



Associação de Politécnicos do Norte (APNOR)
Instituto Politécnico do Porto

Sistema de saúde público vs. privado: gastos e evolução nos últimos 10 anos

Diana Filipa Valente da Silva Terra

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde

Orientada por:

Professor Doutor Henrique Curado

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Porto, 4 de novembro de 2019



Associação de Politécnicos do Norte (APNOR)
Instituto Politécnico do Porto

Sistema de saúde público vs. privado: gastos e evolução nos últimos 10 anos

Diana Filipa Valente da Silva Terra

Professor Doutor Henrique Curado

Porto, 4 de novembro de 2019

Resumo

Ao longo dos últimos anos o Sistema de saúde público tem-se confrontado com variadas alterações e reestruturações. Paralelamente, o sistema privado tem crescido e estabelecido o seu papel na prestação dos cuidados de saúde, considerando-se que o sistema de saúde Português se tem desenvolvido através de uma complexa interação, entre os setores, ao nível da combinação público-privado.

No ano de 2011, Portugal, no seguimento da crise económica que evidenciava, necessitou de pedir ajuda externa, tendo consentido variadas políticas de austeridade, com conseqüente reflexão no setor da saúde. Deste modo, neste setor implementaram-se medidas na tentativa de conter o crescimento dos gastos e promover uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

Este estudo pretende assim, perceber o impacto da crise económica e da intervenção externa na saúde dos portugueses, descrevendo a evolução dos gastos de saúde entre 2008 e 2018 e o seu impacto no atendimento da população - consultas médicas, atendimentos urgentes e internamentos -, e os ganhos em saúde registados - taxa de mortalidade bruta, infantil e esperança média de vida. Realizou-se por isso, um estudo descritivo longitudinal quantitativo, tendo por base informações disponíveis na plataforma do INE (Instituto Nacional de Estatística), Pordata e ASF (Associação de Seguros e Fundos).

Concluiu-se que apesar dos cortes orçamentais registados durante os anos de crise económica, o setor privado teve um impacto positivo na manutenção dos indicadores de atendimentos estudados, denotando-se no setor público uma tentativa de manutenção, em geral, do nível de prestação de cuidados (o número de internamentos continuou a diminuir, o número de consultas aumentou e o número de atendimentos urgentes diminuiu). Paralelamente não se percebeu um impacto negativo da crise económica nos indicadores relacionados com ganhos em saúde estudados, uma vez que a esperança média de vida continuou a aumentar, a taxa de mortalidade bruta continuou a diminuir e a taxa de mortalidade infantil manteve-se em valores baixos.

Palavras-chave: Sistema de saúde Português, combinação público-privada na saúde; crise económica financeira; atendimentos hospitalares; ganhos em saúde;

Abstract

Over the last few years the Public Health System has undergone several changes and restructurings. In parallel, the private system has grown and established its role in health care delivery. The health system suffered an evolution through a complex interaction between the sectors, at the level of public-private combination.

In 2011, Portugal, following the economic crisis, needed to ask for foreign aid, having agreed to various austerity policies. These measures have been reflected in the health sector in an attempt to curb spending growth and promote better use of available resources.

This study aims to understand the impact of the economic crisis and external intervention on the health of the portuguese, describing the evolution of health spending between 2008 and 2018, the care of the population (medical appointments, emergencies and hospitalizations), and recorded health gains (gross and child mortality rate and average life expectancy). A quantitative longitudinal descriptive study was carried out, based on information and data between the year 2008 and 2018, available on the platforms of INE (National Statistics Institute), Pordata and ASF (Insurance and Funds Association).

It was concluded that despite the budget cuts recorded during the years of economic crisis, the private sector had a positive impact in maintaining the treatment indicators studied, denoting in the public sector an attempt to maintain, in general, the level of service provision care (the number of hospitalizations continued to decrease, the number of consultations increased and the number of urgent visits decreased). At the same time, there was no negative impact of the economic crisis on the indicators related to health gains studied, since average life expectancy continued to increase, the gross mortality rate continued to decrease and the infant mortality rate remained low.

Keywords: Portuguese health system, public-private combination in health; financial economic crisis; hospital care; health gains;

Resumen

En los últimos años, el Sistema de Salud Pública ha sufrido varios cambios y reestructuraciones. Paralelamente, el sistema privado ha crecido y establecido su papel en la prestación de servicios de salud. Teniendo, el sistema de salud se desarrollado a través de una interacción compleja entre los sectores, a nivel de combinación público-privada.

En 2011, Portugal, después de la crisis económica que se evidenciaba, necesito solicitar ayuda externa, habiendo acordado varias políticas de austeridad. Estas medidas se han reflejado en el sector de la salud en un intento por frenar el crecimiento del gasto y promover un mejor uso de los recursos disponibles.

Este estudio tiene como objetivo comprender el impacto de la crisis económica y la intervención externa en la salud de los portugueses, describiendo la evolución del gasto en salud entre 2008 y 2018, la atención de la población (consultas médicas, emergencias y hospitalizaciones) y las ganancias de salud registradas (tasa bruta de mortalidad infantil y esperanza de vida media). Por este motivo, se realizó un estudio descriptivo longitudinal cuantitativo, basado en la información disponible en la plataforma INE (Instituto Nacional de Estadística), Pordata y ASF (Asociación de Seguros y Fondos).

Se concluyó que apesar de los recortes registrados durante los años de crisis económica, el sector privado tuvo un impacto positivo en el mantenimiento de los indicadores de asistencia estudiados, denotando en el sector público un intento de mantener, en general, el nivel de provisión de servicios. atención (el número de hospitalizaciones continuó disminuyendo, el número de consultas aumentó y el número de visitas urgentes disminuyó). Al mismo tiempo, no hubo un impacto negativo de la crisis económica en los indicadores relacionados con las ganancias de salud estudiadas, ya que la esperanza de vida promedio continuó aumentando, la tasa de mortalidad bruta continuó disminuyendo y la tasa de mortalidad infantil se mantuvo en valores bajo.

Palabras clave: sistema de salud portugués, combinación de salud público-privada; crisis económica financiera; atención hospitalaria; ganancias de salud;

Lista de abreviaturas e/u Siglas

SNS- Serviço Nacional de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

ASF- Associação de Seguros e Fundos

USF- Unidades de Saúde Familiares

S.A.- Sociedades Anónimas

E. P.E- Entidades Públicas Empresariais

PNS- Plano Nacional de Saúde

ARS- Administrações Regionais de Saúde, I.P

SPA- Hospitais do Setor Público Administrativo

PPP- Parcerias Público Privadas

SIGIC- Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Índice

Introdução	1
Metodologia.....	4
Tipo e desenho de estudo	4
Amostra	4
Recolha e tratamento de dados	4
Fundamentação Teórica	6
1. Breve evolução do sistema de saúde em Portugal.....	6
2. Principais medidas implementadas no setor da saúde no final do século XX e XXI	9
3. Sistema de saúde público e privado em Portugal.....	12
4. Financiamento do setor publico e privado nos cuidados de saúde	16
5. Impacto da crise económica no setor da saúde	21
6. Sistemas de saúde internacionais.....	26
Apresentação de resultados.....	30
Discussão.....	43
Conclusão	47
Referências Bibliográficas	48

Índice de figuras

Figura 1: Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal desde 1960 até 2018	8
Figura 2: Evolução do indicador da esperança média de vida em Portugal desde 1960 até 2017. Fonte	9
Figura 3: Fluxos financeiros no Sistema de saúde.....	16
Figura 4: Estrutura do financiamento da saúde.....	18
Figura 5: Evolução do número de Hospitais na última década.. ..	19
Figura 6: Evolução da despesa em saúde em relação ao PIB.....	20
Figura 7: Número de internamentos em hospitais da rede do SNS desde 2001 até 2017.....	25
Figura 8: Número de camas disponíveis em hospitais do SNS desde 2001 até 2017	25
Figura 9: Número de atendimentos em consultas e em urgências por mil habitantes nos hospitais do SNS de 2001-2017.....	26
Figura 10: Evolução ao longo dos anos dos gastos em saúde (% PIB).	29
Figura 11: percentagem do PIB despendido em saúde em Portugal.	30
Figura 12: Despesa total em saúde per capita.	31
Figura 13: Despesa total em saúde (mil milhões de euros).	31
Figura 14: Total da despesa corrente das sociedades de seguros em Portugal	35
Figura 15: Nº de segurados no ramo da saúde.....	36
Figura 16: Despesa corrente das famílias em saúde.	36
Figura 17: Número de hospitais em Portugal (públicos e privados).	37
Figura 18: Número de Profissionais nos hospitais do SNS	38
Figura 19: Total de consultas médicas (público e privado).	38
Figura 20: Número de atendimentos nos serviços de urgências nos hospitais (Públicos, PPP e privados).	39
Figura 21: Número de camas disponíveis para internamentos nos hospitais.	40
Figura 22: Número de internamentos nos hospitais	41
Figura 23: Evolução da esperança média de vida.....	41
Figura 24: Evolução da taxa de mortalidade infantil.....	42
Figura 25: Evolução da taxa de mortalidade bruta desde 2008	42

Índice de tabelas

Tabela 1: Sistema público vs. privado: diferenças	13
Tabela 2: Matriz de combinação prestação/financiamento público/privado na saúde.....	21
Tabela 3: Despesa corrente em saúde de 2008 a 2013 (10 ³).	33
Tabela 4: Despesa corrente em saúde de 2014 a 2018 (10 ³).	34
Tabela 5: Percentagem do total de atendimentos urgentes mediante a natureza institucional.	40

Introdução

O desenvolvimento do sistema de saúde português, tal como o conhecemos, é uma construção relativamente recente, tendo sido alvo de profundas reformas ao longo das três últimas décadas. Neste curto espaço de tempo, o sistema de saúde modificou a natureza do seu paradigma baseado na prestação privada e social, de carácter predominantemente assistencialista (Campos & Simões, 2014; Barros & Gomes, 2002).

Com a criação do SNS, em 1979, Portugal adotou um modelo universal, de base contributiva fiscal e de natureza predominantemente pública, embora tenha sido mantida, ao longo do tempo, uma cooperação entre os diferentes setores - público, privado e social - num regime de cooperação suportado pelo estabelecimento de acordos e convenções e na contratualização de serviços (Campos & Simões, 2014).

A partir do ano de 2002 acentuou-se significativamente a tendência de empresarialização do setor público da saúde, com base na ideia de que a obtenção de eficiência seria mais rapidamente alcançada através de um reforço da conjugação do setor público com o privado (Simões & Dias, 2009). Neste sentido, foram desenvolvidas iniciativas políticas cujo principal objetivo se centrava na redução da taxa de crescimento da despesa pública em saúde, através de uma diminuição dos custos operacionais. Em termos de evolução da despesa corrente em saúde verificou-se, nos últimos anos, uma diminuição do ritmo de crescimento da despesa corrente pública em saúde, ao mesmo tempo que se acentuou a trajetória de crescimento da despesa corrente privada em saúde que não compromettesse os padrões de qualidade (Simões, 2004 e Azevedo, 2009).

Ao longo dos últimos quarenta anos, o sistema de saúde português caracterizou-se pela sua natureza mista, traduzida num quadro de cooperação e de contratualização entre o setor público e os setores privado e social (Cabral, 2009). Atualmente, o sistema de saúde incorpora uma grande diversidade de modelos de financiamento e de prestação de cuidados de saúde que resultaram de significativas transformações das condições de mercado, bem como de importantes reformas estruturais.

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

Oliveira (2010) refere que em Portugal existe uma complementaridade produtiva entre o setor público e o setor privado no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Com o passar dos anos, verificou-se uma maior cobertura por parte do SNS nos cuidados de saúde primários e hospitalares, enquanto o setor privado dirigiu a sua oferta predominantemente para os meios

complementares de diagnóstico e de terapêutica, as consultas de especialidade e a saúde oral (Oliveira, 2010).

Ao nível do sistema público, as unidades de cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados constituem a estrutura base da rede prestadora de cuidados do SNS que, em conjunto, com as entidades privadas e sociais, formam o sistema de saúde (Amador, 2009).

Até 2010, registou-se um aumento nas despesas com a saúde e Barros (2010) refere que se perspetiva um aumento crescente durante as próximas décadas, devido ao envelhecimento da população, a utilização cada vez de meios e técnicas de diagnósticos mais sofisticados e tratamento de casos crónicos e agudos, que são bastante dispendiosos.

Constata-se assim que ao longo das últimas décadas, o sistema de saúde em Portugal tem vindo a evoluir de forma muito significativa, aumentando a sua eficiência, resultando evidentemente no aumento dos ganhos em saúde, tais como a esperança média de vida, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade bruta (Bunker, 2001; Baganha, Ribeiro e Pires, 2002). No entanto, na última década Portugal passou por uma crise económica que afetou todas as áreas da economia, com reflexos inevitáveis na prestação de cuidados de saúde, através de medidas reestruturadas e de cortes orçamentais (FMI, 2011), sendo pertinente perceber as alterações/ evoluções verificadas neste setor durante os últimos 10 anos. Deste modo, constitui-se como questão de partida do presente estudo:

“A crise económica teve um impacto negativo na saúde dos Portugueses?”

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivos:

- Comparar os gastos em saúde no Sistema público em Portugal, com os do privado entre 2008 e 2018.
- Comparar a evolução no atendimento da população, relativamente a consultas médicas, urgências e internamentos na dicotomia público privado.
- Avaliar o impacto da crise económica nos gastos em saúde, no atendimento da população e o seu impacto nos ganhos.
- Avaliar os efeitos da combinação público-privada na evolução dos ganhos em saúde (esperança média de vida, taxa mortalidade infantil, taxa mortalidade bruta).

As perguntas de investigação são:

Q1: Durante os anos de crise o financiamento privado aumentou?

Q2: A crise económica implicou cortes orçamentais acentuados no setor público da saúde?

Q3: Os gastos em saúde no setor privado aumentaram simultaneamente com o crescimento do mercado dos seguros de saúde?

Q4: Durante os anos de crise, os atendimentos hospitalares, em termos de número reduziram no público e aumentaram no privado?

Q5: Durante os anos de crise os indicadores associados aos ganhos em saúde diminuíram?

O presente trabalho está estruturado em 7 partes. A primeira parte, referente à metodologia utilizada nos diferentes capítulos desta tese. A segunda parte constituirá o enquadramento teórico, que procura fundamentar este trabalho de investigação com base na bibliografia científica disponível, onde são abordados temas como a evolução do sistema de saúde em Portugal, as principais medidas implementadas no setor da saúde no final do século XX e XXI, o sistema de saúde público e privado em Portugal e o seu financiamento, o impacto da crise económica no setor da saúde e os sistemas de saúde internacionais. A apresentação dos resultados obtidos é feita na parte terceira, onde se analisam e descrevem os dados obtidos. Posteriormente no capítulo quatro, na discussão, serão relacionados os dados de forma a responder às questões de investigação e aos objetivos.

Por fim, a parte cinco constitui a conclusão do presente trabalho, onde serão efetuadas considerações, tendo como base o conteúdo do mesmo, a resposta aos objetivos traçados, as limitações do estudo e propostas futuras de investigação.

Metodologia

Tipo e desenho de estudo

Com o intento de alcançar a questão de partida e os objetivos propostos, foi realizado um estudo longitudinal do tipo descritivo e quantitativo. A metodologia quantitativa possibilita a análise direta dos dados, visto que existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis a partir de determinada amostra, tendo como fim a apresentação e identificação de dados, indicadores e tendências observáveis (Sousa & Baptista, 2011; Azevedo e Azevedo, 2008). Trata-se de um estudo do tipo longitudinal, uma vez que os dados recolhidos são referentes a um determinado espaço no tempo (2008 a 2018) (Ribeiro, 1999).

Amostra

Para responder à questão de partida e alcançar os objetivos do estudo, procedeu-se à recolha de dados relativamente à evolução nos últimos 10 anos, entre 2008 e 2018, nomeadamente:

- gastos em saúde nos setores público e privado;
- taxa de mortalidade infantil;
- taxa de mortalidade bruta;
- esperança média de vida;
- número de consultas médicas;
- número de atendimentos de urgência;
- número de hospitais
- número de contratualizações de seguros de saúde privados;

Recolha e tratamento de dados

Para se alcançar os objetivos propostos, o processo metodológico utilizado nesta investigação teve em atenção metodologias como a PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses) e a NOS (Newcastle - Ottawa Quality), para assegurar a adequação da revisão da literatura em termos de abrangência, clareza e precisão.

A amostra de dados foi recolhida através da consulta de informações e dados disponíveis na plataforma do INE (Instituto Nacional de Estatística), Pordata e ASF (Associação de Seguros e Fundos), sendo que foram recolhidos os dados relativos à última década disponível, predominantemente de 2008 a 2018. Optou-se por não usar os dados disponibilizados pela OCDE, uma vez que estes se encontram em dólares e a conversão é realizada tendo em consideração vários fatores distintos e também por se considerar que o tratamento e comparação de resultados é mais fidedigno quando apenas se recorre a plataformas nacionais.

Após recolha de dados, estes foram agrupados para o posterior tratamento. Para tal, recorreu-se ao EXCEL, no qual foram introduzidos no formato tabela, para posteriormente selecionar a forma mais adequada de apresentação.

Fundamentação Teórica

1. Breve evolução do sistema de saúde em Portugal

As políticas de saúde em Portugal têm vindo a mudar ao longo dos últimos 30 anos, fortemente influenciadas pelos marcos históricos transformantes como a democratização e descolonização (1974), a entrada na Comunidade Económica Europeia (1985) e a integração na União Monetária Europeia (2000).

Em Portugal, antes dos anos 70, o sistema de saúde era muito fragmentado, sendo principalmente constituído por misericórdias, Serviços Médico-Sociais (que prestavam cuidados aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência), Serviços de Saúde Pública, Hospitais estatais, gerais e especializados, bem como por serviços privados (OPSS, 2001).

Na década de 70 estabeleceu-se e expandiu-se o Serviço Nacional de Saúde, na conhecida “reforma de Gonçalves Ferreira”. Esta reforma constituiu-se como uma base de mudança para o futuro Serviço Nacional de Saúde, tendo-se pretendido integrar diversas atividades de saúde e planear serviços com níveis de execução, sendo o Estado o principal coordenador e gestor (Campos, 2011). Por esta altura, surgem os primeiros centros de saúde de primeira geração (decreto-lei nº413/71) e estabelece-se o funcionamento regular das carreiras profissionais (Decreto-Lei nº 414/71). Deste modo, criou-se os centros de saúde e os Hospitais por distritos, possibilitando que o Ministério da saúde orientasse, através das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais, toda a política de saúde (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002). A Revolução Democrática (1974) e a elaboração da Constituição da República (1976) contribuíram para o estabelecimento de novas políticas sociais e para o reconhecimento da saúde como direito “universal, geral e gratuito”, culminando posteriormente com a publicação da Lei do Serviço Nacional de Saúde em 1979. Nesta constata-se claramente que o SNS deve estar ao alcance de todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica, estabelecendo também que o SNS passa a ser financiado através do Orçamento Geral do Estado, em vez dos anteriores fundos sociais (Decreto de Lei nº 56/79). Apesar desta idealização inicial, estes direitos inicialmente concedidos, alteraram-se aquando da revisão Constitucional de 1989, quando se considerou que o SNS passaria a ser “tendencialmente gratuito” (Sousa, 2009).

