mas também que as mesmas, pelo menos em parte, têm vindo a ser atenuadas.

A avaliação faz-se também pela comparação entre modelos de sistemas de saúde. A Euro Health Powerhouse (2009) refere uma certa vantagem dos modelos bismarckianos, apenas comparável com os pequenos países (nórdicos) de sistema beveridgeano, o que se traduz, entre outros aspectos, numa maior dificuldade de focalização nos valores do cliente. Aponta como razões: a dificuldade de organização e gestão do elevado número de profissionais de saúde e a sua baixa remuneração; a lealdade dos gestores ao poder político que os nomeou, ao invés da preferência dada aos clientes.

Mesmo assumindo que os critérios de avaliação são os correctos, a análise omite o facto dos sistemas tipo Beveridge terem promovido, com as reformas, uma alteração substancial de procedimentos, no que respeita à propriedade dos serviços de saúde, à legislação a que estão sujeitos e ao processo de contratualização, que visa fomentar a competitividade, mesmo entre serviços públicos, e premiar aqueles que se distinguirem. Os resultados têm demonstrado uma evolução positiva, mas ainda é cedo para avaliar com rigor a extensão do sucesso destas medidas.

Seja como for, o *Euro Health Consumer Índex*, publicação emitida pela entidade atrás referida, atribui uma importância bastante grande aos resultados na óptica dos clientes, que é, de facto, uma prioridade nos modelos bismarckianos, não valorizando tanto os resultados em saúde e as questões ligadas ao financiamento, entre outras.

5.6. Conclusões

A importância dos sistemas de saúde criados na Alemanha, em 1883, e na Inglaterra, em 1948, é enorme. Ainda hoje, a generalidade dos restantes países segue modelos identificados com um ou com outro.

Tendo em conta o que atrás ficou dito, parece possível tirar as seguintes conclusões:

- Os sistemas de saúde são sistemas físicos, complexos, abertos, com uma base conceptual bastante desenvolvida e compostos por matéria (recursos humanos, materiais e financeiros) e energia (conjunto de conhecimentos científicos e técnicos) que, interagindo, produzem informação (saúde, em sentido geral).

- Podemos então considerar, em sentido mais específico, que Sistema de Saúde é o conjunto organizado e articulado de instituições prestadoras de cuidados de promoção, recuperação e manutenção da saúde, e dos diversos fluxos financeiros, de serviços e de informação, prestados à população, sustentado em princípios políticos, económicos e sociais, cujo objectivo último é a melhoria dos resultados em saúde com a eficácia e a eficiência que os recursos disponíveis possibilitam.

- Para a obtenção de resultados, os sistemas de saúde são dotados de componentes entre os quais se estabelecem diversos fluxos. Consideramos no primeiro grupo o Estado, a População/Empresas, os Gestores de Recursos Financeiros e os Prestadores de Serviços, e no segundo grupo os fluxos financeiros, de serviços e de informação.

- Do ponto de vista teórico existem, no limite, apenas dois sistemas de saúde, o liberal e o planificado[125], assentes em concepções políticas, sociais e económicas diametralmente opostas. O primeiro, no seu estado puro, é composto por serviços de saúde exclusivamente privados que operam num mercado no qual o Estado tem um papel muito limitado. O financiamento da saúde assenta em seguros voluntários subscritos pelos cidadãos com possibilidade económica para o efeito. Existe liberdade de escolha e os mecanismos de mercado funcionam livremente. O segundo, também do ponto de vista teórico, é composto por serviços de saúde públicos inseridos num mercado no qual o Estado é proprietário, regulador, administrador e financiador. O financiamento é garantido pelos impostos pagos por empresas e cidadãos e o acesso aos serviços é universal, se bem que a liberdade de escolha esteja muito limitada. Como a intervenção reguladora do Estado é muito forte, os mecanismos de mercado, neste caso, não têm qualquer cabimento.

- Com o passar do tempo, os modelos reais fugiram aos estereótipos teóricos extremos, procurando conjugar as virtualidades de um e de outro e sendo quase sempre compostos por diversos subsistemas de saúde.

- Na prática, a classificação dos sistemas de saúde assenta exactamente nas questões do financiamento e do pagamento – pelo menos para a generalidade dos autores. Pode-se resumir o financiamento a duas modalidades (contribuições voluntárias ou obrigatórias) e o pagamento a quatro (pagamento pelo consumidor não segurado; pagamento com posterior reembolso pelo seguro; pagamento por terceiros com base em contratos; pagamento por orçamentos no interior de uma organização integrada). Daqui resultariam, no limite, oito modalidades possíveis, se bem que uma raramente se encontre. Trata-se do "pagamento integral obrigatório pelo doente", que conjuga o financiamento obrigatório com o pagamento integral pelo consumidor (Hurst, 1992).

- A avaliação dos sistemas de saúde e dos serviços de saúde, bem como a acreditação destes últimos, são hoje exigências fundamentais da legislação vigente em diversos países. As preocupações com a acessibilidade e a eficiência fizeram daqueles instrumentos o dia-a-dia da vida das instituições. Em termos dos principais

[125] Será esta, modelos planificados versus liberais, a base conceptual metodológica adoptada para demonstrar a convergência de modelos. Partir-se-á, contudo, de sistemas de saúde reais e, portanto, já não no seu estado puro.

indicadores de saúde é, contudo, evidente o progresso registado em todos os países analisados.

CAPÍTULO VI

PROBLEMAS ACTUAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

6.1. Introdução

Mossialos (*cit. in* Simões, 2004) publicou em 1997 um estudo sobre a opinião dos cidadãos da UE em relação à necessidade de reformas nos sistemas de saúde dos seus países. O quadro seguinte reflecte as respostas obtidas e reporta ao ano de 1996.

Se em termos globais a maioria dos europeus (54,1%) entende que o seu sistema de saúde funciona muito bem ou quase (necessita apenas de pequenos ajustamentos), as opiniões, país a país variam muito. Assim, 54,4% dos dinamarqueses vota no *muito bem*, enquanto italianos e portugueses se ficam pelos 3,4% e 3,6%, respectivamente.

QUADRO 6-1 – OPINIÃO DOS CIDADÃOS DA UE SOBRE A NECESSIDADE DE REFORMAS NOS SEUS SISTEMAS DE SAÚDE

PAÍS	O sistema de saúde funciona muito bem	O sistema de saúde necessita de pequenas alterações	O sistema de saúde necessita de alterações fundamentais	O sistema de saúde necessita de ser refeito completamente	Outras opiniões
Bélgica	41,7	34,0	16,5	2,9	4,9
Dinamarca	54,4	37,2	5,7	1,8	1,0
Alemanha	36,9	38,5	16,7	2,2	5,7
Grécia	3,8	25,5	44,2	25,0	1,6
Espanha	14,1	30,4	34,0	13,5	7,9
França	25,6	40,9	24,6	5,0	3,9
Irlanda	19,4	30,7	25,6	16,9	7,4
Itália	3,4	15,1	43,8	33,1	4,5
Luxemburgo	31,9	43,9	13,3	2,5	8,4
Holanda	31,0	46,0	17,6	3,5	1,9
Áustria	40,2	33,5	18,0	3,3	5,0
Portugal	3,6	19,4	38,3	31,8	6,9
Finlândia	38,9	51,6	7,7	0,6	1,2
Suécia	28,5	44,1	21,8	3,4	2,2
Reino Unido	14,6	27,4	42,0	14,0	2,0
UE a 15	**22,1**	**32,0**	**29,2**	**12,2**	**4,4**

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos (cit. in Simões, 2004)

De certa forma, o quadro apresentado poderá também representar os diferentes estádios de desenvolvimento das reformas do Sector da Saúde, na altura do inquérito.

6.2. A justiça social

A luta contra as desigualdades em saúde está intimamente ligada à procura da justiça social. A OMS Europa definia em 1987 o objectivo claro, para o ano 2000, de redução em 25% das diferenças em saúde entre países, e dentro de cada um destes, através da melhoria do nível de saúde dos mais desfavorecidos (Campos, 1991b). É um facto, que

a diferentes estados de saúde correspondem também níveis de riqueza diferenciados, numa relação que tem sido comprovada por muitos autores.

As desigualdades em saúde são contrárias à justiça social e denotam ausência de equidade. No caso português, apesar dos esforços do SNS, as listas de espera para consultas e cirurgias continuam a ser um problema que afecta as pessoas de mais baixos rendimentos e, consequentemente, a equidade. Aparentemente, o problema do SNS centra-se na acessibilidade uma vez que ultrapassada esta barreira, "os portugueses revelam um elevado nível de satisfação com os serviços públicos de saúde" (OPSS, *cit. in* Simões, 2004, p. 200).

A noção de justiça social depende, contudo, de juízos de valor: de como a sociedade encara a articulação entre os indivíduos e do papel que está reservado ao Governo. Daqui resultam outros conceitos, como o da equidade.

Como dizem Ugá e Santos (2005), não se pode considerar justo um modelo de financiamento que assente na proporcionalidade das contribuições, porque não introduziria as correcções necessárias à promoção da equidade. Pelo contrário, os sistemas com taxas progressivas sobre os rendimentos permitiriam uma melhor adequação ao princípio do *pagamento segundo as possibilidades de cada um*.

Neste sentido, os impostos indirectos, que incidem sobre o consumo, são mais gravosos para as famílias mais pobres, que utilizam grande parte do seu rendimento em bens de consumo e menos na formação de activos.

As desigualdades em saúde inserem-se no âmbito mais vasto das desigualdades sociais. A história evidencia melhorias graduais e constantes do padrão de vida social, reflexo das lutas travadas, e nunca acabadas, contra a discriminação ao longo de séculos. A forma mais grave de sujeição foi a escravatura. O servo da gleba, característico da Idade Média, representa já uma evolução positiva, se bem que ténue, em relação ao escravo. O regime de colonato livre foi a figura que se seguiu e o desenvolvimento das cidades acabou por vencer a luta contra a sociedade feudal, criando artífices livres. O crescimento dos mercados e a evolução do conhecimento originaram a especialização dos trabalhadores e o seu vínculo à profissão e às ordens dos mestres.

Em finais do Século XIX, proclamou-se o princípio da liberdade e erigiu-se o Estado como garante da justiça social. Foi assim que, em princípios do Século XX, os trabalhadores, um pouco por todo o mundo desenvolvido, têm já direitos consignados

que procuram garantir a sua dignidade: redução do horário de trabalho (para as 10 horas diárias, com uma de descanso), aumento da idade mínima para admissão (10 a 12 anos para o sexo masculino e 12 a 18 para o feminino) e ainda uma série de medidas tendentes à protecção das mulheres e dos menores, bem como das condições de trabalho. Estes direitos foram reforçados depois da I Guerra Mundial, nomeadamente através do direito à associação, da redução do horário de trabalho para 8 horas diárias (como objectivo) e do princípio à igualdade do salário, entre outras medidas (Guedes, s.d.). Convém lembrar o que ficou registado na Parte XIII, Secção I, do Tratado de Versalhes (Guedes, s.d., p. 67): "Considerando que a S.D.N.[126] tem por fim estabelecer a paz universal e que esta só pode subsistir tendo por base a justiça social; …" Mas a evolução das economias e, mais tarde, a globalização, consagraram novas formas de discriminação. E assim, apesar das vitórias já alcançadas, a luta contra as desigualdades mantém-se actual.

A desigualdade social grave, extrema, constata-se no fenómeno da pobreza, factor de polarização social. Esta ausência de recursos é apenas uma das vertentes da exclusão social, fase na qual se verifica o corte radical dos laços que unem o indivíduo à família e à sociedade. Também o Relatório Beveridge clamava, sem deixar margem a qualquer dúvida, que "a libertação da miséria é apenas uma das essenciais libertações da humanidade" (Beveridge, *cit. in* Guedes, s.d.). A exclusão determina a dependência da assistência pública. Esta ruptura pode dar-se por dois tipos de razões: ausência de recursos; mecanismos de estigmatização social (Rodrigues, 2000).

Na opinião deste último autor (obra citada), a pobreza herda-se. Por isso, ele conclui que não assiste razão a Rawls quando refere que as desigualdades são aceitáveis e justas, em condições também justas de igualdade de oportunidades. Rawls assenta a sua visão de justiça social na liberdade e na igualdade de oportunidades.

A riqueza e a pobreza são conceitos imbuídos de um elevado grau de relatividade. Mesmo em sociedades prósperas haverá sempre quem sinta a ausência de recursos, quanto mais não seja por comparação com os outros. Alguns problemas facilmente induzem outros, acumulando-se assim um conjunto de riscos, que no dizer de Townsend (*cit. in* Rodrigues 2000) conduzem à exclusão.

[126] Sociedade das Nações (também conhecida como Liga das Nações).

A intervenção do Estado, por ser pouco consistente, nem sempre consegue ultrapassar estas questões, dando origem, por vezes, a novos estigmas. A condição de assistido, vivendo à custa de segurança social, ou seja, do contributo de outros, é ela própria um factor de estigmatização.

T. H. Marshall (*cit. in* Rodrigues 2000) defende a existência de três tipos de direitos:

- Os direitos de cidadania – liberdade de expressão, de pensamento, direito à propriedade privada e à justiça;
- Os direitos políticos – participação no processo político de governação, na qualidade de eleitor ou de eleito;
- Os direitos sociais – vão desde o direito à segurança económica até ao direito de partilhar a vida de uma sociedade civilizada.

A observância destes direitos garantiria a justiça social e a integração de todos os cidadãos na sociedade. Se se assumir que o funcionamento desta última tem falhas graves que, em paralelo com as características de cada pessoa, também torna os indivíduos vulneráveis, então ser-se-á levado a concluir que o Estado deverá ser o garante desses mesmos direitos.

No seguimento desta ideia, Rodrigues (2000) identifica três dimensões que explicam os mecanismos de exclusão social:

- Os mecanismos sociais globais – a localização industrial e a liberalização do comércio a nível mundial, entre outros;
- Os mecanismos sociais regionais ou locais – a organização socioeconómica e política nacional e regional;
- Os mecanismos individuais ou de grupo – as características do indivíduo ou do grupo a que ele pertence.

Convém também notar, que mesmo esta última dimensão pode ser originada por uma deficiente organização da sociedade, nomeadamente no que respeita à educação e à saúde dos seus cidadãos.

A recente evolução das economias dos diversos países desenvolvidos e os mecanismos de globalização das mesmas colocam este problema na ordem do dia. As consequências para os sistemas de protecção social, e para o sector da Saúde em particular, são

evidentes. Apesar disso, há quem, como Pierson (2002), entenda que o papel da globalização tem sido exagerado e dê ênfase às particularidades políticas de cada Estado e ao processo de reestruturação (e não de desmantelamento) do W*elfare State*. É verdade que existem especificidades geopolíticas que moldam a actuação dos diferentes Estados e que as reformas dos sistemas de saúde, salvo raras excepções, têm sido graduais. Mas parece, à partida, que a globalização tem tido um papel fundamental na evolução desses sistemas, retirando-lhes carga ideológica extrema e conferindo-lhes um maior pragmatismo. Prova disso são as inúmeras organizações entre países, quer na Europa, quer na América, que visam a troca de experiências e a adopção de iniciativas conjuntas no âmbito da Saúde, bem como o trabalho desenvolvido a nível mundial pela OMS. Por outro lado, a adopção num país de medidas já testadas noutros (separação de gestores de recursos de fundos dos prestadores, maior participação dos privados ao nível da prestação de cuidados, universalização dos sistemas de saúde, dinamização da concorrência, reforço da acessibilidade, etc.), como se verá a propósito do estudo de casos, tem sido uma realidade.

Se se assumir que a saúde é um bem colectivo, por razões económicas, mas também por razões éticas, fundadas entre outros motivos na necessidade de coesão social, então ser-se-á levado a concluir pela importância e actualidade deste tema da justiça social no contexto dos sistemas de saúde. Mas não há unanimidade no que respeita a esta questão. No essencial, confrontam-se duas teorias antagónicas: a individualista, que entende que a saúde é um bem como outro qualquer que está (e deve estar) sujeito às regras do mercado; a colectivista, que parte do pressuposto da responsabilidade da sociedade perante a saúde dos seus cidadãos, independentemente dos níveis de riqueza destes últimos (Culyer et al. *cit. in* Pereira, 1991b).

É mais detalhada a classificação apresentada por Barr, ao identificar três teorias possíveis de abordagem dos princípios de distribuição (*cit. in* Pereira, 1991b):

- *Teoria libertária ou conservadora* – Assenta na liberdade e no individualismo. Aquela tem precedência sobre todos os restantes valores. Os seus defensores acreditam que só assim será possível uma maior aproximação à igualdade. Neste contexto, as desigualdades em saúde não são um problema dos Governos, mas sim uma responsabilidade individual. Só tem direito a cuidados de saúde quem tiver capacidade e oportunidade de os comprar no mercado. Os libertários defendem ainda, que aqueles que nascem com problemas crónicos de saúde são vítimas do

destino, nada havendo a fazer sobre o assunto. Não aceitam a generosidade dos saudáveis para com estes últimos, nem qualquer mecanismo de compensação pela ignorância do consumidor. Em resumo, esta teoria considera injusta qualquer intervenção do Estado com objectivos redistributivos.

- *Teoria liberal* – Está muito próxima da teoria anterior, mas modera os seus excessos[127]. Os seus defensores não buscam a igualdade, mas apenas a melhoria das condições dos mais desfavorecidos. Uma das teorias de distribuição assenta no *utilitarismo*, segundo o qual se deve maximizar o somatório das utilidades individuais. Uma outra, designada por *maximin rawlsiano*, propõe uma política de maximização da posição dos mais desfavorecidos. Neste sentido, a produção e distribuição de determinados bens, dada a sua natureza, não deveriam ser deixadas ao cuidado dos indivíduos. O que está em causa não é a distribuição da saúde ou dos cuidados de saúde, mas sim a sua maximização. Os QALY, já mencionados no Capítulo III, são um dos instrumentos possíveis para calcular esta maximização.

- *Teoria socialista democrática*[128] – Apesar desta teoria assentar no colectivismo, há cada vez mais socialistas a defender a necessidade de introduzir no Sector mecanismos de mercado, o que tem sido feito ao longo das últimas décadas. Os seus valores mais importantes são a liberdade, a camaradagem e a igualdade. A liberdade pressupõe suficiente poder económico para evitar a situação de dependência em relação a terceiros. A camaradagem acentua o espírito de solidariedade e a prevalência do grupo sobre os interesses pessoais. A igualdade tem merecido uma profunda discussão sobre o seu âmbito no contexto desta teoria: igualdade de recursos ou de bem-estar. Daqui resulta a definição dos critérios que hão-de presidir à definição das necessidades para efeito da distribuição.

A teoria libertária pouco ou nada oferece à discussão sobre a equidade. Ao assumir uma política exclusivamente individualista, não dá relevo à importância da vida em sociedade, permitindo extremos de miséria e doença pouco dignos do ser humano. Ao

[127] Beveridge (*cit. in* Pereira, 1991b, p. 51) diz que "liberdade é mais do que estar-se livre do poder arbitrário dos governos; é estar-se livre da servidão económica resultante da Indigência, da Miséria Abjecta e de outros males sociais".

[128] A teoria socialista democrática é uma das duas que compõem o leque das teorias colectivistas. Pereira (1991b) não aborda a teoria marxista, porque, em sua opinião, o contributo da mesma para a discussão sobre equidade é escasso e nada acrescenta ao ponto de vista socialista democrático. Seja como for, os marxistas têm uma opinião mais extremada sobre o colectivismo, não aceitando a introdução de mecanismos de mercado no Sector.

descartar a generosidade condena aqueles que tiveram o infortúnio de nascerem com deficiências ou problemas de saúde.

O utilitarismo tem uma visão economicista ou matemática das utilidades, já que o seu somatório é "indiferente à distribuição interpessoal" (Sen, *cit. in* Pereira, 1991b). É também perverso, já que um rico, um licenciado ou um jovem tiram mais proveito dos cuidados de saúde recebidos, do que um pobre, um analfabeto ou um idoso.

A aplicação do *maximin rawlsiano* à Saúde não é pacífica: desde logo pela dificuldade em estabelecer fronteiras entre desfavorecidos e não desfavorecidos; mas também porque, segundo Pereira (1991b), o que está em causa não é a justiça social, mas sim o receio dos defensores desta teoria, pela possibilidade de inversão da situação, ou ainda a possibilidade de contágio.

No que respeita aos QALY, são habitualmente tecidas as seguintes críticas: excessiva concentração da actuação nos actos médicos e não nos bens geradores de saúde, indiferença perante a distribuição, desde que a mesma maximize o somatório dos resultados obtidos. Refira-se, contudo, que ao contrário dos libertários, o contributo dos liberais para a discussão sobre justiça social e equidade é bastante positivo, devendo merecer, e merecendo, a atenção de políticos e economistas.

A discussão dos socialistas em torno da igualdade de recursos ou de bem-estar acarreta novas perguntas e dúvidas, em particular sobre as opções entre: *igual saúde* ou *igual utilidade*; *igual acesso*, *igual oportunidade de acesso* ou *igual utilização*; aplicação destes conceitos apenas ao sector *público* ou a recursos *públicos e privados*. Sem prejuízo de uma análise mais detalhada noutra sede que não esta, parece estar-se perante dois tempos diferentes da cadeia dos bens – desde a sua produção/distribuição até à sua utilidade. Os recursos deverão ser distribuídos em função das necessidades em saúde com o objectivo de obter iguais níveis de bem-estar. Este está dependente da utilização que se faz dos recursos. Mas o essencial, em termos de equidade, está na capacidade do indivíduo proceder desta ou daquela forma, o que leva a concluir que o importante é a igualdade de capacidades básicas (Sen, *cit. in* Pereira, 1991b). Estas capacidades dependem da disponibilidade de recursos (rendimento, educação, alimentação, habitação, cuidados de saúde, …), das características desses mesmos recursos (eficácia, eficiência, qualidade, …) e das características dos indivíduos (idade, hábitos, sexo, …).

Assumindo-se esta última teoria, fundada nos valores do socialismo democrático e da social-democracia, como a mais consensual, em particular nos países desenvolvidos e na Europa, onde os princípios da universalidade, da equidade e da solidariedade estão consagrados nas leis fundamentais, ser-se-á levado a concluir que a discussão se centra agora, e mais que nunca, nos processos adoptados para a sua aplicação prática. Os novos temas em análise são então: a liberdade, a contenção das despesas, a sustentabilidade, a eficiência e as reformas necessárias. A estes juntam-se outros mais antigos, mas que permanecem actuais: o papel do Estado e a participação dos privados no mercado da Saúde.

Este último tema, o mercado da Saúde, é, aliás, o ponto de partida para justificar o papel do Estado. Como as disfuncionalidades daquele são reais e gravosas para as pessoas mais vulneráveis, justifica-se a intervenção deste último como forma de ultrapassar os riscos sociais, corrigir os desvios, garantir o cumprimento da universalidade do sistema de saúde e redistribuir os rendimentos. O mercado também tem perdedores e em saúde isso tem um preço muito superior ao dos outros bens, dificilmente suportável, facto que implica um Estado activo e interveniente.

São exactamente estes mecanismos de compensação das vulnerabilidades e das desigualdades, que garantem a equidade e a justiça social. Os mais novos devem assegurar uma velhice descansada aos mais idosos e os mais ricos proporcionar uma vida condigna aos mais pobres. E é precisamente aqui que estão os problemas actuais do Estado Providência, ou seja, na possibilidade de ruptura desta engrenagem contínua, resultante do aumento do número de idosos e da redução (absoluta e relativa) de activos empregados.

Este Estado Providência, ao qual Vale (2010), de acordo com as modernas concepções vigentes nos países europeus, chama *Estado Fiscal*, incorpora os princípios da justiça distributiva[129] baseada na progressividade tributária. O mesmo Estado, que também designa por *Estado de protecção da saúde*, por garantir o fornecimento de cuidados à população de acordo com as suas necessidades.

Também Cabral (2010b) assume o envelhecimento como uma questão de dignidade humana, chamando a atenção para os desafios que se colocam aos sistemas de segurança social.

[129] Segundo o mesmo autor, a justiça social é uma especificação da justiça distributiva, se bem que também esclareça que outros defendem que a segunda é uma subespécie da primeira.

O papel do Estado implica, portanto, a sua maior ou menor intervenção no mercado e, consequentemente, uma despesa pública que atingirá sempre algum significado. Mas esta é fundamental em sectores como a saúde, a educação e a habitação, entre outros, para que se esbatam as desigualdades. Foi este processo que Tawney (*cit. in* Giraldes, 1991) designou por *estratégia da igualdade*.

Mas é importante que o Estado Providência seja assumido integralmente pela administração pública. Os protagonistas dos serviços sociais públicos não podem, em caso algum, partir do pressuposto que estão a fazer um favor aos seus utentes. Muito pelo contrário, estão a cumprir uma obrigação, alicerçada num direito dos cidadãos, fundamentado em razões de natureza económica e ética.

Mas o Estado deverá também garantir a ultrapassagem daquilo a que Medici e Barros (2006) chamam os dilemas da equidade: as filas de espera, a informação privilegiada; a indisponibilidade de serviços de saúde. No fundo, a justiça social pode ser uma preocupação subjacente aos princípios políticos consignados nas respectivas constituições, bem como nos programas dos governos, mas a realidade estar muito longe desse ideal.

Contudo, a questão que se coloca hoje em dia é a da possibilidade de manutenção da intervenção do Estado no Sector da Saúde, no sentido de garantir a universalidade, a generalidade, a acessibilidade e a tendencial gratuitidade. Ou seja, de acautelar a equidade, mesmo em período de graves dificuldades económicas. É essa, aliás, a pergunta colocada por Correia de Campos[130] sobre o período de 2005 a 2007, altura em que, em sua opinião, foi efectivamente aplicado com sucesso, em Portugal, um conjunto de medidas tendentes a controlar os gastos com a Saúde (Campos, 2008). Em sua opinião, foi possível continuar o caminho em direcção à universalidade, alargar o âmbito da generalidade, não afectar a tendencial gratuitidade (embora os resultados ainda não sejam conclusivos), apesar da aplicação de taxas *moderadoras* às cirurgias e ao internamento, e obter ganhos reais na acessibilidade.

Independentemente de se concordar ou não com esta opinião, o que importa é reter a preocupação evidenciada pelo governante sobre a possibilidade das medidas de austeridade afectarem a equidade. Alguns autores, como Junior e Silva (2004),

[130] António Correia de Campos foi Ministro da Saúde entre 2005 e 2008, período referido no texto.

defendem que a submissão da política social à política económica, resultante das restrições orçamentais em período de crise, afectaria o combate às desigualdades.

Mas importa também reflectir sobre a questão das listas de espera e as suas implicações na acessibilidade e na justiça social, problema ainda não resolvido em Portugal (e também noutros países). De facto, subjacente à resolução deste autêntico drama, está a necessidade de fixação de critérios de atribuição de prioridades para recuperação das mencionadas listas. E a discussão sobre esses critérios é inseparável da análise dos benefícios esperados e dos respectivos custos, o que pode contrariara os objectivos de justiça social.

Contudo, os princípios da igualdade e da justiça social têm-se mantido, de uma forma geral, como linhas orientadoras das medidas adoptadas no que respeita à acessibilidade (Justo, 2004).

Uma outra questão que se coloca no que respeita à intervenção do Estado é a que resulta do papel regulador das organizações supranacionais, como é o caso da União Europeia. Em 5 de Abril de 1998, por exemplo, foi adoptada uma resolução sobre a protecção da saúde pública nos países membros, nomeadamente no que respeita ao combate às doenças transmissíveis, à adopção de políticas de promoção, prevenção e melhoria da qualidade de vida (Medici e Barros, 2006). Estes mesmos autores consideram que na América do Norte, devido à heterogeneidade dos países que a integram, a dificuldade de adopção de medidas conjuntas será sempre mais difícil.

Mas, como se disse, a globalização acarreta novos problemas para a generalidade dos países. Desde logo, de natureza ética: como é possível a convivência entre países com um nível sanitário tão distinto? Mas também do ponto de vista da saúde pública: as migrações frequentes e muitas vezes desreguladas podem também dar origem à "importação" de doenças. Por isso, há também necessidade de reforçar a regulação internacional (já não é suficiente a nacional), o que traz à ordem do dia um outro problema, o legislativo, quer a nível externo (criação de legislação internacional, aceite por todos), quer interno (adaptação da legislação de cada país às regras internacionais). Para os países mais pobres poder-se-á dar o caso de retirarem algum benefício deste processo, através da ajuda internacional, fomentada pela necessidade de garantir a saúde dos trabalhadores das empresas dos países para os quais se deslocalizou a produção, ou mesmo da melhoria das condições de trabalho e, de uma forma geral, das condições de

vida. Por último, a globalização poderá também trazer vantagens ao nível da cooperação internacional no combate a determinadas doenças ou na investigação clínica.

6.3. A liberdade de escolha

Outra das questões cruciais dos sistemas de saúde nos dias de hoje é a liberdade de escolha dos seus utentes. Ou seja, a possibilidade de poderem optar pelo serviço de saúde que entendem ser o mais adequado ao seu caso. Recentemente, muitos países têm adoptado legislação nesse sentido. É o caso, por exemplo, do Reino Unido. Em Portugal, as medidas adoptadas a este propósito têm sido escassas.

A liberdade de escolha, ao permitir ao cidadão a opção por um serviço de saúde, qualquer que ele seja, está, implicitamente, a facultar-lhe o acesso a entidades privadas. O Estado, enquanto prestador de cuidados de saúde deixa de ser importante. Ele é o garante da acessibilidade, da universalidade e da equidade, mas isso não implica que seja prestador de cuidados. É no seguimento destas novas ideias, que Cabral (2010a, p. 62) afirma que os Estados "deixaram de ser Estados Sociais no sentido estrito do termo para passarem a ser Estados Garantísticos".

Se é certo que a liberdade de escolha coloca os indivíduos no centro do sistema, dando-lhes uma importância que não tinham até aqui, também é verdade que poderá acarretar custos acrescidos. Por outro lado, é, no mínimo, duvidoso, que em determinadas situações as pessoas possuam conhecimentos suficientes que lhes permitam decidir da forma mais sensata.

A liberdade de escolha transforma o utente dos serviços de saúde em cliente, porque coloca nele a capacidade de decisão.

O actual modelo de funcionamento, em muitos países desenvolvidos, consiste na atribuição de um médico de família a cada cidadão, que é a porta de entrada no sistema de saúde. A partir daqui, este último é encaminhado seguindo uma rede de referenciação pré-estabelecida. Estes procedimentos foram adoptados tendo em vista a contenção de custos e a melhoria da eficiência dos sistemas.

O aspecto negativo do processo é que os serviços, ao darem como garantida a sua fatia de mercado, tendem a piorar a qualidade dos serviços prestados e a não adoptarem medidas de modernização e desenvolvimento.

Não se antevê que seja muito fácil a decisão entre a liberdade de escolha e circulação, por um lado, e contenção de custos, por outro. Tudo dependerá da situação política e económica de cada país.

6.4. O crescimento das despesas com a saúde

Um dos factores que exerce, a nível mundial, maior pressão sobre o crescimento dos custos com a saúde é o demográfico. Porque a população tem vindo a aumentar, vive mais anos e tem a tendência para se concentrar em grandes cidades, criando assim problemas acrescidos de organização e controlo dos serviços.

No Capítulo III viu-se que a despesa pública com a saúde, em percentagem do PIB, tinha evoluído, no conjunto de países citado, de 7%, em 1980, para 8,9%, em 2005. Ou seja, um crescimento de 0,076% ao ano. Mas se analisarmos apenas os últimos 5 anos mencionados no estudo (2000 para 2005), teremos uma evolução de 8,2% para 8,9%, que representa uma evolução anual média de 0,14%. Esta constatação é preocupante devido ao crescimento mais pequeno, nos últimos anos, da economia mundial.

Num relatório da OCDE (*cit. in* Simões e Dias, 2010), datado de 2006, prevê-se que a pressão demográfica atrás mencionada seja responsável pelo aumento da despesa pública em saúde e em cuidados continuados, entre 2005 e 2050, do equivalente a 1,8% do PIB, mesmo com a adopção de medidas de contenção dos custos. A Comissão Europeia (UE a 25) aponta para os 2,2% (*cit. in* Simões e Dias, 2010).

Conjugando o efeito demográfico com os restantes (efeito rendimento, efeito preço, inovação tecnológica e eficácia das políticas de saúde), teríamos crescimentos, na OCDE, entre 2005 e 2050, da ordem dos 6,1% e 3,4%, sem ou com a adopção de medidas de contenção de custos, respectivamente, como se poderá ver no quadro seguinte. De acordo com esse estudo da OCDE Portugal ficaria acima desses valores, que incluem a despesa pública com a saúde e os cuidados continuados.

QUADRO 6-2 – DESPESA PÚBLICA COM A SAÚDE EM 2050 (% DO PIB)

PAÍSES	2005	2050	
		Sem contenção de custos	Com contenção de custos
Portugal	6,9	13,1	10,4
Média da OCDE	6,7	12,8	10,1

Fonte: Adaptado a partir de OCDE (cit. in Campos, 2008)

Em Portugal, o financiamento final do SNS evoluiu, entre 1995 e 2000, conforme o descrito no quadro seguinte. Merecem referência especial a regularização de dívidas, que atingiu, em 1999, os 1.382 milhões de euros e, apesar disso e do crescimento anual do orçamento, a manutenção de défices acumulados elevados, que chegam a atingir, em 1998 e 2000, os 67 milhões de euros.

Neste período de tempo, o orçamento anual cresceu, em média, cerca de 11% ao ano, e o total deste com as regularizações, perto de 7,6%.

QUADRO 6-3 – EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SNS

DESCRIÇÃO	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Orçamento	2993	3242	3412	3611	4215	4639
Regularização de dívidas	374	180	0	0	1382	0
Total	**3367**	**3422**	**3412**	**3611**	**5597**	**4639**
Défice	**20**	**22**	**40**	**67**	**46**	**67**

milhões de euros

Fonte: Adaptado a partir de Campos (cit. in Simões, 2004);

Neste contexto, um dos aspectos cruciais do Sector nas próximas décadas, quer no que respeita à justiça social, quer ao crescimento da despesa, é o da prestação de cuidados continuados.[131] A idade e a solidão, associadas à incapacidade, são factores determinantes no consumo deste tipo de cuidados. Muitos indivíduos, nestas condições, não são capazes de executar tarefas pessoais, diárias e elementares, que poderemos designar por *activities of daily living*[132], ou actividades instrumentais, as *instrumental activities of daily living*[133] (Cabral, 2010b). Nestes casos, estão numa situação de dependência que requer auxílio, não apenas médico, mas também social, cuja duração é habitualmente longa. As características deste tipo de actuação exigem recursos elevados, cujo reflexo na despesa é manifestamente importante.

O crescimento da despesa com a saúde pode, em síntese, ser explicado pelos seguintes factores:

- *Do lado da procura*
    - Aumento da esperança média de vida, conjugado com o maior consumo de cuidados de saúde por parte dos idosos;

[131] As pessoas necessitam de cuidados continuados em caso de incapacidade, doença crónica ou trauma.

[132] Comer, vestir, tomar banho, etc.

[133] Preparar refeições, limpar a roupa, tomar medicamentos, etc.

- Adopção de critérios de pagamento baseados na produção (pagamento por acto e por dia de internamento, entre outros), bem como o sistema de reembolso das despesas dos segurados, que não colocam travões nem à procura, nem à oferta de cuidados;
- Novas doenças cujos custos de tratamento e reabilitação são mais altos que as anteriores;
- A transformação de doenças agudas em crónicas;
- Crescimento do rendimento;
- Uma população mais informada sobre os seus direitos, os progressos da medicina e das técnicas de saúde;
- O baixo custo para o utente no momento do acesso aos serviços, conjugado com o alargamento do acesso e da cobertura oferecida pelos sistemas de saúde.

➢ *Do lado da oferta*

- Inovação tecnológica;
- Novos medicamentos, mais eficazes, mas também mais caros;
- Pela *medicalização* dos problemas sociais, conjugada com a escassez de estabelecimentos e outras estruturas preparadas para responder a esse problema;
- Aumento dos custos dos factores de produção, em particular dos salários, num contexto de mão-de-obra intensiva;
- Esbanjamento de recursos;
- O efeito Baumol dos preços, ou seja, o facto dos preços em sectores de baixa produtividade, como é o caso da função pública, subirem mais que os dos restantes sectores, sempre que se aumentam os salários, uma vez que nestes últimos esta subida é parcialmente compensada pelo aumento da produtividade;
- Aumento dos recursos humanos e materiais disponibilizados aos cidadãos e o seu efeito indutor na procura.

Perante uma lista tão grande de factores que influenciam o crescimento dos custos com a saúde e considerando que as preocupações com esta última vão evoluindo à medida que as sociedades se desenvolvem, não admira que Béresniak e Duru (1999, p. 86) reflictam sobre este assunto da seguinte forma:

> O aumento dos custos com a saúde é assim inexorável, porque reflecte directamente a evolução das sociedades. O montante destinado por cada sociedade às despesas com a saúde representa, nesta perspectiva, um bom indicador do seu desenvolvimento.

A relação entre estes factores e as despesas com a saúde nem sempre é directa. Por exemplo, se é verdade que o envelhecimento da população se traduz em custos acrescidos ao nível dos cuidados continuados, também é um facto que o nível de saúde dos idosos tem melhorado, traduzindo-se em poupanças em camas de agudos, tanto mais que se desenvolveu o apoio domiciliário (Simões, 2004).

Newhouse (cit. *in* Barros, 2005) analisa a relação entre o crescimento da despesa em saúde e alguns dos seus determinantes, tomando como ponto de partida os EUA e o período compreendido entre o fim da segunda Guerra Mundial e o início dos anos 90 do Século XX, utilizando os seguintes factores: envelhecimento; acréscimo da cobertura do seguro (maior comparticipação); aumento do rendimento real; indução da procura; produtividade dos factores[134]. O autor chega à conclusão que aqueles factores justificam cerca de metade do crescimento dos gastos com a saúde no período, que foi de 780%. O resto, por diferença, é o resultado do progresso tecnológico. Da análise resulta também, que a indução da procura e a produtividade dos factores não têm peso significativo. Chama-se contudo a atenção para o facto do sistema de saúde americano ter muito pouco a ver com a realidade europeia.

Determinados critérios de pagamento, analisados no Capítulo respectivo, incentivam os estabelecimentos e os profissionais de saúde a uma oferta excessiva de cuidados de saúde com o objectivo de aumentar os seus rendimentos. O pagamento directo com reembolso dos segurados, por exemplo, não cria travões ao consumo nem à oferta de cuidados. Em contrapartida, os orçamentos globais e o sistema de contrato parecem ser eficazes no controlo do crescimento da despesa. Mas este último é ultrapassado, no que respeita a essa eficácia, pelos sistemas integrados (Hurst, 1992).

[134] Aumento do preço relativo dos bens e serviços prestados, apesar do progresso tecnológico, porque a produtividade dos recursos humanos evolui muito lentamente (doença de Baumol) e o Sector utiliza mão-de-obra intensivamente.

A nova tipologia de morbilidade tem também custos bastante altos. Refere-se como exemplo a SIDA, as doenças cardiovasculares, as crónicas degenerativas e os acidentes de viação.

Apesar de haver uma relação positiva entre os rendimentos e o consumo de cuidados, alguns estudos apontam para um coeficiente de elasticidade baixo, mas que, apesar de tudo, existe. No entanto, se a questão for encarada em termos globais, entre países, o PIB por capita influencia positivamente e de forma significativa as despesas com a saúde por habitante, justificando as diferenças existentes entre os países da OCDE (Hurst, 1992).

O aumento dos meios de comunicação social, muito em particular a televisão, e a importância e interesse dos temas ligados à Saúde, juntamente com o aumento da escolaridade, fizeram com que os cidadãos estivessem mais informados sobre os seus direitos, mas também sobre os progressos no Sector, o que conduziu ao aumento do consumo de cuidados.

Já as melhorias introduzidas ao nível da acessibilidade tiveram um impacto significativo nas despesas com a saúde. Um estudo da OCDE (*cit. in* Simões, 2004) refere que, no conjunto de países que fazem parte desta organização, a cobertura da população para efeitos de cuidados de saúde subiu, em média, de 1970 para 2000, de 87,3% para 95,3%. Significativo é também constatar que, nesse período, 12 países que antes não tinham cobertura universal, passaram a tê-la ou ficaram muito próximo disso (entre 99% e 99,9%). Esta evolução fez com que 23 países, num total de 27, passassem a garantir a universalidade dos seus sistemas de saúde[135].

No capítulo da inovação tecnológica incluem-se os novos equipamentos, medicamentos e técnicas utilizadas. Parece também importante referir, que estas novas tecnologias nem sempre eliminam as anteriores, mantendo-se em funcionamento diferentes gerações, com o respectivo acréscimo de custos. Por outro lado, o custo destas novas invenções é, pelo menos nos primeiros anos, bastante mais elevado do que as que lhes antecederam. No que respeita aos medicamentos, tem-se verificado, nos últimos anos, uma redução da comparticipação do SNS e um aumento dos pagamentos a cargo dos

[135] Por comodidade de cálculo, considerou-se incluído nos 23 países um conjunto de 4 países que têm uma cobertura entre 99% e 99,9%. No caso concreto da Espanha, que não apresenta valores para o ano 2000, partiu-se do pressuposto que a mesmo seria 100%.

doentes, apesar da redução, entre 2005 e 2007, do preço médio por receita (preços de venda ao público - pvp), conforme se constata no quadro seguinte.

QUADRO 6-4 – COMPARTICIPAÇÕES E ENCARGOS COM RECEITAS MÉDICAS, DE 2003 A 2007

INDICADORES	2003	2004	2005	2006	2007
Comparticipação média do SNS (%)	69,4	68,9	68,3	66,7	64,6
Média de encargos para o utente (%)	30,6	31,1	31,7	33,3	35,4
Custo médio por receita a pvp (€)	36,85	39,35	40,22	39,59	38,54
Custo médio por receita para SNS (€)	25,59	27,13	27,48	26,42	29,41
Custo médio por receita para doente (€)	11,26	12,22	12,74	13,17	13,63
Crescimento custo médio – doente (%)	-4,4	8,5	4,3	3,4	3,5

Fonte: Adaptado a partir de Infarmed (cit. in Campos, 2008)

Os gastos com medicamentos, em percentagem do PIB, têm subido na generalidade dos países da União Europeia, conforme se pode constatar no quadro seguinte. Dos 15 países mencionados, Portugal é aquele em que o peso relativo das despesas com medicamentos é maior: 2,3% do PIB. O crescimento foi, aliás, considerável, tendo passado de 1,1% em 1980, para 2,3% em 2004. Este aumento dever-se-á à conjugação de dois factores: ao incremento consumo e à prescrição de medicamentos cada vez mais caros.

Contudo, o país que apresenta a taxa de crescimento média anual (C.M.A.) mais elevada é a Áustria: 4,94% entre 1995 e 2004. Segue-se Portugal (para o período que vai de 1980 a 2004) com uma taxa de 4,55%.

QUDRO 6-5 – DESPESAS COM MEDICAMENTOS EM % DO PIB

PAÍS	1980	1985	1990	1995	2000	2004	C.M.A.
Luxenburgo	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7	-0,52
Dinamarca	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	2,50
Irlanda	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,00
Holanda	0,6	0,7	0,7	0,9	0,9	1,0	2,78
Bélgica	1,1	1,1	1,1	1,4	X	1,1	0,00
Suécia	0,6	0,6	0,7	1,0	1,2	1,1	3,47
Reino Unido	0,7	0,8	0,8	1,1	X	1,1	2,38
Finlândia	0,7	0,7	0,7	1,0	1,0	1,2	2,98
Áustria	X	X	X	0,9	1,2	1,3	4,94
Alemanha	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,04
Grécia	1,2	1,1	1,1	1,5	1,5	1,7	1,74
Itália	X	X	1,7	1,5	1,8	1,8	0,42
Espanha	1,1	1,1	1,2	1,4	1,5	1,8	2,65
França	1,1	1,3	1,4	1,7	1,9	2,0	3,41
Portugal	1,1	1,5	1,5	1,9	2,1	2,3	4,55

Fonte: Adaptado a partir de OCDE (cit. in Campos, 2008)

No que respeita à percentagem dos gastos públicos com medicamentos (no total dos gastos com medicamentos) em 2004, Portugal é dos países com menor valor (58,6%), mas ainda assim à frente da Itália (50,2%), da Dinamarca (55,9%), da Finlândia (56,0%) e da Holanda (57,2%). O país onde o contributo público foi maior, em 2004, foi a Irlanda, com 88,7% (OCDE, *cit. in* Campos, 2008). Ainda segundo este autor, em Portugal, e para o ano de 2006, o total dos gastos do SNS com medicamentos não hospitalares foi de 1.452,4 milhões de euros, cerca de 19% do total do orçamento do SNS, percentagem que tem vindo a baixar, paulatinamente, ao longo dos últimos anos.

Os custos com os factores de produção tiveram uma subida acentuada nos últimos 50 anos. Em Portugal, os salários tiveram um crescimento notável a partir da revolução de Abril, o que afectou os serviços de saúde, em especial os hospitais que funcionam à base de mão-de-obra intensiva.

Há uma tendência clara para o aumento dos recursos afectos à saúde – não apenas os financeiros, mas também os humanos e os materiais. Mas esta conclusão não deverá ser estendida a todo o tipo de recursos, uma vez que a inovação tecnológica (hospital de dia, cirurgia de ambulatório, …) tem permitido a redução de alguns. É o caso das camas de agudos, que depois de um forte crescimento até à década de 80 do Século XX, sofreram uma diminuição considerável. Em 1960, alguns países da OCDE (num total de 8) apresentavam uma média de 5,3 camas por 1000 habitantes. Em 1970 esta média (para 11 países) passou para 5,1. Em 1980 (para 22 países) era de 5,8. Em 1990 (para 27 países) era de 5,2 e em 2000 (para 24 países) de 4,3 (OECD, *cit. in* Simões, 2004).

Já no que respeita ao número de médicos por 1000 habitante, tem-se verificado um crescimento contínuo e consistente. Para os anos já antes referidos: 1960 (19 países) – 1,1; 1970 (24 países) – 1,3; 1980 (24 países) – 1,9; 1990 (28 países) – 2,4; 2000 (30 países) – 2,9 (OECD, *cit. in* Simões, 2004).

O problema que se coloca com o aumento da disponibilização de recursos não é apenas o do seu custo de investimento ou de funcionamento, mas também o efeito indutor que tem na procura.

Na generalidade dos bens e serviços, o mercado funciona como regulador dos níveis da oferta e da procura, assim como do preço. A estabilidade é garantida através dos sucessivos ajustes destas variáveis. No Sector da Saúde, devido à especificidade do bem, à gratuitidade (ou quase) no momento do acesso e a um certo corporativismo do

lado da oferta, o aumento desta última atrai sempre uma procura cada vez maior. É a isto que se chama o efeito indutor[136].

Béresniak e Duru (1999) explicam o fenómeno da indução através dos seguintes factores:

- O aumento do número de médicos é gerador de publicidade;
- A concorrência entre empresas ou profissionais da área da saúde incentiva tratamentos cada vez mais completos;
- A forte densidade de médicos nos grandes centros urbanos constitui um apelo ao consumo de cuidados;
- Os hospitais exercem, igualmente, uma forte atracção sobre a população;
- A população está cada vez melhor informada sobre as potencialidades da medicina.

Outra questão preocupante, quando se analisa o peso dos gastos do Sector, é o da influência que estes têm no nível geral de saúde da população. Muitos autores têm mencionado este aspecto e a relação entre as duas variáveis parece não ser tão forte quanto se poderia, à partida, pensar. Nishijima e Biasoto Junior (2006. p.127) analisaram a correlação entre gastos com a saúde e rendimento *per capita*, por um lado, e indicadores de saúde, por outro, tendo concluído:

> As correlações entre os gastos com a saúde e os indicadores de saúde revelaram-se baixas, e de acordo com a literatura internacional, vemos que a maior correlação entre os indicadores de saúde ocorre com a renda nacional per capita. A forma de financiamento da saúde, se pública ou privada, aparentemente não afecta significativamente o desempenho dos indicadores de saúde dos países da América.

Estas conclusões corroboram, aliás, o que se tem dito sobre os elevados custos marginais sempre que se quer melhorar, mesmo que ligeiramente, o estado de saúde da população em geral. O nível de rendimento e as condições sociais têm mais peso enquanto determinantes da saúde.

6.5. A sustentabilidade dos sistemas de saúde

Em 1999, o relatório sobre a protecção social na Europa definia como grandes objectivos da política social da União Europeia (Rodrigues, 2000, p. 189):

[136] Nem todos concordam com o fenómeno da indução da procura na Saúde. Os que não concordam são designados por *Narrows* e os que a defendem são chamados de *Broads* (Rego, 2008)

- Tornar o trabalho compensador e gerador de um rendimento seguro;
- Assegurar a viabilidade e sustentabilidade dos regimes de pensões;
- Promover a inserção social;
- Assegurar a elevada qualidade e sustentabilidade da saúde.

Estas preocupações reflectem a realidade actual, talvez até com mais acuidade do que em 1999.

As questões da inserção social já aqui foram abordadas a propósito da justiça social. Um trabalho que compense e proporcione um rendimento seguro é um instrumento que evita a exclusão e garante a sustentabilidade dos sistemas sociais. Esta última é um dos aspectos cruciais das reformas dos sistemas de saúde na actualidade.

A sustentabilidade financeira pressupõe que o SNS possa continuar a ser financiado numa situação de normalidade, sem que isso ponha em causa o equilíbrio das contas públicas. Como mencionam Simões et al. (2007, p. 18):

> Existe sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde 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.

Os domínios da política social, como a educação, a saúde, a habitação, os transportes, o emprego e os equipamentos desportivos, sociais e culturais, relevantes para o bem-estar social, não são compatíveis com uma estratégia de lucro. Daí merecerem a máxima atenção do Estado Providência e exigirem a sua actuação na protecção dos mais desfavorecidos e na regulação dos mercados.

Esta actuação tem custos elevados e em períodos de crise ou de fraco crescimento económico torna-se insustentável. Uma das formas que tem sido experimentada para ultrapassar este problema tem sido a constituição de parcerias público-privadas.

Analisando o caso português para o período que vai de 1990 a 1996, Rodrigues (2000) conclui que o aumento das despesas, na área social, tem sido mais rápido que o das receitas, e que a fraqueza política e financeira do Estado colocava em risco a adopção de medidas de protecção social economicamente sustentáveis.

Mas esta constatação também é válida para as economias da UE, que crescem a ritmos inferiores ao das despesas com a saúde, como referem Simões e Dias (2010). No limite, a despesa pública com a saúde e os cuidados continuados poderá atingir, em 2050, os 12,9% (média da OCDE) do PIB (OCDE *cit. in* Simões e Dias, 2010).

Constata-se, numa outra óptica, que nos países desenvolvidos o crescimento das despesas com a saúde é maior que o do PIB. Neste contexto, a capacidade de conter os custos será decisiva no que respeita à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Esta contenção, contudo, tem de ser convenientemente pensada, de forma a não colidir com o princípio da equidade.

Pinto (1991), em estudo efectuado na área metropolitana de Lisboa sobre dados da década de 80 do Século XX, concluiu sobre a restrição acentuada do consumo de medicamentos sempre que se reduz a respectiva taxa de comparticipação.

Mas, a contenção de custos e, sempre que possível, a sua redução, serão factores decisivos para a sustentabilidade da Saúde. O gasto neste Sector tem um custo de oportunidade – um euro despendido é um euro a menos que se pode aplicar noutra actividade económica. Assim, enquanto o valor produzido for superior a esse custo, poder-se-á dizer que a despesa adicional é economicamente sustentável.

Obviamente, também do lado da receita se poderá actuar, se bem que, neste caso, a capacidade de manobra esteja mais limitada devido aos elevados níveis da carga fiscal, à retracção do crescimento económico e à possibilidade de ferir a equidade. Esta é a questão da sustentabilidade fiscal. De notar que esta pode não ser possível, apesar de haver sustentabilidade económica.

Ao longo dos anos, em diversos países, foram adoptadas medidas tendentes ao controlo dos custos, mas nem sempre com sucesso. Eis, em revista, os apontamentos sobre a matéria recordados por Campos (1983):

- Aumento da oferta de recursos humanos, na expectativa de reduzir os preços unitários dos serviços prestados – Esta medida não teve sucesso, porque o efeito indutor da oferta gerou um acréscimo substancial da procura;

- Substituição de profissionais de longa formação por outros de nível médio e, consequentemente, mais baratos – Esta medida teve alguma eficácia nos EUA e nos países menos desenvolvidos, mas não na URSS. Não chegou a ser tentada na Europa;

- Automação da prestação de cuidados de saúde – Ao contrário do que acontece na indústria em geral, a automação no Sector da Saúde não produz ganhos de eficiência, em parte devido à resistência dos profissionais. Para inverter a situação seria necessário alterar a responsabilização pelo controlo das inovações;

- Recurso a modelos de gestão do tipo empresarial – Tem sido uma das medidas preferenciais dos decisores políticos de diversos países, apesar de algumas dificuldades criadas pela desigual distribuição do poder nas grandes unidades de saúde;

- Introdução de técnicas de avaliação dos sistemas de cuidados de saúde – Consequência do planeamento, a avaliação de resultados tem-se mostrado eficaz na melhoria dos níveis de eficiência e no controlo de gestão, mas tem ainda um grande caminho a percorrer;

- Planeamento dos serviços de saúde – A introdução das técnicas de planeamento ao Sector da Saúde possibilitaram a racionalização da afectação geográfica de recursos e um maior controlo dos custos de investimento. O sucesso destas medidas depende da capacidade do Estado para intervir junto dos operadores públicos e privados;

- Integração das funções de prestador e segurador – A criação deste tipo de entidades, também designadas por *Health Maintenance Organizations*, visa reduzir os custos através da integração vertical de funções e de uma visão mais preventiva do que curativa, como resultado de uma estratégia claramente empresarial;

- Reforço da estrutura de cuidados primários – É consensual, conforme o resultado de alguns estudos[137], que o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença é mais rentável do que o efectuado nos cuidados hospitalares, que deverão estar reservados para intervenções diferenciadas e especializadas;

- A arbitragem e a decisão final do Estado – O Estado arbitra nos sistemas de seguros de saúde e decide nos do tipo Serviço Nacional de Saúde e, ao fazê-lo, intervém no sentido de controlar o volume e o peso financeiro do Sector;

- O co-pagamento dos cuidados de saúde – Esta medida foi adoptada em diversos países independentemente do sistema de saúde ser mais liberal ou mais planificado. Nos EUA, os segurados, para além do prémio, suportam uma franquia ou comparticipam as despesas. Na França existe o *ticket moderateur* e em Portugal as taxas moderadoras, apenas para citar alguns exemplos. Desde cedo, que este tipo de cobrança, ligada à utilização dos serviços de saúde, visa apenas evitar o abuso do

[137] Por exemplo Feldstein (*cit. in* Campos, 1983).

consumo de cuidados, tanto mais que em muitos casos o seu peso é insignificante no total das receitas;

- As listas de espera – Apesar das implicações éticas e da redução da equidade que representam, as listas de espera para consultas e cirurgias são uma forma indirecta de controlar a procura e, portanto, reduzir os custos.

As cinco primeiras medidas inserem-se no contexto do controlo de custos dos factores. As quatro medidas seguintes (da sexta até à nona) têm como objectivo reduzir a procura através do controlo da oferta, estratégia que está sustentada no efeito indutor desta sobre aquela. As duas últimas soluções enquadram-se no âmbito da moderação da procura.

Pode-se ainda classificar o controlo de despesas, considerando que o mesmo parte de soluções coercivas ou de incentivo (Béresniak e Duru, 1999). O quadro seguinte resume as diversas modalidades de controlo de custos, segundo estes autores.

Ambas as medidas são utilizadas e, em alguns casos, em simultâneo. As do primeiro tipo, pelo menos algumas, possibilitam a obtenção mais rápida de resultados, mas também são mais contestadas por profissionais e utentes. As do segundo tipo são de aplicação e controlo mais complexo, exigindo por vezes negociações demoradas.

As soluções de incentivo estão assentes na relação de agência, na qual o agente principal (por exemplo o Ministério da Saúde) negoceia (por exemplo o orçamento dos hospitais) com agentes (por exemplo os directores dos hospitais).

A ideia base da negociação é fixar objectivos que se traduzam em mais-valias (contenção de gastos, preços de compra mais baixos, etc.) para o primeiro, incentivando os segundos ao seu cumprimento através da concessão de prémios.

Há pois um comprometimento entre as partes, que visa melhorar o desempenho dos serviços e, assim, reduzir custos. Mas a negociação tem também em vista não criar atritos com os serviços e os seus profissionais – ao invés de impor, negoceia.

QUADRO 6-6 – CONTENÇÃO DE CUSTOS: SOLUÇÕES COERCIVAS E DE INCENTIVO

	SOLUÇÕES	MEDIDAS CONCRECTAS	PRINCIPAIS INCONVENIENTES
Soluções coercivas	Controlo da produção dos profissionais de saúde	- Restrições à entrada na profissão - Controlo das saídas profissionais	Contestação estudantil. Risco de falta de médicos. Os estudantes de Medicina são uma mão-de-obra barata. Aumento das exigências dos profissionais.
	Negociação de convenções entre profissionais liberais e seguros sociais[138]	- Criar incentivos para os clientes aderirem, através do reembolso generoso das despesas; - Criar incentivos fiscais para os médicos, associados ao controlo da actividade/prescrição	Possível redução da qualidade dos cuidados. Difícil aplicação, salvo quando os médicos são sócios das entidades prestadoras. Situações de monopólio geram aumento das despesas e contrariam a ideia inicial.
	Controlo da distribuição e do número de camas	- Limitar o número de camas hospitalares; - Reconverter "camas de agudos" em "camas de crónicos"; - Limitar os dias de hospitalização.	Bloqueamento da evolução do internamento. Dificuldades na transferência de camas entre serviços ou regiões. Risco de agravamento das desigualdades regionais.
	Fixação de orçamentos globais para os hospitais	- Fixar orçamentos globais por hospital; - Idem para os serviços hospitalares.	Cria entraves ao progresso da prestação de cuidados. Pode gerar listas de espera. Pode gerar despesismo.
	Controlo da alta tecnologia	- Atrasar a difusão da alta tecnologia; - Definir critérios de afectação em função da rentabilidade dos bens.	Trava o progresso tecnológico. Introduz factores de injustiça em relação à população. Impossibilita a redução futura de custos.
Soluções de incentivo	Relação de Agência – Processos de apresentação de propostas	- Adjudicação à melhor oferta (a); - Pedido de oferta concorrencial (b); - Contrato com margens fixas (c); - Contrato com classes motivadoras (d).	(a) – Pode conduzir à omissão de estimativas reais. (b) – Fica mais caro que do que aquilo que seria normal. (c) – Não há motivação para a redução de custos. (d) – Pode originar redução da qualidade.
	Relação de Agência – Processo de Weitzmen	Processo de Weitzmen[139]	Difícil de aplicar. Pode originar redução de qualidade.

Fonte: Adaptado a partir de Béresniak e Duru (1999)

[138] A existência de seguros de saúde pode originar o aumento de actos médicos, quer por iniciativa do profissional de saúde, quer do paciente. A regulamentação desta relação pode ser de tal forma que incite (obrigue) à adesão à convenção através de benefícios, mas, simultaneamente, ao controlo dos gastos através da limitação da actividade. Daí, tratar-se de uma medida coerciva.

[139] Aplica-se, essencialmente, quando está em causa a concretização de objectivos quantificados. O agente principal propõe um orçamento limite (Op) e um prémio (Pp), caso aquele seja respeitado. O agente apresenta contraproposta de prémio (Pa) e de orçamento (Oa) calculada com base na fórmula: $Pa = Pp + \beta (Op - Oa)$, em que β é um coeficiente redutor definido pelo agente principal.

O controlo coercivo dos custos tornou-se o meio mais importante para fazer face à escalada das despesas com a saúde. Contudo, os diferentes métodos esbarram com diversas dificuldades: jurídicas; políticas; económicas; sociais.

Jurídicas, porque as leis protegem os direitos e garantias dos cidadãos e dos trabalhadores, muito em particular nos países em que o Estado tem uma forte intervenção. Políticas, porque reformas profundas nos sistemas de saúde que conduzissem a um corte drástico dos custos, implicariam a conjugação de esforços de diversos partidos políticos, o que dificilmente seria possível. Económicas, porque a procura da eficiência económica, no seu limite, esbarraria sempre com a equidade e a acessibilidade. Sociais, porque a aplicação de restrições na acessibilidade afectaria principalmente as classes mais desfavorecidas.

As medidas de contenção têm, contudo, que ser adoptadas, mesmo que gradualmente, sob pena de, num futuro mais ou menos próximo, os governantes serem obrigados a tomar decisões ainda mais drásticas, que ponham em causa o próprio Estado de Bem-Estar Social. Pode-se actuar sobre a oferta, sobre a procura, ou sobre ambas, sendo certo que o método mais fácil é o primeiro. Saliente-se, por exemplo, que no Programa do XVII Governo de Portugal constava, explicitamente, que a sustentabilidade do SNS dependia da capacidade de regulação da oferta. A questão da sustentabilidade e da necessidade de contenção de custos foi abordada por Campos (2008, p. 244) da seguinte forma:

> Porém, a razão mais importante para o alargamento das TM[140] ao internamento e à cirurgia do ambulatório não foi nem o objectivo moderador, nem o objectivo financiador, mas sim uma preparação da opinião pública para a eventualidade de todo o sistema de financiamento ter que ser alterado, caso as medidas de boa gestão que tínhamos adoptado no SNS não se revelassem suficientes para garantir a sustentabilidade financeira do sistema.

A frase é elucidativa quanto à urgência de medidas de contenção da despesa e do aumento dos índices de produtividade dos serviços de saúde, sob pena de, num prazo que porventura não será tão distante quanto alguns pensam, se estar na contingência da adopção de medidas mais drásticas, como por exemplo o co-financiamento pelo cidadão das suas despesas com a saúde – e aqui já não se tratará de taxas moderadoras, mas sim de valores bem mais altos. Estaríamos, inquestionavelmente, perante uma medida que afectaria a equidade vertical, já que o financiamento deixaria de ser feito em função da

[140] TM – taxas moderadoras. Correia de Campos, que foi Ministro da Saúde do XVII Governo constitucional, utiliza esta designação para mencionar aquilo que se tem vindo a chamar por taxas de utilização do internamento e da cirurgia do ambulatório.

capacidade financeira do cidadão, mas sim tomando como ponto de partida as necessidades em saúde do doente.

A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, nomeada pelo ministro Correia de Campos, recomendou sobre a matéria o seguinte (Simões et al., 2007): manutenção do financiamento por impostos; adopção de medidas que conduzam ao aumento da eficiência, através da redução da despesa pública; utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica para sustentar decisões; revisão dos critérios de isenção no que respeita às taxas moderadoras, dando especial importância à capacidade de pagamento e à necessidade continuada de cuidados; actualização das taxas moderadoras; redução dos benefícios fiscais em relação às despesas com a saúde; separar os subsistemas de saúde públicos do espaço orçamental, eliminando-os ou autonomizando-os. Em casos excepcionais, a Comissão aconselhou ainda a fixação de contribuições compulsórias temporárias, fixadas em função dos níveis de rendimento.

Também Hurst (1992) afirma que a maior parte dos países que estudou, no que respeita às reformas introduzidas na década de 80 do Século XX, com o objectivo da contenção dos custos, introduziram medidas com especial incidência na oferta de cuidados, em particular no que concerne às despesas hospitalares, onde a regra foi a adopção de orçamentos globais. Mas em sua opinião, o essencial das reformas passou pela introdução de mecanismos regulamentares e de incentivo mais eficientes, tendo em vista níveis acrescidos de produtividade. Muitas destas medidas, nos países da OCDE, passaram pelo reforço da posição dos responsáveis pela gestão dos fundos da saúde (terceiros pagadores). Em sua opinião, uma das mais importantes conclusões que se retira do estudo que elaborou para a OCDE é o da ineficiência microeconómica dos sistemas de saúde financiados por fundos públicos, incapazes de conter o crescimento da despesa.

Simões (2004), utilizando como fontes Mossialos e Le Grand, bem como a OCDE, reparte as medidas de contenção de custos por três tipos: Limitação de recursos públicos; Novas técnicas de orçamentação; Formas de controlo.

Outro processo de abordagem desta problemática passa pela opção entre controlar os custos dos factores ou optimizar a sua organização (ou ainda ambas as medidas). O primeiro critério actua sobre a eficiência e o segundo sobre a eficácia. Para além deste capítulo, esta análise está, implícita ou explicitamente, incluída no Capítulo III.

Por ser mais actual e dizer respeita a situações reais, tome-se como ponto de partida o estudo de Mossialos e Le Grand (*cit. in* Simões, 2004).

QUADRO 6-7 – UE – MEDIDAS DE CONTENÇÃO DE CUSTOS NO FINAL DO SÉC. XX, INÍCIO DO SÉC. XXI

Limitação de recursos públicos	1.Aumento dos co-pagamentos 2. Redução do nº de isenções nos co-pagamentos 3. Racionamento com base em decisões explícitas 4. Papel crescente dos seguros voluntários de saúde 5. Desenvolvimento de formas alternativas de hospitalização
Novas técnicas de orçamentação	6. Substituição dos orçamentos fixos por indiciários 7. Combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção 8. Substituição de orçamentos sectoriais por orçamentos para prestadores individuais[141]
Formas de controlo	9. Controlo sobre os honorários 10. Controlo dos inputs[142] 11. Controlo das camas hospitalares 12. Introdução de *guidelines* na medicina[143] 13. Introdução dos preços de referência para medicamentos 14. Controlo do tempo de internamento

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos e Le Grand (cit. in Simões, 20004)

Na óptica da classificação relativa à actuação sobre a oferta ou a procura[144], ter-se-iam, no primeiro caso, as medidas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12 e 14; no segundo, enquadrar-se-iam a 1, 2, 4 e 13. O maior número de medidas na primeira opção justifica-se pelo facto de serem bastante mais fáceis de adoptar.

A contenção dos custos com medicamentos nos países da União Europeia, na década de 90, mereceu uma atenção especial de Mossialos (*cit. in* Simões, 2004). O leque de medidas adoptadas é vasto. De entre estas, e actuando sobre a procura, tem-se: desenvolvimento de um mercado para produtos de venda livre, programas de educação para a saúde, orçamentos fixos ou indicativos para médicos na prescrição de

[141] Em particular no que respeita a médicos e enfermeiros.

[142] Refere-se, principalmente, ao controlo das entradas (*numerus clausus*) nos cursos de medicina e na contratação de médicos.

