

PARTE I – O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

EVOLUÇÃO DO SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971 – 2002)

SUBSISTEMAS DE SAÚDE

SAÚDE, PORTUGAL E A EUROPA

CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

É importante conhecer a evolução do sistema de saúde português num passado mais recente – ajuda-nos a compreender melhor os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração actual (Fig. 2).

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1986) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

O “Relatório de Primavera 2001” chamou atenção para a situação da saúde em Portugal no início da década de 70, quando se começam a esboçar no sistema de saúde importantes modificações que confluem, em 1979, no estabelecimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS):

- Indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então (58 por mil de mortalidade infantil em 1970);
- “Conjunto fragmentado” de serviços de saúde de natureza variada – grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório;
- Baixíssima capacidade de financiar os serviços públicos da saúde (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970);
- Profissões da saúde, principalmente médicos, adaptando-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

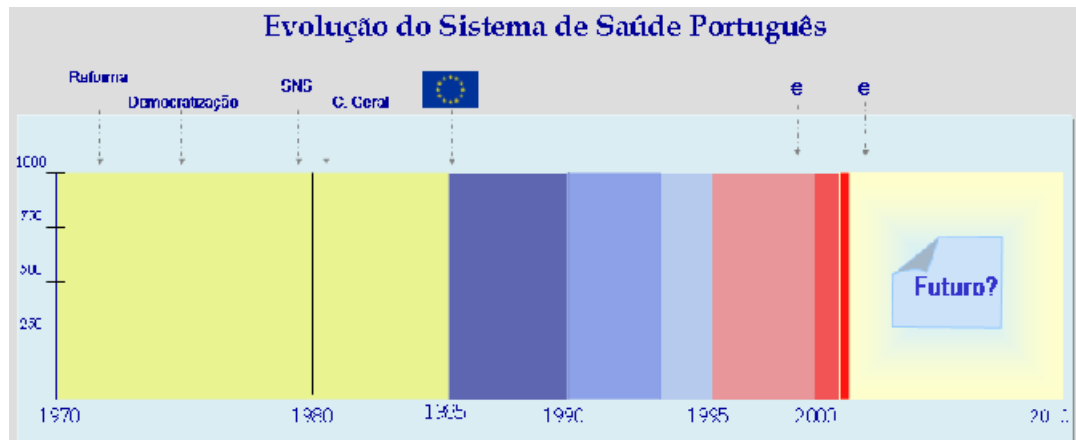
Nesta circunstância o país vai entrar num período de grandes transformações internas e externas, em condições particularmente desfavoráveis de subdesenvolvimento.

O Serviço Nacional de Saúde, os Constrangimentos fundacionais e a expansão do sistema de saúde português (1971-1985.

A reforma do sistema de saúde e da assistência legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento dos “Centos de Saúde” constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. Foi no entanto a partir de 1974 que se criaram as condições políticas e sociais que este fosse adoptado em 1979. No entanto, para melhor entender algumas das questões que ainda hoje o afectam é importante recordar as condições em que o SNS foi criado:

- A adopção e implementação do SNS estão associadas à democratização, e coincidiu com o processo de descolonização que a acompanhou;
- Fez parte do processo expansão do sistema de protecção social português que caracterizou o advento da democracia. Este fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70 (“crises do petróleo”);

Figura 2 – A evolução do Sistema de Saúde Português (1971-2002)



De 1970 a 1985: SNS e a expansão do sistema de saúde:

Reforma de 1971; Democratização e descolonização; (SNS) Lei do Serviço Nacional de Saúde; implementação da carreira médica de clínica geral e familiar; (**) admissão na CCEE, actualmente UE.

A partir de 1985: O desafio da qualificação do sistema de saúde

- 1º Ciclo de 10 anos de duração (1985 – 1995) Agenda predominante – mudar a fronteira público/privado a favor do privado (Lei de Bases de 1990), sem prejuízo de medidas destinadas a melhorar o SNS: um primeiro-ministro, 3 governos de duração decrescente, orientações contrastantes e resultados limitados.