Anos mais tarde, entre 1985 e 1995, expandiu-se a rede de prestadores de cuidados no setor público (construção de hospitais) e privado. Esta evolução deve-se em grande parte à entrada de Portugal na CEE, o que permitiu a obtenção de financiamento para o desenvolvimento social e económico, expandindo-se assim as instalações e os equipamentos do SNS (Sousa, 2009). Durante este período, em 1990, foi publicada a Lei de Bases da Saúde, que se constituiu como um importante marco na Reforma da Saúde em Portugal. Esta define o SNS como uma estrutura que visa a efetivação do direito à saúde. O Estado passa a atuar através de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, passando a fiscalizar e apoiar a

demais atividade na área da saúde. Com a publicação desta Lei, o sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si:

- o Serviço Nacional de Saúde (instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde);
- subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde);
- todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividades de saúde (Lei nº 48/90).

O ano da publicação da Lei de Bases da Saúde é considerado por muitos um ano de viragem no Sistema de Saúde Português, pois o Governo introduz no SNS as taxas moderadoras no acesso a alguns dos cuidados de saúde, com a exceção de grupos de risco e cidadãos economicamente desfavorecidos. Mais tarde, em 1993, foi assinado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93). Considera-se assim que a criação deste estatuto, da Lei da Bases da Saúde das Administrações Regionais de Saúde contribuiu para modelar a estrutura do sistema de saúde português (Costa, Santana & Lopes, 2013). Deste modo, o Sistema de saúde em Portugal é misto, com diferentes modelos de pagamento, com financiamento do estado, seguros de saúde e os pagamentos diretos realizados pelos utentes. (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

Desde 1995 até 2002 estimulou-se formas diferentes de gestão e organização empresarial das instituições de saúde públicas. Durante este período foi adotado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública - new public management”. Definiu-se, por isso, metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. Nesta altura, realizaram-se algumas experiências, passando a gestão a ser mais flexível e autónoma nas apelidadas de “empresas públicas”. Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de contratualização”, que se destinavam a desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde (Sousa, 2009).

Dentro do SNS os cuidados primários desempenham um papel muito importante, tendo os centros de saúde, nos últimos 30 anos, constituído a infraestrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional. O entendimento da missão do centro de saúde tem tido historicamente algumas evoluções, sendo possível identificar três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e com características distintas. A partir de 1971 começaram a ser criados os primeiros centros de saúde, de 1ª geração, que se centravam predominantemente na área da saúde pública. Em 1983, os primeiros centros de saúde foram integrados com os numerosos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais de Providência, que desenvolviam atividades de âmbito do curativo, surgindo, assim, em 1984, os centros de saúde de segunda geração, sendo em 1999 foi publicada a legislação sobre os centros de saúde de terceira geração, vigorando até ao presente. (Branco & Ramos, 2001, Pisco, 2011 & Biscaia; Heleno, 2017, Sousa, 2009).

Alguns autores consideram que se as necessidades básicas, como as condições de vida, nutrição e intervenções em saúde pública, forem suprimidas, os cuidados médicos tornam-se o principal determinante da esperança de vida, sendo o seu impacto substancialmente maior do que o ambiente social ou os estilos de vida (Bunker, 2001). A mortalidade infantil e a esperança média de vida e a taxa de mortalidade bruta estão relacionadas com a evolução das condições sanitárias e de saúde de um país (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

A taxa bruta de mortalidade é um índice demográfico que reflete o número de mortes registadas sem média por mil habitantes, numa determinada região e num período, e analisa os óbitos de determinadas doenças. Para se obter a morbimortalidade em determinado local e período, com o objetivo de estabelecer a prevenção e controle de doenças, enquanto ação de saúde pública, através do registo sistemático das declarações de óbito (Pordata, 2018).

Segundo United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2019), a mortalidade infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de vida durante um ano. Em Portugal, no início dos anos 60, como se pode ver na figura 1, o seu valor era muito elevado, tendo diminuído de forma muito significativa ao longo dos anos, estando atualmente perto dos 3% e abaixo da média da OCDE (OCDE, 2019).

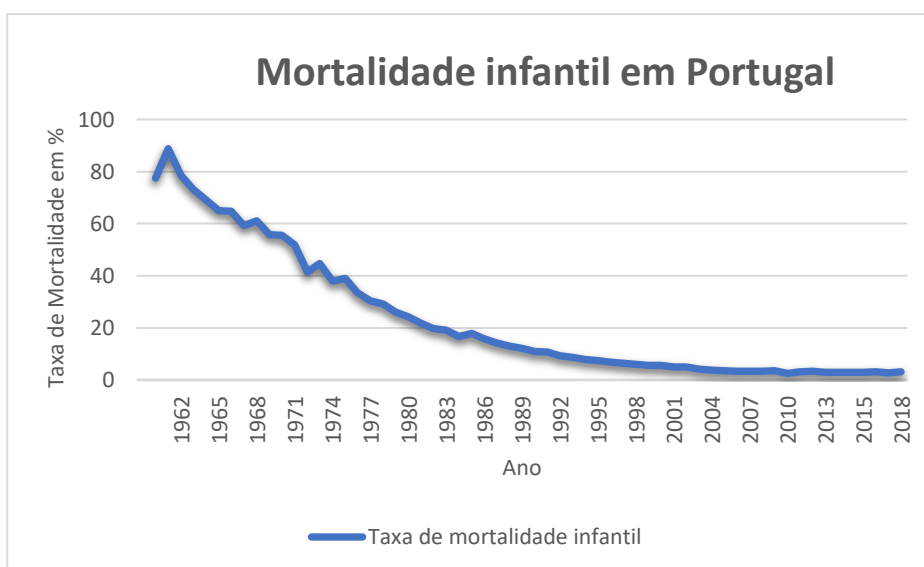


Figura 1: Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal desde 1960 até 2018. Adaptado de OCDE (2019).

A esperança de vida é o número aproximado de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano irá viver, se mantidas as condições desde o seu nascimento, e corresponde à média ponderada das idades das pessoas que morreram naquele ano naquela região (Pordata, 2018). No que concerne a este índice (figura 2), Portugal evoluiu de forma considerável ao longo dos anos. Passando de uma esperança média de vida média de 64,2 anos em 1974 para uma esperança média de 74,1 anos em 1990 e para uma esperança de 80,8 anos em 2017 (Pordata, 2019). O

envelhecimento global da população é uma das maiores conquistas da Humanidade e um dos seus maiores desafios pela sobrecarga assistencial e comunitária decorrente das doenças crónicas, da redução da mortalidade infantil e da incapacidade associada. A elevada prevalência de idosos coloca Portugal como um dos países mais envelhecidos do Mundo (WHO, 2002). Para além disso, este é um fenómeno social resultado do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade e do aumento da média de vida. Torna-se então uma consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais, envolvendo reformulações nas políticas de saúde, do trabalho, lazer, qualidade de vida e segurança social (Costa, Santana & Lopes, 2013; OCDE, 2015).

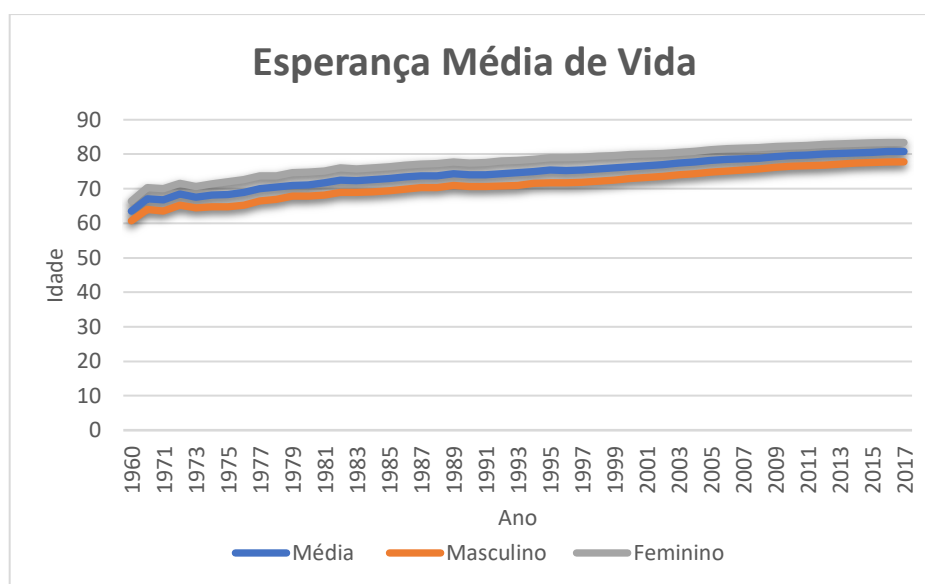


Figura 2: Evolução do indicador da esperança média de vida em Portugal desde 1960 até 2017. Adaptado de Pordata (2019).

2. Principais medidas implementadas no setor da saúde no final do século XX e XXI

Até ao momento atual e a partir do início dos anos 2000, o principal objetivo do Sistema de Saúde português prende-se com a necessidade de expandir e reorientar as políticas definidas anteriormente, uma vez que se tem deparado com problemas de sustentabilidade financeira. Assim, a criação de medidas que façam com que o ritmo do crescimento da despesa pública em saúde abrande, foi e é impreterível. Deste modo, desde 1990 existem as taxas moderadoras, sendo que ao longo dos anos, estas, que são consideradas medidas de responsabilidade individual no financiamento direto da saúde, têm vindo a aumentar (Sousa, 2009).

O início do século XXI ficou marcado pela experimentação de novas tipologias de organização nos cuidados de saúde primários. Desde logo, o regime remuneratório experimental

(Decreto-lei nº 117/98), que passou a exigir entre profissionais a complementaridade e intersubstituição, tendo estes que partilhar a sua organização laboral, os sistemas de informação e um plano de ação anual, mantendo atualizadas as listas de utentes inscritos (Costa, Santana & Lopes, 2013). Quanto à reconfiguração de redes de cuidados de saúde primários e continuados, a criação das USF constituiu-se como um marco de elevada importância concretizando politicamente o idealizado (Marques & Macedo, 2018; Teixeira, 2012).

No início do séc. XXI surgiram várias reformas com o intento de reestruturar os sistemas de gestão e organização dos cuidados de saúde no contexto hospitalar e da saúde primária. Vários hospitais públicos foram transformados em S.A e, posteriormente, em E.P.E., pretendendo a empresarialização, aumentar a pressão para o cumprimento de requisitos de padrões de qualidade e externalização de serviços por via sobretudo das parcerias público-privadas. Surgiram também os Centros Hospitalares que visavam uma gestão mais racional e eficiente dos cuidados a prestar às populações. Passou a verificar-se a contratualização entre Estado e hospitais públicos e a imposição de uma gestão por objetivos (Marques & Macedo, 2018).

Segundo Sousa (2009), atualmente o Governo desempenha um papel mais semelhante a um gestor do que a um prestador, uma vez que contratualiza serviços de saúde e introduz métodos de gestão privada nos hospitais. Deste modo, o SNS pretende “promover a eficiência do sistema através da criação de um quase-mercado esbatendo as fronteiras entre o sector público e privado”, tornando o setor público mais semelhante ao privado, no que concerne à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade. Esta reforma do sistema de saúde baseia-se na ação da concorrência como agente de mudança e que levará à eficiência do mesmo, aumentando a concorrência entre serviços prestadores de forma a promover uma melhor utilização de recursos e proporcionar melhores serviços aos cidadãos. O SNS passa assim, a ser constituído por hospitais do Setor Público Administrativo, hospitais de natureza empresarial, hospitais SA e hospitais privados (Lei nº 27/ 2002).

Com esta nova política, o financiamento passa a ser fortemente influenciado, não só pelo orçamento de estado, mas também pela prestação efetiva de cuidados de saúde. Pretende-se que os atos médicos sejam pagos tendo por base uma tabela de preços e que, para cada cuidado de saúde, exista um custo fixo (Sousa, 2009). Paralelamente, e como se pretende criar um mercado na área da saúde, a reforma prevê que a escolha do local da prestação de cuidados seja da total liberdade do utente. Esperando-se com isto que esta liberdade aumente do lado da oferta a qualidade dos serviços (Araújo, 2005).

Pela primeira vez, em 2004, surge em Portugal uma medida pioneira que pretende maximizar os ganhos em saúde, o PNS. O PNS 2004-2010 identificou o estado inicial de saúde, definiu prioridades estratégicas, programas de ação, indicadores e metas a alcançar, englobando 18 programas nacionais de saúde. Neste esclarece-se os princípios orientadores e as estratégias para que sejam alcançadas melhorias nos resultados em saúde (Alto Comissariado da Saúde, 2005). Deste plano adveio a Reforma Hospitalar (centrada no processo de empresarialização dos

hospitais do SNS), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (de forma a responder às necessidades dos doentes crónicos e em situação de dependência e cuja situação de saúde não requer o internamento hospitalar) e na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (criando as primeiras Unidades de Saúde Familiar e, em 2008, a instituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde, cuja missão é prestar cuidados primários à população de uma determinada área geográfica) (Sarapioni, 2017; Costa, Santana & Lopes, 2013). Acabaram por surgir os cheque-dentista, procriação medicamente assistida, os centros hospitalares e recomposição da oferta de serviços de maternidade, de urgência-emergência a respetiva rede de transporte de doentes, com a inovação dos sistemas de prevenção secundária (vias verdes) para doentes em risco de enfarte ou acidente vascular. Estas medidas foram realizadas em contexto de contenção financeira e registaram continuação ou até melhoria significativa dos indicadores de resultados que lhes são associadas (Campos, 2011). Criaram-se também as parcerias público-privadas para a construção de novos hospitais, a atualização das taxas moderadoras, o encerramento de blocos de partos em vários hospitais, a criação de centros hospitalares, a contratualização da atividade, a reorganização de serviços de urgência, a liberalização da venda de medicamentos e a revisão dos preços das convenções (Simões, 2008; Alto Comissariado da Saúde, 2005). Após o término deste plano, foi desenvolvido um outro de 2012-2016, que, entretanto, foi alargado até 2020.

A última década ficou marcada pela criação em 2012 da Administração Central do Sistema de Saúde, que tem como missão: assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do mesmo; proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento integrado em saúde; promover a inovação e eficiência do SNS; disponibilizar informação do sector (nas áreas da sua intervenção); e articular com as ARS, no domínio da contratação da prestação de cuidados (ACSS, 2019).

Por último e mais recentemente, em 2017, o processo de contratualização nos Cuidados de Saúde Primários sofreu uma reformulação estratégica, passando a assentar num novo modelo concetual que retira o foco da negociação de metas de indicadores estabelecidos, para a prossecução de resultados em saúde num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, bem como no desempenho das organizações, considerando as suas diferentes áreas e dimensões (ACSS, 2017). Ou seja, ao invés da negociação se centrar apenas na seleção de indicadores e metas, passa a centrar-se no percurso evolutivo da unidade. Para isso, a contratualização é suportada por uma série de instrumentos (novos ou reestruturados), entre os quais, o Plano de Ação das unidades funcionais, que é definido plurianualmente (3 anos) e que inclui planos de atividades e de formação para a aplicação dos incentivos monetários institucionais, e os Planos de Desempenho das ACES. Por fim, as alterações do novo modelo de contratualização introduzem uma importante medida de contenção financeira para o Sistema de Saúde que prevê a definição de um teto máximo para os incentivos institucionais fixado anualmente por despacho. Assim, o valor do incentivo institucional de cada unidade é uma proporção do valor nacional,

consoante o número de unidades com níveis de capitação e de desempenho semelhantes ou mais elevado (OPSS, 2019).

3. Sistema de saúde público e privado em Portugal

Atualmente o sistema de saúde português é caracterizado pela presença simultânea do SNS e de vários subsistemas de assistência que garantem uma dupla cobertura tais como: a ADSE, subsistemas do setor público de proteção social aos trabalhadores em funções públicas; os subsistemas voluntários; e pelos subsistemas de seguros de saúde privados (Barros, Machado & Simões, 2011; Sarapioni, 2017). Nas últimas décadas, o setor privado da saúde tem vindo a crescer de uma forma expressiva em Portugal, através da abertura de hospitais, centros de cuidados médicos e institutos (Augusto Mateus & Associados, 2017).

Segundo Augusto Mateus e Associados (2017) e Oliveira e Pinto (2005), ao longo do tempo, vários foram os fatores que contribuíram para que o sistema privado se desenvolvesse. Para tal, contribuiu: a mobilidade de profissionais entre o SNS e o setor privado; os médicos trabalharem no público e no privado em simultâneo; a criação de unidades privadas, a contratualização do setor privado pelo público, criação de programas para recuperação de listas de espera e a implementação de um sistema de deduções fiscais. Por outro lado, a procura da oferta privada, surge na sequência de uma resposta rápida a doentes cirúrgicos, à maior facilidade em realizar exames complementares de diagnóstico e terapêutica, à incapacidade de resposta por parte do SNS, à cobertura de determinadas especialidades existentes maioritariamente no privado (medicina dentária) e à relação entre os privados e as sociedades de seguros. Tendo estas vindo a desempenhar um papel de relevo no financiamento das despesas em Saúde, sobretudo desde o início da crise económica e também por causa do nível superior de conforto mais elevado aquando da necessidade de serviços hospitalares. Este crescimento também se deve ao definido na Lei de Bases da Saúde, onde consta a possibilidade e facilitação na mobilidade de profissionais para o privado, na criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento (Lei nº 48/90).

A diferença major entre a gestão pública e privada está amplamente relacionada com o contexto político em que se inserem. O setor público pretende-se a satisfação das necessidades coletivas dependendo amplamente da administração pública e do poder político, enquanto que no setor privado a orientação está amplamente relacionada com o seu mercado e com as suas leis, de modo a satisfazer as suas necessidades (Marreiros, 2007).

Estudos realizados ao longo dos anos verificaram que existe uma diferença na eficiência produtiva quando se comparam hospitais públicos e privados, podendo estas estar relacionadas com a definição de objetivos e incentivos. Deste modo, os hospitais com fins lucrativos pretendem maximizar os lucros, desenvolvendo ações para potenciar a sua otimização, prevendo-se assim que este tipo de hospital demonstre um maior nível de eficiência, quando comparado aos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos. Podendo este facto estar relacionado com o facto da não

existência de um proprietário concreto, estando deste modo o foco diretamente ligado ao interesse público (Moreira, 2011)

Na gestão privada é evidente uma maior flexibilidade na gestão de recursos humanos, podendo contratar com maior liberdade. Ao passo que num hospital público, a gestão está mais centralizada, não existindo flexibilidade na gestão de recursos humanos (Moreira, 2011).