[143] Consiste na definição de terapêuticas consensuais para certos tipos de doenças ou estados de saúde e abrangem procedimentos, exames e medicamentos.

[144] Existem diversas formas, umas mais utilizadas, outras menos, de classificar as medidas de contenção de custos: controlo da oferta ou da procura; de pendor macroeconómico ou microeconómico; de prevenção de custos futuros ou de correcção de custos passados; de curto prazo ou de longo prazo (Campos, 2008). Mas também as já mencionadas no texto: coercivas ou de incentivo; limitação de recursos públicos, novas técnicas de orçamentação ou formas de controlo; controlo dos custos dos factores, optimização da organização ou mistas.

medicamentos, auditorias das receitas médicas e promoção da prescrição de genéricos. Actuando sobre a oferta, tem-se os seguintes exemplos: controlo de preços, preços de referência, reembolso da indústria quando se ultrapassam os orçamentos acordados, limites de taxas nas despesas de promoção, promoção do uso de genéricos e desenvolvimento do mercado com importações paralelas.

Menos discutida e, portanto, muitas vezes omissa das propostas de sustentabilidade, é a possibilidade de reduzir o leque de benefícios sustentados pelo erário público. Ou seja, a redução dos níveis de generalidade das prestações. Também a fixação de critérios de admissibilidade aos cuidados de saúde financiados pelo Orçamento de Estado tem sido pensada e implementada em determinados sistemas de saúde. Serrão et al. (1998) dão o exemplo da Nova Zelândia, em 1993, através da aplicação de *guidelines*, às quais deveriam obedecer os doentes, assentes na produção de benefícios, no custo efectividade, nos benefícios para a saúde da comunidade e no respeito pelos valores da sociedade. Citam ainda o exemplo do Estado americano do Oregon, que considerou passíveis de financiamento através do Medicaid cerca de 709 casos de doença e, em face dos custos respectivos e dos possíveis doentes prioritários, elegeu 587 deles (696 para 1993).

A escolha de uma ou outra modalidade de financiamento, pagamento e prestação não é pacífica, uma vez que interfere de forma diferente na universalidade, na acessibilidade, na equidade no financiamento e no controlo de custos. Não se pode dizer que uma é melhor que outra, mas sim que, atendendo à situação conjuntural do momento, à política dos governantes e à realidade do sistema de saúde existente, esta ou aquela são mais adequadas à situação.

Adoptar medidas de contenção de custos sem ferir os princípios da equidade no financiamento, da universalidade e da acessibilidade requer rigor e imaginação, mas também um sistema de saúde adequado a esses objectivos.

Os sistemas de saúde financiados por impostos e com prestadores públicos possibilitam, teoricamente, um maior controlo de custos, habitualmente incidente sobre a oferta, sem prejuízo significativo da cobertura universal, da acessibilidade e da equidade no financiamento.

Os sistemas sustentados financeiramente por seguros obrigatórios e com prestadores públicos ou sujeitos a orçamento global possibilitam também, teoricamente, um maior

controlo de custos, ainda pelo lado da oferta, sem prejudicar fortemente a universalidade nem a acessibilidade. Mas a equidade no financiamento é regressiva[145]. Se a modalidade de pagamento não for o orçamento global e os prestadores forem privados, o controlo dos custos é bem menor e é exercido sobre a procura.

Nos sistemas com financiamento por seguros privados e prestadores também privados, o controlo dos custos, exercido sobre a procura, é muito fraco, não há universalidade, a acessibilidade é baixa e a equidade no financiamento regressiva. Acontece o mesmo nos sistemas de financiamento mistos, nos quais os subsistemas públicos de apoio aos mais carenciados não têm peso significativo, porque abrangem apenas uma pequena parcela da população.

6.6. A eficiência

Na actualidade, uma das grandes preocupações dos sistemas de saúde resulta da necessidade de melhorar os seus níveis de eficiência e o dos serviços que o compõem. Tal resulta da preocupação com o crescimento dos custos e com as dificuldades de financiamento resultantes de taxas de crescimento da economia cada vez menores. De facto, a eficiência pode ser encarada do ponto de vista macroeconómico (melhor combinação possível dos factores de produção para o conjunto da economia) ou microeconómico (relação entre produção e recursos utilizados ao nível de cada empresa).

A questão que se coloca é a de saber como será possível tal desiderato sem prejudicar a equidade e a acessibilidade.

Mantas, Costa e Ramos (1991) citam a opinião de diversos autores sobre esta matéria, se bem que sem consenso aparente. Enquanto Feldstein, por um lado, e Ludbrook e Maynard, por outro, concluem pela inexistência de conflitos entre eficiência e equidade, Mooney entende que tal só será válido para a equidade horizontal. Citam ainda Culyer, bem como Buxton e Klein, na opinião dos quais a incompatibilidade entre as duas variáveis é evidente[146]. Os próprios autores, que estudaram a equidade e a eficiência técnica no financiamento hospitalar em Portugal, concluem pela existência de conflitos

[145] Regressivo no sentido em que o preço fixo a pagar pelo seguro tem um peso cada vez menor à medida que os rendimentos aumentam.

[146] Culyer associa a eficiência com preferências individuais e a equidade com o colectivo. Buxton e Klein relacionam a eficiência com as economias de escala (Mantas, Costa e Ramos, 1991). Neste contexto, parece, de facto, difícil compatibilizar as duas variáveis.

em alguns níveis de análise. Aparentemente, a incompatibilidade só não existe na relação entre os acréscimos de eficiência e a taxa de mortalidade padronizada pela idade, com exclusão do grupo com mais de setenta anos. A comparação da eficiência, assim como dos incrementos desta, com os gastos por habitante e os doentes saídos, ponderados por habitante, indicam a presença de conflito entre as variáveis.

Em Portugal, e no que respeita aos hospitais, os níveis de eficiência são ainda muito baixos, em particular devido à não responsabilização dos gestores pelos resultados obtidos, à ausência de uma política de incentivos mais eficaz, à reduzida competição no mercado, a estruturas organizacionais inadequadas e a fluxos de informação escassos.

Acresce ainda, que na generalidade dos casos, a formação dos profissionais de saúde não inclui a motivação para a poupança de recursos, desligando o exercício da actividade dos consequentes custos.

Muito se tem falado sobre a superioridade da gestão privada no que respeita à eficiência das unidades de saúde. Em Portugal, os estudos merecem ainda mais maturação e uma experiência mais consolidada das diferentes modalidades de gestão. Em 2001, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) aprovou um relatório que concluía pela maior eficiência do Hospital Garcia da Orta (gestão pública) em comparação com o Hospital de Amadora-Sintra (gestão privada), tomando como referência as verbas transferidas para um e outro

O estudo foi contestado pelo ministro de então, Correia de Campos, por não incluir os subsídios de investimento e os défices económicos do Hospital Garcia da Orta. Mesmo assim, este apareceria como ganhador (Barros e Gomes, 2002). Parece legítimo que se considere o resultado económico e não o financeiro, pois o primeiro é que reflecte os custos e proveitos reais do exercício. Pela mesma razão (a especialização dos exercícios) o subsídio de investimento só deveria ser considerado na parte referente às amortizações do ano em questão.

A preocupação pela eficiência levou os governantes portugueses a adoptar, no início do Século XXI, e no que respeita aos hospitais públicos, uma legislação mais versátil, com regras de gestão, em determinadas áreas, mais parecidas com as dos privados. Nasceram assim os hospitais SA, mais tarde transformados em EPE. Logo apareceram as primeiras comparações entre estes e aqueles que continuaram a adoptar a antiga legislação (hospitais SPA).

Rego (2008) cita a Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima[147] no que respeita ao estudo que levaram a cabo

- Os hospitais SA melhoraram a eficiência (aumento da produção superior ao aumento dos custos) sem prejuízo da qualidade e do acesso;
- O desenvolvimento dos sistemas de informação foi maior nos hospitais SA;
- Existem divergências na evolução dos custos dos diferentes hospitais SA;
- Há pouca sensibilidade para reduzir custos. A eficiência é, por norma, dirigida para aumentos da produção e não para a redução dos custos.

Merece especial referência o trabalho de Rego (2008), que se centra na avaliação do impacto ao nível da eficiência, resultante da criação dos hospitais SA. Esta análise, para o período 2002/2004, pretende comparar os hospitais públicos portugueses, identificar os hospitais mais eficientes e verificar se os hospitais SA são mais eficientes que os SPA. As conclusões mais importantes são as seguintes:

- A implementação do factor mercado melhorou o desempenho dos hospitais existentes;
- Ao contrário dos hospitais SPA, os SA melhoraram o seu desempenho ao longo de todo o período;
- O estatuto jurídico é significativo no que concerne à explicação da eficiência dos hospitais, sendo mais provável ser eficiente quando estes se enquadram nas sociedades anónimas do que quando pertencem ao sector público administrativo;
- No seu conjunto, as variáveis ambientais (estatuto jurídico, certificação e acreditação) explicam os níveis de eficiência observados, apesar de individualmente, uns serem mais, e outros menos, relevantes do ponto de vista estatístico.

A autora chama ainda a atenção para o facto do estudo demonstrar a necessidade de uma regulação forte, justificada pelas vantagens da empresarialização, conjugadas com a importância de garantir a equidade.

Alguns autores analisam também a eficiência do ponto de vista do modelo de financiamento. É o caso de Hacker (2008), que lista quatro vantagens dos seguros públicos de saúde sobre os privados: custos mais baixos para um dado nível de

[147] A Comissão foi presidida por Manuel Gouveia e apresentou os resultados em 2006.

benefícios; gastos administrativos mais baixos; maior capacidade para negociar preços de serviços e medicamentos mais acessíveis; inexistência de margem de lucro nos programas públicos. A estes factores, o autor acrescenta a vantagem dos planos públicos a longo prazo, no que respeita à garantia de cobertura a preços mais reduzidos.

Deve-se, contudo, reconhecer que os seguros privados são mais versáteis e dinâmicos que os públicos, mas também mais instáveis. Não parece possível garantir a universalidade da prestação de cuidados, a acessibilidade e a equidade no financiamento sem o recurso, mesmo que apenas em parte, à intervenção do Estado e, portanto, a uma forma mais ou menos clara de financiamento público do Sector.

6.7. A necessidade e a importância das reformas

Parece poder afirmar-se, que passada a fase de implementação dos grandes princípios políticos que nortearam as reformas da Saúde nos países europeus, como sejam a universalidade, a solidariedade, a acessibilidade e a equidade, chegou o momento da adopção das medidas pragmáticas (gestão, organização, eficiência, sustentabilidade, …), que garantam a exequibilidade desses mesmos princípios.

Questões políticas transformam-se em questões técnicas, verificando-se a tendência para reduzir a equidade e a acessibilidade a indicadores do tipo custo/efectividade, cobertura, avaliação e estrutura da despesa, entre outros (Cohn e Elias, 2002).

O que importa verificar é se esse caminho se justifica e se é possível estabelecer um patamar mínimo em que a sustentabilidade do sistema não prejudica seriamente os valores atrás mencionados. Objectivamente, as dificuldades económicas cíclicas, conjugadas com um maior nível de exigência por parte dos cidadãos, têm conduzido os países europeus a reformas centradas nas seguintes medidas (Figueras, Saltman e Sakellarides, cit. *in* Miguel e Bugalho, 2002):

- Em políticas que lidam com a escassez de recursos (aumento de impostos e de contribuições para a segurança social, e estratégias de contenção de custos);
- Num financiamento mais equitativo e sustentável;
- Numa afectação de recursos mais efectiva (separação entre financiamento e prestação, contratualização, novas formas de remuneração dos profissionais, etc.);
- Em preocupações acrescidas com a eficiência da prestação de cuidados.

Dito de outra forma, a dificuldade está em descobrir a fórmula que compatibiliza a equidade com a eficiência, no que se têm esforçado, nas últimas décadas, muitos países desenvolvidos. Ou, como dizem Miguel e Bugalho (2002), nos três pilares da estratégia de reformas dos sistemas de saúde: eficiência, equidade e qualidade. E é esta, exactamente, a questão que se coloca. Ou seja: como melhorar a eficiência do sistema de saúde, sem prejudicar a equidade, nem a qualidade dos serviços. O título desta tese resulta, aliás, destes esforços, que parecem convergir, a longo prazo, para sistemas com diversos pontos comuns.

Contudo, importa definir, desde logo, que as reformas podem ser drásticas e concentradas num dado momento, ou implementadas lenta e gradualmente. As primeiras são designadas por *big bang* e as segundas por incrementais ou graduais (Viana e Poz, 2005; Barros, 2005). Este último autor admite ainda a hipótese de uma terceira via, intermédia, que designa por *mixed-bang*.

A adopção de um ou outro modelo está directamente relacionada com os custos das medidas a adoptar, a situação política, social e económica do momento, a capacidade de congregar apoios, a importância das reformas, a credibilidade do método de aplicação e a capacidade de realização. Estes factores poderão aconselhar a adopção de um ou outro método de implementação das reformas.

Apesar das reformas nos países com sistemas de saúde tipo Bismarck e tipo Beveridge não terem seguido caminhos exactamente iguais, nem tão pouco abandonado o núcleo central dos seus valores ideológicos, a verdade é que nos seus aspectos essenciais essas reformas conduziram a alguns objectivos comuns, que merecem referência especial por serem uma das partes centrais desta tese:

- Garantia da acessibilidade;
- Promoção da eficiência;
- Contenção de gastos.

A garantia da acessibilidade conduziu à diminuição das diferenças do papel do Estado nos dois sistemas. Conforme se viu no capítulo III, é cada vez maior o número de países que garantiu a universalidade do seu modelo. Por outro lado, os diferentes governos têm reforçado o seu papel regulador. Estas alterações são particularmente visíveis nos países cujo sistema de saúde é enformado por princípios liberais, nos quais a preocupação pela inclusão dos excluídos dos seguros de saúde tem sido evidente (Simões, 2004).

A eficiência, com o objectivo de fazer mais com os mesmos recursos, ou o mesmo com menos, foi também apanágio dos dois sistemas, mas muito em particular dos planificados. A este nível, as melhorias introduzidas assentaram na maior participação dos privados no Sector, na introdução de modelos de gestão do tipo empresarial e no fomento de um mercado da saúde com os próprios organismos públicos a competirem entre si. Alguns países, como é o caso do Reino Unido, deram início ao processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados, o que possibilitará uma menor intervenção do Estado.

A contenção de gastos tem sido comum aos dois tipos de modelos, sendo que as mais importantes medidas para atingir tal desiderato foram adoptadas por ambos: aumento dos co-pagamentos; redução do nº de isenções nos co-pagamentos; substituição dos orçamentos fixos por indiciários; combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção; controlo das camas hospitalares; introdução de *guidelines* na medicina; introdução dos preços de referência para medicamentos.

Saltman (*cit. in* Simões, 2004) caracteriza este período de reformas (final do Século XX, princípio do XXI), na Europa ocidental, como o do afastamento do Estado do planeamento e da gestão, mas também o do reforço do seu papel de regulador. Em sua opinião estes seriam os traços comuns às reformas dos diferentes sistemas.

Também a Organização Mundial de Saúde (*cit. in* Simões, 2004) considera que apesar de partirem de pontos diferentes, quer os países em que o Estado tinha um papel central no sistema de saúde, quer os outros, foram obrigados a rever a governabilidade dos sistemas, por razões económicas, sociais, demográficas, gestionárias, tecnológicas e ideológicas.

Uma reforma implica sempre uma mudança da situação com o objectivo de obter melhorias (Cabral, 2010a). Assim, este tipo de processo só se justifica se forem detectados problemas, como parece ser o caso da generalidade dos sistemas de saúde, a par com as dificuldades na acessibilidade, na qualidade, na eficiência, mas principalmente na sua própria sustentabilidade.

A recuperação desta última está, obviamente, condicionada pela natureza do bem em questão e pelos valores inerentes a uma sociedade moderna e desenvolvida. Por outro lado, também é verdade, conforme já se referiu, que esses mesmos sistemas tiveram que fazer face a uma série alterações sociais e económicas significativas: envelhecimento

populacional; rápido desenvolvimento tecnológico; novos padrões de morbilidade e mortalidade; democratização e consequente aumento do nível de exigência dos cidadãos; novos estilos de vida; etc.

A OCDE, tomando como base o estudo de sete países (Hurst, 1992), justifica a necessidade de reformas da seguinte forma:

- Pelo crescimento rápido das despesas;
- Pelos excessos no consumo de cuidados e na medicalização dos problemas sociais;
- Pela deficiente qualidade do atendimento nos serviços de saúde;
- Pelo crescimento das listas de espera;
- Pelas diferenças inexplicáveis de níveis de actividade e custos entre países;
- Pela ausência de coordenação entre prestadores de cuidados;
- Pelas injustiças no acesso e no reembolso das despesas.

A par destas razões, que podem ser controladas ou minimizadas pelos governantes, há outras que fogem ao seu domínio: envelhecimento da população, inovação tecnológica, procura de cuidados de saúde diferenciados e alterações do estado de saúde dos cidadãos motivadas por novos factores biológicos, comportamentais e culturais.

Em Portugal, o envelhecimento da população ocorreu não apenas devido à redução da fecundidade, mas também ao prolongamento da existência. A percentagem de idosos na população passou de 10,5%, em 1980, para 16,9%, em 2004. A população urbana cresceu, no mesmo período, de 29,4% para 55,1% (Campos, 2008), criando problemas adicionais na satisfação das necessidades e na rentabilização dos recursos.

A generalidade dos sistemas de saúde, em particular no caso português, está longe de ser cumprida, apesar dos esforços feitos recentemente. Estas lacunas sentem-se, especialmente, ao nível dos cuidados continuados, da saúde oral, da oftalmologia e das intervenções cirúrgicas em geral, onde os tempos de espera para tratamento, internamento, consulta e cirurgia são elevados, induzindo assim, a não prestação de cuidados a uma larga fatia da população.

O português está também mais exigente em relação à qualidade dos cuidados que recebe, facto que gera uma relação difícil com os profissionais de saúde, constatação evidente em estudos de opinião recentes (Campos, 2008).

Mas as reformas não podem passar apenas pelas questões financeiras. A filosofia e a organização dos modelos, enquanto factores promotores de *melhor saúde* e maior eficiência são, igualmente, importantes. É fundamental abandonar o centralismo hospitalar, bem como a disseminação de meios ou a *administração* tradicionalmente burocrática dos serviços de saúde. Mas é também essencial, encarar a *gestão* de uma forma mais activa, apostar mais e melhor na promoção da saúde e na prevenção da doença e garantir uma coordenação mais eficaz das diferentes unidades.

Importa também ter sempre presente, que os resultados marginais obtidos em Saúde são escassos, por comparação com o investimento efectuado. A partir de determinado patamar gasta-se proporcionalmente mais em saúde do que aquilo que se ganha na sua melhoria. E que a prática parece demonstrar ser mais vantajoso no combate às desigualdades em saúde a aposta na educação, no emprego, na habitação – em resumo, em melhores condições de vida. O Sector da Saúde não será, por certo, capaz de, por si só, resolver de forma eficaz e eficiente os problemas que se lhe colocam, em particular os da melhoria dos estados de saúde e da redução do nível de desigualdades.

Não se deve ainda esquecer que o sistema de saúde português, à semelhança de muitos outros, é composto por pequenas empresas (à excepção de algumas unidades hospitalares), disseminadas por todo o país, com uma elevada importância na economia portuguesa, no emprego e em variáveis como o Valor Acrescentado Bruto, mas com reduzida expressão no comércio externo. O quadro seguinte procura reflectir a realidade (2008) do sector dos cuidados de saúde no total do sector terciário.

QUADRO 6-8 – SAÚDE – INDICADORES EMPRESARIAIS 2008

	2008		
	CS	**ST**	**% no ST**
Nº de empresas/instituições	68.898	1.008.779	6,8
Emprego	210.674	2.510.052	8,4
Dimensão média	3	3	-
Volume de negócios (10^6 €)	8.947	224.182	4,0
VAB (10^6 €)	4496	51.502	8,7
Produtividade (10^3 €)	21	21	-

CS – Cuidados de Saúde; ST – Sector terciário; VAB – Valor Acrescentado Bruto
Fonte: Adaptado a partir de INE (cit. in ISEG, 2010, p. 15)

Cohn e Elias (2002) parecem confirmar o que atrás ficou dito, ao referir que, esgotada a reforma sanitária brasileira de 1988, os governantes, a partir de meados da década de 90 do Século XX, passaram a prestar mais atenção às questões pragmáticas de regulamentação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), dando especial ênfase a aspectos como a gestão, a programação e a avaliação. Segundo os mesmos autores, estas questões vão, gradualmente, ganhando relevância sobre os anteriores eixos temáticos: universalidade, integralidade, controlo e participação social, descentralização e peso do Estado no Sector.

Parece também ser o que se pode concluir do publicado por Almeida (*cit. in* Sacardo, 2009), quando menciona que a tendência para as políticas reformistas assenta em eixos como a contenção de custos, o aumento da eficiência, a reestruturação do mix público/privado, a descentralização de actividade e responsabilidades operacionais e financeiras, o aumento das comparticipações dos utilizadores, a despolitização do sector, a entrega da condução das unidades de saúde a gestores e a empresarialização do Sector.

Também em Portugal, a título experimental a partir de 1995 e a título definitivo a partir de 2002, deu-se início a uma importante reforma da saúde, com destaque para os aspectos do enquadramento jurídico das instituições, da gestão, da negociação de objectivos e da organização do sistema de saúde.

Uma boa parte das medidas adoptadas assentou, total ou parcialmente, nas conclusões do relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), das quais se salientam as seguintes (Serrão et al, 1998):

- Reforçar a coordenação das instituições públicas;
- Dinamizar a competição da prestação privada;
- Atribuir maior responsabilidade e autonomia financeira às instituições públicas;
- Fomentar a competição entre os hospitais públicos;
- Aperfeiçoar o sistema de contratualização entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os hospitais.

As alterações introduzidas não parecem, contudo ser suficientes, como parece concluir-se de um estudo recente (ISEG, 2010), que caracteriza da seguinte forma a realidade do sistema de saúde português:

- Baixos níveis de produtividade, qualidade, disponibilidade e acessibilidade, por comparação com a média da UE e da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico);
- Indicadores de saúde e bem-estar satisfatórios;
- Níveis de eficiência-custo hospitalar desfavoráveis;
- Reforço recente dos recursos humanos dos equipamentos e das tecnologias;
- Problemas de articulação dos médicos com outras classes profissionais;
- Envelhecimento da classe médica;
- Baixo rácio de enfermeiros por médico;
- Acumulação de funções públicas e privadas por parte de diversos profissionais qualificados;
- Despesa em saúde *per capita*, quer em termos totais, quer na sua componente pública, medida em relação ao PIB, abaixo da dos países mais desenvolvidos, apesar da recuperação recente;
- Maior crescimento da despesa pública em saúde, do que da despesa privada;
- Despesa em fármacos superior à média da OCDE;
- Política do medicamento assente na promoção dos genéricos e na redução do preço dos medicamentos de marca;
- Crónica sub-orçamentação do SNS;

O estudo remata, concluindo (ISEG, 2010, p. 9)[148]:

> Esta realidade coloca ao país um **problema muito grave de insustentabilidade financeira do SNS**, que poderá acarretar a prazo, à medida que se vão tentando encontrar e impor medidas e soluções de curto prazo, **desenvolvimentos negativos para a competitividade do cluster da saúde** e **fazer perigar todos os avanços registados em matéria de saúde e bem-estar** e a própria equidade, cobertura e universalidade do sistema, condicionando ainda mais a geração e distribuição de riqueza em Portugal e, por essa via, numa lógica de círculo vicioso, a própria sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português.

Para ultrapassar aquilo que designa por "dinâmicas negativas" do sistema de saúde português, aquele estudo aponta para a adopção de um vasto conjunto de medidas reformistas. Destas, merecem referência especial as seguintes:

[148] Estudo realizado para o Health Cluster Portugal, com coordenação geral de Augusto Mateus e Gonçalo Caetano e executiva de Hermano Rodrigues, que inclui ainda uma apreciação sobre o sector empresarial ligado à saúde em Portugal. O sublinhado é da autoria do ISEG.

- Melhoria da eficiência do sistema hospitalar;
- Criação de incentivos para a subscrição de seguros de saúde em regime de *opting-out*;
- Privatização e externalização de actividades não essenciais;
- Implementação de estudos de avaliação económica para introdução de novas tecnologias;
- Centralização das compras e prestação de serviços comuns partilhados;
- Redução da capacidade dos hospitais (menos camas e concentração de unidades);
- Aplicação de taxas moderadoras em função da situação clínica do doente;
- Aposta em medidas de prevenção da doença e de promoção da saúde;
- Melhorar a alocação de recursos, entre outros aspectos do ponto de vista geográfico;
- Encerramento dos subsistemas de saúde e garantia de maior coerência do sistema;
- Fixação de taxas de co-financiamento privado em função de patamares de rendimento;
- Redução das comparticipações do Estado em produtos/medicamentos e serviços;

Estas medidas, tendentes a ultrapassar o problema de sustentabilidade do sistema de saúde português, apontam em diversas direcções, que vão desde a liberalização parcial do Sector e a privatização de actividades não essenciais, até melhoria dos níveis de gestão e a racionalização dos recursos disponíveis. Contudo, num esforço de sintetização, poder-se-á dizer que assentam em três vectores estratégicos: redução dos custos; aumento das receitas; melhoria da eficiência macro e micro.

Algumas delas, contudo, parecem merecer algum reparo, se se assumir que os pressupostos de equidade e de solidariedade no financiamento devam ser garantidos, como aliás se deduz do estudo. Por exemplo o *opting-out*, porque possibilita a saída dos melhores contribuintes, que são também, muitas vezes, os melhores riscos. Ou ainda, a redução das comparticipações.

Por outro lado, algumas medidas não parecem de fácil implementação, como é o caso da diferenciação de taxas moderadoras em função dos rendimentos ou ainda a da sua implementação em razão da situação clínica, uma vez que o doente não domina os conhecimentos necessários para tal efeito, parecendo perverso ser penalizado por esse motivo.

Mas algumas medidas apontadas são, de facto, importantes e urgentes, como por exemplo, todas as que se referem à racionalização da alocação de recursos financeiros, materiais e humanos.

O ISEG (2010) propõe a adopção de medidas reformistas que melhorem a eficiência e a eficácia e contribuam para a sustentabilidade do sistema de saúde, o que poderá ser, ou não, complementado com a alteração do paradigma do financiamento. Verificando-se esta última, o Estado deixaria de financiar a oferta de cuidados, que seria privatizada ou contratualizada, passando a suportar a procura.

Mas, mais uma vez, a adopção de medidas deste último tipo dificilmente terá o sucesso desejado, sendo difícil de entender como o é que o financiamento da procura poderá ser o garante da sustentabilidade, tanto mais que as medidas de redução de gastos são mais fáceis de adoptar ao nível da oferta do que ao da procura. Também não é líquido que a prestação de serviços exclusivamente por privados assegure a equidade, sendo inclusive de admitir que em alguns locais do país não haja candidatos à prestação de cuidados. As reformas não podem colocar em risco o cumprimento da equidade no acesso e no financiamento.

As propostas avançadas por Simões e Dias (2010) no que respeita ao desenvolvimento das políticas de saúde em Portugal são bem mais moderadas e pragmáticas, partindo de dois pressupostos fundamentais: o primeiro, as limitações impostas pela Constituição da República; o segundo, a imagem positiva do SNS e a preferência inequívoca pela sua manutenção, conforme sondagem realizada em 2007. Resumidamente, as suas ideias reformistas quanto às políticas de saúde apontam para o seguinte:

- Combate às desigualdades;
- Desenvolvimento de uma política de saúde horizontal (com ligação a outras políticas sectoriais);
- Melhoria da governação macro;

- Formação dos profissionais de saúde mais assente na qualidade;
- Disseminação das tecnologias de informação e comunicação.

6.8. Conclusões

Este capítulo abordou os principais problemas actuais dos sistemas de saúde, que estiveram, aliás, na origem das reformas tratadas na presente tese. Estas fazem-se por imperativos políticos ou para adaptação dos modelos à conjuntura. Ora o final do Século XX e o princípio do Século XXI trazem para o contexto dos sistemas dois aspectos da maior importância: a necessidade de garantir a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos; a sustentabilidade dos modelos.

As desigualdades em saúde são contrárias à justiça social, devendo pois ser combatidas, garantindo que todos têm acesso aos cuidados, independentemente de os poderem pagar ou não. Este princípio sustenta-se no facto da saúde ser um bem colectivo, fundamental ao desenvolvimento económico, mas também à coesão social.

Neste contexto, a equidade é um objectivo primordial dos modernos sistemas e saúde, devendo ser entendida, como defende Sen, pela igualdade de capacidades básicas, ou seja, pela possibilidade do indivíduo proceder desta ou daquele forma. E se é certo que isto depende das características de cada um, também não é menos verdade que a disponibilidade dos recursos e os seus atributos têm uma influência importante. Se a isto se associar as disfuncionalidades do mercado da Saúde, percebe-se a justificação para a intervenção do Estado, como factor de protecção dos mais vulneráveis.

A globalização, que assumiu papel de relevo a partir de finais do Século XX, tornou ainda mais visíveis e de maior dimensão os problemas éticos e de saúde pública. Por outro lado, facilitou a melhoria das condições sanitárias dos países menos desenvolvidos. Este fenómeno catapultou a intervenção dos Estados para um nível superior – o da cooperação internacional.

Outra das preocupações actuais dos governantes resulta da difícil opção entre controlar os custos e possibilitar aos cidadãos a liberdade de escolha do médico e dos serviços de saúde. Aparentemente, tem prevalecido a primeira, apesar de alguns exemplos contrários.

O crescimento dos custos com a saúde pode, e deve, ser visto, também, como um indicador do progresso de cada país, uma vez que está, directamente relacionado com a

evolução da sociedade. Daí que seja irreversível. As principais causas estão relacionadas, do lado da procura, com aumento da esperança média de vida, com os custos das novas doenças, com o crescimento do rendimento e com a gratuitidade (ou quase) dos cuidados no momento da utilização dos serviços, entre outras. Do lado da oferta a razão centra-se mais na inovação tecnológica, no efeito indutor dos recursos disponibilizados, no esbanjamento dos recursos e na medicalização dos problemas sociais entre outras.

Há, contudo, um aspecto interessante, que tem merecido a atenção de muitos autores e investigadores. Aparentemente, o efeito do aumento das despesas com o Sector no nível geral de saúde da população não é tão grande quanto, à partida, se poderia pensar. Os ganhos são marginais; bem menores do que aqueles que resultam do aumento do rendimento das pessoas e da melhoria das condições de vida em geral.

As razões antes citadas são mais que suficientes para colocar a sustentabilidade dos sistemas de saúde na ordem do dia. Não pode existir um desfasamento permanente entre o nível do aumento dos gastos com a Saúde e a taxa de crescimento do PIB. Por outro lado, o recurso ao aumento dos impostos para cobrir a despesa tem limites que não devem ser ultrapassados.

Ao longo dos anos, têm-se multiplicado as medidas de contenção de custos ou de melhoria da eficiência dos serviços. Estão todas citadas no presente capítulo, sendo de realçar as que respeitam ao controlo da produção dos profissionais de saúde, à verificação da distribuição e do número de camas, à adopção de modelos de gestão empresarial, à introdução de técnicas de avaliação dos sistemas de saúde, ao reforço do planeamento, à preferência dada ao desenvolvimento dos cuidados primários e ao aumento dos co-pagamentos como forma de evitar os abusos de utilização. As medidas mais fáceis de aplicar e com resultados mais rápidos são as coercivas. As soluções baseadas em incentivos são, contudo, mais justas e motivadoras.

Uma coisa parece certa: a contenção dos custos com o Sector é indispensável. Importa garantir a sua sustentabilidade, sob pena de num futuro mais ou menos próximo ser necessário adoptar medidas muito mais duras, que ponham em causa princípios elementares como a universalidade, a generalidade e a tendencial gratuitidade.

A contenção de custos insere-se num âmbito mais vasto, que é o da melhoria dos níveis de eficiência dos serviços e dos sistemas de saúde. Pode-se aumentar a eficiência

através da melhoria dos resultados, mantendo-se o volume de recursos; ou, manter os resultados com a afectação de um menor volume de recursos. Hoje em dia, estas são preocupações permanentes.

Em Portugal, uma das soluções adoptadas passou pela alteração do regime jurídico dos hospitais, tendo já, muitos deles, abandonado o Sector Público Administrativo e ficado debaixo da alçada de legislação privada. Os estudos têm demonstrado níveis de eficiência mais elevados nos hospitais que se sujeitaram a essa alteração do que naqueles que permaneceram dentro do direito público. O trabalho de Rego (2008) prova isso mesmo, concluindo ainda que a eficiência é essencialmente dirigida para aumentos da produção e não para a redução de custos. Afirma ainda, que o novo estatuto jurídico explica esse aumento de eficiência.

Há também autores, como Hacker (2008), que têm analisado a relação entre modelo de financiamento e eficiência, tendo concluído que esta é mais elevada nos seguros públicos de saúde do que nos privados.

Assumida a necessidade de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, importa também assegurar que a mesma não seja feita contra os princípios e valores que enformam aqueles, muito em particular a universalidade, a solidariedade, a acessibilidade e a equidade. E esta é, de facto, uma equação de difícil resolução.

CAPÍTULO VII

METODOLOGIA

7.1. Introdução

O plano de pesquisa foi delineado de acordo com o tema abordado e os objectivos do trabalho. Foi sendo adaptado à medida que a investigação ia avançando, assegurando-se que o mesmo servia de guião, mas não de limitador à criatividade, adaptando-se por isso ao desenvolvimento do conhecimento e aos contributos recebidos.

Como dizem Silva e Menezes (2001, p. 19), citando Minayo, a pesquisa é uma "actividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade… É uma actividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota…".

Optou-se pela análise qualitativa por se tratar de um estudo que procura descrever e explicar a evolução comparada de sistemas de saúde em contexto histórico. É importante perceber as razões por detrás das alterações resultantes das reformas, a sua intencionalidade. Depreende-se, portanto, que o processo de análise criado e utilizado é tão ou mais importante que o resultado em si. O trabalho foi concebido numa perspectiva dinâmica, tanto mais que os sistemas de saúde estão em permanente mutação.

Este tipo de pesquisa requer que o investigador interprete os factos e lhes outorgue significados. Trata-se de uma pesquisa descritiva, porque assenta na observação sistemática, mas também explicativa, porque permite reconhecer os factores que explicam determinado fenómeno (Silva e Menezes, 2001).

A pesquisa bibliográfica, documental, a observação e o estudo de casos constituem os procedimentos técnicos utilizados – procedimentos que consubstanciam os instrumentos de que se serve a lógica de investigação designada por método indutivo.

Para além da acessibilidade aos dados, este capítulo aborda também a construção do modelo de análise e o processo de escolha da amostra, sendo, na lógica da dinâmica da pesquisa, a fase que se segue à revisão da literatura e que define a metodologia que se adoptará no estudo propriamente dito. A sua inserção nesta parte da tese está pois convenientemente justificada.

7.2. Justificação da escolha da metodologia

Entendeu-se adequada a utilização da análise qualitativa, se bem que no caso concreto do estudo de algumas variáveis se tenha optado pelo recurso a métodos quantitativos. Como dizem Pope e Mays (s.d.), os dois tipos de abordagem são complementares. Estes

autores referem também que os métodos qualitativos têm sido muito frequentemente utilizados para analisar fenómenos sociais importantes, muito em particular os relacionados com sistemas de saúde como um todo.

Aliás, a inclusão do estudo de casos, enquanto técnica de recolha de dados, na análise qualitativa, não é pacífica. Araújo et al (2008) defendem que é o carácter descritivo deste tipo de estudo, que faz com que a maioria dos investigadores o considere como tal. Mas citam Coutinho e Chaves para defenderem a legitimidade de junção dos métodos qualitativo e quantitativo, o que reforça os procedimentos adoptados nesta pesquisa e mencionados no parágrafo anterior.

O problema proposto requer, aliás, um estudo aprofundado dos sistemas de saúde, da sua evolução no tempo e da sua comparação. Está pois também de acordo com o mencionado por Ludke e André (*cit. in* Sacardo, 2009), quando referem como factores definidores deste tipo de análise, os seguintes:

- Observação da realidade dinâmica e complexa do objecto de estudo em contexto histórico;
- Ambiente social como fonte de dados;
- Dados apresentados, essencialmente, no modo explicativo.

Benbasat et al (*cit. in* Araújo et al, 2008) acrescentam ainda, entre outras, as seguintes características desta análise: dados recolhidos utilizando diversos meios, análise de uma ou mais entidades, estudo aprofundado e dependência do poder de integração do investigador.

Os sistemas de saúde foram analisados em pormenor – método descritivo analítico – em dois momentos diferentes: antes e depois das reformas. Posteriormente, e para cada conjunto de sistemas pertencentes ao mesmo modelo (planificado e liberal), procedeu-se à sua comparação nesses dois momentos de tempo. Por último, comparou-se um modelo com o outro, utilizando-se nos dois casos o método descritivo comparativo. Mais uma vez, cita-se em defesa desta metodologia o trabalho de Pope e Mays (s.d., p. 16), quando mencionam que a pesquisa qualitativa tem sido utilizada "com efeito considerável, na avaliação de reformas e mudanças organizacionais para oferta de serviços de saúde…" e Sacardo (2009), quando defende a utilização de dados históricos para explicar a realidade social.

Ainda na linha desta orientação merece referência especial o mencionado por Rego (2008, p. 276), que cita um trabalho anterior de Miguel Gouveia, no âmbito da metodologia que utilizou para a comparação de hospitais do tipo SA com os do tipo SPA, que tem também no presente trabalho perfeita aplicação. Passa-se a citar:

> A aplicação da metodologia "diferença das diferenças" consiste em calcular previamente as diferenças no tempo (Depois – Antes) para cada unidade hospitalar e posteriormente apurar a diferença das diferenças no tempo, entre hospitais SA e SPA. Concretamente pretende com esta metodologia "identificar o impacto médio da transformação em SA e não confundir as diferenças observadas com diferenças que já existiam inicialmente".

Esta metodologia aplica-se também ao presente trabalho, na parte que respeita ao estudo de casos referente a seis países seleccionados (Portugal, Reino Unido, Brasil, França, Holanda e EUA), em particular pelas seguintes razões:

- Parte-se da análise da evolução de cada sistema de saúde antes e depois das reformas;
- Analisa-se o sentido dessa evolução por grupos de países, consoante o modelo de sistema de saúde (planificado, os três primeiros atrás mencionados e liberal, os restantes);
- Compara-se a evolução de um modelo com outro, procurando detectar divergências e pontos comuns.

Esta metodologia permite pois detectar tendências e verificar o que elas têm de comum. Possibilita ainda verificar como é que países com modelos diferentes se adaptaram às condições políticas e económicas de finais de Século XX, princípios do seguinte.

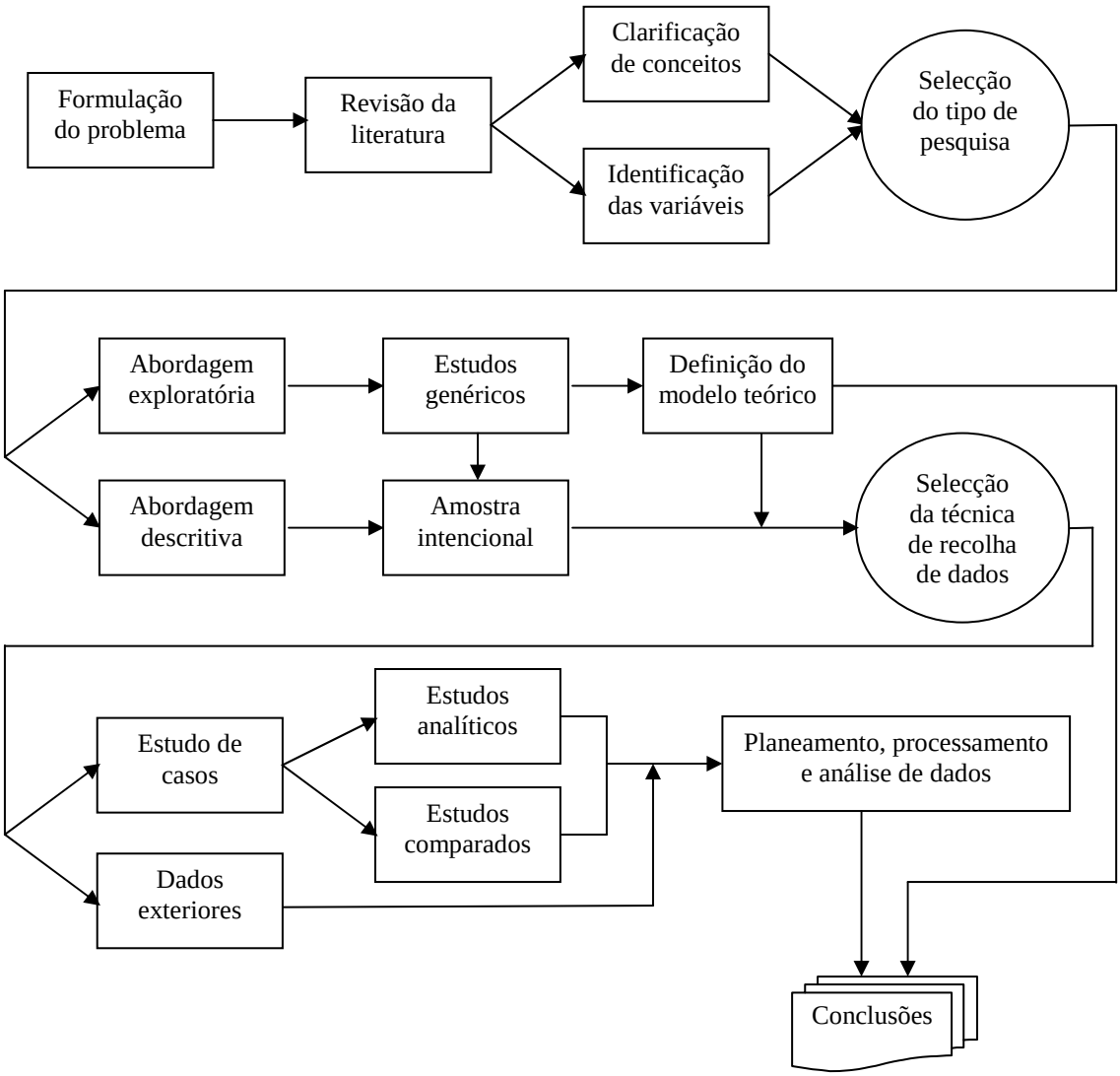
A análise comparada de sistemas de saúde como instrumento metodológico foi também defendida por Conill et al. (*cit. in* Sacardo, 2009), que salientam a necessidade de encontrar as causalidades e inter-relações, partindo da análise das diferenças e semelhanças entre fenómenos.

No que respeita à análise global da evolução dos sistemas de saúde e das suas variáveis, facto que vem mencionado no diagrama seguinte sob a designação de *Dados exteriores*, e que consta do ponto 8.3, utilizou-se o método descritivo analítico.

Para o desenho do plano de pesquisa utilizou-se como base o trabalho desenvolvido por Pizam (1994), adaptado às características do presente projecto de investigação. De notar, que a justificação da metodologia utilizada implica a discriminação dos passos ou

etapas do estudo. Apresenta-se, de seguida, o respectivo diagrama e, depois, a justificação de cada uma das etapas.

FIGURA 7-1 – PLANEAMENTO DA PESQUISA



Fonte: Adaptado a partir de Pizam (1994)

Segue-se, conforme já mencionado, a explicação de cada uma das etapas do projecto de pesquisa.

Formulação do problema

O problema, que se traduz no objectivo principal desta tese, poderá ser identificado como a convergência entre os dois modelos (planificado e liberal) de sistemas de saúde

e surgiu no contexto da actividade profissional do autor. A pesquisa bibliográfica e documental, bem como a observação aprofundada, foram as técnicas utilizadas[149].

O problema foi então formulado como o da aproximação dos modelos de sistemas de saúde, resultante das reformas introduzidas em finais do Século XX e, em alguns países, já no início do presente Século. Os radicalismos dos modelos planificados e liberais foram-se esbatendo. Esta percepção conduziu, desde logo, à construção da hipótese: a convergência de modelos.

A pesquisa bibliográfica foi extensa e permitiu analisar opiniões nem sempre uniformes sobre os diferentes sistemas de saúde. O espírito crítico dos diferentes autores e a comparação de opiniões permitiram mitigar a possibilidade de influência ou de vieses.

A pesquisa documental (documentos oficiais, relatórios, legislação, etc.) possibilitou a obtenção de informação tal como foi produzida no contexto histórico da altura da sua produção.

A observação decorreu, desde logo, da actividade profissional do autor durante cerca de oito anos: primeiro como membro do Conselho de Administração de uma ARS, depois como Administrador Delegado de um dos maiores hospitais portugueses e, por último, como Presidente do Conselho Fiscal de uma grande empresa prestadora de serviços a hospitais. E se é certo que não foram utilizados meios técnicos para recolha e registo dos factos então observados, a verdade é que o período em causa (período de grandes reformas) e os lugares ocupados, que possibilitaram contactos pessoais do mais alto nível, permitiram o domínio pormenorizado das tendências reformistas e dos seus vectores de promoção.

No mesmo período foram realizadas pelo autor diversas visitas de estudo a serviços de saúde estrangeiros: Reino Unido, Canadá, Holanda, França, Áustria, Dinamarca e Brasil, entre outros. Nuns casos de uma forma mais abrangente e noutros mais direccionada, o processo permitiu o acompanhamento das reformas nesses países e a sua comparação com aquilo que se ia fazendo em Portugal.

Em resumo, a observação foi o primeiro indicador, o ponto de partida, para a formulação do problema.

[149] Estas técnicas, muito em particular as duas primeiras, foram também utilizadas noutros passos do processo de pesquisa.

Revisão da literatura

Pareceu oportuno começar pela descrição da evolução da Saúde[150], a nível nacional e mundial, para dar um contexto histórico dos determinantes dos sistemas de saúde, da forma como evoluíram e das preocupações dos governantes em cada momento.

Numa segunda fase, estudou-se detalhadamente as variáveis integrantes do modelo de análise dos sistemas de saúde. Ou seja: os seus componentes (População/Empresas, Estado, Entidades gestoras dos fundos da Saúde e Prestadores de serviços) e os seus fluxos (financeiros e de serviços).

As técnicas utilizadas foram a da pesquisa bibliográfica e documental, já mencionadas a propósito da fase anterior. Cada estudo assenta, aliás, noutros efectuados anteriormente e possibilita outros que hão-de vir (Pizam, 1994).

Esteve sempre presente a necessidade de validar as informações obtidas, de forma a evitar que opiniões pessoais pudessem induzir em erro. Procedeu-se, portanto, a uma escolha criteriosa das fontes bibliográficas e documentais, consultando documentos oficiais, mas também livros de autores independentes.

A revisão da literatura foi feita com dois objectivos precisos:

- Determinar o *estado da arte*, ou seja, apurar o que já se sabe, as lacunas e os obstáculos teóricos;
- Efectuar a revisão histórica, por forma estudar a evolução dos sistemas de saúde e descobrir os factores que a determinaram, o sentido da sua orientação e as eventuais implicações futuras.

Clarificação de conceitos e identificação de variáveis

Na opinião de Pizam (1994), os componentes básicos de uma teoria são conceitos e variáveis. Foi este postulado que se assumiu ao caracterizar e descrever os sistemas de saúde. Ou seja, quais são as unidades de análise sobre as quais se vai construir o estudo dos diferentes modelos e quais os seus conteúdos?

Este princípio vem ao encontro do que dizem Morlino e Sartori (*cit. in* Sacardo, 2009), quando afirmam que o método comparativo não se pode circunscrever à justaposição de

[150] Neste contexto, dever-se-á entender Saúde da forma mais abrangente possível. Ou seja: os principais avanços do conhecimento médico, a organização macro e micro dos serviços de saúde, a criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde, a evolução das políticas de saúde, a organização e proliferação dos sistemas de financiamento e os resultados em saúde.

dados e que compete ao investigador definir os critérios de comparação, as variáveis escolhidos e o contexto histórico.

Para tal efeito, importava clarificar as variáveis analisadas, o conceito de cada uma delas e o período sobre o qual incide o estudo. Foi o que se fez nos capítulos III e IV e ainda, em parte, nos capítulos V e VI. A importância desta fase da pesquisa resulta da necessidade de definir com rigor as variáveis a utilizar, de forma a identificar a sua presença ou ausência nos diferentes modelos de sistemas de saúde, bem como os valores que assumem.

Pizam (1994), citando Black e Champion, e ainda Kerlinger, explicita que as variáveis são unidades de análise que assumem valores pertencentes a um determinado domínio ou propriedades que assumem determinados valores. Foi isto que se fez em relação aos sistemas de saúde:

- Identificar as variáveis caracterizadoras dos sistemas;
- Clarificar os conceitos de cada uma;
- Definir os valores (o domínio) que poderiam assumir.

Selecção do tipo de pesquisa – Abordagem exploratória

A utilização da abordagem exploratória assume especial importância neste tipo de estudos, porque permite, entre outras coisas, a familiarização com o problema e a clarificação de conceitos. Isto é especialmente importante neste género de projectos, porque o campo de análise é vasto e as publicações sobre a matéria também.

Selecção do tipo de pesquisa – Abordagem descritiva

O desenho descritivo da análise é utilizado sempre que o objectivo é a descrição sistemática, factual e precisa de factos ou características de uma dada área de interesse. Inclui quase todas as formas de pesquisa e não está limitado por qualquer método de recolha de dados (Pizam, 1994).

A análise da evolução dos sistemas de saúde e a detecção do seu fio condutor encaixam neste tipo de abordagem, porque fazem uso de um enorme conjunto de informação, as variáveis independentes não são passíveis de controlo pelo investigador e as suas manifestações já ocorreram.

Uma das fraquezas apontadas a este tipo de abordagem resulta da possibilidade de interpretações não consentâneas com a realidade. Procurou-se ultrapassar este problema através da consulta de diversos autores e da confrontação das respectivas opiniões. Sempre que possível, e algumas variáveis permitiram-no, optou-se pela quantificação das unidades de análise, o que introduziu uma maior segurança nas conclusões.

Estudos genéricos

Antes de se proceder à escolha de uma amostra de países sujeitos a estudo, analisou-se demoradamente um vasto conjunto deles, o que permitiu:

- Seleccionar criteriosamente duas amostras intencionais representativas de sistemas de saúde identificáveis com os modelos liberal e planificado – casos estudados no ponto 8.2;
- Escolher outros conjuntos de países passíveis de análise parcial (variáveis específicas), em relação aos quais fosse possível avaliar o sentido da evolução de determinadas variáveis – casos estudados em 8.3, cujo ponto de partida é a unidade de análise e não o país.

Amostra intencional

Uma outra crítica habitualmente feita às abordagens descritivas resulta do facto de ser impossível ou muito difícil optar por amostras aleatórias. Araújo et al. (2008) citam Stake e Bravo para defenderem que no estudo de casos as amostras não são aleatórias. No caso dos sistemas de saúde poderia ser, inclusive, contraproducente, já que os países seleccionados poderiam não ter uma organização capaz ou merecedora de análise.

Entende-se, como defendido por Kerlinger, citado por Pizam (1994), que as fraquezas de uma amostragem não probabilística podem ser mitigadas, até certo ponto, através da utilização de amostras escolhidas com cuidado, conhecimento geral e específico.

As amostras intencionais são escolhidas pelo investigador (ou por especialistas) e representam, se obedecerem aos critérios atrás definidos, elementos representativos da população que se está a estudar. Ou, no dizer de Silva e Menezes (2001, p. 32), "casos … que representem o bom julgamento da população/universo". Bravo (*cit. in* Araújo et al., 2008) acrescenta que há seis tipos de amostras possíveis no estudo de casos: extremas (casos únicos); casos típicos ou especiais; de variação máxima; casos críticos; casos sensíveis (politicamente importantes); de conveniência.

No que respeita ao presente estudo, a amostra intencional poderá ser considerada, essencialmente, como uma selecção de casos típicos representativos de dois grupos de modelos de sistemas de saúde.

Importa ainda salientar três aspectos que foram cruciais na adopção deste método de escolha dos elementos da amostra:

- A disponibilidade de dados completos sobre sistemas de saúde, em particular referentes a dois períodos de análise (antes e depois das reformas), não é frequente. Houve, então, que ter o cuidado de optar por uma selecção de países em que os referidos elementos fossem, na medida do possível, passíveis de recolha rigorosa e completa.
- A amostra teve também que incluir países com diferentes modelos (liberal e planificado) de sistemas de saúde, de forma a garantir a representatividade de cada um. Pareceu aconselhável optar por países que não oferecessem qualquer dúvida quanto à sua inclusão num dos dois modelos atrás citados. A opinião do autor e também a de outros peritos e investigadores, obtida através da revisão da literatura, foi fundamental para esse efeito. Aliás, dado que na prática todos os sistemas de saúde incluem características de ambos os modelos, a opção por países claramente representativos só poderia ser feita através das amostras intencionais.
- Para garantir rigor ao trabalho e validade às conclusões optou-se ainda por complementar aquele estudo comparativo com: a opinião de outros investigadores sobre as tendências dos sistemas de saúde; a análise conjunta de indicadores representativos da convergência para um conjunto mais alargado de países (OCDE, da UE ou do MERCOSUL), utilizando-se a análise da evolução de medidas de dispersão.

A justificação dos países escolhidos está plasmada no ponto 7.5.

Definição do modelo teórico

Esta fase do processo de pesquisa consistiu na elaboração do quadro referencial, ou matriz de análise de dados, que será explanada no ponto 7.4 e que foi utilizada no estudo de casos e na sua comparação. Foi também definido o modelo de análise sobre a reforma da Saúde em termos globais e por variável (em relação a determinados conjuntos de países). Estes últimos resultados foram explanados no ponto 8.3 e, posteriormente, transcritos para as conclusões.

Nesta parte do trabalho utilizou-se também o recurso ao cálculo estatístico do coeficiente de variação ou do desvio padrão para medir a dispersão de valores em relação à média. O desvio-padrão pressupõe que as médias daquilo que se analisa são iguais ou semelhantes. Quando tal não acontece é preferível a utilização do coeficiente de variação. Estes instrumentos são comummente utilizados, dada a sua simplicidade, mas também devido à sua adequação a este tipo de trabalhos, tal como defendem e utilizam Caminada et al. (2008) no trabalho citado na bibliografia, a propósito da análise de convergência dos níveis de protecção social. Para o cálculo usou-se o programa Microsoft Office Excel 2003. As fórmulas daqueles indicadores estatísticos são

- Desvio padrão

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{1}^{n} \left(x_i - \overline{X}\right)^2}{n}}$$, em que *n* é o número de elementos da amostra, x_i os diferentes valores que estes assumem e $\overline{x}$ a média.

- Coeficiente de variação

$$c_v = \frac{\sigma}{\mu}.$$, em que σ é o desvio padrão e μ a média.

Selecção da técnica de recolha de dados – Estudo de casos – Estudos analíticos

Estudos de casos são exames pormenorizados de determinadas características sociais. Caracterizam-se por serem flexíveis no que respeita à técnica de recolha de dados, reportarem a qualquer tipo de característica social e terem baixos custos (Black e Champion, *cit. in* Pizam, 1994). A capacidade de gerarem novos motivos de estudo e novas hipóteses também não é de desprezar.

Um sistema de saúde é uma organização de carácter social, promovida, regulada e controlada pelo Estado. O estudo dos modelos adoptados pelos países seleccionados encaixa-se, por isso, no estudo de casos. Para cada país, foram analisadas minuciosamente as respectivas variáveis em dois momentos diferentes: antes e depois das reformas ocorridas em finais do Século XX, princípio do Século XXI.

Por outro lado, os sistemas de saúde representam uma realidade complexa que envolve diversos factores. Detectar as interacções entre estes, analisar a forma como evoluem e os resultados obtidos requer uma investigação cuidada, global e profunda, que possibilite ao investigador perceber a sua dinâmica (Araújo et al., 2008).

Selecção da técnica de recolha de dados – Estudo de casos – Estudos comparados

Conforme já foi referido, a sustentação deste tipo de estudo, ou seja, do método descritivo comparativo, resultou da necessidade de interpretar dados históricos para explicar a realidade social, traduzida na convergência de modelos dos diferentes sistemas de saúde.

Conforme Morlino e Sartori (*cit. in* Sacardo, 2009), este tipo de estudo não consiste apenas na colocação lado a lado dos dados, mas também na especificação das variáveis de análise, dos critérios de comparação e da identificação do contexto histórico da observação. O mesmo autor, na mesma obra, cita ainda Schneider e Schmitt para justificar a abordagem comparativa em estudos sobre sociedades sincrónicas em que o objectivo é analisar aspectos sociais bem determinados.

A evolução comparativa das unidades de análise (ou variáveis) caracterizadoras dos diferentes modelos de sistemas de saúde foi analisada com o objectivo de testar a hipótese da convergência destes últimos. Ou seja, de compreender o fenómeno e desenvolver teorias mais genéricas a seu respeito. Neste contexto, seguiu-se a linha de pensamento de Fidel (*cit. in* Araújo et al, 2008).

Selecção da técnica de recolha de dados – Dados exteriores

Por dados exteriores dever-se-á entender aquilo que Pizam (1994) identifica como *secondary data*. Trata-se de elementos que não foram recolhidos especificamente para o estudo dos países seleccionados. Por norma, já estavam disponíveis e em alguns casos até mesmo tratados. Uma série deles resultou de pesquisas e trabalhos do autor e outra de publicações, documentos oficiais e estatísticas sobre a matéria. Em qualquer dos casos, ao longo do texto, foi sempre feita referência à respectiva fonte.

Estes dados, foram considerados da maior utilidade na análise da evolução das variáveis ao longo do tempo e, por isso, foram incluídos no estudo e aproveitados para demonstrar os objectivos pretendidos.

Planeamento, processamento e análise de dados

Esta fase da pesquisa passou pela ordenação e interpretação dos dados, bem como pela análise dos casos individuais e pela comparação entre eles. A análise final permitiu, tal como refere Sacardo (2009, p. 34), "transitar entre o concreto e o abstracto, entre o teórico e o empírico, buscando aproximar-se da realidade e interpretá-la, atribuindo-lhe significados e sentidos até então desconhecidos, e objectivá-la".

Seguiu-se, conforme já mencionado noutros pontos, uma perspectiva histórica comparada e, face às evidências encontradas, estas foram analisadas tomando por base um referencial teórico estudado e proposto, principalmente, nos capítulos III, IV e V.

A ordenação dos dados obedeceu, por isso, à matriz proposta para análise dos sistemas de saúde.

A atribuição de valores (escalões, categorias, …) às unidades de análise, ou variáveis, possibilita a codificação e tratamento das mesmas, com o propósito de extrair conclusões, que permitam responder às questões levantadas. O facto de se tratar de uma análise qualitativa não impede o investigador de mensurar as variáveis representativas dos fenómenos estudados.

Conclusões

O propósito desta fase do projecto é resumir os resultados a que se chegou, para que sejam perceptíveis as respostas às hipóteses colocadas e para que sejam equacionadas pistas para futuras pesquisas.

A importância do conhecimento dos sistemas de saúde é por demais evidente, muito em particular num período de crise económica em que se debatem questões como a universalidade, a acessibilidade, a propriedade das unidades prestadoras de cuidados, a eficiência dos serviços, a qualidade, a modalidade de financiamento, o sistema de pagamento e a comparticipação dos doentes no momento da utilização, entre outras.

É pois do máximo interesse analisar a evolução dos diferentes modelos de sistemas de saúde, procurando indagar se têm convergido e porquê. As respostas encontradas permitirão, por outro lado, a adopção de medidas correctivas, de forma a melhorar o desempenho de cada sistema de saúde. Neste contexto, os resultados deste projecto de investigação serão não apenas relevantes, mas também úteis para políticos, economistas, investigadores e profissionais de saúde.

Coloca-se, como em todos os outros projectos de investigação, a questão da fiabilidade das conclusões e, consequentemente, a possibilidade da sua replicação. Ora a fiabilidade deste trabalho (e das suas conclusões) constata-se na possibilidade dos instrumentos de análise, principalmente do quadro referencial dos sistemas de saúde, poderem ser replicados. Mas, também, na compreensão da dinâmica evolutiva destes últimos e na possibilidade de os governos adoptarem soluções já testadas e de resultados confirmados. Por outro lado, a constituição de grupos maiores de países (UE, OCDE e MERCOSUL) na análise de algumas variáveis e a sensibilidade de muitos autores sobre a matéria, reforçarão, por certo, as conclusões a que se chegar. Parece pois justificada a possibilidade de replicação das conclusões e até mesmo do interesse em manter uma observação permanente sobre a matéria.

Será bom relembrar o que se mencionou na introdução a este capítulo, quando se disse que o processo de análise criado e utilizado é tão ou mais importante que o resultado em si.

7.3. O acesso aos dados

7.3.1. Fontes e procedimentos

Para elaborar esta tese foram consultadas as seguintes fontes: teses de doutoramento, dissertações de mestrado, livros, revistas científicas, manuais de ensino universitário, artigos e trabalhos científicos, documentação oficial, legislação e *sites* da internet.

As matérias sobre as quais versam essas fontes são, principalmente: política, economia, história, medicina, gestão, filosofia, saúde pública, estatística, organização de empresas e sociologia.

A área de interesse na qual essas matérias se enquadram é, obviamente, a Saúde. Contudo, algumas das fontes consultadas abordavam, em termos mais gerais, questões ligadas à economia, à gestão e à organização de empresas.

O autor reuniu, ao longo da sua actividade profissional, quer na área da gestão de serviços de saúde, quer na do ensino universitário, uma extensa lista bibliográfica sobre o sector da Saúde, cuja utilidade foi fundamental para a elaboração deste trabalho.

A pesquisa na internet, quer através dos motores de busca tradicionais, quer nas bases de dados que servem de repositório a trabalhos científicos, foi também bastante útil.

Quer num caso, quer noutro, as fontes foram crescendo exponencialmente, como resultado da bibliografia inerente a cada obra.

Reunido um conjunto apreciável de fontes, e sem prejuízo de, posteriormente, se terem acrescentado outras tantas, começou-se pela leitura das que tinham como tema principal a história da Saúde, o que permitiu a escrita do capítulo II.

De seguida procedeu-se à análise das fontes sobre as restantes matérias, o que possibilitou a elaboração dos capítulos III, IV, V e VI. Por razões de construção de um raciocínio lógico, destes capítulos, o último a ser executado foi o V.

O presente capítulo VII tinha já sido pensado e estruturado à medida que se iam escrevendo os anteriormente mencionados, muito em particular o V. Contudo, foi só depois de este estar concluído que se procedeu à sua elaboração. Seguiu-se o estudo de casos, país a país e, em alguns casos, conforme já referido e explicado, em conjunto (UE, OCDE e MERCOSUL). A partir daí foi o trabalho do tratamento de dados e das conclusões. Para o estudo de cada país, bem como para o tratamento e análise de dados, foram criadas fichas específicas, que possibilitaram o registo sistemático dos dados.

A leitura das obras citadas passou sempre pela identificação e classificação claras das suas partes mais importantes. Após esta fase foram construídas e preenchidas fichas temáticas para cada uma das categorias assinaladas. A escrita da tese implicou nova leitura das fontes, tendo como ponto de partida e orientação as já mencionadas fichas.

Para além de uma parte deste trabalho se dedicar exclusivamente ao registo da bibliografia consultada e utilizada, fez-se sempre referência às fontes em questão, citando-se sempre que tal era eticamente exigível, tendo como guião o manual de estilo da Universidade Fernando Pessoa.

7.3.2. Dificuldades e limitações

A comparação de sistemas de saúde é um processo moroso e complicado, que enfrenta diversas dificuldades. De acordo com a OCDE (*cit. in* Escoval, 1999), os principais problemas resultam de:

- Os dados nem sempre são comparáveis;
- Os resultados em saúde, que poderão servir para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, nem sempre são fáceis de medir;

- Algumas das variáveis que caracterizam os sistemas, como por exemplo a social, a médica, a cultural, a demográfica e a económica, dificilmente são objecto de medição e controlo;
- A transferência de políticas de saúde entre países levanta diversos problemas.

A estas razões dever-se-á ainda acrescentar:

- Nem sempre é fácil, ou até mesmo possível, obter os dados necessários às análises pretendidas, muito em particular porque se trata de comparações internacionais;
- Por vezes o investigador depara com diferentes critérios de cálculo das variáveis de país para país;
- A situação conjuntural de todos ou parte dos sistemas analisados, nomeadamente em períodos de crise económica ou de reformas, devido à instabilidade das variáveis, dificulta a análise;
- O investigador precisa de fazer opções sempre que existe muito material disponível (nem sempre coincidente) sobre a caracterização dos sistemas de saúde;
- Numa matéria com um cunho político e social tão forte é usual encontrar opiniões que resultam de opções prévias de natureza filosófica. As divergências de opinião resultam, muitas vezes, desse factor. O investigador tem que superar esta dificuldade, corrigindo os excessos e libertando-se, na medida do possível, das cargas ideológicas mais pesadas.

A estas dificuldades inerentes aos processos de análise e avaliação dos sistemas de saúde, há ainda a acrescentar, no caso particular desta tese, as seguintes:

- Os países da amostra foram analisados em dois momentos distintos: antes e depois das reformas. Foi pois necessário garantir a disponibilidade de dados para as duas situações (e não apenas para uma);
- Se bem que as reformas tenham ocorrido em finais do Século XX e princípios do Século XXI, a verdade é que não aconteceram exactamente ao mesmo tempo em todos os países;

- Verificou-se também, com frequência, que as reformas dos sistemas de saúde não foram executadas de uma só vez, num único momento, mas sim por fases, em períodos sucessivos.

Para ultrapassar estas dificuldades foram adoptados diversos procedimentos:

- A construção da matriz de caracterização dos sistemas de saúde foi definida a partir de componentes e fluxos por norma aceites e utilizados pela generalidade dos investigadores e especialistas na matéria;

- Os dados foram, sempre que possível, validados em duas ou mais obras e documentos credíveis sobre a matéria;

- O estudo reporta a um período de tempo que, salvo raras excepções, abrange os últimos 20 anos do Século XX[151]. Na análise teve-se em consideração o conjunto de reformas efectuadas nessa época. Aliás, e isto é assaz significativo e importante, as medidas adoptadas em cada país, mesmo não executadas de uma só vez, obedeceram a uma estratégia que, de uma forma geral, se pode considerar coerente.