- 2º Ciclo de 6 anos de duração (1996 – 2002) Agenda predominante – reformar o SNS (SNS 21), sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado: um primeiro-ministro, 3 governos de duração decrescente, orientações contrastantes e resultados limitados.

Que futuro?

Início de um novo ciclo político (2002). Que aprendizagem da experiência dos últimos 16 anos? Qual a influência das mudanças no contexto Europeu?

- Significou a transição de um financiamento parcialmente contributivo (contribuições para a Previdência) para um financiamento baseado no orçamento geral do estado, correspondendo à transição de um “modelo Bismarckiano” para um solução “tipo Beveridge”, semelhante a que teve lugar no Reino Unido nos finais da década de 40. Uma vez que as contribuições para a Previdência foram canalizadas para a segurança social isso significou “dinheiro novo” para a saúde, num período muito desfavorável do ponto de vista económico-financeiro. Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS;
- Traduziu-se por ambiciosa “agenda de integração” para os escassos recursos de gestão da época. Tratava-se de fazer convergir num sistema coerente as várias estruturas de prestação de cuidados de saúde existentes. Isso levou cerca de dez anos a fazer. Mesmo assim não o foi completamente.
- Foi possível graças a um aumento substancial e episódico da formação de médicos em Portugal, que permitiu primeiro o estabelecimento do “Serviço Médico à Periferia” e logo depois a criação da carreira de clínica geral e medicina familiar;
- Resultou na implementação da nova carreira de clínica geral em circunstâncias pouco favoráveis – a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais dos SMS, sem qualquer investimento na simultânea transformação destas, teve consequências negativas e duradouras no acesso e na eficiência dos cuidados de saúde primários;
- Uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” – ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português;
- Mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS subsistemas de saúde, como a ADSE;
- A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado. Integra-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986).

Estas circunstâncias fizeram com que o SNS padeça, desde o seu início, de um conjunto significativo de debilidades fundacionais:

- frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS;
- Um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- Dificuldades de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam.

Em resumo, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do país. Permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em

serviços de saúde. Ao mesmo tempo tornou possível uma estrutura de carreiras para as profissões da saúde. As limitações associadas ao contexto económico, social e cultural em que o SNS foi criado e onde se desenvolveu assim como a incapacidade do sistema político e do estado para superarem estas debilidades fundacionais marcaram fortemente a sua evolução subsequente. É útil procurar explicar, mesmo que parcialmente, estas insuficiências.

O desafio da qualificação do sistema de saúde português (I) - De 1985 a 1995. A Lei de Bases da Saúde de 1990.

As crises económicas dos anos 70, relacionadas principalmente com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A filosofia política de Reagan e Thatcher marcaram uma época. Durante a década de 80 os países do sul da Europa, saídos há pouco tempo de regimes autoritários – Grécia, Portugal e Espanha - entram na CEE. No final da década cai o “muro de Berlim”.

No sector da saúde faz-se sentir um movimento de opinião a favor do fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas de saúde Europeus: advoga-se um aumento do financiamento privado; aponta-se para a necessidade de estabelecer uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde; defende-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, promove-se um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde. Propõem-se que uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde esta no peso excessivo do estado na prestação de cuidados de saúde.

Pela primeira vez as teses de um académico norte-americano, Enthoven, influenciam explicitamente as propostas de reforma do SNS inglês; Na Holanda, Dekker, um executivo da “Phillips”, lidera uma comissão que estuda a introdução de instrumentos de competição e mercado no sistema de saúde. Em Espanha um político de prestígio, Abril Martorell preside a uma comissão que propõe novas orientações para o sistema de saúde de Espanha. O Banco Mundial torna-se influente nas reformas dos sistemas de saúde do leste da Europa.

Portugal acabava de se integrar na CEE. Vive um período de crescimento económico e de estabilidade política. Os governos passaram a ser de legislatura com apoio maioritário no Parlamento. Em 1990 é aprovada uma Lei de Bases de Saúde, que se insere, na generalidade, na matriz filosófica acima referida. No entanto, no período de tempo que corresponde este ciclo político há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas.