No que concerne à remuneração, em julho de 2017, os funcionários da administração pública ganhavam, em média, 1686 euros por mês, sendo aproximadamente mais 500 euros do que a remuneração média no setor privado, que, no final de 2016, rondava os 1150 euros mensais. No entanto, esta diferença explica-se pelo facto das qualificações e da antiguidade serem mais elevadas no setor do público (Mercer, 2013). Um estudo realizado por Maia (2012) não encontrou diferenças significativas no que concerne à satisfação dos enfermeiros a trabalharem no setor público comparativamente com aqueles que trabalham no setor privado, excetuando no que toca aos aumentos salariais. Um enfermeiro do setor privado na mesma posição de um a trabalhar no setor público pode auferir um salário maior. De ressaltar que este estudo foi realizado durante os anos de crise económica e de congelamento na progressão da carreira.

Relativamente às características e aos serviços oferecidos dos diferentes hospitais, podemos afirmar que tanto o setor público como o privado são extremamente semelhantes, sendo que no público existem mais serviços, no entanto, os principais encontram-se garantidos nos dois setores, não havendo diferenças de fundo entre os dois neste âmbito (Sousa, 2018).

De forma esquematizada, várias são as diferenças entre o público e o privado, que importam referir e que interferem no funcionamento dos vários setores:

Tabela 1: Sistema público vs. privado: diferenças (Miles, 2004, adaptado de Koch e Hauknes, 2005).

	Público	Privado
Princípios de organização	Promulgação de políticas públicas.	Procura de lucro, estabilidade e aumento de receitas.
Estruturas organizacionais	Sistema complexo de organizações.	Empresa com uma organização hierárquica.
Medidas de atuação	Múltiplos indicadores e metas de desempenho.	Retorno do investimento.

Relações com os utilizadores finais	Os utilizadores são os cidadãos.	Os clientes são os consumidores, vistos como utilizadores finais dos seus produtos.
Horizonte temporal	As inovações devem ser realizadas dentro do período eleitoral.	Definição de objetivos a curto prazo

O SNS português baseia-se no modelo de administração pública Portuguesa, de onde os Hospitais e os centros de saúde são considerados públicos e financiados pelo Governo e cujos trabalhadores integram predominantemente o regime da Função Pública. No entanto, a empresarialização hospitalar é uma medida associada às políticas de modernização e revitalização do SNS que pressupõe a adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades dos utentes (Moreira, 2011).

A New Public Management (NPM) surgiu nos finais dos anos 1970 como um modelo de gestão pública com a introdução de mecanismos do tipo mercado, avaliação de desempenho nos serviços públicos. Em Portugal, a reforma da administração pública estendeu-se ao setor da saúde, verificando-se ao nível do desenvolvimento de mercados internos ou quase mercados, com o objetivo de promover a competição e uma concorrência saudável entre as unidades públicas de prestadoras de cuidados. Ocorreu uma separação entre o Estado como financiador/prestador de serviços e o Estado como regulador, promovendo a contratualização. Pretendendo-se, deste modo, uma racionalização de recursos, melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, aumentando o controlo dos custos e uma melhoria na produção hospitalar (Nunes & Harfouche, 2015). Deste modo, em 2002 aprovou-se o novo regime de gestão hospitalar (Lei no 27/2002), transformando 34 hospitais do SNS em 31 hospitais S.A. Assim, essas unidades de saúde ficaram a ser responsáveis pelo seu capital próprio, ativos e passivos, como uma empresa com características de sociedade anónima. Posteriormente, em 2005, ocorreu a transformação dos 31 hospitais S.A. e 5 hospitais SPA, em Hospitais E.P.E. (Decreto-Lei nº 93/2005), tendo-se assistido desde então à fusão de hospitais em centros hospitalares e à criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) com estatuto E.P.E.

Como anteriormente referido, no início do século foi implementado um novo regime jurídico para a gestão hospitalar, passando assim, a rede do Sistema de Saúde Português, a ser composta pelos hospitais SPA, EPE, SA e estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos, sendo o SNS livre de realizar as suas escolhas, tanto no setor público como no privado (Silva, 2015). Foram também assinados diversos contratos de PPP no pressuposto da obtenção de melhores serviço, sendo que, com o objetivo de dividir os riscos. Na sequência da empresarialização do setor hospitalar, surgiram os Contrato-Programa entre o Estado e as entidades prestadoras de cuidados de saúde (Ministério da saúde, 2008). Estes permitem que o hospital programe a sua atividade e

possibilita uma melhor gestão orçamental ao SNS, uma vez que é determinada a quantidade de serviços clínicos que irão ser disponibilizados aos utentes, bem como a despesa necessária a efetuar (Harfouche, 2008)

Relativamente às entidades EPE, verifica-se que estas se caracterizam por ter um financiamento de natureza prospetiva baseado na produção efetiva, as entidades SPA por um financiamento de natureza retrospectiva baseado em custos históricos e o financiamento das ULS é atribuído segundo o sistema de pagamento por capitação (Garrido, 2012).

De acordo com ACSS (2010), o financiamento das organizações de saúde no setor público envolve a negociação entre a ACSS, a ARS e as entidades prestadoras dos cuidados de saúde, estando o financiamento dos hospitais do SNS dependente da produção, convergência, incentivos e outros programas.

No que concerne ao acesso aos cuidados de saúde, importa considerar os dois conceitos de equidade existentes, a equidade vertical, que se refere a um tratamento diferente, mas apropriado, aos indivíduos em situações de saúde divergentes e a equidade horizontal que diz respeito a um idêntico tratamento perante as mesmas necessidades (Wagstaff & van Doorslaer, 2000, citado por Nunes, 2012). Garantindo-se por isso uma igual oportunidade no acesso aos cuidados de saúde independentemente das características sociais e financeiras do cidadão.

Em Portugal, constata-se a existência de desigualdades no acesso à saúde, fortemente influenciadas pela diferença na concentração dos recursos de saúde, sobretudo em especialidades de média e alta complexidades, que se concentram principalmente nos distritos do Porto, Coimbra e Lisboa. As desigualdades regionais no que concerne ao acesso a especialidades médicas e a cuidados de saúde hospitalares não diminuíram entre 2000-2009. (D'Uva, 2010 citado por Serapioni, 2017). As desigualdades em saúde aumentam pela inevitável seleção da casuística (desnatação) e pela fatal diferenciação de tabelas de serviços e correspondentes práticas seletivas que as unidades privadas tendem a adotar, como forma de segmentação do seu mercado (Campos, 2011). Atualmente, a equidade é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, uma vez que a OMS defende que todo o indivíduo deve ter a possibilidade de atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que os determinantes económicos e sociais de cada um influenciem, de forma decisiva, a consecução desse objetivo (Furtado & Pereira, 2010).

A existência de uma proporção considerável da população que pode usufruir de uma dupla cobertura, por meio das diferentes tipologias de subsistemas de saúde (SNS e outro subsistema/seguro), revela a presença de desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Deste modo, os beneficiários dos subsistemas privados têm uma maior possibilidade de utilizar serviços e especialidades médicas em comparação com os beneficiários do SNS, podendo-se falar da falta de equidade no acesso à saúde (Barros, Machado & Simões, 2011; Sarapioni, 2017).

As iniquidades têm origem, não só nos determinantes sociais da saúde (trabalho, educação, estrutura familiar), influenciados pelas políticas públicas, sociais e macroeconómicas, como também nos estilos de vida e, determinadamente, no acesso aos cuidados de saúde, considerando-se que em Portugal existe uma desigualdade de oportunidade de acesso a consultas de especialidade, pois para idênticos níveis de necessidade, os utentes com maior rendimento encontram-se mais favorecidos (Nunes, 2012; Furtado & Pereira, 2010).

Miguel e Bugalho (2002) referem que as iniquidades em saúde podem ser moldadas mediante a implementação de políticas externas e internas ao setor que promovam a equidade global e a equidade no acesso, na qualidade e na utilização dos cuidados de saúde.

4. Financiamento do setor público e privado nos cuidados de saúde

Desde a instituição do Serviço Nacional de Saúde em Portugal verificaram-se variados problemas, nomeadamente, o subfinanciamento, a concentração de recursos no setor hospitalar, a escassa coordenação entre cuidados primários e secundários, além das desigualdades no acesso (Bentes, Dias, Sakellarides & Bankaus-Kaite, 2004).

De forma geral, os países da OCDE têm-se debatido ao longo dos anos com insuficiência de fundos para o financiamento do setor da saúde, em grande parte devido ao crescimento das despesas em saúde de uma forma superior e desproporcional ao ritmo do crescimento da riqueza dos países (Simões, 2008).

Segundo o Relatório para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, elaborado por Simões et al. (2007), os fluxos financeiros no Serviço de Saúde circulam entre três tipos de entidades: a população, os financiadores e os prestadores de cuidados de saúde (Figura 3).

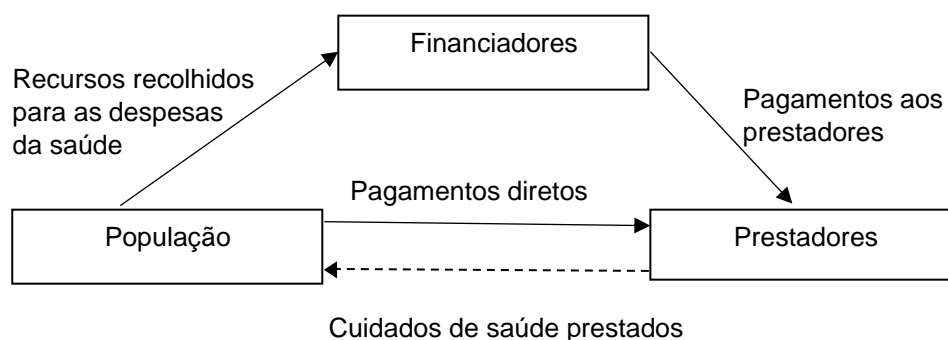


Figura 3: Fluxos financeiros no Sistema de saúde. Retirado de Simões et al. (2007).

Antes de 1971, os cuidados individuais de saúde prestados eram pagos na totalidade pelo utente ou familiares responsáveis, no entanto, a população no ativo que fosse beneficiária da Previdência Social tinha os encargos pagos, sendo os remediados eram comparticipados pelos

municípios. A partir de 1979, todos os serviços públicos de saúde passaram a ser financiados exclusivamente pelo Orçamento do Estado, ou seja, por impostos (Campos, 2011). A criação, em 2004, das taxas moderadoras no acesso às consultas, meios complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas, teve como intenção diminuir a procura desnecessária e excessiva e também contribuir para o financiamento do setor da saúde (Moreira, 2011).

No que concerne ao financiamento hospitalar, no início dos anos 80, o modelo de pagamento era retrospectivo, ou seja, o financiamento era baseado na despesa histórica, tendo passado, nos anos 90, para um sistema de financiamento prospetivo com a adoção de orçamentos hospitalares com o intento de controlar os gastos hospitalares e aumentar a eficiência dos serviços. Desde então, o financiamento tem por base a despesa histórica e a produção (Bentes, 2003; Carvalho, 2010). Deste modo, a principal fonte de receita dos Hospitais públicos é o SNS, que atualmente contrata produção, através dos contratos programa que se baseiam no pagamento por ato ou episódio, com base na definição das linhas de produção (consultas externas, urgências, internamento, hospital de dia e outros) e onde se estipula a maioria dos limites definidos para a produção a realizar (Moreira, 2011).

Atualmente, o Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal é misto, como nos outros países da OCDE, verificando-se uma contribuição do Estado e das famílias para o pagamento dos custos com a saúde, realizando-se o financiamento através da contribuição via impostos, pagos pelos indivíduos e pelas empresas de acordo com o rendimento, seguro públicos e privados e os pagamentos diretos por parte dos utilizadores (Moreira, 2011).

No entanto, os subsistemas públicos, os privados e os pagamentos diretos das famílias também se constituem como fontes da origem dos recursos financeiros para suportar as despesas de saúde em Portugal. Ao longo dos tempos tem-se constatado uma evolução positiva no mercado de seguros voluntários, verificando-se uma grande expansão baseada na complementaridade e suplementaridade (Barros, 2005; Simões et al., 2007). Simões (2008) constatou que em 2004, cerca de 23,5% da despesa total em saúde era devida a pagamentos diretos, e que apenas 1% da despesa se deve aos pagamentos particulares no setor público (taxas moderadoras).

Em Portugal, as despesas correntes em saúde são maioritariamente financiadas pelo setor público, sendo o financiamento privado cada vez mais relevante, contrariamente ao verificado na OCDE. Atendendo à despesa de saúde per capita, esta tem vindo a aumentar, mas a um ritmo inferior ao verificados na OCDE. No entanto, a percentagem de despesa em saúde no PIB tem sido superior à média da OCDE, uma vez que Portugal produz menos riqueza. De referir que a despesa em saúde out-of-pocket das famílias tem aumentado, em contraciclo com a OCDE (Augusto Mateus & Associados, 2017). Tavares (2008) apresenta um modelo sobre a estrutura do financiamento da saúde em Portugal (Figura, 1).

Tendo por base os dados mais recentes do INE, o impacto dos subsistemas públicos de saúde no Orçamento de estado tem vindo a diminuir, nomeadamente no que concerne à ADSE, que em 2009 apresentava um impacto de 595 milhões de euros e passou em 2011 para um impacto de 31 milhões de euros. Os restantes subsistemas, a SAD e ADM, também diminuíram o seu impacto, mas de forma menos significativa (ERS, 2011).

Cerca de quarenta por cento da população dispõe de um subsistema de saúde público (ex.: ADM, Ministério da Justiça, ADSE), privado ou um seguro de saúde (individual ou de grupo). Considerando que nestas formas de financiamento do setor da saúde existe uma tendência para a prestação dos serviços ser no setor privados, verifica-se a importância do sector privado assume no Sistema de Saúde em Portugal (Augusto Mateus & associados, 2017).

O número de hospitais privados tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, ao contrário do número de hospitais públicos, que têm vindo a diminuir desde 2010 e logo após um crescimento exponencial em 2009, relacionado com a criação das PPP. Considerando o balanço entre estas entidades, no geral, o número total de hospitais tem-se mantido estável desde 2010 (figura 5).

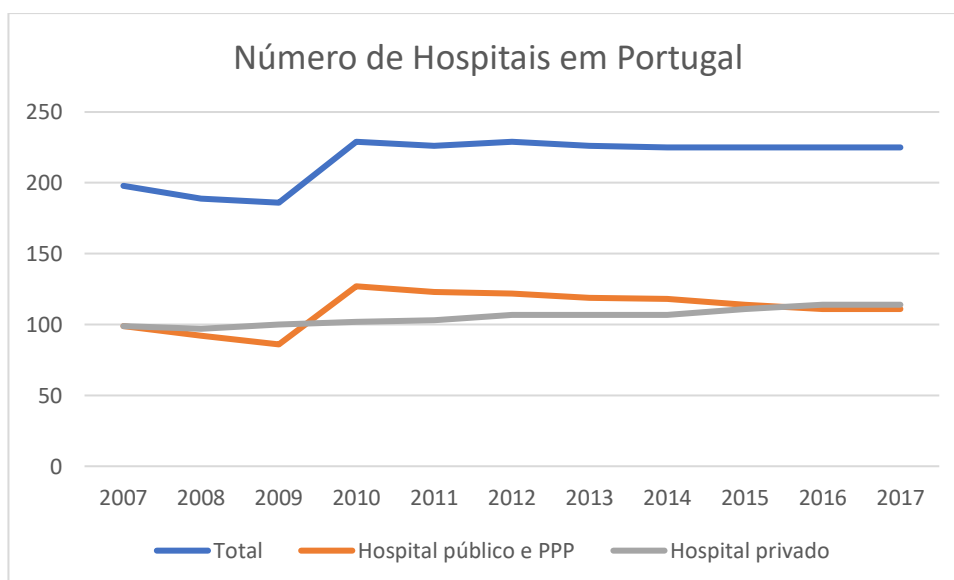


Figura 5: Evolução do número de Hospitais na última década. Adaptado de INE (2019).

Constatando-se que o setor privado tem vindo a aumentar a sua relevância na prestação de cuidados de saúde, em 2017 existiam cerca de 79 mil empresas, 130 mil colaboradores e 5,7 mil milhões em faturação. Tendo os quatro maiores grupos da hospitalização privada portuguesa ascendido a 1.270 milhões de euros de faturação em 2014, gerando um volume de negócios correspondente a cerca de 15% do sector privado da saúde, a 25% das atividades de prática médica com internamento e ambulatório e a 58% das atividades de prática médica com internamento (Mateus, Ramalho, Oliveira, Rodrigues & Ferreira, 2017).

O facto de os privados manterem uma relação de cooperação com os subsistemas de saúde e com as seguradoras, permite que as entidades privadas tenham um volume de clientes significativos. Os subsistemas e as seguradoras permitem dar aos seus clientes um tratamento diferenciado, liberdade de escolha e prioridade no acesso. A criação de programas de cooperação entre o setor público e privado, nomeadamente no combate às listas de espera cirúrgicas, o SIGIC, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as PPP, também incitaram ao crescimento do setor privado (Augusto Mateus & Associados, 2017).

Entre 2009 e 2015 (figura 6) verificou-se um decréscimo de 0,9 p.p. na despesa em saúde, tendo o financiamento do Estado recuado 0,8 p.p. e continuando desde então a diminuir.

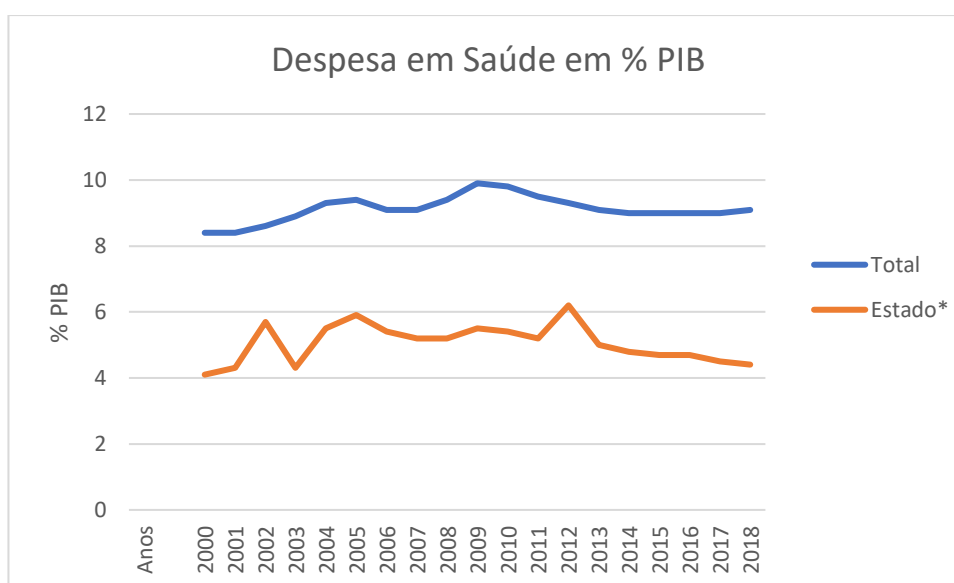


Figura 6: Evolução da despesa em saúde em relação ao PIB. (* Estado engloba apenas algumas das entidades consideradas públicas, não correspondendo à totalidade da despesa pública). Adaptado de Pordata (2019).