A par destes procedimentos o autor viu-se, por vezes, confrontado com a necessidade de interpretar a extensão das reformas, no sentido de valorizar as variáveis. De facto, em alguns casos não foi possível extrair directamente da legislação ou das obras consultas a quantificação das unidades de análise. Os motivos foram: inexistência de referências; ausência de clareza; dados qualitativos (que requerem interpretação); divergências entre autores. Nestes casos, procedeu-se à valorização através do estudo e interpretação do sentido do conteúdo dos textos e das reformas implementadas.

7.4. Construção do modelo de análise

7.4.1. A escolha dos componentes e fluxos, e sua valorização

Considerando o exposto nos capítulos precedentes, e muito em particular o estudo sobre os sistemas de saúde abordado no capítulo V, optou-se por considerar, no que respeita aos componentes e fluxos, as seguintes variáveis ou unidades de análise:

[151] As reformas, no caso português, por exemplo, respeitam a um período que abrange, grosso modo, os anos que vão de 1995 a 2002. Obviamente, que após o 25 de Abril de 1974 (já para não falar na reforma de 1971), Portugal passou por uma série de alterações do seu sistema de saúde. Considerou-se, contudo, que o modelo estabilizou por volta de 1988 e que foi a partir de 1995 que as modificações operadas se integraram na política reformista característica de finais do Século XX.

Estado

A categoria Estado engloba duas unidades de análise:

- *Princípios políticos*, que caracterizam as orientações políticas que enformam o Sistema de Saúde, subdivididos, para efeitos de análise (variáveis elementares) em *universalidade, acessibilidade, equidade, solidariedade e liberdade de escolha*;
- *Regulação*, que define o nível de intervenção do Estado no mercado da Saúde, que vai desde a regulação absoluta até, no limite oposto, à auto-regulação através dos mecanismos de mercado.

População e empresas

A população e as empresas são, por norma, em maior ou menor grau, contribuintes dos sistemas de saúde. A primeira é também utilizadora ou consumidora de serviços de saúde. Por essa razão, houve necessidade de separar esta categoria em duas unidades de análise:

- *Contribuintes*, ou seja, aqueles que contribuem para o financiamento do sistema de saúde, que poderão ser as empresas, os trabalhadores ou a população em geral; nos dois primeiros casos (empresas e trabalhadores) subentende-se que são os seus contributos específicos para um fundo autónomo (ou quase) que pagam os cuidados de saúde, enquanto no último, se pressupõe que são os impostos em geral, pagos por todos (empresas e trabalhadores, adiante designados por cidadãos), que sustentam a parcela do orçamento geral afecto à Saúde;
- *Utentes*, que identifica quem tem direito a utilizar os serviços de saúde – se os cidadãos em geral ou os contribuintes, com eventual inclusão dos seus familiares.

Gestores de Recursos Financeiros

Existe uma enorme variedade de entidades públicas e privadas responsáveis pela gestão dos dinheiros da Saúde, complementando muitas vezes esta função com as da negociação de contratos, salários, incentivos e níveis de actividade com os Prestadores de Serviços. Considera-se as Agências Públicas de Interface, mencionadas nos capítulos anteriores, como incluídas nesta categoria de Gestores de Recursos Financeiros.

As unidades de análise serão, portanto, as entidades que, em maior ou menor grau, participam naquelas negociações e são responsáveis pela gestão dos fundos da saúde, sejam estes resultantes de impostos e contribuições obrigatórias ou de seguros

voluntários. As empresas ou seus agrupamentos foram também aqui consideradas, pois como se viu, em alguns países elas financiam e gerem os dinheiros relativos aos serviços de saúde dos seus trabalhadores e não parece possível enquadra-las noutra unidade de análise. Os Gestores de Recursos Financeiros são, então:

- *Estado* (central, regional ou local);
- *Seguros sociais ou Previdência*;
- *Seguros privados*;
- *Empresas*.

Prestadores de Serviços

A categoria de *Prestadores de* Serviços, que inclui todos aqueles que isoladamente ou em conjunto prestam cuidados de saúde de qualquer nível, é constituídas pelas seguintes unidades de análise:

- *Propriedade,* que permite identificar se as unidades de saúde são públicas ou privadas;
- *Legislação aplicável*, que tem especial importância no que respeita aos serviços públicos, já que em alguns países seguem o direito público e noutros o direito privado;
- *Gestão,* porque em alguns casos os serviços públicos de saúde são geridos, total ou parcialmente, por empresas privadas (os serviços privados de saúde são sempre geridos por privados);
- *Planeamento*, que procura identificar o nível de articulação dos serviços de saúde, ou seja, a sua integração numa política coerente de prestação de cuidados, quer no que respeita ao cumprimento das directrizes emanadas do Governo, quer ao quadro de referenciação que possibilita a entrada e a circulação dos utentes dentro do Sistema de Saúde.

Fluxos financeiros

Os fluxos financeiros, para efeitos de categorização, foram divididos nas suas duas fases:

- *Financiamento*, que engloba as diferentes modalidades de captação de fundos que representam os *inputs* monetários dos sistemas. Estão aí considerados os

impostos e os seguros sociais obrigatórios ou Previdência, mas também os prémios de seguros voluntários.

- *Pagamento ou Distribuição de recursos*, que inclui o *Regime contratual* e o *Método* aos quais obedecem os pagamentos, identificando, portanto, a solução adoptada para compensar os prestadores pelas despesas em que incorrem ao atenderem os consumidores de serviços de saúde.

Fluxos de serviços

Os *Fluxos de serviços*, que numa outra óptica medem o acesso dos cidadãos às unidades de saúde (fluxos de pessoas), permitem caracterizar os sistemas de saúde em relação à *Circulação* dos utentes, desde a entrada destes no sistema, até à sua saída.

Muitos países consideram os cuidados de saúde primários, e muito em particular o médico de família, como a porta de entrada no sistema, sendo o utilizador, posteriormente, e caso necessário, referenciado para os cuidados hospitalares e, dentro destes, para as diversas especialidades. Noutros casos, o consumidor tem total liberdade de escolha do médico, do centro de saúde, do hospital e do especialista, não estando a sua admissão ou a sua circulação condicionada por qualquer factor.

Neste conjunto de componentes e fluxos dos sistemas de saúde, que são, no fundo, as variáveis que permitem caracterizá-los, não se consideraram os fluxos de informação (dados epidemiológicos; publicidade; preços; etc.), abordados no capítulo V, uma vez que os mesmos não são decisivos no que respeita às diferenças que entre eles se estabelecem. Dito de outra forma, as informações de carácter epidemiológico, publicitário ou comercial existem em todos os modelos de sistemas de saúde. Por outro lado, a obtenção destes dados é difícil, ou mesmo impossível.

A informação epidemiológica é fundamental para a Saúde Pública. Por isso é comum aos sistemas de saúde liberais e planificados. A informação comercial sobre preços e condições de pagamento existe também nos dois modelos. É certo que tem uma maior importância nos liberais, mas nos planificados, atendendo a que, na sua maioria, incorporam também características dos primeiros (são mistos), a informação também circula: quando, por exemplo, um hospital ou um subsistema de saúde prestam serviços a outros (públicos ou privados), mediante convenção, acordo, contrato ou, simplesmente, fazendo uso da respectiva tabela de preços.

É também frequente, para efeitos de análise da eficiência, a informação relativa aos preços de custo. A informação de cariz publicitário mais uma vez é mais usual nos modelos liberais. Contudo, a introdução do conceito e da prática da designada competição gerida (concorrência no interior dos próprios sistemas públicos de saúde), bem como a negociação de objectivos, veio, directa ou indirectamente, dar uma importância até aí desconhecida à utilização de mecanismos de marketing nos modelos planificados.

Por outro lado, a maioria dos autores não aborda esta questão dos fluxos de informação, possivelmente porque entendem que não tem importância suficiente no processo de distinção e classificação dos sistemas de saúde.

Foram estas as razões que conduziram à não inclusão destes fluxos como variável caracterizadora dos sistemas de saúde para efeitos de análise da convergência de modelos.

Valorização

As variáveis foram classificadas numa escala cujos valores possíveis são *Baixo, Médio* e *Alto*, o que atende ao nível, grau, participação, contributo ou direito de utilização (consoante a natureza da variável) dos diferentes itens em análise.

No que respeita às unidades de análise que podem ser medidas quantitativamente, numa escala numérica em formato de percentagem ou coeficiente, o critério de classificação foi o seguinte: foram considerados os valores mais baixo e mais alto da amostra e a diferença entre eles foi dividida em 3 partes iguais; os resultados que caíam no primeiro terço receberam a classificação *Baixo*, os do segundo *Médio* e os do terceiro *Alto*. Este critério aplicou-se, em particular, às variáveis universalidade, solidariedade e pagamento directo integral pelo utente.

No que respeita às restantes unidades de análise, as classificações são atribuídas em função da opinião dos diferentes autores sobre o comportamento das mesmas. Neste caso, a questão está em determinar qual a importância relativa da variável em questão no país em análise. Por exemplo, se em Portugal o financiamento da Saúde é quase integralmente financiado por impostos e as parcelas suportadas por seguros privados e pela Segurança Social/Previdência são de reduzido montante, à primeira variável é atribuído o valor *Alto* e às duas restantes o valor *Baixo*.

Em qualquer dos casos cita-se, sempre que possível, uma ou mais publicações que possibilitaram a mencionada classificação.

Sempre que uma unidade de análise não se aplicava ao país em estudo, por ser inexistente (é o caso de um país no qual as empresas não gerem fundos da Saúde, porque não existem os respectivos subsistemas) ou não ser mencionada por qualquer autor, o espaço referente ao seu valor foi preenchido com as inicias NE (*Não Existente*). A omissão pura e simples, pelos diferentes autores, de uma ou outra unidade de análise é pouco provável, dada a diversidade de obras consultadas. Mas, mesmo admitindo-se a sua existência, ter-se-á que aceitar que a sua importância é diminuta e, por isso, o seu não registo nas publicações analisadas não afecta os resultados do estudo.

Obviamente que a classificação *Baixo*, *Médio* e *Alto* pode, em alguns casos, ser motivo de discussão, o que se procurou despistar pela utilização de diversas fontes. Contudo, o mais importante é detectar a tendência da evolução das variáveis nos modelos liberal e planificado e essa consegue-se, dada quantidade de opiniões e a interpretação do sentido das reformas e do próprio processo evolutivo.

7.4.2. Quadro de caracterização dos sistemas de saúde

Postas as considerações anteriores, está-se agora em condições de propor um quadro referencial que permita classificar os sistemas de saúde a partir das funções e características dos seus componentes, bem como dos fluxos que entre eles se estabelecem.

Na construção da tabela houve a preocupação de simplificar a abordagem, agregando as variáveis sempre que tal se justificasse, evitando assim a dispersão e complexidade do processo de classificação.

Identificou-se os quatro componentes já referidos (Estado; População e Empresas; Gestores dos Recursos Financeiros; Prestadores de Serviços), bem como os fluxos (financeiros; de serviços) que entre eles se estabelecem.

O quadro seguinte representa as unidades de análise (componentes e fluxos), bem como os valores que podem assumir, já explicados no ponto anterior.

QUADRO 7-1 – TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

UNIDADES DE ANÁLISE			VALORES
Estado	Princípios políticos	Universalidade	Alto Médio Baixo (nível)
		Acessibilidade	
		Equidade	
		Solidariedade	
		Liberdade de escolha	
	Regulação		Alto; Médio; Baixo (nível)
População e Empresas	Contribuintes	Empresas	Alto; Médio; Baixo (contributo)
		Trabalhadores	
		Cidadãos	
	Utentes	População	Alto; Médio; Baixo (direito de utilização)
		Contribuintes	
Gestores de recursos financeiros	Estado (central, regional ou local)		Alto Médio Baixo (grau de participação)
	Seguros sociais ou Previdência		
	Seguros privados		
	Empresas		
Prestadores de serviços	Propriedade	Pública	Alto Médio Baixo (grau de participação)
		Privada	
	Legislação aplicável	Pública	
		Privado	
	Gestão	Pública	
		Privada	
	Planeamento		Alto; Médio; Baixo (nível)
Fluxos financeiros	Financiamento	Impostos	Alto Médio Baixo (grau de participação)
		Seguros sociais obrigatórios/Previdência	
		Seguros voluntários	
	Pagamento ou distribuição de recursos	*Regime contratual:* Sistema de reembolso	Alto Médio Baixo (grau de utilização)
		Sistema de contrato	
		Pagamento directo integral pelo utente	
		Sistema integrado	
		Método: Pagamento ao acto	Alto Médio Baixo (grau de utilização)
		Pagamento por doente	
		Diária	
		Capitação	
		Pagamento directo parcial pelo utente	
		Orçamento global	
Fluxos de serviços	Circulação (liberdade)		Alto; Médio; Baixo (nível)

Fonte: Autor

Foi preenchido, para cada país, um quadro com este conjunto de variáveis, subdividido em duas partes: uma referente ao período antes das reformas e outra depois destas. É importante sublinhar que a ideia consiste em descobrir a tendência das reformas para

cada país e, consequentemente, para cada conjunto deles – os do modelo liberal e os do planificado.

Os quadros respectivos (um por país), que foram inseridos no Capítulo VIII, incluem a valorização de cada variável (como foi referido anteriormente), as obras que serviram de base à classificação e o ano a que respeitam as reformas do sistema de saúde. Como já se referiu, sempre que não foi detectada qualquer observação, o valor atribuído foi NE (*Não Existente*). Quando é citada mais de uma fonte, a data utilizada é, por norma, a última, por ser a mais actual.

As reformas sucederam-se e tiveram dimensões, faseamentos e impactos diferentes, o que dificultou o trabalho. Mas, como foi referido, o fio condutor era detectar tendências de evolução.

7.4.3. Indicadores sobre tendências globais e específicas

De acordo com o referido no ponto 7.2., a propósito do planeamento da pesquisa, a análise das publicações de diferentes autores, quer no que respeita ao estudo dos sistemas de saúde de diversos países, quer no que toca à abordagem dos componentes e fluxos em geral, permitiu uma importante colheita de dados sobre a evolução e sobre as tendências desses mesmos sistemas ou de algumas das suas variáveis específicas.

Dito de outra forma, a pesquisa permitiu não só a recolha dos dados necessários ao estudo de casos constantes do conjunto dos seis países seleccionados, mas também a colecção de um amplo leque de opiniões sobre as tendências dos sistemas de saúde em geral e das variáveis que os caracterizam (e não apenas das pertencentes aos países seleccionados). Foi este último grupo de dados que, no planeamento da pesquisa, se designou por “Dados Exteriores”.

A sua importância para os objectivos desta tese é extraordinária. Esses dados, resultantes da confrontação das opiniões de diversos autores, permitem descobrir as tendências da evolução dos sistemas de saúde dos países da OCDE, da UE e do MERCOSUL, entre outros. Ou seja, dão uma ideia mais abrangente da eventual convergência dos diferentes modelos.

Esta análise e a dos países seleccionados, que serão vistas nos pontos 8.3. e 8.2., respectivamente, são complementares.

Ao contrário do estudo de casos relativo à amostra seleccionada, cuja análise se organizou por país (posteriormente agrupados em função do tipo de modelo), os dados exteriores foram dispostos em função da natureza da análise. Neste sentido, foram criados grupos para apuramento das tendências globais dos sistemas de saúde, bem como de cada um dos seus componentes e fluxos, desde que disponíveis na literatura respectiva.

Esta abordagem permitirá detectar as razões das reformas, as medidas mais frequentemente adoptadas e o comportamento das diferentes variáveis.

7.5. Justificação da escolha e da classificação dos países

Conforme já foi referido e justificado, optou-se por uma amostra intencional para seleccionar os casos que serão objecto de estudo detalhado. Uma amostragem aleatória poderia originar a escolha de países sem um sistema de saúde bem definido (ou até mesmo inexistente) ou em relação aos quais não fosse possível a obtenção de dados passíveis de análise.

Por outro lado, pretendeu-se escolher países significativamente representativos dos dois tipos de modelos de sistemas de saúde: o liberal e o planificado. Esta representatividade, bem como a importância dos países em causa no que toca à Saúde, está sustentada nas opiniões e trabalhos de investigadores, políticos, economistas, e profissionais de saúde.

Por último, não é de mais salientar que esta análise foi complementada com a opinião de outros investigadores sobre as tendências dos sistemas de saúde e com a investigação sobre a evolução de algumas variáveis para um conjunto mais alargado de países (por norma da OCDE, da UE, da América e do MERCOSUL), conforme previsto no diagrama de "Planeamento da pesquisa" constante do ponto 7.2. Esta parte da análise será tratada no ponto 8.3.

Antes de se passar à discriminação dos países e à justificação da sua inclusão na amostra, importa definir as razões que conduziram à opção pela classificação dos seus sistemas de saúde como liberais ou planificados[152], bem como os factores que os

[152] Mais uma vez se reforça a ideia de que não há sistemas de saúde liberais ou planificados puros. Na realidade todos eles são mistos, se bem que uns tenham uma maior influência liberal e outros estatal. Daqui em diante, e para evitar a repetição de argumentos, dever-se-á entender, que sempre que se fala num dos dois modelos (liberal ou planificado), se está a identificar o predomínio de características de um ou de outro.

permitiram incluir num ou noutro modelo, o que segue as linhas gerais expostas no capítulo V.

A classificação dos sistemas de saúde em liberais ou planificados é bastante comum nos trabalhos científicos publicados. Pretende-se, desta forma, identificar os modelos com a maior ou menor importância dos papéis assumidos pelo Estado e pelo mercado. Aliás, conforme já anteriormente se referiu, a grande discussão, hoje em dia, passa exactamente pela formulação que melhor combina os valores sociais garantidos pelo Estado e a mais alta eficiência promovida pelo mercado. A este propósito, o ponto 8.3.1 é esclarecedor.

Poder-se-ia ter optado por um classificação mais analítica que, ao invés de separar os países apenas em dois grupos, o faria em três ou mais. Hurst (1992), por exemplo, conjuga modalidades de financiamento e pagamento, e encontra sete classificações possíveis. Outros, de forma mais tradicional, optam apenas pela repartição de acordo com a fórmula de financiamento: impostos, seguros e mistos, como aliás foi convenientemente detalhado no Capítulo V. Contudo, a vantagem de uma análise mais analítica, que será sempre possível em trabalhos futuros, sofreria a contrariedade da dimensão da amostra e da dificuldade em encontrar e classificar de forma rigorosa os países. Por outro lado, como já se disse, a discussão, de momento, centra-se no âmbito dos sistemas liberal e planificado.

Outra questão tem a ver com a classificação planificado versus liberal e não Beveridge versus Bismarck, conforme alguns autores (se bem que menos) fazem. Ao longo deste trabalho tem-se falado sobre a proximidade de valores e princípios inerentes a estas duas classificações. Elas não têm, de facto, o mesmo significado. Mas, na realidade, principalmente se admitirmos que não existem modelos puros, não serão tão diferentes quanto isso. A este propósito pensa-se ser suficiente repescar a posição de Graça (2000e). De acordo com este autor existem, em teoria, 4 modelos de sistemas de saúde: medicina liberal, misto (medicina liberal mais seguro de doença), tipo SNS e estatal. Como o próprio refere, o primeiro e o último não existem. Seriam, aliás, modelos no estado puro. Ficam assim dois, que se caracterizam da seguinte forma:

- *Misto* – É um modelo assente, em grande parte, em seguros obrigatórios e voluntários, com prestadores principalmente privados e pequena intervenção do Estado;

- *Tipo SNS* – É um modelo assente principalmente em impostos, com prestadores públicos e privados e grande intervenção do Estado.

Ora, na actualidade, o primeiro configura-se, na realidade, como um sistema do tipo bismarckiano, enquanto o segundo é, claramente, beveridgeano. Ou, na opinião de Saltman e Von Otter, (*cit. in* Ferreira, 2004), o *mercado regulado* e *o planeamento adaptativo*. No presente trabalho, preferiu-se a designação liberal e planificado, mais simples e cómoda, mas sempre, conforme se vem insistindo, com o intuito de identificar sistemas mistos. Campos (2007) diz que os conceitos (*sistema nacional de saúde* e *liberal-privativista*) são abstractos e reconhece que, na realidade, o Estado intervém, nos sistemas liberais, através da Previdência. Foi neste contexto que se elaborou o quadro seguinte. É importante referir, que uma análise detalhada de cinco dos países incluídos no estudo de casos (exceptuou-se o Brasil por ter alterado o seu modelo de sistema de saúde), antes das reformas, confirma, claramente, as características aqui mencionadas.

QUADRO 7-2 – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

FACTORES	MODELO LIBERAL	MODELO PLANIFICADO
Universalidade	Baixo ou Médio	Alto
Liberdade de escolha	Alto	Baixo
Regulação	Baixo ou Médio (funcionamento sustentado, em parte, nos mecanismos de mercado)	Alto ou Médio (funcionamento limitado dos mecanismos de mercado)
Utentes	Principalmente os contribuintes	Os cidadãos em geral
Gestores dos recursos financeiros	Principalmente privados/Seguros Sociais/Previdência	Principalmente públicos
Prestadores de serviços	Principalmente privados	Públicos e privados
Financiamento	Principalmente seguros sociais ou voluntários	Principalmente impostos

Fonte: Autor

Antes de se passar à justificação da escolha de cada país, importa listar as linhas gerais que presidiram à respectiva selecção:

- Na actualidade, os países dever-se-iam repartir equitativamente pelos dois modelos de sistemas de saúde;

- Deveriam ainda possuir sistemas de saúde que funcionassem regularmente e tivessem um desempenho ou um contributo para o Sector considerados positivos. Considera-se como tal os países cujo sistema é, habitualmente, colocado nos primeiros lugares das classificações internacionais ou é inovador nos seus contributos para o desenvolvimento da Medicina, do modelo de financiamento, da acessibilidade da população aos cuidados de saúde e da sua própria organização;

- Na amostra deveriam estar representados, pelo menos, países de dois continentes;
- Em cada modelo deveriam estar representados países com populações pequenas (tomou-se Portugal como ponto de partida), médias e grandes;
- Todos deveriam fazer parte de organizações internacionais (UE; OCDE; Mercosul) que fomentassem a divulgação de informação em saúde, bem como a adopção de medidas comuns no que respeita ao combate a determinadas doenças e à promulgação de legislação sobre o Sector;
- Deveriam ter promovido importantes reformas dos seus sistemas de saúde em final de Século XX, princípio do XXI.

Segue-se a identificação dos países seleccionados e a justificação para cada um deles.

Portugal

Por ser o país de origem do autor, porque o conhecimento sobre o seu sistema de saúde era já alto e porque os dados estão facilmente disponíveis, Portugal seria sempre uma escolha lógica para integrar a amostra. Mas há factores mais importantes, que se transcrevem de seguida.

O sistema de saúde português tem características muito vincadas de um sistema de saúde planificado, apesar das alterações introduzidas nos últimos 15 anos. A liberdade de escolha é baixa, a regulação muito forte, o gestor dos recursos financeiros é público (os gestores privados, como por exemplo no caso dos seguros de saúde, aparecem apenas a título supletivo), os prestadores mais importantes (hospitais e centros de saúde) são essencialmente públicos e o financiamento é assegurado por impostos, independentemente de serem admissíveis seguros complementares de saúde.

O sector da Saúde passou, em Portugal, por alterações significativas durante o período que mediou entre 1995 e 2003 (com maior ênfase em 2002), tendo-se processado uma autêntica reforma que abrangeu diversas áreas.

Por outro lado, o país tem hoje um sistema de saúde cujos resultados são bastante positivos e que o colocam ao nível dos países mais evoluídos do mundo, facto que é reconhecido pela generalidade dos investigadores.

Houve também a preocupação de escolher países de diferentes continentes e pertencentes a diferentes organizações. Neste caso, Portugal integra o núcleo europeu da

amostra, com os factores adicionais de fazer parte da União Europeia e da OCDE, e ter aderido ao euro.

Reino Unido

O Reino Unido é também um país com um modelo planificado consistente e com um forte espírito reformista, sendo lógico e justificável ser escolhido para fazer parte da amostra. É um país maioritariamente financiado por impostos, com prestadores públicos e privados e gestores de recursos financeiros maioritariamente públicos.

O Reúno Unido é um país com um elevado nível de desenvolvimento, pertencente à União Europeia e à OCDE. Durante os governos de Margaret Thatcher e John Major foram introduzidas reformas significativas no sistema de saúde, muito em particular no respeitante ao funcionamento do mercado da Saúde.

Estas razões, aliadas à sua longa história no que respeita aos regimes de protecção social, tornam aconselhável e justificável a escolha.

Optou-se pela designação Reino Unido, à semelhança do que faz a generalidade dos autores, porque, apesar dos sistemas de saúde da Inglaterra, da Escócia, do País de Gales e da Irlanda do Norte serem geridos separadamente, eles são análogos no que respeita à sua organização e ao seu funcionamento.

Brasil

As razões mais fortes que conduziram à escolha do Brasil foram: a dimensão e o crescimento recente do país; o facto de pertencer ao Mercosul (os outros países escolhidos pertencem à OCDE ou à UE); a sua localização no Sul do continente americano; ter um modelo de sistema de saúde do tipo beveridgeano (Sacardo, 2009).

Há ainda uma outra razão adicional que parece ser suficientemente atractiva na escolha deste país. Antes de 1988, o seu sistema de saúde tinha características próximas de um modelo liberal ou bismarckiano. Contudo, a criação, nessa data, do SUS, conduziu o país para um do tipo planificado.

Da bibliografia consultada, há apenas um autor, Campos (2007), que classifica o sistema de saúde brasileiro como *híbrido* e não como beveridgeano ou planificado. Não parece ser assim, uma vez que a existência de prestadores privados não justifica por si só tal classificação. Por outro lado, tem-se verificado um crescimento acentuado dos serviços públicos de saúde.

Assim, dos seis países seleccionados, o Brasil é o único que, no período em estudo, altera o modelo de sistema de saúde. Esta contingência acarreta maiores dificuldades de análise e interpretação, mas tem o atractivo de introduzir um caso diferente dos restantes. Por outro lado, possibilita verificar, com maior rigor, o nível de convergência dos modelos planificados antes das reformas e até que ponto, e de que forma, o respectivo sistema de saúde influencia a análise e se adapta aos novos objectivos.

França

A França é um país médio (emparelha, a este nível, com o Reino Unido) e desenvolvido, que desde cedo aplicou políticas sociais de protecção da saúde e do rendimento dos cidadãos. Pertence à União Europeia e à OCDE e o seu sistema de saúde tem sido estudado por muitos autores. É também, na opinião de Hurst (1992), um dos mais complexos que analisou. É financiado por um regime geral de seguro de doença, os prestadores são públicos e privados, tem sistemas de remuneração variados e sofreu alterações sucessivas, que se foram acumulando, em vez de reformas adoptadas em determinado momento. Aparentemente, incorpora uma contradição, que tenta conciliar, resultante do confronto entre os princípios socialistas e a medicina liberal (Hurst, 1992; Béresniak e Duru, 1999).

É também, por norma, considerado um dos melhores sistemas de saúde. Em face de todas estas razões parece justificável a sua escolha para integrar esta lista.

Atendendo ao financiamento e à forte liberdade de escolha antes das reformas, considerou-se, à semelhança de outros autores, como integrando os modelos do tipo liberal.

Holanda

De acordo com Hurst (1992, p. 222), as propostas reformistas do plano Dekker, para a Holanda, “são de uma originalidade impressionante”. Este país tem um sistema de saúde sustentado num financiamento baseado em seguros obrigatórios e a maior parte dos prestadores são privados. O Estado tem um papel importante na regulamentação do Sector, se bem que algumas medidas recentes visem aumentar a influência dos mecanismos de mercado. As reformas de final do Século passado procuraram melhorar a eficiência dos prestadores, aumentar a liberdade de escolha, conter os custos e baixar o nível de regulamentação, sem reduzir a solidariedade e a equidade, que aliás parece ter, inclusive, aumentado.

A Holanda tem obtido bons resultados em saúde e o seu sistema é complexo, mas, aparentemente, eficiente. Tem ainda a vantagem, talvez devido ao que antes se disse, de ser estudado por diversos autores. Tem a particularidade de tentar combinar, muito em particular depois das propostas dos planos Dekker e Simons, a equidade, a solidariedade e a acessibilidade, com a contenção de custos, a propriedade privada dos serviços de saúde, a liberdade de escolha dos cidadãos e a eficiência dos prestadores. Tal como Portugal, é um país com poucos habitantes.

Parecem ser razões suficientes para a escolha deste país. Trata-se, por outro lado, de um sistema de saúde que foi, no período em análise, sujeito a um conjunto ambicioso de reformas, estando disponível muita literatura sobre a matéria.

Estados Unidos da América

Os EUA representam, para muitos, o exemplo típico de um país assente no liberalismo económico e nos mecanismos de mercado. A esta conjectura não é alheio o facto de, desde muito cedo, os americanos serem defensores da liberdade e de lutarem arduamente pelo desenvolvimento do país.

A organização dos serviços de saúde não fugiu, pelo menos durante muitos anos, a este paradigma. Liberdade de escolha de seguradora e de médico, liberdade de iniciativa empresarial, fraca intervenção do Estado no mercado, concorrência entre prestadores, mas também entre companhias de seguros, e diversidade de modelos no que respeita à gestão de fundos da Saúde, são algumas das características mais significativas do Sector. Mas, paralelamente, os EUA sempre foram apontados como um país que não cumpria o princípio da universalidade da cobertura da população em cuidados de saúde, apesar da existência de alguns subsistemas de cariz social suportados pelos Estado. Esta conclusão, comparada com a riqueza e o desenvolvimento do país, traduzia-se numa incongruência dificilmente aceite pela maioria dos políticos e sociólogos. O nível elevado das despesas com a saúde e os fracos resultados obtidos eram também argumentos frequentemente utilizados pelos mais críticos.

Durante anos, muitos presidentes dos EUA, particularmente os afectos ao Partido Democrata, tentaram modificar este estado de coisas, mas sem sucesso. A oposição de políticos e de profissionais de saúde saiu sempre vencedora. No entanto, a eleição de Barack Obama para a presidência da república trouxe uma força renovada aos

defensores das reformas, que após algumas lutas políticas lograram a aprovação das medidas que alteraram o sistema de saúde americano.

Pela grandeza do país, pelas características específicas do seu sistema de saúde e pelas reformas recentemente introduzidas, mesmo que a aplicar faseadamente, a escolha dos EUA para o estudo de casos era inevitável e está plenamente justificada.

O modelo americano foi incluído no conjunto dos sistemas liberais. De facto, tal como refere Campos (2007, p. 1868), coexistem o "seguro privado e estatal/previdenciário", o que encaixa na classificação *Misto* atribuída por Graça (2000e).

O quadro seguinte faz o resumo das características que levaram à escolha dos países.

QUADRO 7-3 – PAÍSES SELECCIONADOS

PAÍS	Continente		Organização			Dimensão		Sistema Saúde	
	E	A	UE	OCDE	M	G/M	P	PL	LI
Portugal	X		X	X			X	X	
Reino Unido	X		X	X		X		X	
Brasil		X			X	X		X[153]	
França	X		X	X		X			X
Holanda	X		X	X			X		X
EUA		X		X		X			X

E – Europa; A – América; UE – União Europeia; OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico; M – Mercosul; G – Grande; P – Pequena; PL – Planificado; LI – Liberal
Fonte: Autor

Este último quadro comprova a adequação da classificação dos sistemas de saúde dos países seleccionados. Pelo facto do Brasil só ter adoptado o modelo planificado após as reformas e o quadro reportar ao período anterior, não foi considerado na sua elaboração. No Capítulo VIII, poderá ser confirmado o enquadramento.

QUADRO 7-4 – CARACTERIZAÇÃO DOS PAÍSES ANTES DAS REFORMAS

JUSTIFICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO E ESCOLHA DOS MODELOS E DOS PAÍSES

MODELO PLANIFICADO (antes das reformas)				MODELO LIBERAL (antes das reformas)				
UNIDADES DE ANÁLISE	PORTUGAL	REINO UNIDO	TENDÊNCIA	UNIDADES DE ANÁLISE	FRANÇA	HOLANDA	EUA	TENDÊNCIA
Universalidade	Alto	Alto	Alto	Universalidade	Alto	Médio	Baixo	Médio
Liberdade de escolha	Baixo	Baixo	Baixo	Liberdade de escolha	Alto	Alto	Alto	Alto
Regulação	Alto	Alto	Alto	Regulação	Médio	Alto	Baixo	Médio
Utentes - população	Alto	Alto	Alto	Utentes - população	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Utentes - contribuintes	NE	NE	NE	Utentes - contribuintes	Alto	Alto	Alto	Alto
Estado	Alto	Alto	Alto	Estado	Baixo	Baixo	Médio	Baixo
Seguros sociais/Previdência	Baixo	Baixo	Baixo	Seguros sociais/Previdência	Alto	Alto	NE	Alto
Seguros privados	Baixo	Baixo	Baixo	Seguros privados	Baixo	Baixo	Médio	Baixo
Propriedade - pública	Médio	Médio	Médio	Propriedade - pública	Médio	Baixo	Baixo	Baixo
Propriedade - privada	Médio	Médio	Médio	Propriedade - privada	Médio	Alto	Alto	Alto
Financiamento - impostos	Alto	Alto	Alto	Financiamento - impostos	Baixo	Baixo	Médio	Baixo
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	Baixo	Baixo	Financiamento - S. Social/Prev.	Alto	Alto	NE	Alto
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Baixo	Baixo	Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Baixo	Médio	Baixo

Fonte: Autor

[153] Adoptou o modelo planificado apenas depois das reformas.

7.6. A análise da convergência

A análise da convergência foi estruturada da seguinte forma:

- Análise da convergência por modelo de sistema de saúde;
- Análise da convergência entre modelos de sistemas de saúde;
- Análise detalhada da convergência;
- Análise das tendências globais e específicas.

Analisadas as valorizações das variáveis dos sistemas de saúde dos diferentes países, por modelo, antes e depois das reformas, foi determinado se as mesmas se classificavam como: Convergência Alta (CA), Convergência Média (CM), Pouco Divergente (PD) ou Divergência Total (DT). Ou seja, foi calculado aquilo que se designou por Níveis de Convergência (NC).

Os NC foram atribuídos com base nos seguintes critérios: CA – todos os países têm valores iguais na variável em questão; CM – dois países apresentam valores iguais para a respectiva variável[154]; PD – no conjunto de dois países[155], a mesma variável apresenta valores diferentes, mas próximos, dentro da escala de classificação; DT – todos os países assumem valores diferentes (no caso de serem apenas dois, são diferentes e não próximos).

Foram calculados os seguintes indicadores (também apurados em termos percentuais):

Índice de convergência restrita = (CA+CM) / Total das observações

Índice de convergência alargada = (CA+CM+PD) / Total das observações

Índice de divergência = DT / Total das observações

A convergência, por modelo e período (antes e depois das reformas), foi ainda verificada ao nível dos grupos de unidades de análise e das variáveis elementares que eram mais representativas dessa mesma convergência.

Para a comparação entre modelos de sistemas de saúde as respectivas variáveis foram valorizadas tomando em consideração a maioria das classificações atribuídas aos países

[154] No caso do modelo planificado só se aplica quando se inclui o Brasil na análise.

[155] Aplica-se apenas ao estudo do modelo planificado antes das reformas. São dois países, porque se exclui o Brasil, que nesta altura tinha modelo liberal. Contudo, também foi efectuada a análise com a inclusão deste país, o que permitiu avaliar o respectivo efeito.

integrantes de cada grupo, tendo-se também determinado o nível de convergência. Sempre que em relação a uma unidade de análise não havia qualquer valor comum aos países seleccionados, considerou-se o mesmo como Variável e, obviamente, com Divergência Total (DT). Este procedimento permitiu comparar os dois modelos no seu conjunto.

A análise detalhada verifica o número de convergências/divergências, antes e depois das reformas, no conjunto dos dois modelos (e não no conjunto dos países de cada grupo). Para esse efeito, foram contadas as observações com: Valores Convergentes (não Variáveis); Valores Convergentes (Variáveis); Valores Próximos; Valores Divergentes. Estes procedimentos e cálculos estão convenientemente detalhados no ponto 8.4.1. Foram construídos quadros e gráficos que tornaram mais elucidativa a caracterização dos sistemas de saúde, a sua evolução e comparação.

A análise das tendências globais e específicas foi efectuada identificando a tendência, os grupos de países em questão e os autores. No caso das específicas as opiniões foram agrupados por conjuntos de variáveis ou unidades de análise. Foi identificado o número de citações e as variáveis elementares em torno das quais se faz a convergência.

7.7. Conclusões

Optou-se por uma análise qualitativa, pelo facto do objecto de estudo constar da descrição e explicação da evolução comparada de sistemas de saúde, o que faz com que o processo criado e utilizado seja tão ou mais importante quanto o resultado. Como se depreende, o trabalho tem uma perspectiva dinâmica.

Utilizou-se o método descritivo analítico para estudar cada sistema de saúde seleccionado, antes e depois das reformas de finais do Século XX, princípios do XXI. Mais tarde, foram agrupados por modelo (planificado e liberal) e comparou-se a evolução de cada um destes, bem como os modelos entre si, utilizando-se o método descritivo comparativo.

Aplicou-se, portanto, a metodologia “diferença das diferenças”, que consiste em apurar primeiro as diferenças no tempo dentro de cada grupo e, depois, as diferenças entre estes, num e noutro momento.

No que respeita à análise das tendências globais e específicas dos sistemas de saúde, efectuada no ponto 8.3, utilizou-se o método descritivo analítico.

O desenho da pesquiza obedeceu aos critérios definidos por Pizam (1994) e está suficientemente detalhado e explicado no ponto 7.2 deste capítulo. Merecem, contudo, destaque, os seguintes aspectos:

- A formulação do problema resultou da percepção que, fruto da conjuntura e das pressões sociais, os modelos planificado e liberal foram perdendo o seu radicalismo ideológico e adoptando posições mais convergentes;

- A revisão da literatura teve dois momentos da máxima importância. O primeiro consistiu na investigação da evolução histórica da Saúde, o que foi fundamental para perceber a criação e o desenvolvimento dos sistemas de saúde. O segundo foi o estudo das componentes e dos fluxos destes últimos. Foi assim possível clarificar conceitos e identificar variáveis, ou unidades de análises;

- Para garantir a fiabilidade das classificações atribuídas às variáveis, ultrapassando assim um dos problemas por norma apontado a este tipo de estudos, procurou-se, sempre que possível, quantifica-las. Não sendo possível, assegurou-se que as mesmas eram as mais correctas, através do cruzamento das opiniões de diversos autores;

- Não sendo possível optar por amostras aleatórias, pelas razões apontadas no ponto 7.2, procedeu-se à escolha cuidadosa dos países objecto do estudo de casos, no âmbito do que, aliás, é defendido por Stake e Bravo (*cit. in* Araújo et al., 2008) e Kerlinger (*cit. in* Pizam, 1994). A selecção foi devidamente justificada;

- A construção de um quadro referencial para recolha de dados e análise da evolução dos países seleccionados, garantindo-se assim coerência e uniformidade no estudo. Este permitiu compreender as reformas, demonstrar a convergência de modelos e desenvolver teorias mais genéricas a respeito destes, nomeadamente no que concerne à sua evolução futura;

O quadro referencial antes mencionado define seis variáveis (ou unidades de análise) caracterizadoras dos sistemas de saúde. Quatro delas são componentes destes últimos: Estado; População e Empresas; Gestores de Recursos Financeiros; Prestadores de Serviços. As restantes duas são fluxos: Financeiros; de Serviços. Cada uma destas variáveis divide-se em unidades de análise mais elementares e algumas, ainda, num terceiro grupo mais analítico. Todas elas são classificadas em *Alto*, *Médio*, *Baixo*, consoante o seu nível, contributo, direito de utilização, grau de participação e grau de

utilização que assumem em cada país. Quando, no sistema de saúde em questão, o seu valor é nulo, atribuiu-se a classificação *NE* (*Não Existente*).

Para o estudo de casos foram escolhidos três países representativos do modelo planificado (Portugal, Reino Unido e Brasil) e outros três do liberal (França, Holanda e Estados Unidos da América). Como não há modelos no estado puro, foi necessário definir uma tabela de classificação de sistemas de saúde, que permitiu a escolha atrás citada. Contudo, tal está de acordo com a opinião da generalidade dos autores e investigadores sobre esta matéria.

A escolha dos países foi criteriosa e cuidadosamente pensada, garantindo-se assim as regras definidas para este tipo de estudo e para as amostras não aleatórias. Dos seis países, quatro são europeus e dois americanos, cinco integram a OCDE, quatro a UE e um o Mercosul, dois são de dimensão considerável, outros dois com uma população média e os restantes com baixo número de cidadãos (emparelhando entre os dois modelos), e três têm modelo planificado, enquanto os outros três têm modelo liberal. Como se vê, uma amostra suficientemente diversificada e representativa do leque de opções possíveis.

Para cumprir uma parte dos objectivos foi necessário efectuar a análise de convergência, aliás razão principal deste trabalho, que foi estruturada da seguinte forma: por modelo de sistema de saúde; entre modelos de sistemas de saúde; análise detalhada da convergência; análise das tendências globais e específicas. A análise foi efectuada variável a variável, verificando-se se as mesmas tinham (ou eram); Convergência Alta; Convergência Média; Pouco Divergentes; Divergência Total.

Foram ainda calculados índices de convergência e divergência, conforme se explicou, detalhadamente, no presente capítulo.

Depois do estudo de cada modelo foi efectuada a comparação entre eles, como se cada um representasse um único país. Para o efeito foi atribuída a cada variável a maioria das classificações outorgadas aos países integrantes de cada grupo, tendo-se também determinado o respectivo nível de convergência. Sempre que não havia qualquer valor comum aos países seleccionados, considerou-se o mesmo como Variável e, obviamente, com Divergência Total (DT). Seguiu-se uma análise mais detalhada da convergência e, por último, o estudo das tendências globais e específicas.

CAPÍTULO VIII

ESTUDO DE CASOS

8.1. Introdução

No capítulo concernente à metodologia referiu-se que a análise comparativa de sistemas de saúde é um processo complexo que apresenta diversas dificuldades, nem sempre fáceis de ultrapassar.

Algumas das variáveis em estudo são quantificáveis, ou podem ser medidas através de indicadores apropriados. Outras, porque são qualitativas, terão de ter uma abordagem diferente.

Neste contexto, encaminhou-se a análise da convergência dos sistemas de saúde, nos países seleccionados, em dois sentidos complementares:

- A evolução no tempo das variáveis quantitativas, nomeadamente da sua dispersão relativa em relação à média dos países considerados para efeito da análise;
- A comparação entre os valores que as variáveis assumem, em cada país, antes e depois das reformas, de acordo com a opinião de diversos investigadores e o seu peso relativo dentro do país em causa.

Quanto à análise das tendências globais mencionada no ponto 7.4.3., optou-se pela seguinte metodologia de abordagem:

- Opiniões de especialistas sobre as tendências gerais dos sistemas de saúde ou sobre a evolução das respectivas unidades de análise (componentes e fluxos);
- Análise estatística das mesmas unidades de análise (em função dos dados disponíveis).

Após estes dois tipos de análise (por país seleccionado e em termos globais), procedeu-se ao tratamento dos dados e à sua interpretação. Importa também referir, que os resultados obtidos por uma e por outra via foram cruzados, para verificar se eram compatíveis.

Ao longo de todo este processo é interessante analisar o espírito criativo dos governantes, ou das comissões por estes nomeadas, na adopção de medidas que combatam aqueles que eles consideram ser os principais problemas do seu sistema de saúde. É interessante e é útil, porque permite tirar conclusões e copiar modelos já testados. É também importante verificar a profundidade e o ritmo das reformas, diferentes de país para país, de modelo para modelo.

A metodologia que serviu de suporte ao estudo de casos foi já explicada no capítulo anterior, pelo que se dispensa mais comentários sobre a matéria.

O ponto seguinte trata do estudo de casos. A informação relativa a cada país seleccionado está estruturada da seguinte forma: caracterização do país e do sistema de saúde; a evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde; quadro comparativo. Este último está sempre no fim de cada ponto e inclui a informação completa sobre os componentes e os fluxos dos diversos sistemas de saúde, bem como as fontes que deram origem às classificações atribuídas. O texto relativo à evolução das variáveis procura dar uma visão mais geral sobre: o modelo de sistema de saúde; os seus aspectos mais relevantes; as reformas introduzidas.

8.2. A evolução dos sistemas de saúde nos países seleccionados

8.2.1. Portugal

Caracterização do país e do sistema de saúde

Em finais da década de 90 do Século XX o sistema de saúde português entrou numa fase de reformas profundas, concluídas já nos primeiros anos do Século seguinte. Na altura que se deu início ao processo reformista, o Serviço Nacional de Saúde, principal componente daquele sistema, acabara de ser estabilizado, depois de ultrapassado o período conturbado resultante da revolução de 25 de Abril de 1974 e o período em que se tentou uma aproximação tímida ao princípio do mercado da saúde.

As principais deficiências apontadas eram, na altura, os fracos resultados em saúde, a baixa produtividade dos serviços, a insuficiente participação dos privados, uma despesa pública em saúde inferior à dos outros países, a desorganização do Sector e a limitada liberdade de escolha dos cidadãos.

As reformas, primeiro a título experimental e depois de forma mais abrangente[156], incidiram sobre a criação das redes de cuidados, a transformação dos hospitais em estabelecimentos públicos de natureza empresarial, a contratualização da prestação de serviços e o reforço do papel dos privados. Paralelamente, a participação do Orçamento Geral do Estado nas despesas foi substancialmente aumentada. Tudo isto permitiu uma melhoria notável dos indicadores de saúde.

[156] Uma das críticas feitas à reforma do sistema de saúde do Reino Unido, em finais da década de 80 do Século XX, princípios de década seguinte, foi a rapidez com que foi feita, sem recurso a experiências piloto que possibilitassem prever os resultados das medidas adoptadas. Tal não se passou em Portugal.

Simões e Dias (2010a) dividem este período de reformas, entre 1995 e 2005, da seguinte forma: 1ª fase (1995 a 2002) – a retoma ideológica do SNS; 2ª fase – a criação de um sistema de saúde baseado no funcionamento de redes de cuidados e na complementaridade dos sectores público, social e privado, tendo como preocupação central a eficiência.

O quadro seguinte reflecte, em traços gerais, as características do país, procurando-se, desta forma, enquadrar a análise que se seguirá dentro de um contexto bem determinado e perceptível. Este tipo de quadro repetir-se-á para cada país objecto do estudo de casos e inclui indicadores geográficos, demográficos, sociais, económicos e de saúde. Houve a preocupação de referenciar os valores de todos os países, para cada indicador, ao mesmo ano (salvo raras excepções, em que tal se tornou impossível). As comparações e conclusões sairão beneficiadas com este instrumento.

Dos países analisados, Portugal é o que tem a menor população, mas não a menor área, que é um atributo da Holanda. Distingue-se também por ser o país com a melhor taxa de mortalidade infantil. Aliás, tem ainda um bom indicador no que respeita à esperança média de vida. Os piores resultados do país situam-se no campo económico, se bem que mereça referência o esforço público nos gastos com a saúde.

QUADRO 8-1 – PORTUGAL – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	92.389
População	2010	milhares	10.732
Taxa de desemprego	2008	%	7,8
PIB per capita em ppc	2008	US$	23.283
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	7,0
Esperança de vida à nascença	2007	anos	79,1
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	10
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	3,3

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

A Constituição da República Portuguesa diz, claramente, que o SNS é universal, abrangendo, por isso, todos os cidadãos, o que não oferece qualquer dúvida, como é referido por muito autores. Assim, no que respeita a esta variável, o valor a atribuir, que consta do quadro inserido no fim deste ponto, é *Alto* (antes e depois das reformas).

O sistema de saúde português garante a acessibilidade (Escoval, 1999). Mas há, obviamente, entraves ao perfeito funcionamento do sistema, com implicações nessa mesma acessibilidade, como é o caso das listas de espera (Pereira, 2005). Também segundo Barros et al. (2011), existe uma série de entraves que a condicionam: listas de espera, alguns tipos de cuidados não fornecidos (como, por exemplo, os cuidados dentários), falta de médicos em algumas especialidades e áreas geográficas, entre outras. Tudo ponderado, pareceu razoável atribuir o nível *Médio*, antes e depois das reformas, apesar destas terem melhorado ligeiramente a situação, através do aumento dos médicos de família, de uma certa melhoria no que respeita a proximidade geográfica de hospitais e centros de saúde, do crescimento da utilização dos serviços de saúde e da ténue recuperação das listas de espera hospitalar. Esta parece ser também a conclusão a retirar da leitura do Euro Health Consumer Índex de 2007 e 2009. Ainda no que respeita à melhoria da proximidade geográfica, importa esclarecer que subsistem algumas iniquidades entre as diferentes regiões do país.

O sistema de saúde português é, por norma, promotor da equidade. Contudo, diversos autores têm mencionado algumas barreiras ou benefícios particulares, que reduzem o nível dessa variável. É o caso de Serrão et al. (1998), quando mencionam as vantagens acrescidas dos beneficiários dos subsistemas das forças militares, da ADSE, SAMS e outros, sem que isso esteja sustentado nas suas maiores necessidades em saúde. Mas mencionam também, e bem, a desigual distribuição de recursos pelo todo nacional. Por esta razão, considerou-se a equidade como de nível *Médio*. Também Rosa (2002) se refere aos privilégios concedidos às forças militares e a outros subsistemas de saúde, como factores de discriminação negativa. Considera, contudo, que a tendencial gratuitidade favorece a equidade. Estar-se-ia, portanto, perante factores antagónicos. A classificação já mencionada, em face destes condicionalismos, parece correcta.

No que respeita à solidariedade, Portugal situava-se no terço inferior[157] da escala do peso da despesa pública em percentagem do PIB[158], quer em 1980, quer em 1990. Em 2000 aparece no segundo terço e em 2005 no último. Por essa razão, os valores atribuídos antes e depois das reformas são, respectivamente, *Baixo* e *Alto*.

[157] A este propósito, ver o que se disse na parte final ("Valorização") do ponto 7.4.1.

[158] Ver quadro "Despesa total e pública em saúde, em % do PIB" inserido no ponto 3.2.

Em Portugal, existe a tendência para encarar o Estado como o responsável pela saúde dos seus cidadãos, bem como pelo funcionamento dos respectivos serviços de saúde. Aqueles são, inclusive, obrigados a escolher um médico de família no centro de saúde da sua residência. Neste sentido, a liberdade de escolha dos beneficiários do SNS está muito limitada. Os restantes cidadãos, beneficiários de outros subsistemas de saúde, têm liberdade de escolha, muito em particular no que respeita ao especialista. Mas o seu número é reduzido. Em 2008 foram adoptadas algumas medidas no sentido de dar alguma liberdade à generalidade dos cidadãos, como por exemplo através do cheque dentista, o que, aliás, vem no seguimento das políticas superiormente definidas. Mas é ainda muito pouco para alterar a classificação atribuída. Também a escolha do hospital está muito limitada (apesar da liberdade concedida pela Lei 27/2002) devido às redes de referenciação e às especialidades implementadas em cada unidade (Silva, 2010).

Em Portugal é possível, desde sempre, a participação dos privados no Sector da Saúde. Contudo, e muito em particular após 25 de Abril de 1974, o Estado exerce um controlo bastante forte sobre a sua actividade, não apenas ao nível do licenciamento e da fiscalização, mas também dos preços e do nível de actividade (a generalidade dos privados tem contratos com o SNS e em alguns casos a maior fatia da facturação é-lhe destinada). Daí a classificação de *Alto*, para os dois períodos em análise[159], no que respeita à regulação. De notar, ainda, que a Entidade Reguladora da Saúde foi uma das medidas emblemáticas da reforma. Alguns autores, como Stoleroff e Correia (2008), argumentam ter existido um certo abrandamento da regulação após as reformas de início do Século XXI, em particular devido ao fenómeno da empresarialização dos hospitais. Contudo, apesar de uma maior liberdade de actuação concedida aos gestores, o controlo do Estado é muito forte, tendo, inclusive, em alguns casos, sido reforçado através de uma maior fiscalização.

O principal contribuinte do financiamento dos serviços de saúde é a população em geral, ou seja, os impostos pagos por empresas e cidadãos. As reformas introduzidas no início do Século XX não alteraram este paradigma. Há também, alguns subsistemas de saúde baseados na Segurança Social e nas empresas, com descontos específicos de empregados e empregadores, mas a sua expressão relativa é pequena.

[159] Os períodos em questão, sempre que tal for mencionado, respeitam ao antes e depois das reformas de final do Século XX, princípio do Século XXI, conforme já foi detalhadamente explicado.

A Constituição da República Portuguesa, antes e depois das reformas, é clara quanto ao direito de todos os cidadãos terem acesso aos cuidados de saúde, independentemente de pagarem impostos ou de pertencerem a um subsistema de saúde que não o SNS.

De acordo com Simões et al. (2007), que citam o Instituto Nacional de Estatística, em 2006, a ADSE cobria cerca de 10% da população portuguesa (6,44% do financiamento total), enquanto os subsistemas privados se ficavam pelos 8%, o que equivalia a 2,21% do financiamento total. O primeiro destes subsistemas é público e abrange todos os funcionários do Estado. Já os subsistemas mencionados em segundo lugar são garantidos por empresas privadas ou públicas sujeitas ao direito privado. São exemplos: SAMS dos bancários; CTT; PT[160]. Os seguros privados abrangiam 9% da população (2,62% do financiamento total), sendo contudo de sublinhar que, por força do disposto na Constituição, e por não haver casos de *opting-out* neste grupo, todos os beneficiários estavam também cobertos pelo SNS. Este último ficaria, portanto, directamente, com a responsabilidade de cobertura de cerca de 82% da população, sendo ainda de relevar que, mesmo os beneficiários de subsistemas, por força do já mencionado direito constitucional, poderiam aceder aos seus serviços. Mecanismos legais permitem, contudo, a figura do *opting-out*, que já foi exercida, por exemplo, pelas três entidades privadas acima mencionadas. Mesmo assim, é claro o predomínio do Estado (através do IGIF) enquanto entidade gestora dos fundos da Saúde. Para as empresas, os seguros privados e a segurança social fica um papel bem mais diminuto no que respeita à gestão dos respectivos fundos. Os autores atrás mencionados chamam ainda a atenção, e bem, para o facto do Estado proceder ainda, directa (transferências do Orçamento de Estado) ou indirectamente (benefícios fiscais), ao financiamento dos restantes subsistemas.

No período anterior às reformas, e mais propriamente nos anos 90, os fundos geridos pelo Estado representavam cerca de 88,2% do total, sem tomar em consideração os pagamentos directos. Os seguros voluntários ficavam-se, nas mesmas condições, pelos 2,2% e o conjunto dos subsistemas públicos e privados (incluindo as empresas), pelos 9,6%. Em face destes valores, a classificação respectiva não oferece qualquer dúvida.

A propriedade dos serviços de saúde portugueses reparte-se pelo público e pelo privado, que coabitam na prestação de cuidados de saúde. Se é verdade que os centros de saúde e

[160] A gestão dos planos de saúde da PT é efectuada pela PT – ACS, criada em 1995 e equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social. Mais de 50% do financiamento é assegurado pelo próprio grupo PT e o restante por contribuições do pessoal, dos aposentados e das transferências do Estado no âmbito do acordo de *opting-out*.

a generalidade dos grandes hospitais são propriedade do Estado, também é verdade que a prestação de cuidados, em valor e em 2004, foi efectuada em cerca de 58% por privados (INE, *cit. in* Campos, 2008). Em 1996 havia sido cerca de 54%. Em termos de quantidade e no período anterior às reformas (1979), os privados dominavam nas farmácias e estavam também bem posicionados nos serviços de internamento (39% do total) e nas camas de psiquiatria (42% do total). O sector público tinha clara predominância nos serviços auxiliares de diagnóstico e nas consultas (Oliveira, 2010). Apesar de alguma irregularidade na evolução da oferta, o período entre 2000 e 2005 permite constatar no número de camas e nos serviços auxiliares de diagnóstico um ligeiro aumento do privado em detrimento do público, embora este continue a dominar.

A Lei 27/2002, de 8/11, o D.L. 60/2003, de 1/4 e o D.L. 281/2003, de 8/11, introduziram alterações profundas na gestão das unidades de saúde, através da adopção de um modelo empresarial. Gradualmente, os hospitais foram-se transformando, primeiro em sociedades anónimas e, mais tarde, em estabelecimentos públicos com gestão empresarial. Os restantes tipos de cuidados, apesar de alterações no que respeita às remunerações dos profissionais e a uma maior descentralização e responsabilização dos mesmos, mantiveram-se sob a alçada da legislação pública. Daí a classificação *Médio* atribuída a ambas as variáveis. Antes dessas alterações, o modelo vigente era o do estatuto público do tipo burocrático-administrativo (Barros e Gomes, 2002). A autonomia destas instituições era muito limitada. Subsistiam algumas unidades privadas, inclusive, no que respeita aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e à generalidade das farmácias, mas a sua importância e dimensão não eram significativas.

A gestão das unidades de saúde, antes das reformas, era essencialmente pública. A legislação a que obedeciam os diferentes tipos de cuidados enquadrava-se no direito público, os Conselhos de Administração eram nomeados pelo Governo, as modernas regras de gestão estavam, muitas vezes, ausentes e a produção de cuidados não obedecia a qualquer tipo de regras de racionalidade económica. Mais do que gerir, administrava-se! Alternativamente, o modelo de gestão privado tinha pouca importância: ou porque a dimensão das unidades respectivas era pequena, ou porque as experiências de *outsourcing* eram reduzidas (embora em crescimento). A partir de 2002, a reforma do ministro Luís Filipe Pereira, altera o quadro legal dos possíveis intervenientes na gestão das unidades de saúde, conforme, aliás, já foi mencionado. Públicos, privados,

profissionais de saúde e entidades sem fins lucrativos passam a poder gerir hospitais e centros de saúde, mesmo quando estes são pertença do Estado. Do ponto de vista legislativo, aposta-se também nas parcerias público-privadas. De facto, dá-se início a alguns destes projectos, mas a penetração das reformas, a este nível, não é muito profunda. Os gestores daquelas unidades públicas continuam, salvo raras excepções, a ser nomeados pelo poder político, em particular pelo Ministro da Saúde e, mais recentemente, por este e pelo Ministro das Finanças.

Ferreira (1989), apesar de dizer que não existe um planeamento regular da Saúde, ligado ao desenvolvimento económico, reconhece, contudo, que há, a diversos níveis, órgãos responsáveis pela definição de objectivos e pela avaliação das actividades. Acrescenta ainda, que existe uma estrutura hierarquizada de serviços, desde o nível local ao nacional. Considerou-se, por isso, que o nível de planeamento, antes das reformas, era *Médio*. A opinião de Pereira (2005) é um pouco mais negativa, mas não deixa de se encaixar no mesmo nível de classificação. Se por um lado escreve que não existe uma ideia estratégica e um plano de médio e longo prazo para o SNS, por outro reconhece que este tem uma organização própria, embora não muito eficiente. A reforma encetada em 2002 procurou proporcionar uma melhor articulação entre os diferentes tipos de cuidados (desenvolvimento das unidades locais de saúde e dos sistemas de informação; partilha desta; melhor definição das redes de cuidados; construção da rede de cuidados continuados), adequar a oferta de cuidados às alterações entretanto verificadas na população portuguesa e na rede rodoviária, e enquadrar as perspectivas para o Sector dentro dos condicionalismos macroeconómicos do país. Isto justifica a subida da classificação.

O financiamento do sistema de saúde português é, na sua larga maioria, sustentado em impostos. A segurança social (6%) e os seguros voluntários (1,4%), nos anos 90 do Século XX, somavam 7,4% do total (Mossialos e Le Grand *cit. in* Simões, 2004). Em 2008 o financiamento público das despesas com a saúde representou 65,6% do total. Se se subtrair as despesas directas, não consideradas para efeito de análise desta variável, conforme já foi explicado na Conclusão do Capítulo IV, o seu peso passa para 92%. Deste valor, a fatia que cabe aos subsistemas de saúde públicos (por exemplo ADSE) ou privados (por exemplo PT, CTT e SAMS), enquadráveis na Segurança Social, é bastante baixa, não havendo sequer razão para crer que seja superior à que existia antes das reformas, como, aliás, se pode constatar da leitura de Ferreira (2009). Mesmo

tomando como base o número de beneficiários, este seria cerca de 20% da população (Simões et al. *cit. in* Ferreira, 2009). O mesmo se poderia dizer no que respeita às Mútuas e ao financiamento privado.

O sistema de reembolso é o regime contratual utilizado em alguns subsistemas de saúde, públicos ou privados, mas apenas em alguns casos, nos quais sobressaem as consultas de especialistas. A sua importância não merece classificação superior a *Baixo*, como se depreende do mencionado pelos autores citados. Após as reformas não houve qualquer alteração que justificasse rever a classificação. De notar, que o SNS também reembolsa determinadas despesas efectuadas pelos cidadãos (dentro de certas condições), entre as quais se incluem próteses, óculos, armações, lentes, calçado ortopédico e serviços de estomatologia.

Para avaliar a importância relativa dos pagamentos directos integrais efectuados pelos utentes utilizar-se-á o peso da despesa privada em percentagem do PIB, seguindo-se, mais uma vez, o critério do seu escalonamento em três níveis, dentro da amostra de países seleccionados[161], conforme mencionado no ponto 7.4.1. Considera-se que os pagamentos parciais, salvo quando a literatura sobre a matéria apontar em sentido contrário, não têm peso significativo, pelo que as despesas privadas serão quase totalmente preenchidas pelos pagamentos integrais. Em Portugal, por exemplo, os pagamentos directos das famílias aos prestadores públicos, o que, por norma, se designa por taxas moderadoras, são inferiores a 1% (Simões et al., 2007). Destas taxas estão isentos cerca de 50% dos portugueses. Já com as entidades privadas, os portugueses gastam 22,5% da despesa total em saúde (valores para 2004). Contudo, dever-se-á ter em consideração, que a parte a cargo do doente na aquisição dos medicamentos, que é especialmente elevada, é dedutível em sede de IRS[162], aliás, como a generalidade das despesas em saúde, pelo menos até 2011.

No caso concreto de Portugal, as despesas privadas equivaliam, em 1980, a 2% do PIB. Esse valor passou, em 2005, para 2,8%. Contudo, apesar deste aumento, o país situa-se, nos dois períodos, dentro do escalão de nível *Médio*. Da leitura de Mossialos e Le Grand (*cit. in* Simões, 2004) parece resultar uma leitura diferente, que aponta para um

[161] Este critério também será seguido para os outros países, sempre que existam dados disponíveis e se justifique.

[162] As deduções à colecta de IRS, apesar da sua regressividade e da injustiça que podem gerar, são, obviamente, uma forma de suavizar (reduzir) os pagamentos directos, muito em particular os daqueles que incorrem em despesas elevadas.

valor ainda mais alto dos pagamentos directos. Contudo, manteve-se a classificação antes mencionada, porque, por ser explanada ao longo de um período mais longo (de 1980 a 2005), parece ser mais consistente. Da leitura de Barros et al. (2011) conclui-se também por um grau de utilização *Médio*.

Em termos gerais, no que respeita ao regime contratual do financiamento do sistema de saúde português, Escoval (1999) considera-o inserido no sistema integrado. Aliás, o pessoal (médicos, enfermeiros e outros) dos hospitais e centros de saúde são, na sua maioria, funcionários públicos, situação que se mantém há longos anos. Algumas experiências no campo dos contratos individuais de trabalho, após as reformas, não têm ainda expressão significativa. Por outro lado, a existência de um processo de contratualização prévio envolvendo os hospitais, cujo propósito é, no essencial, determinar objectivos de produção e calcular o valor do orçamento global, não justifica a classificação de sistema de contrato[163]. Este, contudo, existe num pequeno número de situações, quer em subsistemas públicos (por exemplo ADSE), quer privados (por exemplo SAMS), quer mesmo no SNS (por exemplo parcerias público-privadas e alguns contratos com hospitais privados). A quase totalidade destas situações é anterior às reformas.

O método utilizado antes das reformas para disponibilizar fundos públicos aos serviços de saúde foi o designado por Orçamento Global, aplicável, quer nos cuidados primários, quer nos hospitalares. Apesar de algumas tentativas feitas no sentido de alterar este processo (como, por exemplo, a aplicação parcial dos GDH), durante largos anos o orçamento prospectivo baseado no histórico foi o instrumento que regulou a distribuição dos fundos da Saúde em Portugal. Alguns pagamentos aos hospitais feitos por subsistemas de saúde que não o SNS, tinham por base os GDH. Contudo, o valor em causa era, em termos relativos, bastante pequeno. No que respeita aos pagamentos directos parciais, em particular às taxas moderadoras, o seu peso tem desde há muito sido considerado baixo – cerca de 1% (0,7% nos hospitais e 0,28% nos centros de saúde) das despesas totais do SNS. Os co-pagamentos relativos à aquisição de medicamentos têm um peso maior. Contudo, são dedutíveis em sede de IRS. Ainda assim, o seu peso enquadrar-se-ia sempre no primeiro escalão (*Baixo*)

[163] À semelhança de outros investigadores, não se confunde sistema de contrato com contratualização. No caso português, esta serve de método para cálculo do valor do orçamento global e definição da responsabilidade dos administradores dos hospitais.

Após as reformas, o método de pagamento aos hospitais foi o designado orçamento prospectivo baseado nas actividades e funções desenvolvidas pelas unidades de saúde[164]. Mantém-se o pagamento de alguns beneficiários de subsistemas com base nos GDH, mas o seu montante é reduzido. Existiam ainda, e existem, alguns pagamentos residuais, relacionados com serviços especiais ou prestações de hospitais privados, que poderão configurar pagamentos ao acto ou diárias, cujo grau de utilização é *Baixo*. Nos cuidados primários foi sendo gradualmente introduzido, a partir de 1998, uma modalidade de pagamento mista, baseada no histórico e numa capitação ponderada pelas necessidades em saúde, tendo esta última, em 2003, atingido os 60%[165]. A criação das USF e os novos modelos remuneratórios têm vindo ao encontro desta filosofia, se bem que estes incluam diversas componentes, baseadas no salário, na lista de utentes, nas actividades específicas (incluindo os cuidados domiciliários), no horário e em incentivos (Miguel, 2010). Crê-se que esta modalidade de pagamento tem inteiro cabimento no que respeita aos cuidados primários. Contudo, conforme se disse, ela é apenas uma parcela do seu financiamento, não sendo de prever que, no conjunto de todos os cuidados, o seu valor ultrapasse o nível *Baixo*. Não se verificaram alterações especiais nos pagamentos directos parciais (taxas moderadoras ou co-pagamentos nas farmácias) depois das reformas[166].