- **No primeiro, e mais longo destes períodos (1985 – 1990)** a ênfase foi posta na separação mais clara entre os sectores público e privado. Procura-se melhorar as remunerações e condições de trabalho dos profissionais de saúde no sector público. Portugal começaria a sair assim da situação própria dos países menos desenvolvidos caracterizados por pluri-emprego associado a remunerações pouco mais que simbólicas. As resistências a esta clarificação e a forma como o processo foi gerido deram origem a um clima de elevada conflictualidade, particularmente durante o ano de 1989.
- **No segundo período deste ciclo (1990 – 1993)**, uma nova equipa ministerial, procura a pacificação da conflictualidade gerada no período anterior através da confirmação dos benefícios previstos para as carreiras profissionais, mas com o abandono das principais contrapartidas - uma separação mais clara entre o público e o privado e uma melhoria da

gestão dos recursos humanos do SNS. Esta cedência configura-se como a **primeira derrota crítica da governação da saúde** das últimas duas décadas (Quadro I). A agenda predominante passou então a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde; As disposições regulamentares da Lei de Bases de 1990, como o “Estatuto do SNS”, acabam por ser aprovadas só em 1993.

- **Finalmente, no último e mais curto período deste ciclo (1993-95)**, a ideia do seguro alternativo de saúde foi completamente abandonada. A agenda política passou a centrar-se na possibilidade de aumentar o financiamento privado no sistema de saúde e na ideia da gestão privada das unidades públicas de saúde. Aprova-se a experiência da gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca, muito próximo do fim do ciclo. O receituário do SNS torna-se universalmente disponível. As listas de espera cirúrgicas nos hospitais portugueses começam a assumir proporções preocupantes - surge o programa de recuperação das listas de espera (“PERLE”).

Durante este ciclo, numa linha de continuidade com o período que o antecedeu, há um importante investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões da saúde, e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Apesar de importantes contribuições para a arquitectura do SNS, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as “unidades funcionais de saúde”, os princípios que informam a Lei de Bases da Saúde e os dispositivos normativos que a veicularam tiveram pouco impacto sobre o funcionamento dos serviços de saúde portugueses e não influenciaram os pilares que sustentavam as suas disfunções. O desafio da qualificação do sistema de saúde português (II) – De 1995 a 2001. Uma proposta para a reforma do SNS.

O desafio da qualificação do sistema de saúde português (II) - de 1995 a 2001. Uma proposta para a reforma do SNS.

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro, onde uma das ideias predominantes é a da “reinvenção da governação” – dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública tornando-a mais empresarial, recentrar os serviços públicos no cidadão cliente, passar de uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados:

- Reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais, nem confiar excessivamente nas virtualidades do mercado em domínios como a saúde.
- Dá-se mais importância às especificidades da saúde – o sistema de saúde não pode ser gerido nem como um descomunal burocracia (apesar do Estado ter um lugar muito importante a desempenhar), nem como o negócio (apesar de conter domínios abertos à competição e ao mercado).
- As teses de Enthoven em relação ao SNS inglês, as conclusões dos relatórios Dekker (Holanda) e Martorell (Espanha), foram muito parcialmente implementadas e por essa e possivelmente outras razões não tiveram o impacto esperado.

- Permanecem alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (uma melhor distinção entre o financiador e o prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente.
- Emerge uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e uma maior desconfiança em relação a posições dogmáticas e preconceituosas. Começam a reconhecer-se os desafios muito particulares que a gestão de “sistemas sociais complexos” colocam às sociedades actuais.

Em Portugal o sistema de saúde continua a expandir-se com as vantagens daí decorrentes para aqueles que deles beneficiam, mas sem contudo corresponder ao desafio crítico da sua qualificação: os problemas do acesso aos cuidados de saúde (consultas, cirurgias) começam a tornar-se cada vez mais evidentes, a desadequação modelo de administração pública tradicional às necessidades da saúde é já evidente, o entrelaçar entre interesses públicos e privados agrava-se.