Por tudo o referido anteriormente e considerando a combinação pública- privada necessária para a sustentação do Sistema de saúde em Portugal, Costa, Santana e Lopes (2013) esquematizam a combinação entre o financiamento e a prestação no que concerne ao público e ao privado (tabela 2), de modo a melhor se perceber o financiamento da saúde em Portugal.

Tabela 2: Matriz de combinação prestação/financiamento público/privado na saúde. Adaptado de Costa, Santana e Lopes (2013).

		Financiamento	
		Público	Privado
Prestação	Público	Contratos-programa; Portaria GDH (tabela de preços para os sistemas de saúde públicos)	Portaria GDH (tabela de preços para os subsistemas de saúde e seguradoras)
	Privado	Regime convencionado (com o SNS e ADSE)	Tabelas de preço para privado e seguradoras

5. Impacto da crise económica no setor da saúde

A crise económica internacional teve um maior impacto em Portugal entre 2009 e 2012, que originou um pedido de ajuda externa ao Banco central Europeu, à Comissão Europeia e ao Fundo monetário Internacional. Nesta sequência, adveio a construção de um programa de ajuste económico e financeiro e conseqüentemente a assinatura do primeiro Memorando de Entendimento, a 3 de maio de 2011, como condição do empréstimo de 78 mil milhões de euros. Este foi desenhado com o intento de recuperar a competitividade da economia Portuguesa, equilibrar os desequilíbrios externos e construir bases para o desenvolvimento da economia Portuguesa (Simões, Augusti, Fronteira & Hernandez-Quevedo, 2017). Aquando da sua assinatura, foi referido várias causas para a crise vivenciada, nomeadamente, a proteção excessiva à produção bens e serviços não transacionáveis, a rigidez do mercado de trabalho (mantida pela existência de subsídios de desemprego elevados) e a evolução salarial superior aos ganhos de produtividade, tudo agravado por uma baixa qualificação média da mão-de-obra e um deficiente funcionamento da justiça.

A Intervenção foi na sequência do defendido pelo Fundo Monetário Internacional, o FMI. Assim sendo, pretendia-se alcançar um reequilíbrio da balança de pagamentos, o que poderia ser conseguido através de uma rarefação da procura interna que forçaria o abrandamento das importações e uma reorientação do investimento para bens transacionáveis. Acordou-se assim, que as medidas de austeridade, deveriam promover: uma redução do défice de transações correntes de 9% do PIB em 2010, para 3,4% em 2014; uma redução do défice orçamental 9,9% do PIB em 2010 para 3,4% em 2014; uma subida da dívida pública de 93% do PIB em 2010 para um pico em 2013 de 115,3% e iniciando desde aí uma trajetória descendente; e uma subida da taxa de desemprego de 11% em 2010 para um máximo em 2012 de 13,4% e descendo desde aí até 12% em 2014 (FMI, 2011).

O Memorando de Entendimento não determina o modelo de organização dos serviços de saúde, apenas refere a necessidade da prossecução das políticas iniciadas anteriormente. Nomeadamente a criação de unidade de saúde familiar, empresarialização de pequenos e médios

hospitais em centros hospitalares de gestão integrada ou única, a política de genéricos e de redução dos custos de distribuição dos medicamentos nas farmácias de venda ao público, a criação de tetos às deduções fiscais (*opting out*) nos gastos privados em saúde e a reconversão da ADSE numa entidade autossustentável (Barros, 2014).

A Reforma que o estado Português sofreu tinha por base a sua reestruturação e foi concretizada através de um forte corte e desinvestimento nas principais áreas do Estado Social – na Educação, na Saúde e na proteção social. No Memorando de entendimento pode ler-se que, no que respeita ao setor da saúde, a programação de uma reforma global que melhorará a eficiência e a eficácia na saúde e nos sistemas de cuidados de saúde. Prevê-se um aumento das taxas moderadoras e uma quase extinção das isenções, até ao último trimestre de 2011. Também surge como objetivo a criação de um modelo autossustentável para os benefícios na saúde dos funcionários públicos (FMI, 2011).

Foram tomadas algumas medidas principais que influenciaram o mercado da saúde. Passou a ser estipulado o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado (60% do produto de marca); revisão dos preços de referência; prescrição eletrónica de medicamentos obrigatória no público e privado acompanhado de melhoramento do sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e de diagnósticos; incentivar a prescrição de genéricos; existência de regras na prescrição de medicamentos e na realização de exames de diagnóstico; alteração da margem de lucro das farmácias; Criação da autoridade central de compras (SPMS) para uma contratação centralizada de produtos médicos; Estipulou-se também como objetivo o reforço do sistema de saúde primário (em número e capacidade de atendimento) com o intento de diminuir a consultas desnecessárias em médicos especialistas (FMI, 2011).

A nível da reorganização do sistema hospitalar, várias foram os serviços e serviços de urgência que encerraram, uma vez que a maioria das instituições hospitalares que prestavam os mesmos serviços e especialidades passam a ser encaradas como um desperdício de recursos. O ajustamento da oferta hospitalar regional tendo em consideração os novos hospitais construídos em regime de PPP, a reorientação das atividades de alguns hospitais e a reestruturação dos serviços de urgência foram medidas primordiais do memorando. Em termos de cuidados de saúde primários, é esperado que o Governo consiga reduzir o recurso desnecessário por parte dos utentes a serviços de urgência ou consultas de especialidade. Garantir médicos em áreas mais carenciadas e aumentar o número máximo de doentes distribuídos por médico de família (Moreira, 2016).

O memorando contempla ainda que anualmente deverá ser atualizado o inventário de profissionais de saúde e de recursos humanos, bem como a sua afetação ao longo dos anos. Por último, acrescenta ao primeiro documento, que deverão ser revistas as tabelas remuneratórias das horas extraordinárias e promover novas diretrizes para aumentar a mobilidade dos profissionais dentro das ARS (FMI, 2011).

Tal como anteriormente referido, várias foram as medidas implementadas no setor de saúde com a assinatura do Memorando de entendimento. Os encargos para o usuário do SNS aumentaram com a subida das taxas moderadoras. Assim, e mais concretamente verificou-se: um aumento nas taxas aplicadas a algumas vacinas, passando de taxas de 1 euro para taxas entre os 50 e os 100; verificou-se um aumento das declarações médicas de incapacidade para 50 euros e médico de recurso para 100 euros. Estas medidas implicam que caso o cidadão com deficiência pretenda obter benefícios sociais e fiscais tem de pagar muito mais que anteriormente, verificando-se mais uma vez uma maior vulnerabilidade dos mais desfavorecidos (Mladovsky, Srivastana, Cylus, Karanikolos, Evetonits, Thomson & Mckee, 2012).

Apesar de as medidas referentes à prescrição e monitorização de medicamentos serem medidas de carácter estrutural, pode-se constatar que foram cumpridas. A despesa com medicamentos, desde há uma década que contribuía em grande escala para a despesa com saúde. Pode dizer-se que no que respeita a esta área, os objetivos traçados no Memorando de entendimento foram implementados com sucesso, muito devido ao facto de a introdução de genéricos no mercado se traduzir como um importante foco de poupança que é ampliada sempre que outros produtos perdem os seus direitos de exclusividade devido à expiração das respetivas patentes (Alves, 2011). Paralelamente, a política de medicamento baseada na promoção do mercado de genéricos e no sistema de preços de referência, surge como resposta à pressão crescente para a contenção da despesa com os medicamentos, comum à maioria dos países da União Europeia. O aumento das despesas com a sobreprescrição ou práticas de prescrição inadequadas têm evidenciado limites a esta política quanto ao seu potencial de redução do crescimento da despesa pública e privada com os medicamentos a médio e longo prazo. Além disso, mantém-se as práticas de diminuição das comparticipações em medicamentos, aumento das taxas moderadoras, limitação da utilização de meios complementares de diagnóstico, entre outras (Marques & Macedo, 2018). Paralelamente, antes de 2011 tinha sido aprovada uma lei que pretendia financiar a 100% alguns antidepressivos, antipsicóticos e alguns fármacos para o tratamento de doenças mentais graves. No entanto, foi revogada, passando a existir o pagamento por parte do utilizador de 5-10% da totalidade do custo (Mladovsky, Srivastana, Cylus, Karanikolos, Evetonits, Thomson & Mckee, 2012).

No que respeita à reforma hospitalar programada, a posterior avaliação aponta falhas associadas à resistência na reclassificação das instituições hospitalares, à baixa mobilidade dos profissionais, à realocação ou partilha de equipamento e na centralização de decisões que deveriam ser regionais. (European Commission, 2014). Em relação às medidas planeadas para os cuidados de saúde primários, a criação de UCSP e as USF aumentou, no entanto ficou aquém das expectativas. No entanto, esta medida foi considerada como positiva por disponibilizar aos cidadãos serviços de proximidade (Moreira, 2016). Não obstante, não se verificou o aumento do número de médicos em zona carenciadas, continuando a existir utentes sem médico de família (OPSS, 2013).

Segundo OPSS (2013), os objetivos traçados no que concerne à despesa com pessoal e ao custo de materiais constituíram-se boas medidas para a sustentabilidade para o SNS, nomeadamente a redução de remunerações, inexistência de concursos, extinção dos subsídios de férias e natal.

O aumento desde o início de 2012 das taxas moderadoras contribuiu para aumentar ainda mais as barreiras no acesso aos cuidados de saúde (Barros, 2012 em Sarapioni, 2017), verificando-se que as medidas tomadas afetam sobretudo os grupos mais vulneráveis da população, nomeadamente o número crescente de pessoas em situação de desemprego (Bentes, Dias, Sakellarides & Bankaus-Kaite, 2004).

A situação de crise vivida na Europa, foi aproveitada por muitos dos países para promover ganhos de eficiência, sobretudo no sector hospitalar e farmacêutico. O constante crescimento da despesa em saúde e apenas o foco em melhorar a eficiência dos serviços, não permite assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde, verificando-se um escasso investimento na promoção da saúde e da prevenção da doença (Morgan e Astolfi, 2013).

Após o nomear e caracterizar as medidas tomadas durante os anos de crise económica e tendo por base as políticas acordadas com a assinatura do Memorando de entendimento, importa perceber algum do impacto na funcionalidade do SNS. Assim sendo, e como se pode ver na figura 7, durante os anos de crise o nº de internamentos por cada mil habitantes nos Hospitais do SNS teve um decréscimo visível e acentuado. Esta diminuição está amplamente relacionada com a diminuição do número de camas (figura 8) nos hospitais ao serviço do SNS. No entanto verifica-se uma diminuição continua e progressiva desde o início do século XXI, tendo apenas se verificado apenas um pequeno aumento desde 2016. No ano de 2012 verificou-se um pequeno pico no aumento de camas que influenciou positivamente o nº de internamentos.

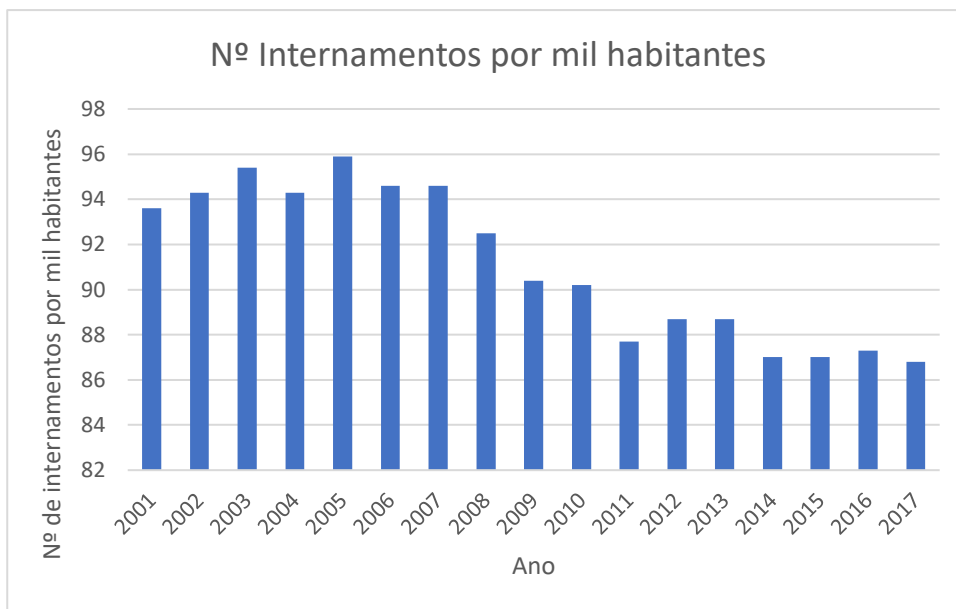


Figura 7: Número de internamentos em hospitais da rede do SNS desde 2001 até 2017. Pordata (2019).

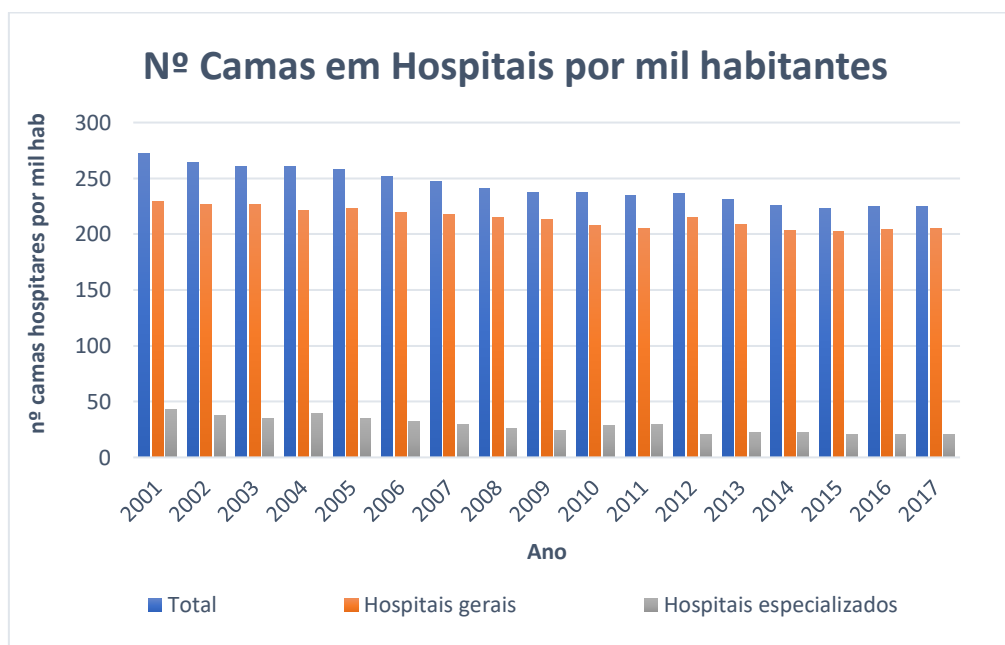


Figura 8: Número de camas disponíveis em hospitais do SNS desde 2001 até 2017. Baseado em Pordata (2019).

Por outro lado, analisando o número de consultas e de episódios de urgência (figura 9), é possível constatar que o número de consultas em hospitais do SNS por mil habitantes tem vindo a aumentar ao longo dos anos, não tendo sofrido impacto com os cortes orçamentais durante os anos de crise, nem com as medidas de reestruturação do SNS, considerando-se até que o impacto foi bastante positivo. Em relação ao número de urgências tem tido um comportamento linear ao longo dos anos, não sendo significativas as mudanças durante os anos de crise económica.

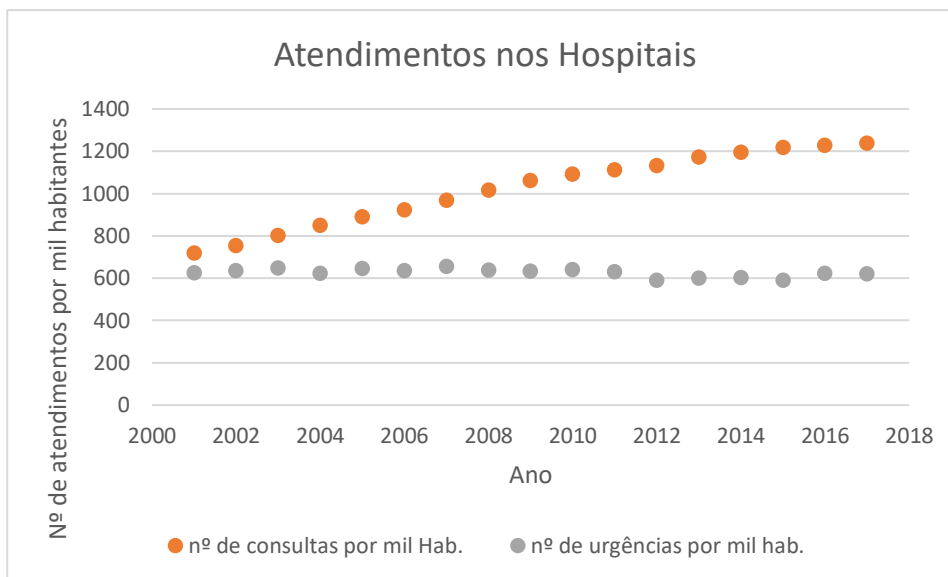


Figura 9: Número de atendimentos em consultas e em urgências por mil habitantes nos hospitais do SNS de 2001-2017.

6. Sistemas de saúde internacionais

De uma forma geral, existem dois modelos pelos quais os sistemas de saúde existentes se basearam, o Bismarkiano e o Beveridgeano, com origem na Alemanha e no Reino Unido, respetivamente. O Modelo de Bismarck, defende o acesso universal sustentado no esforço contributivo dos empregadores e dos empregados. Neste, existe um modelo de saúde social composto por entidades públicas e privadas, sendo o Estado responsável por assegurar o funcionamento dos seguros e das prestações. Posteriormente, em Inglaterra, foi criado o Modelo de Beveridge tendo por base o acesso universal e gratuito, tendo por base o financiamento por impostos, sendo este direito independente do trabalho e do emprego. Neste modelo, o Estado tem a responsabilidade do financiamento, a posse e a gestão das unidades de saúde. Ao longo do tempo, verificou-se nos sistemas de saúde europeus problemas de eficiência, tendo a despesa gerada um impacto negativo nas variadas economias. Desde então combinou-se práticas usadas nos dois modelos (Escoval, 2003; Simões, 2004 & Harfouche, 2008).