Apesar da existência de regras que definem a referenciação médico-administrativa em Portugal, os doentes circulam com alguma liberdade no seu sistema de saúde, ficando a legislação como uma evidência meramente (ou quase) burocrática. Na prática, os beneficiários de subsistemas têm, em muitos casos, inteira liberdade de recorrer a um médico de clínica geral ou a um especialista. Todo o cidadão, e em particular o pertencente ao SNS, tem acesso ao seu médico de família ou à urgência do hospital (sem referenciação). Contudo, a consulta por um especialista hospitalar tem, por norma,

[164] Objectivamente, a previsão de actividades e funções serve para definir objectivos e calcular o orçamento global, cuja designação passa a ser de contrato programa. Estabelecido este, cabe aos hospitais procurar cumpri-lo com o máximo rigor, ficando sujeitos a penalizações (ou incentivos) caso assim não seja. Contudo, como se está a falar de entidades públicas, as despesas respectivas serão sempre cobertas.

[165] Em Portugal existe, desde longa data, uma prática perversa, que invalida (pelo menos parcialmente) os esforços no sentido de racionalizar a afectação de recursos às unidades de saúde e conter os respectivos custos. Consiste na sistemática ultrapassagem dos orçamentos iniciais negociados com as autoridades e na posterior atribuição de subsídios extraordinários para fazer face às dívidas a terceiros. Esta realidade afecta também, parcialmente, a classificação (ou melhor, o seu entendimento) dos pagamentos.

[166] Já na parte final da escrita desta tese (Janeiro de 2012) verificou-se um aumento muito significativo (por vezes superior a 100%) das taxas moderadoras e, inclusive, a sujeição a pagamento de serviços até aí isentos. Mesmo assim, o seu peso mantém-se, em termos relativos, baixo.

que ser marcada pelo médico de família. Por esta razão, considerou-se uma liberdade de circulação de nível *Médio*. Não se verificou, após as reformas, qualquer alteração a este nível.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

QUADRO 8-2 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - PORTUGAL

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Alto	Constituição de 1976; Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)	-	Alto	CNE (2005); Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Ferreira (2009)
Acessibilidade	Médio	Escoval (1999); Pereira (2005); Santana (2010)	2011	Médio	Barros et al. (2011); Pereira (2005); HCP (2007); HCP (2009); Santana (2010)
Equidade	Médio	Serrão et al. (1998); Rosa (2002)	2002	Médio	Rosa (2002); OPSS (2011)
Solidariedade	Baixo	Simões e Dias (2010)	2005	Alto	Simões e Dias (2010)
Liberdade de escolha	Baixo	Barros et al. (2011); Serrão et al. (1998); Pereira (2005)	2008	Baixo	Barros et al. (2011); Silva (2010)
Regulação	Alto	Béresniak e Duru (1999); Ferreira (1989); Rosa (2002)	200X	Alto	Béresniak e Duru (1999); Pereira (2005)
Contribuintes - empresas	Baixo	Simões (2004)	200X	Baixo	Barros et al. (2011)
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Simões (2004)	200X	Baixo	Barros et al. (2011)
Contribuintes - cidadãos	Alto	Simões (2004)	200X	Alto	Barros et al. (2011)
Utentes - população	Alto	Cosntituição de 1976	200X	Alto	CNE (2005)
Utentes - contribuintes	NE	-	-	NE	-
Estado	Alto	Simões (2004)	2006	Alto	Simões et al. (2007); Silva (2010)
Seguros sociais/Previdência	Baixo	Simões (2004)	2006	Baixo	Simões et al. (2007)
Seguros privados	Baixo	Simões (2004)	2006	Baixo	Simões et al. (2007); Silva (2010)
Empresas	Baixo	Simões (2004)	2006	Baixo	Simões et al. (2007); Silva (2010)
Propriedade - pública	Médio	Simões (2004); Oliveira (2010)	200X	Médio	Campos (2008); Simões (2004); Oliveira (2010); Ferreira (2009)
Propriedade - privada	Médio	Simões (2004); Oliveira (2010)	200X	Médio	Campos (2008); Simões (2004); Oliveira (2010); Ferreira (2009)
Legislação - pública	Alto	Barros e Gomes (2002); Rego (2008); Araújo (2005); Silva (2010)	2002	Médio	Lei 27/2002, de 8/11; D.L. 60/2003, de 1/4; D.L. 281/2003, de 8/11; Rego (2008); Araújo (2005); Stoleroff e Correia (2008)
Legislação - privada	Baixo	Barros e Gomes (2002); Silva (2010)	2002	Médio	Lei 27/2002, de 8/11; D.L. 60/2003, de 1/4; D.L. 281/2003, de 8/11; Barros e Gomes (2002); Araújo (2005); Stoleroff e Correia (2008)
Gestão - pública	Alto	Serrão et al. (1998); Vaz (2010)	2002	Alto	Pereira (2005); Vaz (2010)
Gestão - privada	Baixo	Serrão et al. (1998)	2002	Baixo	Pereira (2005)
Planeamento	Médio	Ferreia (1989); Pereira (2005)	2002	Alto	Pereira (2005)
Financiamento - impostos	Alto	Simões (2004); Escoval (1999); Serrão et al. (1998); Barros (2005)	2008	Alto	Barros et al. (2011); Pereira (2005); Silva e Mattos (2009); Silva (2010)
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	Simões (2004); Ferreira (1989); Barros (2005); Ferreira (2009)	2008	Baixo	Barros et al. (2011); Ferreira (2009)
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Barros (2005)	2008	Baixo	Barros et al. (2011); Silva (2010); Ferreira (2009)
Sistema de reembolso	Baixo	Béresniak e Duru (1999)	-	Baixo	Béresniak e Duru (1999); HE/GUSNS (s.d.)
Sistema de contrato	Baixo	Simões (2004)	200X	Baixo	Simões (2004a)
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Simões e Dias (2010)	2005	Médio	Simões e Dias (2010); Barros et al. (2011)
Sistema integrado	Alto	Escoval (1999)	200X	Alto	Barros et al. (2011); Miguel (2010)
Pagamento ao acto	Baixo	Barros et al. (2011)	200X	Baixo	Barros et al. (2011); Miguel (2010)
Pagamento por doente	Baixo	Escoval (1999); Vaz (2010)	200X	Baixo	Barros et al. (2011); Vaz (2010)
Diária	Baixo	Barros et al. (2011)	200X	Baixo	Barros et al. (2011)
Capitação	NE	-	2003	Baixo	Barros et al. (2011); Thomson et al. (2009); Silva (2010); Miguel (2010); Ferreira et al. (2010)
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	Barros et al. (2011); Serrão et al. (1998); Ferreira (2009)	2010	Baixo	Barros et al. (2011); Simões et al. (2007); Ferreira (2009)
Orçamento global	Alto	Béresniak e Duru (1999); Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Serrão et al. (1998)	-	Alto	Barros e Gomes (2002); Barros et al. (2011); Thomson et al. (2009); Miguel (2010)
Circulação (liberdade)	Médio	Serrão et al. (1998)	200X	Médio	Serrão et al. (1998)

Fonte: Autor

8.2.2. Reino Unido

Caracterização do país e do sistema de saúde

O sistema de saúde inglês tem uma importância notável, não apenas porque foi o primeiro do seu género, ou por servir de exemplo a muitos outros, mas também porque o seu funcionamento merece elogios apreciáveis. A universalidade, a protecção do rendimento, a competência dos médicos, o baixo custo em termos de administração e a eficácia no que toca aos resultados em saúde eram (e são) algumas das suas características fundamentais (Hurst, 1992). Mas os governos conservadores da década de 80 do Século XX entenderam que seria a altura para conter as despesas com a saúde, respondendo à procura com aumentos de eficiência e não através de uma maior disponibilização de recursos.

Até 1989, foram ensaiadas algumas reformas, nomeadamente no que respeita à gestão e administração dos serviços de saúde e das diversas autoridades regionais e distritais, à melhoria da informação de gestão, à introdução do *outsourcing* nos serviços de logística hospitalar e à adopção de medidas pontuais de estímulo da concorrência. Em 1988/1989 foi lançada uma auditoria ao NHS, presidida pelo próprio primeiro-ministro de então[167]. O documento daí resultante não propôs alterações no modelo de financiamento por impostos, nem na gratuitidade dos serviços para o doente. Mas aconselhava uma separação clara entre o financiamento e a prestação de cuidados, bem como a autonomização dos hospitais, defendendo assim, implicitamente, a substituição do sistema essencialmente integrado, por outro assente no modelo de contrato, o que conduziria ao designado *mercado interno*, no qual as autoridades distritais de saúde e os grandes gabinetes de clínicos gerais passaram a assumir-se como compradores de serviços de saúde. Estes últimos passaram a designar-se *GP Fundholders*. Já os hospitais foram, no início dos anos 90, transformados em *NHS Trusts*, caracterizados por englobarem uma ou mais unidades (e por vezes outras instituições) com elevada autonomia de gestão. Os governos que se seguiram, em particular em finais do Século XX e no Século XXI, introduziram também reformas importantes em diversas variáveis do sistema de saúde. É esta evolução que se vai passar em revista. As alterações foram introduzidas, faseadamente, na década de 90 e nos primeiros anos do Século XXI. De notar que a chegada ao poder dos trabalhistas, em 1997, não parou o ritmo, nem alterou

[167] Margaret Thatcher.

a tendência das reformas, se bem que tenham definido novas prioridades. Em 1999 foram abolidos os *GP Fundholders*, por acarretarem custos elevado e não serem promotores da equidade. Foram substituídos pelos *Primary Care Groups* (grupos de centros de saúde da mesma área geográfica). Os *NHS Trusts* (os que tinham melhor desempenho) foram transformados em *Foundation Trusts* (em Setembro de 2010 eram já 131), aumentado ainda mais a sua autonomia. Do ponto de vista financeiro, os *Primary Care Tr*usts funcionam como entidades gestoras de fundos, adquirindo serviços aos hospitais e aos clínicos gerais, públicos ou privados. Em alguns casos os *Primary Care Trusts* prestam também serviços de saúde (Boyle, 2011). Dependem do Secretário de Estado da Saúde.

Segue-se o quadro com a caracterização do país, sendo de salientar o bom desempenho económico, com o maior PIB *per capita*, em paridade do poder de compra (ppc[168]). Pela negativa, merece referência a elevada taxa bruta de mortalidade.

QUADRO 8-3 – REINO UNIDO – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	244.100
População	2010	milhares	61.899
Taxa de desemprego	2008	%	5,6
PIB per capita em ppc	2008	US$	47.189
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	7,0
Esperança de vida à nascença	2006	anos	79,5
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	12
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	5,0

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

Uma das razões que esteve na génese da criação do NHS foi a necessidade de dar cobertura em cuidados de saúde a todos os cidadãos, independentemente dos seus rendimentos, estado de saúde e situação profissional. Assim, desde 1948 que a universalidade é uma das características do sistema de saúde do Reino Unido.

[168] A ppc mede o poder aquisitivo de uma moeda em termos internacionais. Nos quadros de caracterização dos países estudados, utilizou-se o dólar como referência. Esta ponderação torna-se necessária uma vez que os bens e serviços têm diferentes preços de um país para outro. Na prática, o indicador compara o poder de compra de uma pessoa com o custo de vida respectivo.

Escoval (1999) caracteriza o sistema de saúde do Reino Unido como tendo uma elevada igualdade no acesso. Boyle (2011) cita uma sondagem realizada em 2007, na qual 80% dos cidadãos do Reino Unido consideram bastante ou muito fácil o acesso aos cuidados hospitalares. Essa percentagem é de 61% nos especialistas, 86% nos clínicos gerais e 65% nos cuidados dentários. O principal problema da acessibilidade no Reino Unido não é o preço a pagar (pagamento no acto de utilização do serviço), mas sim, quando tal acontece, as listas de espera, quer nos cuidados primários, quer secundários. A evolução destas permite constatar que atingiram o seu máximo em 1998. Contudo, eram muitíssimo menores em 1970 e, depois de importantes medidas correctivas, voltaram a sê-lo em 2008 (aumentaram ligeiramente depois desta data). Em face do exposto, parecem adequadas as classificações atribuídas. Esta conclusão, respeitante ao período após as reformas, não é compatível com a leitura de Health Consumer Powerhouse (2007), mas esta análise é menos abrangente e menos recente. Contudo, o Índex publicado por esta organização, relativo a 2009, mostra já uma clara evolução, comparável (em traços gerais) com a classificação atribuída.

Uma das preocupações centrais deste sistema de saúde foi (e ainda é), a promoção da equidade. A prova está na distribuição de fundos aos generalistas (numa grande parte), ao conjunto de hospitais e aos serviços comunitários em função do número de habitantes ponderados pelas suas necessidades em saúde. Procurava-se, assim, reduzir as desigualdades regionais e, consequentemente, também entre estratos sociais. A distribuição geográfica de clínicos gerais obedece também ao princípio da equidade, apesar dos objectivos ainda não terem sido atingidos plenamente. Este objectivo mantém-se ainda hoje, apesar das reformas ocorridas.

No que respeita à solidariedade, a fatia das despesas com a saúde suportada pelo erário público tinha, em 1980 e 1990, um nível *Baixo*. A partir de 2000 passa para o segundo terço (classificação de nível *Médio*) da escala utilizada, no qual se mantém em 2005, agora já relativamente perto do terceiro.

Os cidadãos estão obrigados à inscrição num clínico geral, mas têm liberdade de escolha, se bem que muito limitada, em especial nas zonas rurais. Podem também mudar de médico, mas este processo tem tido carácter excepcional. O acesso aos hospitais está condicionado pela referenciação médica, salvo nas emergências. Trata-se, por isso, de um baixo grau de liberdade. As reformas, a partir de 2000, tentaram, gradualmente, alterar este estado de coisas. Conforme menciona Boyle (2011, p. 49):

"Nos últimos anos tem havido uma mudança fundamental na forma como a escolha pode ser exercida no NHS". Em resumo, os governos trabalhistas facilitaram a escolha dos clínicos gerais e dos hospitais pelos utilizadores, fornecendo informação sobre práticas dos clínicos gerais, facultando o acesso a um mais vasto conjunto de cuidados primários e possibilitando a escolha do hospital, entre outras medidas. As companhias de seguro e os prestadores privados têm, desde há muito, um pequeno peso no sistema de saúde. Não porque sejam proibidos, mas porque os condicionalismos do funcionamento do sistema a isso conduziram. Em face desta evolução, parece adequar-se, para o período depois das reformas, a classificação da liberdade de escolha com nível *Médio*. Esta é, pelo menos, a tendência clara do sistema.

Boyle (2011) menciona a existência de um vasto conjunto de organismos e de leis que regulam o funcionamento do sistema de saúde inglês. A situação é, aliás, semelhante a muitos outros sistemas de saúde planificados e conduz à atribuição da classificação *Alto* no que respeita à regulação. García-Barbero e Goicoechea (1995?) discriminam, igualmente, uma série de autoridades nacionais, regionais e distritais, instrumentos legislativos, como a carta de direitos dos doentes, contratualização de padrões de qualidade dos serviços, processos de auditorias e sistemas de controlo de funcionamento, que apontam para uma regulação forte no período anterior às reformas.

A principal fonte de financiamento do NHS é a que resulta da cobrança de impostos. Há contudo, uma parcela de 16% (1989) que é suportada por contribuições de seguro nacional[169], para o qual contribuíam os empregados (0,95% das remunerações, sujeito a um tecto), os empregadores (0,8% das remunerações, sem tecto) e os trabalhadores independentes (1,75% do seu rendimento). Isto faz com que o financiamento dos contribuintes empresas e trabalhadores seja considerado baixo, por comparação com o da generalidade dos cidadãos, pois é este o principal sustentáculo do sistema de saúde. Após as reformas, os valores referentes ao seguro nacional mantêm-se baixos. As contribuições para este fundo são, em 2010-2011, 11% para empregados (a partir de £110 por semana, sendo de 1% a partir das £844 por semana), 12,8% para empregadores (sem tecto) e 8% sobre os lucros dos trabalhadores por conta própria (a partir de £5.715, sendo de 1% a partir de £43.875). Estes valores conduzem à mesma

[169] Em boa verdade, este seguro nacional funciona, na prática, como mais um imposto, já que é afecto sem discriminação de destinatário ao NHS. Manteve-se, contudo, a sua identificação no quadro respectivo, como forma de individualizar a fonte da receita.

classificação atribuídas antes das reformas, uma vez que o seu peso no conjunto do financiamento do NHS é baixo.

No Reino Unido toda a população tem direito aos cuidados de saúde e não apenas aqueles que trabalham e efectuam os respectivos descontos.

A principal entidade gestora dos fundos da saúde é o respectivo ministério. Em 1986/87, apenas fugiam ao seu controlo cerca de 0,8 milhar de milhão de libras referentes às despesas reembolsadas pelas seguradoras privadas. Da verba gerida pelo Ministério da Saúde, apenas 1,1 milhar de libras era transferido para a Comissão de Médicos Generalistas[170]. O restante era da sua responsabilidade ou das administrações regionais e locais. As reformas do sistema de saúde do Reino Unido implicaram uma maior descentralização da gestão de fundos, mas sempre, numa primeira instância, dentro dos canais do Estado, mais propriamente das autoridades locais. A Segurança Social tinha um peso relativamente baixo na gestão dos fundos da saúde. Em 1989 não ultrapassava os 16% e na década seguinte os 12,3%. O papel das companhias de seguros na gestão dos fundos da saúde também é *Baixo*. Não apenas porque as verbas envolvidas o são (menos de 6%), mas também porque a percentagem da população com seguros voluntários é apenas cerca de 11%. De notar que, actualmente, a grande parcela da gestão de fundos (mais de 80%) é feita pelos *Primary Care Trusts*, instituições dependentes do Secretário de Estado da Saúde.

A propriedade da generalidade dos hospitais, principalmente dos de maior dimensão, é pública. Já no que respeita aos cuidados primários e farmácias acontece o inverso. Daí ter-se atribuído o valor *Médio* aos dois regimes. Refira-se que muitos generalistas estão associados em consultórios, que funcionam como pequenas empresas privadas vinculadas por contrato, directa ou indirectamente, ao NHS. Esta situação relativa à propriedade dos serviços de saúde não sofreu alteração significativa com as reformas de finais da década de 80 e princípios da seguinte. A transformação dos hospitais em fundações (*Foundation Trusts*) com maior nível de autonomia não alterou a sua pertença. Barros e Gomes (2002) classificam-nas como empresas de capitais públicos sem fins lucrativos.

[170] Seja como for, a verba respectiva é sempre atribuída pelo Ministério da Saúde, pelo que se entendeu que seria de a considerar, para efeitos de valorização das variáveis, como Estado, à semelhança do que acontece para as administrações regionais e locais.

Já a legislação aplicável ao funcionamento dos hospitais públicos é, desde 1991, de natureza privada ou, nas palavras de Béresniak e Duru (1999, p. 26), essas entidades "subscrevem contratos com os compradores de cuidados" e "têm liberdade para estabelecer a sua dimensão, os preços das suas prestações e as condições de trabalho do seu pessoal". Funcionam, portanto, como se estivessem em concorrência uns com os outros, actuando de forma independente em relação ao Estado[171]. Os cuidados primários e as farmácias estão, na sua quase totalidade, sujeitos ao direito privado, até por ser essa a sua natureza. Antes dessa data, apenas os hospitais funcionavam de forma diferente, uma vez que estavam sujeitos às regras da legislação pública. Esta alteração foi tida em consideração na classificação atribuída, que consta do quadro respectivo.

A gestão dos cuidados de saúde primários é feita pelos próprios médicos, que são trabalhadores independentes, muitas vezes associados. Os farmacêuticos são também independentes, gerindo os seus próprios serviços. A gestão privada destes serviços de saúde contrasta, tomando como referência o ano de 1989, com a dos hospitais e a dos serviços comunitários, cujos gestores eram nomeados pelo poder político. À semelhança do que se fez para a propriedade, considerou-se apropriado atribuir a cada um o nível *Médio*. Entretanto, o período de reformas de finais do Século XX e princípios do actual alterou a situação dos hospitais, manifestando-se uma clara tendência para a gestão privada. Assim, em 2004 foram criados as já mencionadas *Foundation Trusts*, que são fundações de interesse público, independentes, controladas localmente, com maior liberdade para reter lucros, recrutar pessoal e fixar condições remuneratórias. A ideia base é transformar as anteriores formas jurídicas dos hospitais públicos, conhecidas por *NHS Trusts*. Apesar da lentidão do processo, existiam, em Setembro de 2010, 131 *Foundation Trusts*. Em face do exposto, justifica-se a alteração da classificação relativa à variável Gestão.

O Governo exerce um papel muito activo de planificação e controlo do Sector. Se é verdade que os médicos e outros profissionais de saúde têm uma grande liberdade profissional, também é verdade que o Ministério da Saúde exerce o controlo sobre a política, o financiamento, os vencimentos, os preços dos medicamentos, os investimentos, a planificação estratégica, a nomeação dos gestores hospitalares e os serviços comunitários. Fá-lo directamente, ou através das administrações regionais e

[171] Segundo Hurst (1992), trata-se de "fundações". Seriam transformados em fundações os hospitais que fossem bem geridos e apresentassem a sua candidatura.

distritais, mas o nível de descentralização não altera a liderança pública do mercado. Mesmo no que respeita aos serviços de saúde privados há o registo e inspecção obrigatórios por parte das administrações distritais. As reformas introduziram uma maior liberdade de actuação aos serviços de saúde, tendência que, como já foi referido, tem vindo a aumentar. Também, segundo Boyle (2011), não existe hoje aquilo que se poderia considerar como um plano formal do NHS. Contudo o Ministério da Saúde define, anualmente, o quadro no qual se podem movimentar as diversas organizações, bem como os objectivos que devem atingir. Com este cenário, os gestores de fundos e os prestadores de serviços elaboram os seus planos, que são, superiormente, fiscalizados. No que respeita às verbas destinadas ao funcionamento do NHS, são desenhados planos para períodos de dois anos. Parece pois, que apesar das alterações já mencionadas, continua a existir uma preocupação pela orientação previsional (muito em particular a financeira) e pelo acompanhamento dos serviços de saúde, com a adopção de medidas correctivas sempre que tal se justifica, como é o caso das listas de espera e da distribuição de recursos humanos e financeiros.

Desde finais da década de 40 do Século XX que o sistema de saúde do Reino Unido tem como fonte de financiamento principal os impostos, representando na década de 90 cerca de 79% do total (Mossialos e Le Grand *cit. in* Simões, 2004). Na mesma altura, a Segurança Social representava 12,3% e os seguros voluntários 5,6%. Boyle (2011), para esta última parcela do financiamento, apresenta ainda valores mais baixos: 3,3% em 1990 e 1,2% em 2008, o que confirma a classificação. Em finais da década anterior, a relação entre estas componentes do financiamento não era muito diferente: 79%, 16% e 5% (nesta percentagem estão também incluídos os pagamentos directos parciais), respectivamente (Hurst, 1992).

Até 1991, os hospitais e os cuidados comunitários (serviços em ambulatório e ao domicílio) eram públicos e os seus funcionários assalariados. Funcionava pois, o modelo contratual que se estipulou designar por sistema integrado. Os médicos de família eram, na sua maior parte, independentes com contrato. O sector privado, de pequena dimensão, utilizava o sistema de reembolso. Em 1986/87, em termos de valor, representavam, respectivamente, 11 milhares de milhões (inclui despesas com a aquisição de equipamentos), 1,1 milhar de milhão e 0,8 milhares de milhão de libras. À segunda verba haveria que acrescentar 1,7 milhar de milhão de libras resultantes dos pagamentos efectuados pelo Ministério da Saúde aos farmacêuticos, já que os doentes

pagavam apenas um preço fixo por receita (3,05 libras, em 1990, podendo ser subscrita uma anuidade que os isentava deste pagamento). Merece ainda referência o facto de 75% dos contactos dos cidadãos com os médicos ser feito através dos generalistas.

As reformas produzidas pelo documento (auditoria) elaborado em 1989 transformaram os generalistas e as administrações sanitárias em compradores de serviços hospitalares[172], privilegiando o contrato em detrimento do sistema integrado. Os hospitais autonomizaram-se. Passou a ser possível a concorrência entre serviços, mesmo que controlada e sujeita a regras. Para se ter uma ideia das alterações produzidas no destino imediato dos fundos, é bom lembrar que a distribuição planeada para 2009/2010 atribuía aos *Primary Care Trusts* £80 mil milhões, num total de £99,8 mil milhões (Boyle, 2011). Estas alterações foram consideradas no quadro respectivo.

Os pagamentos directos efectuados pelos utentes não ultrapassavam os 3,2% do PIB (década de 90), pelo que foram classificados com o grau *Baixo*. Não é possível dividi-los entre parciais e integrais, mas, dado o baixo valor global, terão sempre a mesma classificação, sejam quais forem os respectivos montantes. Da leitura de Simões e Dias (2010) ressalta a mesma conclusão, uma vez que as despesas privadas representavam em 1980 e 2005, respectivamente, 0,6% e 1,1% do PIB, situando-se em qualquer dos casos no escalão mais baixo. Ferreira (1989) fala em 7% da população (década de 80 do Século XX), no que respeita ao pagamento integral das despesas de saúde pelo utente. As consultas dos generalistas são gratuitas. O doente de ambulatório ou hospitalizado também não está obrigado a qualquer pagamento parcial directo. Os exames de diagnóstico estão isentos de taxa moderadora.

O método utilizado para pagar os serviços de saúde prestados pelas diferentes entidades (hospitais e generalistas), a partir de 1991, pode incluir-se, maioritariamente, na designação de orçamento global. De facto, em 1996 os clínicos gerais que geriam meios orçamentais globais (que incluíam, também, as verbas necessárias ao pagamento dos cuidados secundários e terciários da população inscrita nas suas listas) atingiam já os 41%. De notar ainda, que estes eram os médicos de família com maior número de utentes (superior a 5.000). Os restantes eram pagos, essencialmente, numa base capitacional, completada com alguns pagamentos ao acto e um subsídio para despesas

[172] Poderiam comprar serviços aos hospitais da sua área de influência ou a qualquer outro, mesmo que pertencentes a outro distrito ou sendo privados.

fixas e outras compensações. Contudo, é preciso ainda adicionar o sistema de pagamento aos hospitais, que tem por base, também, o orçamento global[173]. No entanto, considerando que a experiência do *mercado interno* indicava que a competição pelo preço não funcionava e resultava em custos acrescidos, o Governo deu início à introdução dos *Grupos de Recursos de Cuidados de Saúde*[174] no sentido de estabelecer um tarifário uniforme (apenas ajustado pelo nível de preços de cada região) e independente do hospital em questão. As dificuldades encontradas na implementação do projecto fizeram com que, em 2009/2010, apenas £26 mil milhões da actividade do NHS fosse paga de acordo com este modelo (Boyle, 2011). Os privados também começaram a adoptar esta modalidade, abandonando gradualmente o pagamento ao acto, mas o seu peso é pequeno. A partir de 2003, e em força desde 2004, os clínicos gerais alteraram também a modalidade de pagamento dos seus serviços. Mantiveram, no essencial, uma soma global pelos cuidados essenciais prestados, mas agora calculados em função das necessidades da população respectiva. Algumas das suas actividades passaram a ser pagas ao acto, como por exemplo serviços especiais (vacinação, entre outros) e atendimento fora das horas normais de trabalho. A alteração atrás mencionada em relação aos hospitais não parece ser ainda suficientemente importante para que o designado pagamento por doente passe a assumir mais do que a classificação *Baixo*. De notar que as despesas do NHS atingiram em 2009/2010 os cerca £100 mil milhões. Parece pois correcto considerar o orçamento global como o modelo maioritariamente utilizado para calcular os pagamentos no caso do Reino Unido. Os farmacêuticos são, essencialmente, reembolsados em função das de receitas aviadas (pagamento ao acto).

Antes das reformas introduzidas na última década do Século XX, os generalistas eram pagos tomando por base o número de inscritos nas suas listas (base capitacional com três níveis, de acordo com a idade do utente), o número de visitas nocturnas e vacinações (pagamento ao acto) e alguns abonos respeitantes a despesas administrativas. Os farmacêuticos (profissionais independentes) eram pagos através do reembolso das despesas, adicionado de uma margem relativa ao serviço prestado ao NHS, naquilo que se poderá designar, essencialmente, como um orçamento global retrospectivo. O valor a pagar pelas prestações hospitalares e comunitárias era calculado

[173] Os contratos globais seriam, gradualmente, substituídos por pagamentos ao acto (Hurst, 1992).

[174] HRG – Healthcare Resource Groups (o equivalente inglês para os Grupos de Diagnóstico Homogéneo).

em função do número de habitantes de cada administração sanitária regional e distrital, ponderado pela composição demográfica e pela mortalidade geral padronizada[175]. Mas as autoridades distritais afectavam as verbas aos hospitais e serviços comunitários tomando como modelo o orçamento global de base histórica (Hurst, 1992). Coloca-se, por isso, uma dificuldade no que respeita à classificação que se tem vindo a seguir: no seu conjunto os hospitais e serviços comunitários eram financiados numa base capitacional, enquanto cada um deles, individualmente, era financiado com base num orçamento global. Perante esta dualidade de critérios, optou-se por considerar que estes serviços eram financiados numa base capitacional, por ser essa a ideia base do modelo adoptado e, acima de tudo, porque para o conjunto de hospitais era o modelo seguido. A isto haveria que acrescentar que a mesma modalidade era seguida no caso dos generalistas.

Em face do exposto no parágrafo anterior, e em resumo, temos para o período antes das reformas os seguintes critérios de pagamento: base capitacional – a maior parte das despesas como os generalistas e os hospitais e serviços comunitários; pagamento ao acto – um a pequena fatia das despesas com generalistas; orçamento global – uma pequena parcela das despesas com generalistas e o essencial das verbas transferidas para os farmacêuticos.

A circulação dos utentes dos serviços de saúde no Reino Unido está claramente expressa e, por norma, é cumprida. O acesso, salvo no que respeita às emergências, faz-se sempre pelos cuidados primários (inscrição nas listas dos clínicos gerais) e só em caso de necessidade há lugar a referenciação para os cuidados hospitalares. Trata-se, portanto, de um nível de liberdade de circulação *Baixo*. Contudo, a partir de 2000, conforme já foi referido a propósito da liberdade de escolha, há uma evolução no que respeita a esta matéria. Os doentes podem discutir com o seu médico o hospital onde serão internados e altera-lo caso estejam numa lista de espera grande e morosa. Embora algumas sondagens apresentem resultados não coincidentes, parece seguro que a maioria dos utilizadores procede dessa forma. Esta alteração, que para a liberdade de escolha parece fundamental e justificativa da mudança na classificação, não tem um peso tão importante no que respeita à circulação dos doentes. De facto, o médico de família, depois de escolhido, será sempre a porta de entrada do sistema e o controlador

[175] Esta fórmula foi designada por RAWP – *Resource Allocation Working Party*. No essencial, a fórmula pretendia reduzir as desigualdades regionais em saúde.

do hospital de referência. Circular, no NHS, obedece a regras muito precisas que, por norma, são cumpridas.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

QUADRO 8-4 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - REINO UNIDO

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Alto	Guedes, (s.d.); Simões (2004)	-	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Dain e Janowitzer (2006); Escoval (1999)
Acessibilidade	Alto	Escoval (1999); Boyle (2011)	2008	Alto	Boyle (2011); HCP (2009)
Equidade	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989)	199X	Alto	Escoval (1999); Boyle (2011)
Solidariedade	Baixo	Simões e Dias (2010)	2000	Médio	Simões e Dias (2010)
Liberdade de escolha	Baixo	Hurst (1992)	2000	Médio	Boyle (2011)
Regulação	Alto	García-Barbero e Goicoechea (1995?)	199X	Alto	Boyle (2011)
Contribuintes - empresas	Baixo	Hurst (1992); Simões et al. (2007)	200X	Baixo	Boyle (2011)
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Hurst (1992); Simões et al. (2007)	200X	Baixo	Boyle (2011)
Contribuintes - cidadãos	Alto	Hurst (1992); Simões et al. (2007)	200X	Alto	Boyle (2011)
Utentes - população	Alto	Hurst (1992); Boyle (2011)	-	Alto	Hurst (1992); Boyle (2011)
Utentes - contribuintes	NE	-	-	NE	-
Estado	Alto	Hurst (1992)	-	Alto	Barros e Gomes (2002); Simões et al. (2007)
Seguros sociais/Previdência	Baixo	Barros e Gomes (2002)	199X	Baixo	Simões (2004)
Seguros privados	Baixo	Hurst (1992)	199X	Baixo	Barros e Gomes (2002)
Empresas	NE	-	-	NE	-
Propriedade - pública	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Barros e Gomes (2002); Boyle (2011)
Propriedade - privada	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Boyle (2011)
Legislação - pública	Médio	Hurst (1992)	1991	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992)
Legislação - privada	Médio	Hurst (1992)	1991	Alto	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Escoval (1999)
Gestão - pública	Médio	Hurst (1992)	2004	Baixo	Boyle (2011)
Gestão - privada	Médio	Hurst (1992)	2004	Alto	Boyle (2011)
Planeamento	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989)	200X	Alto	Boyle (2011)
Financiamento - impostos	Alto	Béresniak e Duru (1999); Ferreira (1989); Barros e Gomes (2002)	199X	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Escoval (1999); Boyle (2011); Simões et al. (2007)
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989); Barros e Gomes (2002)	199X	Baixo	Simões (2004); Escova (1999); Boyle (2011); Simões et al. (2007)
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989): Barros e Gomes (2002)	199X	Baixo	Simões (2004); Boyle (2011); Simões et al. (2007); Barros (2005)
Sistema de reembolso	Baixo	Hurst (1992)	-	Baixo	Hurst (1992); Barros e Gomes (2002); Boyle (2011)
Sistema de contrato	Baixo	Hurst (1992)	199X	Alto	Hurst (1992); Escoval (1999); Boyle (2011); Simões et al. (2007)
Pag. dire. integral pelo utente	Baixo	Simões e Dias (2010); Hurst (1992); Ferreira (1989)	199X	Baixo	Simões (2004); Simões e Dias (2010); Escoval (1999)
Sistema integrado	Alto	Hurst (1992)	199X	Baixo	Hurst (1992); Boyle (2011)
Pagamento ao acto	Baixo	Hurst (1992)	199X	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Thomson et al. (2009)
Pagamento por doente	NE	-	2003	Baixo	Boyle (2011)
Diária	NE	-	-	NE	-
Capitação	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989); Escoval (1999); Boyle (2011)	199X	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Escoval (1999)
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	Simões e Dias (2010); Hurst (1992); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	-	Baixo	Simões (2004); Simões e Dias (2010); Hurst (1992); Escoval (1999); Barros e Gomes (202)
Orçamento global	Baixo	Hurst (1992)	1991	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Hurst (1992); Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Boyle (2011); Thomson et al. (2009)
Circulação (liberdade)	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989); Béresniak e Duru (1999); Escoval (1999)	2000	Baixo	Boyle (2011); Simões et al. (2007)

Fonte: Autor

8.2.3. Brasil

Caracterização do país e do sistema de saúde

Os primórdios da Saúde no Brasil reflectem a tradição portuguesa, desenvolvida ao longo de 300 anos, até à sua independência, baseada numa experiência de cariz essencialmente caritativo, assente no trabalho das Misericórdias e das instituições religiosas. De acordo com Sacardo (2009), a previdência social no Brasil teve origem na Lei Eloy Chaves, promulgada pelo Decreto Legislativo 4.862 de 24/01/1923. De seguida, desenvolveram-se no país os seguros de doença, bem como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, para trabalhadores e seus familiares.

Na década de setenta do Século XX ocorreu uma importante reforma, que lançou as bases de uma moderna política de saúde. Do ponto de vista organizativo, as alterações incidiram no aumento da produtividade, na expansão da rede de cuidados, no desenvolvimento dos recursos humanos e na adopção de políticas de saúde orientadas para a resolução dos principais problemas do país, em particular a protecção da saúde das crianças e o combate às doenças transmissíveis.

A maioria dos hospitais pertencia ao Instituto atrás mencionado ou tinha acordos, ou convenções, com ele. A coexistência de instituições de previdência, fundações e privados, ligados ao Sector, muitas vezes desvinculados do Governo federal, tornava difícil a sua gestão conjunta e não dava coesão às políticas superiormente definidas. Por outro lado, muitos desses operadores recebiam elevados subsídios do Estado, o que colocava em causa a eficiência e o rigor da utilização destes. A nível estadual e municipal, a situação era semelhante (Ferreira, 1989).

Em 1988 foi promulgada uma nova Constituição da República, que garantiu a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde. Daqui resultou a criação do sistema de saúde brasileiro, designado por SUS (Sistema Único de Saúde), cujo processo de implementação se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde. A afectação de uma série de impostos ao financiamento da Saúde deu ao modelo brasileiro uma conotação *beveridgeana*. Mais tarde, foram sendo introduzidas outras medidas, como por exemplo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família e o Piso de Atenção Básica, entre outras.

Mas a Saúde, no Brasil, continua a merecer alguns reparos no que respeita à organização e articulação dos serviços de saúde, que, muitas vezes, actuam de forma desarticulada. Elias (cit. *in* Marques, 1999) chega mesmo a dizer que não se pode, verdadeiramente, falar em sistema. Entretanto, Junior e Silva (2004) salientam a implementação de uma Norma Operacional de Assistência à Saúde, em 2002, em particular a que respeita ao reforço do papel do gestor estadual, enquanto fornecedor de serviços e administrador do sistema.

Quer o fundo nacional, quer o estadual, transferem verbas para os orçamentos municipais (do federal também há transferências para o estadual), mas também efectuam pagamentos directos aos prestadores. Este último circuito financeiro está, contudo, a diminuir a favor do primeiro.

Dos países analisados, o Brasil é o segundo maior em termos de área e de população. Mas o que distingue o país é o fraco desempenho a nível económico, com o mais baixo PIB *per capita* em ppc. Também o esforço público no financiamento da Saúde é o mais baixo dos países estudados. Os indicadores de saúde são, aparentemente, contraditórios: tem os piores resultados ao nível da esperança média de vida e da mortalidade infantil, mas também a melhor taxa bruta de mortalidade.

QUADRO 8-5 – BRASIL – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	8.502.728
População	2010	milhares	190.756
Taxa de desemprego	2008	%	7,3
PIB per capita em ppc	2008	US$	10.466
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	4,8
Esperança de vida à nascença	2006	anos	72,3
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	6
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	25,0

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

A Constituição da República promulgada em 1988 menciona, no art.º 196, que a saúde é um direito de todos os cidadãos, competindo ao Estado a responsabilidade por garantir o acesso universal e igualitário. De facto, a maioria dos autores menciona a universalidade, se bem que alerte para alguns problemas no que toca à equidade no

financiamento. De notar que as pessoas com seguros de saúde privados mantêm o direito integral de cobertura pelo SUS. Antes da criação deste, e mesmo no auge do sistema de Previdência, as infra-estruturas de saúde apenas estavam preparadas para atender cerca de 90 milhões de pessoas e não os 160 milhões que seriam necessários. Este raciocínio de Mercadante (2002) permite concluir, no período antes das reformas, por um nível de cobertura *Médio*. Aliás, o mesmo autor refere que anteriores tentativas de universalização do sistema de saúde tinham fracassado, limitando-se o modelo a garantir a todos a prestação de cuidados de emergência, através do Plano de Pronta Acção.

Antes das reformas operadas a partir de 1988 a acessibilidade aos cuidados de saúde era bastante baixa e desigual. Desde logo, porque o sistema não era universal. Mas também, porque havia níveis muito diferenciados de acesso entre beneficiários da previdência, detentores de seguros privados e excluídos de qualquer regime. Depois das reformas há um claro aumento do nível de acessibilidade, se bem que a percentagem de insatisfeitos, em particular no que respeita aos utilizadores do SUS, seja ainda alta (PAHO, 2007). Aparentemente, em 1998, 15% da população não tinha acesso real aos cuidados de saúde devido a problemas geográficos ou financeiros. Contudo, algumas destas pessoas acediam aos serviços pagando do seu bolso (Mesa-Lago, 2007).

Nem sempre um alto índice de universalidade corresponde a igual desempenho da acessibilidade. É o que acontece no Brasil, onde o nível de acesso dos trabalhadores dos sectores mais ricos da economia é superior ao dos restantes cidadãos. Não se pode, contudo, esquecer que, hoje em dia, todos brasileiros têm possibilidade de aceder a um serviço de saúde e que estão a ser efectuados esforços no sentido de possibilitar a melhoria da igualdade de oportunidades. Por essa razão, foi atribuído o nível *Médio*.

Outro dos objectivos do sistema de saúde brasileiro é a promoção da equidade. Tem sido desenvolvido um importante trabalho nesse sentido, apesar de, como o próprio Ministério da Saúde reconhece, ainda existirem disparidades regionais e sociais. Por esta razão, considerou-se que o seu nível é *Médio*. Um estudo de Ugá e Santos (2005) aponta para problemas na equidade do financiamento do SUS, que considera progressivo para as classes de rendimentos mais baixas, proporcional para as intermédias e regressivo para altas. Contudo, a situação anterior à criação do SUS era bem pior, conforme se depreende da leitura de Paim et al. (2011). Embora estes autores não mencionem especificamente a equidade, as desigualdades no acesso e a inexistência

de cobertura em cuidados de saúde para alguns cidadãos, permitem concluir por uma classificação de nível *Baixo*.

Até 1980 a despesa em saúde situava-se no nível inferior, por comparação com a escala que se tem vindo a seguir. Mesmo não sendo possível separar a parcela pública da privada, o total não excede os 4,5% do Produto Nacional Bruto (Ferreira, 1989). Em 1990, 1995 e 2000 os gastos públicos ascendiam, respectivamente, a 3,0%, 3,1% e 3,4% (Medici e Barros, 2006; Nishijima e Biasoto Junior, 2006) do PIB, pelo que, pelas razões já apontadas, o nível de solidariedade era ainda *Baixo*.

De acordo com o IDEC (2006), o cidadão brasileiro tem liberdade de escolher o serviço ou o profissional de saúde que pretende, em qualquer nível de cuidados, desde que exista capacidade de resposta por parte daqueles. Não foi encontrada qualquer outra opinião sobre a realidade desta afirmação. Contudo, considerando-se que os níveis de equidade e acessibilidade são médios, e que existem, objectivamente, algumas carências no sistema de saúde, que limitam a liberdade de escolha, optou-se pela classificação *Médio*. Não é permitido o *opting-out* e a possibilidade de escolha dos privados está também limitada à classe de rendimentos mais elevada (Mesa-Lago, 2007). No período anterior às reformas, a liberdade de escolha já existia, mas estava confinada àqueles que tinham possibilidade para pagar, bem como aos detentores de seguros.

Tomando como referência o documento do Ministério da Saúde do Brasil (2000), citado na bibliografia, e Santos (s.d.), apesar de existirem prestadores públicos e privados, todo o sistema, mesmo ao nível municipal, é regulado superiormente pelo Ministério, devendo as leis ser acatadas pelos intervenientes. Nem todos parecem ser de opinião que tal desígnio tem sido levado à prática com eficácia, apesar dos esforços, da boa vontade dos governantes e da legislação respectiva, promulgada em particular no virar do Século XX para o XXI. Por esta razão, a classificação atribuída foi *Médio*. Há, contudo, referências ao período anterior às reformas, que denotam uma regulação ainda mais fraca do sector privado da Saúde no Brasil, numa altura em que este tinha um peso bem maior que hoje. Parece que, também neste período, a teoria do reforço da regulação (Teixeira, 2007) andava longe da realidade, uma vez que Mercadante (2002) diz que o nível das denúncias, restrições de cobertura e ineficiência dos profissionais era alto, enquanto a qualidade dos serviços prestados pelos planos e seguros de saúde era baixa. Esta situação alterou-se em finais da década de 90.

O sistema de saúde brasileiro, antes de 1988, assentava na Previdência Social, sustentada financeiramente nas contribuições dos trabalhadores e empresas. Existiam ainda seguros privados, cujo financiamento também estava ligado apenas aos que efectuavam descontos. O Governo também contribuía financeiramente para a Previdência Social e suportava os custos com as campanhas de saúde pública. Mas a base das contribuições, em 1981, eram os descontos para a Previdência cuja quota-parte das empresas era de 2/3 da receita total do Instituto Nacional de Previdência Social, enquanto a dos trabalhadores se ficava por 1/3 dessa mesma receita. Haveria ainda que considerar os descontos dos trabalhadores por conta própria, empregados rurais, trabalhadores domésticos, bem como outras receitas, uma vez que na década de 80, este tipo de contribuição representou, em média, cerca de 89% do total (Mansur, 2001). Apesar da diferença entre as contribuições de trabalhadores e empresas, ambas se situam no intervalo compreendido entre os 33% e os 66%.

Com as alterações introduzidas pela reforma iniciada em 1988, o sistema de saúde brasileiro passou a ser financiado por impostos pagos pela generalidade dos cidadãos e das empresas. A afectação específica de alguns impostos não altera o critério de classificação, porque o espírito se mantém o mesmo: sustentação financeira do sistema através dos orçamentos do Estado (Federação, Estados e Municípios).

Antes das reformas, a garantia de utilização dos serviços de saúde era exclusiva dos contribuintes e seus familiares. A população em geral, caso não efectuasse descontos para a previdência social ou para um seguro privado, só poderia recorrer aos serviços de instituições de solidariedade ou beneficiar das medidas de saúde pública levadas a cabo pelo Governo. Após 1988, os utentes dos serviços de saúde passaram a ser todos os cidadãos.

A Segurança Social, que a partir da reforma de 1967 estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social[176], era a base estrutural da gestão financeira da Saúde, por onde passava mais de 60% dos dinheiros do Sector[177]. O papel do Estado era

[176] A partir de 1974 este instituto foi desmembrado, consoante a natureza das suas funções (recolha e administração de fundos, gestão de benefícios da Previdência e da assistência, e administração do sistema de saúde). Houve ainda outras alterações, como a criação, em 1976, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, mas isto, a par da existência de outros subsistemas, como por exemplo os das forças armadas e dos servidores públicos (mais tarde foi também incorporado na Previdência Social geral), não altera o raciocínio nem a classificação atribuída.

[177] Teixeira (2007) fala em cerca de 90% dos serviços médicos geridos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

reduzido, limitando-se à gestão dos recursos relativos aos poucos hospitais que possuía e a campanhas de saúde pública. Nenhum autor refere a importância relativa dos seguros privados, sendo de admitir que, em face do peso da Segurança Social, ele fosse baixo. Com as reformas introduzidas a partir de finais da década de 80 do Século XX, a cobertura da população passou a ser garantida pelo Estado em cerca de 75% e pelas seguradoras privadas na parte restante. A gestão dos recursos foi, por isso, alterada, tendo transitado do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para o Ministério da Saúde (três anos após a criação do SUS), que passou a assumir o papel mais importante[178] através das instâncias federal, estadual e municipal, fruto da descentralização. A partir de 2002 assume especial relevo o gestor estadual, enquanto administrador dos fundos, responsável pela sua distribuição e pelos demais parâmetros pelos quais se regula a contratação e fornecimento de serviços. As empresas, por seu turno, também têm esquemas de oferta de serviços de saúde próprios ou reembolso de despesas (a par da oferta de planos de seguros aos seus trabalhadores). Ugá e Santos (2005) e Teixeira (2007) não mencionam a grandeza desta variável, mas ela é, por certo, pequena, tanto mais que até à data a observação não aparece em qualquer outro autor. Marques (1999) refere cerca de 25% de beneficiários de seguros privados, em 1997.

O leque de prestadores de serviços era muito diversificado e incluía instituições públicas e privadas, com e sem fins lucrativos. Não é fácil determinar a importância dos dois sectores (público e privado), mas, de acordo com Sacardo (2009), o sector privado era o grande prestador. Isto devia-se, em parte, à maior importância dada aos hospitais e ao baixo número de postos e centros de saúde. Entretanto, a situação alterou-se com as reformas implementadas e em 1992, num total de 49.676 estabelecimentos de saúde, 55% eram públicos e os restantes privados. Estes eram mais fortes no atendimento hospitalar e nos serviços de emergência, enquanto os primeiros pontificavam nos centros de saúde e no ambulatório especializado. A tendência da evolução aponta para um reforço claro da propriedade pública dos serviços de saúde. Na última década do Século XX a oferta de leitos hospitalares privados baixou 10,9% e o número de estabelecimentos de tratamento ambulatório retraiu-se 36,2% (Mercadante, 2002). Para uma ideia da evolução verificada é suficiente realçar que os postos e centros de saúde

[178] Do orçamento da Previdência Social sai, ou deveria sair, 30% para financiamento do SUS. Contudo, estes dinheiros não são geridos autonomamente. Pelo contrário, entram no bolo global que serve de suporte às despesas do sistema de saúde. De acordo com Marques (1999), a partir de 1993, apesar das determinações legais, não há transferências de dinheiro da Previdência para o SUS.

passaram de 8767 (dos quais 98,9% públicos), em 1980, para 41667 (98,7% públicos), em 2010. O ambulatório especializado passou, no mesmo período, de 6261 unidades (53,9% públicas) para 29374 (10,7% públicas). Os serviços de emergência e especializados subiram de 292 (43,5% públicos) para 789 (77,9% públicos) e os hospitais de 5660 (16,4% públicos) para 6384 (31,9% públicos) (Paim et al., 2011). Há, como se pode verificar, um reforço relativo do sector público.

São escassas as referências à legislação vigente sobre os serviços de saúde privados. Depreende-se, por isso, que as unidades privadas obedecem a legislação do mesmo tipo. As públicas, de acordo com MS/CONASEMS (2009), seguem as regras ditadas pela Lei nº 4.320, de 17 d Março de 1964, típicas da função pública.

No Brasil, as experiências de subcontratação no sector público da Saúde são escassas e limitam-se aos serviços de segurança, higiene e alimentação. São praticamente inexistentes na área médica. A repartição da gestão e da legislação correspondem, portanto, à da propriedade dos serviços.

Conforme já foi referido, não existia no Brasil, antes das reformas, qualquer modelo de coordenação das diferentes instituições de saúde, públicas ou privadas, quer ao nível federal, quer estadual, quer municipal. As questões ligadas à prevenção da doença e promoção da saúde tinham um pequeno peso no conjunto de preocupações dos governantes. Por essa razão, o nível de planeamento foi considerado *Baixo*. Após as reformas, foram criadas diversos organismos com funções de planeamento e acompanhamento dos serviços de saúde, com participação de diversas entidades (incluindo utentes) e um importante nível de descentralização. O Ministério da Saúde do Brasil (2000) também aponta para a existência de diversa legislação sobre planeamento. Contudo, Gadelha (*cit. in* Sacardo, 2009) salienta algumas dificuldades de coordenação dos maiores hospitais privados. Idêntica opinião têm Elias (cit. in Marques, 1999) e Paim et al. (2011). Este último manifesta a falta de articulação de serviços ao nível dos municípios, embora reconheça os esforços que estão a ser feitas para ultrapassar tal situação. Por esta razão, entendeu-se ajustado atribuir a classificação *Médio.*

Uma grande parte do financiamento da Saúde circulava, antes das reformas, através do sector público, principalmente da Segurança Social, o que tornava esta fonte a mais importante. Tomando como exemplo o ano de 1987, 80,2% do gasto federal era da responsabilidade do Fundo de Previdência e Assistência Social. Como é óbvio, este valor deixava pouca margem às restantes fontes. O Tesouro preenchia apenas 19,4% do

total do financiamento (Marques, 1999). Após as reformas, e se excluirmos os pagamentos directos, o financiamento por impostos representava cerca de 70,3% do total[179], sendo o restante suportado pelos seguros privados. Os distritos federais e os municípios têm vindo a afectar percentagens cada vez mais elevadas das cobranças do Imposto sobre a Circulação das Mercadorias e Serviços, do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automóveis, do Imposto Predial e Territorial Urbano, do Imposto sobre Serviços, do Imposto sobre a Transmissão Inter-Vivos e das transferências derivadas de impostos cobrados centralmente (Ministério da Saúde do Brasil, 2000). A parcela do financiamento que cabe ao Governo federal era, em 1997, superior a 78%. Uma das características do sistema de saúde brasileiro é, de facto, esta: a de afectar especificamente ao orçamento da Saúde determinados impostos (ou parte deles), bem como uma percentagem dos dinheiros da Previdência[180]. Um outro indicador, bem mais recente, que dá uma ideia do peso ainda baixo dos seguros privados, refere-se a 2008 e estima em 26% a percentagem da população com seguros privados, muitos deles oferecidos por empresas/instituições públicas e privadas.

Em 2002, os pagamentos directos das famílias no que respeita a serviços e bens de saúde, com excepção dos planos de seguros, atingia os 34,5% (33,2% em 2004), valor que de acordo com o padrão seguido, deverá ser considerado *Médio*. Não foi possível efectuar a separação entre pagamentos parciais e integrais, mas o peso do indicador e o mencionado nos textos consultados, que relevam os altos pagamentos (medicamentos, odontologia, etc.) directos das famílias brasileiras, levaram à sua inclusão nestes últimos. Da leitura de Paim et al. (2011) depreende-se que também no período anterior às reformas a classificação era a mesma. Como resultado desta interpretação, os pagamentos parciais seriam baixos.

Antes das reformas de finais da década de oitenta e princípios da de noventa, o regime contratual mais utilizado era o sistema de contrato. Apesar da complexidade do modelo brasileiro e da dificuldade em encontrar literatura que, com rigor, descreva a situação, poder-se-á deduzir este raciocínio partindo da constatação que o sistema de credenciação abrangia 96% do internamento, 46% das consultas e 61% dos diagnósticos, enquanto as convenções abarcavam 3.131 empresas, 418 sindicatos e

[179] Ou cerca de 67% em 2002 (Ugá e Santos, 2005). Ou ainda cerca de 72% em 2004 (PAHO, 2007)

[180] Mais uma vez se chama a atenção para o facto destas contribuições (parte dos dinheiros da Previdência) incorporarem, a par de outros impostos já mencionados, os fundos afectos à Saúde. Mas entram no bolo global, sem qualquer distinção, e assim são geridos pelo Estado, distritos e autarquias.

muitas outras entidades, englobando cerca de 10% dos beneficiários da Previdência. No seu conjunto, credenciações e convenções representavam 90% da despesa do Estado com a Saúde. O sistema integrado abrangia apenas 26 hospitais, 449 postos e 69 farmácias e ficava-se pelos 10% da despesa (Teixeira, 2007). Algumas empresas tinham também serviços próprios de saúde.

Após as reformas, e se bem que não existam dados quantitativos, pode-se ter uma ideia próxima da realidade, sabendo que 55% dos estabelecimentos são públicos e partindo da base que 75% dos brasileiros utilizam o SUS. Este detém a generalidade (cerca de 70% e a crescer) dos cuidados de ambulatório e uma parcela (também a crescer) dos hospitalares, que funcionam no sistema integrado. Mas a maioria dos hospitais (mais de 70% da oferta de cuidados hospitalares) continua a pertencer ao sector privado, mantendo com este credenciações ou convenções[181] para atendimento dos doentes. Em face do exposto parece razoável atribuir a classificação *Médio* a ambos os regimes.

No que respeita à modalidade de pagamento aos serviços de saúde, sabe-se que a base capitacional assume especial relevância no que respeita ao Piso de Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família (Viana e Poz, 2005; Mercadante, 2002). Da leitura de Junior e Silva (2004) ressalta a conclusão que o sistema assente na produção se mantém, o que aliás é confirmado por MS/CONSEMS (2009), que refere, especificamente, o pagamento por valores explicitados em tabelas de procedimentos. Aparentemente, os montantes envolvidos na atenção básica não atingem uma expressão muito significativa. Em 2000 representavam cerca de 24,59%, mas uma parte (10,19%) era destinada a programas específicos cuja modalidade de pagamento era o orçamento global. Antes das reformas, o pagamento era, essencialmente, efectuado com base na produção dos serviços (pagamento ao acto), quer para o sector público, quer para o privado. Há também, neste período, referência ao pagamento por orçamento global no caso das convenções estabelecidas com empresas, sindicatos, universidades e outras entidades, mas que abrangiam apenas 10% dos beneficiários da Previdência. Algumas transferências do SUS, em particular no que respeita a ordenados e impostos, são também efectuadas nesta base.

[181] Os convénios (ou convenções) são assinados entre o SUS e entidades privadas sem fins lucrativos ou públicas. Os contratos (credenciações) são estabelecidos entre o SUS e entidades privadas com fins lucrativos (MS/CONSEMS, 2009).

Da leitura de Paim et al. (2011) ressalta a ideia de uma certa liberdade de circulação, devido à inexistência de referenciação, ao peso dos prestadores privados e à herança do período anterior. A contenção de despesas, em particular no que se refere a procedimentos especializados de alto custo, tem conduzido à introdução de mecanismos de controlo na parte que respeita ao financiamento público. Já os privados mantêm, na sua quase totalidade a prestação de serviços baseada na procura individual. Daí a evolução verificada na classificação desta variável.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

QUADRO 8-6 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - BRASIL

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Médio	Mercadante (2002); Souza (2002)	1988	Alto	Ferreira (1989); Constituição de 1988; Ugá e Santos (2005); Mercadante (2002); Junior e Silva (2004); Marques e Mendes (2002)
Acessibilidade	Baixo	Marques (1999); Paim et al. (2011)	1999	Médio	Marques (1999); Paim et al. (2011); PAHO (2007), Mesa-Lago (2007)
Equidade	Baixo	Paim et al. (2011)	1988	Médio	Sacrado (2009); Ministério da Saúde do Brasil (2000); Ugá e Santos (2005); Marques (1999)
Solidariedade	Baixo	Ferreira (1989)	1995	Baixo	Medici e Barros (2006); Nishijima e Biasoto Junior (2006); Junior e Silva (2004)
Liberdade de escolha	Médio	Teixeira (2007)	2006	Médio	IDEC (2006); Mesa-Lago (2007)
Regulação	Baixo	Mercadante (2002); PAHO (2007); Teixeira (2007)	2000	Médio	Ministério da Saúde do Brasil (2000); Marques (1999); Paim et al. (2011); PAHO (2007); Santos (s.d.)
Contribuintes - empresas	Médio	Marques (1999); Mansur (2001)	-	NE	-
Contribuintes - trabalhadores	Médio	Ministério da Saúde do Brasil (2000); Marques (1999); Mansur (2001)	-	NE	-
Contribuintes - cidadãos	Baixo	Marques (1999); Mansur (2001)	1988	Alto	Ugá e Santos (2005)
Utentes - população	Baixo	Sacardo (2009); Júnior e Júnior (2006)	1999	Alto	Ministério da Saúde do Brasil (2000)
Utentes - contribuintes	Alto	Sacardo (2009); Souza (2002); Júnior e Júnior (2006)	-	NE	-
Estado	Baixo	Marques (1999); Paim et al. (2011); Mansur (2001)	1988	Alto	Sacardo (2009); Ministério da Saúde do Brasil (2000); Junior e Silva (2004); Souza (2002)
Seguros sociais/Previdência	Alto	Ferreira (1989); Souza (2002); Paim et al. (2011); Mansur (2001); Teixeira (2007); Júnio e Júnior (2006)	-	NE	-
Seguros privados	Baixo	Marques (1999); Mansur (2001)	1988	Baixo	Sacardo (2009); Marques (1999); Paim et al. (2011)
Empresas	Baixo	Teixeira (2007)	-	Baixo	Ugá e Santos (2005)
Propriedade - pública	Baixo	Ferreira (1989); Sacardo (2009); Marques (1999); Júnior e Júnior (2006)	1992	Médio	OPAS/OMS (1998); Mercadante (2002); Marques (1999); PAHO (2007); Campos (2007)
Propriedade - privada	Alto	Ferreira (1989); Sacardo (2009); Marques (1999); Júnior e Júnior (2006)	1992	Médio	OPAS/OMS (1998); Mercadante (2002); Marques (1999); PAHO (2007); Campos (2007)
Legislação - pública	Baixo	Ferreira (1989); Sacardo (2009); Marques (1999); MS/CONSEMS (2009)	1992	Médio	OPAS/OMS (1998); Mercadante (2002); Marques (1999); PAHO (2007); MS/CONASEMS (2009)
Legislação - privada	Alto	Ferreira (1989); Sacardo (2009); Marques (1999)	1992	Médio	OPAS/OMS (1998); Mercadante (2002); Marques (1999); PAHO (2007)
Gestão - pública	Baixo	Marques (1999)	1988	Médio	Marques (1999)
Gestão - privada	Alto	Marques (1999)	1988	Médio	Marques (1999)
Planeamento	Baixo	Ferreira (1989)	1988	Médio	Sacardo (2009); Marques (1999); Paim et al. (2011)
Financiamento - impostos	Baixo	Mercadante (2002); Marques (1999); Paim et al. (2011); Mansur (2001)	2005	Alto	Sacardo (2009); Ministério da Saúde do Brasil (2000); Ugá e Santos (2005); Junior e Silva (2004); PAHO (2007)
Financiamento - S. Social/Prev.	Alto	Ferreira (1989); Mercadante (2002); Marques (1999); Paim et al. (2011); Mansur (2001)	-	NE	-
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Mercadante (2002); Paim et al. (2011); Mansur (2001)	2005	Baixo	Sacardo (2009); Ugá e Santos (2005); Paim et al. (2011); PAHO (2007); Mesa-Lago (2007)
Sistema de reembolso	NE	-	-	NE	-
Sistema de contrato	Alto	Teixeira (2007)	199X	Médio	Marques (1999); MS/CONSEMS (2009)
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Paim et al. (2011)	2002	Médio	Ugá e Santos (2005); PAHO (2007); Mesa-Lago (2007)
Sistema integrado	Baixo	Teixeira (2007)	199X	Médio	Marques (1999)
Pagamento ao acto	Alto	Mercadante (2002); Paim et al. (2011); Mansur (2001); Teixeira (2007)	199X	Alto	Junior e Silva (2004); Souza (2002); Marques e Mendes (2002); Mansur (2001); MS/CONSEMS (2009)
Pagamento por doente	NE	-	-	NE	-
Diária	NE	-	-	NE	-
Capitação	NE	-	1998	Baixo	Viana e Poz (2005); Mercadante (2002); Souza (2002); Marques e Mendes (2002); Mansur (2001)
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	Paim et al. (2011)	2002	Baixo	Ugá e Santos (2005); PAHO (2007)
Orçamento global	Baixo	Teixeira (2007)	2002	Baixo	Marques e Mendes (2002); MS/CONSEMS (2009)
Circulação (liberdade)	Alto	Paim et al. (2011)	200X	Médio	Paim et al. (2011)

Fonte: Autor

8.2.4. França

Caracterização do país e do sistema de saúde

O sistema de saúde francês começou a desenhar-se em 1930/32 com a instituição da Previdência para os trabalhadores do comércio e da indústria. Em 1945 a Previdência transformou-se na Segurança Social[182].

A França tem hoje um sistema de saúde complexo, que conjuga a medicina liberal e a liberdade de escolha dos utentes com um sistema de seguro nacional que garante a partilha das despesas. Os prestadores são públicos e privados.

Talvez devido à mencionada complexidade, as reformas têm sido pontuais, sem rupturas e ao longo do tempo, em particular durante a primeira metade da década de 90 do Século XX. Em 1996, contudo, dá-se a reforma Juppé, que tem, do ponto de vista do financiamento e dos princípios políticos, uma importância significativa.

Antes dessa data, uma das principais reformas no período em análise foi a adopção de orçamentos globais prospectivos para os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, a partir de 1984/85. A ideia assentava na contenção de custos. Este objectivo esteve também na base das medidas relativas aos pagamentos aos médicos, na redução da comparticipação dos medicamentos, na revisão da remuneração dos farmacêuticos e no reforço da medicina preventiva, entre outras. No âmbito da receita, merece saliência o aumento da base de incidência das contribuições, através da eliminação da limitação que incidia sobre as remunerações a elas sujeitas e a alteração qualitativa da natureza das contribuições para a Segurança Social (reforma Juppé).

A universalidade do sistema ficou consagrada na Lei n.º 99-641, que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2000 (Simões et al., 2007).

Aparentemente, e diversos investigadores concordam com isso, a França procedeu a diversos, mas ligeiros, ajustamentos no modelo de funcionamento do seu sistema de saúde. Contudo, as alterações introduzidas em 1996, não parecem ser tão ligeiras quanto isso, como adiante se verá. Em 2000, o seu sistema de saúde foi considerado pela OMS como o melhor a nível mundial.

Dos países estudados, a França caracteriza-se, principalmente, por ter o maior esforço da despesa pública no financiamento da Saúde. Mas também por ser o país com a

[182] A propósito dos conceitos de Previdência e Segurança Social, bem como da sua evolução, ver no Capítulo III o ponto referente à universalidade, generalidade e solidariedade.

melhor esperança média de vida à nascença. Pela negativa, destaca-se a elevada taxa de desemprego (em 2008).

QUADRO 8-7 – FRANÇA – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	551.500
População	2010	milhares	62.637
Taxa de desemprego	2008	%	7,9
PIB per capita em ppc	2008	US$	33.090
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	8,7
Esperança de vida à nascença	2007	anos	81,0
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	9
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	3,8

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

Em 1990, 99,4% da população estava coberta por um sistema de protecção social no que respeita à saúde. Essa percentagem subiu, inclusive, para 99,9% em 2000 (Simões, 2004). Este mesmo autor refere que a cobertura atingia 95,6% em 1970. Este valor está, contudo, ainda claramente dentro do terceiro escalão. Por isso o valor *Alto*.

A acessibilidade tem um nível elevado. Este facto também é confirmado para o ano 2000, sendo uma das razões apontadas para o primeiro lugar obtido por este país no conjunto dos sistemas de saúde a nível mundial (Chevreul et al., 2010). Segundo a Health Consumer Powerhouse (2007) os tempos de espera para acesso aos cuidados de saúde são, na generalidade, bons, o mesmo acontecendo com a generosidade do leque da protecção garantida pelo sistema público de saúde. Apenas o tempo para autorização do financiamento público de novos medicamentos é considerado mau. Em traços gerais, esta classificação mantém-se na publicação referente a 2009.

Apesar da universalidade, da acessibilidade e da solidariedade no financiamento; não obstante os resultados em saúde, as reformas introduzidas e as boas classificações do sistema de saúde francês nas comparações internacionais, Chevreul et al. (2010) consideram que há ainda desigualdades na distribuição da saúde entre diferentes estratos sociais, que se mantém há longos anos. Ponderadas estas questões, parece aceitável classificar da equidade, antes e depois das reformas, com o nível *Médio*.

De acordo com Simões e Dias (2010), a despesa pública com a saúde atingia 5,6% e 8,9% do PIB, em 1980 e 2005, respectivamente. De acordo com o critério de valorização já explanado, a solidariedade passa, entre aqueles anos, de *Baixo* para *Alto*.

Os franceses têm liberdade de escolha do seu médico, quer no consultório, quer no hospital, sem limite de consultas (Ferreira, 1989; Dain e Janowitzer, 2006). Contudo, esta liberdade não se reflecte na opção por uma entidade seguradora, onde a profissão ou a localização, condicionam a escolha (Barros e Gomes, 2002).