Em finais de 1995 inicia-se um novo ciclo político que se caracterizou por menores condições de estabilidade que o anterior (falta de uma maioria política parlamentar). Apesar de mais curto que o anterior, neste ciclo político também se podem distinguir três períodos distintos.

No primeiro e mais longo período deste ciclo (1995 – 1999) a saúde não é considerada como uma prioridade política da legislatura – esta prioridade foi atribuída à educação e ao combate à pobreza (solidariedade e segurança social).

O mandato do Ministério da Saúde pareceu ser o de tomar as medidas necessárias para melhorar progressivamente a situação da saúde e preparar uma “reforma da saúde” para ser implementada em condições políticas mais favoráveis (nova legislatura, com eventual apoio parlamentar maioritário). Criou-se o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), em fins de 1995, e os termos em que isso é feito reforçam aquela interpretação sobre as intenções políticas do Governo. O CRES apresentou a sua análise e propostas definitivas em 1998.

No entanto este cálculo político correspondia mal à situação efectiva do sistema de saúde às crescentes expectativas dos cidadãos, ao grande interesse por parte da comunicação pela área da saúde, à necessidade amplamente sentida de reformas na saúde. Vários aspectos confluem para agravar este desajustamento. Entre os mais importantes está a tensão criada pela coincidência frequente entre expressões de insatisfação pelo acesso aos serviços de saúde e pelas listas de espera (“resposta insatisfatória”) com as notícias de “derrapagens financeira” e “gasto incontrolado” que resultam tanto do sub-financiamento histórico dos serviços públicos da saúde como da debilidade dos instrumentos da governação da saúde.

As severas exigências da governação de um sistema social de uma complexidade como é o da saúde são pouco compatíveis com excessivas ambiguidades.

Neste contexto, o projecto de reforma “SNS 21”, que incorpora importantes contribuições de relatório do CRES, desenvolve-se numa lógica de elaboração e negociação detalhada com um início de implementação difícil, aguardando condições de apoio político e financiamento mais favoráveis para uma acção mais intensa. Este projecto de reforma pode dois tipos de orientações complementares:

- Criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização – estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;
- Proceder à inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde - hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI's) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Um dos aspectos mais importantes da agenda política durante este período foi o de conjugar o binómio “responsabilização na gestão – flexibilização das organizações”, com a introdução progressiva de remunerações associadas ao desempenho (começando pelo “RRE - Regímen Remuneratório Experimental para da clínica geral”) e com a reactivação do princípio das incompatibilidades na celebração das convenções de prestação de cuidados de saúde com o sector privado. Esta orientação não foi bem recebida por alguns sectores profissionais, sendo acompanhado por período de conflituosidade de alta visibilidade pública.

O segundo período deste ciclo político (1999-2001) inicia-se em condições muito favoráveis:

- É no início de uma segunda legislatura com a mesma liderança política (continuando, no entanto, sem apoio parlamentar maioritário);
- O governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o conseqüente reforço no OGE das dotações financeiras para a saúde;
- É constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca em área tão exigente como é a da saúde;
- Há um vasto conjunto de medidas de reforma recentemente estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação;
- Parecem existir as condições políticas para mobilizar uma base de apoio para fazer uma reforma que corresponde a necessidades muito sentidas pela população portuguesa.

No entanto estas expectativas positivas não se confirmam:

- Estabelecem-se metas muito exigentes para aspectos de grande visibilidade pública, como são o financiamento da saúde e as “listas de espera”;
- Tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer enquadramento estratégico explícito;
- Acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa;
- Observa-se uma paralisação quase completa das principais medidas da reforma antes aprovadas, sem a preparação e implementação de soluções alternativas;
- Abandona-se a orientação de canalizar os recursos disponíveis para remunerações profissionais através de esquemas de remunerações associadas ao desempenho e cede-se às pressões para fazê-lo através de “horas extraordinárias”.

Pelo efeito de inviabilizar a reforma do SNS projectada estas cedências podem ser consideradas como a **2ª derrota crítica da governação da saúde** nas últimas duas décadas (Quadro I).