Estes modelos serviram de base para a criação e desenvolvimento do Sistema de Saúde de vários países. No centro da Europa (Alemanha, Áustria, Holanda, Suíça, França e Bélgica) o modelo base é o Bismarkiano, sendo que os cidadãos que exercem atividade laboral e os desempregados têm de descontar uma percentagem do seu rendimento para seguros sociais, que posteriormente contratam prestadores públicos ou privados para a prestação de serviços. No Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Grécia, Itália, Portugal e Espanha a influência é Beveridgeana, o financiamento da saúde é realizado predominantemente através dos impostos com uma participação maioritariamente pública (Simões, 2008; Escoval, 2003).

Constata-se que os países da Europa Ocidental possuem sistemas baseados seguro social de saúde, sendo o sector privado importante na prestação de serviços de saúde. Os países do Norte e sul da Europa possuem serviço nacional de saúde e têm levado a cabo reformas que permitem que os serviços de saúde sejam comprados ao sector privado com dinheiro público, tendo ao longo do tempo o sector privado maior representatividade na prestação de cuidados de saúde. Por último, nos países da Europa Central e de Leste os sistemas de seguros sociais de saúde estão em crescente desenvolvimento, resultando num aumento do papel dos prestadores privados (Augusto & Mateus Associados, 2017).

No que concerne ao sistema na Alemanha, todos os cidadãos beneficiários das caixas de seguro obrigatório contribuem diretamente com valores pouco significativos para os cuidados de saúde. A cobertura de cuidados de saúde é assegurada por um sistema de seguros altamente estruturado e regulamentado que não pode facilmente ser rotulado de privado ou de público. Existem variados fundos de seguros que têm diversas fontes de contribuição e estão organizados por distrito, por atividade profissional ou por empresa (Barros e Gomes, 2002).

O sistema de saúde do Reino Unido, surgiu em 1948 em Inglaterra e tinha subjacente a garantia de cuidados de saúde gratuitos, a generalização do serviço para prevenção, diagnóstico e tratamento, a universalidade da prestação de serviços e uma qualidade de serviços igualitária para todos os cidadãos. Continua a ser considerado o paradigma de SNS e que fortemente influenciou Portugal, funcionando essencialmente através de impostos (Barros e Gomes, 2002). A criação dos Primary Care Groups, veio alterar a forma de financiamento dos serviços de saúde prestados, passando a ser atribuído um orçamento aos médicos de família que detinham a capacidade de comprar serviços a outros especialistas em função do seu orçamento. Mais tarde, os Primary Care Trusts aduziram a capacidade de gestão dos serviços e unidades de saúde (Costa, Santana e Lopes, 2013).

Nos EUA, o modelo de saúde baseia-se numa ideologia do mercado livre, no financiamento administrado substancialmente por companhias de seguro, administradoras de medicamentos, e na provisão de serviços pelos privados (lucrativos e não lucrativos) e estatais altamente comercializados. Deste modo, os cidadãos devem contratualizar um seguro de saúde que garante os cuidados que possa necessitar. Atualmente, o modelo de sistema de saúde americano caracteriza-se ainda por ter um financiamento misto (seguros e impostos), sustentado, principalmente, no sistema de contrato e no pagamento ao ato. Os pagamentos diretos não têm grande peso. Os prestadores de cuidados de saúde são, na sua maioria, privados, e a gestão dos fundos é feita pelo Estado e pelas companhias de seguros (Costa, 2013). Conclui-se que os indivíduos e os empregadores são obrigados a comprarem seguros de saúde de empresas privadas, que dão cobertura de acordo com a capacidade de compra dos contratantes (Iriart, 2016; Costa, 2013).

Na Finlândia, a saúde é financiada maioritariamente por impostos e gerida pelo governo, sendo, o sistema de saúde público finlandês universal. Não é um sistema gratuito para todos serviços, no entanto o pagamento dos serviços aos menos favorecidos, está assegurado pela sua municipalidade de residência. Existindo assim, uma distribuição mais eficiente do dinheiro arrecadado com os altíssimos impostos que são pagos pela população (Ministry of Social Affairs and Health, 2019). O financiamento e a provisão de cuidados de saúde são atualmente responsabilidade das autarquias, tendo estas obtido uma maior liberdade para organizar a prestação dos serviços, reduzindo assim, o controlo da saúde por parte do governo central (Barros & Gomes, 2002).

Atualmente, o sistema de saúde grego pode ser caracterizado como um sistema misto (público-privado) verificando-se uma coexistência entre os seguros, o social obrigatório (IKA) e um sistema de seguro de saúde privado voluntário, com o Serviço Nacional de Saúde (ESY). De facto, o ESY tem como princípios a garantia de cuidados de saúde gratuitos para todos os residentes da Grécia e a cobertura universal para a população, sob os princípios da equidade, igualdade de acesso e de coesão social. Mas regista-se uma utilização crescente do sector privado. Antes do estabelecimento do ESY os cuidados de saúde eram prestados segundo o modelo de Bismarck de seguros de saúde sociais obrigatórios. Os fundos da segurança social continuam a desempenhar um papel importante na prestação e financiamento dos cuidados de saúde, sobretudo serviços ambulatoriais. Na Grécia, à semelhança do que aconteceu em Portugal, foram implementadas taxas moderadoras aquando da utilização dos serviços, tendo mais tarde sido removidas para os grupos vulneráveis (Craveiro & Dussault, 2016).

No que concerne ao Sistema de saúde Espanhol, verifica-se que este compreende um sistema de cobertura universal, com reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos. A principal fonte de financiamento são os impostos, exercendo o Estado o total controlo sobre o sistema, tanto sobre o setor público como privado. Os princípios básicos que norteiam o sistema são a universalidade, a equidade e a inclusão. A gestão do sistema de saúde pauta pela descentralização, com uma organização local em cada uma das 17 Comunidades Autónomas. Paralelamente aos cuidados públicos assegurados, o setor privado tem vindo a aumentar a sua contribuição, sendo que o mercado dos seguros privados voluntários revelam a sua importância no Sistema (Almeida, Martins, Freitas & Ribeiro, 2013).

Nos anos iniciais da crise económica, começou-se a verificar uma tendência para a insustentabilidade dos sistemas de saúde, registando-se um ritmo crescente associado aos custos (Campos, 2008). Neste sentido, os sistemas de saúde precisaram de implementar reformas, por forma a superar o desafio de um orçamento limitado, garantindo resposta do serviço de saúde às necessidades da população (Escoval & Matos, 2009). Nesta sequência, os países que passaram por uma crise económica, Portugal e Grécia, reduziram a despesa em saúde desde os anos subjacentes à crise económica até à atualidade, tendo atingido o máximo de gastos no ano de 2008 (figura 10). No que concerne aos restantes países analisados, Finlândia, EUA, Reino Unido e

Alemanha, regista-se uma tendência crescente no investimento na saúde, sendo em 2018, os EUA, o país com uma maior percentagem gasta em saúde, seguindo-se da Alemanha, Reino Unido e a Finlândia.

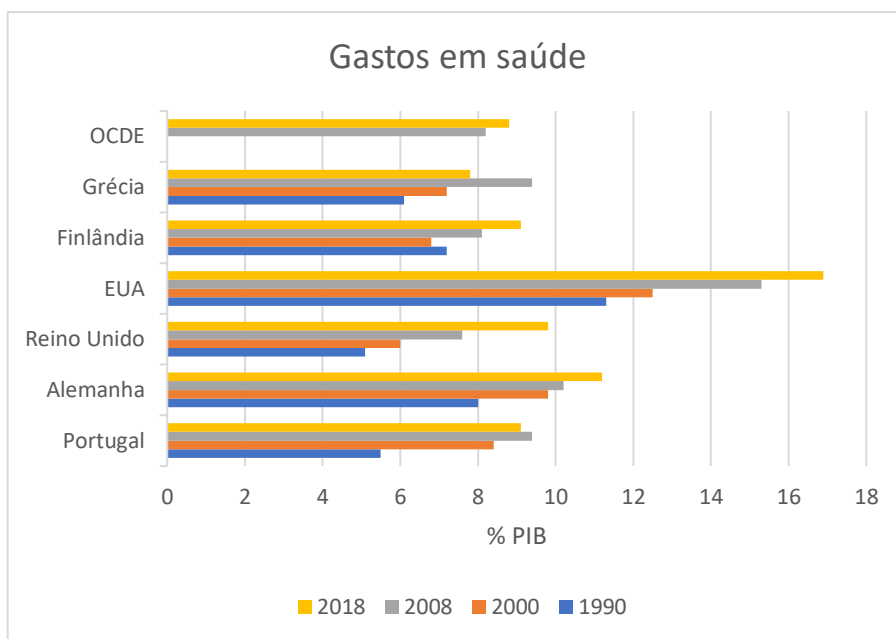


Figura 10: Evolução ao longo dos anos dos gastos em saúde (% PIB). Adaptado de OCDE (2019).

Investigações ao longo dos anos revelam que os países no sul da Europa (Espanha, Grécia, Itália e Portugal) apresentam maiores desigualdades na saúde que os países escandinavos e da Europa continental. Estas desigualdades aumentaram ainda mais a partir da crise económica de 2008, uma vez que foram implementados cortes em larga escala no emprego público, através da não substituição de aposentados, congelamento de novas contratações e demissões de trabalhadores permanentes, no caso da Grécia (Eikemo, Huisman, Bamba & Kunst, 2008; Serapioni, 2017). Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento progressivo da percentagem de despesas privadas em saúde, face ao total de despesas nos países do Sul da Europa (OCDE, 2016).

Apresentação de resultados

No que concerne ao setor da saúde em Portugal e quando falamos na sua evolução ao longo dos últimos 10 anos, a análise dos gastos neste setor urge. Desde o início da crise económica que se verifica um decréscimo na percentagem total do PIB que é utilizado para o financiamento do Sistema de saúde. Percebe-se que aumentou até o ano de 2009 (9,9% PIB) entrando desde então num decréscimo progressivo até 2018 (9% PIB), ano em que subiu 0,1% em relação aos quatro anteriores. Apesar deste decréscimo verificado, quando se trata de despesa total, esta engloba a despesa do setor público e do privado. A percentagem pública aumentou até 2009, tendo decrescido até 2015, subindo 0,1% no ano de 2016 (6% PIB), descendo em 2017 para 5,9% e em 2018 alcançou os 6%, equivalendo a um financiamento de 66% no setor da saúde. Por outro lado, a despesa privada em 2008 era de 3%, tendo em 2011 e 2012 subido para os 3,1% e 3,2%, respetivamente. Nos anos subsequentes, a percentagem da despesa privada manteve-se estável nos 3%, tendo apenas subido 0,1% em 2014 (figura 11).

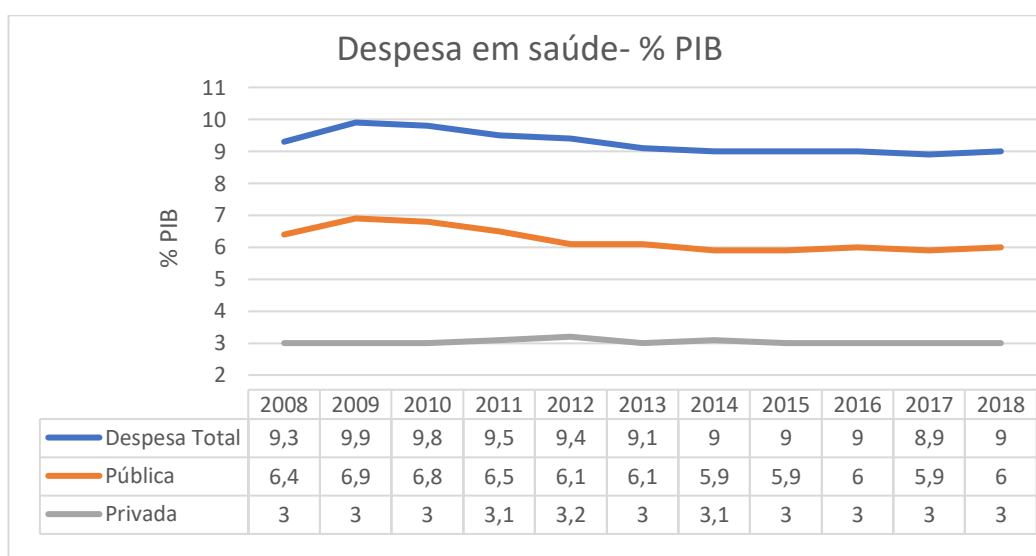


Figura 11: percentagem do PIB despendido em saúde em Portugal. Fonte: Pordata (2019)

No entanto, quando falamos em despesa em saúde, para além da análise do impacto deste financiamento no PIB, importa analisar a despesa total per capita. Quando analisamos os gastos por pessoa verificamos que entre 2008 e 2010 o crescimento foi positivo, passando de 1584€ para 1671€, tendo posteriormente diminuído 11,4% até 2013 (1480€). Desde então, tem aumentado de forma progressiva, atingindo em 2018 uma despesa em saúde por habitante de 1783,9€, mais 20,5% que em 2013 (figura 12).

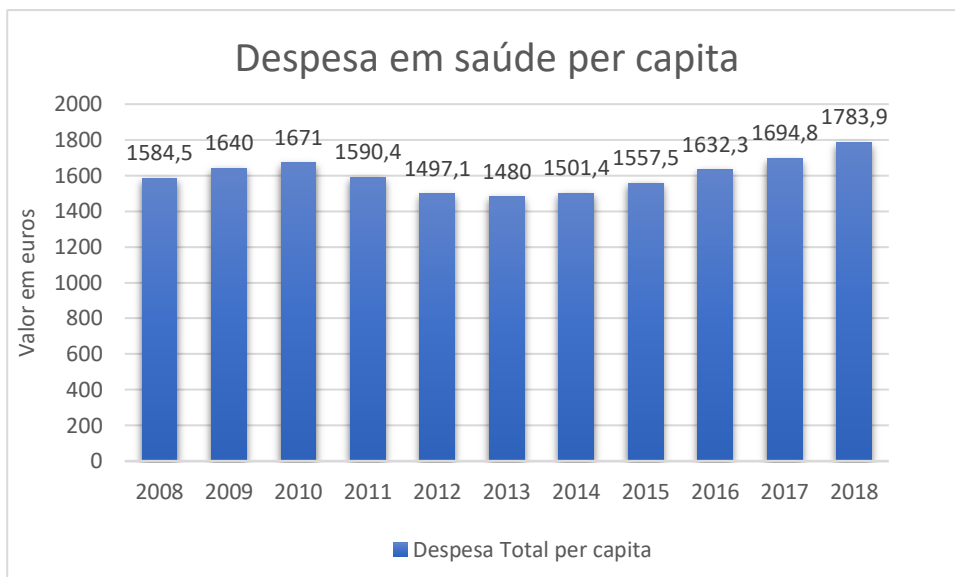


Figura 12: Despesa total em saúde per capita. Adaptado de Pordata (2019).

Relativamente à despesa total em saúde verifica-se que esta aumentou entre 2008 e 2010, passando de 16 729 079 mil milhões € para 17 668 162 mil milhões €, decrescendo posteriormente 12,4% até 2013 (15 476 704 mil milhões €). Desde 2014 (15 132 190 mil milhões €) e até 2018, a despesa total aumentou 18,5%, registando o valor de 18 345 065 mil milhões € (figura 13).

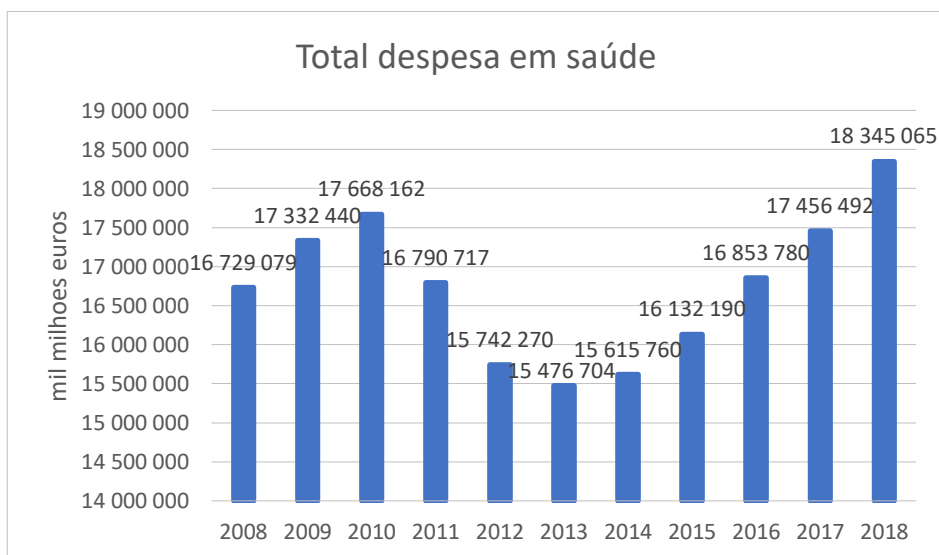


Figura 13: Despesa total em saúde (mil milhões de euros). Baseado Pordata (2019).

Após a análise global das despesas em saúde, serão apresentados os gastos do setor privado e do público (Tabela 3 e 4). No que concerne ao setor público, considera-se que este é constituído pelo Serviço Nacional e Regional de saúde, subsistemas de saúde públicos, outras unidades da administração pública e fundos de segurança social. Por sua vez o setor privado é composto por sociedades de seguros, sociedades (exceto as de seguros de saúde), instituições sem fins lucrativos

ao serviço das famílias (ISFLSF) e famílias. Esta subdivisão e classificações é baseada na usada pelo INE e pela Pordata, tendo-se optado por manter e adotar as mesmas.

Assim sendo e analisando os dados de uma forma longitudinal, no que concerne à despesa do Serviço Nacional e Regional de saúde percebe-se que esta cresceu até 2010 (5,8%), tendo decrescido desde então e registando em 2018 uma percentagem de 5,1%, o que se traduziu num crescimento do valor total até 2010 (10 507 205 mil milhões €), um decréscimo até 2013 (9070198 mil milhões €), seguido num aumento até 2018 (10 484 715 mil milhões €). O financiamento por parte dos subsistemas de saúde registou em 2009 1306452 mil milhões € (0,7%), tendo diminuído e atingido em 586 504 000€ em 2014 (0,3%) e registado desde 2016 um aumento do valor total e percentagem de 0,4% do PIB, apresentando em 2018 o valor de 732 567 000 €. Para além destas, as outras unidades da administração pública são responsáveis atualmente por 0,4% do financiamento do PIB (734 543 000€), tendo-se apresentado até 2011 uma percentagem de 0,5%, passando em 2014 para 0,3% e mantendo-se nos 0,4% até ao presente, com exceção do ano de 2017 que baixou 0,1%. No que concerne aos fundos da segurança social, percebe-se que estes são responsáveis por uma parte ínfima do financiamento da saúde, uma vez que durante a última década foram sempre responsáveis de forma constante por 0,1% do financiamento, verificando um crescimento do valor total desde 2011, atingindo em 2018 os 240 969 000€.