A regulamentação da Saúde, em França, em particular a partir de 1996, pode ser considerada forte. As áreas sobre as quais a legislação exerce um maior controlo são: sector farmacêutico; seguros de doença; acesso ao exercício da medicina; convenções entre médicos e caixas de seguros; acreditação dos hospitais; controlo orçamental. Naquela data, passou também a existir um maior controlo sobre as despesas com a medicina ambulatória. Esta legislação alterou, parcialmente, o paradigma da liberalização da medicina, através da introdução de factores limitadores do exercício da profissão. Por esta razão, considerou-se que anteriormente àquela data se teria uma regulação de nível *Médio* que, posteriormente, passou a *Alto*. Aparentemente, a regulação da actividade dos gestores dos fundos da saúde também foi fortalecida. É o que se deduz da leitura dos escritos de Hurst (1992) e Béresniak e Duru (1999), referentes a períodos diferentes, sobre as caixas de seguro obrigatório de doença.

Os principais contribuintes da Segurança Social francesa eram, em 1990, as empresas (63,1%) e os trabalhadores (32,2%), sendo a base os rendimentos do trabalho. A parcela restante era da responsabilidade do Estado e, portanto, tinha como fonte impostos que incidiam sobre a generalidade dos cidadãos e dos rendimentos. A partir de 1999, a contribuição passou a ser, também, baseada em diversos rendimentos e não apenas nos do trabalho, alterando a base de incidência, mas mantendo a filosofia da gestão pela Segurança Social. A nova contribuição designou-se por Contribuição Social Geral e as respectivas taxas variam de acordo com os rendimentos. Em 2007, as contribuições directas dos empregados para a Segurança Social foram de 2,9%, as dos empregadores de 46,6% e as da Contribuição Social Geral de 37,6%. O restante foi também financiado por impostos e taxas gerais. Isto alterou o peso relativo dos contribuintes, o que está reflectido no quadro respectivo. Uma vez que esta última contribuição incide sobre diversos tipos de rendimentos, incluindo os do trabalho, não é fácil classificar os Contribuintes – trabalhadores e os Contribuintes – cidadãos. Optou-se pela valorização

constante do quadro, porque subjacente ao lançamento da mencionada contribuição está a transferência do peso do financiamento dos primeiros para os segundos (que no período anterior à reforma tinha o valor *Baixo*).

Antes de 1999 o direito à saúde assentava, portanto, nos descontos efectuados ao nível de contribuições para a Segurança Social, existindo pequenas tranches da população assistidas no âmbito da caridade pública ou privada. Nessa data, e com maior força a partir de 2000, passou a vigorar a universalidade (sustentada com base na residência) baseada na lógica do direito social à protecção, o que permitiu incluir mesmo aqueles que não eram contribuintes.

Desde 1945 que a gestão dos fundos da saúde é assegurada, na sua maior parte, pela Segurança Social[183]. Trata-se de um organismo "privado", mas enquadrado pelo Ministério da Saúde (Béresniak e Duru, 1999). Existem diversas caixas de seguro com diferentes ofertas de serviços. Contudo, existe o princípio da compensação de recursos entre caixas (Béresniak e Duru, 1999). As outras entidades (Estado, Seguros privados e Empresas) responsáveis pela gestão dos recursos financeiros têm um peso muito reduzido ou nulo. As Mútuas, cujo funcionamento assenta em contribuições voluntárias, são responsáveis apenas por 6% da gestão dos fundos (1988). Da década de 80 para a de 90, do Século XX, apesar da adopção de algumas medidas, não se verificaram alterações significativas nas variáveis analisadas. De notar que, a partir da reforma de final do Século XX, apesar das alterações já mencionadas, os fundos da saúde continuaram a ser geridos pela Segurança Social, apesar do Parlamento decidir sobre orientações políticas e orçamentais.

A situação da propriedade dos serviços é bastante diversificada e complexa. Existem hospitais públicos e privados, sendo que os primeiros totalizavam, em 1990, 1.077 estabelecimentos e 363.115 camas, enquanto os segundos eram na ordem dos 2.390, mas tinham só 195.578 camas. Por outro lado, em 1992, cerca de 71% dos médicos eram profissionais liberais e, na sua esmagadora maioria, tinham aderido a convenções assinadas entre os representantes sindicais e os seguros de doença (Béresniak e Duru, 1999). Poder-se-á então considerar, que a propriedade dos serviços de saúde franceses, quer no que respeita aos cuidados primários, quer hospitalares, resulta de uma combinação entre o público e o privado, englobando-se neste último as organizações

[183] A Caixa Nacional de Seguro de Doença dos Trabalhadores Assalariados cobria, por volta de 1988, cerca de 80% dos segurados obrigatórios (Hurst, 1992). Existem outras Caixas de pequena dimensão.

não lucrativas. Da leitura de Hurst (1992), apesar deste não mencionar valores, e de Ferreira (1989), conclui-se que a situação anterior era em tudo semelhante. A utilização da despesa total como indicador sobre esta matéria conduz à mesma conclusão: em 1997, 50,3% foi feita com privados, tendo esse valor subido para 54,1% em 2004. Portanto, uma alteração pouco significativa.

Da leitura dos autores mencionados a propósito da propriedade dos serviços, muito em particular de Chevreul et al. (2010), não ressalta de forma clara o tipo de legislação e de gestão dos serviços de saúde. Por essa razão, é de supor que obedecem às regras normais aplicadas aos dois sectores – público e privado. Sendo assim, a classificação adoptada é a mesma.

Até 1996, o planeamento incidia, essencialmente, sobre a coordenação das caixas de seguro, o acesso ao exercício da medicina e a actividade farmacêutica. A partir de 1996 introduziram-se algumas alterações na organização do sistema de saúde, sendo de salientar: a nomeação de uma comissão responsável pela definição anual de objectivos de saúde; estes últimos passaram a influenciar o financiamento do Sector; dinamização da formação profissional dos médicos; criação das agências regionais de hospitalização, às quais passou a incumbir o planeamento da rede hospitalar pública e privada; criação de um organismo nacional para acreditação dos hospitais. Há, portanto, uma evolução entre aquilo que se verificava antes e depois de 1996, como referem Béresniak e Duru (1999). Hurst (1992), que escreveu antes dessa data, menciona os diversos tipos de controlo exercidos, mas essencialmente reportados a questões financeiras, e salienta que o apelo à auto-regulação não é grande. Ferreira (1989) diz que falta extensão e coerência às políticas de saúde, apesar de reconhecer que existem. Mas parece claro que, a este nível, a grande evolução do sistema de saúde francês se deu em 1996.

O financiamento era garantido, essencialmente, por seguros sociais, que representavam, nos anos 90 do Século XX, cerca de 72% do total. Como os pagamentos directos equivaliam a 16,5% (seguros privados incluídos), as restantes fontes de financiamento tinham um peso muito fraco[184]. Na década anterior esses valores eram, respectivamente,

[184] Em 2007, a situação não era muito diferente: Segurança Social – 74%; Impostos – 5%; Seguros privados – 13%; Pagamentos directos e outras fontes – 8% (Chevreul et al., 2010). De notar que a já mencionada Contribuição Social Geral, a partir de 1999, era também afecta à Segurança Social e, em 2001, as suas taxas eram as seguintes: 5,25% para salários, rendimentos de capital e ganhos de jogo; 3,95% para pensões e subsídios; 12,8%, sobre os salários, para os empregadores (Sandier, cit. *in* Simões et al., 2007). Importa reter, para efeitos de inclusão numa ou noutra unidade de análise, que aquela

cerca de 70% e 17%. Os impostos ficavam-se pelos 4% e os seguros voluntários e Mútuas pelos 8%. Ferreira (1989) diz que cerca de 50% da população estava inscrita em seguros complementares, valor que é elevado se o compararmos com o seu peso financeiro de apenas 7% (Mossialos e Le Grand, *cit. in* Simões, 2004), mas que é ainda maior (85% da população e 12,4% do financiamento) em 2000 (Chevreul et al. (2010). Dain e Janowitzer (2006) apontam para a mesma tendência: a Segurança Social financiava, em 1980, 76,5% dos tratamentos, percentagem que, em 1995, passou para 73,9%. Acrescentam ainda que, nos mesmos anos, os impostos nacionais ou locais suportavam apenas, e respectivamente, 2,9% e 0,8% das despesas. De notar que todos os autores consideram a *Contribution Sociale Généralisée* como financiamento tipo Segurança Social, apesar de algumas das suas verbas resultarem de impostos que não incidem sobre os rendimentos do trabalho. Seguiu-se esse critério, apesar de, como se viu, os contribuintes não serem exclusivamente (nem maioritariamente) trabalhadores.

Os utentes que se deslocam aos clínicos privados ou aos especialistas com exercício privado de medicina têm um regime contratual designado por sistema de reembolso. No que respeita às farmácias e hospitais privados o regime é o sistema de contrato. Contudo, não foi sempre assim. De acordo com Hurst (1992), este último sistema, no que concerne às farmácias, desenvolveu-se recentemente, substituindo o de reembolso, que era o usual. Nos hospitais públicos funciona o sistema integrado (os médicos são assalariados e as dotações orçamentais incluem verbas destinadas à cobertura das amortizações, que são aproveitadas para a realização de investimentos). Este sistema vigora desde 1984 ou 1985. Em qualquer dos casos, há lugar ao pagamento de uma taxa moderadora ou de utilização dos serviços, inclusive no que respeita ao internamento em hospitais públicos. Contudo, como se disse, os pagamentos directos, integrais e parciais, assumem pouca importância. Existe um leque alargado de isenções nos co-pagamentos e há ainda a possibilidade de um seguro voluntário para pessoas de baixos rendimentos, como forma de cobrir essas situações.

Percentualmente, de acordo com Sandier et al. (2004), a distribuição por regime contratual, antes das reformas (1980), era a seguinte: reembolso (prática privada da medicina e farmácias) – 45,7%; contrato (hospitais privados) – 11,7%; integrado (hospitais públicos e privados que participam no serviço público) – 41,2%. Ainda de

contribuição mantinha em grande parte a incidência sobre salários (e pensões) e que se tratava de taxas específicas a favor da Segurança Social, conforme se depreende de Sandier et al. (2004).

acordo com os mesmos autores, depois das reformas (2000), a repartição era a seguinte: reembolso (prática privada da medicina) – 26,1%; contrato (farmácias e hospitais privados) – 35%; integrado (hospitais públicos e privados que participam no serviço público) – 37,3%. Em ambos os casos, a diferença para 100%, residual, resulta de arredondamentos e de pagamentos diversos, cujo regime não foi possível identificar. A repartição apontada por García-Barbero e Goicoechea (1995?), para o ano 1994, não difere muito desta última.

As despesas privadas representavam 1,4% e 2,2% do PIB, em 1980 e 2005, respectivamente. Em termos relativos, estes valores situavam-se nos escalões intermédio (1980) e baixo (2005) da amostra escolhida). Os pagamentos directos, 16,5% em relação ao total das despesas, confirmam a segunda classificação atribuída. Foram estas as razões que conduziram à atribuição da classificação aos pagamentos integrais directos.

O método utilizado para os pagamentos varia consoante o tipo de cuidados e o prestador. A prática privada da medicina, que em França assume especial importância, é remunerada ao acto. Os hospitais públicos e os privados sem fins lucrativos (estes últimos, na generalidade) estão sujeitos a um orçamento global prospectivo, em vigor desde 1984/85. Até essa data eram pagos com base num regime assente nas diárias. Os privados com fins lucrativos são pagos com base na diária, mas apenas no que respeita ao internamento propriamente dito. Os serviços médicos são pagos por acto. De acordo com Chevreul et al. (2010), alguns clínicos gerais franceses recebem numa base capitacional, mas apenas a título suplementar.

No que respeita aos pagamentos parciais, parece não oferecer dúvida a classificação após as reformas. De facto, sendo as despesas privadas baixas e englobando os dois tipos de despesas directas, aqueles pagamentos têm forçosamente a mesma classificação. Já o mesmo não acontece para o período anterior às reformas, no qual as despesas privadas em saúde têm uma classificação de nível *Médio*. Por outro lado, não foi possível apurar a separação entre os dois tipos de pagamentos (integrais e parciais). Entendeu-se então aconselhável manter aquele valor.

A circulação dos utentes é feita com inteira liberdade, podendo estes escolher o clínico geral ou o especialista que muito bem entenderem. A liberdade é extensível ao exercício da medicina e manteve-se, nos seus aspectos essenciais, durante muitos anos, sendo, aliás, uma das características mais significativas do sistema de saúde francês. Contudo,

a partir de finais de 2005 foi instituída a necessidade de existência de um médico de família e a definição deste como porta de entrada no sistema. O não cumprimento deste último pressuposto conduz à penalização do utilizador na taxa de reembolso. Estes factores induzem uma menor liberdade de circulação – pelo menos é essa a tendência.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

QUADRO 8-8 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - FRANÇA

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Alto	Simões (2004); Ferreira (1989); Simões et al. (2007)	1990	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Dain e Janowitzer (2006); Chevreul et al. (2010); Simões et al. (2007)
Acessibilidade	Alto	Hurst (1992)	2000	Alto	Chevreul et al. (2010); HCP (2007); HCP (2009)
Equidade	Médio	Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Chevreul et al. (2010)
Solidariedade	Baixo	Simões e Dias (2010)	2005	Alto	Simões e Dias (2010)
Liberdade de escolha	Alto	Ferreira (1989); Dain e Janowitzer (2006)	-	Médio	Barros e Gomes (2002)
Regulação	Médio	Béresniak e Duru (1999); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	1996	Alto	Béresniak e Duru (1999); Moura (2006)
Contribuintes - empresas	Médio	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004)	1999	Médio	Chevreul et al. (2010); Thomson et al. (2009); Sandier et al. (2004)
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004)	1999	Baixo	Chevreul et al. (2010); Thomson et al. (2009); Sandier et al. (2004)
Contribuintes - cidadãos	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004)	1999	Médio	Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004)
Utentes - população	Baixo	Chevreul et al. (2010)	1999	Alto	Chevreul et al. (2010)
Utentes - contribuintes	Alto	Chevreul et al. (2010)	-	NE	-
Estado	Baixo	Hurst (1992); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	-	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)
Seguros sociais/Previdência	Alto	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Ferreira (1989); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	-	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Barros e Gomes (2002); Chevreul et al. (2010)
Seguros privados	Baixo	Hurst (1992); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	-	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)
Empresas	NE	-	-	NE	-
Propriedade - pública	Médio	Hurst (1992); Ferreira (1989); Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Escoval (1999); Chevreul et al. (2010)
Propriedade - privada	Médio	Hurst (1992); Ferreira (1989); Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Escoval (1999); Chevreul et al. (2010)
Legislação - pública	Médio	Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Chevreul et al. (2010)
Legislação - privada	Médio	Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Chevreul et al. (2010)
Gestão - pública	Médio	Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Chevreul et al. (2010)
Gestão - privada	Médio	Chevreul et al. (2010)	199X	Médio	Chevreul et al. (2010)
Planeamento	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Ferreira (1989)	1996	Alto	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010)
Financiamento - impostos	Baixo	Hurst (1992); Dain e Janowitzer (2006); Simões et al. (2007); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	199X	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Dain e Jano witzer (2006); Chevreul et al. (2010); Simões et al. (2007)
Financiamento - S. Social/Prev.	Alto	Hurst (1992); Dain e Janowitzer (2006); Simões et al. (2007); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	199X	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Dain e Janowitzer (2006); Escoval (1999); Chevreul et al. (2010); Simões et al. (2007)
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Hurst (1992); García-Barbero e Goicoechea (1995?); Barros (2005)	199X	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010)
Sistema de reembolso	Médio	Hurst (1992); Ferreira (1989); Sandier et al. (2004)	199X	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004); García-Barbero e Goicoechea (1995?)
Sistema de contrato	Baixo	Hurst (1992); Sandier et al. (2004)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004); García-Barbero e Goicoechea (1995?)
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Simões e Dias (2010)	2005	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Simões e Dias (2010); Chevreul et al. (2010)
Sistema integrado	Médio	Hurst (1992): Sandier et al. (2004)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010); Sandier et al. (2004); García-Barbero e Goicoechea (1995?)
Pagamento ao acto	Médio	Hurst (1992)	199X	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Barros e Gomes (2002); Chevreul et al. (2010)
Pagamento por doente	NE	-	-	NE	-
Diária	Médio	Hurst (1992); Chevreul et al. (2010)	1994/95	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Chevreul et al. (2010)
Capitação	NE	-	199X	Baixo	Chevreul et al. (2010)
Pag. dire. parcial pelo utente	Médio	Simões e Dias (2010)	1992	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Simões e Dias (2010); Chevreul et al. (2010)
Orçamento global	Baixo	Hurst (1992); Chevreul et al. (2010)	1984/85	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Barros e Gomes (2002); Chevreul et al. (2010)
Circulação (liberdade)	Alto	Hurst (1992); Béresniak e Duru (1999); García-Barbero e Goicoechea (1995?)	2005	Médio	Simões et al. (2007); Moura (2006)

Fonte: Autor

8.2.5. Holanda

Caracterização do país e do sistema de saúde

O Brasil, a Holanda e os Estados Unidos da América terão sido, dentro dos países analisados, os que mais profundas alterações introduziram nos sistemas de saúde respectivos, no período em análise.

A reforma na Holanda começou com um governo de centro-direita e assentou, no essencial, no designado Plano Dekker. Contudo, os governantes que se seguiram, de centro-esquerda, entenderam não alterar os aspectos mais significativos da reestruturação, cujos eixos eram os seguintes:

- Seguro uniforme de doença nacional (seguro de base);
- Integração dos serviços de saúde e dos serviços sociais;
- Fomento da competição gerida, quer entre seguradoras, quer entre prestadores de serviços de saúde.

A cobertura da população por um seguro de saúde aumentou e a criação de uma caixa central de seguro de base permitiu àquela pagar os prémios de acordo com as suas possibilidades económicas e receber os cuidados em função das suas necessidades.

A competição entre as companhias de seguro ficou garantida através da sua escolha directa pelos cidadãos, pelo recebimento de uma parte do prémio, pago directamente por estes últimos, e pelo conjunto de regalias que cada uma oferecia. A sua sustentabilidade ficava assegurada, porque os prémios cobrados à mencionada caixa central tinham por base o "estado de saúde do segurado".

A competição entre serviços de saúde residia na sua escolha e contratualização pelas seguradoras.

Em resumo, trata-se de uma reforma que visa, em simultâneo, a melhoria da equidade e da eficiência do sistema de saúde.

A área geográfica da Holanda é muito pequena, mesmo se a compararmos com Portugal, que também não é um país de grandes dimensões, mas que mesmo assim tem mais do dobro dos Km^2. Contudo, em termos populacionais a situação inverte-se, uma vez que aquele país tem quase 17 milhões de habitantes, contra os cerca de 11 milhões deste último. A taxa de desemprego é bastante baixa e, salvo o esforço do financiamento

público da saúde que é dos mais fracos dos países da amostra, os restantes indicadores são positivos.

QUADRO 8-9 – HOLANDA – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	40.844
População	2010	milhares	16.653
Taxa de desemprego	2008	%	2,8
PIB per capita em ppc	2008	US$	41.063
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	5,7
Esperança de vida à nascença	2007	anos	80,2
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	8
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	4,4

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

Entre 1980 e 1988 a percentagem da população coberta por um regime público ou social rondava os 74%. A cobertura de cuidados médicos, hospitalares e de farmácia só estava garantida a trabalhadores por conta de outrem (e às respectivas famílias), cujo rendimento anual fosse inferior a 50.150 florins[185] (Béresniak e Duru, 1999). Este esquema de seguro designa-se por ZFW. À generalidade dos cidadãos só estava assegurada a cobertura das despesas médicas excepcionais (hospitalizações de longa duração, tratamento domiciliário e prestação de cuidados de custo elevado, cobertas pelo esquema de seguros designado por AWBZ). Por essa razão, e porque de acordo com o critério de valorização definido no Capítulo VII se enquadra no escalão intermédio, até 1988 considera-se que a cobertura, no que respeita à universalidade, era de nível *Médio*. O plano Dekker[186] e, mais tarde (1989), o plano Simons alteraram este paradigma, propondo que o conjunto da população subscrevesse junto de uma caixa de seguro uma apólice com a cobertura básica de 96% a 98%[187] das despesas médicas (Béresniak e Duru, 1999). Simões (2004), citando como fonte a OCDE, e para o ano

[185] Equivaleria a cerca de 22.757,00 €. Em 2004 este valor era já equivalente a 32.600,00 €.

[186] A Comissão Dekker foi nomeada em 1987. Esta Comissão adoptou como pontos de partida os seguintes: melhorar a integração do financiamento e da prestação de cuidados; substituir a regulamentação governamental por mecanismos de mercado; manter a equidade e a solidariedade (Hurst, 1992).

[187] Inicialmente, o plano Dekker apontava apenas para a cobertura de 85% das despesas médicas.

2000, refere que a percentagem da população coberta chega apenas aos 75,6%. Seja como for, este valor permite à Holanda saltar do escalão intermédio de valorização para o mais alto. A partir de 1 de Janeiro de 2006, todos os residentes passaram a estar cobertos por um novo esquema de seguro de saúde, designado por Acto de Seguro de Saúde, universal e obrigatório, que integrou seguros públicos e privados para cuidados curativos (Simões et al., 2007). Schäfer et al. (2010) mencionam que, em 2008, 1% da população não tinha um seguro de saúde, apesar de tal ser obrigatório. Em caso de necessidade de utilização dos serviços de saúde, essas pessoas estarão sujeitas à reposição dos valores em falta, acrescidos de uma penalização.

Antes das alterações ocorridas em 1989 não se podia considerar o sistema de saúde holandês como tendo uma alta acessibilidade, uma vez que não era universal. Contudo, a existência de cobertura para as despesas médicas excepcionais mitigava o problema. Após o período de reformas, o acesso dos doentes aos cuidados de passou a ser elevado, muito em particular no que respeita aos clínicos gerais: quase 100% da população desloca-se ao seu médico de família em cerca de 15 minutos; não há lugar ao pagamento de franquias; por norma o doente é atendido em menos de 2 dias. O sistema de saúde holandês garante a acessibilidade (Escoval, 1999). Aliás, este problema tem sido uma das preocupações centrais do Ministro da Saúde nas últimas décadas (Schäfer et al., 2010).

Não é fácil apurar com rigor a evolução da equidade sem a disponibilidade de indicadores estatísticos sobre a matéria. Mas a tendência para a sua melhoria é clara, muito em particular pelas seguintes razões, que resultam das reformas Dekker e Simons: aumento claro dos cuidados de saúde incluídos nos planos de seguros obrigatórios; fixação dos prémios de seguro em função dos rendimentos numa elevada percentagem; aumento da cobertura. Em função destes argumentos, considerou-se que a tendência do nível da equidade passou de *Médio* para *Alto*.

O plano Dekker instituiu o pagamento dos prémios de seguros para toda a população, em função dos rendimentos e não do risco. Apesar de continuar a ser possível a subscrição de seguros voluntários, este passaram a ter um prémio de montante fixo (e não em função do risco) e uma cobertura clássica (Hurst, 1992). O nível de solidariedade, também ajudado pela maior cobertura das despesas médicas, aumentou. Contudo, a participação da despesa pública no conjunto das despesas com a saúde chega

apenas aos 5,7% do PIB, ficando ainda no escalão mais baixo de valorização, embora perto do limite superior. Em 1980 era de 5%.

Com as reformas introduzidas em finais da década de 80 do Século XX, os cidadãos passaram a ter inteira liberdade de escolha do segurador, sem possibilidade deste rejeitar quem quer que seja, nomeadamente por razões de idade ou doença, não podendo, inclusive, fixar prémios em função destes indicadores. As reformas mais recentes (Século XXI) apontam no mesmo sentido. Pequenas limitações que podem ser impostas pelas seguradoras, no que respeita à escolha do prestador pelo doente, não têm grande significado, tanto mais que este tem liberdade de opção por uma ou outra companhia de seguros. A situação não é muito diferente da anterior. De facto, desde pelo menos os anos 60 do Século XX que a intervenção do Estado foi sempre no sentido de dar a maior liberdade ao funcionamento do mercado.

De acordo com Hurst (1992) existia, antes das reformas, uma regulamentação muito forte ao nível da qualidade, dos preços, do volume de cuidados, dos seguros obrigatórios e privados e dos salários do pessoal não médico. O plano Dekker procurou contrariar este estado de coisas, mas reconheceu que os mecanismos de mercado estavam condicionados por questões de natureza social, cultural, ética e económica. Era necessário também assegurar a equidade e evitar os abusos de qualquer poder monopolista. A solução foi encontrar um equilíbrio capaz entre o funcionamento do mercado e a regulamentação governamental. Não há valores que permitam caracterizar a importância de um ou de outro, mas obviamente que a tendência é para a redução, mesmo que parcial, do papel do Estado. Dain e Janowitzer (2006) referem também o assunto, salientando o papel do Estado, mas ainda assim não é possível inferir sobre uma classificação clara. Schäfer et al. (2010) reforçam a ideia de perda de intervenção do Estado a partir de 2006, dando lugar a uma maior importância do mercado. Por essa razão, a classificação atribuída ao período após as reformas é de nível *Médio*.

Os principais contribuintes do sistema são os empregados e os empregadores, em proporções idênticas (Hurst, 1992), esquema que também é válido para os funcionários públicos. Em 1988 a taxa da contribuição elevava-se a 10,2%, com um limite de 42.000 florins. Também por essa altura, os seguros privados (70 companhias de seguro de doença sem fins lucrativos) abrangiam 32% da população (trabalhadores independentes, assalariados com rendimentos elevados e pessoas com mais de 65 anos). Se se repartisse os beneficiários da segurança social (68%) em duas partes iguais, ter-se-ia uma

comparticipação patronal de 34%, igual, obviamente, à dos assalariados. Se é verdade que para efeitos de financiamento e de entidades gestoras de fundos que as duas contribuições devem ser analisadas em conjunto, no que respeita aos contribuintes dever-se-á separa-las. Por essa razão, considera-se que o peso dos contribuintes empresas é *Médio* e o dos trabalhadores também, apesar de este estar próximo do escalão seguinte. Dever-se-á ainda considerar os cidadãos[188] (pagamento de impostos), cujo peso é *Baixo*.

Esta situação alterou-se na década de 90 do Século XX, porque os empregados passaram a pagar 2,85% sobre o rendimento bruto e os empregadores 4,95% (Escoval, 1999; Barros e Gomes, 2002). Mantendo-se a proporção de beneficiários da segurança social, a contribuição de cada um alterar-se-ia, mas não o suficiente para modificar a classificação. As contribuições dos cidadãos para sistemas de protecção na doença, por exemplo pensionistas, estudantes, viúvas e órfãos são nulas ou de pequeno montante, o que se traduz num contributo *Baixo*.

Do exposto nos parágrafos anteriores, conclui-se que a larga maioria dos holandeses tem acesso aos cuidados de saúde porque descontou para o efeito, habitualmente na qualidade de trabalhador, para o que, em alguns casos, também contribuíram as respectivas empresas. Esta situação, que identifica os utentes enquanto contribuintes, não se alterou com as reformas. O número de cidadãos com acesso aos cuidados de saúde, que não efectuam descontos para o efeito, é reduzido.

A gestão dos recursos financeiros da saúde era maioritariamente assegurada pelos Seguros sociais/Previdência. Contudo, o peso dos Seguros privados (voluntários) não era de desprezar (15%), embora ainda *Baixo*, de acordo com a classificação seguida. O quadro inserto no ponto 4.2. e designado "Fontes de Financiamento na UE nos anos 90 (%)" apresenta este país como aquele em que essa fonte de financiamento tem maior peso. Já a participação do Estado e das *empresas* era fraca ou nula, como aliás se pode constatar no mesmo quadro. Em finais da década de 90 do Século XX, o plano Dekker propôs a criação de um Fundo Central de Seguros. Esta entidade recebe dos subscritores em função dos seus vencimentos e paga às caixas de seguro públicas e privadas em função do risco. Para aumentar a concorrência entre estas, os subscritores têm liberdade

[188] Por cidadão contribuinte entende-se todo aquele que, sendo ou não trabalhador, paga impostos, parte dos quais são afectos ao Sector da Saúde. Ou seja, a situação de contribuinte (para efeitos de Saúde) não está relacionada com o desconto específico para um regime de protecção da saúde.

de escolha e pagam até 20%[189] (Béresniak e Duru, 1999) do prémio directamente, com base em produtos e preços pré-determinados. Este sistema traz melhorias ao nível da concorrência, da qualidade dos serviços, da normalização do financiamento e da solidariedade, mas não altera no essencial a participação relativa das entidades responsáveis pela gestão dos fundos. Note-se que as caixas de seguros continuam a ser as mesmas e as suas competências não foram substancialmente alteradas.

Os cuidados de saúde são assegurados, essencialmente, por médicos independentes e hospitais privados (85% das camas) com ou sem fins lucrativos, aos quais se juntam alguns públicos. As reformas na Holanda não produziram qualquer alteração na composição público-privada dos prestadores.

Por força do exposto, a legislação privada que regula o funcionamento dos serviços de saúde tem, em qualquer dos momentos, um grau de participação *Alto*, ao contrário do que acontece com a pública. Também aqui, as reformas não produziram qualquer alteração. A tendência, de acordo com Schäfer et al. (2010), situa-se, claramente, no reforço das competências dos gestores e na sua maior participação na gestão dos hospitais públicos.

Pelas mesmas razões atrás citadas, a gestão prevalecente nos serviços de saúde era a privada. Ferreira (1989) diz, inclusive, que o Estado se limitava a gerir os hospitais universitários. As reformas não alteraram este estado de coisas. Não há, pelo menos, qualquer referência a este assunto nas obras consultadas.

De acordo com Hurst (1992), a partir de 1982 foi instaurada a planificação da saúde, de âmbito regional. Ferreira (1989) considera, contudo, que o planeamento ficava aquém do desejado e que lhe faltava alguma extensão e coerência. As reformas deram lugar a um controlo mais elevado por parte do Estado, em particular sobre a actividade e as despesas do sector hospitalar e sobre o funcionamento das caixas de seguro, mas também sobre a definição das políticas de saúde através do aumento da universalidade e da generalidade. A construção de hospitais e outros serviços de saúde necessita de aprovação do Ministério da Saúde, de forma a garantir o seu enquadramento no planeamento do Sector.

A principal fonte de financiamento, cerca de 68%, nos anos 90 do Século XX, era garantida pela Segurança Social. Os seguros voluntários asseguravam 15% e os

[189] Ou 15%, de acordo com Hurst (1992).

impostos 10%. O restante, 7,1%, era constituído por pagamentos directos. Mais esclarecedora, quanto a este último aspecto (o dos pagamentos directos enquanto regime contratual), parece ser a leitura de Simões e Dias (2010), que aponta para despesas privadas com a saúde da ordem dos 2,2% e 3,5% do PIB, em 1980 e 2005, respectivamente. Note-se, contudo, que apesar do aumento, estes valores, de acordo com o critério de classificação adoptado e já anteriormente explicado, se deverão classificar como de nível *Alto* (1980) e *Médio* (2005).

A reforma Dekker preconizou a existência de um seguro de base obrigatório, que cobriria cerca de 85% das despesas de saúde e sociais. O plano Simons aumentou aquele valor para 96% a 98%. Continuou a ser possível a subscrição de um seguro complementar voluntário, mas este passou a ter um conteúdo mais reduzido do que anteriormente. Acima de determinado rendimento os cidadãos eram obrigados a subscrever um seguro voluntário de base. No que respeita às doenças e incapacidades graves e prolongadas, todos os cidadãos estão cobertos por um seguro obrigatório. Os impostos, de acordo com Dain e Janowitzer (2006), continuaram a ter um peso relativamente baixo no conjunto do financiamento – cerca de 8%. De acordo com Barros e Gomes (2002) este valor era de 8,2%, enquanto os seguros privados atingiam os 17,3%. Dados mais recentes (2007) apontam para a seguinte repartição: Impostos – 14%; Segurança Social – 67%; Seguros voluntários – 4%; Pagamento directos – 10%; Outras fontes de financiamento – 5% (Schäfer et al., 2010). Esta distribuição mantém a tendência já expressa pelos anteriores autores.

O sistema de pagamento aos médicos de clínica geral está sustentado num contrato, salvo para os detentores de seguros privados e funcionários, que pagam ao acto e são, posteriormente, reembolsados pelo segurador. Os medicamentos receitados são fornecidos gratuitamente (e depois pagos pela caixa de doença ao médico que os fornece ou ao farmacêutico), excepto para os detentores de seguros privados que pagam ao acto, sendo depois reembolsados (no caso do medicamento ser elegível)[190]. Os médicos especialistas são pagos ao acto, sendo o utente reembolsado. Contudo, os que trabalham em hospitais públicos são assalariados. Sempre que um utente de um seguro privado utiliza os serviços de um hospital público, paga ao acto, sendo depois reembolsado, o que não acontece com os segurados em caixas de doença, cuja utilização

[190] A partir de Julho de 1991 foi instituído um preço de referência para os medicamentos. Quando é ultrapassado, o doente tem que pagar a diferença.

deste tipo de serviço está sustentada em contrato. Os serviços de saúde pública são pertença do Estado e pagos pelo Orçamento Geral do Estado.

Como se vê, é um sistema complexo, que a nível contratual, e para além dos pagamentos directos, assenta, quer na modalidade de contrato, quer na de reembolso, quer no próprio sistema integrado.

Procurando sintetizar, poder-se-ia dizer que o contrato tinha um peso *Alto*, porque funcionava para a generalidade dos utentes (em 1987, 62% destes tinham um seguro de saúde numa Caixa de Doença e 6% eram funcionários). Os reembolsos têm um peso *Baixo* (em 1987, 32% da população tinha um seguro privado). De facto, para o período antes das reformas, parece ser apenas através da percentagem de segurados em cada modalidade (caixas de doença e seguros privados) que se pode fazer a distinção e respectiva classificação[191]. No que respeita ao sistema integrado, dir-se-ia que o seu peso é *Baixo*, tanto mais que o número de hospitais públicos é reduzido. Para o período após as reformas, foi possível recolher dados relativos às despesas por fornecedor de serviços e ao financiamento. Não tendo havido alteração substancial no sistema contratual, parece ser apenas perceptível a redução da utilização dos seguros voluntários (sistema de reembolso), sustentada no baixo financiamento respectivo (4% do total). Os pagamentos a hospitais e a farmácias são os que têm maior peso.

No que respeita à modalidade de pagamento, o orçamento global tinha, em valor e para 1987, um peso muito significativo. Da leitura de Hurst (1992) não se consegue apurar o respectivo montante, mas ele será, certamente, superior a 8 ou 9 mil milhões de florins. Os pagamentos ao acto deverão ultrapassar os 5 ou 6 mil milhões de florins e os de base capitacional ficar-se-ão pelos mil milhões. Considerou-se, por isso, que antes das reformas, às duas primeiras variáveis seria atribuído o valor *Médio* e à última o valor *Baixo.*

A principal mudança no sistema de financiamento holandês consistiu na criação da já mencionada caixa central de seguro de base (Escoval, 1999). Ainda segundo esta autora, a base capitacional manteve-se no caso dos clínicos gerais[192] e o pagamento ao acto,

[191] É uma contingência do processo. Mas devido ao facto de quase todos os prestadores de serviços de saúde terem a dupla característica de receber com base em contrato ou directamente do utente (que depois é reembolsado), não foi possível separar com rigor os dois valores.

[192] Segundo Schäfer et al. (2010), apenas os segurados no ZFW originam pagamentos de base capitacional aos clínicos gerais. Os detentores de seguros privados pagam ao acto. Isto não altera a classificação atribuída.

para os especialistas (em alguns casos são pagos por doente - por caso), também. De Schäfer et al. (2010) conclui-se também pelo pagamento ao acto, apesar da existência prévia de negociações quanto ao volume de actividade. Contudo, segundo este autor, a partir de 2005 os serviços prestados por especialistas passaram a ser pagos com base no sistema de Combinações de Tratamento por Diagnóstico (*Diagnosis Treatment Combination system*, inspirado nos GDH), o que força a alteração da classificação, dando maior relevo ao pagamento por doente, tanto mais que, a partir de 2005, e com o objectivo de reduzir as listas de espera, os hospitais passaram a ser financiados, também, com base no sistema antes citado, abandonando a modalidade de pagamento com base no orçamento global prospectivo, que funciona agora apenas para as despesas de capital.

De Schäfer et al. (2010) conclui-se, no que respeita apenas às despesas com cuidados de saúde, pelo seguinte peso relativo de cada uma delas: pagamento por doente – hospitais e especialistas (43,2%) mais cuidados de saúde mental (10,3%); capitação e por acto – generalistas (5,6%); por acto e por orçamento global – farmacêuticos (13,8%). Não foi possível identificar os restantes, mas o seu peso é necessariamente reduzido. Importa esclarecer que os hospitais também são pagos (acerto positivo ou negativo das contas) por orçamento global, mas apenas no caso do designado segmento A dos pagamentos por doente. Em resumo, poder-se-á concluir que apenas o pagamento por doente merece classificação *Médio*. Os restantes serão valorizados com *Baixo*.

Mais uma vez, não é possível, devido à inexistência de dados, separar os pagamentos directos integrais e parciais. Deve-se, por isso, estimar a sua importância partindo da evolução do total desses desembolsos, das despesas privadas em saúde em percentagem do PIB e dos seguros de saúde voluntários. Apesar da redução do peso dos seguros voluntários[193] (de 15% para 4%), as despesas privadas com a saúde subiram (2,2% para 3,5% do PIB). As despesas directas (*out-of-pocket*), por sua vez, passaram de 7,1% para 10%, o que, considerando o exposto, representa uma subida significativa. A isto acresce o facto de: a Holanda ter instituído um sistema de franquias que pode atingir, no seguro básico, os 655,00 € por ano e no seguro para despesas médicas excepcionais os 3.864,00 € por ano[194] (ou uma percentagem do seu rendimento); depois das reformas, a quase

[193] Os valores são sempre referentes aos períodos antes e depois das reformas.

[194] A estas franquias acrescem as pagas pela visita domiciliária das enfermeiras (taxa base – 12,60 € por hora) e pelas sessões em cuidados de saúde mental (taxa base – 10,00 € ou 15,60 euros, por sessão).

totalidade dos holandeses estar coberta por um seguro de saúde, o que levará estes a recorrerem menos ao pagamento integral das despesas (ou seja, o montante dos pagamentos ser principalmente resultante de liquidações parciais). Em face destes elementos, parece legítimo concluir-se que a tendência é, claramente, para a subida dos pagamentos parciais directos depois das reformas, em sentido contrário, pelas razões já explicadas, dos integrais. No período anterior a situação era mais favorável, tanto mais que o peso dos pagamentos directos era bem menor (7,1%).

O acesso dos doentes aos serviços de saúde é feito, por norma, através dos médicos de clínica geral. A inscrição nas listas destes é obrigatória e o recurso a um especialista ou a um hospital requer a concordância daqueles, caso contrário o custo respectivo não será suportado pelo seguro (Dain e Janowitzer, 2006; Escoval, 1999). Por isso, considera-se a que a liberdade de circulação tem um valor *Baixo*. Não houve qualquer alteração no período pós reforma.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

Todos os valores são referentes a 2009. Este conjunto de dados parece ser suficiente para legitimar a conclusão a que se pretende chegar.

QUADRO 8-10 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - HOLANDA

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Médio	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Ferreira (1989)	1989	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Dain e Janowitzer (2006); Schäfer et al. (2010)
Acessibilidade	Médio	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004); Ferreira (1989)	199X	Alto	Escoval (1999); Schäfer et al. (2010); HCP (2007); HCP (2009)
Equidade	Médio	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992)	1989	Alto	Béresniak e Duru (1999); Hurst (1992); Simões et al. (2007)
Solidariedade	Baixo	Simões e Dias (2010); Hurst (1992)	2005	Baixo	Simões e Dias (2010)
Liberdade de escolha	Alto	Schäfer et al. (2010)	1989	Alto	Hurst (1992); Escoval (1999); Schäfer et al. (2010)
Regulação	Alto	Hurst (1992)	1989	Médio	Hurst (1992); Dain e Janowitzer (2006); Schäfer et al. (2010)
Contribuintes - empresas	Médio	Hurst (1992)	199X	Médio	Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Thomson et al. (2009)
Contribuintes - trabalhadores	Médio	Hurst (1992)	199X	Médio	Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Thomson et al. (2009)
Contribuintes - cidadãos	Baixo	Hurst (1992)	199X	Baixo	Escoval (1999)
Utentes - população	Baixo	Hurst (1992)	1989	Baixo	Escoval (1999)
Utentes - contribuintes	Alto	Hurst (1992)	1989	Alto	Escoval (1999)
Estado	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)	1989	Baixo	Béresniak e Duru (1999)
Seguros sociais/Previdência	Alto	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)	1989	Alto	Béresniak e Duru (1999); Barros e Gomes (2002); Thomson et al. (2009)
Seguros privados	Baixo	Béresniak e Duru (1999); Simões (2004)	1989	Baixo	Béresniak e Duru (1999)
Empresas	NE	-	-	NE	-
Propriedade - pública	Baixo	Hurst (1992)	-	Baixo	Hurst (1992); Dain e Janowitzer (2006); Schäfer et al. (2010)
Propriedade - privada	Alto	Hurst (1992)	-	Alto	Hurst (1992); Dain e Janowitzer (2006); Escoval (1999); Schäfer et al. (2010); Silva e Mattos (2009)
Legislação - pública	Baixo	Hurst (1992)	-	Baixo	Hurst (1992); Schäfer et al. (2010)
Legislação - privada	Alto	Hurst (1992)	-	Alto	Hurst (1992); Schäfer et al. (2010)
Gestão - pública	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989)
Gestão - privada	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989)
Planeamento	Médio	Hurst (1992); Ferreira (1989)	1989	Alto	Hurst (1992); Schäfer et al. (2010)
Financiamento - impostos	Baixo	Simões (2004); Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Baixo	Dain e Janowitzer (2006); Escoval (1999); Schäfer et al. (2010)
Financiamento - S. Social/Prev.	Alto	Simões (2004); Hurst (1992); Ferreira (1989)	1989	Alto	Hurst (1992); Béresniak e Duru (1999); Escoval (1999); Schäfer et al. (2010); Thomson et al. (2009)
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Simões (2004); Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Baixo	Barros e Gomes (2002); Schäfer et al. (2010); Barros (2005)
Sistema de reembolso	Baixo	Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Baixo	Hurst (1992); Barros e Gomes (2002); Schäfer et al. (2010)
Sistema de contrato	Alto	Hurst (1992); Ferreira (1989)	-	Alto	Hurst (1992); Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Schäfer et al. (2010)
Pag. dire. integral pelo utente	Alto	Simões e Dias (2010)	2005	Médio	Simões e Dias (2010)
Sistema integrado	Baixo	Hurst (1992)	199X	Baixo	Schäfer et al. (2010)
Pagamento ao acto	Médio	Hurst (1992); Schäfer et al. (2010)	199X	Baixo	Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Schäfer et al. (2010)
Pagamento por doente	NE	-	2005	Médio	Escoval (1999); Schäfer et al. (2010)
Diária	NE	-	-	NE	-
Capitação	Baixo	Hurst (1992)	199X	Baixo	Escoval (1999); Barros e Gomes (2002); Schäfer et al. (2010)
Pag. dire. parcial pelo utente	Médio	Simões e Dias (2010); Schäfer et al. (2010)	2009	Alto	Schäfer et al. (2010)
Orçamento global	Médio	Hurst (1992); Schäfer et al. (2010); Escoval (1999); Barros e Gomes (2002)	2005	Baixo	Schäfer et al. (2010) ; Thomson et al. (2009)
Circulação (liberdade)	Baixo	Béresniak e Duru (1999)	-	Baixo	Dain e Janowitzer (2006); Escoval (1999); Schäfer et al. (2010)

Fonte: Autor

8.2.6. Estado Unidos da América

Caracterização do país e do sistema de saúde

Os EUA[195] têm uma forte tradição de liberdade de escolha e de empreendimento, à qual associaram, desde muito cedo, uma enorme vontade de lutar e de vencer o desafio do desenvolvimento. Estas são algumas das razões que conduziram o país ao lugar cimeiro das nações mais poderosas, apesar da sua juventude.

Os serviços de saúde foram-se desenvolvendo sem grandes amarras ideológicas ou, pelo menos, sem uma preocupação nítida pela coerência do sistema, possivelmente fruto da primazia dada à liberdade, mas também devido à existência de inúmeros estados com elevada autonomia. De forma nem sempre organizada, foram aparecendo diversas práticas médicas "desde a clínica individual tradicional até às mais variadas experiências colectivas empresariais lucrativas, comerciais e voluntárias (sem interesse lucrativo)" (Ferreira, 1989, p. 248). Paralelamente, alguns Estados americanos lançaram experiências no sentido de melhorar os níveis de universalidade e acessibilidade. Foi o caso do Havai, em 1974, ao exigir que os empregadores segurassem os empregados que trabalhassem mais de 20 horas por semana. Não foi caso único. A mesma ideia foi seguida no Massachusetts, no Minnesota, no Maine e na Califórnia. Mas os projectos não vingaram tanto quanto os governantes desejaram, tendo em alguns casos sido abandonados ou derrotados em referendos ou em sede legislativa.

Em finais do Século XX, a tendência era, claramente, para o desenvolvimento de hospitais privados com fins lucrativos, enquanto ao nível do financiamento proliferavam os seguros privados sem intervenção do Estado. O modelo contratual assentava no sistema de reembolso das despesas.

Existiam ainda, desde 1965, dois subsistemas de saúde sustentados por dinheiros públicos: o Medicaid, suportado essencialmente por dinheiros dos Estados, destinado às

[195] Dos países seleccionados para o estudo de casos, este apresenta um maior nível de dificuldade devido, principalmente, a dois factores: a complexidade do modelo; uma reforma muito recente, cujos efeitos ainda não são totalmente visíveis. Mas é exactamente a originalidade do sistema de saúde americano, bem como a sua dimensão, que tornam imprescindível a sua escolha. A ultrapassagem das dificuldades atrás citadas implicou uma maior quantidade e diversidade de obras consultadas e um esforço acrescido de interpretação das tendências actuais do modelo. Mas, como diz Chua (2006), o sistema de saúde americano polariza opiniões: é o melhor do mundo, para aqueles que sublinham a tecnologia e o estado da arte da medicina; é muito mau, para aqueles que argumentam com a sua ineficiência, não universalidade e despesismo.

pessoas de baixos rendimentos, e o Medicare, financiado pelo governo federal, para os idosos com mais de 62 anos[196].

Em 1985 foi promulgada legislação que possibilitava aos empregados manter o seguro de saúde, mesmo depois de retirado, e em 1987 foi criado o *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP), com o objectivo de prestar cuidados de saúde às crianças das famílias mais pobres. Contudo, de acordo com as críticas habitualmente feitas ao sistema de saúde americano, existiam largas faixas da população (trabalhadores por conta de pequenos empresários, desempregados, trabalhadores independentes, pequenos agricultores, trabalhadores a tempo parcial e imigrantes legais e ilegais) sem cobertura para efeitos de saúde. Dain e Janowitzer (2006), por exemplo, dizem que apenas metade dos pobres está coberta pela definição aceite e seguida pelo Medicaid.

A complexidade deste sistema de saúde obriga a uma sistematização do conhecimento, para que as variáveis caracterizadoras possam de seguida ser explicadas convenientemente. Assim, em traços gerais, são os seguintes os subsistemas de saúde dos EUA:

- *Públicos* – Medicare; Medicaid; Serviço de Saúde a Indígenas; Serviço de Saúde dos Servidores Civis; Serviço de Saúde dos Militares; Programa de Seguro de Saúde para Crianças.
- *Privados com fins lucrativos* – HMO (*Health Maintenance Organizations*); IPA (*Independent Practice Associations*); PPO (*Preferred Provider Organizations*); outras companhias de seguros.
- *Privados sem fins lucrativos* – Blue Cross; Blue Shield; Kaiser-Permanente; Health Insurance Plan of Greater New York e outros.

O quadro seguinte procura descrever a população americana de acordo com o tipo de cobertura para efeitos de saúde[197] (US Census Bureau, 2010), bem como dar uma ideia da repartição dos gastos (Ribeiro, 2006), em ambos os casos para o ano 2002.

[196] Existem ainda alguns programas federais destinados a veteranos e à população indígena. A criação do Medicare e do Medicaid ocorreu no mandato do presidente Lyndon Johnson.

[197] Na base de dados que serviu de referência à construção deste quadro, há cidadãos que aparecem contabilizados em mais de um subsistema de saúde, porque têm mais de um regime de protecção na doença. Desta forma, a soma das parcelas não coincidia com os totais respectivos, à excepção de cobertos e não cobertos, cuja soma bate certo com a população global. Assim, para a construção do quadro houve necessidade, no caso dos valores mais analíticos, de efectuar a correcção deduzindo a duplicação de valores proporcionalmente ao peso dos beneficiários de cada subsistema.

QUADRO 8-11 – POPULAÇÃO E GASTOS EM SAÚDE NOS EUA, EM 2002

TIPO DE SUBSISTEMA	POPULAÇÃO		GASTOS	
Medicaid	25775	9,0%	250,4	16,1%
Medicare	30960	10,8%	267,1	17,2%
Outros subsistemas públicos	7984	2,8%	195,9	12,6%
Seguros ligados ao emprego	155995	54,6%	549,6	35,4%
Seguros individuais	25443	8,9%		
(Pessoas não cobertas)	39776	13,9%		
Pagamentos directos			212,5	13,7%
Outros pagamentos (privados)			77,5	5,0%
TOTAL	**285933**	**100%**	**1.553,0**	**100%**

População: milhares; Gastos: mil milhões de dólares[198]

Fonte: Adaptado a partir de US Census Bureau (2010) e Ribeiro (2006);

Conclui-se, da leitura do quadro, que cerca de 22,6% dos americanos beneficiava de um seguro público de saúde, enquanto 63,5% tinha um seguro privado. Os restantes 13,9% não tinham qualquer cobertura em caso de doença. Mas a isto haveria que somar uma cobertura incompleta mesmo para aqueles com planos de seguros, custos cada vez maiores ao nível dos co-pagamentos e da aquisição de medicamentos e uma enorme lacuna no que respeita aos cuidados preventivos. No caso americano, existe uma enorme variabilidade anual nestas percentagens, fruto, em grande medida, da actividade económica e, consequentemente, do emprego. Em períodos de crise há uma retracção dos seguros privados e um aumento dos públicos. Mas aqueles são sempre maiores que estes.

Os gastos públicos ascendiam, a 45,9% do total das despesas com a saúde. Os restantes, 54,1% eram gastos privados, sendo que os pagamentos directos (*out of pocket*) somavam 13,7% do total e os prémios de seguros 35,4%.

A luta por um sistema de saúde universal nos EUA data já do tempo da grande depressão (1929), altura em que prevaleceu um sistema baseado na iniciativa privada, apesar da não concordância do presidente Franklin Delano Roosevelt. Como se disse, em 1965, com o presidente Lyndon Johnson, surgiram o Medicaid e o Medicare. O presidente Clinton tentou uma reforma profunda do sistema de saúde, basicamente através de uma forte regulação estatal, mas não foi bem sucedido. Em 23 de Março de

[198] Utiliza-se a nomenclatura portuguesa, ou seja, mil milhões e não um bilião.

2010, o Congresso americano aprovou, e o presidente Obama[199] sancionou, a lei que se prevê alargue substancialmente a cobertura da população e reduza a tendência para o crescimento dos custos com a Saúde. Nasceu assim o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), que numa tradução livre se poderá designar por Lei da Protecção do Paciente e da Acessibilidade aos Cuidados.

Esta reforma, cujo prazo de implementação é bastante alargado (de 2010 até 2018), não altera na sua essência a natureza do sistema de saúde, que continuará assente nos subsistemas já mencionados. Os aspectos que mudam são, principalmente, os seguintes: extensão da cobertura; redução do défice (nem todos concordam que isto seja possível); maior atenção dada à promoção da saúde e prevenção da doença; eliminação dos co-pagamentos por parte dos utilizadores dos subsistemas públicos e incentivo aos privados para seguirem a mesma orientação; melhoria da eficiência; melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; reforço da regulação do Estado; melhoria da integração dos subsistemas públicos e privados; colocação do doente no centro do sistema.

Um dos aspectos cruciais da reforma assenta na criação dos *benefits exchanges*, ou seja, de um mercado organizado de venda de planos de saúde, designado de *National Health Insurance Exchange*, diferente do mercado geral e que se caracteriza por ter pacotes definidos pela autoridade sanitária, ser fortemente regulado, ter preços mais baixos, repartição dos riscos, resseguro, acessibilidade das pequenas empresas e de cidadãos com baixos rendimentos (não elegíveis pelos programas púbicos), portabilidade do seguro aquando da mudança de empregador e impedir a rejeição de pessoas com riscos de saúde pré-existentes. Esta condição é também imposta ao mercado de seguros individuais e ao dos pequenos grupos. As companhias de seguro não são obrigadas a

[199] O projecto para a Saúde de Barack Obama e Joe Biden apelava à redução dos custos para que o sistema de saúde trabalhasse para as pessoas e para as empresas – e não apenas para as companhias de seguros. O crescimento da eficiência e a redução de custos assentavam no investimento em sistemas electrónicos de informação em saúde, no desenvolvimento do acesso a programas de prevenção, na adopção de medidas que favorecessem a concorrência nos mercados dos seguros e dos medicamentos e na redução de custos com doenças catastróficas para empregados e empregadores. Alguns dos programas mais representativos destas políticas de saúde eram assim designados: Combate às disparidades nos cuidados de saúde; Desenvolvimento da competitividade na indústria dos seguros; Impedir que as companhias farmacêuticas bloqueiem a utilização de genéricos pelos consumidores. As melhorias ao nível da acessibilidade e da universalidade assentavam também em diversos princípios, dos quais se destacavam a garantia da elegibilidade (pelas companhias de seguros) dos cidadãos, independentemente do seu historial de saúde, a criação de um Seguro Nacional de Saúde alternativo (esta medida foi retirada da votação), a garantia da cobertura em cuidados de saúde para todas as crianças, a atribuição de incentivos fiscais a quem subscreva seguros de saúde e o alargamento da elegibilidade no âmbito do Medicaid. Por último, o programa apelava ao envolvimento de todos (empregadores, escolas, trabalhadores, indivíduos e famílias, e Federação, Estados e Governos locais) no combate por uma melhor saúde.

participar neste mercado, podendo continuar a vender os seus planos dentro do esquema tradicional.

O mercado agora criado terá cinco categorias de seguros: *Bronze Plan, Silver Plan, Gold Plan, Platinum Plan e Catastrophic Plan*. As quatro primeiras cobrem os cuidados de saúde essenciais, se bem que tenham diferentes comparticipações nos custos do seguro, bem como nos pagamentos directos por conta do utilizador. A última categoria, possível apenas no mercado individual, garante, no essencial, a cobertura contra doenças catastróficas até determinado montante (KFF, 2011).

Ainda segundo este último autor, os Estados ficam autorizados, caso o desejem, a criar um Plano Básico de Saúde para as pessoas sem seguro, com rendimentos entre 133% e 200% do nível de pobreza, que estejam em condições de serem elegíveis para o mercado *Exchange*.

Em 30 de Março de 2010 foi promulgado o *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*, que altera o PPACA. Os aspectos essenciais das alterações são os seguintes: altera o quadro dos benefícios fiscais e das penalizações; atrasa a implementação de algumas medidas; acrescenta preocupações de equivalência dos preços entre médicos do Medicare e Medicaid; altera a participação federal na comparticipação dos custos. Estas medidas não desvirtuam o PPACA, sendo até, em alguns casos, mais benéficas para os cidadãos.

A reforma Obama tem um factor crítico que deverá ser cuidadosamente analisado e ultrapassado: o dos custos, sejam eles resultantes dos pagamentos das companhias de seguros privadas aos prestadores de serviços (que poderão fazer aumentar os prémios), ou derivados do alargamento da elegibilidade dos subsistemas públicos. É nestes aspectos que se deverá concentrar a atenção dos governantes.

Considerou-se como data da adopção das medidas reformistas o ano de 2010, se bem que, como já se disse, o seu faseamento seja longo. Mas, como já se afirmou por diversas vezes, este estudo pretende medir a tendência das reformas e, objectivamente, as medidas foram promulgadas naquele ano e reflectem as mudanças assinaladas.

Os EUA têm a maior área geográfica e a maior população dos países constantes do estudo de casos. Os indicadores económicos são globalmente positivos. Nos indicadores de saúde merece saliência espacial a taxa de mortalidade infantil, uma vez que dos países estudados tem o segundo pior valor.

QUADRO 8-12 – EUA – CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS

INDICADOR	ANO	UNIDADE	VALOR
Área	-	Km^2	9.363.520
População	2010	milhares	317.641
Taxa de desemprego	2008	%	5,8
PIB per capita em ppc	2008	US$	35.631
Gasto públicos com a saúde	2004	% do PIB	6,9
Esperança de vida à nascença	2006	anos	78,1
Taxa bruta de mortalidade	2009	$^0/_{00}$	8
Taxa de mortalidade infantil	2006	$^0/_{00}$	6,7

Fonte: Adaptado a partir de OECD Health Data (2010) e de IBGE (2010)

A evolução das variáveis que caracterizam o sistema de saúde

Em 1990, apenas 24,5% dos americanos estava coberto por um regime público ou social de financiamento da saúde. Era o nível mais baixo de universalidade da OCDE. De acordo com Dain e Janowitzer (2006), 37 milhões de adultos não estavam cobertos por qualquer tipo de seguro. Ribeiro (2006), para o ano 2000, apresenta um número que não difere muito daquele (38 a 40 milhões de pessoas, sem qualquer cobertura definida). É certo que mais de 60% da população americana estava coberta por um seguro privado, na maior parte dos casos de grupo. Mas não havia mecanismos suficientes na Lei para obrigar à subscrição de seguros ou penalizar os que não o fizessem. Por isso, muitos investigadores consideram que os EUA tinham um nível de universalidade *Baixo*.

A reforma pretende alterar este estado de coisas de forma decidida, através de: concessão de incentivos fiscais aos indivíduos que subscrevam seguros; penalizações para os que não o fizerem, salvo se não tiverem rendimentos para o efeito; atribuição de subsídios às empresas com 50 ou menos trabalhadores para segurarem estes últimos; penalizações às empresas com mais de 50 trabalhadores caso não os contemplem com seguros de saúde; aumento da abrangência de cobertura dos subsistemas públicos; proibição da negação da subscrição de um seguro, ou da fixação de prémios mas altos, baseada em condições prévias de saúde; alargamento da idade de inclusão dos jovens nos seguros dos pais. Estima-se que as medidas permitam cobrir, obrigatoriamente, quase toda a população (ficarão de fora os imigrantes ilegais), o que conduzirá, segundo Sparer (2011), a um aumento superior a 32 milhões de pessoas.

Escoval (1999) caracteriza este sistema de saúde como tendo um nível de acessibilidade *Baixo*, o que vem ao encontro do que se disse anteriormente. Cite-se a título de exemplo que o Medicare, até à reforma Obama, deixava de fora muitos cuidados de saúde, como os preventivos, os de longa duração e os de oncologia. O mesmo subsistema era composto por diversas partes[200] (uma espécie de escalões de benefícios), cada uma delas com coberturas e preços diferenciados (Sparer, 2011). No que respeita ao Medicaid, Chua (2006) esclarece que alguns dos seus beneficiários têm dificuldade em encontrar um prestador de serviços devido ao baixo nível do pagamento que foi fixado. Muitas das medidas adoptadas pelo PPACA, entre elas a eliminação dos co-pagamentos nos subsistemas públicos (medida que será tentada, também, ao nível dos privados), a melhoria da eficiência, a obrigatoriedade das seguradoras aplicarem mais dinheiro em tratamentos médicos e a garantia de cobertura total na imagiologia e imunização farão aumentar o nível de acessibilidade. Os seguros vendidos no âmbito do *National Health Insurance Exchange* terão também um maior nível de abrangência (hospitalização, visitas médicas domiciliárias, medicamentos, maternidade e alguns cuidados preventivos). Porque se trata de medidas a implementar gradualmente, não havendo ainda evidência dos resultados, considera-se razoável a atribuição do nível *Médio*.

À não cobertura da globalidade da população por um subsistema público de saúde, acresce o facto de muitos americanos das classes média e baixa terem seguros de doença voluntários que garantem um leque reduzido de cuidados de saúde. Há ainda aqueles que não têm qualquer cobertura, seja pública ou privada, ao que acresce os seguros cujo prémio tem apenas como base o estado de saúde do beneficiário e não o seu rendimento. Isto faz com que muitas pessoas daquelas classes não vejam as suas necessidades em saúde satisfeitas, o que se traduz num *Baixo* nível de equidade. Aliás, a extensão da cobertura dispensada pelos esquemas sociais também fica muito aquém do que seria desejável. Para agravar a situação, algumas seguradoras comerciais começaram a cobrar prémios em função do risco de saúde do segurado e a aumentar os custos para os pequenos empregadores. A legislação promulgada em 2010 prevê algumas alterações a este nível, que permitem concluir pela tendência de melhoria do nível de equidade. São elas, entre outras: a impossibilidade das companhias de seguros impedirem a cobertura de pessoas acima de determinada idade ou com situações de doença pré-existentes; a atribuição de subsídios e créditos fiscais a empresas e trabalhadores (os prémios e

[200] A Parte C é também designada por *Medicare Advantage* e possibilita aos seus beneficiários a utilização de um sistema privado estruturado como uma HMO ou uma PPO.

subsídios são fixados em função dos rendimentos); o alargamento dos subsistemas públicos a um maior número de pessoas, cuidados e áreas geográficas; a anulação, limitação ou dedução dos co-pagamentos. Obviamente, que isto não transformará o sistema de saúde americano num exemplo de equidade, dado que os mais ricos continuarão a poder usufruir de mais e melhores cuidados de saúde e porque, apesar do avanço agora verificado, continuarão a existir algumas pequenas diferenças na fixação dos prémios de seguro. Mas, por certo, reduzirá significativamente a iniquidade prevalecente, devido ao aumento substancial do grau de cobertura da população por cuidados de saúde e à não diferenciação do prémio do seguro em função do estado de saúde do subscritor. Mas há ainda outras medidas relacionadas com a equidade no financiamento, como por exemplo o aumento dos prémios do Medicare para as famílias de mais altos rendimentos e a redução dos subsídios aos beneficiários deste último subsistema que tenham aderido às seguradoras privadas (o designado *Medicare Advantage*). Alguns autores, como Jost (2010), chamam a atenção para a possibilidade de se verificarem casos de selecção adversa, apesar das medidas desencorajadoras adoptadas. Outra prende-se com o esquema de subsídios constantes da reforma aprovada.

Em 2000, os gastos públicos com a saúde nos Estados Unidos atingiam os 5,8% do PIB, o que de acordo com o critério que se tem seguido representa ainda um nível de solidariedade *Baixo*, se bem que já no limite superior deste. Dada esta pequena diferença, é provável que as medidas adoptadas pela reforma possibilitem a subida de um nível na classificação. Uma delas relaciona-se com a obrigatoriedade das seguradoras incluírem os segurados individuais num grupo de risco único e os empregados de pequenas empresas num outro. Os Estados podem, contudo, combinar grupos de risco.

Os americanos prezam a liberdade e isso reflecte-se na possibilidade de escolha do seguro de doença e do prestador de serviços, pelo menos na maioria dos casos. A criação do Medicare Advantage, em 2003, reforçou a liberdade de escolha para um estrato de beneficiários dos seguros públicos. A reforma trouxe ainda algumas melhorias a esta liberdade, alargando as possibilidades de escolha (de seguradores, nível dos prémios, pacotes de benefícios, repartição dos custos e fornecedores de serviços de saúde) e possibilitando a transferência de segurados entre companhias de seguros sem

penalização. Considerou-se que em ambos os momentos a classificação seria *Alto*, por ser a que mais traduz a realidade.

O Estado intervém muito pouco no Sector, preferindo deixar funcionar o mercado. Ferreira (1989) diz mesmo que não havia política de saúde superiormente definida. O papel regulador do Estado era, por isso, *Baixo*. A reforma Obama implica um maior controlo por parte do Estado através: do reforço das garantias da população, do controlo dos custos e do desenvolvimento dos sistemas de informação. Mas o seu muito reduzido envolvimento na prestação, aliado a um financiamento que é maioritariamente privado, factos que deixam ainda uma larga margem à iniciativa privada, só permitem subir a classificação para *Médio*. Na opinião de Jost (2010), a ideia das reformas é a de criar um mercado para os planos de seguros, que seja eficiente. Mas, para tal, é necessário o reforço da regulação do Sector, cujas medidas mais importantes parecem ser: divulgação dos termos dos contratos de seguro; pacotes mínimos de benefícios aos segurados; repartição de custos entre grupos de segurados; impossibilidade de rejeição de segurados em função do seu historial clínico. Sparer (2011) vai ao ponto de afirmar que a reforma impõe, pela primeira vez, a supervisão dos Estados sobre as seguradoras privadas.

Na generalidade dos subsistemas americanos, o direito à protecção da saúde conquista-se pela contribuição de trabalhadores e empresas para um seguro de saúde, actuando o Estado apenas nos casos de pessoas com baixos rendimentos, idosos, militares, etc. Não há dados para se poder separar a contribuição de empregados e empregadores. Contudo, se é verdade que nas HMO (trabalhadores – 31%; empresas – 69%) e nas IPA a contribuição dos segundos é maior que a dos primeiros, também não é menos verdade que há muitos americanos com seguros individuais (complementares ou não), sendo a tendência claramente a favor do aumento destes, devido à necessidade de coberturas adicionais na doença. Note-se ainda, que mesmo no caso dos subsistemas públicos, uma grande parte dos beneficiários está obrigada ao pagamento de um prémio de seguro. A reforma, ao obrigar empresas e cidadãos a subscreverem seguros de saúde (colectivos ou individuais) e ao alargar o leque de beneficiários dos subsistemas públicos, interfere com todos os tipos de contribuintes, não sendo de prever que haja mudanças na posição relativa de cada um.

O direito de utilização dos serviços de saúde pertence, essencialmente, àqueles que descontam para tal, seja este último efectuado directamente ou através do empregador,

algumas vezes, inclusive, como parte integrante de um benefício remuneratório. Apenas a parcela de cidadãos com muito baixo rendimento, poderá ter acesso aos cuidados sem efectuar qualquer desconto para tal efeito. Como se vê no quadro acima, o Medicaid abrange apenas 9% da população e alguns dos seus elementos, em função do seu nível de rendimento, têm de contribuir para um seguro social. Apesar do esforço de maior cobertura da população para efeitos de saúde, que incluirá o alargamento da abrangência dos subsistemas públicos, o financiamento continuará a assentar, principalmente, nos descontos para seguros de saúde, mesmo que, em determinadas circunstâncias, se verifique a atribuição de benefícios fiscais. Por isso, o direito aos cuidados pertence, principalmente, aos contribuintes e não à população em geral.