Quadro I – Duas “derrotas críticas” da governação de saúde

1990
<p>Agenda da Governação até 1990:</p> <ul style="list-style-type: none">- Melhoria das remunerações no sector público;- Separação público/ privado, no contexto da Lei de Bases de 1990;- Aumento da produtividade do sector público. <p>Desenlace em 1990:</p> <ul style="list-style-type: none">- A nova equipa ministerial confirma as melhorias de remuneração, mas cede na separação “público-privado”.
2000
<p>Agenda da Governação até 2000:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conjunto de alterações legislativas, com vista à reforma do SNS: início de modalidades de remuneração com base no desempenho (incompatibilidades na medicina convencionada; Regime Remuneratório Experimental; programa de recuperação das listas de espera; condição para o pagamento de horas extraordinárias nos serviços de urgência). <p>Desenlace em 2000:</p> <ul style="list-style-type: none">- A nova equipa ministerial canalizou os aumentos da remuneração para as horas extraordinárias. Paralisa a reforma do SNS.

À medida que o crescimento económico vai tendo lugar, vai sendo possível canalizar mais recursos financeiros para o sistema de saúde e para as remunerações dos profissionais. Estas são oportunidades importantes para melhorar simultaneamente a gestão e a organização dos sistemas de saúde. Nos episódios de “1990” e de “2000”, aqui referidos, a governação da saúde, devido à pressão das organizações profissionais, não foi capaz de gerir essas oportunidades. As implicações destas “derrotas da governação” são sérias.

Finalmente tem lugar um curto terceiro e último período neste ciclo político (2001-2002), com uma duração de cerca de 8 meses, sendo destes menos de 6 meses de competência de governação plena. Estas circunstâncias limitam a profundidade e relevância da sua análise. No entanto os seguintes aspectos merecem ser referidos:

- Retomou-se a ideia que é necessário um “projecto” de reforma da saúde redefinindo um número limitado de orientações: ganhos em saúde, confiança e auto-estima, a qualidade da despesa, a organização e gestão dos serviços de saúde, formação e investigação (Grandes Opções do Plano 2002);
- Promoveram-se muito activamente a um conjunto de estudos técnicos destinados a concretizar as orientações acima referidas;
- Assumem-se posições que decorrem em grande parte do contexto muito particular em que este período da governação tem lugar - direcções clínicas, o controlo do défice.

Em resumo, apesar das muitas iniciativas de mérito que tiveram lugar neste ciclo de cerca de 6 anos, pode dizer-se que ele constituiu uma oportunidade perdida para a reforma da saúde em Portugal. É importante tirar daqui os ensinamentos relevantes.

Pode-se concluir desta exposição que ao longo dos dois ciclos políticos revistos e que abarcam cerca de década e meia, apesar das diferenças de agenda política observadas e dos méritos de muitas das iniciativas que foram sendo tomadas (Quadro II), são evidentes as semelhanças em termos da fragilidade das concepções e instrumentos da governação da saúde.

SUBSISTEMAS DE SAÚDE

Os “subsistemas de saúde” tem uma importância muito considerável no sistema de saúde português – pelos números de pessoas que cobrem (próximo dos 25% da população portuguesa), pela sua diversidade e pelos ensinamentos que a sua experiência específica pode trazer à governação da saúde.

Numa conferência recente, organizada pela SãVida (2001) passou-se em revista os principais aspectos da experiência dos subsistemas em Portugal (Quadro III). A conferência confirmou a importância de uma melhor articulação entre os subsistemas de saúde e o SNS. Este pode beneficiar das inovações de organização e gestão que os subsistemas pela flexibilidade de gestão que o seu estatuto lhes confere e pelas suas dimensões, podem ensaiar com mais facilidade (por exemplo, processos e tecnologias de informação de saúde e de contratualização). Também se confirmaram as limitações de alguns aspectos da aplicação do DL 401/98 especialmente no que diz respeito à evidente assimetria entre a relativa simplicidade das transferências financeiras do Ministério da Saúde para alguns dos subsistemas, previstas por aquele diploma, e as efectivas dificuldades que as unidades prestadoras do SNS têm revelado em facturar e cobrar os serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas.