Relativamente ao setor privado, a comparticipação no financiamento da responsabilidade das sociedades de seguros de saúde tem vindo a demonstrar ser responsável por 0,3% do total gasto em saúde e aumentado o valor total desde 2008 (461600 000€), caindo ligeiramente em 2013 para atingir em 2018 os 767594 000€, aumentando para os 0,4% PIB. Este setor financia assim, 10% da totalidade da despesa do setor privado. Por outro lado, as “sociedades exceto as de seguros de saúde” foram responsáveis por um financiamento constante ao longo dos anos de 0,1%, registando uma quebra no valor total entre 2011 e 2013, para aumentar desde então e diminuir em 2018. As Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (ISFLSF) foram responsáveis até 2014 por 0,2% do financiamento em saúde, tendo desde então contribuído com 0,1% do PIB, registando assim uma diminuição do valor total até 2013, aumentando em 2014 e 2017 e nos intervalos reduzido. O papel das famílias no financiamento privado do Sistema de saúde Português tem um peso muito significativo, uma vez que é a segunda entidade com maior impacto no financiamento da saúde para além do serviço Nacional e Regional de saúde. Deste modo, verifica-se que até 2011, as famílias financiaram 80% do setor privado, o equivalente a 2,4% PIB. Esta percentagem aumentou em 2011 (2,5%) e 2012 (2,6%), tendo diminuído ligeiramente em 2013 (2,4%) para se manter na casa dos 2,5% até 2018, com exceção do ano de 2017 em que registou 2,4% PIB. Sendo atualmente responsável por 28% do financiamento total em saúde. De forma mais concreta, o valor tem aumentando de forma continua desde 2013, registando um máximo de 5 018 116 milhões € em 2018.

Tabela 3: Despesa corrente em saúde de 2008 a 2013 (10³). Baseado no INE (2018) e Pordata (2019).

	2008	% PIB	2009	% PIB	2010	% PIB	2011	% PIB	2012	% PIB	2013	% PIB
Administrações públicas	11440144	6,4*	12118965	6,9	12326832	6,8	11366401	6,5*	10322103	6,1*	10357378	6,1
Serviço Nacional e Regional de Saúde	9162818	5,1	9715227	5,5	10507205	5,8	9640372	5,5	8991885	5,3	9070198	5,3
Subsistemas de saúde públicos	1218719	0,7	1306452	0,7	731917	0,4	677160	0,4	662693	0,4	642590	0,4
Outras unidades da administração pública	903292	0,5	915400	0,5	912649	0,5	868977	0,5	484812	0,3	462879	0,3
Fundos de segurança social	155315	0,1	181886	0,1	175061	0,1	179692	0,1	182713	0,1	181711	0,1
Setor privado	5288935	3	5213475	3	5341330	3	5424316	3,1	5420167	3,2	5119326	3
Sociedades de seguros	461600	0,3	481400	0,3	529098	0,3	544028	0,3	538270	0,3	542768	0,3
Sociedades (exceto as de seguros de saúde)	141434	0,1	144585	0,1	157503	0,1	154324	0,1	146354	0,1	128900	0,1
Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (ISFLSF)	366641	0,2	322043	0,2	316269	0,2	310193	0,2	300024	0,2	274229	0,2
Subsistemas de saúde privados	355902	0,2	313523	0,2	306133	0,2	300697	0,2	293426	0,2	266606	0,2
Outras ISFLSF	10739	0	8520	0	10136	0	9496	0	6598	0,0	7623	0
Famílias	4319260	2,4	4265447	2,4	4338460	2,4	4415771	2,5	4435519	2,6	4173429	2,4
Total despesa em Saúde	16729079	9,3	17332440	9,9	17668162	9,8	16790710	9,5	15742270	9,4	15476704	9,1

Tabela 4: Despesa corrente em saúde de 2014 a 2018 (10³). Baseado no INE (2018) e Pordata (2019).

	2014	% PIB	2015	% PIB	2016 (Pro)	% PIB	2017 (Pro)	% PIB	2018 (Pre)	% PIB
Administrações públicas	10319246	6,0	10674042	5,9	11171443	6,0	11559613	5,9	12192794	6
Serviço Nacional e Regional de Saúde	9086268	5,3	9238315	5,1	9599792	5,1	9988781	5,1	10 484 715	5,1
Subsistemas de saúde públicos	586504	0,3	602931	0,3	709137	0,4	696630	0,4	732 567	0,4
Outras unidades da administração pública	447598	0,3	633486	0,4	655903	0,4	658472	0,3	734 543	0,4
Fundos de segurança social	198876	0,1	199310	0,1	206611	0,1	215730	0,1	240 969	0,1
Setor privado	5296514	3,1	5458148	3,0	5664660	3,0	5785145	3,0	6152271	3
Sociedades de seguros	566426	0,3	598209	0,3	629213	0,3	678969	0,3	767594	0,4
Sociedades (exceto as de seguros de saúde)	129586	0,1	138080	0,1	143494	0,1	156693	0,1	154743	0,1
Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (ISFLSF)	274962	0,2	248755	0,1	219656	0,1	224835	0,1	211818	0,1
Subsistemas de saúde privados	268626	0,2	240263	0,1	209826	0,1	215913	0,1	203 728	0,1
Outras ISFLSF	6336	0,0	8492	0	9830	0,0	8922	0,0	8 090	0,0
Famílias	4325540	2,5	4473104	2,5	4672297	2,5	4724648	2,4	5018116	2,5
Total despesa em Saúde	15615760	9	16132190	9	16836103 ¹	9	17344758 ²	8,9	18345065	9

^{1 2} O valor total despendido em saúde, correspondente ao ano de 2016 e 2017, difere mediante o INE e a Pordata, tendo nestes adotado os valores da plataforma INE, uma vez que se dispunha de mais dados relacionados com as categorias utilizadas.

(Pro)- dados provisórios;

(Pre)- dados previstos

Nota: os valores calculados foram arredondados a uma casa decimal, pelo que existe a possibilidade da soma das partes não corresponder à soma total

No que concerne à dimensão dos seguros de saúde em Portugal, verifica-se que a sua comparticipação no financiamento da saúde tem vindo a aumentar progressivamente, excetuando no ano de 2012, em que decresceu ligeiramente, passando de 544 028 milhões de euros para 538270 milhões de euros. 2018 registou o valor máximo de 767 594 milhões de euros, tendo neste ano aumentado 13% em relação ao ano anterior (678 969 milhões €) (Figura 14).

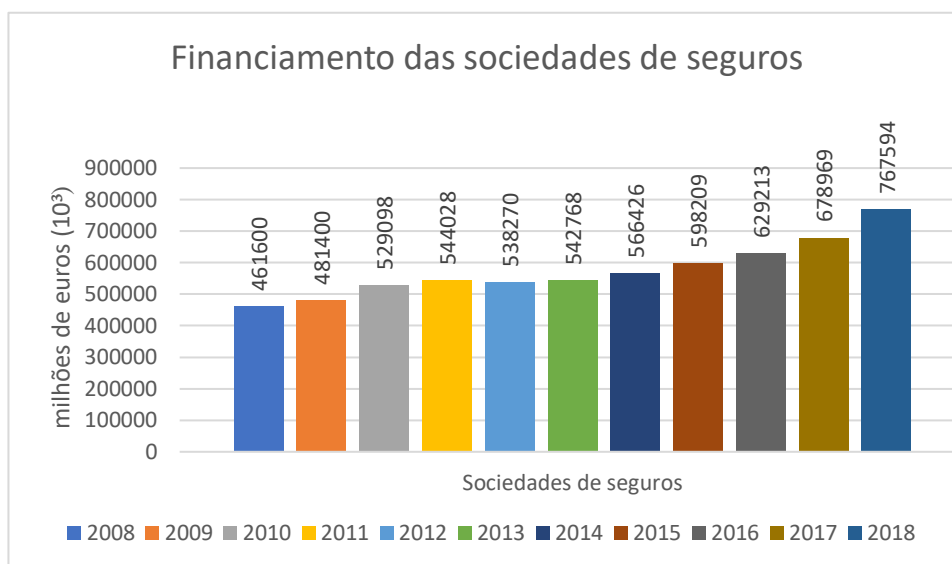


Figura 14: Total da despesa corrente das sociedades de seguros em Portugal. Baseado Pordata (2019), INE (2018).

Paralelamente, e analisando a evolução do número de pessoas com seguro de saúde em Portugal (Figura 15), verifica-se que até ao ano de 2017, o número de pessoas seguradas aumentou de forma progressiva, passando de 1 949 000 milhões de pessoas em 2008, para 2 737 000 milhões em 2017, apresentando um crescimento de 40%. Contrariamente ao verificado em 10 anos, o número de segurados diminuiu em 2018, constatando-se uma diminuição superior a 100 mil pessoas, totalizando 2 671 000 milhões de pessoas. Considerando que os seguros podem ser contratualizados individualmente ou em grupo, verifica-se que o número de pessoas com seguros individuais é sempre inferior às que contratualizam seguros de grupo. Em relação a este último, registou-se um crescimento acentuado no ano de 2015, passando a 1 464 000 segurados em vez dos 1 174 000 (2014). No ano de 2018, apesar do registo decrescente na totalidade de população beneficiária de seguro de saúde, verifica-se um aumento ligeiro relacionado no número de seguros individuais (de 1 169 000 em 2017 para 1 192 000 em 2018).

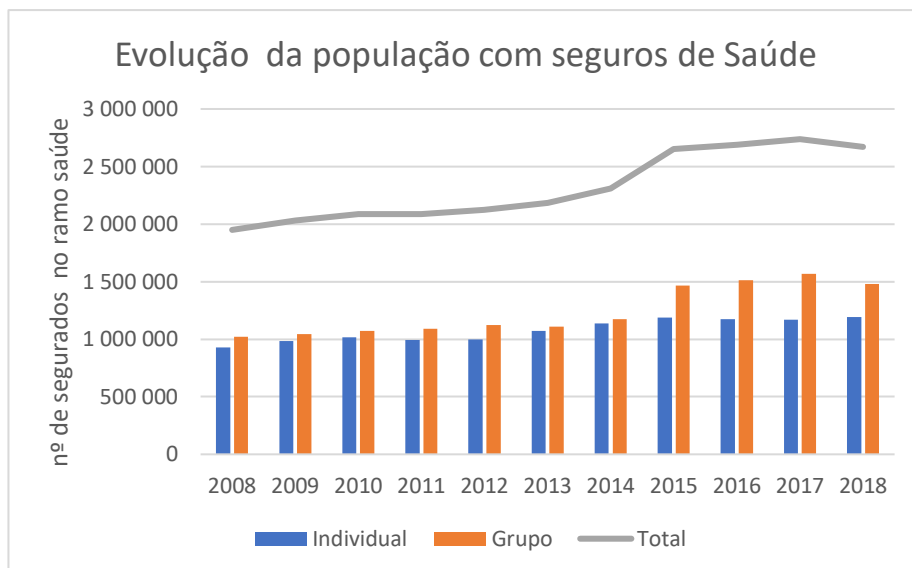


Figura 15: Nº de segurados no ramo da saúde. Baseado ASF (2019).

Como já referido anteriormente, as famílias portuguesas financiam uma percentagem significativa da despesa em saúde. Desde modo, e analisando o valor total gasto pelas famílias em saúde, verifica-se que diminuiu em 2009 (4 338460 mil milhões €), tendo subido nos três anos subsequentes, chegando a apresentar o valor de 4 435 519 mil milhões € em 2012. O ano de 2013 ficou marcado por uma queda substancial, tendo registado 4 173 429 mil milhões de €. Desde então o aumento da comparticipação das famílias no financiamento da saúde tem vindo a crescer, registando em 2018 um valor máximo de 5 018 116 mil milhões de €.

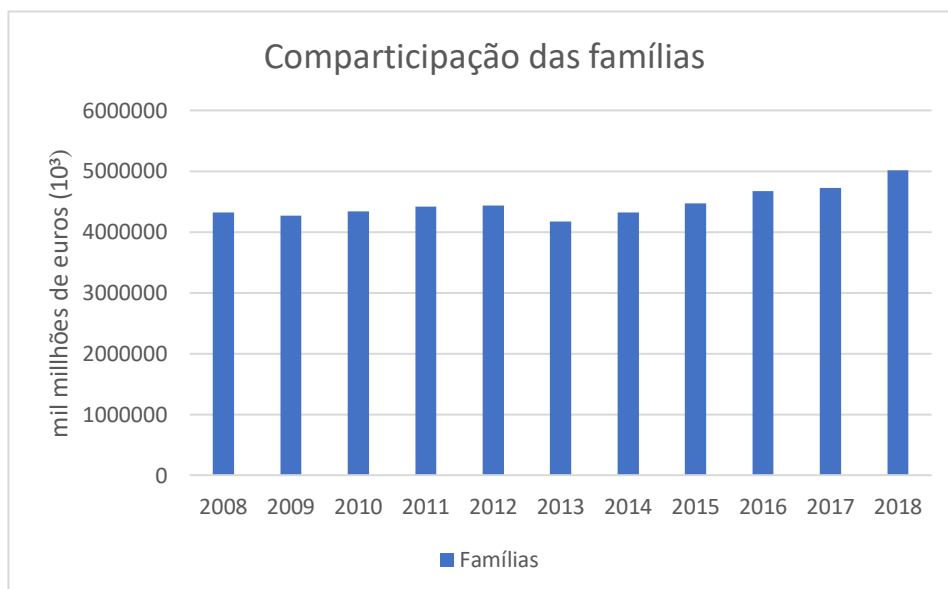


Figura 16: Despesa corrente das famílias em saúde. Baseado Pordata (2019).

Posto tudo isto, após análise do financiamento do setor da saúde, serão analisados alguns indicadores do sistema de saúde em Portugal.

Relativamente ao número de hospitais em funcionamento, em 2008 existiam 189, tendo passado em 2010 para 229, aumentado um total de 43 hospitais. Apesar do aparente aumento aquando da análise dos dados, este aumento não é real, uma vez que neste ano os critérios para fins estatísticos foram revistos, tendo o INE passado a considerar as unidades locais (INE, 2019). Desde então verifica-se que o número total oscilou ligeiramente entre 2010 e 2013, tendo desde 2014 totalizado 225 hospitais. Relativamente ao número de hospitais públicos e PPP, denota-se que em 2010 eram 127, tendo decrescido desde então para no ano de 2017 totalizar 111 hospitais. Por outro lado, os hospitais privados têm vindo a crescer desde 2008 (n=97), existindo em 2017 114 hospitais, verificando-se um crescimento de 17,5%.

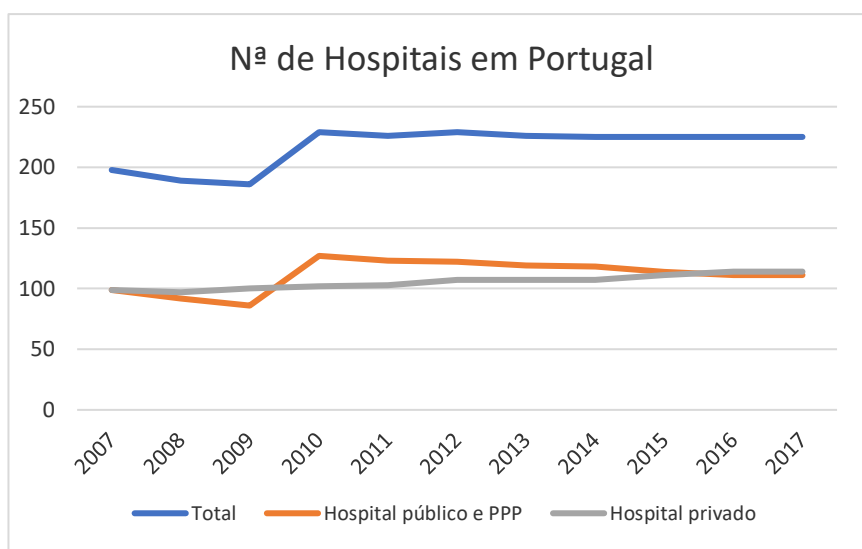


Figura 17: Número de hospitais em Portugal (públicos e privados). Baseado Pordata (2019).

O número de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, tem oscilado ao longo da última década (Figura 18). Constata-se a existência de um crescimento entre 2007 e 2010, passando de 93 481 para 99 587 profissionais. Decrescendo de imediato em 2011 (n= 94 376), para subir ligeiramente em 2012 e posteriormente decrescer até 2014, ano em que o número de profissionais nos hospitais do SNS registou 92 209 profissionais. Desde então a totalidade de profissionais tem aumentado progressivamente, registando em 2017 um valor máximo de 100 147 profissionais.



Figura 18: Número de Profissionais nos hospitais do SNS. Baseado Pordata (2019).

No que concerne ao número de consultas médicas realizadas, verifica-se que a sua totalidade tem vindo a aumentar ao longo dos anos, excetuando em 2009 que apresentou um ligeiro decréscimo ($n=15\ 058\ 360$). Assim, entre 2007 e 2017, o número total de consultas médicas passou de 13 369 520 para 19 780 583, aumentando numa década 48%. Tendo em consideração os hospitais públicos e as PPP, verifica-se que em 2008 eram responsáveis por 10 486 254 consultas, em 2011 por 11 918 055 e em 2017 por 12 885 830 consultas, verificando-se um constante aumento. Por outro lado, nos hospitais privados o número de consultas tem vindo a aumentar de forma progressiva, tendo apenas diminuído em 2009 ($n=3\ 599\ 393$), após um aumento em 2008 ($n=4\ 575\ 868$) face a 2007 ($n=2\ 883\ 266$) de quase 59%. Em 2017 atingiu o seu valor máximo, na casa dos 6 894 753.

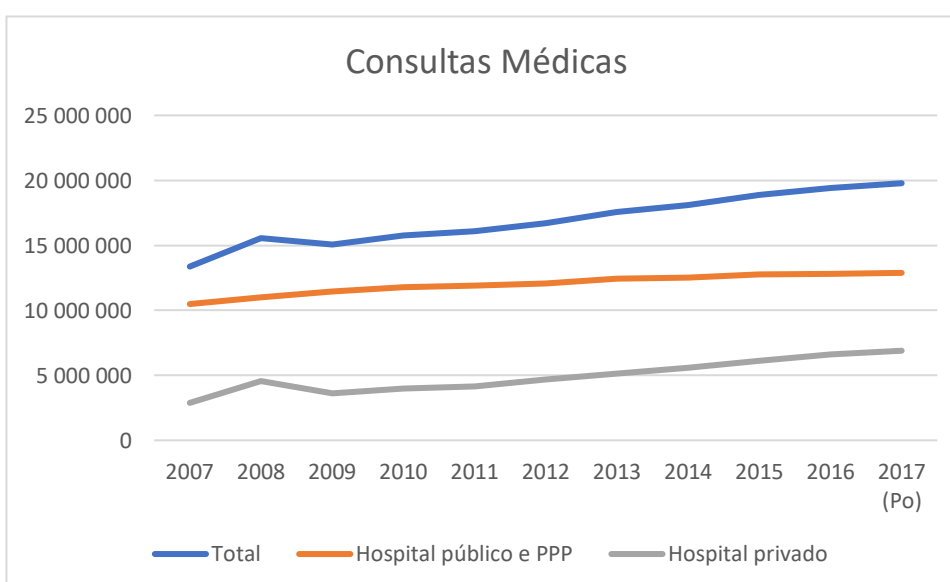


Figura 19: Total de consultas médicas (público e privado). Baseado Pordata (2019).