O quadro com a população e os gastos em saúde permite concluir, que 45,9% dos fundos eram geridos por organismos públicos (Estado, Agências Federais e seus Centros), independentemente de estes, posteriormente, assinarem (ou não) contratos com seguradoras ou prestadores privados. Os fundos privados representavam 40,4% e os pagamentos directos 13,7%. Nestas condições, parece correcto atribuir o grau de participação *Médio* ao Estado e aos seguros privados, enquanto gestores de fundos. Note-se que apesar disso, em termos de número de beneficiários, as companhias privadas, em grande parte com fins lucrativos, detinham a maioria. Contudo, a Blue Cross[201], organização não comercial, abrangia uma parcela considerável dessa população.

Importa aqui esclarecer um dos aspectos porventura mais controversos da classificação do sistema de saúde americano. Ferreira (1989) menciona que não existe qualquer tipo de Previdência ou Segurança Social. Frogner et al. (2011) referem que o Medicare, e apenas este, é uma combinação dos modelos bismarckiano e beveridgeano. A PAHO (2007) considera o Medicare como Segurança Social (dando ao Medicaid o nome de subsistema público). Em 2002 o Medicare representava 10,8% da população e 17,2% dos gastos. Considerando o baixo peso deste subsistema no conjunto do sistema nacional de saúde (a existir erro na classificação este seria sempre diminuto), o facto de, na melhor das hipóteses, apenas uma parte dele ser do tipo bismarckiano e a gestão conjunta pelas entidades governamentais dos dois tipos de fundos, optou-se por não considerar os Seguros Sociais/ Previdência como entidade gestora de fundos. Importa

[201] Principais seguradoras não comerciais: *Blue Cross; Blue Shield; Kaiser-Permanente; Health Insurance Plan of Greater New York.* Principais seguradoras comerciais: *Cigna; Metropolitan; Prudential.*

ainda realçar dois aspectos: o primeiro é que este subsistema não abrange a globalidade dos cidadãos necessitados; o segundo é que, mesmo que sejam considerados seguros de doença obrigatórios, de acordo com Hurst (1992, p. 23), estes "equivalem a um imposto".

Ainda no âmbito dos responsáveis pela gestão de fundos, saliente-se as designadas Health Maintenance Organizations, que garantem, mediante um determinado pré pagamento, cuidados de saúde aos seus beneficiários, podendo ou não possuir serviços próprios, incluindo hospitais. São organizações maioritariamente privadas, pelo que, para efeito da análise que se está a efectuar, não se distinguem das outras instituições responsáveis por seguros privados voluntários. Contudo, algumas HMO são pertença de grandes empresas, que as constituíram com o objectivo de cobrir para efeitos de saúde as necessidades dos seus funcionários e respectivas famílias. De acordo com Ferreira (1989), em finais da década de 80 do Século XX abrangiam cerca de 20 milhões de pessoas, o que, apesar de significativo, representa um valor baixo em termos relativos.

O PPACA trará para o sistema de saúde americano cerca de 32 milhões de novos beneficiários, que se repartirão pelos subsistemas públicos e privados. Segundo se prevê, estes terão aumentos idênticos, o que não permitirá alterar significativamente a relação acima descrita. A responsabilidade pela implementação das reformas recairá, principalmente, sobre os Estados, se bem que a Federação exercerá o seu poder de regulação. Está prevista a criação de agências governamentais para a governação do novo esquema de seguros e respectivos direitos e obrigações de todos os envolvidos. Estas agências podem também ser entidades privadas não lucrativas definidas pelos Estados e incluirão especialistas e representantes dos consumidores, patrões, sindicatos, fornecedores de serviços, etc. Apesar do aumento do número de inscritos em organizações tipo HMO, que aponta, em 2010, para cerca de 66 milhões de pessoas (MCOL, 2012), a classificação das empresas enquanto gestoras dos fundos da saúde não se altera, em termos relativos, tanto mais que o número destas que possuem serviços de saúde é relativamente pequeno.

Uma grande parte dos doentes é atendida em hospitais federais e clínicas. Estes são, na sua maioria, privados e prestam cuidados primários, secundários e terciários. De notar ainda, que muitos médicos exercem clínica a título individual ou em grupo, em regime privado. O mesmo regime aplica-se aos laboratórios. O Medicaid, o Medicare e os restantes subsistemas públicos, muito em particular o dos militares, possuem também

serviços, incluindo hospitais. Ribeiro (2006) menciona também que o fornecimento de cuidados de saúde é, principalmente, efectuado por privados, opinião que é partilhada por todos os autores consultados. Da leitura deste último conclui-se que dos subsistemas atrás citados, apenas o Medicaid recorre, maioritariamente, a hospitais públicos. A reforma introduzida pelo presidente Obama não altera esta relação entre público e privado, mesmo que se admita a eventual criação de alguns serviços por iniciativa dos governos federal ou estadual.

A legislação subjacente ao modelo de funcionamento e à organização dos serviços de saúde americanos, em particular no que toca aos hospitais, é fundamentalmente privada. É o que se depreende da leitura de Ferreira (1989), bem como dos restantes autores consultados. A clínica privada exercida em consultório individual ou de grupo, é, por maioria de razão, da mesma natureza. Também aqui, não há qualquer alteração resultante da reforma de 2010.

A gestão das unidades prestadoras de serviços de saúde é, atendendo ao exposto anteriormente, maioritariamente privada, quer num período, quer noutro.

Não existe qualquer rede de cuidados de saúde convenientemente articulada e hierarquizada. Pelo contrário, na maioria dos casos são os empregadores e os empregados e suas famílias que se organizam e tratam de aderir, fomentar ou constituir entidades intermediárias entre eles, beneficiários, e os prestadores de serviços. O nível de planeamento é, por isso, *Baixo*. Para 2013 está prevista a atribuição de incentivos, no âmbito de um programa experimental, para melhorar a coordenação entre os diversos profissionais e serviços envolvidos. Escoval et al. (2010) falam também na coordenação de cuidados, na colocação do cidadão no centro do sistema, em liderança, colaboração e objectivos, o que acompanhado de medidas de saúde pública e de controlo e contenção de custos, permite supor uma melhoria no nível de planeamento do sistema de saúde americano. É ainda cedo para retirar ilações rigorosas, mas a tendência é, claramente, para o reforço desta variável.

No que respeita às fontes de financiamento, dever-se-á, desde já, ter em consideração que as mesmas se reduzem a impostos e seguros voluntários, já que os resultantes de esquemas de Segurança Social/Previdência, pelas razões já expostas, foram tidos como inexistentes. Sintetizando, tem-se:

- Financiamento por impostos – Medicaid, *Children's Health Insurance Program*, *Veterans Health Administration*, Medicare, Serviços de Saúde dos Servidores Civis, Serviços de saúde dos indígenas e outras despesas estruturais ou de programas públicos, num total que, em 2002, rondava os 46%;

- Financiamento por seguros – Seguros privados individuais ou de grupo, que na mesma data somavam à volta de 35% (os restantes 19% são pagamentos directos e outros).

A reforma Obama introduz uma série de impostos, taxas e compensações relativas ao financiamento dos cuidados de saúde (por exemplo, os impostos sobre a actividade das seguradoras, sobre dividendos e juros e sobre os produtores de medicamentos), às contribuições para o Medicare no que respeita a indivíduos e famílias com mais altos rendimentos, à aquisição de dispositivos médicos e às multas a pagar pelos empregadores com mais de 50 trabalhadores, que não segurem os seus empregados. Isto fará, certamente, crescer a fatia suportada pelos impostos[202], mas a estrutura não será muito alterada, tanto mais que a política da administração americana, no que respeita à saúde, continua a assentar nos seguros voluntários, estimando-se que metade dos novos beneficiários seja coberta pelo Medicaid e a outra metade pelo *National Health Insurance Exchange*. O Estado intervirá apenas para corrigir situações que ponham em risco o objectivo da universalidade, sendo os principais exemplos, os que resultam da gratuitidade do acesso ao Medicare de famílias com rendimentos inferiores a 133% do Nível de Pobreza Federal e dos subsídios[203] atribuídos àqueles cujo rendimento não chegue aos 400% do mencionado nível.

Os modelos contratuais seguidos, segundo se depreende de Ribeiro (2006), eram o de reembolso e o de contrato, se bem que o próprio autor afirme que o nível de complexidade organizacional é muito elevado, tornando difícil a tipificação dos casos. O primeiro era utilizado pelas HMO, pelas empresas, pelo Medicare e pelo Medicaid, mas, segundo é possível perceber, com pouca importância. O segundo, também abordado por outros autores, tinha um peso significativo nas HMO. O modelo integrado também era utilizado pelas HMO e por alguns subsistemas públicos, como o Medicare

[202] Prevê-se uma receita adicional, no conjunto dos próximos 10 anos, de cerca de 409,2 mil milhões de dólares (nomenclatura portuguesa).

[203] Estão previstos subsídios (descontos nos prémios) para indivíduos com comportamentos saudáveis e para empresas que promovam programas de bem-estar para os seus trabalhadores.

(parcialmente) e o dos militares, uma vez que dispunham de hospitais próprios, mas com um peso reduzido. Chua (2006) dá especial ênfase à modalidade de contrato, mas a sua análise não é suficientemente desenvolvida para se poder tirar outro tipo de ilações. Os pagamentos directos equivaliam a 13,7% do total. Mesmo não sendo possível separar os pagamentos totais dos parciais, o seu grau de utilização seria sempre *Baixo*. Da leitura de Frogner et al. (2011) e da KFF (2011) conclui-se também pelo peso significativo dos contratos, em particular no mercado das seguradoras privadas (incluindo o designado por *Exchange*), situação já existente no período anterior à reforma. Apesar de não existirem dados concretos sobre a matéria, admite-se a manutenção da classificação, uma vez que da leitura dos diferentes autores e da legislação não se prevê qualquer alteração significativa produzida pela reforma.

Em 2008, apenas 5% dos americanos compravam directamente os serviços de saúde. As reformas introduzidas em 2010 reduzem ainda mais os co-pagamentos, conforme já foi referido, mantendo-se, por isso, a classificação. De notar, que a reforma Obama inclui a isenção de co-pagamentos ou franquias para os cuidados preventivos. A partir de 2014, os pagamentos directos não podem exceder o montante permitido para os planos de seguros com maior nível de dedução (Jost, 2010). Por outro lado, o aumento da cobertura da população e a maior facilidade no acesso aos cuidados de saúde conduzirão a menores pagamentos directos totais.

A abordagem da modalidade de pagamento nos EUA também não é fácil, devido à sua diversidade e frequente alteração. Na década de 90 do Século XX, o acentuado crescimento dos custos fez com que os programas governamentais de saúde alterassem o sistema de pagamento, abandonando, gradualmente, o modelo baseado no acto e substituindo-o pelo fundamentado no doente, adoptando para o efeito os GDH[204] (Ribeiro, 2006; Barros, 2005). A situação anterior à reforma de 2010 poderia ser caracterizada da seguinte forma:

- Pagamento por diária – Algumas seguradoras privadas e uma parte do Medicaid;
- Pagamento por doente – As PPO e as HMO, a título preferencial;
- Pagamento de base capitacional – Parte do Medicaid, do Medicare e das HMO;

[204] As entidades gestoras (Medicare e Medicaid) têm um orçamento global, mas o pagamento aos prestadores tem por base o doente, garantindo-se assim uma maior concorrência.

- Pagamento por acto[205] – As IPA, parte das PPO, parte das HMO lucrativas, parte das seguradoras sem fins lucrativos e o serviço prestado pelos médicos (estes últimos representam 20% dos custos totais);
- Orçamento global – Alguns hospitais pertencentes às HMO, os médicos do Medicare, o serviço de saúde dos militares e os serviços e programas de Saúde Pública.

Todos os subsistemas exigiam pagamentos parciais directos, se bem que pouco significativos. Neste contexto, entendeu-se adequado, atribuir um grau de utilização *Médio* aos pagamentos por acto (apesar da tendência para a sua redução) e *Baixo* aos restantes.

Uma das possíveis reformas, no futuro, dependendo do êxito de algumas experiências, consiste na adopção de uma modalidade de pagamento para o Medicare designada por *bundled payments*, ou seja, pagamento por pacotes (pagamentos compostos), que se traduz no pagamento de base capitacional (doentes crónicos), mas ligado aos resultados (quanto melhores estes forem, mais recebem os médicos e os hospitais). Knickman (2011) menciona também esta modalidade de pagamento em 2/3 dos destinatários do Medicaid. Este critério de pagamento de serviços não deixa, contudo, de ter uma base capitacional, já verificada, parcialmente, no período anterior às reformas. A reforma Obama não altera de forma clara este estado de coisas e as eventuais alterações que se adivinham não podem ser ainda aferidas no que toca à sua dimensão. Por estas razões, manteve-se a classificação atribuída.

A liberdade de escolha deste ou daquele médico ou hospital era, por norma, elevada, se bem que em algumas organizações, como as HMO, tal não seja possível. A criação do Medicare Advantage, já mencionada, veio também aumentar o leque de escolhas aos beneficiários de seguros públicos de saúde. Não há qualquer esquema pré-definido de encaminhamento do doente dentro do sistema de saúde.

As reformas introduzidas por Obama deram lugar a alguma preocupação de políticos e articulistas quanto à redução do nível de liberdade de circulação dos utentes dos serviços de saúde. Apesar de ser ainda cedo para tirar conclusões definitivas, a

[205] Knickman (2011) menciona que os pagamentos ao acto são habitualmente utilizados para pagar os serviços prestados pelos médicos, que representam cerca de 20% dos custos totais. Uma nova modalidade de cálculo, designada por *Resource-Based Relative Value Scale*, foi implementada no Medicare, mas, apesar do cálculo ser diferente, o conceito do pagamento mantém-se.

tendência parece ser essa, tanto mais que uma das preocupações centrais da política de saúde americana é, claramente, a de controlo dos custos. Contudo, a limitação de circulação não parece ser tão drástica quanto alguns temiam. A favor desta limitação tem-se: o aumento do número das organizações com identificação de prestadores preferenciais; a necessidade de escolha de um médico de família, que procederá à respectiva referenciação, caso necessário; a não aplicabilidade de algumas normas de liberdade de circulação aos planos de seguros dos mais velhos. Contra o cercear desta liberdade tem-se: a liberdade de escolha de pediatra e ginecologista/obstetra; a liberdade de escolha de um hospital para cuidados de emergência, mas com pagamento do diferencial em relação ao previsto no plano de seguro, no que respeita ao serviço de quartos; aplicação a todos os seguros individuais ou de grupo, mas apenas aos constituídos depois de 23/3/2010. Por estas razões, parece razoável, para o período após as reformas, atribuir a classificação *Médio*, por ser essa a tendência desta unidade de análise.

Quadro comparativo

O quadro seguinte transcreve o que antes se disse sobre o valor atribuído às variáveis e o ano de introdução da última alteração (na unidade de análise respectiva), bem como as fontes utilizadas para o efeito. A não indicação (em alguns casos) do ano com todo o rigor, significa que não foi possível apura-lo ou que a reforma foi diluída no tempo. A referência NE significa, como já referido, “Não Existente”.

QUADRO 8-13 - QUADRO DE RECOLHA DE DADOS - EUA

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS		DEPOIS DAS REFORMAS		
	VALOR	FONTE	ANO(S)	VALOR	FONTE
Universalidade	Baixo	(Simões, 2004); Dain e Janowitzer (2006) ; Ribeiro (2006); Escoval (1999); Santos (s.d.)	2010	Alto	PPACA (2010); OPSS (2010); WHO (2010); Santos (s.d.); Escoval et al. (2010)
Acessibilidade	Baixo	Escoval (1999); Sparer (2011); Chua (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); WHO (2010); Escoval et al. (2010); Escoval et al. (2009); Sparer (2011)
Equidade	Baixo	Ferreira (1989); Dain e Janowitzer (2006); Ribeiro (2006); Escoval (1999); WHO (2010); Chua (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010); WHO (2010); Santos (s.d.); RRMC (s.d.)
Solidariedade	Baixo	Nishijima e Biasoto Junior (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010)
Liberdade de escolha	Alto	Ferreira (1989); PAHO (2007)	2010	Alto	PPACA (2010); Jost (2010); Escoval et al (2010); Escoval et al. (2009); RRMC (s.d.)
Regulação	Baixo	Ferreira (1989); Dain e Janowitzer (2006); Santos (s.d.); PAHO (2007)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010); Sparer (2011); Frogner et al. (2011)
Contribuintes - empresas	Médio	Ribeiro (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010)
Contribuintes - trabalhadores	Médio	Ribeiro (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010)
Contribuintes - cidadãos	Baixo	Ribeiro (2006)	2010	Baixo	PPACA (2010); Jost (2010)
Utentes - população	Baixo	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010)	2010	Baixo	PPACA (2010)
Utentes - contribuintes	Alto	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010)	2010	Alto	PPACA (2010)
Estado	Médio	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); Ribeiro (2006); Sparer (2011); Chua (2006)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010)
Seguros sociais/Previdência	NE	-	-	NE	-
Seguros privados	Médio	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); Ribeiro (2006); Chua (2206)	2010	Médio	PPACA (2010); Jost (2010); OPSS (2010)
Empresas	Baixo	Ferreira (1989)	2010	Baixo	PPACA (2010); MCOL (2012)
Propriedade - pública	Baixo	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007); Chua (2006)	2010	Baixo	PAHO (2007)
Propriedade - privada	Alto	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007); Chua (2006)	2010	Alto	PAHO (2007)
Legislação - pública	Baixo	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	Baixo	PAHO (2007)
Legislação - privada	Alto	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	Alto	PAHO (2007)
Gestão - pública	Baixo	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	Baixo	PAHO (2007)
Gestão - privada	Alto	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); PAHO (2007)	2010	Alto	PAHO (2007)
Planeamento	Baixo	Ferreira (1989); PAHO (2007)	2010	Médio	PPACA (2010); Escoval et al. (2010)
Financiamento - impostos	Médio	Ferreira (1989); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011); Sparer (2011)	2010	Médio	PPACA (2010); OPSS (2010); KFF (2011)
Financiamento - S. Social/Prev.	NE	-	-	NE	-
Financiamento - seg. voluntár.	Médio	Ferreira (1989); Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011)	2010	Médio	PPACA (2010); OPSS (2010); Escoval et al. (2010); KFF (2011)
Sistema de reembolso	Baixo	Ribeiro (2006)	2010	Baixo	Frogner et al. (2011); KFF (2011); PPACA (2010)
Sistema de contrato	Médio	Ribeiro (2006); Knickman (2011); Chua (2006)	2010	Médio	Frogner et al. (2011); KFF (2011)
Pag. dire. integral pelo utente	Baixo	Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); Santos (s.d.); Kovner e Knickman (2011)	2010	Baixo	PPACA (2010); RRMC (s.d.); KFF (2011)
Sistema integrado	Baixo	Ribeiro (2006)	2010	Baixo	Knickman (2011)
Pagamento ao acto	Médio	Dain e Janowtzer (2006); Ribeiro (2006); Knickman (2011)	2010	Médio	PPACA (2010); Knickman (2011), Frogner et al. (2011); RRMC (s.d.); KFF (2011)
Pagamento por doente	Baixo	Ribeiro (2006); Barros (2005); Knickman (2011)	2010	Baixo	Knickman (2011), Frogner et al. (2011); RRMC (s.d.); KFF (2011)
Diária	Baixo	Knicman (2011)	2010	Baixo	Knickman (2011); Frogner et al. (2011)
Capitação	Baixo	Dain e Janowtzer (2006); Knickman (2011)	2010	Baixo	PPACA (2010); Knickman (2011); Frogner et al. (2011); KFF (2011)
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	Ribeiro (2006); US Census Bureau (2010); PAHO (2007); Kovner e Knickman (2011)	2010	Baixo	PPACA (2010); Jost (2010); Escoval et al (2010), RRMC (s.d.)
Orçamento global	Baixo	Ribeiro (2006); Frogner et al. (2011)	2010	Baixo	KFF (2011); Frogner et al. (2011)
Circulação (liberdade)	Alto	Ferreira (1989); Escoval (1999); PAHO (2007)	2010	Médio	USDHHS (2012)

Fonte: Autor

8.3. A reforma da Saúde na óptica das variáveis seleccionadas

8.3.1. Traços gerais das reformas dos sistemas de saúde

É comum à maioria dos países desenvolvidos, no que respeita à Saúde, a existência de duas preocupações fundamentais, que orientam, em grande parte, as decisões políticas. Estes cuidados foram especialmente relevantes em finais do Século XX, princípio do seguinte. A justiça social foi a primeira trave mestra das reformas introduzidas no Sector. A segunda foi a sustentabilidade económica e financeira. Foi este o resultado da leitura de obras sobre a matéria, bem como da observação do funcionamento dos sistemas de saúde e das directrizes governamentais.

- Justiça Social – A justiça social obtém-se através da promoção da equidade, para a qual contribuem, por sua vez, a universalidade, a acessibilidade, a disponibilização de meios e a eficiência destes. A este propósito, o ponto 3.8. é elucidativo. Medidas que promovam o alargamento da cobertura da população por cuidados de saúde, uma melhor distribuição de recursos, o incremento do nível de solidariedade e a gratuitidade na fase de acesso, entre outras, são promotoras de mais e melhor justiça social.

- Sustentabilidade económico-financeira – O crescimento acentuado das despesas com a saúde e a retracção económica levaram os países a adoptar medidas de contenção de custos, de forma a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Essas medidas actuam, por norma, em duas vertentes: aumento da eficiência dos serviços; aumento das comparticipações dos utentes, tendo como objectivo evitar os abusos na utilização dos serviços.

É, aliás, o que referem Simões et al. (2007, p. 19), quando dizem que o "debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões – a sustentabilidade, por um lado, e a equidade, por outro".

O mais complicado neste processo é garantir a resolução desta equação. Ou seja: promover a justiça social e garantir, ao mesmo tempo, a sustentabilidade do sistema de saúde.

Cichon e Normand (1994) salientam que a adopção de um modelo do tipo Beveridge pode providenciar a universalidade, mas não evita os riscos de má qualidade dos cuidados de saúde prestados. Em contrapartida, os modelos tipo Bismarck, são promotores desta última, mas não garantem a acessibilidade de todos os cidadãos a um

custo razoável. A solução, na opinião dos autores, estaria na combinação dos dois modelos. Esta é a génese da tendência para a convergência dos sistemas de saúde. As dificuldades conduzem ao abandono de princípios políticos radicais e ao pragmatismo da adopção de uma combinação de medidas.

Simões (2004) vai mais longe ao dizer que os objectivos da equidade e da eficiência são, frequentemente, contraditórios. Mas assegura, que a sua combinação tem sido uma estratégia comum aos países da OCDE. Ou seja, diferentes modelos de sistemas de saúde têm convergido no que respeita à prossecução dos dois propósitos fundamentais.

Ideia semelhante foi transcrita em Simões et al. (2007), quando os autores mencionaram os esforços feitos pelos países no sentido de alargarem a universalidade da prestação de cuidados e, em simultâneo, melhorarem a eficiência da prestação, apesar de nem sempre os caminhos seguidos terem sido idênticos.

Também Thomson et al. (2009) referem como tendências das reformas na União Europeia a aposta na equidade no acesso e, por outro lado, a prestação de cuidados com qualidade, que acrescentem valor ao dinheiro gasto. Salientam os esforços feitos no aumento da cobertura da população, na maior intervenção dos governos no mercado e na ligação dos pagamentos ao desempenho.

Ferreira (1989) salientava, já na altura, que um conjunto de certos países tinha vindo a promover a criação de serviços nacionais de saúde, enquanto o Reino Unido, que já tinha um modelo desse tipo, mostrava tendência para permitir uma maior participação de privados no Sector.

Em 1989, o autor chamava já a atenção para o facto de modelos partindo de pólos opostos traçarem trajectórias que, aparentemente, se cruzariam mais tarde ou mais cedo.

Também o OPSS (2010, p. 108), afirma, claramente, que a "reforma do sistema de saúde americano e outras que têm ocorrido na Europa, levam a uma progressiva aproximação dos sistemas de saúde dos dois lados do Atlântico". Esta conclusão está fortemente marcada pela reforma recente do modelo americano, protagonizado pela administração Obama.

Sacardo (2009, p. 200) salienta a importância dos valores sociais, independentemente do tipo de modelo de sistema de saúde (Beveridge ou Bismarck), concluindo: "… os valores sociais parecem prevalecer quando há necessidade de construir propostas que exigem grandes consensos, como é o caso de reformas no sistema de saúde".

Sacardo (2009) efectuou um estudo profundo sobre a reforma dos sistemas de saúde do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, afirmando que seguem uma linha comum, que adoptou a maioria das propostas dos organismos multilaterais de cooperação, que designa por "pluralismo estruturado" e que Almeida (*cit. in* Sacardo, 2009) caracteriza da seguinte forma:

- Financiamento público através da criação de um fundo resultante de pagamentos obrigatórios (para os que podem pagar) de acordo com o rendimento e de subsídios (para os mais pobres). Garantia de acesso a um pacote essencial de serviços de saúde, se bem que diferenciado para essas duas categorias de cidadãos.
- Promoção da competição entre prestadores de serviços de saúde e introdução de mecanismos que controlem o gasto público global.
- Liberdade de escolha dos utilizadores em relação ao prestador.

Do ponto de vista da política de saúde, propriamente dita, tem-se assistido à preferência pelo ambulatório, atendimento ao domicílio e cuidados primários, acompanhados por restrições nas acções de saúde pública. É, pelo menos, o que se passa nos países do MERCOSUL (Sacardo, 2009). Estas medidas procuram centrar as apostas em acções onde o investimento parece ser mais rentável, adaptar o modelo de funcionamento às novas exigências provocadas pela evolução demográfica e conter os custos com o Sector.

A opinião de Sacardo (2009) merece ainda atenção, quando refere que a globalização tem aproximado os sistemas de saúde, ao transformar a doença numa mercadoria geradora de valor e ao incorporar as inovações num curto período de tempo. A globalização tem sido um processo longo, mas a sua influência tem-se feito sentir com maior importância nas últimas décadas, fruto de desenvolvimento dos meios de comunicação e do aparecimento de novas tecnologias.

Escoval (1999, pp. 57 e 58) fala num novo paradigma no que respeita à gestão, organização e financiamento que, apesar da diversidade dos sistemas de saúde, combina características dos dois modelos base:

> Este paradigma corta com linhas ideológicas (privado versus público) e com quadros conceptuais (mercado versus planeamento central), combinando princípios de financiamento público dos cuidados de saúde com princípios de competição de mercado, aplicados à organização e gestão (consumo e previsão).

Também Viana e Poz (2005) acentuam, como grandes linhas orientadoras da Saúde em finais do Século XX, a inclusão de mecanismos de mercado, paralelamente à separação das funções de prestador e financiador e à efectividade clínica. Quanto ao sucesso das medidas adoptadas, citam Björkman e Altenstetter, para concluir que ele depende da conjugação de três factores: exigências económicas, interesses organizados e dimensão política.

8.3.2. A tendência das reformas por unidade de análise

Neste ponto vai-se analisar a tendência das reformas por unidade de análise agregadora, conforme o especificado na "Tabela de caracterização dos sistemas e saúde" inserta no ponto 7.4.2.

Estado

De entre as preocupações políticas recentes no campo da Saúde está, indiscutivelmente, a de garantir a universalidade de um pacote básico de cuidados, independentemente da capacidade dos cidadãos o poderem pagar. Igualmente se tem defendido a liberdade, quer dos prestadores, quer dos consumidores, bem como a melhoria dos níveis de eficiência.

De acordo com Barr (*cit. in* Hurst, 1992), existe convergência em relação aos princípios políticos, económicos e de gestão seguidos pelos países objecto do estudo em questão: equidade; liberdade de escolha; eficiência macroeconómica; protecção do rendimento; eficiência técnica; autonomia dos prestadores.

A convergência assume especial importância em função da globalização e da integração económica e política dos diferentes países[206], evitando-se assim desigualdades profundas entre estes.

Escoval (1999) analisou a acessibilidade e a equidade em relação a um conjunto de quatro países (Alemanha, Holanda, Portugal e Reino Unido). Concluiu pela convergência da primeira, mas não da segunda. Em relação à eficiência macroeconómica salienta que os quatro países tiveram crescimentos pouco acentuados das despesas. No que respeita à eficiência microeconómica, à liberdade de escolha e à autonomia dos prestadores, considera também que não há diferenças evidentes.

[206] Os países constantes do estudo em referência são: Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Irlanda, Reino Unido e Espanha.

A preocupação pela melhoria dos níveis de acessibilidade tem sido uma constante em todas as partes do mundo, beneficiando, obviamente, do desenvolvimento económico e tecnológico, fazendo convergir esse factor entre grandes cidades e povoações pequenas, rurais e isoladas. A PAHO (2007) refere para os países da região, uma melhoria no acesso, nas zonas rurais, motivado pelas novas tecnologias de informação e pela melhoria da comunicação. Cita como exemplo a *tele-saúde*.

Também nos países do MERCOSUL existe a preocupação pela garantia da prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos. De acordo com Sacardo (2009), no Uruguai apenas 4% da população não é abrangida. Argentina, Brasil e Paraguai encetaram reformas que garantem, hoje, a universalidade do sistema de saúde.

Na opinião daquele autor, apenas o Brasil tem um modelo do tipo Beveridge. Os restantes têm sistemas de saúde do género Bismarck. Em todos os casos, uma parte da cobertura é garantida pelo sector privado.

Outra demonstração da tendência de universalização dos sistemas de saúde está incluída no quadro “Universalidade na OCDE”, incluído no ponto 3.2. Em 1970, 41,7% dos países incluídos no estudo tinham cobertura universal. Em 2000, essa taxa passou para 85,2%, o que permite concluir pela convergência dos diferentes países (27 para o segundo ano mencionado) no que toca a este princípio político.

Ribeiro (2006) também concorda com a tendência para a universalidade e a garantia de um pacote mínimo de cuidados dos diferentes sistemas de saúde. Segundo este autor, os modelos de sistemas de saúde que assentam na separação entre trabalhadores com direito a seguro de saúde e desempregados sem esse direito (ou atendidos por instituições de caridade) foram postos em causa na maioria dos países, dando lugar a reformas que garantissem a sua universalidade, pelo menos para um leque de cuidados mínimo, mas considerado essencial.

Por seu turno, Dain e Janowitzer (2006) detectam pontos significativos comuns aos dois tipos de modelos de sistemas de saúde (Beveridge e Bismarck), em particular no que respeita ao direito ao acesso, à universalidade e à solidariedade. No que concerne ao segundo destes princípios políticos, salientam a obrigatoriedade de adesão aos seguros dos modelos tipo Bismarck e a abrangência de todos os cidadãos nos sistemas do género Beveridge.

A análise da solidariedade, tomando como ponto de partida a relação entre a despesa pública e a despesa total, merece uma atenção cuidada. Tome-se como ponto de partida o quadro denominado " Despesa total e pública em saúde, em % do PIB", inserto no ponto 3.2. Pode-se concluir o seguinte:

- A despesa pública em saúde em percentagem do PIB, em média, aumenta, entre 1980 e 2005, de 5,5% (1980) para 6,7% (2005), passando pelos valores intermédios de 5,5% (1990) e 6,1% (2000). Conclui-se, em termos globais, pelo reforço da solidariedade;

- A análise já não é tão clara, quando se toma como ponto de partida a percentagem das despesas públicas nas despesas totais em saúde, já que para aqueles mesmos anos se constatam os seguintes valores: 78,57%, 76,39%, 74,38% e 75,28%. Ou seja, uma fase de redução da solidariedade, para nos últimos 5 anos se verificar o inverso, mesmo não atingindo ainda o ponto de partida. Conclui-se pela tendência para a recuperação dos níveis de solidariedade de 1980;

- Se a análise tomar como referência os valores da despesa pública em percentagem do PIB, para cada país, o coeficiente de variação apresenta os seguintes valores, por ordem cronológica: 0,261; 0,187; 0,164; 0,166. A redução drástica da dispersão (de 0,261 para 0,166), apesar de uma ligeira inversão da tendência entre 2000 e 2005, permite também concluir pelo reforço da solidariedade.

O papel do Estado, na sua qualidade de regulador tem sido aprofundado, ao contrário do que acontece com o seu desempenho enquanto prestador de cuidados de saúde.

Contudo, alguns países têm optado pela delegação dessas funções de regulação em agências independentes. É o caso dos países do MERCOSUL, conforme refere Sacardo (2009), que chama também a atenção para o reforço dessa actividade.

Simões et al. (2007) mencionam também a tendência generalizada para aumentar a liberdade de escolha dos indivíduos, mesmo que tal, por vezes, implique o aumento dos pagamentos no momento do consumo dos serviços. Esta reforma tem sido introduzida, principalmente, nos países com sistemas planificados, uma vez que os modelos liberais sempre tiveram associada, em maior ou menor grau, essa prerrogativa.

A Health Consumer Powerhouse (2007) aponta também para o desenvolvimento, nos anos recentes e na generalidade dos países observados, da legislação sobre direitos dos utentes, da qualidade dos cuidados de saúde, da equidade no acesso e da informação

sobre medicamentos. A análise é feita tendo como termo de comparação o estudo elaborado em 2005.

População e empresas

Quebrando uma regra antiga de separação entre sistemas liberais e planificados, os estados membros da União Europeia, de acordo com Thomson et al. (2009), mudaram o critério do direito aos cuidados de saúde, dos contribuintes para os residentes, apesar de já anteriormente o Estado subsidiar o acesso dos não contribuintes, como, por exemplo, dos desempregados.

Gestores de recursos financeiros

Uma das medidas essenciais no que respeita à melhoria da diversidade da cobertura em cuidados de saúde, bem como da redução do preço dessa mesma cobertura, é a dinamização da concorrência entre gestores de recursos financeiros. Hurst (1992) detecta essa tendência do reforço da concorrência gerida entre seguradores ou detentores de fundos em pelo menos dois países: Reino Unido e Holanda. Estas reformas ocorreram em princípios dos anos noventa do Século XX.

Também Sacardo (2009) menciona a diversidade dos gestores de recursos financeiros nos países do MERCOSUL, numa mistura que inclui o Estado, as seguradoras privadas e a Segurança Social. Só no Brasil se detectam apenas os dois primeiros tipos de gestores (ainda assim, uma conjugação do público com o privado).

Outra característica dos últimos anos tem sido a separação, cada vez maior, entre financiamento e prestação de cuidados. Sacardo (2009) refere isso no que respeita aos países do MERCOSUL. Muitos governos têm decidido pela privatização dos serviços de saúde. Mas alguns têm também (ou em alternativa) optado pela criação de entidades independentes responsáveis pela gestão dos recursos financeiros do Sector.

Já Barros e Gomes (2002) mencionam a adopção da mesma política de separação entre financiamento e prestação num estudo relativo a diversos países da UE.

Os gestores de recursos financeiros do Sector estão, cada vez mais, a desempenhar um papel essencial no contexto dos sistemas de saúde. A contratualização entre estas entidades e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da propriedade de uns e de outros, tem vindo a ser crescente (Barros e Gomes, 2002).

Também Barros e Gomes (2002) salientam a implementação da contratualização em diversos países, numa perspectiva de separação entre compradores e prestadores de cuidados. Nos países com modelo Beveridge citam os casos da Finlândia, da Suécia e do Reino Unido. Nos que adoptam o modelo Bismarck mencionam a Alemanha e a Holanda. Já nos que têm um modelo misto referem os casos da Grécia, Portugal[207], Espanha e Itália, se bem que com algumas excepções em regiões destes dois últimos países.

Consoante as características do sistema de saúde de cada país, a importância da compra está centrada nos municípios (Finlândia), nos condados (Suécia), nas autoridades de saúde locais e nos clínicos gerais (Reino Unido), nos fundos de doença (Alemanha e Holanda) e nos governos ou autoridades públicas (Grécia, Portugal, Espanha e Itália).

Prestadores de serviços

A perda de importância do papel do Estado enquanto prestador de cuidados de saúde tem também sido salientada por diversos autores. Nishijima e Biasoto Junior (2006) sustentam esse ponto quando afirmam que as reformas nos países da América Latina seguem o padrão do Estado Regulador e já não o de provedor.

Esta orientação deixou campo aberto a uma maior participação de privados no Sector.

Hurst (1992) salienta também o aumento da concorrência entre prestadores, quer públicos, quer privados, nos diversos países estudados. Esta política foi adoptada em diversas parcelas do mercado: médicos, produtos farmacêuticos e hospitais.

Também Sacardo (2009) se pronuncia sobre esta matéria, quando a propósito dos países do MERCOSUL refere como eixos orientadores das reformas a reestruturação do mix público e privado (fim do "monopólio" estatal), através da concessão de subsídios e incentivos, e ainda a construção de mercados regulados e geridos, mas beneficiando da introdução de mecanismos competitivos.

Esta ideia é reforçada pela PAHO (2007), que identifica uma forte tendência para a redução da responsabilidade tradicional do Estado nos países da região, na prestação de cuidados de saúde.

Esta tendência é também mencionada por Araújo (2004), quando refere que a aplicação ao sector público de regras do privado, emergiu, inicialmente, nos países anglo-

[207] Estes autores consideram que Portugal tem um sistema misto no que respeita ao financiamento da saúde ou, dito de outra forma, um modelo em transição para um sistema baseado em impostos.

saxónicos, tendo, posteriormente, influenciado as reformas dos restantes, reflectindo a superioridade daquelas regras e cumprindo o pressuposto da convergência, conforme definido por Osborne e Gaebler (cit. *in* Araújo, 2004)

Uma das preocupações mais importantes dos sistemas de saúde nos dias de hoje é melhorar o nível de eficácia dos recursos, em particular dos prestadores de cuidados. Dessa forma, pretende-se contribuir para a melhoria da cobertura da população e da equidade. Tome-se como ponto de partida o quadro "UE – Médicos e Enfermeiros por 1000 habitantes", incluído no ponto 3.5. No caso dos médicos, a análise do coeficiente de variação (1996 – 0,285; 2000 – 0,241; 2005 – 0,192; 2008 – 0,247) permite concluir pela redução da dispersão dos valores dos 25 países seleccionados, excepto no último ano, se bem que mesmo neste caso a situação se mantenha melhor que no primeiro ano de análise. No que respeita aos enfermeiros, o mesmo indicador (1996 – 0,407; 2000 – 0,395; 2005 – 0,418; 2008 – 0,366), apesar das oscilações, aponta também, claramente, para a redução da dispersão, podendo-se pois concluir pela convergência dos países da amostra.

Outra forma dos prestadores de serviços contribuírem para o cumprimento dos objectivos dos sistemas de saúde, nomeadamente os que concernem à equidade, é a prossecução de níveis de eficiência cada vez mais elevados. Esta política permite também a contenção dos custos, que é uma das preocupações actuais de todos os países, o que se pode constatar nas alterações que têm vindo a ser introduzidas ao nível da gestão das unidades de saúde. Tome-se, então, como ponto de partida os quadros incluídos no ponto 3.5. sobre esta matéria, relativos aos doentes tratados por cama, à taxa de ocupação e à demora média, sempre no que respeita a hospitais de agudos. O quadro seguinte explana a média e o coeficiente de variação destes indicadores.

Parece clara a melhoria da média dos indicadores seleccionados, à excepção da taxa de ocupação, que depois de duas reduções significativas, parece, a partir de 2000, querer inverter a tendência. Assim, em termos globais, a eficiência tem aumentado. A dispersão, medida pelo coeficiente de variação, tem comportamentos díspares. No caso dos doentes tratados por cama, sobe muito de 1970 para 1980, mas começa a inverter a tendência em 2000. No que respeita à taxa de ocupação, de uma forma geral, há uma evolução positiva. A dispersão da demora média tem um comportamento idêntico ao primeiro indicador. Convém, contudo, salientar que as alterações (entradas de países

com valores extremos na amostra, a partir de 1980) na composição da amostra influenciaram a análise.

QUADRO 8-14 – INDICADORES DE EFICIÊNCIA (UE)

	1970		1980		1990		2000	
	Média	CV	Média	CV	Média	CV	Média	CV
Doentes tratados por cama	18,55	0,15	21,72	0,34	28,21	0,36	35,08	0,31
Taxa de ocupação (%)	80,08	0,11	76,53	0,07	75,68	0,08	76,92	0,07
Demora média (dias)	14,68	0,19	11,36	0,24	8,77	0,27	7,07	0,24

CV – Coeficiente de variação;

Fonte: Adaptado a partir OECD (cit. in Simões, 2004)

Um dos aspectos marcantes das reformas de finais do Século XX e princípios do Século XXI, cujo objectivo foi o de melhorar a eficiência dos serviços, consistiu na alteração da gestão, muito em particular nos modelos tipo Beveridge, que introduziram mecanismos de descentralização de competências, responsabilização dos administradores, concorrência e versatilidade da legislação. Mas também os modelos tipo Bismarck admitiram uma maior participação e controlo do Estado, no sentido de garantir a acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde.

No que respeita a esta matéria, Simões (2004) fala no surgimento daquilo que designa por terceira via, ou seja, uma situação intermédia entre a gestão pública tradicional e a de natureza empresarial. O objectivo é, claramente, o de aproveitar as vantagens dos dois modelos.

Outra tendência clara dos sistemas de saúde planificados tem sido a separação dos papéis de financiador e prestador de cuidados (Simões et al., 2007). Gradualmente, a participação dos privados, nesta última actividade, tem sido reforçada.

Fluxos financeiros

A prossecução de objectivos políticos, em particular os da equidade e da acessibilidade, tem sido prejudicada pelas dificuldades económicas e financeiras que os diversos países têm atravessado.

Isso tem conduzido os diversos países europeus, na opinião de Figueras, Saltman e Sakellarides (cit. *in* Miguel e Bugalho, 2002), quer os que se enquadram no modelo planificado, quer no modelo liberal, a adoptarem sistemas de financiamento mais equitativos e sustentáveis.

À preocupação pela equidade junta-se a da solidariedade, na opinião de Serrão et al. (1998), quando referem que, de uma forma geral, os sistemas de financiamento compulsivos tendem a ser a regra, porque garantem a equidade e a solidariedade. Já os subsistemas voluntários, complementarmente, são válvulas de escape que garantem maior acessibilidade, mais recursos e mais conforto.

Também Sacardo (2009), a propósito dos países da América Latina, fala na subordinação das políticas sociais aos gastos públicos e à política monetária. A história recente tem dado razão a este raciocínio, não apenas nos países citados, mas, de uma forma geral, um pouco por todo o mundo.

No CESifo DICE Report 4/2008 (CESifo, 2008) vem também expresso, que apesar de das diferenças quanto às fontes de financiamento dos modelos Beveridge (impostos) e Bismarck (seguros), e às suas implicações na redistribuição do rendimento, existe uma tendência para a convergência dos dois modelos de financiamento. A prática tem evidenciado uma certa complementaridade dos dois recursos de financiamento. Este trabalho diz respeito aos sistemas de saúde europeus.

O estudo de Cichon e Normand (1994), já mencionado anteriormente, abrangeu as reformas introduzidas nos países da Europa central e de Leste. As alterações dos respectivos sistemas de saúde, tomando como referência o ano de 1993, apontaram, na generalidade dos casos, para a implementação de um sistema de seguro social de saúde, procurando garantir a universalidade e, por vezes, combinando os seguros obrigatórios com os voluntários. Os países que beneficiaram destas reformas foram: Albânia, Arménia, Bulgária, República Checa, Hungria, Lituânia, Polónia, Roménia[208], Rússia, Eslováquia e Ucrânia.

No que toca ao financiamento, em particular nos países de pendor mais liberal, Simões et al. (2007) relevam a consolidação dos seguros sociais e a agregação dos fundos de doença com o objectivo de dar mais capacidade negocial aos gestores dos recursos

[208] No caso da Roménia, os autores mencionam a discussão sobre a constituição de fundos específicos para co-financiamento dos cuidados de saúde.

financeiros. Esta tendência tem sido seguida em diversos países, permitindo aos segurados ter uma representação mais forte, quer junto do Estado, quer dos prestadores.

Outra tendência relatada por Simões et al. (2007) prende-se com a incorporação de impostos em países de sistema liberal, no financiamento da Saúde, em complemento dos seguros. É o caso da Alemanha, mas também o da França.

Do estudo das reformas dos sistemas de saúde em sete países europeus, Hurst (1992) conclui pelo reforço do financiamento público, em particular depois de na Espanha, na Holanda e na Irlanda se ter verificado a extensão dos sistemas de seguro obrigatório. O autor considera ainda que essas medidas têm um contributo positivo para a equidade.

Aliás, este mesmo autor considera comparáveis os sistemas de financiamento por impostos e por contribuições obrigatórias, distinguindo-os, em termos de classificação, das contribuições voluntárias. De facto, a extensão da cobertura dos seguros sociais e obrigatórios à generalidade da população, representa em si mesmo uma convergência de modelos, introduzida pelas reformas de finais do século passado, uma vez que o sistema sustentado por impostos já incluía essa característica.

Nishijima e Biasoto Junior (2006) analisaram a evolução da participação dos governos dos países americanos (um total de 35) no financiamento dos gastos totais em saúde, entre 1990 e 2000, tendo concluído que a média cresceu desde 52,7% até 56,6%. Apresentam também o respectivo desvio padrão que evoluiu de 18,6 até 13,0, demonstrando uma clara redução da dispersão e, portanto, uma clara tendência para a convergência. Se a opção fosse pelo cálculo do coeficiente de variação, a conclusão seria a mesma (0,35 para 1990 e 0,23 para 2000). A evolução destes dois indicadores não é constante, se analisada ano a ano, mas ainda assim a tendência é consistente e, portanto, a conclusão é firme.

Caminada et al. (2008) analisam a evolução, entre 1980 e 2003, da despesa social pública bruta em 22 países da OCDE e em 15 da União Europeia, concluindo pela forte convergência da mesma. Utilizam para o efeito o cálculo do desvio padrão e do coeficiente de variação, que verificam, no período, uma forte retracção. Os autores avaliaram também o contributo por tipo de despesa pública, tendo concluído, no caso da despesa pública em saúde, pela tendência clara da referida convergência.

Uma das características actuais dos sistemas de saúde é a contratualização dos serviços, abandonando-se gradualmente o sistema integrado, numa perspectiva clara de

desintervenção por parte do Estado. O quadro "Métodos de prestação de serviços na UE (1997)", incluído no ponto 3.6., é elucidativo.

Mossialos e Le Grand (*cit. in* Simões, 2004) demonstram que na maioria dos países da UE funciona o sistema de contrato, na totalidade ou em relação a grande parte do sistema de saúde. Este desenlace tanto é válido para serviços de saúde privados, como para públicos. A ideia base é a da melhoria dos níveis de eficiência e uma maior responsabilização dos gestores, em parte através da competição entre eles.

No que respeita ao método de pagamento aos prestadores de cuidados de saúde, uma tendência evidente parece ser a do orçamento global. Hurst (1992) menciona os casos da Alemanha e Bélgica, no caso da remuneração dos médicos, e Holanda, Bélgica, França e Alemanha, no que concerne ao pagamento aos hospitais. Esta última medida, cujas reformas atrás assinaladas ocorreram entre 1977 e 1991, possibilitou melhorias da eficiência macroeconómica e, consequentemente, de controlo dos custos.

Barros e Gomes (2002), referindo-se aos pagamentos a médicos, dizem que os baseados nos actos praticados e os que assentam em salários, têm vindo a ser alterados no sentido de proporcionar uma maior contenção de custos, no primeiro caso, e uma maior motivação no segundo. Apesar de parecerem caminhos opostos, pretendem, em ambos os casos, salvaguardar os mesmos objectivos: conjugar a eficiência ao nível individual, com a sustentabilidade do ponto de vista colectivo. Assim, os sistemas abertos (retrospectivos – pagamento ao acto) têm implementado negociações tendentes à fixação de valores globais para a despesa total dos médicos, enquanto os sistemas fechados (prospectivos – salários e capitação) optam por um esquema de benefícios que promova a produtividade e a satisfação dos utentes.

Simões (2004, p. 40) refere também a convergência dos modelos de pagamento nos países da União Europeia:

> Em relação aos métodos de pagamentos aos hospitais, nos países da União Europeia existe a tendência clara e progressiva para a substituição do sistema de pagamento retrospectivo das actividades pelo estabelecimento de orçamentos prospectivos.

Fluxos de serviços

Não foi detectada qualquer referência importante acerca dos fluxos de serviços, que se pudesse incluir neste ponto, obedecendo ao espírito dos designados *Dados exteriores*. Mas parece evidente que há algumas mudanças originadas na necessidade de aumentar

o controlo das despesas. Desta forma, a liberdade de circulação foi preterida em favor da imposição de uma rede de referenciação limitadora da movimentação dos utentes.

Os países que introduziram reformas foram, essencialmente, aqueles tinham um modelo liberal: Brasil (antes das reformas); França e EUA. Quer o Reino Unido, quer a Holanda detinham já uma baixa liberdade de circulação.

Assim, pelo menos nesta amostra de países, a tendência é, claramente, um nível de liberdade de circulação *Médio* (Portugal, Brasil, França e EUA) ou *Baixo* (Reino Unido e Holanda).

8.4. Tratamento de dados e resultados

8.4.1. Análise por grupos de países

Análise da convergência por modelo de sistema de saúde

Os países cujos sistemas de saúde foram explanados e caracterizados no ponto 8.2. foram aqui agrupados consoante o modelo no qual se inserem: planificado ou liberal. Para cada um destes foi construído um quadro síntese que permite comparar os respectivos países, por unidade de análise, antes e depois das reformas.

O primeiro quadro diz respeito aos que adoptaram o modelo planificado, sendo contudo de salientar que o Brasil representa um caso especial, uma vez que antes das reformas possuía um sistema liberal, tendo, a partir de 1988, passado para um do tipo planificado. Isto permite efectuar uma análise interna, ou seja, dentro do próprio grupo, mais profunda, e, mais tarde, fazer a comparação entre grupos. Apesar da dificuldade criada pela inclusão do Brasil, entendeu-se que seria da máxima utilidade a sua manutenção, pois permitiria comparações, que, caso contrário, não seriam possíveis[209]. O segundo quadro trata dos países que possuem um sistema liberal.

Os quadros foram estruturados para que seja possível uma análise comparativa dos respectivos países e períodos. Como já foi mencionado, a referência NE significa “Não Existente”.

[209] As restantes razões que levaram à escolha do Brasil estão explanadas no ponto 7.5.

QUADRO 8-15 - PAÍSES COM MODELO PLANIFICADO

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS			DEPOIS DAS REFORMAS		
	PORTUGAL	REINO UNIDO	BRASIL	PORTUGAL	REINO UNIDO	BRASIL
Universalidade	Alto	Alto	Médio	Alto	Alto	Alto
Acessibilidade	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Médio
Equidade	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Médio
Solidariedade	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Médio	Baixo
Liberdade de escolha	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Médio
Regulação	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Médio
Contribuintes - empresas	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	NE
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	NE
Contribuintes - cidadãos	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Alto
Utentes - população	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Alto
Utentes - contribuintes	NE	NE	Alto	NE	NE	NE
Estado	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Alto
Seguros sociais/Previdência	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	NE
Seguros privados	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Empresas	Baixo	NE	Baixo	Baixo	NE	Baixo
Propriedade - pública	Médio	Médio	Baixo	Médio	Médio	Médio
Propriedade - privada	Médio	Médio	Alto	Médio	Médio	Médio
Legislação - pública	Alto	Médio	Baixo	Médio	Baixo	Médio
Legislação - privada	Baixo	Médio	Alto	Médio	Alto	Médio
Gestão - pública	Alto	Médio	Baixo	Alto	Baixo	Médio
Gestão - privada	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Alto	Médio
Planeamento	Médio	Alto	Baixo	Alto	Alto	Médio
Financiamento - impostos	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto	Alto
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	NE
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Sistema de reembolso	Baixo	Baixo	NE	Baixo	Baixo	NE
Sistema de contrato	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Alto	Médio
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Baixo	Médio	Médio	Baixo	Médio
Sistema integrado	Alto	Alto	Baixo	Alto	Baixo	Médio
Pagamento ao acto	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Alto
Pagamento por doente	Baixo	NE	NE	Baixo	Baixo	NE
Diária	Baixo	NE	NE	Baixo	NE	NE
Capitação	NE	Alto	NE	Baixo	Baixo	Baixo
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Orçamento global	Alto	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Baixo
Circulação (liberdade)	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Médio

Fonte: Autor

QUADRO 8-16 - PAÍSES COM MODELO LIBERAL

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS			DEPOIS DAS REFORMAS		
	FRANÇA	HOLANDA	EUA	FRANÇA	HOLANDA	EUA
Universalidade	Alto	Médio	Baixo	Alto	Alto	Alto
Acessibilidade	Alto	Médio	Baixo	Alto	Alto	Médio
Equidade	Médio	Médio	Baixo	Médio	Alto	Médio
Solidariedade	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Médio
Liberdade de escolha	Alto	Alto	Alto	Médio	Alto	Alto
Regulação	Médio	Alto	Baixo	Alto	Médio	Médio
Contribuintes - empresas	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Médio	Médio	Baixo	Médio	Médio
Contribuintes - cidadãos	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Utentes - população	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo
Utentes - contribuintes	Alto	Alto	Alto	NE	Alto	Alto
Estado	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio
Seguros sociais/Previdência	Alto	Alto	NE	Alto	Alto	NE
Seguros privados	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio
Empresas	NE	NE	Baixo	NE	NE	Baixo
Propriedade - pública	Médio	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Propriedade - privada	Médio	Alto	Alto	Médio	Alto	Alto
Legislação - pública	Médio	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Legislação - privada	Médio	Alto	Alto	Médio	Alto	Alto
Gestão - pública	Médio	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Gestão - privada	Médio	Alto	Alto	Médio	Alto	Alto
Planeamento	Médio	Médio	Baixo	Alto	Alto	Médio
Financiamento - impostos	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio
Financiamento - S. Social/Prev.	Alto	Alto	NE	Alto	Alto	NE
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio
Sistema de reembolso	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Sistema de contrato	Baixo	Alto	Médio	Médio	Alto	Médio
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Alto	Baixo	Baixo	Médio	Baixo
Sistema integrado	Médio	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Pagamento ao acto	Médio	Médio	Médio	Médio	Baixo	Médio
Pagamento por doente	NE	NE	Baixo	NE	Médio	Baixo
Diária	Médio	NE	Baixo	Baixo	NE	Baixo
Capitação	NE	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Pag. dire. parcial pelo utente	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Alto	Baixo
Orçamento global	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Baixo	Baixo
Circulação (liberdade)	Alto	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Médio

Fonte: Autor

Estes quadros deram origem à construção de outros dois, por tipo de modelo de sistema de saúde, nos quais as classificações atribuídas foram agrupadas consoante a convergência dos seus valores, o que conduziu a quatro níveis de agregação:

- Convergência Alta (CA) – sempre que todos os países têm valores iguais na variável em questão;
- Convergência Média (CM) – sempre que dois países apresentam valores iguais para a respectiva variável (no caso do modelo planificado, só se aplica quando se inclui o Brasil na análise);

- Pouco Divergente (PD) – quando no conjunto de dois países, a mesma variável apresenta valores diferentes, mas próximos (aplica-se apenas aos países com modelo planificado, no período antes das reformas e na opção de não inclusão do Brasil);
- Divergência Total (DT) – sempre que os todos os países assumem valores diferentes para a mesma variável. No caso do estudo do modelo planificado antes das reformas, sem o Brasil, significa que os restantes países têm valores diferentes e afastados, dentro da escala de classificação.

Neste sentido, e a título de exemplo, a convergência alta tanto resulta da adopção em exclusivo (classificação *Alto*), nos três países, de uma determinada modalidade de pagamento, como da sua rejeição total (classificação *NE*).

No caso específico dos países com modelo planificado, e pelas razões já expostas (alteração do tipo de modelo do sistema de saúde brasileiro), no período antes das reformas foram efectuadas duas análises: entrando em consideração, ou não, com o Brasil. Na segunda hipótese, a convergência alta foi assumida sempre que os dois países apresentavam o mesmo valor na variável em análise. A valores diferentes, mas próximos (por exemplo, *Alto* e *Médio*) correspondeu o enquadramento na coluna dos pouco divergentes e os valores diferentes e distantes (por exemplo, *Alto* e *Baixo*) foram considerados na coluna da divergência total.

Como já foi referido, às variáveis foram atribuídos os valores Alto, Médio e Baixo, consoante o número de casos ou a importância (nível, contributo, direito de utilização, grau de participação e grau de utilização), que para cada uma delas resultou do estudo de casos. Sempre que não foi detectada a evidência de qualquer caso, foi registado no quadro de recolha de dados a sigla *NE*. Nos quadros que se seguem, isto foi também considerado como um valor assumido pela variável em questão. Para efeitos de análise, só assim poderia ser. Obviamente, esta classificação foi considerada, em sentido descendente, imediatamente a seguir à de *Baix*o e, portanto, próxima desta.

Para efeitos de cálculo da convergência, dentro de cada modelo de sistema de saúde, foram considerados os seguintes rácios (também calculados em termos percentuais):

Índice de convergência restrita = (CA+CM) / Total das observações

Índice de convergência alargada = (CA+CM+PD) / Total das observações

Índice de divergência = DT / Total das observações

No quadro seguinte, relativo ao resumo das classificações atribuídas aos países com sistema planificado, é possível constatar o seguinte:

- No período antes das reformas, se não se tomar em consideração o Brasil, há 22 variáveis com convergência alta, 12 pouco divergentes e apenas 2 com divergência total, o que permite constatar que os países seleccionados têm características comuns ou muito semelhantes;

- Se o Brasil for tido em consideração, a convergência reduz-se claramente, uma vez que o valor da CA passa a ser 4, o da CM 24 e o da DT 8. Poder-se-á então dizer que a maioria das unidades de análise apresenta características próximas, fruto do peso de dois países com sistemas análogos (Portugal e Reino Unido), mas já não com o grau revelado no anterior parágrafo;

- Depois das reformas, devido ao facto do Brasil ter passado a adoptar um sistema de saúde planificado, o conjunto de divergências totais baixa novamente (aumenta a convergência), desta vez para 5, se bem que a convergência seja inferior ao constatado antes das reformas, para o conjunto formado apenas por Portugal e pelo Reino Unido, possivelmente devido ao facto do Brasil ainda estar num período de transformação e consolidação do seu sistema de saúde;

- Em valor absoluto, antes das reformas, é o conjunto de variáveis "fluxos financeiros" que mais contribui para o nível de convergência alta, o que também acontece no período seguinte. Em termos relativos, é o grupo "população e empresas" o que tem maior número de unidades de análise classificadas de convergência alta (salvo antes das reformas, mas apenas quando se analisam os três países em simultâneo). Em conjunto com o grupo "gestores de recursos financeiros" são os dois únicos casos em que não há qualquer ocorrência qualificada como divergência total;

- As variáveis elementares que contribuem para a convergência alta dos sistemas de saúde são, antes das reformas (com inclusão do Brasil), a "solidariedade", os "seguros privados" (enquanto "gestores de recursos financeiros"), o "financiamento por seguros voluntários" e o "pagamento directo parcial pelo utente". Depois das reformas, este papel é assumido pela "universalidade", pelos "contribuintes cidadãos", pelos "utentes população", pelos "utentes contribuintes", pelo "Estado", pelos "seguros privados" (estes dois últimos na qualidade de "gestores de recursos

financeiros"), pela "propriedade pública", pela "propriedade privada" (estes inseridos no conjunto dos "prestadores de serviços"), pelo financiamento através de "impostos", pelo financiamento através de "seguros voluntários", pela "capitação" e pelo "pagamento directo parcial pelo utente";

- Comparando os períodos antes e depois das reformas, parece claro que há convergência no que respeita às características dos sistemas de saúde em questão, uma vez que as alterações verificadas conduziram à redução da divergência total, que afectava, inicialmente, 22,2% das variáveis e, depois, apenas 13,9%. Se não se tomar em consideração o Brasil, é certo que a divergência aumenta, de 5,6% para os já mencionados 13,9%, mas isso terá a ver com o facto desse país ainda estar num processo de reformas com algum significado e de ter um enquadramento geopolítico diferente. Por outro lado, a análise do período antes das reformas, com e sem Brasil, permite concluir que a divergência (22,2% e 5,6%, respectivamente) é muito menor na segunda hipótese, já que os países restantes são mais homogéneos no que toca aos seus sistemas de saúde, o que permite concluir pela clara influência do modelo adoptado no que respeita à convergência.

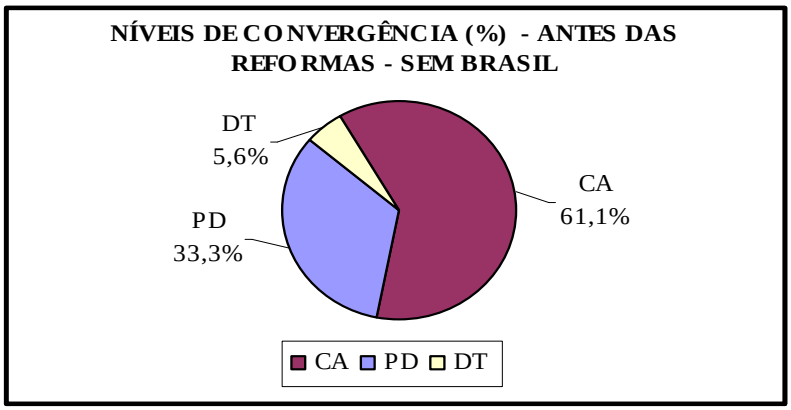
QUADRO 8-17 - SISTEMA PLANIFICADO - ANÁLISE DAS CLASSIFICAÇÕES

UNIDADE DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS						DEPOIS DAS REFORMAS		
	SEM BRASIL			COM BRASIL					
	CA	PD	DT	CA	CM	DT	CA	CM	DT
Estado	4	2	0	1	3	2	1	4	1
População e Empresas	5	0	0	0	5	0	3	2	0
Gestores de Rec. Financeiros	3	1	0	1	3	0	2	2	0
Prestadores de Serviços	2	5	0	0	2	5	2	3	2
Fluxos Financeiros	8	3	2	2	11	0	4	7	2
Fluxos de Serviços	0	1	0	0	0	1	0	1	0
TOTAL	**22**	**12**	**2**	**4**	**24**	**8**	**12**	**19**	**5**

CA - Convergência Alta; PD - Pouco Divergente; CM - Convergência Média;DT - Divergência Total
Fonte: Autor

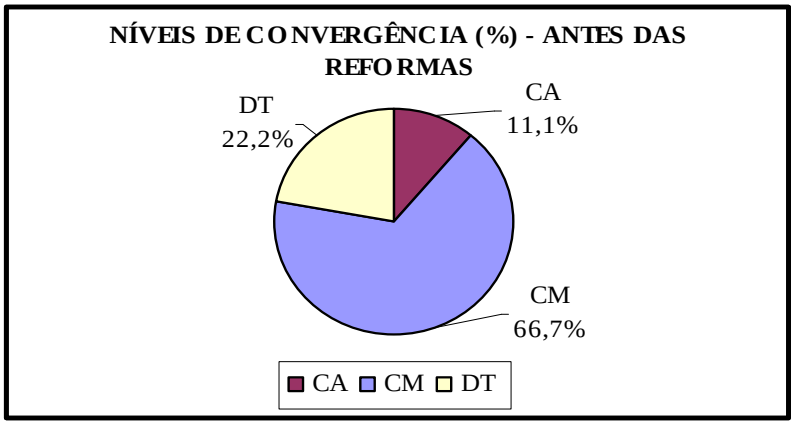
A repartição dos níveis de convergência, em termos relativos, poderá ser vista, de forma mais expressiva, nos gráficos seguintes.

GRÁFICO 8-1 – SISTEMAS PLANIFICADOS ANTES DAS REFORMAS (SEM BRASIL) – NÍVEIS DE CONVERGÊNCIA (%)



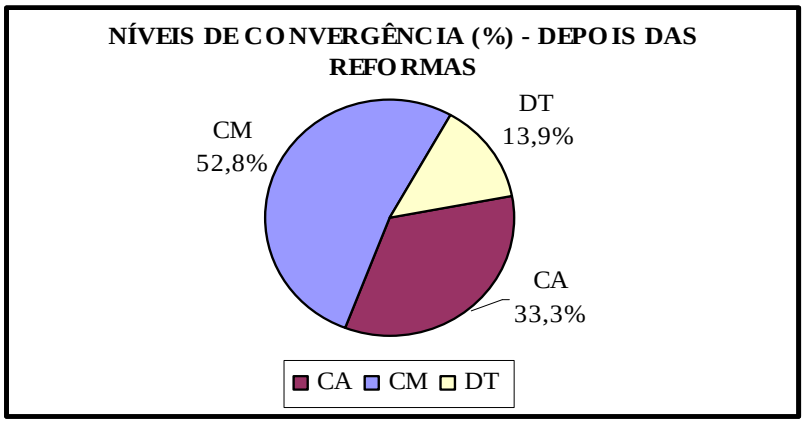
CA – Convergência Alta; PD – Pouco Divergente; DT – Divergência Total
Fonte: Autor

GRÁFICO 8-2 – SISTEMAS PLANIFICADOS ANTES DAS REFORMAS – NÍVEIS DE CONVERGÊNCIA (%)



CA – Convergência Alta; CM – Convergência Média; DT – Divergência Total
Fonte: Autor

GRÁFICO 8-3 – SISTEMAS PLANIFICADOS DEPOIS DAS REFORMAS – NÍVEIS DE CONVERGÊNCIA (%)



CA – Convergência Alta; CM – Convergência Média; DT – Divergência Total;
Fonte: Autor

O quadro seguinte diz respeito ao resumo das classificações atribuídas aos países com sistema liberal, sendo possível constatar o seguinte:

- No período antes das reformas há 7 variáveis com convergência alta, 23 mediamente convergentes e 6 com divergência total, o que expressa, com clareza, um vasto leque de pontos comuns aos três sistemas de saúde, já que apenas 16,7% dos valores se enquadram naquela última classificação;

- O período depois das reformas revela uma redução substancial das divergências, que representam apenas 5,6% das observações. Contudo, o nível da convergência alta também baixou, o que reflecte a diversidade de soluções encontradas pelos três países que, apesar de tudo, mantêm características muito próximas (83,3% de convergência média);

- Em valor absoluto, é o conjunto de variáveis relativas aos "fluxos financeiros" que mais contribui para a convergência média, apesar de no período antes das reformas, a par do "Estado", também ser o que mais sobrecarrega o nível de divergência total. Mas em termos relativos, e no que respeita ao contributo para a convergência, destaca-se o conjunto de variáveis representado pela "população e empresas", pelos "gestores de recursos financeiros", pelos "prestadores de serviços" e pelos "fluxos de serviços", cujas variáveis elementares não têm divergências totais, nem antes, nem depois das reformas;

- A nível mais elementar, as variáveis que contribuem de forma mais decisiva para a convergência são, antes das reformas, a "solidariedade", a "liberdade de escolha", os "contribuintes – empresas", os "contribuintes cidadãos", os "utentes população", os "utentes contribuintes" e o "pagamento ao acto". Depois das reformas merecem saliência a "universalidade", os "contribuintes empresas", o "sistema de reembolso" e a "capitação";

- Da comparação dos dois períodos, e apesar da redução do número de observações com convergência alta, constata-se um reforço, no tempo, da convergência, uma vez que o nível de divergência total passa de 16,7% para 5,6%.