Quadro II – Iniciativas legislativas mais relevantes dos últimos 12 anos

INÍCIO DOS ANOS NOVENTA	MEADOS DOS ANOS NOVENTA	INÍCIO DOS ANOS DOIS MIL
Carreiras médicas - Decreto-lei n.º 73/90, de 6 de Março, DR n.º 54, I Série e Decreto-lei n.º 396/93 de 24/11	Aplicação do novo regime jurídico ao Hospital de S. Sebastião - Decreto-lei n.º 218/96, de 20 de Novembro	Plano de Reorganização da Farmácia Hospitalar - Resolução do CM n.º 105/2000, de 11 de Agosto
Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto	Agências de acompanhamento dos serviços de saúde - Despacho normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto	Regras de acesso dos utentes do SNS ao regime convencional - Despacho n.º 17381/2000, de 25/8
Estatuto do medicamento (fabrico, comercialização e comparticipação) - Decreto-lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro	Regime de celebração das convenções - Decreto-lei n.º 97/98, de 18 de Abril	Clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da cirurgia - Despacho n.º 17799/2000, de 31/8
Estabelece o regime e aprova as taxas moderadoras - Decreto-lei n.º 54/92 e Portaria n.º 338/92, de 11 de Abril, DR n.º 86, Séries I-A e I-B	Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral - Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio	Princípios, procedimentos e regras no acesso dos utentes do SNS, ao sector social - Despacho n.º 19554/2000, do Gabinete da Ministra da Saúde, de 29 de Setembro
Lei Orgânica do MS - Decreto-lei n.º 10/93 de 15 de Janeiro, DR 12, Série I-A	Intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados – Despacho conjunto n.º 407/98, de 18/6 (MS e MTSS)	Plano de Acção de Combate ao Alcoolismo - Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro
Estatuto do SNS - Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro	Lei de Saúde Mental e organização da psiquiatria e saúde mental - Lei n.º 36/98, de 24 de Julho e Decreto-lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro	Patologias e n.º de actos no âmbito das convenções e protocolos com particulares, Mútuas, IPSS e Misericórdias - Despachos n.º 4581-A, B, C e D/2001, de 6 de Março
Administrações Regionais de Saúde - Decreto-lei n.º 335/93 de 29 de Setembro, DR n.º 229, Série I-A	Programa de promoção de acesso aos cuidados de saúde - Lei n.º 27/99, de 3 de Maio	Criação de estrutura de missão “Parcerias Saúde” - Resolução do CM n.º 162/2001
Criação do Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) - Despacho, MS, de 1 de Março	Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) - Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril	Nomeação dos directores clínicos e enfermeiros directores - Decreto-lei n.º 39/2002 de 26 de Fevereiro
Comparticipação de medicamentos prescritos em exercício privado - Despacho n.º 14/95, MS, de 12 de Junho	Regime dos Sistemas Locais de Saúde - Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio	Empresarialização dos hospitais – Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002
Cartão de utente do SNS - Decreto-lei n.º 198/95, de 29 de Julho, e Portarias n.º 981 e 982/95, de 16 de Agosto	Criação, dos Centros de Saúde de 3ª geração - Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio	
Contrato para a gestão do Hospital Fernando Fonseca - Portaria n.º 279/95, de 8 de Setembro	Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho	
	Serviços de Saúde Pública - Decreto-lei n.º 286/99, de 27/7	
	Centros de responsabilidade integrados nos hospitais - Decreto-lei n.º 374/99, de 18/9	

Muitas iniciativas meritórias com efeitos excessivamente limitados, devido à fragilidade e à descontinuidade da “governança da saúde”.