Relativamente ao número total de atendimentos nos serviços de urgência, verifica-se que estes têm oscilado ao longo dos tempos, verificando-se um maior decréscimo em 2011 (n= 7 442 279), recuperando apenas em 2016 (n= 7 736 684), seguido de uma diminuição em 2017 (n= 7 641 893). Esta oscilação deve-se em grande parte à influência do número de atendimentos nas urgências dos hospitais públicos e PPP, uma vez estes apresentam decréscimos e crescimentos simultâneos. Assim, nestes hospitais, em 2007 verificaram-se 6 908 912 atendimentos urgentes, tendo decrescido de imediato em 2008 (n= 6 908 912), para aumentar até 2010 (n= 6 778 932). Desde então e até 2015 que os episódios de urgência diminuíram, tendo atingido os 6 221 496, registando um decréscimo de 8% face a 2010. Verificou-se uma subida em 2016 (n= 6 514 118) de 5%, e um decréscimo em 2017, registando 6 404 159 episódios de urgência nos hospitais públicos e nas PPP. Paralelamente, nos hospitais privados, verificou-se um aumento constante neste indicador, passando de 664 949 consultas para 1 237 734, aumentando numa década 86% dos atendimentos nos serviços de urgências dos hospitais privados (Figura 20).

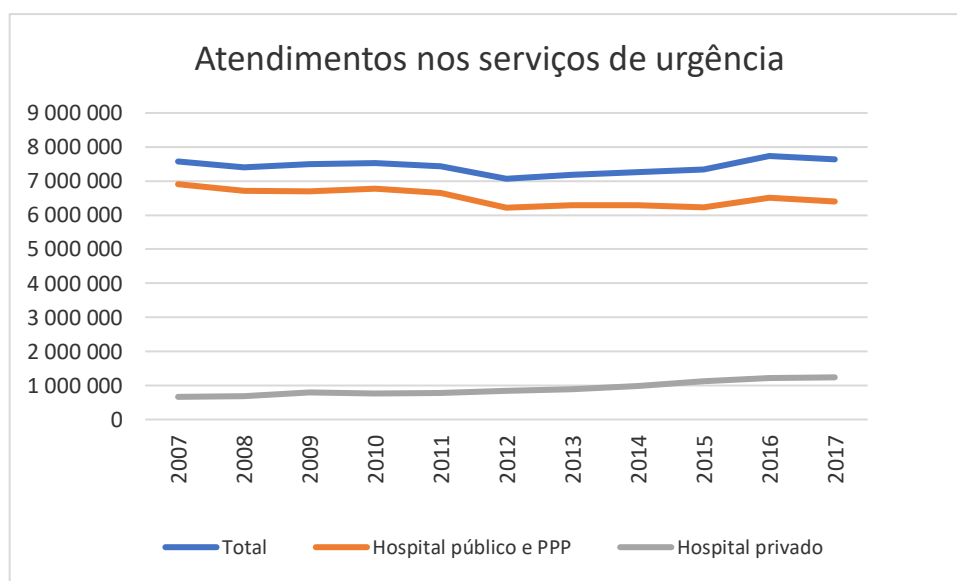


Figura 20: Número de atendimentos nos serviços de urgências nos hospitais (Públicos, PPP e privados). Baseado Pordata (2019).

Verifica-se assim que a percentagem de atendimentos da responsabilidade dos hospitais públicos e das PPP's tem vindo a diminuir ao longo da última década, passando de 91,2% para 83,8%. Ao invés do registado nos hospitais privado, que têm aumentado a sua percentagem na totalidade dos atendimentos urgentes, atingindo em 2017 mais 7,4% que em 2007 (8,8%).

Tabela 5: Percentagem do total de atendimentos urgentes mediante a natureza institucional. Retirado INE (2018).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hospital público e PPP	91,2	90,8	89,4	90,0	89,4	88,0	87,6	86,5	84,8	84,2	83,8
Hospital privado	8,8	9,2	10,6	10,0	10,6	12,0	12,4	13,5	15,2	15,8	16,2

No que concerne ao número de camas disponíveis para internamento, verifica-se que estas diminuíram entre 2007 (n= 36 220) e 2011 (n= 35 601), tendo aumentado em 2012 (n= 35 815) e em 2013 para 35 478 camas. Desde então a variação foi pequena, registando em 2017 um número de camas de 34 953, mais 100 que no ano transato. No setor privado o número de camas para internamento aumentou até 2013 (n= 10 474), tendo diminuído em 2014 (n= 10 316), aumentado até 2016 (n= 10 981) para diminuir no último ano com dados disponíveis, 2017 (n= 10 903). Por outro lado, no setor público e nas PPP a última década registou um decréscimo constante no número de camas disponíveis, passando de 27 086 camas em 2007 para 24 050 em 2017, resultando numa redução de 11% (Figura 21).

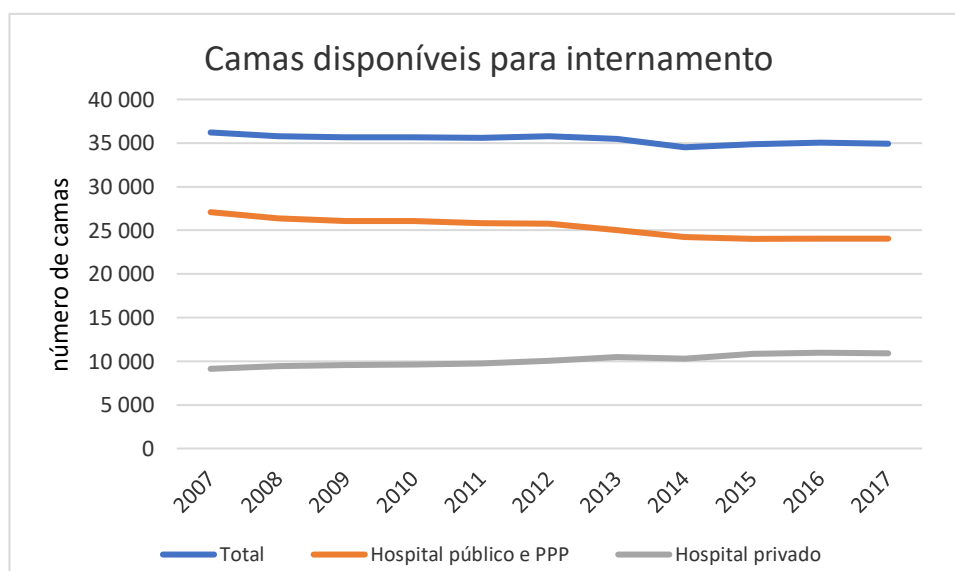


Figura 21: Número de camas disponíveis para internamentos nos hospitais. Baseado Pordata (2019).

Relativamente aos internamentos verifica-se que entre 2007 e 2017 existiu um decréscimo de 7%, passando de 1 240 923 internamentos para 1 158 614. Nos hospitais públicos verificou-se uma diminuição entre 2007 (n= 1 005 514) e 2011 (n= 936 754), aumentando em 2012 (n= 940 726), baixando posteriormente entre 2013 (n= 934 952) e 2017 (n= 903 043). Por outro lado, nos hospitais

privados, verificou-se ligeiras oscilações entre 2007 e 2013, tendo aumentado no ano seguinte, totalizando em 2017 um número de internamentos de 255 571.

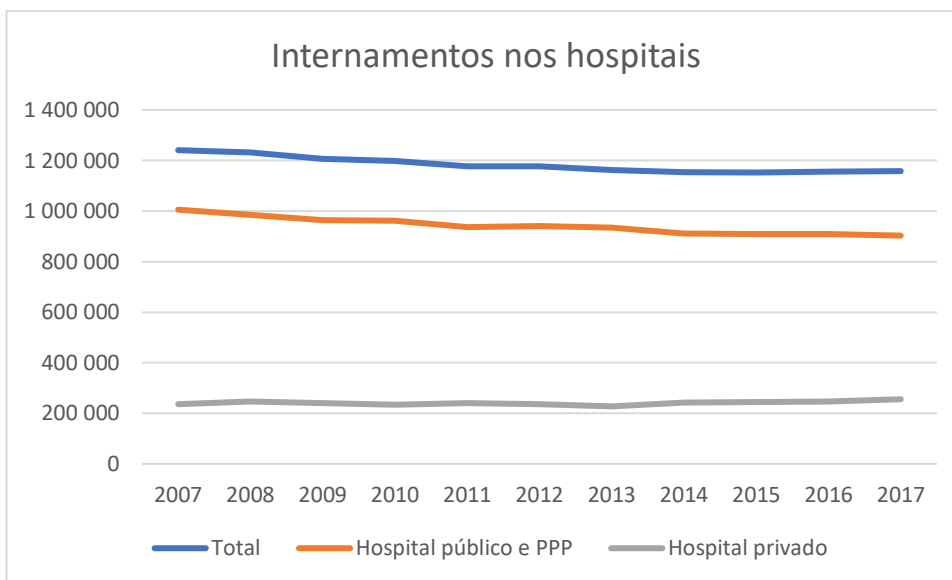


Figura 22: Número de internamentos nos hospitais. Baseado Pordata (2019).

No que concerne ao indicador associado à esperança média de vida, verifica-se que desde 2008 e até 2016 a idade média aumentou 2,4%, tendo posteriormente igualado em 2017 o valor do ano anterior. A média de vida nos homens é inferior à das mulheres, verificando que as mulheres em 2007 viviam em média 81,9 anos enquanto que os homens viviam 75,8 anos e em 2017 as mulheres alcançavam em média 83,4 anos e os homens 77,8 anos.

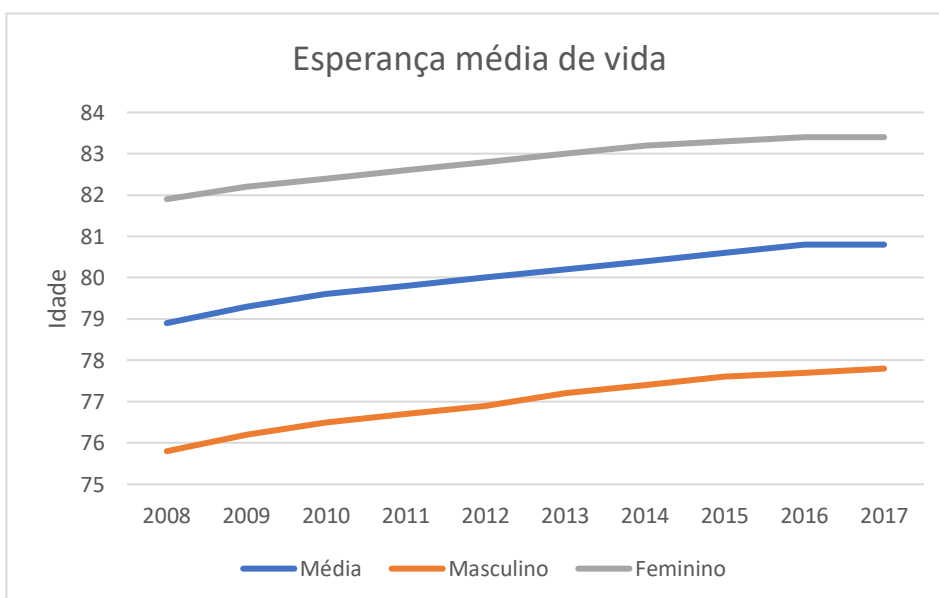


Figura 23: Evolução da esperança média de vida. Baseado Pordata (2019).

Analisando a taxa de mortalidade infantil, denota-se que esta em 10 anos oscilou entre os 2,5% e os 3,6%, sendo de referir uma diminuição abrupta superior a 1% em 2010 (Figura 24).

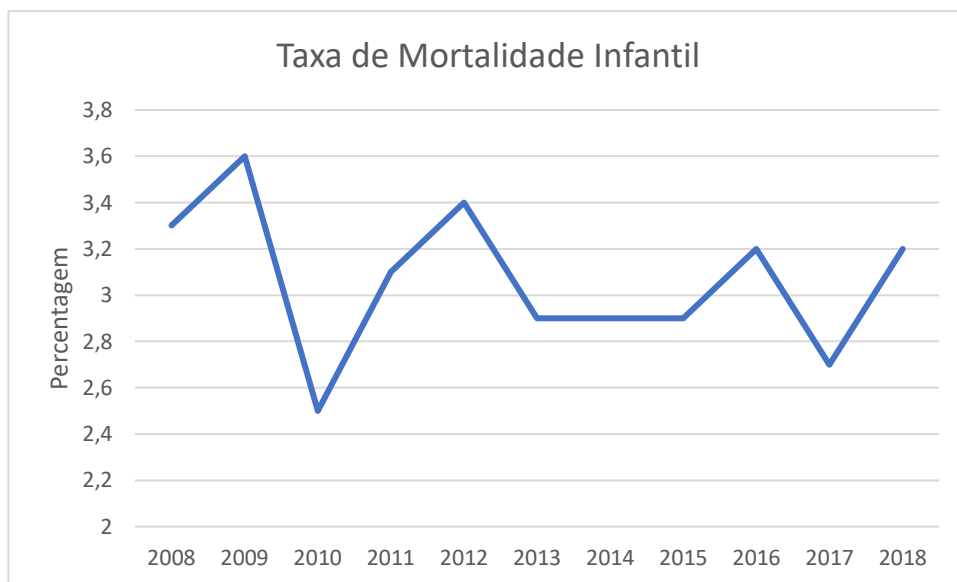


Figura 24: Evolução da taxa de mortalidade infantil. Baseado Pordata (2019).

Considerando a taxa de mortalidade bruta, verifica-se que esta se encontra em crescimento desde 2014 (10,1%), tendo registado o valor máximo de 11% em 2018. Passando de 9,9% em 2008 para 11% em 2018 (Figura 25).

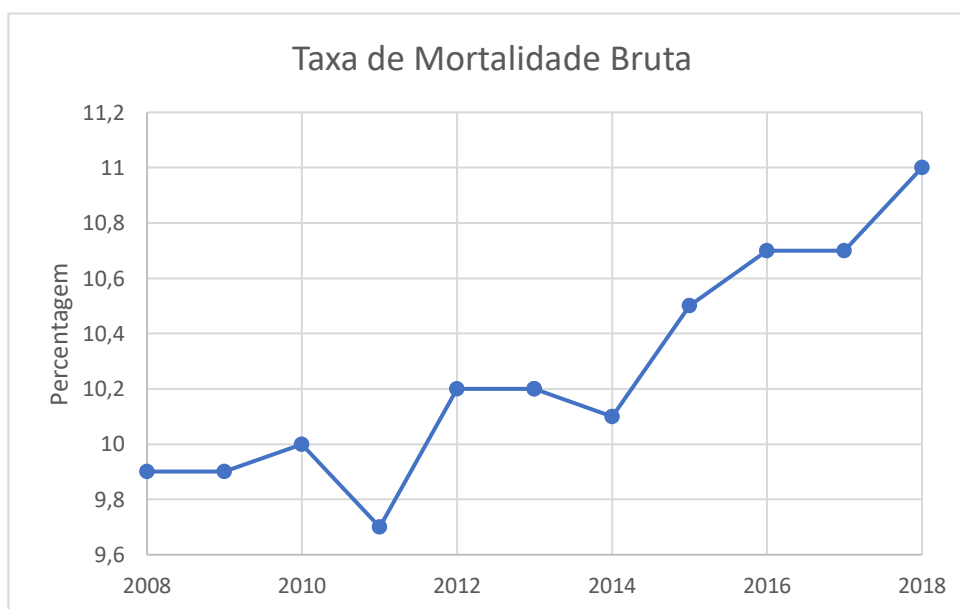


Figura 25: Evolução da taxa de mortalidade bruta desde 2008. Baseado Pordata (2019).

Discussão

Na última década Portugal passou por uma crise económica da qual resultou um pedido de ajuda externa e a assinatura de um Memorando de Entendimento com medidas necessárias para reequilibrar a economia (Simões, Augusti, Fronteira & Hernandez-Quevedo, 2017). Analisando a despesa total em saúde e a despesa *per capita* constata-se que a totalidade aumentou até 2010, decresceu 12,4% até 2013, tendo desde então aumentado 18,5% e registado um total de 18 345 milhões em 2018. Estes valores refletiram-se no total de despesa em saúde por habitante, uma vez que estes também aumentaram até 2010, decresceram 11,4% até 2013 e posteriormente aumentaram 20,5% até à atualidade. Apesar das variações serem coincidentes, constata-se a existência de diferenças nos valores percentuais entre os dois tipos de despesa, verificando-se que a percentagem da redução de despesa entre 2010-2013 foi inferior na despesa por habitante e que a percentagem associada ao aumento desta mesma entre 2013-2018 foi mais significativa na despesa per capita. Esta diferença pode ser justificada pelo facto de o número de habitantes influenciar o cálculo da despesa per capita, constatando-se deste modo que o número de população residente tem vindo a diminuir desde 2010, influenciando assim de forma positiva a este tipo de despesa (Pordata, 2009).

Ao longo dos últimos 10 anos, a percentagem total do PIB usado em saúde sofreu alterações, verificando-se um aumento da mesma até 2009 (9,9%), decrescendo até 2017 (8,9%), para voltar a aumentar 0,1 p.p. em 2018. Desde a assinatura do Memorando de Entendimento e até 2014, verificou-se uma diminuição de 0,6 p.p. na percentagem do PIB total, existindo uma continuidade no decréscimo verificado desde 2009. Como se percebe, o evidente decréscimo da percentagem do PIB usado para o financiamento da saúde, não se traduz de forma linear na totalidade da despesa, uma vez que o primeiro está amplamente relacionado com a produção de riqueza do país e com as suas oscilações (Pordata, 2019; INE, 2019). Desde 2014 que se verifica uma estabilização da percentagem gasta, no entanto tendo Portugal produzido mais riqueza, a totalidade do valor de financiamento na área da saúde tem vindo a aumentar. Apesar de se constatar este aumento, Barros (2019) afirma que este não é totalmente real, mesmo tendo existido um aumento efetivo de recursos humanos e de equipamentos, uma vez que para os mesmos recursos existentes os gastos aumentaram devido ao descongelamento de carreiras e aumentos salariais.