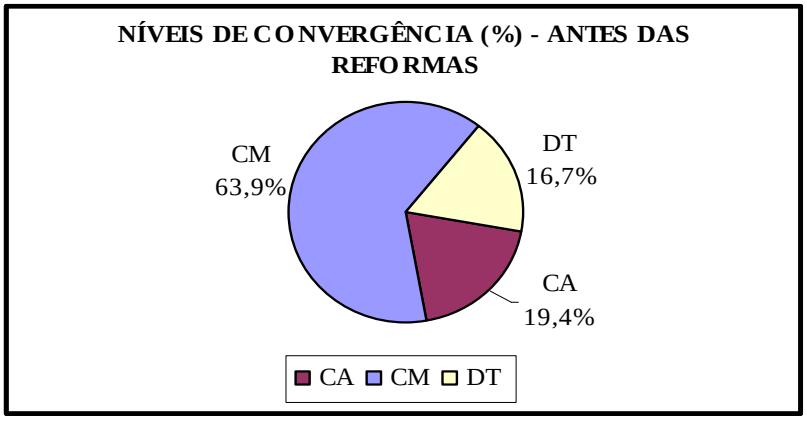
QUADRO 8-18 - SISTEMA LIBERAL - ANÁLISE DAS CLASSIFICAÇÕES

UNIDADE DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS			DEPOIS DAS REFORMAS		
	CA	CM	DT	CA	CM	DT
Estado	2	1	3	1	4	1
População e Empresas	4	1	0	1	4	0
Gestores de Rec. Financeiros	0	4	0	0	4	0
Prestadores de Serviços	0	7	0	0	7	0
Fluxos Financeiros	1	9	3	2	10	1
Fluxos de Serviços	0	1	0	0	1	0
TOTAL	**7**	**23**	**6**	**4**	**30**	**2**

CA - Convergência Alta; CM - Convergência Média; DT - Divergência Total
Fonte: Autor

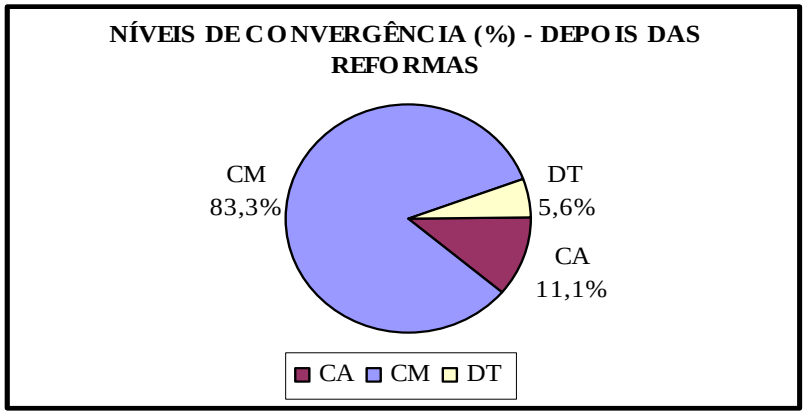
Seguem-se os gráficos dos níveis de convergência relativos ao sistema liberal.

GRÁFICO 8-4 – SISTEMAS LIBERAIS ANTES DAS REFORMAS – NÍVEIS DE CONVERGÊNCIA (%)



CA – Convergência Alta; CM – Convergência Média; DT – Divergência Total
Fonte: Autor

GRÁFICO 8-5 – SISTEMAS LIBERAIS DEPOIS DAS REFORMAS – NÍVEIS DE CONVERGÊNCIA (%)



CA – Convergência Alta; CM – Convergência Média; DT – Divergência Total
Fonte: Autor

Em resumo, pode-se sintetizar da seguinte forma a análise da convergência/divergência dentro de cada modelo de sistema de saúde e conforme os índices atrás explicados:

- *Sistema planificado – índice de convergência restrita*

  Antes das reformas (sem o Brasil) – 0,61 (ou 61,1%)

  Antes das reformas (com o Brasil) – 0,78 (ou 77,8%)

  Depois das reformas – 0,86 (ou 86,1%)

- *Sistema planificado – índice de convergência alargada*

  Antes das reformas (sem o Brasil) – 0,94 (ou 94,4%)

  Antes das reformas (com o Brasil) – 0,78 (ou 77,8%)

  Depois das reformas – 0,86 (ou 86,1%)

- *Sistema planificado – índice de divergência*

  Antes das reformas (sem o Brasil) – 0,06 (ou 5,6%)

  Antes das reformas (com o Brasil) – 0,22 (ou 22,2%)

  Depois das reformas – 0,14 (ou 13,9%)

- *Sistema liberal – índice de convergência restrita*

  Antes das reformas – 0,83 (ou 83,3%)

  Depois das reformas – 0,94 (ou 94,4%)

- *Sistema liberal – índice de divergência*

  Antes das reformas – 0,17 (ou 16,7%)

  Depois das reformas – 0,06 (ou 5,6%)

Constata-se, em qualquer dos casos, um aumento dos índices de convergência restrita. Verifica-se o mesmo para o índice de convergência alargada, mas apenas se considerarmos o Brasil na análise antes das reformas.

Há uma redução dos índices de divergência, salvo quando se retira o Brasil da análise antes das reformas. As razões para os movimentos contrários quando se inclui ou retira o Brasil foram já explicadas anteriormente.

Análise da convergência entre modelos de sistemas de saúde

A análise que se segue começa pelo apuramento das tendências de cada grupo de países, antes e depois das reformas, no que respeita à classificação de cada uma das suas variáveis, conforme retratado nos quadros designados por "Países com modelo planificado" e "Países com modelo liberal". Tudo se passa como se só houvesse um país com modelo planificado e outro com modelo liberal. À semelhança do que aconteceu com os quadros de recolha de dados, também agora as variáveis são valorizadas com as classificações *Alto*, *Médio*, *Baixo* e *NE*. Foi criado um quinto tipo de classificação, que se designou por *Variável*, sempre que os valores assumidos pelos países para a unidade de análise em questão fossem todos diferentes.

A classificação atribuída a cada uma das variáveis assentou nos seguintes pressupostos:

- Atribuição do respectivo valor sempre que os três países têm classificações coincidentes (por exemplo, *Médio*, *Médio*, *Médio*) e anotação numa segunda coluna do nível de convergência (NC), que neste caso seria CA (Convergência Alta);
- Atribuição do valor com maior número de observações, sempre que se constatava a existência de duas iguais e uma terceira diferente (por exemplo, atribuição de *Baixo* quando as observações eram *Alto*, *Baixo*, *Baixo*) e anotação na coluna do nível de convergência de CM (Convergência Média);
- Registo como *Variável*, sempre que as três observações eram diferentes (por exemplo, *Alto*, *Baixo*, *Médio*) e anotação na segunda coluna de DT (Divergência Total). Este conceito está ligado à divergência de valores que a unidade de análise assume nos países em questão, o que pode acontecer devido a opções políticas, técnicas, temporais ou da importância que se lhe atribui;
- Quando no período anterior às reformas se retira o Brasil da análise, sempre que os dois países restantes apresentam valores iguais é esse mesmo valor que é atribuído, sendo a convergência alta (CA). Quando são diferentes mas seguidos (na escala), considera-se como *Variável*, mas pouco divergente (PD). Quando são diferentes, mas afastados, regista-se como *Variável* e com divergência total (DT).

Foi assim construído o quadro que se designou por "Comparação de modelos (sem Brasil no 1º período)", que se passa a analisar:

- Parece claro, que os dois países da amostra com modelo planificado, Portugal e Reino Unido, no período anterior às reformas, têm sistemas de saúde muito semelhantes. Repare-se, que no conjunto das 36 unidades de análise há 22 com CA, independentemente do seu valor. Por outro lado, das 14 com valor *Variável* há 12 pouco divergentes (quer isto dizer, que não são iguais, mas os respectivos valores estão próximos um do outro) e apenas duas com DT. Ou seja, o índice de divergência não chega aos 6%;

- No mesmo período, no que respeita aos países com modelo liberal, constata-se um menor índice de convergência, uma vez que há apenas 7 variáveis com CA, 23 com CM e 6 com DT. Neste caso, a divergência acusa um valor de 16,7%;

- Ainda no primeiro período, na comparação dos modelos planificado e liberal, é possível detectar 7 variáveis com valores iguais (convergentes), sendo 3 classificadas como *Variável* e 4 como *Baixo*. Contudo, estas últimas não têm, nos dois modelos, o mesmo tipo de convergência (salvo uma excepção), pois num têm CA e noutro CM. Há ainda 6 valores próximos (por exemplo *Baixo* e *Médio*) e 23 divergentes;

- No período após as reformas, os países com modelo planificado têm 12 variáveis com CA, 19 com CM e 5 com DT, o que significa que o índice de divergência é de 13,9%, mais forte que no período anterior, devido à junção do Brasil ao grupo, naturalmente com especificidades geopolíticas próprias e um estado mais baixo de maturação do seu modelo;

- No caso dos países com modelo liberal, verifica-se um nível de CA mais fraco, com apenas 4 observações. Há ainda a constatar 30 CM e 2 DT, o que se traduz numa divergência de apenas 5,6%, mais baixo que o dos países do grupo anterior, apesar da convergência alta ser mais fraca;

- Comparando os dois modelos neste segundo período, constata-se que há 10 variáveis com valores iguais, sendo 2 com valor *Alto* e o mesmo nível de convergência entre modelos, 2 com valor *Médio* e também com o mesmo nível de convergência, 5 com valor *Baixo* (1 com e 4 sem o mesmo nível de convergência) e 1 *Variável*. Há ainda 13 com valores próximos e 13 divergentes;

- Do exposto anteriormente resulta que o número de divergentes (valores diferentes e afastados) entre os dois modelos passa de 23, antes das reformas, para

13, no período seguinte. A análise de convergência será vista com detalhe mais adiante.

QUADRO 8-19 - COMPARAÇÃO DE MODELOS (SEM BRASIL NO 1º PERÍODO)

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS				DEPOIS DAS REFORMAS			
	PLANIFICADO		LIBERAL		PLANIFICADO		LIBERAL	
	Valor	NC	Valor	NC	Valor	NC	Valor	NC
Universalidade	Alto	CA	Variável	DT	Alto	CA	Alto	CA
Acessibilidade	Variável	PD	Variável	DT	Médio	CM	Alto	CM
Equidade	Variável	PD	Médio	CM	Médio	CM	Médio	CM
Solidariedade	Baixo	CA	Baixo	CA	Variável	DT	Variável	DT
Liberdade de escolha	Baixo	CA	Alto	CA	Médio	CM	Alto	CM
Regulação	Alto	CA	Variável	DT	Alto	CM	Médio	CM
Contribuintes - empresas	Baixo	CA	Médio	CA	Baixo	CM	Médio	CA
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	CA	Médio	CM	Baixo	CM	Médio	CM
Contribuintes - cidadãos	Alto	CA	Baixo	CA	Alto	CA	Baixo	CM
Utentes - população	Alto	CA	Baixo	CA	Alto	CA	Baixo	CM
Utentes - contribuintes	NE	CA	Alto	CA	NE	CA	Alto	CM
Estado	Alto	CA	Baixo	CM	Alto	CA	Baixo	CM
Seguros sociais/Previdência	Baixo	CA	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CM
Seguros privados	Baixo	CA	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Empresas	Variável	PD	NE	CM	Baixo	CM	NE	CM
Propriedade - pública	Médio	CA	Baixo	CM	Médio	CA	Baixo	CM
Propriedade - privada	Médio	CA	Alto	CM	Médio	CA	Alto	CM
Legislação - pública	Variável	PD	Baixo	CM	Médio	CM	Baixo	CM
Legislação - privada	Variável	PD	Alto	CM	Médio	CM	Alto	CM
Gestão - pública	Variável	PD	Baixo	CM	Variável	DT	Baixo	CM
Gestão - privada	Variável	PD	Alto	CM	Variável	DT	Alto	CM
Planeamento	Variável	PD	Médio	CM	Alto	CM	Alto	CM
Financiamento - impostos	Alto	CA	Baixo	CM	Alto	CA	Baixo	CM
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	CA	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CM
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	CA	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Sistema de reembolso	Baixo	CA	Baixo	CM	Baixo	CM	Baixo	CA
Sistema de contrato	Baixo	CA	Variável	DT	Variável	DT	Médio	CM
Pag. dire. integral pelo utente	Variável	PD	Variável	DT	Médio	CM	Baixo	CM
Sistema integrado	Alto	CA	Baixo	CM	Variável	DT	Baixo	CM
Pagamento ao acto	Baixo	CA	Médio	CA	Baixo	CM	Médio	CM
Pagamento por doente	Variável	PD	NE	CM	Baixo	CM	Variável	DT
Diária	Variável	PD	Variável	DT	NE	CM	Baixo	CM
Capitação	Variável	DT	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CA
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	CA	Médio	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Orçamento global	Variável	DT	Baixo	CM	Alto	CM	Baixo	CM
Circulação (liberdade)	Variável	PD	Alto	CM	Médio	CM	Médio	CM

NC - Nível de Convergência; CA - Convergência Alta; CM - Convergência Média; DT - Divergência Total; PD - Pouco Divergente; NE - Não Existente

Fonte: Autor

Analisa-se de seguida o quadro comparativo dos dois modelos, mas com inclusão do Brasil nos dois períodos em estudo, constatando-se:

- No período antes das reformas, e para os países de modelo planificado, há 4 observações com CA, 24 com CM e 8 com DT, o que equivale a um índice de divergência de 22,2%;

- Nos países de modelo liberal há 7 observações com CA, 23 com CM e 6 com DT, sendo que o índice de divergência, de 16,7%, é menor que no grupo anterior;

- Se em relação a este período se optar pela comparação dos dois modelos, ter-se-á 7 variáveis com valores iguais, sendo 1 classificada como *Variável*, 5 como *Baixo* (três com o mesmo nível de convergência e duas não) e 1 sem observações (ou *NE*) com CM. Verifica-se ainda a existência de 8 valores próximos e 21 divergentes;

- Após as reformas, os países com modelo planificado têm 12 observações com CA, 19 com CM e 5 com DT, o que dá um índice de divergência de 13,9% (como já foi visto em relação ao quadro anterior);

- Os países de modelo liberal têm 4 casos de CA, 30 de CM e 2 de DT. Ou seja, um índice de divergência de apenas 5,6% (como também já foi visto em relação ao quadro anterior);

- Comparando os dois modelos no período após reformas, constata-se que têm 10 classificações em comum, sendo 2 *Alto* (em ambos os casos com o mesmo nível de convergência nos dois grupos), 2 *Médio* (também com níveis de convergência iguais), 5 *Baixo* (uma com níveis de convergência iguais e quatro diferentes) e 1 *Variável*. Há ainda 13 valores próximos e 13 divergentes (como já foi visto em relação ao quadro anterior);

- Do exposto anteriormente resulta que o número de divergentes (valores diferentes e afastados) entre os dois modelos passa de 21, antes das reformas, para a 13, no período seguinte. A análise de convergência será vista com detalhe mais adiante.

QUADRO 8-20 - COMPARAÇÃO DE MODELOS

UNIDADES DE ANÁLISE	ANTES DAS REFORMAS				DEPOIS DAS REFORMAS			
	PLANIFICADO		LIBERAL		PLANIFICADO		LIBERAL	
	Valor	NC	Valor	NC	Valor	NC	Valor	NC
Universalidade	Alto	CM	Variável	DT	Alto	CA	Alto	CA
Acessibilidade	Variável	DT	Variável	DT	Médio	CM	Alto	CM
Equidade	Variável	DT	Médio	CM	Médio	CM	Médio	CM
Solidariedade	Baixo	CA	Baixo	CA	Variável	DT	Variável	DT
Liberdade de escolha	Baixo	CM	Alto	CA	Médio	CM	Alto	CM
Regulação	Alto	CM	Variável	DT	Alto	CM	Médio	CM
Contribuintes - empresas	Baixo	CM	Médio	CA	Baixo	CM	Médio	CA
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	CM	Médio	CM	Baixo	CM	Médio	CM
Contribuintes - cidadãos	Alto	CM	Baixo	CA	Alto	CA	Baixo	CM
Utentes - população	Alto	CM	Baixo	CA	Alto	CA	Baixo	CM
Utentes - contribuintes	NE	CM	Alto	CA	NE	CA	Alto	CM
Estado	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CA	Baixo	CM
Seguros sociais/Previdência	Baixo	CM	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CM
Seguros privados	Baixo	CA	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Empresas	Baixo	CM	NE	CM	Baixo	CM	NE	CM
Propriedade - pública	Médio	CM	Baixo	CM	Médio	CA	Baixo	CM
Propriedade - privada	Médio	CM	Alto	CM	Médio	CA	Alto	CM
Legislação - pública	Variável	DT	Baixo	CM	Médio	CM	Baixo	CM
Legislação - privada	Variável	DT	Alto	CM	Médio	CM	Alto	CM
Gestão - pública	Variável	DT	Baixo	CM	Variável	DT	Baixo	CM
Gestão - privada	Variável	DT	Alto	CM	Variável	DT	Alto	CM
Planeamento	Variável	DT	Médio	CM	Alto	CM	Alto	CM
Financiamento - impostos	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CA	Baixo	CM
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	CM	Alto	CM	Baixo	CM	Alto	CM
Financiamento - seg. voluntár.	Baixo	CA	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Sistema de reembolso	Baixo	CM	Baixo	CM	Baixo	CM	Baixo	CA
Sistema de contrato	Baixo	CM	Variável	DT	Variável	DT	Médio	CM
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	CM	Variável	DT	Médio	CM	Baixo	CM
Sistema integrado	Alto	CM	Baixo	CM	Variável	DT	Baixo	CM
Pagamento ao acto	Baixo	CM	Médio	CA	Baixo	CM	Médio	CM
Pagamento por doente	NE	CM	NE	CM	Baixo	CM	Variável	DT
Diária	NE	CM	Variável	DT	NE	CM	Baixo	CM
Capitação	NE	CM	Baixo	CM	Baixo	CA	Baixo	CA
Pag. dire. parcial pelo utente	Baixo	CA	Médio	CM	Baixo	CA	Baixo	CM
Orçamento global	Baixo	CM	Baixo	CM	Alto	CM	Baixo	CM
Circulação (liberdade)	Variável	DT	Alto	CM	Médio	CM	Médio	CM

NC - Nível de Convergência; CA - Convergência Alta; CM - Convergência Média; DT - Divergência Total; NE - Não Existente

Fonte: Autor

A comparação entre os resultados da análise dos dois últimos quadros, um que não inclui o Brasil no período antes das reformas e outro que inclui, permite concluir que o número de observações divergentes passa no primeiro caso (sem o Brasil, antes das reformas) de 23 para 13 e no segundo de 21 para 13. Ou seja, não há alteração significativa nas conclusões. Verifica-se, por isso, em qualquer dos quadros, uma menor divergência entre os modelos de sistemas de saúde no período após as reformas.

Análise detalhada da convergência

Termina-se a análise da convergência com um estudo mais detalhado sobre a mesma. Trata-se de uma revisão às conclusões acerca dos quadros 8.19 e 8.20, que são agora

vistos com mais pormenor. Para o efeito, os valores dos quadros "Comparação de modelos", com e sem o Brasil, foram analisados, antes e depois das reformas, em função da convergência entre os dois modelos de sistemas de saúde. Ou seja, os valores dos dois modelos foram considerados (na sequência da análise anterior): Valores convergentes (não variáveis); Valores convergentes (variáveis); Valores próximos; Valores divergentes.

Entendeu-se por bem separar os valores convergentes em *não variáveis* e *variáveis*, porque a convergência entre modelos resultante da variabilidade do valor de uma unidade de análise não significa, necessariamente, que eles tenham a mesma tendência. Por exemplo, o modelo planificado pode ter os valores (consoante o país) *Alto*, *NE* e *Baixo* e o liberal, *Médio*, *Baix*o e *NE*. Ambos recebem a classificação *Variável*, mas, como se depreende, tal não significa que a tendência seja igual nos dois modelos. Pode, quando muito, querer dizer que, no período em análise, os diversos países fizeram opções desencontradas ou não consideraram relevante a unidade de análise em questão, deixando que ela se desenvolvesse sem qualquer intervenção.

No caso dos valores convergentes não variáveis analisa-se ainda o comportamento do nível de convergência (igual ou diferente), consoante o expresso nos quadros "Comparação de modelos".

Os dois quadros que se seguem permitem concluir com clareza sobre a convergência dos dois modelos de sistemas de saúde. E fazem-no, genericamente, por duas vias: pelo aumento do número de características convergentes e pela redução das divergentes.

QUADRO 8-21 - ANÁLISE DETALHADA DA CONVERGÊNCIA (SEM BRASIL)

DESCRIÇÃO	ANTES DAS REFORMAS			DEPOIS DAS REFORMAS		
	NO	**NC=**	**NC≠**	**NO**	**NC=**	**NC≠**
Valores convergentes (não *Variáveis*)	4	1	3	9	5	4
Valores convergentes (*Variáveis*)	3			1		
Valores próximos	6			13		
Valores divergentes	23			13		
TOTAL	**36**			**36**		

NO - Número de observações; NC - Níveis de convergência (iguais ou diferentes)

Fontes: Autor

QUADRO 8-22 - ANÁLISE DETALHADA DA CONVERGÊNCIA

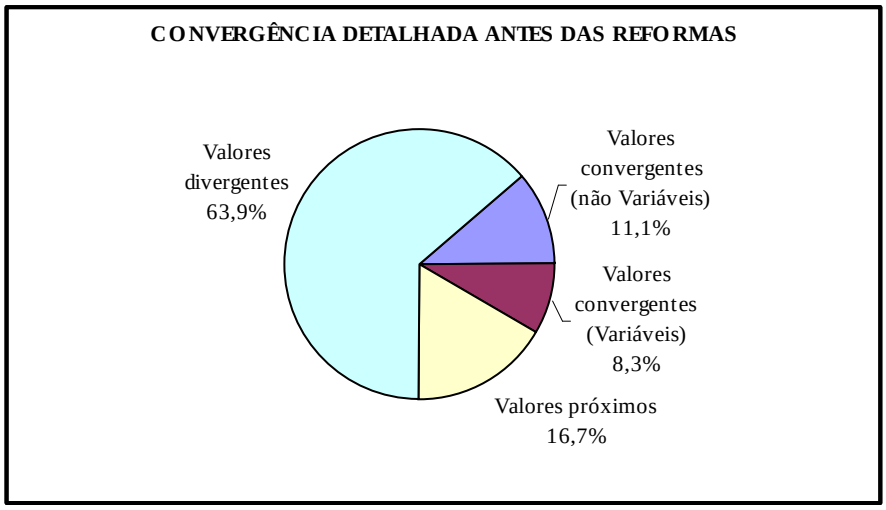
DESCRIÇÃO	ANTES DAS REFORMAS			DEPOIS DAS REFORMAS		
	NO	NC=	NC≠	NO	NC=	NC≠
Valores convergentes (não Variáveis)	6	4	2	9	5	4
Valores convergentes (Variáveis)	1			1		
Valores próximos	8			13		
Valores divergentes	21			13		
TOTAL	**36**			**36**		

NO - Número de observações; NC - Níveis de convergência (iguais ou diferentes)

Fonte: Autor

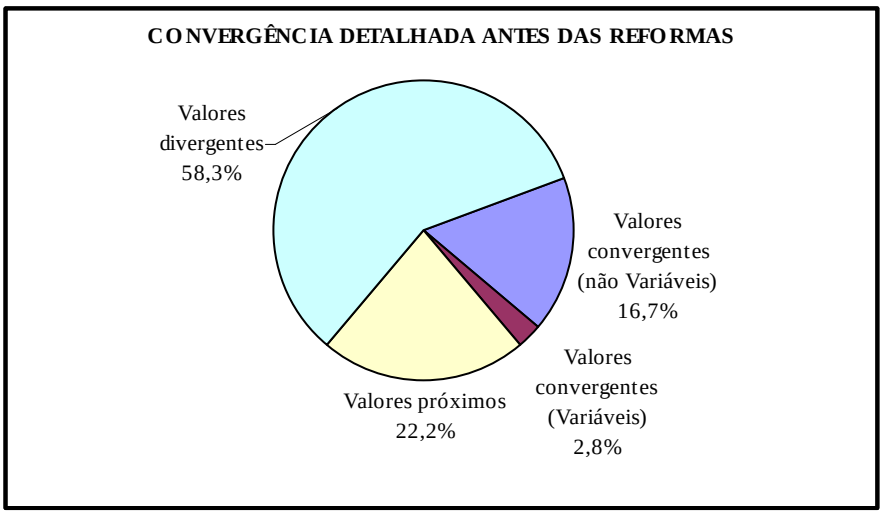
Os gráficos respectivos, elaborados em função do peso das convergências/divergências no conjunto das observações, dão uma ideia mais expressiva do que antes se disse.

GRÁFICO 8-6 – CONVERGÊNCIA DETALHADA ANTES DAS REFORMAS (SEM BRASIL)



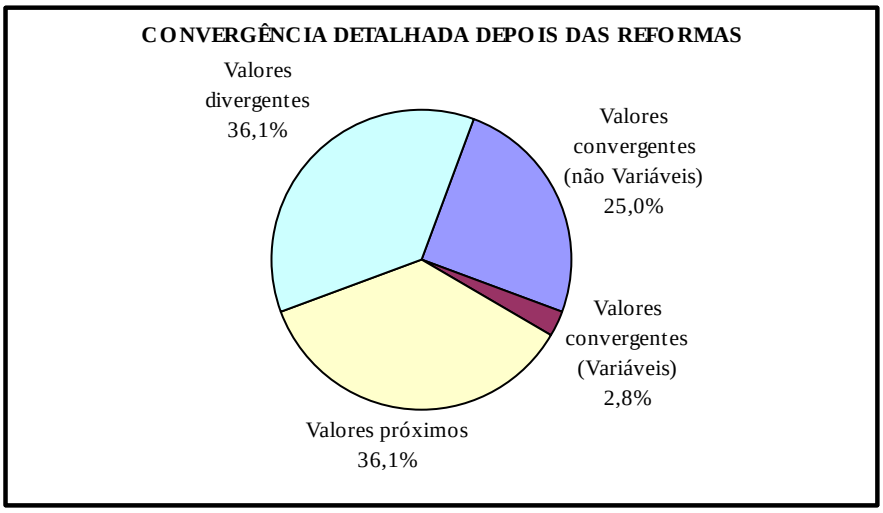
Fonte: Autor

GRÁFICO 8-7 – CONVERGÊNCIA DETALHADA ANTES DAS REFORMAS



Fonte: Autor

GRÁFICO 8-8 – CONVERGÊNCIA DETALHADA DEPOIS DAS REFORMAS



Fonte: Autor

Em resumo, da leitura conjunta dos quadros e gráficos anteriores, pode-se concluir, no âmbito desta análise detalhada:

- O número de observações com valores convergentes não variáveis passa de 6 para 9, ou de 4 para 9 (sem o Brasil). Este aumento da convergência é reforçado pelo facto dos NC iguais passarem de 4 para 5, ou de 1 para 5 (sem o Brasil). Ou seja, a convergência verifica-se não só pela igualdade dos valores atribuídos às unidades de análise, mas também pelo facto delas terem o mesmo tipo de distribuição nos dois modelos em estudo;

- Os valores convergentes variáveis estabilizam em 1, ou passam de 3 para 1 (sem o Brasil). Conforme já se disse, não é possível tirar grandes ilações destas observações, uma vez que mesmo dentro de cada grupo de países não há uniformidade (nem proximidade) nos valores das unidades de análise. Contudo, a redução deste tipo de observações poderá ser interpretada como uma diminuição da divergência, tanto mais que há uma transferência clara para os valores convergentes e próximos;

- Os valores próximos passam de 8 para 13, ou de 6 para 13 (sem Brasil). Se é verdade que não se pode falar em convergência no sentido estrito da palavra, também não deixa de ser um facto que esta evolução representa, inequivocamente, uma aproximação dos valores das unidades de análise ou, dito de outra forma, uma redução clara do seu afastamento;

- Os valores divergentes sofrem, de um período para o outro, uma redução considerável, passando de 21 para 13, ou de 23 para 13 (sem Brasil);

- Em termos relativos, atendendo aos gráficos plasmados anteriormente, pode-se afirmar pela redução substancial do peso dos valores divergentes, que passam de 58,3% (63,9% sem o Brasil) para 36,1% do conjunto das observações. Também os valores convergentes, mas variáveis, sofrem uma quebra de 8,3% para 2,8%, se excluirmos o Brasil (caso contrário, mantêm-se estável);

- Em alternativa, os valores convergentes (não variáveis) sobem 16,7% (11,1% sem o Brasil) para 25% e os próximos de 22,2% (16,7% sem o Brasil) para 36,1%, o que representa uma convergência ou aproximação muito forte das características dos dois modelos em apreciação;

- Com ou sem o Brasil, os valores que medem a convergência (valores convergentes não variáveis e valores próximos) passam de uma participação baixa (38,9% ou menos), antes das reformas, para mais de 61%, depois das reformas;

- Nas duas hipóteses estudadas, quando não considerado o Brasil, os níveis de divergência são mais altos, mas a diferença não é grande, o que parece indicar que, na análise entre modelos, a inclusão ou não daquele país não tem significado especial.

8.4.2. Análise das tendências globais e específicas

Conforme se referiu no capítulo dedicado à Metodologia, ao longo da pesquisa bibliográfica foram analisados documentos e recolhidos dados, que não sendo passíveis de utilização no estudo principal sobre os seis países seleccionados, representam, ainda assim, um contributo importante para o estudo da convergência dos diferentes modelos de sistemas de saúde. Foi aquilo que se entendeu designar por "*Dados exteriores*". Trata-se, no fundo, de opiniões de diversos autores e investigadores sobre a evolução de variáveis específicas em determinados grupos de países, bem como alguns casos de considerações gerais sobre as reformas dos próprios sistemas. Estas opiniões foram transcritas no ponto 8.3 e são aqui objecto de tratamento.

Os quadros seguintes resumem essas opiniões.

QUADRO 8-23 - TENDÊNCIAS GERAIS DAS REFORMAS

TENDÊNCIAS	PAÍSES/GRUPOS	FONTE
Sistemas mistos que agregam a universalidade do modelo Beveridge e a qualidade dos cuidados do modelo Bismarck	(sem referência)	Cichon e Normand (1994)
Combinação da eficiência e da equidade	OCDE	Simões (2004)
Alargar a universalidade e melhorar a eficiência	(sem referência)	Simões et al. (2007)
Combinação da equidade no acesso e da qualidade dos cuidados	União Europeia	Thomson et al. (2009)
Conjugação das iniciativas pública e privada	Reino Unido e outros	Ferreira (1989)
Progressiva aproximação dos sistemas de saúde	EUA e Europa	OPSS (2010)
A prevalência dos valores sociais, independentemente do modelo (Beveridge ou Bismarck)	(sem referência)	Sacardo (2009)
Financiamento público, acesso a pacote de cuidados essenciais, competição entre prestadores, controlo dos gastos públicos e liberdade de escolha	Mercosul	Sacardo (2009)
Preferência pelo ambulatório, pelo atendimento ao domicílio, pelos cuidados primários e restrição de acções de saúde pública	Mercosul	Sacardo (2009)
O efeito da globalização na aproximação dos sistemas de saúde	Mundo	Sacardo (2009)
Financiamento público, competição de mercado e misto de prestadores públicos e privados	(sem referência)	Escoval (1999)
Mecanismos de mercado, separação das funções de prestador e financiador e efectividade clínica	(sem referência)	Viana e Poz (2005)

Fonte: Autor

Alguns autores falam numa óptica mais global, salientando a aproximação dos modelos ou a prevalência dos valores sociais, quer num quer noutro. Outros especificam algumas tendências gerais, que se podem agrupar em dois blocos:

- *Os valores sociais e políticos* – A universalidade, a equidade e o financiamento público são referidos duas vezes, enquanto traços comuns aos dois modelos de sistemas de saúde. No mesmo sentido são mencionadas uma vez a liberdade de escolha e a acessibilidade;

- *Os aspectos técnicos e de mercado* – A concorrência entre prestadores é focada três vezes, enquanto a qualidade, a eficiência, a combinação entre prestadores públicos e privados e o controlo de gastos são mencionados duas vezes. A importância dada aos cuidados primários, ao ambulatório e aos cuidados ao domicílio, a efectividade clínica e a separação entre financiador e prestador estão registadas uma vez. Os diferentes autores salientam a importância que estes factores têm, nos tempos mais recentes, na caracterização dos sistemas de saúde.

Os países objecto de estudo pertencem, de uma forma geral, aos continentes europeu e americano.

Estas considerações foram feitas, pelos autores e investigadores, no contexto geral dos sistemas de saúde, mesmo que num caso ou noutro tenha sido possível identificar características específicas. As reflectidas nos quadros seguintes respeitam a unidades de análise mencionadas isoladamente.

QUADRO 8-24 - TENDÊNCIAS POR UNIDADE DE ANÁLISE (1/2)

UNIDADES DE ANÁLISE		TENDÊNCIAS	PAÍSES/GRUPOS	FONTE
Estado	Equidade; Liberdade de escolha; Eficiência macroeconómica; Protecção do rendimento; Eficiência técnica; Autonomia dos prestadores	Convergência	Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, Espanha e Reino Unido	Hurst (1992)
	Acessibilidade	Convergência	Alemanha, Holanda, Portugal e Reino Unido	Escoval (1999)
	Eficiência macroeconómica	Crescimento pouco acentuado	Alemanha, Holanda, Portugal e Reino Unido	Escoval (1999)
	Eficiência microeconómica, liberdade de escolha e autonomia dos prestadores	Sem diferenças evidentes	Alemanha, Holanda, Portugal e Reino Unido	Escoval (1999)
	Acessibilidade	Melhoria nas zonas rurais	Continente americano	PAHO (2007)
	Universalidade	Preocupação comum dos países	Mercosul	Sacardo (2009)
	Universalidade	Convergência	OCDE	Simões (2004) - adaptado
	Universalidade	Leque de cuidados essenciais	Mundo	Ribeiro (2006)
	Universalidade, acessibilidade e solidariedade	Pontos comuns aos modelos bismarckianos e beveridgeanos	Mundo	Dain e Janowitzer (2006)
	Solidariedade	Reforço global da solidariedade e redução da dispersão dos valores	OCDE (parte)	Simões e Dias (2010) - adaptado
	Regulação	Reforço da actividade e delegação em agências independentes	Mercosul	Sacardo (2009)
	Liberdade de escolha	Convergência	Mundo	Simões et al. (2007)
	Direitos dos utentes, qualidade dos cuidados, equidade no acesso e informação sobre medicamentos	Desenvolvimento na generalidade dos países	Europa	Health Consumer Powerhouse (2007)
Pop/Emp	Utentes	Mudança do critério do direito aos cuidados de saúde dos contribuintes para os residentes	União Europeia	Thomson et al. (2009)
Gestores de recursos financeiros	Seguradoras e detentores de fundos	Reforço da concorrência com redução do preço da cobertura	Reino Unido e Holanda	Hurst (1992)
	Estado, seguradoras privadas e Segurança Social	Conjugação público/privado em todo o Mercosul	Mercosul	Sacardo (2009)
	Gestores de recursos versus prestadores	Separação das duas funções	Mercosul	Sacardo (2009)
	Gestores de recursos versus prestadores	Separação das duas funções	União Europeia (diversos países)	Barros e Gomes (2002)
	Gestores de recursos versus prestadores	Separação das duas funções	Países de modelo planificado	Simões et al. (2007)
	Gestores de recursos versus prestadores	Contratualização com prestadores públicos e privados	União Europeia (diversos países)	Barros e Gomes (2002)
	Gestores de recursos versus prestadores	Contratualização nos modelos Beveridge, Bismarck e mistos	União Europeia (diversos países)	Barros e Gomes (2002)

Pop/Emp - População e empresas

Fonte: Autor

Neste primeiro quadro das tendências específicas, no que respeita ao conjunto de unidades de análise agrupadas na rubrica “Estado”, a tendência é expressa em termos de convergência e pontos comuns a países e modelos, bem como ao desenvolvimento destes.

As unidades de análise sobre as quais recaem essas observações são, por ordem decrescente (entre parênteses o número de citações): Universalidade (4), Eficiência (4), Liberdade de escolha (3), Acessibilidade (3), Equidade (2), Autonomia dos prestadores (2), Solidariedade (2), Direito dos utentes (2), Protecção do rendimento (1), Regulação (1) e Qualidade (1).

Em relação às unidades de análise utilizadas no estudo dos países seleccionados[210] (ver ponto 8.2), e no que respeita ao período depois das reformas, comprova-se integralmente o mencionado no que respeita à Universalidade (*Alto* em todos os países).

A Liberdade de escolha, apesar de apresentar valores diferenciados, parece tender para *Médio*, fruto da conjugação da defesa do interesse dos utentes e da necessidade de controlar os custos.

A Equidade tende também para *Médio* e é, garantidamente, uma preocupação dos seis países, pois não se constata qualquer valor *Baixo*. A Acessibilidade e a Regulação não têm uma tendência clara, mas também não registam qualquer valor *Baixo*.

Não é possível comprovar, nos seis países seleccionados, depois das reformas, a afirmação dos autores no que respeita aos pontos comuns no que toca à Solidariedade, uma vez que ela está muito de longe de ser uniforme mesmo dentro de cada grupo. Acredita-se que seja uma preocupação de todos os governantes e a tendência é, de facto, para o seu reforço nos dois modelos. Mas, na prática, este objectivo ainda não foi conseguido com clareza, pelo menos em alguns países (Brasil e Holanda).

No que respeita a este conjunto de unidades de análise parece poder concluir-se, salvo no que concerne à Solidariedade, que existe uma tendência comum aos diferentes países, independentemente do modelo adoptado. No que se refere à Universalidade a convergência é já uma realidade. No que toca às restantes unidades de análise a tendência é clara, uma vez que nenhum país apresenta valor *Baixo*. Dever-se-á ter em atenção que os países seleccionados têm realidades políticas, económicas e geográficas muito distintas e que o processo de construção dos seus sistemas de saúde atravessa fases diferentes. No entanto, é claro que todos os países, em maior ou menor grau, apostam na Acessibilidade, na Equidade, na Liberdade de escolha e na Regulação, enquanto factores fundamentais que moldam os seus sistemas de saúde.

Thomson et al. (2009) relatam também, no que respeita ao conjunto de unidades de análise enquadráveis na rubrica "População/ Empresas", que ao nível da União Europeia se constata uma transferência dos direitos aos cuidados de saúde, dos contribuintes para os residentes. O estudo dos seis países seleccionados demonstra que em quatro deles (Portugal, Reino Unido, Brasil e França) tal é um facto. Também é verdade, que nos

[210] Nesta análise, referente às tendências globais e específicas, os países foram analisados isoladamente, ou seja, independentemente de terem um ou outro modelo de sistema de saúde.

dois restantes, a ausência dessa política é compensada (veja-se a recente reforma dos EUA) por medidas de apoio governamentais tendentes à protecção da saúde dos que não trabalham e, por isso, não descontam para regimes de protecção da saúde.

No que respeita aos "Gestores de recursos financeiros" o acento tónico, com cinco citações, vai para a sua separação dos prestadores de cuidados de saúde. São ainda referidas a coabitação de gestores públicos e privados e a concorrência entre eles, como forma de reduzir os preços e melhorar os cuidados abrangidos. O conjunto de países mais vezes mencionado é o da União Europeia, mas os do Mercosul também são referidos.

Do estudo de casos relativo aos seis países seleccionados, constata-te também, salvo no que respeita ao Brasil, uma convergência de políticas no que concerne à separação entre gestores de recursos financeiros e prestadores de cuidados de saúde. Nos países com modelo liberal isso era já uma realidade antiga. No caso de Portugal e do Reino Unido, tal tem sido um dos aspectos centrais das reformas mais recentes. É verdade que a solução adoptada não foi uniforme, porque nuns casos os gestores de recursos são públicos, noutros fazem parte da segurança social e noutros ainda, verifica-se uma participação significativa das companhias de seguros. Mas, ainda assim, a ideia base permanece inalterável: separar os gestores de recursos dos prestadores de cuidados.

O quadro que se segue reflecte os restantes conjuntos de unidades de análise, por não ter sido possível agrupa-las todas num só. Vai-se, portanto, analisar agora as opiniões de diversos autores sobre a convergência de algumas variáveis incluídas nos "Prestadores de serviços" e nos "Fluxos financeiros". Não se aborda o conjunto dos "Fluxos de Serviços", por não ter sido detectada, no contexto desta análise, qualquer opinião sobre esta matéria. Aliás, a Liberdade de circulação, unidade de análise que se enquadra neste último grupo, não é muito abordada pelos diferentes autores e investigadores. Admite-se que a tendência seja para a sua redução, por força do reforço do planeamento necessário à contenção das despesas, mas tal não aparece expresso nas obras consultadas, prevalecendo a ideia que nos sistema liberais é ao cidadão que compete circular livremente, procurando assim a integralidade dos cuidados, enquanto no planificado é o próprio sistema que se encarrega dessas prerrogativas (Campos, 2007).

QUADRO 8-25 - TENDÊNCIAS POR UNIDADE DE ANÁLISE (2/2)

UNIDADES DE ANÁLISE		TENDÊNCIAS	PAÍSES/GRUPOS	FONTE
Prestadores de serviços	Propriedade e gestão dos serviços de saúde	Estado mais regulador e menos prestador de serviços	América Latina	Nishijima e Biasoto Junior (2006)
	Legislação (mercado)	Reforço da concorrência , quer no público, quer no privado	Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, Espanha e Reino Unido	Hurst (1992)
	Propriedade e gestão dos serviços de saúde	Fim do monopólio do Estado e reforço da concorrência gerida	Mercosul	Sacardo (2009)
	Propriedade e gestão dos serviços de saúde	Redução da responsabilidade do Estado na prestação de cuidados	Continente americano	PAHO (2007)
	Legislação	Aplicação ao Sector público de regras do Sector privado	Países anglo-saxónicos e outros	Araújo (2004)
	Planeamento (afectação de recursos)	Redução da dispersão da eficácia (recursos humanos por habitante)	União Europeia	DGS (2003, 2006, 2008 e 2010) - adaptado
	Gestão	Melhoria do nível de eficiência	União Europeia	Simões (2004) - adaptado
	Gestão pública e privada	Aparecimento de uma terceira via, que aproveita as vantagens dos dois modelos	Mundo	Simões (2004)
Fluxos financeiros	Financiamento	Equidade e sustentabilidade, quer no modelo Bismarck, quer no Beveridge	Europa	Miguel e Bugalho (2002)
	Financiamento (compulsivo)	São a regra, porque têm maior equidade e solidariedade	Mundo	Serrão et al. (1998)
	Financiamento (público)	Subordinação das políticas sociais às limitações financeiras	América Latina	Sacardo (2009)
	Financiamento por impostos e por seguros	Tendência para a convergência dos dois modelos (complementaridade)	Europa	CESifo (2008)
	Financiamento por seguro social	Adopção generalizada	Europa Central e de Leste	Cichon e Normand (1994)
	Financiamento por seguro social	Consolidação dos seguros sociais e agregação dos fundos de doença, para aumentar a capacidade negocial	Países com modelo liberal	Simões et al. (2007)
	Financiamento por impostos e por seguros	Adopção de sistemas de financiamento mistos	Países com modelo liberal	Simões et al. (2007)
	Financiamento público	Reforço do financiamento público	Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Holanda, Espanha e Reino Unido	Hurst (1992)
	Financiamento (gastos totais)	Aumento dos gastos e redução da dispersão	Continente americano (35 países)	Nishijima e Biasoto Junior (2006)
	Financiamento público	Forte convergência da despesa social pública bruta	22 países da OCDE e 15 da UE	Caminada et al. (2008)
	Sistema de contrato	Adopção na maior parte dos países	União Europeia	Simões (2004)
	Orçamento global	Tendência - com resultado no controlo de custos	Holanda, Bélgica, França e Alemanha	Hurst (1992)
	Orçamento global	Usado em substituição dos pagamentos ao acto no caso dos médicos	União Europeia (diversos países)	Barros e Gomes (2002)
	Pagamentos (salários)	Utilização de mecanismos de contratualização (esquema de benefícios)	União Europeia (diversos países)	Barros e Gomes (2002)
	Orçamento global	Convergência na adopção de orçamentos prospectivos (hospitais)	União Europeia	Simões (2004)

Fonte: Autor

No que respeita aos "Prestadores de serviços", os aspectos mais referenciados são os da Gestão (5 citações) e o da Propriedade (3 citações). Com duas citações vem a Legislação e com uma o Planeamento. No primeiro caso a tendência é a da redução do peso do Estado na gestão dos serviços de saúde, quer através da sua entrega ao sector privado, quer através do estabelecimento de parcerias, bem como da melhoria da eficiência. No segundo apela-se ao fim do monopólio do Estado na vertente da

prestação e ao aumento da concorrência. No terceiro, à adopção de regras do sector privado na gestão dos serviços públicos e no quarto aos esforços feitos no sentido de melhorar a distribuição de recursos. Os países são, principalmente, os da Europa e da América.

Estas tendências também são comprovadas pelo estudo dos seis países seleccionados. Destes, quatro têm uma participação igualitária (pública e privada) no que respeita à Propriedade e dois têm uma componente privada mais forte. No que respeita à Legislação é também clara a predominância da privada. No que respeita à Gestão apenas Portugal tem uma baixa importância do sector privado. Em todos os restantes países ela é alta ou média. No que concerne ao Planeamento, factor crucial na melhoria da eficiência organizacional e do controlo da despesa, ele é, sem dúvida, cada vez mais importante. Tem importância alta em quatro dos seis países e média nos restantes.

Os autores consultados, no que respeita aos "Fluxos financeiros", mencionam as questões do financiamento por dez vezes, as do contrato estabelecido entre gestores de recursos e prestadores por uma vez e as dos pagamentos a estes últimos por quatro vezes. É possível concluir pela importância que dão ao Financiamento público, como garante da equidade, e à complementaridade entre este e o privado, que apesar de importante não assume a grandeza do primeiro. Mas parece haver convergência de opiniões no que respeita ao peso cada vez maior do Financiamento público, mesmo assim limitado pelas dificuldades financeiras mundiais.

O Sistema de contrato tem vindo a merecer a preferência dos países da União Europeia, tendo-se também desenvolvido em muitos deles processos de contratualização, por vezes aplicados ao pagamento de salários, tendo em vista a implementação de políticas de incentivo à produtividade. Cresce também a utilização da modalidade de pagamento designada por Orçamento global, enquanto forma de contenção de custos. Mais uma vez, as obras consultadas falam nos continentes europeu e americano.

Do estudo dos seis países seleccionados é possível também concluir pela preferência pelo Financiamento através de impostos ou da Segurança Social e, tendencialmente, a utilização do Sistema de contrato. O Orçamento global tem um peso grande nos países com modelo planificado, enquanto nos de sistema liberal o Pagamento ao acto tem ainda alguma força. Crê-se que a tendência é para a redução do peso desta última opção.

CAPÍTULO IX

CONCLUSÕES E DESENVOLVIMENTOS FUTUROS

9.1. Conclusões

O objectivo central deste trabalho é verificar se as reformas introduzidas no final do Século XX, princípio do Século XXI, conduziram à convergência dos modelos de sistemas de saúde planificado e liberal. Averiguou-se, por isso, se há hoje mais características comuns que há 25 anos atrás.

A ideia geral prevalecente é a de que, motivados pela necessidade de garantir a sustentabilidade das políticas sociais e ajudados pela globalização e as suas implicações no desenvolvimento e difusão daquelas políticas e da tecnologia, os países foram, gradualmente, abandonando alguns preconceitos ideológicos, fazendo convergir os seus sistemas de saúde.

Para apurar até que ponto essa ideia se adequa à realidade, foi necessário começar por definir sistema de saúde, identificar as suas variáveis e construir o respectivo quadro de análise, partes integrantes do primeiro conjunto de objectivos, conforme discriminado no ponto 1.2. Desde logo, entendeu-se que a definição deveria ser o mais abrangente possível: que não se deveria cingir apenas à organização dos serviços de saúde, mas também aos fluxos que entre eles se estabelecem e aos princípios políticos que lhes estão subjacentes; que não reportaria apenas aos cuidados curativos, mas também a todas as prestações que tivessem como objectivo a promoção da saúde.

Ficou assim assente que Sistema de Saúde é o conjunto organizado e articulado de instituições prestadoras de cuidados de promoção, recuperação e manutenção da saúde prestados à população, e dos diversos fluxos financeiros, de serviços e de informação que entre elas se estabelecem, sustentado em princípios políticos, económicos e sociais, cujo objectivo último é a melhoria dos resultados em saúde com a eficácia e a eficiência que os recursos disponíveis possibilitam.

A própria noção de sistema de saúde, e não de sistema de serviços de saúde, apela à conjugação de esforços intersectoriais, próprios dos modelos mais modernos.

Em segundo lugar houve que identificar as variáveis, ou unidades de análise, que caracterizam os sistemas de saúde. Foram identificados quatro componentes (Estado, População/Empresas, Gestores de Recursos Financeiros e Prestadores de Serviços) e três tipos de fluxos (Financeiros, de Serviços e de Informação). A ideia base foi a de criar um conjunto o mais extenso possível, considerando que só assim se conseguiria caracterizar com rigor os diversos sistemas de saúde.

Aumentou-se, por isso, o leque de variáveis tradicionalmente utilizadas por outros investigadores, praticamente em todos os componentes e fluxos, que passaram a ser analisados de diversos ângulos. A título de exemplo, os prestadores de serviços foram encarados nas seguintes ópticas: propriedade, legislação aplicável, gestão e planeamento.

Das variáveis atrás mencionados deixou-se de fora os Fluxos de Informação (dados epidemiológicos, publicidade, preços, …), pelas razões seguintes: não são, por norma, utilizados para classificar ou distinguir os sistemas de saúde; salvo raras excepções, não diferem substancialmente de modelo para modelo; não seria fácil encontrar elementos para valorizar este conjunto de variáveis.

A consideração do Estado, enquanto agrupamento de variáveis caracterizadoras dos sistemas de saúde, é de vital importância para se perceber o funcionamento e os objectivos do modelo. Na quase generalidade dos casos este componente está omisso das análises levadas a cabo. Mas são os princípios e os valores adoptados pelos governantes que melhor caracterizam as regras de funcionamento. Em certo sentido, durante muitos anos, foram eles que influenciaram e determinaram os restantes componentes e fluxos. Mais recentemente, os radicalismos ideológicos foram sendo abandonados e as opções passaram também a ter a influência da conjuntura, em particular a que respeita à situação económica e financeira. Contudo, os princípios e valores, em particular a universalidade, a equidade e a liberdade de escolha, mantiveram-se como fundamentais nos objectivos a perseguir pelos diferentes modelos.

A População aparece numa dupla qualidade: a de contribuinte, no que é acompanhada pelas Empresas, e a de utente dos serviços de saúde. Muitos trabalhos anteriores dedicados ao funcionamento dos sistemas de saúde referem já este componente, embora numa análise menos analítica do que aquela que aqui é utilizada.

Os Gestores de Recursos Financeiros fazem o interface entre os contribuintes e os prestadores de serviços, podendo, ou não, existir ainda outros organismos intermédios. Preferiu-se esta designação, ao invés da habitualmente utilizada (Terceiros Pagadores), por traduzir mais fielmente as competências e funções desempenhadas. Estas entidades não se limitam a pagar os serviços de saúde (ou a alocar recursos), mas também a gerir todo o leque de relações com os prestadores: preços, quantidade e diversidade de serviços, qualidade dos mesmos, co-pagamentos, acções de promoção da saúde e prevenção da doença, direitos de acesso, etc. Não se esqueceram as empresas, muitas

vezes omissas destes estudos, porque em alguns países (Portugal é um bom exemplo) elas assumem também este papel.

Os Prestadores de Serviços são, por norma, incluídos em todos os trabalhos relativos ao funcionamento dos sistemas de saúde, muito em particular na vertente relacionada com a sua propriedade. Pretendeu-se ir mais longe e englobar também as questões ligadas à Legislação, à Gestão e ao Planeamento. Este último reflecte a importância dada à definição e organização dos fluxos entre prestadores, à existência de uma verdadeira rede articulada de serviços, essencial para melhorar a eficiência e conter os custos, e ao maior controlo exercido sobre a definição prévia das actividades dos serviços e o seu posterior acompanhamento. Os outros têm-se assumido, recentemente, como factores determinantes das reformas em diversos países, muito em particular nos que adoptam o modelo planificado. O paradigma que determinava que os serviços públicos eram geridos pelo Estado e servidos por legislação também típica do sector público, não é hoje mais aceite – pelo menos em alguns países.

Os fluxos financeiros têm sido, possivelmente, um dos aspectos mais estudados por investigadores, políticos e críticos. Numa fase em que importa começar por garantir a sustentabilidade dos sistemas, aquele interesse justifica-se só por si. No presente trabalho quis-se abordar a questão de forma organizada e sistemática. Por isso, foram separados os dois ciclos financeiros: recolha de fundos (financiamento, propriamente dito) e pagamento de serviços ou distribuição de recursos. Este último ciclo foi ainda subdividido consoante o regime contratual e a modalidade (método ou técnica) de cálculo desses pagamentos.

Os fluxos de serviços nem sempre são referidos nos estudos a que se teve acesso. Mas são cruciais, pelo menos, para determinar a liberdade de circulação do utente. A necessidade de controlar os custos com o Sector tem contribuído para a redução dessa mesma liberdade.

Em resumo, os componentes e fluxos foram divididos em unidades de análise mais elementares:

- Estado – Princípios Políticos e Regulação;
- População/Empresas – Contribuintes e Utentes;
- Gestores de Recursos Financeiros – Estado, Seguros Sociais/Previdência, Seguros Privados e Empresas;

- Prestadores de Serviços – Propriedade, Legislação Aplicável, Gestão e Planeamento;
- Fluxos Financeiros – Financiamento e Pagamento/Distribuição de Recursos;
- Fluxos de Serviços – Circulação (liberdade).

À excepção dos Gestores de Recursos Financeiros e dos Fluxos de Serviços, bem como das unidades de análise mais elementares Regulação e Planeamento, todos os restantes componentes e fluxos citados no parágrafo anterior foram divididos em variáveis ainda mais analíticas:

- Princípios Políticos – Universalidade, Acessibilidade, Equidade, Solidariedade e Liberdade de Escolha;
- Contribuintes – Empresas, Trabalhadores e Cidadãos;
- Utentes – População e Contribuintes;
- Propriedade, Legislação Aplicável e Gestão – Pública e Privada (cada uma delas);
- Financiamento – Impostos, Seguros Socais Obrigatórios/Previdência e Seguros Voluntários.

Quanto ao Pagamento/Distribuição de Recursos, as variáveis elementares foram agrupadas em dois conjuntos distintos:

- Regime Contratual – Sistema de Reembolso, Sistema de Contrato, Pagamento Directo Integral pelo Utente e Sistema Integrado;
- Método – Pagamento ao Acto, Pagamento por Doente, Diária, Capitação, Pagamento Directo Parcial pelo Utente e Orçamento Global.

Formou-se assim um conjunto de 36 variáveis elementares, caracterizadoras dos sistemas de saúde. Algumas delas complementam-se, mas não se excluem. Que se tenha conhecimento, em nenhum outro trabalho sobre o funcionamento dos sistemas de saúde foi utilizado um conjunto tão extenso de unidades de análise.

Este primeiro grupo de objectivos ficou concluído com a construção de um quadro referencial, que permite comparar os diferentes modelos de sistemas de saúde. Por isso, em terceiro lugar, definiu-se o respectivo quadro, constituído pelas unidades de análise

acima mencionadas e pela respectiva valorização, assim como pelo significado desta última.

Considerou-se adequada uma valorização que classificasse as variáveis em questão em: *Alto*, *Médio* ou *Baixo*. Para os casos em que não foram detectadas observações, o que corresponde ao nível mais baixo da escala, optou-se por atribuir o "valor" *Não Existente* (NE).

A classificação mencionada no parágrafo anterior mede o nível, o contributo, o direito de utilização, o grau de participação ou o grau de utilização de cada variável, consoante a sua natureza. A respectiva tabela foi inserida no ponto 7.4.2.

A opção por uma escala menos desenvolvida, do tipo Alto/Baixo, não permitiria retirar grandes ilações, pois aproximaria ou afastaria, de forma radical, os diferentes sistemas. Mas, pior do que isso, desvalorizaria as opções mistas, ou tendencialmente mistas, cada vez mais frequentes, em que variáveis complementares assumissem valores próximos. Por exemplo, se um valor representasse 52% do universo e outro 48%, pareceria injusto, dada a pequena diferença entre ambos, considerar o primeiro *Alto* e o segundo *Baixo*. A opção feita conduziu à atribuição de valor *Médio* às duas medições. Aquela teria ainda a desvantagem de não permitir ver com tanto rigor e de forma tão gradual a evolução do sistema de saúde nas variáveis em referência, podendo acontecer ser reduzido o leque daquelas em que se verificassem alterações.

A opção por uma escala mais desenvolvida, ou seja, com mais níveis de classificação, também não seria aconselhável pois tornaria o estudo mais confuso, mas, principalmente, de mais difícil e subjectiva valorização. De facto, não havendo estudos semelhantes a este, inclusive no que respeita ao processo de valorização, foi necessário encontrar uma metodologia de classificação adequada, sempre que possível sustentada em cálculos matemáticos. Quando tal não foi possível, deu-se ênfase à apreciação da tendência da unidade de análise conforme opinião de outros autores e investigadores, bem como da respectiva legislação. Este tipo de estudo requer, aliás, conforme já mencionado no Capítulo VII, que o seu autor interprete os factos e lhes dê um significado. Neste aspecto, fugiu-se à análise tradicional, que passa pela descrição dos sistemas de saúde, mas raramente pela valorização das suas unidades de análise.

Cumpriu-se assim o primeiro grande objectivo deste projecto que era o da construção de um quadro referencial que permitisse descrever, analisar e comparar os diferentes

modelos de sistemas de saúde. Como já se disse, o referido quadro foi plasmado no ponto 7.4.2.

A partir deste ponto tornou-se possível dar resposta ao segundo grupo de objectivos desta tese, que se convencionou designar por caracterização dos sistemas de saúde e que engloba a verificação da existência de características comuns dentro de cada conjunto de países, a avaliação da evolução (o sentido das reformas) dos sistemas de saúde e a identificação das razões que a elas conduziram.

Da leitura dos resultados, e em traços gerais, parece claro que os países pertencentes ao modelo planificado apresentam características comuns, antes e depois das reformas. O mesmo se passa com os países de modelo liberal.

Por outro lado, e apesar da convergência dos dois sistemas, essas características ainda apresentam diferenças de modelo para modelo e de período para período (antes e depois das reformas), o que permite concluir pela identidade daqueles e pela importância destas.

De facto, importa esclarecer que convergência não significa igualdade. Ou seja, no curto e médio prazo, não se prevê que os dois modelos se transformem num só – as suas identidades serão preservadas. Mas há, claramente, uma aproximação, um conjunto cada vez mais pequeno de divergências. Mais ainda: mesmo nas variáveis onde ainda há divergência, conclui-se que soluções de um modelo são já permitidas e testadas no outro, e vice-versa. Um dos exemplos está ao nível do financiamento. Os países com modelo planificado, financiados por impostos, admitem e estimulam cada vez mais os seguros voluntários, enquanto fonte de financiamento complementar. Por outro lado, os de modelo liberal, financiados por seguros, injectam cada vez mais verbas do Orçamento de Estado, resultantes da cobrança de impostos, como forma de garantir a universalidade, a equidade e a solidariedade.

No período anterior às reformas, Portugal e o Reino Unido (países com modelo planificado) tinham apenas 5,6% de observações com Divergência Total. O índice de convergência alargada era de 0,94. Considerando o Brasil no grupo, apesar de na altura ter um modelo liberal, a Divergência Total passa para 22,2% e o índice já mencionado para 0,78.

Depois das reformas, o conjunto dos três países tem 13,9% de Divergência Total e um índice de convergência alargada de 0,86.

Estes indicadores permitem concluir que:

- Há uma forte convergência dentro dos países com o modelo planificado;
- A inclusão do Brasil, antes das reformas, baixa o nível de convergência, o que resulta do facto de, na altura, ter um modelo liberal;
- Após as reformas, o nível de convergência continua alto;
- A alteração do sistema de saúde brasileiro, de liberal para planificado, reduz a Divergência Total de 22,2% para 13,9%.

A mesma constatação, de convergência dentro do grupo, resulta da análise dos países com um sistema de saúde liberal. Antes das reformas as Divergências Totais representavam 16,7% das observações e o índice de convergência restrita era de 0,83. Depois das reformas, estes indicadores passam, respectivamente, para 5,6% e 0,94.

A convergência é, depois das reformas, ligeiramente maior nos países com o modelo liberal, porque o Brasil, pertencente ao sistema planificado, vem de uma alteração radical do seu modelo, mantendo ainda algumas características liberais.

Constata-se assim, que os sistemas de saúde dos países que têm o mesmo modelo apresentam características maioritariamente comuns.

Importa agora analisar quais as variáveis que contribuem para a convergência no interior dos modelos planificado e liberal, tomando como referência, por ser mais actual, o período depois das reformas.

As características comuns[211] aos países de modelo planificado são, principalmente e tendencialmente, as seguintes:

- Princípios políticos assentes na universalidade e regulação forte do sistema;
- Contribuição generalizada de todos os cidadãos para o suporte financeiro do sistema e garantia de acesso fundada na residência (Utentes – População);
- Gestão dos recursos financeiros da responsabilidade do Estado;
- Propriedade e legislação dos serviços de saúde divididas entre público e privado, e enquadradas por um planeamento forte;

[211] Neste parágrafo indicam-se as variáveis que, na opinião do autor, são as mais significativas para a identificação do modelo planificado, e cujo nível de convergência entre países, nessa variável, é alto ou médio. Teve-se como base o resultado a que se chegou no Capítulo VIII. Procedeu-se de forma idêntica para o modelo liberal.

- Financiamento baseado em impostos, diversidade de soluções respeitantes ao regime contratual e metodologia de pagamentos/afectação de recursos assente com maior relevância no orçamento global.

No que respeita aos países com modelo liberal, as características comuns mais importantes são, tendencialmente:

- Princípios políticos assentes na universalidade, na acessibilidade e na liberdade de escolha;
- Suporte financeiro garantido pelas contribuições de empresas e trabalhadores, e utilização dos serviços de saúde principalmente centrada nos contribuintes (Utentes – Contribuintes);
- Gestão dos recursos financeiros, na maior parte dos casos, da responsabilidade da Segurança Social/Previdência;
- Propriedade, legislação e gestão dos serviços de saúde essencialmente de natureza privada, e planeamento forte;
- Financiamento assegurado, principalmente, por descontos para a Segurança Social/Previdência e diversidade de regimes contratuais (ligeira tendência para o sistema de contrato) e de critérios de pagamento de serviços e distribuição de recursos.

São estas, por isso, as características dos modelos planificado e liberal, na actualidade. Algumas delas, apesar da convergência já mencionada, reflectem ainda alguns dos princípios políticos e sociais que presidiram à construção dos dois sistemas. Contudo, as clivagens têm tendência para desaparecer ou para se atenuarem, conforme adiante se verá.

Avaliar-se-á, de seguida, a evolução dos modelos resultante das reformas introduzidas.

Viu-se antes, que o nível de observações divergentes, nos países com modelo planificado, passou de 22,2% para 13,9% do total, o que significa que as reformas foram no sentido de uma maior convergência dentro deste grupo. Contudo, a exclusão do Brasil do período antes das reformas, pelo facto de na altura ter um modelo liberal, faz baixar aquele primeiro valor para 5,6%. Ou seja, a conclusão passa a ser a inversa: após as reformas, aumenta o nível de divergência. Isto está relacionado com dois factos:

- Portugal e Reino Unido têm modelos de sistemas de saúde muito parecidos, pelo que qualquer comparação com este núcleo reduzido fica quase sempre a perder;
- As reformas estão a ser introduzidas no Brasil de forma gradual. Há ainda, por isso, um longo caminho a percorrer. Isto faz com que a junção deste país, que adoptou mais recentemente o modelo planificado, ao núcleo mencionado no parágrafo anterior, piore a convergência deste.

As alterações verificadas nos países com modelo planificado ocorreram (ver quadro 8-15), principalmente, nas seguintes unidades de análise e tiveram o comportamento que se descreve:

- Reforço claro da solidariedade e, de uma forma geral, melhorias ligeiras nas variáveis de natureza social e política;
- Adopção pelo Brasil de um modelo assente nas contribuições (impostos) de todos os cidadãos e no alargamento do direito de acesso aos serviços de saúde a toda a população, acompanhando assim o que já acontecia em Portugal e no Reino Unido;
- Pelas razões já mencionadas, no Brasil a responsabilidade pela gestão dos recursos financeiros passa para o Estado, tal como já acontecia em Portugal e no Reino Unido;
- Reforço da legislação inerente ao direito privado (Portugal e Reino Unido) e do planeamento da prestação de cuidados de saúde;
- Tirando a adopção pelo Brasil do financiamento com base nos impostos, não há uma tendência clara da evolução dos fluxos financeiros; contudo, o Reino Unido reforça o pagamento através do orçamento global, passando a acompanhar Portugal;
- Ligeira redução (Brasil) da liberdade de circulação.

Nos países com modelo liberal há uma clara redução do número de observações com divergência total, que passa de 16,7% (antes das reformas) para 5,6% (depois das reformas) do total.

A evolução das variáveis dos sistemas de saúde dos países com modelo liberal foi a seguinte:

- Reforço muito acentuado das variáveis de natureza social e política, com particular destaque para a universalidade e para a solidariedade;
- Não há variações significativas no grupo de variáveis representativas da População/Empresas, salvo no que respeita à França e apenas no referente à transferência do direito de acesso aos serviços de saúde, que passou dos contribuintes para os residentes;
- Também não há qualquer alteração ao nível dos gestores de recursos financeiros;
- Há um reforço muito forte do planeamento dos cuidados de saúde;
- No que respeita aos fluxos financeiros, há a tendência para o abandono do sistema de reembolso e para a redução dos pagamentos directos integrais; as restantes alterações são ligeiras e não denotam uma tendência clara;
- Há uma clara redução da liberdade de circulação.