No que concerne ao financiamento privado, verifica-se que este se manteve ao longo dos anos na casa dos 3% do PIB, revelando um aumento de 0,1 p.p. em 2011 e posteriormente em 2012. No entanto aquando da análise dos valores totais, percebe-se que apesar deste crescimento percentual, na realidade o setor entre 2011 e 2013 viu o seu valor total diminuir, tendo desde então a despesa total privada aumentado de forma progressiva.

O financiamento associado às “sociedades de seguros” tem crescido desde 2008, e apenas diminuído no ano de 2012. As “sociedades que não englobam as responsáveis por seguros de saúde”, apesar de registarem 0,1% de forma constante em 10 anos, revelam um decréscimo entre 2011 e 2014, para aumentar desde então. Atendendo ao número pessoas beneficiárias de seguro

de saúde, os resultados demonstram um aumento ao longo dos anos e de forma mais representativa em 2015, não se verificando uma relação direta entre o decréscimo ligeiro em 2009 e em 2013 e o número de segurados. Por outro lado, o aumento mais significativo da despesa associada às “sociedades de seguros” desde 2015, pode estar relacionado com o aumento no nº de segurados na área da saúde. No entanto, esta associação demonstra-se lacunar, uma vez o indicador “sociedades de seguros” pode englobar variados seguros contributivos do pagamento de despesas em saúde, mesmo não sendo efetivamente um seguro de saúde. Com base nos resultados não podemos afirmar que o aumento do número de segurados em saúde influencia o aumento dos gastos privados em saúde. Conclui-se assim, tal como Barros (2019), que a participação por parte dos seguros está a crescer, constituindo-se ainda uma pequena percentagem, apesar de já demonstrar uma contribuição superior à dos subsistemas privados e aos subsistemas públicos.

No que concerne à despesa corrente das famílias em saúde, entre 2010 e 2012 registou-se um aumento, seguido de um decréscimo em 2013, par aumentar desde então. Augusto Mateus & Associados (2017) também constata este aumento, que se encontra contrário ao da OCDE. Este pode ser justificado, em parte, pelo aumento das taxas moderadoras na sequência do pedido de ajuda externa (Mladovsky, Srivastana, Cylus, Karanikolos, Evetnits, Thomson e Mckee. 2012).

A despesa pública em saúde durante os anos de crise de uma forma global diminuiu, aumentando ligeiramente em 2013, devido ao Serviço Nacional e Regional de Saúde, uma vez que os gastos das outras entidades continuaram a decrescer. Desde 2014 que se tem verificado um aumento substancial na despesa associada ao setor público, apesar da percentagem se manter desde então entre os 5,9% e os 6% do PIB. Assim, nos anos de intervenção externa, verificou-se uma diminuição no valor percentual do PIB gasto em saúde, refletindo-se na despesa total em saúde e na diminuição da despesa per capita, no mesmo período a despesa das famílias aumentou, revelando uma quebra em 2013. A evolução na despesa das sociedades de seguro quase estagnou, tendo decrescido ligeiramente em 2013. Considera-se assim que o facto de o ano de 2013 apresentar o valor mais baixo de financiamento em saúde da última década, poderá se ter refletido da diminuição dos valores totais associados ao *out-of-pocket* e às sociedades de seguro.

Desde 2010 verifica-se um decréscimo no número de hospitais públicos e um aumento dos privados, constatando-se que apesar do decréscimo no financiamento privado durante os anos de intervenção externa, o setor continuou a investir e a aumentar. Paralelamente, registou-se uma diminuição no número de profissionais nos hospitais do SNS entre 2011 e 2014. Apesar de se verificar um decréscimo do número de hospitais públicos após 2014, os recursos humanos disponíveis aumentaram, podendo a redução nos recursos humanos evidenciada estar associada aos cortes financeiros associados à contenção de despesa pública aquando da influência de ajuda externa (FMI, 2011).

Em termos de consultas médicas, no público verifica-se uma progressão continua e no privado um aumento mais acentuado. Apesar da diminuição no número de hospitais públicos, de profissionais do SNS e de financiamento entre 2011 e 2014, o indicador suprarreferido conseguiu

evoluir, considera-se que o aumento do número de utentes por médico e a empresarialização de pequenos e médios hospitais (Barros, 2014) poderá ter contribuído para a melhoria da eficiência na prestação de consultas médicas.

Por outro lado, durante estes mesmos anos, o número de atendimentos nos serviços de urgência públicos diminuiu e aumentou no privado, o que se refletiu numa redução da percentagem do total de atendimentos urgentes. Neste sentido, e considerando que em 2015 este indicador aumentou, pode-se constatar que a diminuição nos serviços de urgência públicos poderá estar relacionada com a diminuição do financiamento e do número de profissionais. O número de hospitais não demonstra uma influência direta nestes indicadores, uma vez que estes continuaram a diminuir nos anos seguintes aos de intervenção externa e se verificou um aumento nos atendimentos urgentes. Facto este que também poderá estar relacionado com o encerramento de variados serviços de urgência para otimização de recursos (Moreira, 2016).

O número de internamentos no setor público tem vindo a diminuir ao longo dos tempos, não se denotando um decréscimo mais acentuado durante os anos de crise. Existe uma ampla relação deste indicador com o número de camas disponíveis nos hospitais, tendo-se constatado que estas diminuíram 11% numa década e de forma mais significativa entre 2012 e 2014, tendo-se mantido, desde então, em valores próximos aos registados em 2014. Este indicador apesar de estar a decrescer não está diretamente relacionado com o financiamento, uma vez que já se encontrava em decréscimo antes da assinatura do memorando e que após o aumento do financiamento verificado em 2014 não se evidenciaram melhorias.

Por outro lado, o número de consultas, de atendimentos urgentes e de internamentos continuou a aumentar no privado durante e após os anos de crise, talvez devido ao crescente número de hospitais privados, ao aumento dos gastos da responsabilidade das famílias e ao aumento na contratualização de seguros de saúde.

Considerando as alterações no financiamento do setor da saúde e os indicadores de atendimento nos hospitais importa perceber se estas alterações se traduziram em ganhos ou perdas em saúde. Como tal, e analisando a esperança média de vida, verifica-se que esta continuou a aumentar apesar de todas as alterações verificadas neste setor durante os anos de ajuda externa. Bunker (2001) refere que a partir do momento em que as necessidades associadas às condições de vida, nutrição e intervenções em saúde pública estão suprimidas, os cuidados médicos tornam-se o principal determinante da esperança de vida. No entanto, com base nos resultados analisados, verifica-se que apesar de alguns indicadores sofrerem alterações com a diminuição de financiamento durante os anos de crise, estes não são suficientes nem essenciais para a diminuição ou paragem no crescimento da esperança média de vida, uma vez que está continuou a crescer. O envelhecimento global da população é uma das maiores conquistas da Humanidade e um dos seus maiores desafios pela sobrecarga assistencial e comunitária decorrente das doenças crónicas, da redução da mortalidade infantil e da incapacidade associada. A elevada prevalência de idosos coloca Portugal como um dos países mais envelhecidos do Mundo (WHO, 2002). Estas

constatações acarretam maior necessidade de prestação de cuidados, sendo por isso necessária uma melhor eficiência e eficácia das organizações (Costa, Santana e Lopes, 2013; Lima, 2015).

A Taxa de Mortalidade Bruta manteve-se abaixo dos 11% desde 1975, atingiu novamente esta percentagem no ano de 2018 (Pordata, 2019). Apesar de se verificar um aumento desta taxa desde 2014, constata-se que esta não está relacionada com a variação no financiamento nem nos indicadores, uma vez que desde este ano o financiamento e variados indicadores aumentaram. Este facto pode ser explicado devido ao envelhecimento da população que se tem verificado em Portugal (Pordata,2019; INE, 2019).

No que concerne à taxa de mortalidade infantil, importa referir que esta tem vindo a baixar consecutivamente desde a criação do SNS (Pordata, 2019). Na última década que se verifica uma oscilação irregular entre os 2,5% e 3,6%, não sendo coincidente nem com as alterações de financiamento nem com a variação nos indicadores de prestação de cuidados estudados. Este facto poderá estar associado ao facto de as percentagens serem muito pequenas e deste modo se denotarem com mais facilidade as variações.

Conclusão

Com o presente estudo, percebeu-se que na última década, o financiamento total em saúde decresceu 12,4% entre 2010 e 2013, tendo aumentado desde então, 18,5% até 2018. Este decréscimo deveu-se, não só aos cortes orçamentais do setor público, como também ao facto do financiamento privado ter diminuído entre 2011 e 2013.

Considerando a dicotomia público-privada, em Portugal, de forma geral, os internamentos decresceram progressivamente durante a última década, o número de atendimentos urgentes diminuiu desde 2011 para recuperar em 2016 e as consultas médicas registaram um aumento ao longo do tempo. Este comportamento está diretamente relacionado com o verificado no setor público, uma vez que no setor privado aumentaram as consultas e os atendimentos urgentes e se verificou uma manutenção nos internamentos. Como tal, no período em análise (2008 – 2018) constata-se um impacto positivo do setor privado no atendimento da população. Com a diminuição dos gastos em saúde durante a crise económica, verifica-se uma tentativa de manutenção, em geral, do nível de prestação de cuidados, uma vez que os atendimentos urgentes aparentam ser o único indicador estudado a sofrer alterações durante este período.

Apesar da diminuição da despesa total em saúde verificada durante os anos de intervenção externa e das alterações nos indicadores hospitalares estudados, a esperança média de vida continuou a aumentar, a taxa de mortalidade infantil manteve-se variável dentro de valores baixos, e a taxa de mortalidade bruta continuou a decrescer. Deste modo, não se considera que os cortes orçamentais tenham tido um impacto negativo nos ganhos em saúde dos Portugueses, tendo por base os três indicadores analisados.

O facto de não se ter analisado outros indicadores hospitalares, como as listas de espera para consultas e cirurgias, tempo de espera num atendimento urgente e o tempo médio para ter uma primeira consulta, constituem limitações quando analisamos indicadores relacionados com os atendimentos hospitalares. Assim, seria pertinente que no futuro mais indicadores relacionados com a eficiência nos atendimentos hospitalares fossem estudados de forma a relacionar com a diminuição da despesa pública em saúde. Por outro lado, em relação à influência nos ganhos em saúde, uma das limitações é que apenas se considerou a esperança média de vida, a taxa de mortalidade infantil e bruta, dando, deste modo, uma visão restrita dos ganhos, considerando-se de relevância o estudo com taxas padronizadas. Também seria interessante replicar este estudo nos demais países que solicitaram intervenção externa, com base em valores publicados pela OMS e OCDE, de maneira a perceber as alterações subjacentes no funcionamento do setor da saúde e comparação entre países.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Operacionalização da contratualização de cuidados de saúde primários 2017*. Lisboa, Portugal.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Relatório de atividades de 2018*. Lisboa, Portugal.
- Almeida, J. R. (2015) Memorando de entendimento: um fracasso transformado em vitória. *Crítica Económica e Social*. Retirado de <https://criticaeconomica.net/2015/07/memorando-de-entendimento-um-fracasso-transformado-em-vitoria/>
- Almeida, L. M. (2004) Envelhecimento e saúde pública: a promoção do «envelhecer activo». *Anamnesis*. 13: 126 pp. 34-37.
- Almeida, L. M. de. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79–92.
- Alto Comissariado da Saúde (2005). *Implementação do Plano Nacional de Saúde*.
- Alves, P., Ramos, F. (2011). Medicamentos genéricos e sustentabilidade do SNS. *Revista farmacoterapia*, 3 (4), 26-37. Retirado de [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/81-130-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/81-130-1-SM%20(1).pdf)
- Amador, O. (2009). A organização do setor público da saúde em Portugal. In Cabral, N., Amador, O., & Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* (pp. 21-40). Coimbra: Almedina.
- Araújo, F. (2005) – A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública (Master's thesis, Universidade do Minho). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerial%289%29.pdf>.
- Augusto Mateus & Associados (2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal: versão executiva*. Millenium BCP.
- Azevedo, C., Azevedo, A. (2008) *Metodologia Científica*. Universidade Católica Editora.
- Azevedo, M. (2009). *As parcerias público-privadas: instrumento de uma nova governação pública*. Coimbra: Almedina.
- Baganha, M., Ribeiro, J., Pires, S. (2002) *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Universidade de Coimbra.

- Bago D'Uva, T. (2010) Equidade no sector da saúde em Portugal. In: Simões J, *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina.
- Barros, P., Gomes, J. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P. (2010). As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. In Simões, J. (Ed.), *30 Anos do SNS, um percurso comentado*. Coimbra: Almedina. pp. 519-560
- Barros, P., Machado, S & Simões J. (2011). Portugal: Health system review. *Health Syst Transit*. 13(4):1-156.
- Barros, P. (2012). Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy*, 106, 17–22.
- Branco, A., Ramos, V. (2001) Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*. (2) pp. 1-8.
- Bentes, M., Dias, C., Sakellarides, C., Bankauskaite, V. (2004). *Health Care Systems in Transition*. World Health Organization.
- Biscaia, A., Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência saúde coletiva*, 22 (3), 701-712.
- Bunker, J. (2001). The role of medical care in contributing to health improvements within societies. *International Journal of Epidemiology*, 30 (6), 1260-1263.
- Cabral, N. (2009). *As Parcerias Público Privadas*. Coimbra: Almedina.
- Campos A. (2011). *A Saúde em Portugal, nos últimos quarenta anos*.
- Campos, A., Simões, J. (2014). *40 anos de abril na saúde*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, J. (2010). *Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão* (Master's Thesis, Universidade do Porto).
- Costa, C., Santana, R., Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Costa, J (2013). A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. *Arquivos de Medicina*, 27(4), 158-167.

- Diniz, V. (2013). *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses: O caso da Contratualização nos Hospitais* (Master's thesis, Universidade de Coimbra).
- Eikemo T., Huisman M, Bambra C, Kunst A. (2008) Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociol Health*, 3, 565-82.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*.
- European commission. (2014). *Economic adjustment Portugal*. Retirado de <https://doi.org/10.2765/85246>
- Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português* (Doctor's thesis, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa).
- Escoval, A. (2008). *Financiamento- Inovação e sustentabilidade Companhia de Ideias*. ISBN 978-989-95247-1-2
- Fernandes, A. (2012). Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar. *Revista XXI*, 80-85.
- Fernandes, C. (2017). *Modelos de financiamento, equidade de acesso e eficiência hospitalar: um estudo em Portugal e na Suíça* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
- Furtado, C., Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa.
- Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Despesa em saúde*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354229895&DESTAQUESmodo=2
- International Monetary Fund. (2011). *Portugal: Request for a Three-Year Arrangement Under the Extended Fund Facility*. Retirado de <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2016/12/31/Portugal-Request-for-a-Three-Year-Arrangement-Under-the-Extended-Fund-Facility-24908>
- Iriart , C. (2016). El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades. *Saúde em Redes*, 2 (1), 07 – 21.

- Koch P., Hauknes J. (2005). On innovation in the public sector – today and beyond. *Publin Report*, 20.
- Maia, N. (2012). *Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor público e privado* (Master's thesis, Universidade de Aveiro)
- Marques, A (2018) Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. *Ciênc. saúde coletiva*, 23 (7), 2253-2264.
- Martins A, Freitas R., Ribeiro S. (2013). *Healthy'n Portugal*. Associação Empresarial de Portugal.
- Marreiros, J. (2007). *Gestão de Recursos Humanos da Administração Pública, Implicações do novo serviço público na gestão das pessoas*. Coimbra: Almedina.
- Mercer (2013). *Relatório Final: Análise comparativa das remunerações praticadas no setor público e no setor privado*.
- Ministério da Saúde. (2008). *Modalidades de Financiamento nos Hospitais SPA e nos Hospitais EPE*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Ministry of Social Affairs and Health (2019). *Social and Health Services*. Retirado de <https://stm.fi/en/social-and-health-services>
- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization;
- Moreira I. (2011). *Comparação de resultados: prestação de cuidados saúde hospitalares públicos e privados* (Master's Thesis, Universidade do Porto).
- Moreira, I. (2016) O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal (Master's Thesis, Universidade de Coimbra).
- Morgan D, Astolfi R. (2013) *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?* Paris: OECD.
- Nunes A., Harfouche A. (2015). A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4 (2). DOI: 10.5585/rgss.v4i2.145
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- OECD. (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264261488-en>

- Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In Simões, J, *30 Anos do SNS, um percurso comentado.*: Almedina. Coimbra. pp. 271-296.
- Oliveira, M., Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, 203-220.
- Observatório Português do sistema de saúde. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera da OPSS*.
- Pordata. Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2019). *Saúde*. Retirado de <https://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Saúde-12>
- Pordata (2018). *Base de dados Portugal Contemporâneo*. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528>
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa : Climepsi.
- Serapioni, M. (2017) Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cad. Saúde Pública*, 33 (9).
- Silva, R. (2015) *Financiamento Hospitalar - Análise e Reflexão* (Master's Thesis, Universidade do Porto).
- Simões J., Augusto G., Fronteira I., Hernández-Quevedo C.(2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2),1–184.
- Simões J. (2008). O financiamento da saúde em Portugal. In Escoval A., *Financiamento, Inovação e Sustentabilidade*. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Simões, J. (2004). A avaliação do desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 91-120.
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J., et al. (2007). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde - Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS*. Serviço Nacional de Saúde.
- Simões, J., Barros, P., Pereira J. (2008). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde.

- Simões, J., Dias, A. (2009). Gestão da saúde e despesa pública. In Cabral, N., Amador, O., Martins, G. (Eds.). *A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente?* Coimbra: Almedina. pp. 81-100
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (1), 884-894
- Sousa, A. (2018). *O Desafio dos Recursos Humanos na Área da Saúde Privada e Pública: As Motivações dos Profissionais de Saúde* (Master's Thesis, Universidade Católica Portuguesa).
- Tavares, L. (2008). O financiamento do sistema de saúde em Portugal. In Escoval A. (Ed) *Financiamento, Inovação e Sustentabilidade*. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Teixeira, L. (2012). *A Reforma do Centro de Saúde: Percursos e Discursos*. Lisboa: Mundos Sociais.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2019). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019. United Nations Children's Fund.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO. Retirado de https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

Diplomas Legais:

- Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho. Diário da República n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de maio. Diário da República n.º 103/1998, Série I-A de 1998-05-05. Ministério da Saúde.
- Decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27. Ministério da Saúde e Assistência.
- Decreto-lei nº 414/71 de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27. Ministério da Saúde e Assistência.
- Decreto-Lei n.º 23/93 de 27 de janeiro. Diário da República n.º 22/1993, Série I-A de 1993-01-27. Ministério das Finanças. pp. 332 – 373.
- Decreto-Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. Assembleia da República. pp. 7150 – 7154.

Decreto-Lei n.º 48/90 de 4 de agosto. Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24.
Assembleia da República. pp. 3452 – 3459.

Decreto-Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15.
Assembleia da República. pp. 2357 – 2363.