Tal como já se tinha referido, os sistemas planificado e liberal evoluíram de forma significativa e sustentada, nos últimos vinte e cinco anos, trilhando, contudo, caminhos diferentes.

A primeira constatação é a de uma maior convergência após as reformas, dentro de cada grupo, salvaguardada a questão já mencionada da alteração do modelo do Brasil.

A segunda constatação prende-se com as medidas que os países de cada grupo (planificado e liberal) adoptaram durante o período de reformas, que se passa a sintetizar:

- *Medidas promotoras da justiça social* – Adoptadas por ambos os grupos, mas muito mais reforçadas nos países com modelo liberal, que partiam de um nível mais baixo. Estas medidas englobaram os valores políticos e sociais, mas também a transferência do acesso centrado apenas nos contribuintes para o direito de utilização dos serviços de saúde baseado em todos os cidadãos, como foi o caso do Brasil e da França. Dos seis países estudados, apenas Holanda e EUA mantêm o acesso de base contributiva, embora com medidas de protecção para os desempregados e para os mais pobres;
- *Medidas promotoras da eficiência* – Ambos os grupos apostaram no reforço do planeamento, procurando assim melhorar a articulação dos componentes da rede de

cuidados. Alguns países com modelo planificado apostaram também na adopção de legislação típica do direito privado;

- *Medidas promotoras do controlo dos custos* – Ambos os grupos reduziram a liberdade de circulação dos utilizadores dos serviços de saúde, se bem que essa redução tenha sido mais forte nos países com modelo liberal, porque também era nestes que essa liberdade era maior. Nos países com modelo planificado parece haver alguma tendência para a adopção de pagamentos com base no orçamento global. Nos do outro grupo, a tendência é a do abandono do sistema de reembolso e o da redução dos pagamentos directos pelos utentes.

Estas conclusões são reforçadas pela análise das tendências globais e específicas, conforme consta do ponto 8.4.2. De facto, os autores citados pronunciam-se, em geral, pelo reforço dos valores sociais e políticos e pelos estímulos à concorrência. Nos primeiros encaixam o aumento do nível da universalidade, da acessibilidade e da regulação, entre outros, mas também o financiamento público, enquanto factor promotor da equidade e garantia da cobertura de cidadãos desempregados ou de baixo rendimento. Nos segundos cabem a maior participação dos privados na prestação e na gestão dos fundos, a adopção de legislação típica do direito privado, mesmo quando os serviços de saúde são públicos, mas também a opção por medidas de contenção dos custos, quer as que apostam no aumento eficiência, quer as que resultam da maior importância dada aos cuidados primários. Confirma-se também, genericamente, o estudo de casos no que respeita à adopção do orçamento global (países com modelo planificado) e à substituição do sistema de reembolso pelo de contrato (países com modelo liberal).

Como se vê, as conclusões retiradas do estudo de casos são em tudo semelhantes às que resultam da opinião dos diversos investigadores cujos trabalhos foram consultados. A este respeito, parece que a única excepção se prende com a liberdade de escolha, acerca da qual a literatura consultada refere uma tendência clara para o seu aumento, enquanto o estudo dos seis países não o confirma de forma tão segura. De facto, nos países de modelo planificado há um ligeiro aumento desta unidade de análise, com origem no Reino Unido. A tendência desta variável é agora *Médio*. Nos países de modelo liberal, constata-se uma ligeira quebra, com proveniência na França, sendo a tendência *Alto*.

Acredita-se que existe uma preocupação generalizada pelo aumento da liberdade de escolha, mas que a conjuntura económica, associada à necessidade de contenção dos

custos com o Sector, tem conduzido ao adiamento de medidas reformistas mais profundas.

A proposta seguinte, ainda enquadrada no segundo grande objectivo deste trabalho, é a da identificação das razões que conduziram ao movimento reformista, com a certeza de que isso ajudará a compreender o fenómeno da convergência.

No Capítulo VI prestou-se atenção, precisamente, aos problemas actuais que os sistemas de saúde enfrentam e que são: a justiça social, a liberdade de escolha, o crescimento das despesas com a saúde, a sustentabilidade e a eficiência. Concluiu-se pela necessidade e importância das reformas. Apresentou-se também um quadro com a opinião dos cidadãos da União Europeia (18 países) sobre a necessidade de reformas, tendo-se concluído que apenas 22,1% deles entende que não são necessárias reformas ou alterações.

No mesmo capítulo, analisaram-se as razões apresentadas pela OCDE para a importância de se proceder a reformas. Mais uma vez, as questões salientadas foram as despesas com a saúde (crescimento e excessos de consumo), a acessibilidade (listas de espera), a eficiência (diferenças de níveis de actividade e custos e ausência de coordenação), a justiça social (no acesso e no reembolso das despesas) e a qualidade

A par destas razões, outras, de mais difícil controlo, como o envelhecimento da população, a inovação tecnológica, a procura de cuidados de saúde diferenciados e as alterações do estado de saúde dos cidadãos motivadas por novos factores biológicos, comportamentais e culturais, são apresentadas como factores determinantes de importantes reformas no Sector.

O estudo de casos, país a país, conduziu, inevitavelmente, a razões de natureza social e económica, enquanto principais factores que conduziram às reformas.

Em Portugal, o aparelho político nem sempre mencionou directamente a contenção do crescimento das despesas, mas deu ênfase especial à baixa produtividade, à desorganização do Sector, à ténue participação dos privados e aos fracos resultados em saúde. Mas os governantes preocuparam-se também com a baixa solidariedade (despesa pública inferior à dos outros países) e a fraca liberdade de escolha.

No Reino Unido, a necessidade de contenção das despesas e a inexistência de mercado (o que provocava uma redução importante da eficiência dos serviços) foram as principais razões apresentadas para as reformas.

No Brasil, que iniciou, no período em análise, um importante processo de reformas, as razões que prevaleceram foram a necessidade de garantir a cobertura em cuidados de saúde a toda a população, a baixa e desigual acessibilidade e a dificuldade em gerir de forma articulada um Sector profundamente desorganizado.

A França, como já se referiu, fez um conjunto sucessivo de pequenas alterações, sendo a mais significativa a promovida por Juppé, em 1996. De uma forma geral, a necessidade de contenção de custos foi a razão mais vezes apontada para as mencionadas mudanças do sistema de saúde. Parece, contudo, que a questão do direito ao acesso, que passou a estar justificado pela residência e não pela contribuição para um regime de segurança social, foi também importante.

A Holanda teve que enfrentar problemas de cobertura dos seus cidadãos em cuidados de saúde, de ausência de equidade no financiamento, mas também de falta de concorrência dentro do Sector, em particular no que respeita à gestão dos fundos.

A reforma Obama, nos EUA, foi (e está a ser) bastante ambiciosa, centrando-se em dois aspectos cruciais: a cobertura dos cidadãos em cuidados de saúde, problema que afectava cerca de 40 milhões de pessoas, e a redução dos custos. Mas a baixa competitividade entre companhias de seguro, a fraca qualidade dos cuidados prestados, a baixa regulação do sistema e a pouca importância dada aos cuidados primários foram também problemas detectados, que a reforma equaciona resolver.

Do estudo de casos pode pois concluir-se que as razões principais que conduziram á necessidade de adopção de reformas foram as questões da justiça social (universalidade e equidade) e do crescimento das despesas com a saúde (regulação, eficiência, competitividade e desorganização do mercado). De uma forma geral, todos os países procuraram resolver estes dois problemas, embora pareça que os possuidores de modelo liberal deram mais ênfase à primeira e os outros à segunda.

Por último, da leitura da parte do texto dedicada às tendências globais e específicas (ver ponto 8.4.2), conclui-se também, por dedução, pela preocupação em adoptar medidas que visaram resolver aqueles dois problemas. Isso ficou claro em relação às tendências gerais das reformas, mas também quando se analisaram as tendências específicas, devido à frequência com que os temas sociais e da sustentabilidade dos sistemas foram mencionados.

Em conclusão, as razões que conduziram ao movimento reformista, sobre as quais os governantes têm capacidade de actuação, estiveram, principalmente, ligadas à:

- *Justiça social* – Universalidade, acessibilidade, equidade e solidariedade;
- *Sustentabilidade do sistema* – Crescimento das despesas, excesso de consumo, eficiência, regulação, competitividade e desorganização do mercado.

Dito de outra forma, os países preocuparam-se com a deficiente cobertura da população para efeitos de cuidados de saúde, com a fraca e desigual acessibilidade aos serviços, com a falta de equidade no acesso e no financiamento e com os baixos índices de solidariedade. Mas também, com o acentuado crescimento das despesas, com o excesso de consumo, com a fraca eficiência dos serviços, com o baixo nível de regulação, a fraca competitividade entre prestadores e entre gestores dos recursos da Saúde, e com a desorganização do mercado.

Concluída a apreciação do segundo grupo de objectivos, inicia-se agora o terceiro, que representa, aliás, o tema central desta tese. A atenção passará a estar voltada para a comparação da evolução dos dois tipos de modelos que, como já foi referido no Capítulo I, ficará subdividida em três itens mais analíticos: a análise da convergência em relação aos países seleccionados; a mesma análise, mas agora em relação ao que se designou por tendências globais e específicas; a identificação da evolução previsível dos sistemas de saúde.

Para a análise da convergência nos grupos de países do estudo de casos, tome-se como ponto de partida os quadros designados “Comparação de modelos”, um que inclui o Brasil no período antes das reformas e outro que não inclui.

Constata-se que antes das reformas os modelos planificado e liberal têm 7 unidades de análise com o mesmo valor (com ou sem o Brasil), ou seja, convergentes, 6 com valores próximos (8 se adicionarmos o Brasil) e 23 divergentes (21 com o Brasil).

Após as reformas, há 10 variáveis com valores iguais, 13 com valores próximos e 13 divergentes. Neste período, pelas razões já mencionadas, a questão do Brasil não se coloca. Este país está incluído no grupo dos que adoptam o modelo planificado.

Do exposto resulta que:

- Quando não considerado o Brasil no primeiro período, o número de valores divergentes entre os dois modelos de sistemas de saúde passa de 23, antes das reformas, para 13, depois destas;
- Considerando o Brasil, a evolução é de 21 para 13. O Brasil, antes das reformas, tinha modelo liberal, o que suaviza o número de valores divergentes em relação ao parágrafo anterior;
- Conclui-se então, que o número de valores divergentes (com ou sem Brasil no primeiro período) tem uma redução significativa.

Dito de outra forma, verifica-se um salto de 13 unidades de análise com valores convergentes ou próximos (15 com o Brasil), antes das reformas, para 23, depois destas. Esta alteração é significativa, pois permite que a convergência (ou quase convergência) passe a representar mais de 50% das variáveis em estudo, quando, anteriormente, estava longe disso.

Há ainda outras conclusões, sobre o tipo de convergência, que vale a pena salientar:

- Antes das reformas (sem o Brasil), das 7 unidades de análise com valores iguais, 4 estão classificadas como *Baixo* e as restantes 3 como *Variável*. Ou seja, a convergência ocorre devido ao baixo peso (pouca importância) das unidades de análise no conjunto dos sistemas de saúde, ou ao facto de nem um nem outro modelo terem características uniformes;
- Depois das reformas, das 10 variáveis com valor igual, 2 são classificadas com *Alto*, 2 com *Médio*, 5 com *Baixo* e 1 com *Variável*. Ou seja, a convergência está já sustentada, parcialmente, em características adoptadas pelos países e com peso significativo no seu funcionamento;
- Se no período antes das reformas se tomar em consideração o Brasil, ter-se-á as mesmas 7 classificações iguais, mas agora divididas em 5 com *Baixo*, 1 com *Não Existente* e 1 com *Variável*, o que não altera de forma significativa as conclusões do primeiro parágrafo;
- Em resumo, constata-se que depois das reformas a convergência resulta da adopção de medidas comuns e não, simplesmente, do baixo peso (ou da completa aleatoriedade – principalmente desta) dos valores dessas variáveis em cada um dos dois modelos de sistemas de saúde.

A análise por grupo de países incluiu também um estudo mais detalhado sobre o comportamento das unidades de análise de cada modelo. Em particular, separaram-se os valores convergentes entre não variáveis e variáveis e verificou-se se os níveis de convergência eram, ou não, iguais. Este procedimento, como se disse, tem a ver com o facto da convergência entre modelos, resultante da variabilidade do valor de uma unidade de análise não significar, necessariamente, que elas tenham a mesma tendência.

A análise reforça a conclusão da convergência dos modelos de sistemas de saúde, sustentada nos seguintes factos:

- Paralelamente ao aumento das unidades de análise convergentes, de 4 para 9 (ou de 6 para 9, com o Brasil no primeiro período), verifica-se o acréscimo dos níveis de convergência iguais, de 1 para 5 (ou de 4 para 5, com o Brasil). Ou seja, aumenta também a uniformidade da distribuição nos dois modelos;
- Os valores convergentes variáveis estabilizam ou reduzem, por transferência para os convergentes não variáveis;
- Os valores próximos aumentam, devido à redução dos valores divergentes, o que significa que os modelos têm vindo, gradualmente, a aproximar-se.

Em resumo, é possível concluir que, no período em análise, os dois modelos de sistemas de saúde convergiram e que esta convergência ficou demonstrada pelo aumento do número de unidades de análise:

- Com o mesmo valor;
- Com valor próximo;
- Com valor *Alto*, *Médio*, *Baixo* ou *Não Existente*, ao contrário do que aconteceu com o *Variável*, o que significa, da parte dos grupos de países, a adopção específica de uma determinada política de saúde com traços comuns;
- Com níveis de convergência iguais.

É muito importante notar que os valores convergentes não variáveis e os valores próximos, com ou sem Brasil, passam de 38,9% (ou menos) para mais de 61% do total.

Passemos agora às conclusões sobre as tendências globais e específicas.

Os trabalhos consultados têm uma abrangência geográfica diversificada: Europa, Mercosul, União Europeia, OCDE, mundo e alguns países seleccionados. Contudo, de

uma forma geral, poder-se-á dizer que as conclusões englobam países dos continentes europeu e americano.

Ao nível das tendências globais, as obras consultadas e explanadas nos pontos 8.3 e 8.4.2, apontam, na sua generalidade, para uma aproximação dos modelos de sistemas de saúde centrada nos valores sociais e na necessidade de melhorar a eficiência, tendo em vista a sua sustentabilidade.

Do processo resultam modelos mistos, que procuram conjugar aquilo que os sistemas planificados e liberais têm de melhor. Ressaltam frases tão significativas como: alargar a universalidade; prevalência dos valores sociais; equidade no acesso. Ou ainda: melhorar a eficiência; competição de mercado; separação das funções de prestador e financiador. Tudo isto permite concluir, como faz o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2010), pela progressiva aproximação dos sistemas de saúde.

A tendência consiste pois, em aproveitar os elevados valores sociais dos modelos planificados e a maior eficiência dos liberais. É também o que se deduz de Simões (2004), quando menciona que a separação entre os modelos Beveridge e Bismarck é hoje menos nítida em relação às funções do Estado. É verdade, mas convém esclarecer que essa convergência (ou quase convergência), no que respeita às funções do Estado, se reflecte nos princípios políticos, na regulação, nos prestadores de serviços (prestação, legislação e gestão) e na liberdade de circulação, mas menos no seu papel enquanto gestor dos recursos financeiros.

Por outro lado, a OCDE (*cit. in* Simões et al., 2007) manifesta a preocupação pela tendência em transferir custos para o sector privado, facto que pode comprometer a equidade (igual acesso para igual necessidade). Esta evolução resulta da necessidade de controlo do crescimento dos custos. Se bem que seja uma preocupação real, a fatia de custos suportada pelas pessoas, particularmente no que se refere aos pagamentos parciais directos, é, no caso dos países estudados, relativamente baixa (a excepção é a Holanda) e converge dentro de cada modelo e na comparação entre ambos. Também os pagamentos integrais estabilizaram nos sistemas planificados (países estudados) e reduziram nos liberais, convergindo. Na análise das tendências específicas há também duas referências à equidade (uma à convergência e outra à melhoria). É uma questão pertinente, mas, aparentemente, os países estão a saber, para já, lidar com o problema.

A análise das tendências específicas, ou seja, variável a variável, permite destacar os seguintes aspectos, enquanto principais promotores da convergência: universalidade, liberdade de escolha, eficiência, acessibilidade, separação entre prestadores e gestores de recursos financeiros, melhorias ao nível da gestão, redução do papel do Estado na prestação de cuidados, reforço do financiamento público (para garantia da equidade e da solidariedade) e tendência para a utilização do sistema de contrato e do orçamento global.

Há outras unidades de análise que foram também referidas como exemplos de convergência entre modelos. Contudo, foram-no menos vezes, não tendo, por isso, tanta importância. A acessibilidade, mesmo estando no grupo das mais citadas, merece, também, opiniões contrárias, como é o caso da proferida por Conill (*cit. in* Sacardo, 2009), que menciona uma divergência clara quanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos. Contudo, o estudo de casos não confirma esta hipótese e a análise das tendências globais e específicas, resultante da opinião de diversos investigadores, também não. Há, de facto, divergência no que respeita à quantidade e à qualidade de serviços de saúde oferecidos, entre países ricos e países pobres, ou entre zonas urbanas e rurais dentro do mesmo país, mas é hoje muito menor do que há cem anos atrás, altura em que muitas nações não tinham qualquer sistema de saúde, mesmo que apenas minimamente organizado. Por outro lado, os indicadores de eficácia (grau de cobertura) estudados no Capítulo V demonstram também a redução do nível de dispersão entre países.

Da comparação destas conclusões com as do estudo de casos dos seis países seleccionados detecta-se uma quase total identidade de pontos de vista. As excepções situam-se somente ao nível da solidariedade e da utilização do orçamento global, unidades de análise que no estudo dos países não aparecem tão vincadamente convergentes.

Ainda assim, convém salientar que a solidariedade é uma preocupação, explícita ou implícita, de todos os países estudados, o que é demonstrado pelo crescimento das despesas públicas em saúde. Contudo, há dois factores que contribuem para que tal desejo não tenha sido, ainda, plenamente atingido. Um deles prende-se com a capacidade económica e financeira dos diferentes países, em particular num período de crise a nível mundial. O outro está ligado a alguns mecanismos financeiros e fiscais

específicos que vigoram em alguns países, como por exemplo a estrutura de impostos directos e indirectos, as deduções fiscais e as taxas moderadoras.

O orçamento global é, por norma, reconhecido como um dos instrumentos mais eficazes no combate ao crescimento descontrolado das despesas. No entanto, enferma de diversos males que, possivelmente, dificultam a sua utilização mais alargada: não ser promotor de níveis mais elevados de produtividade; não ser o mais adequado no caso dos cuidados primários; poder induzir a uma incorrecta distribuição de recursos, em particular se for calculado com base no valor do ano anterior. Crê-se, contudo, que a aplicação do processo de contratualização e a sua utilização ao nível dos cuidados secundários, associadas ao já mencionado controlo dos custos, poderão vir a aconselhar, no futuro, o seu maior aproveitamento.

Barros e Gomes (2002) começam por dizer que existe uma grande diversidade de modelos de financiamento, mas logo de seguida referem que a tendência é para a adopção de sistemas baseados no desempenho. É verdade que não existe uniformidade na modalidade de pagamento aos hospitais, principalmente se compararmos os dois modelos de sistemas de saúde. Nos planificados a tendência é para orçamento global prospectivo, mas nos liberais, de forma não tão nítida, parece prevalecer o pagamento ao acto. Seja como for, o processo de contratualização, responsabilizando os gestores pelos resultados, é já um dado garantido em muitos países.

Apesar da mencionada diversidade (este estudo refere-se a diversos países da Europa, incluindo Portugal), os próprios autores reconhecem que a tendência é para um sistema de pagamentos baseado no desempenho. Ou seja, tem ganho força, como reconhecem, a substituição do orçamento baseado no histórico, pelo orçamento prospectivo. Subjacente a este facto e à ênfase dada ao desempenho está a negociação de objectivos descritos por actividades ou funções e a fixação de um orçamento capaz de os realizar. É o que se tem designado por contratualização.

Em resumo, pode-se concluir que:

- As obras consultadas falam, em traços gerais, numa convergência dos modelos de sistemas de saúde;
- Essa convergência, na opinião dos autores, parece ter dois eixos comuns, que resultam do aproveitamento dos valores sociais dos modelos planificados e da eficiência dos liberais;

- A análise das tendências específicas permite concluir sobre as unidades de análise cuja evolução tem proporcionado a mencionada convergência, que, de uma forma geral, são as que corporizam os valores da justiça social, mas também da eficiência e da sustentabilidade financeira;
- A análise das tendências globais e específicas confirma, quase integralmente, o resultado do estudo de casos relativo aos seis países seleccionados.

A terceira e última parte do terceiro objectivo consiste em identificar a previsível evolução dos componentes e fluxos, nos próximos anos.

A análise da evolução dos sistemas de saúde, no período em análise, associada à opinião dos diversos investigadores, permite perspectivar a evolução dos componentes e dos fluxos de cada um dos modelos no curto e médio prazo. Tome-se como ponto de partida a observação de cada agrupamento de unidades de análise.

Estado

A universalidade é já uma das características dos sistemas de saúde analisados e merece consenso, mesmo quando vista em termos mais globais, num ou noutro modelo.

A acessibilidade tem sido uma preocupação dos países com modelo planificado e verifica-se uma evolução positiva, não apenas nas intenções, mas também na realidade. Contudo, a necessidade de contenção de custos vai travar medidas mais profundas de melhoria deste indicador. Portugal é um exemplo concreto desta tendência. Assim, o valor registado no quadro "Comparação de modelos" não deverá registar alteração. No modelo liberal, em resultado de uma maior competitividade, quer no financiamento, quer na prestação de cuidados, associada aos resultados esperados da reforma dos EUA, prevê-se o valor *Alto* de forma ainda mais significativa.

Tudo leva a crer que a equidade continue a ser uma preocupação central dos dois modelos. Contudo, a grave crise económica mundial, com fortes reflexos na classe média, deverá impossibilitar a melhoria dos actuais indicadores.

Muito dificilmente Portugal melhorará o nível de solidariedade, sendo até previsível a redução da percentagem das despesas públicas no conjunto das despesas com a saúde. Em contrapartida, o desenvolvimento económico do Brasil permitirá a melhoria desta unidade de análise, que deverá passar para um valor *Médio*. Não é fácil antever o que se passará nos países com modelo liberal, cujos valores não são homogéneos. As opiniões

dos investigadores ou são anteriores à crise económica mundial, ou reflectem melhorias resultantes dos baixos valores iniciais destes indicadores.

A liberdade de escolha dos utentes dos serviços de saúde tem um custo alto e pode originar pesadas ineficiências nos prestadores públicos, a par do acréscimo de dificuldades de planeamento. Contudo, é também uma preocupação dos Governos e é citada por diversos investigadores. Sujeita a estes efeitos contrários, admite-se que o valor *Médio* se mantenha, no conjunto dos países com modelo planificado, embora não seja crível que Portugal acompanhe esta tendência. Nos sistemas liberais, a liberdade de escolha é uma questão central. A reforma da Saúde nos EUA é bem prova disso. Prevê-se, portanto, a manutenção da classificação.

A regulação é um dos factores cruciais nos países com modelo planificado, facto que é reforçado pelas dificuldades económicas que todos atravessam. A necessidade de ultrapassar os desajustamentos do sistema de saúde brasileiro fará com que também este país atinja o patamar máximo nesta unidade de análise. Nos sistemas liberais é possível que haja algum reforço da regulação, mas o valor apurado no estudo de casos não se deverá alterar. Os autores consultados também não se pronunciam muito sobre esta matéria.

População e Empresas

No que respeita aos contribuintes, o modelo planificado continuará a assentar nas contribuições (impostos e taxas) pagas por cidadãos, mantendo-se residuais os descontos com base nos rendimentos do trabalho, suportados por trabalhador e empregador. Estes, contudo, continuarão a ser o suporte do financiamento nos sistemas liberais. É certo que se prevê um aumento da participação dos impostos no financiamento da Saúde, mas isso não deverá alterar a importância relativa de cada uma das fontes.

Os utilizadores do sistema de saúde, ou melhor, aqueles que têm direito a aceder aos seus cuidados, continuarão a ser, no modelo planificado, os cidadãos, independentemente de estarem empregados, ou não. Continuarão a existir casos, por norma residuais, de esquemas ligados à Previdência. Admite-se, também, que cresça o número de beneficiários de seguros privados (ou de subsistemas) que exerçam o direito de *opting-out*, ou que seja publicada legislação que exclua dos serviços nacionais de saúde alguns cidadãos de rendimentos elevados, mas isso não alterará a classificação

actual. No caso dos países com sistema liberal, admite-se a possibilidade da Holanda e dos EUA, assim como de outros, seguirem o exemplo da França, transferindo o direito de acesso dos contribuintes para os residentes (cidadãos). O reforço do financiamento público e o alargamento da universalidade permitem acreditar que esse será o caminho. Essa é também a opinião de alguns investigadores sobre esta matéria, como é o caso de Thomson et al. (2009). É possível que subsistam exclusões residuais e que o processo de reforma não seja idêntico em todos os países, mas aquela parece ser a tendência.

Gestores de recursos financeiros

Não se prevê qualquer alteração no que respeita aos países com modelo planificado. Se bem que possam vir a ser tentadas soluções para uma maior participação dos privados na gestão dos recursos, o Estado terá sempre uma opinião maioritária e um fortíssimo controlo. O financiamento público vem mencionado em muitas obras consultadas e se bem que tal não signifique, necessariamente, gestão pública dos recursos, é, directa ou indirectamente, um indicador dessa realidade. No caso dos sistemas liberais é muito difícil encontrar um padrão ou tendência, muito em particular para o papel do Estado, que se acredita venha a aumentar, mas, possivelmente, pouco significativamente. A Previdência continuará a ter um papel activo na generalidade destes países, se bem que, possivelmente, mais reduzido. Contudo, não é o caso dos EUA. Os seguros privados tenderão a aumentar, mas é difícil prever o seu peso relativo. O papel das empresas continuará a ser residual.

Prestadores de serviços

A tendência é, claramente, no caso dos sistemas planificados, por um misto de prestadores públicos e privados. O aumento destes últimos não deverá justificar a alteração da actual classificação. Nos países com modelo liberal, por certo se manterá o maior peso dos privados.

Tendencialmente, a legislação privada aplicada aos serviços de saúde ganha peso em relação à pública. A literatura sobre a matéria considera, e bem, que as leis, regras e regulamentos próprios da função pública dificilmente são compagináveis com a gestão de hospitais e mesmo de centros de saúde. É, aliás, o que se tem vindo a verificar em Portugal e no Reino Unido. O Brasil tem também legislação sobre esta matéria. É ainda a conclusão que resulta da análise das tendências globais e específicas. Nos sistemas liberais, a legislação é, por maioria de razão, privada.

Não existe uniformidade no que respeita à gestão, pública ou privada, nos países de modelo planificado. Isso resulta, em parte, dos diferentes mecanismos adoptados com o objectivo de dar maior importância ao mercado: aumento da participação dos privados, sujeição dos prestadores públicos ao direito privado, entrega de serviços púbicos à gestão privada, parcerias, etc. Já nos sistemas liberais a tendência é, obviamente, para a gestão privada dos serviços de saúde.

Estas alterações inserem-se no reforço do papel do mercado e da concorrência entre prestadores, sejam eles públicos ou privados, como sistematicamente vem mencionado nas obras consultadas e explanadas aquando da análise das tendências globais e específicas.

Numa altura de contenção de custos, de preocupação por níveis de eficiência altos e de atenções redobradas com as consequências do fenómeno de globalização, a tendência é, objectivamente, a do reforço do planeamento, seja qual for o país em questão.

Fluxos financeiros

Nos países com modelo planificado a tendência é para o financiamento através de impostos, mesmo que as outras soluções, em particular os seguros voluntários, possam vir a crescer. A complementaridade das duas fontes de financiamento é frequentemente citada nos trabalhos sobre a matéria, como é a do reforço do financiamento público. Apesar disto, nos sistemas liberais a tendência continuará a ser a do financiamento através de Seguros sociais obrigatórios/Previdência. Os EUA fogem a esta regra.

No que respeita ao regime contratual entre gestores de recursos e prestadores de cuidados de saúde, o sistema de contrato tem vindo a ser adoptado, gradualmente, nos países da União Europeia, de acordo com Simões (2004). Apesar do estudo de casos não ser claro quanto a essa evolução, no que respeita aos países com modelo planificado, as experiências que foram lançadas em Portugal permitem encarar como razoável o crescimento deste regime, que no Reino Unido e Brasil tem já alguma importância. Essa é a situação que já se verifica nos sistemas liberais. Os outros regimes têm vindo a perder importância e tudo leva a crer que essa seja a tendência. O pagamento directo integral pelo utente tem ainda alguma importância nos sistemas planificados, ao contrário do que acontece nos liberais, onde o seu peso é reduzido. É possível que, nos próximos anos, a situação se mantenha. Uma das razões para que tal

aconteça, no primeiro grupo de países, é a grave crise económica que a União Europeia atravessa, o que obriga os Governos a cortar nas despesas sociais.

O Orçamento global é referido por diversos investigadores como uma tendência clara, motivada pela necessidade de controlo de custos, no que respeita aos países da União Europeia. Foi o que se viu aquando da análise de resultados das tendências globais e específicas. Do estudo de casos resulta também que esta modalidade de pagamento dos serviços de saúde tem forte implantação em dois dos países. Acredita-se que seja esta a tendência, tanto mais que a crise económica mundial obriga a um rigoroso controlo das despesas. As outras modalidades não terão grande relevância. Nos sistemas liberais verifica-se uma ligeira tendência para o pagamento por acto, não tendo os restantes peso significativo. Naquele primeiro grupo de países os pagamentos directos parciais pelos utentes têm um peso *Baixo*. Apesar de algumas medidas tendentes a aumentar as taxas moderadoras (veja-se o caso de Portugal), o peso destas despesas continuará a ser pequeno. A situação não é tão clara nos sistemas liberais, mas a regra não deverá fugir, genericamente, ao mesmo padrão dos do outro modelo.

Fluxos de serviços

A liberdade de circulação dos utentes dentro do sistema de saúde debater-se-á sempre com a confrontação entre o princípio da primazia dada ao cidadão (o cidadão no centro do sistema; a liberdade de escolha) e a necessidade de controlar os custos (restringir a liberdade de circulação; reforçar o planeamento). Acredita-se que nenhuma destas forças sairá vencedora, havendo, isso sim, a necessidade de as compatibilizar.

O quadro que se segue reflecte o que antes se disse sobre a evolução futura dos dois modelos de sistemas de saúde. O ponto de interrogação colocado em algumas variáveis significa que, em função dos elementos disponíveis, não é possível, com um mínimo de segurança, prever um valor para essas unidades de análise.

QUADRO 9-1 - EVOLUÇÃO FUTURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

UNIDADES DE ANÁLISE	MODELO PLANIFICADO	MODELO LIBERAL
Universalidade	Alto	Alto
Acessibilidade	Médio	Alto
Equidade	Médio	Médio
Solidariedade	Médio	?
Liberdade de escolha	Médio	Alto
Regulação	Alto	Médio
Contribuintes - empresas	Baixo	Médio
Contribuintes - trabalhadores	Baixo	Médio
Contribuintes - cidadãos	Alto	Baixo
Utentes - população	Alto	Alto
Utentes - contribuintes	Baixo	Baixo
Estado	Alto	?
Seguros sociais/Previdência	Baixo	?
Seguros privados	Baixo	?
Empresas	Baixo	Baixo
Propriedade - pública	Médio	Baixo
Propriedade - privada	Médio	Alto
Legislação - pública	Baixo	Baixo
Legislação - privada	Alto	Alto
Gestão - pública	?	Baixo
Gestão - privada	?	Alto
Planeamento	Alto	Alto
Financiamento - impostos	Alto	Baixo
Financiamento - S. Social/Prev.	Baixo	Alto
Financiamento - seg. voluntário	Baixo	Baixo
Sistema de reembolso	Baixo	Baixo
Sistema de contrato	Médio	Médio
Pag. dire. integral pelo utente	Médio	Baixo
Sistema integrado	Baixo	Baixo
Pagamento ao acto	Baixo	Médio
Pagamento por doente	Baixo	Baixo
Diária	Baixo	Baixo
Capitação	Baixo	Baixo
Pag. directo parcial pelo utente	Baixo	Baixo
Orçamento global	Alto	Baixo
Circulação (liberdade)	Médio	Médio

Fonte: Autor

Da evolução previsível dos sistemas de saúde pode-se concluir, resumidamente, que:

- A sua tendência será caracterizada pelo reforço dos valores sociais e pela sustentabilidade económico-financeira;
- Manter-se-á a propensão para a convergência dos dois modelos, sendo que das 9 unidades de análise convergentes, não *Variáveis*, passar-se-á para 17);
- Os grupos de unidades de análise, que mais contribuem para a evolução mencionada no parágrafo anterior são a População/Empresas, os Prestadores de

Serviços e o Financiamento (regime contratual e modalidade de pagamento), quer ao nível da convergência, quer da proximidade de valores;

- Não é fácil prever o que vai acontecer ao nível dos gestores de recursos financeiros, em particular no que se refere ao modelo liberal, e portanto não é possível antever o nível de convergência/divergência. Mas no que concerne ao financiamento, a divergência tem a ver com a fonte de financiamento, diferente de modelo para modelo. É bom, contudo, mencionar que a generalidade dos países está a fazer um esforço sério de reforço do financiamento público;

- Como já anteriormente se referiu, a convergência é um facto, mas não invalida a manutenção de algumas características próprias de cada um dos modelos, nomeadamente ao nível dos contribuintes, dos gestores de recursos financeiros, da fonte financiamento e da utilização do orçamento global enquanto meio de combate ao crescimento da despesa.

9.2. Desenvolvimentos futuros

Aspectos gerais

Os sistemas de saúde estão em permanente evolução. Sucedem-se as alterações mais ou menos profundas, quer ao nível dos componentes, quer dos fluxos. Por vezes, as reformas são profundas, estruturais. Nos últimos anos, a necessidade de contenção dos custos tem originado um ritmo mais elevado de modificações.

A importância do estudo da evolução dos sistemas de saúde está bem patente nas organizações que, a nível nacional e internacional, se dedicam ao seu acompanhamento. Algumas entidades dedicam-se, especialmente, à avaliação do desempenho dos sistemas – umas vezes na óptica do utente (cliente), outras dos cidadãos em geral, outras ainda no âmbito dos resultados em saúde ou da eficiência e eficácia.

Descobrir o processo que permite compatibilizar a melhoria dos resultados em saúde com a necessária contenção dos custos é uma das razões mais fortes para assegurar o aprofundamento do conhecimento sobre a matriz de funcionamento dos diferentes sistemas de saúde. As especificidades de cada país não impedem, que as reformas introduzidas num, sejam analisadas e adaptadas por outros.

A actual conjuntura, que lança algumas dúvidas sobre a possibilidade de manutenção das políticas sociais, que foram a grande conquista do Século XX, reforça o interesse e a necessidade em acompanhar de perto esse processo evolutivo.

Quais serão as próximas reformas e as implicações futuras de todo este processo? Em função das medidas adoptadas, como evoluirá o nível geral de saúde da população e quais os perigos para a saúde pública? A outro nível, o que se espera do Estado ou dos seguros privados, dos co-pagamentos ou do financiamento público, das eventuais restrições à liberdade de escolha e de circulação?

Já ninguém duvida que os sistemas mistos são hoje a regra. Acrescenta-se, agora, que é evidente a convergência crescente entre os modelos planificado e liberal. Caminha-se, por isso, para um modelo no qual as preocupações com a justiça social andarão a par com as da sustentabilidade económico-financeira, conforme já anteriormente se disse. As primeiras estão centradas na universalidade e na equidade, enquanto as segundas têm um enfoque especial no controlo das despesas e na melhoria da eficiência. Cada país fará as adaptações que o seu estádio de desenvolvimento e a sua cultura aconselharem, mas também as que as condições políticas, económicas e sociais da altura obrigarem.

Na parte final do ponto anterior já se analisou a possível evolução futura dos dois tipos de sistemas de saúde. Verificou-se então, que as diferenças ficariam, principalmente, reduzidas aos contribuintes, aos gestores de recursos financeiros e ao financiamento. Acredita-se, contudo, que mesmo estas diferenças sejam, com o tempo, atenuadas:

- Porque o papel mais activo da regulação tenderá a controlar cada vez mais a actividade dos gestores de recursos financeiros, o que conduzirá, possivelmente, à tendência para a uniformização da sua actuação;
- Porque, no caso do modelo liberal, o Estado garantirá o financiamento, através do Orçamento Geral do Estado, respeitante àqueles que não efectuam descontos para a Segurança Social/Previdência ou para seguros de saúde (desempregados, pessoas com baixos rendimentos, etc.);
- Porque, no caso do modelo planificado, se poderá verificar a tendência para a obrigatoriedade das pessoas com nível de rendimento mais elevado subscreverem seguros de saúde e/ou comparticiparem em maior percentagem as suas despesas (no momento da utilização dos serviços).

Assim, tudo leva a crer que o estudo dos sistemas de saúde seja importante não apenas agora, mas também no futuro. Analisar a convergência dos diferentes modelos é um auxiliar importante para os compreender e para perceber a melhor forma de eles se adaptarem às exigências que vão encontrando pelo caminho.

Percebe-se, por isso, que há ainda desenvolvimentos futuros que vale a pena assegurar. Destes, destacam-se:

- Analisar a evolução dos sistemas de saúde de outros países, para além dos seis vistos no estudo de casos, e verificar se as conclusões se mantêm;
- Acompanhar a evolução dos sistemas de saúde estudados (Portugal, Reino Unido, Brasil, França, Holanda e EUA) e verificar se a tendência de convergência se mantém;
- Comparar os resultados deste tipo de análise com outros trabalhos sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde;
- Verificar se o modelo de análise da convergência poderá ser melhorado, em particular no que respeita aos respectivos índices e à possibilidade de quantificação de mais variáveis;
- Verificar se a previsão da evolução das variáveis, num e noutro modelo, se confirma;
- Alargar a utilização do quadro de caracterização dos sistemas de saúde, proposto neste trabalho, como forma de uniformizar a sua metodologia de análise.

Há pois, ainda, muito trabalho pela frente – trabalho interessante, mas também útil, em particular no que respeita à possibilidade de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. A convergência de modelos é um indicador, um sinal, da maior importância. Se eles convergem é porque os governantes, os decisores políticos, os investigadores encontraram virtualidades nos sistemas mistos que não existiam nos ideologicamente mais puros. E este movimento de convergência é, como se demonstrou, cada vez maior.

O difícil equilíbrio entre a equidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde

Amanhã, como hoje, a grande questão é a de saber até que ponto e até quando é possível garantir o equilíbrio entre a promoção dos valores sociais e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Aliás, durante todo este trabalho pairou sempre esta difícil equação, muito em particular no capítulo referente ao estudo de casos dos seis países seleccionados, no qual foi possível analisar as diferentes medidas adoptadas pelos governantes com o objectivo de promover a acessibilidade aos cuidados de saúde a toda a população, sem colocar em causa a sustentabilidade dos respectivos sistemas de saúde.

O *Welfare State* é o garante da protecção social dos cidadãos, nomeadamente no que respeita à sua saúde. A intervenção do Estado deixa de ser efectuada apenas em casos de emergência, passando a ser permanente, com o objectivo de acudir aos mais debilitados e promover a igualdade de oportunidades, atenuando as oscilações do mercado. Neste sentido, os pilares do Estado Providência são a justiça social, a equidade e a solidariedade. E, recorde-se, as desigualdades em saúde são contrárias à justiça social.

Como se viu ao longo deste trabalho, os países têm vindo, com maior ou menor celeridade, a desenvolver os seus sistemas de saúde no sentido de aumentar a protecção social dos seus cidadãos. Este reforço dos valores sociais assentou numa maior prosperidade económica, bem patente após a segunda guerra mundial, o que teve tradução prática no aumento da despesa pública em Saúde. Mas assenta também numa maior preocupação no que respeita às questões éticas e à coesão social.

É também o resultado da vitória das democracias, mais preocupadas com a condição do ser humano e com o seu bem-estar, do que os regimes alternativos.

Com o reforço destas políticas ganham os cidadãos, mas também o país como um todo, pois aqueles são mais saudáveis, física e psicologicamente, mas também menos contestatários. E os cidadãos estão hoje melhor informados quanto aos seus direitos. Por isso, exigem mais.

A globalização deu também uma ajuda, quer do lado da oferta de cuidados (novas tecnologias e progressos da Medicina), quer do lado da procura (transmissão de novos conhecimentos e ideias entre cidadãos de países diferentes).

Por último, a revolução demográfica e as novas doenças deram também o seu contributo para o aumento das despesas e ajudaram a que os sistemas de saúde vissem a sua sustentabilidade ameaçada. Dito de outra forma, a engrenagem de protecção dos mais velhos pelos mais novos e dos mais pobres pelos mais ricos corre o risco de entrar em ruptura. Ameaça cada vez mais sentida, em particular devido à actual crise económica e ao aumento do desemprego.

Em 2005 a despesa pública nos países da OCDE era, em média, cerca de 6,7% do PIB. Sem medidas de contenção de custos, estima-se que em 2050 esse valor suba para 12,8%. E mesmo que estas sejam adoptadas, a fasquia prevista andará pelos 10,1%.

Este acentuado crescimento, associado à presente crise económica, colocou na ordem do dia a necessidade de reformar os sistemas de saúde, de forma a garantir a sua sustentabilidade.

E esta é importante, não apenas pelas razões já apontadas (de manutenção da protecção social), mas também porque o adiar das medidas correctoras poderá conduzir à bancarrota do modelo, obrigando, mais tarde, à adopção de iniciativas bem mais duras.

Mas, sublinhe-se, a manutenção do W*elfare State* não foi posta em causa. Mesmo nos países que precederam a reformas profundas, nunca se falou no desmantelamento daquele, mas sim na sua reestruturação. Algumas ideias de tendência mais liberal foram suspensas, como aconteceu no Reino Unido. Por outro lado, o Estado Providência tem sofrido fortes incentivos, como aconteceu no Brasil e nos Estados Unidos.

Isto é suficiente para se poder afirmar que a sustentabilidade dos sistemas de saúde é da máxima importância. Lembre-se, a este respeito, que a sustentabilidade e a qualidade da Saúde são objectivos essenciais da União Europeia. Como é então possível conjugar a manutenção (talvez mesmo o reforço) da protecção social na saúde com a sustentabilidade dos respectivos sistemas?

No Capítulo VI foram analisadas diversas opções (directas e indirectas) de contenção de custos. As mais utilizadas são as que actuam sobre a oferta de cuidados – por terem efeitos imediatos e serem de mais fácil aplicação.

Do lado da procura, a medida mais vezes adoptada pelos governantes consiste no aumento dos co-pagamentos e, por vezes, na redução das respectivas isenções.

Contudo, do ponto de vista da oferta têm sido muitas as soluções tentadas – com maior ou menor êxito! Entre as mais importantes cite-se: o controlo da produção dos profissionais de saúde; os entraves à formação de novos profissionais; o encerramento de unidades ou serviços de saúde; a concentração de hospitais e centros de saúde; a fixação de orçamentos globais; a contratualização entre gestores de recursos e serviços de saúde; a adopção de novos modelos de gestão.

Apesar das medidas citadas, parece ser consensual que se está ainda longe de um controlo efectivo sobre a despesa pública com a Saúde. Principalmente, quando este tem que ser feito sem perda das garantias e dos direitos adquiridos pelos cidadãos.

É importante também referir que a situação não é igual de país para país. Cada um tem os seus problemas e não sendo o ponto de partida o mesmo também não serão idênticas as soluções.

Contudo, em traços gerais, a manutenção (ou reforço) da equidade e da solidariedade sem prejuízo da sustentabilidade dos sistemas de saúde só parece ser possível através da adopção de dois tipos de medidas:

- Uma nova repartição dos custos com a Saúde;
- Uma melhoria dos níveis da eficiência.

Os custos com a saúde estão mal distribuídos, quer entre as diferentes classes sociais, quer entre as diferentes regiões de um mesmo país, como se viu ao longo deste trabalho. Em alguns países a parcela do custo com os medicamentos suportada pelos cidadãos é demasiado elevada. Noutros, o volume dos pagamentos directos (principalmente os integrais) é muito alto. Noutros ainda, as deduções em sede de imposto sobre o rendimento das pessoas singulares têm o efeito perverso de beneficiar quem tem rendimentos mais elevados. Por último, o sistema fiscal de alguns países, nos quais o peso dos impostos indirectos é bastante significativo, traduz-se num modelo pouco ou nada progressivo e, consequentemente, injusto do ponto de vista social.

Manter a equidade e a solidariedade, garantindo a sustentabilidade, pode, por isso, ao nível da repartição dos custos com a Saúde, passar pelas seguintes medidas:

- Reforço do peso relativo dos impostos directos;
- Fixação das taxas moderadoras e da respectiva isenção em função do rendimento dos indivíduos;
- Exclusão parcial do SNS dos indivíduos com rendimentos mais elevados[212], que ficariam apenas cobertos no que respeita às despesas catastróficas com a saúde, devendo, obrigatoriamente, subscrever um seguro privado para as restantes despesas (sem possibilidade de recurso ao *opting-out*);

[212] Trata-se de uma mera hipótese, que merece um estudo detalhado.

- Alteração do esquema de deduções fiscais das despesas com a saúde em sede do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, para que seja dedutível proporcionalmente mais por quem tem rendimentos mais baixos;
- Reforço do rigor na distribuição de recursos pelo todo nacional;
- Redução da parcela do custo com os medicamentos paga pelos cidadãos;
- Redução do preço total dos medicamentos.

Já no que concerne à melhoria dos níveis de eficiência, as soluções podem passar por:

- Contenção das despesas com a Saúde ou, numa hipótese mais generosa, indexação do seu crescimento (no limite) ao do PIB;
- Gestão mais profissional das unidades de saúde, quer ao nível do topo da hierarquia, quer dos respectivos serviços;
- Responsabilização dos gestores de topo e intermédios pelo cumprimento das metas fixadas, premiando e penalizando se for caso disso;
- Reforço da gestão conjunta de unidades de saúde, em particular hospitais e centros de saúde da respectiva área de influência;
- Reforço do processo de contratualização entre gestores de recursos e prestadores;
- Reforço da participação dos privados na prestação de cuidados e redução, na mesma medida, do peso dos serviços públicos[213];
- Transferência para o direito privado dos serviços que ainda operam no âmbito do Sector Público Administrativo.

Estas medidas contribuirão, certamente, para o reforço do equilíbrio entre os valores sociais dos sistemas de saúde e a sua eficiência, garantindo assim a respectiva sustentabilidade.

É um processo difícil, mas vale a pena. Mais ainda: é necessário. Ou, como se disse no início, é um trabalho simultaneamente aliciante e complexo.

[213] Tal não significa que se advogue o fim dos prestadores públicos. Os hospitais escolares e militares, bem como todos os restantes que tenham grande dimensão, devem continuar no sector público. A contratualização com os privados deve ser rigorosa e objecto de fiscalização permanente. A sua localização deve ser também objecto de negociação.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. (2010). Regulação Independente da Saúde. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 321-339.

Amador, O. (2010). Organização do Sector Público da Saúde em Portugal. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 21-40.

Araújo, J. (2004). A reforma da gestão pública: do mito à realidade. Disponível em http://hdl.handle.net/1822/3312. [Consultado em 14/11/2011].

Araújo, J. (2005). A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública. Disponível em http://hdl.handle.net/1822/3225. [Consultado em 19/11/2011].

Araújo, C., Pinto, M., Lopes, J., Nogueira, L. e Pinto, R. (2008). *Estudo de caso*. Braga, Universidade do Minho.

Bahia, L. (2008). As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde*, 13 (5), pp. 1385-1397. Disponível em http://www.scielo.sp.org/pdf/csc/v13n5/02.pdf. [Consultado em 27/12/2010].

Barbosa, R. (2000). *Oração aos moços*. Brasil, Ridendo Castigat Mores. Versão para eBook – eBooksBrasil.com.

Barros, P. e Gomes, J-P. (2002). *Os sistemas de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa, Gabinete de Análise Económica – Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa.

Barros, P. (2005). *Economia da saúde. Conceitos e comportamentos*. Coimbra, Edições Almedina, SA.

Barros, P., Machado, S. e Simões, J. (2011). *Portugal: Health system review*. *Health Systems in Transition.* Copenhagen, WHO - European Observatory on Health Systems and Policies.

Béresniak, A. e Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England): Health system review*. *Health Systems in Transition*. Copenhagen, WHO - European Observatory on Health Systems and Policies.

Cabral, A. (2010a). Reforma do Sector da Saúde – O Serviço nacional de Saúde e o Novo Paradigma na Protecção da Saúde. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 41-66.

Cabral, N. (2010b). Cuidados Continuados: A Necessidade de uma Abordagem Integrada nas Áreas da Saúde e da Segurança Social. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 289-318.

Caminada, K., Goudswaard, K. e van Viliet. O. (2008). Patterns of welfare state indicators in the EU: Is there convergence? Disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1600972. [Consultado em 14/2/2012].

Campos, A. (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*. Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.

Campos, A. (1991a). Estudar as desigualdades. Porquê? *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 15-25.

Campos, A. (1991b). Equidade de resultados em saúde e cooperação intersectorial. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 175-187.

Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra, Edições Almedina, SA.

Campos, G. (2007). O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*. Volume 12 (Sup.), pp. 1865-1874.

CESifo (2008). *Bismarck versus Beveridge: A comparison of social insurance systems in Europe*. Munich, CESifo.

Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C. e Mladovsky, P. (2010). *France: Health system review. Health Systems in Transition.* Copenhagen, WHO - European Observatory on Health Systems and Policies.

Chua, K. (2006). Overview of the U.S. Health Care System. American Medical Student Association Jack Rutledge Fellowship. Disponível em http://freedownload.is/pdf/kao-ping. [Consultado em 20/2/2012].

Cichon, M. e Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck – options for health care financing in central and eastern Europe. *World Health Forum*, volume 15. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/whf/1994/vol15-no4/WHF_1994_15(4)_p323-328.pdf. [Consultado em 5/9/2011].

CNE – Comissão Nacional de Eleições (2005). Constituição da República Portuguesa. Disponível em http://www.cne.pt/dl/crp_pt_2005_integral.pdf. [Consultado em 28/12/2010].

Coelho, J. (2010). Auditoria e Avaliação das Actividade em Saúde. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 341-362.

Cohn, A. e Elias, P. (2002). Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 – Suplemento, p.p. 173-180. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13803.pdf. [Consultado em 27/12/2010].

Costa, M. Pinto da (2000). *Desigualdades Regionais no Financiamento da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Porto, Universidade do Porto.

Costa, N. (2002). Política social e ajuste macroeconómico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 – Suplemento, p.p. 13-21. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13783.pdf. [Consultado em 27/12/2010].

Dain, S. e Janowitzer, R. (2006). A saúde complementar no contexto dos sistemas de saúde: A experiência internacional. *In* Biasoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S.

(Ed.). *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica.* Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I Série A, nº 12.

Decreto-Lei 401/98, de 17 de Dezembro – *Alteração ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I Série A, nº 290.

Decreto-Lei 60/2003, de 1 de Abril – *Rede de cuidados de Saúde Primários*. Diário da República I Série A, nº 77.

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro – *Rede de Cuidados Continuados*. Diário da República I Série B, nº 259.

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.* Diário da República I Série A, nº 109.

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro – *Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Diário da republicai Série, nº 38.

Direcção Geral da Saúde (2003). *Elementos estatísticos. Informação geral. Saúde 2000.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2006). *Elementos estatísticos. Informação geral. Saúde 2004.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2008). *Elementos estatísticos. Informação geral. Saúde 2006.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2010). *Elementos estatísticos. Informação geral. Saúde 2008.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Escoval, A. (1999). *Sistemas de financiamento da saúde. Análise e tendências.* Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Escoval, A. (Coord.), Matos, T. e Ribeiro, R. (2009). *Contratualização em cuidados de saúde primários. Horizonte 2015/20. Fase 4: O processo de contratualização de cuidados de saúde primários em Portugal. Estudo de caso* (versão preliminar). Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Escoval, A. (Coord.), Matos, T., Ribeiro, R. e Santos, A. (2010). *Contratualização em cuidados de saúde primários. Horizonte 2015/20. Fase 5: Relatório final*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Ferreira, A. (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, volume XXXIX (171), pp. 313-317.

Ferreira, A., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. e Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 425-459.

Ferreira, F. Gonçalves (1989). *Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, F. Gonçalves (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, J. (2009). *Concorrência público-privado no sistema de saúde português: uma análise exploratória*. Lisboa, Instituto Superior Técnico.

Frogner, B., Waters, H. e Anderson, G. (2011). Comparative health systems. *In*: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). *Health care delivery in the United States*. New York, Springer Publishing Company, pp. 67-79.

García-Barbero, M. e Goicoechea, J. (1995?). *Health Care Delivery Profiles and Innovations in Selected European Countries*. Copenhagen, World Health Organization – Regional Office for Europe.

Giraldes, M. (1991). Contributos para uma distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 189-206.

Giraldes, M. (1997). *Equidade e despesa em saúde*. Lisboa, Editorial Estampa.

Gomes, P. (2010). Acesso aos Cuidados de Saúde, Transparência e Sistemas de Informação. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 236-255.

Graça, L. (1996). Hospitais e Misericórdias durante o Estado Novo. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos143.html. [Consultado em 5/11/2010].

Graça, L. (2000a). Hospitais e outros estabelecimentos assistenciais até ao final do Século XV. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos71.html. [Consultado em 5/11/2010].

Graça, L. (2000b). Administração hospitalar: da laicização à profissionalização. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos78.html. [Consultado em 5/11/2010].

Graça, L. (2000c). Proto-história da administração hospitalar. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos106.html. [Consultado em 4/11/2010].

Graça, L. (2000d). O hospital do Ancien Régime como instituição totalitária e instrumento de controlo. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos146.html. [Consultado em 5/11/2010].

Graça, L. (2000e). O desenvolvimento embrionário de sistemas de protecção social. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos181.html. [Consultado em 5/11/2010].

Guedes, M. (s.d.). *O Plano Beveridge*. Lisboa, Editorial Século.

Hacker. J. (2008). The case for public plan choice in national health reform. Key to cost control and quality coverage. Disponível em http://institute.ourfuture.org/files/Jacob_Hacker_Public_Plan_Choice.pdf. [Consultado em 14/2/2012].

Health Consumer Powerhouse (2007). *Euro Health Consumer Index 2007*. Brussels. Health Consumer Powerhouse AB.

Health Consumer Powerhouse (2009). *Euro Health Consumer Index 2009*. Brussels. Health Consumer Powerhouse AB.

Hospital de Évora (s.d.). Guia de utente do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em http://www.hevora.min-saude.pt/docs/guia_do_utente.pdf. [Consultado em 17/1/2012].

Hurst, J. (1992). *A Reforma dos Sistemas de Saúde. Análise Comparada de Sete Países da OCDE* (edição portuguesa, 1995). França, Conselho Económico e Social da OCDE.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (2006). *Guia do direito à saúde. Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde*. Disponível em http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf. [Consultado em 19/1/2012].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Disponível em www.ibge.gov.br/paisesat/. [Consultado em 13/10/2011].

ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão (2010). Sustentabilidade e Competitividade em Portugal – Sumário executivo. Disponível em http://healthportugal.com/Quem%20somos/documentos/sustentabilidade-e-competitividade-na-saude-em.pdf. [Consultado em 4/1/2011].

Jost, T. (2010). *Health insurance exchanges and the affordable care act: key policy issues*. Disponível em www.commonwealthfund.org/Publications/View-All.aspx? Page=18. [Consultado em 1/11/2011].

Júnior, A. Júnior, L. (2006). Políticas de saúde pública no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde* v. 8, n. 1, pp. 13-19.

Junior, I. e Silva, Z. (2004). Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *São Paulo em perspectiva*, 18 (3), pp. 47-56.

Justo, C. (2004). *Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?* Lisboa, Campo da Comunicação.

Knickman, J. (2011). Health care financing. *In*: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). *Health care delivery in the United States*. New York, Springer Publishing Company, pp. 47-66.

Kovner, A. e Knickman, J. (2011). The current U. S. health care system. *In*: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). *Health care delivery in the United States*. New York, Springer Publishing Company, pp. 3-8.

Kaiser Family Foundation (2011). Focus on health reform. Summary of new health reform law. Disponível em http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf. [Consultado em 2/2/2012].

Kutzin, J. (2010). Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms. *In*: Kutzin, J., Cashin, C. e Jackab, M. (Ed.). *Implementing health financing reform – Lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization – European Observatory of Health Systems and Policies.

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República I Série, nº 195.

Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro – *Regime jurídico de Gestão Hospitalar*. Diário da República I Série A, nº 258.

Lyons, A. e Petrucelli, R. (sem data). *História da Medicina*. Lisboa, Farmapress Edições, Lda.

Managed Care On-Line (2012). Managed Care Fact Sheets. National HMO enrolment. Disponível em http://www.mcareol.com/factshts/factnati.htm. [Consultado em 16/2/2012].

Mansur, M. (2001). *O financiamento federal da saúde no Brasil: Tendências da década de 1990*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública.

Mantas, A., Costa, C. e Ramos, F. (1991). Equidade e eficiência no financiamento hospitalar. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 117-142.

Marques, R. (1999). *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago do Chile, Organização das Nações Unidas.

Marques, R. e Mendes, A. (2002). A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública* 18 (Suplemento), pp. 163-171.

Medici, A. e Barros, B. (2006). Políticas de saúde e blocos económicos. *In* Biasoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e*

o privado numa abordagem sistémica. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.

Menezes, J. (1987). *Armadas portuguesas. Apoio sanitário na época dos descobrimentos.* Lisboa, Academia da Marinha.

Mercadante, O.[214] (2002). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: Finkelman, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 236-313.

Mesa-Lago, C. (2007). O sistema de saúde brasileiro : seu impacto na pobreza e na desigualdade. *Revista Nueva Sociedad*, Edição em português (10), pp. 115-131.

Miguel, J. e Bugalho, M. (2002). Economia da saúde. Novos modelos. Análise Social, vol. XXXVIII (166), pp. 51-75.

Miguel, L. (2010). Modelos de gestão nos cuidados de saúde primários. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 355-387.

Ministério da Saúde do Brasil – Secretaria Executiva (2000). *Sistema Único de Saúde. Princípios e conquistas.* Brasília, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde[215] (2009). *O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios*. Brasília, Editora do Ministério da Saúde.

Moura, M. (2006) Mudanças na gestão dos sistemas de saúde: o modelo canadiano. *J Port Gastrenterol*, 13 (2), pp. 105-110.

Nishijima, M. e Biasoto Júnior, G. (2006). O padrão de financiamento da saúde nos países da América. *In* Bisoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica.* Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.

[214] Mercadante é o coordenador do trabalho publicado, que regista ainda 13 colaboradores: Schechtman, A., Cortes, B., Junior, E., Mendes, E., Un, J., Medeiros, M., Lemos, M., Serrano, M., Meirelles, R., Nogueira, R., Piola, S., Vianna, S. e Figueiredo, V.

[215] Identificado nos textos como MS/CONASEMS (2009).

OECD Health Data (2010). Disponível em http://stats.oecd.org/Index.aspx. [Consultado em 13/10/2011].

Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 271-295.

Oliveira, M., Silva, S., Pereira, J., Simões, J., Barros, P., Ferreira, A., Ferreira, P., Hespanhol, A. e Teixeira, M. (2007). A sustentabilidade financeira do SNS. *In* Simões, J., Barros, P. e Pereira, J.(Coords.). *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde.* Lisboa, Ministério da Saúde.

OPAS/OMS (1998). A saúde no Brasil. Brasília. Disponível em www.opas.org.br/sistema/arquivos/SAUDEBR.pdf. [Consultado em 17/1/2011].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera 2010. Disponível em http://www.observaport.org/rp2010. [Consultado em 29/11/2011].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). Depressão da crise. Governação prospectiva da saúde. Relatório da Primavera 2011. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf. [Consultado em 15/3/2012].

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. e Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf. [Consultado em 3/1/2012].

Pan American Health Organization (2007)[216]. Health in the Americas. Disponível em http://www.paho.org/hia/homeing.html. [Consultado em 6/1/2012].

Patient Protection and Affordable Care Act (2010)[217]. *Lei com a reforma do sistema de saúde dos EUA, sancionada pelo presidente Obama em 23/3/2010.* Disponível em http://burgess.house.gov/UploadedFiles/hr3590_health_care_law_2010.pdf. [Consultado em 21/11/2011].

[216] Identificado nos textos como PAHO (2007).

[217] Identificado nos textos como PPACA (2010).

Pereira, J. (1991a). Objectivos de equidade na saúde portuguesa. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 31-44.

Pereira, J. (1991b). Justiça social na saúde. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp. 45-69.

Pereira, L. (2005). *A Reforma Estrutural da Saúde e a Visão Estratégica para o Futuro*. Portugal, Luís Filipe Pereira.

Pierson, P. (2002). Retrenchment and restructuring in age of austerity: what (if anything) can be learned from the affluent democracies? *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 18 (Suplemento), pp. 7-11.

Pinto, C. (1991). Despesa pública em cuidados de saúde. Quem beneficia e porquê. *In* Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp.143-170.

Pizam, A. (1994). Planning a tourism research investigation. *In* Ritchie, J. e Goeldner, C. (Ed.). *Travel, tourism, and hospitality research. A handbook for managers and researchers.* EUA, John Wiley & Sons, Inc., pp. 91-104.

Pope, C. e Mays, N. (s.d.). Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. Disponível em http//downloads.artmed.com.br/public/P/POPE_Catherine/Pesquisa_Qualitativa_ Na_Atenção_A_ Saude/Liberado/Cap-01.pdf. [Consultado em 12/4/2011].

Pordata – Base de dados de Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em www.pordata.pt. [Consultado em 19/4/2011].

Portaria n.º 981/89, de 30 de Outubro. Diário da República I Série B, n.º 254.

Portaria n.º 316/2004, de 13 de Março. Diário da República II Série, n.º 62.

Ramos, V. (2010). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 257-287.

Rego, G. (2008). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto, Vida Económica – Editorial, SA.

Responsible reform for the middle class. Democrats. Senate. Gov/Reform. Disponível em http://dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf. [Consultado em 2/2/2012].

Ribeiro, J. (2006). Financiamento e desenho institucional no sector da saúde nos Estados Unidos da América. *In* Bisoto Júnior, G., Silva, P. e Dain, S. (Ed.). *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do sector saúde nas Américas – as relações entre o público e o privado numa abordagem sistémica*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.

Rodrigues, E. (2000). O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. Disponível em http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1477.pdf. [Consultado em 16/12/2010].

Rosa, M. (2002). Sistema de saúde português. http://193.136.116.41/saboga/prosaude/eumahp/profile%20D%20marta%20rosa.doc. [Consultado em 11/1/201].

Sacardo, D. (2009). *As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*. Coimbra, Edições Almedina, SA.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. e Barbosa, P. (s.d.). *O futuro do sistema de saúde português. "Saúde 2015"*. Lisboa, Observatório do QCA III.

Sandier, S., Paris, V. e Polton, D. (2004). *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Santana, P. (2010). Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 21-81.

Santos, N. (s.d.). Política pública de saúde: Qual o rumo? Disponível em http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf. [Consultado em 24/1/2012].

Serrão, D., Abrantes, A., Veloso, A., Oliveira, G., Moreira, José M., Delgado, M. e Sousa, Mariana D. (1998). *Reflexão sobre a Saúde. Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Porto, Ministério da Saúde.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. e van Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*. Copenhagen, WHO - European Observatory on Health Systems and Policies.

Silva, E. e Menezes, E. (2001). *Metodologia da pesquisa e elaboração da dissertação.* Brasil, Universidade Federal de Santa Catarina.

Silva, L. e Mattos, F. (2009). Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. *Revista de Economia Política*, 29(3), pp. 135-152.

Silva, S. (2010). Gasto, financiamento e eficiência. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 113-143.

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho.* Coimbra, Livraria Almedina.

Simões, J. (2004a). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4 (volume temático), pp. 79-90.

Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P, Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M., Hespanhol, A., Ferreira, P. e Silva, S. (2007). *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Simões, J. (2010). Iniciativa PPP na Saúde – Aspectos de Política, Finanças e Gestão. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 205-232.

Simões, J. e Dias, A. (2010). Gestão da Saúde e Despesa Pública. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 81-100.

Simões, J. e Dias, A. (2010a). Políticas e governação em saúde. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 173-193.

Solano, R. (sem data). Orígenes de la teoría de sistemas. Disponível em <http://www.monografias.com/trabajos11/teosis/teosis.shtml>. [Consultado em 27/10/2010].

Souza, R. (2002). O sistema público de saúde brasileiro. Disponível em http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf. [Consultado em 3/1/2012].

Sparer, M. (2011). Health policy and health reform. *In*: Kovner, A. e Knickman, J. (Ed.). *Health care delivery in the United States*. New York, Springer Publishing Company, pp. 25-45.

Stoleroff, A. e Correia, T. (2008). *A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação*. Lisboa, Centro de Investigação e Estudos da Sociologia e-Working Paper.

Teixeira, S. (2007). Evolução e crise de uma política social. *In*: Fleury, S., Bahia, L. e Amarante, P. (Org.). *Saúde em debate. Fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, pp. 87-102.

The federal government website managed by the U.S. Department of Health & Human Services[218]. Disponível em http://www.healthcare.gov. [Consultado em 22/2/2012].

Thomson, S., Foubister, T. e Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Ugá, M. e Santos, I. (2005). *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro, Projecto Economia da Saúde. Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido.

[218] Identificado nos textos como USDHHS.

US Census Bureau (2010). Health Insurance Coverage Status and type of coverage. Disponível em www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/index.html. [Consultado em 13/9/2011}.

Vale, L. (2010). As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde: Elementos para uma Perspectiva Constitucional. *In* Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 101-203.

Vaz, A. (2010). Hospitais públicos portugueses. *In*: Simões, J. (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA, pp. 297-353.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., Noronha, J., Novaes, H., Oliveira, E., Porto, S., Sílvia, L. e Szwarcwald, C. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde* Colectiva, 9 (3), pp. 711-724. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>. [Consultado em 28/10/2010].

Viana, A. e Poz, M. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Revista Saúde Colectiva*, 15 (suplemento), pp. 225-264

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2010). *Bulletin of the World Health Organization – Reality check for American dream.* Geneva, World Health Organization.