Quadro III –Subsistemas de Saúde (alguns exemplos)

	Nº de beneficiários (unidades:1000)
ADSE – Direcção - Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública	1.220
ADME - Assistência na Doença aos Militares do Exército ADMA - Assistência na Doença aos Militares da Armada ADMG - Assistência na Doença à GNR ADMFA - Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea SAD PSP - Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública Serviços Sociais da Presidência do Conselho de Ministros Serviços Sociais do Ministério da Justiça Serviços Sociais do Ministério do Planeamento da Administração do Território Serviços Sociais da Administração do Porto de Lisboa Serviços Sociais da Administração dos Portos do Douro e Leixões	623
SAMS do Sul e Ilhas (Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas) SAMS Centro (Sindicato dos Bancários Centro) SAMS Norte (Sindicato dos Bancários Norte)	170
Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD)	30
UCS – Cuidados Integrados de Saúde AS (TAP)	17
Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SSINCM)	3
PT-ACS (Portugal Telecom- Associação de Cuidados de Saúde)	63
IOS-CTT Instituto das Obras Sociais dos CTT	52
SÁVIDA – Medicina apoiada AS (EDP)	72
	2.250

Fonte: O futuro dos sistemas complementares e dos subsistemas de saúde, Carlos Baptista (PT ACS), Conferência SÁVIDA, Medicina Apoiada, S.A - Janeiro 2002

Quadro IV - Algumas referências da Europa da saúde

Saúde na Europa (no âmbito do art. 152 do Tratado de Amesterdão)

- Randal, (Pelgave, 2000), Ducan, (BMJ, 2002; 324:1027);
- www.europa.eu.int/comm/ph/eu_action/eu-action_en.html

- Cuidados de Saúde na Europa

Limitações na formulação de uma política de saúde coerente para a EU; decisões doutrina do Tribunal das Comunidades Europeias (TCE). Cuidados transfronteiriços, acordos sobre a circulação organizada de profissionais e assimetrias europeias entre recursos humanos (Espanha/Portugal); (Alemanha/Reino Unido)

- “The Internal Market and Health Services” – EU: Relatório da Alta Comissão para a saúde, 2001. (www.europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/key06_en.pdf)
- Relatório Mossialos e col, Presidência belga da EU, 2001 (www.observatory.dk)
- Eurohealth (2001, 4)
- Editorial Mackey (BMJ, 2002; 324: 991)

- Efeitos do Pacto de Estabilidade, do Euro e do Alargamento da EU a leste.

- Entrevista Delors, (2002, Le Monde, 13 de Maio)

- Política de consumidores e a Agência Europeia de Segurança Alimentar

- (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm)

- Políticas do medicamento na EU

- Relatório “G10 Medicine”, EU, 2002
(http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/g10/index_en.htm)
(http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/ke02_en.pdf)
- Comentários (2002, The Economist, 11 de Maio)

- Ciência e tecnologias – Tecnologias da informação e da comunicação

- UE: eEurope (http://europa.eu.int/information_society/europe/action_plan/index_en.htm)

SAÚDE, PORTUGAL E A EUROPA

É previsível que os múltiplos aspectos que agora confluem fortemente nos processos de “construção Europeia” em curso venham a ter, já a relativamente curto prazo, uma influência visível e crescente sobre os sistemas de saúde.

Dado o carácter essencialmente político do calendário da construção Europeia (nomeadamente na introdução do EURO, nas condições do pacto de estabilidade, e na abertura a Leste) é evidente o deficit de estudos suficientemente aprofundados sobre as implicações deste calendário político nos sistemas de protecção social dos países membros principalmente daqueles que estes são menos desenvolvidos (como é o caso de Portugal e outros países do sul da Europa). Pode dizer-se que a situação é hoje já muito complexa – seria desejável compreendê-la melhor – e introduz importantes elementos de incerteza, que é necessário, pelo menos parcialmente, superar.

Neste contexto é possível identificar um conjunto relativamente vasto de áreas de interesse e acontecimentos recentes (Quadro IV) que é importante conhecer mais aprofundadamente. Tendo em vista os múltiplos aspectos acima referidos há que prestar uma atenção muito especial deve ser prestada ao que parecem ser já consideráveis e crescente assimetrias no espaço ibérico da saúde.

Pode-se já argumentar que é já difícil formular e implementar políticas de saúde em Portugal sem tomar em consideração o contexto Europeu da saúde e o espaço ibérico.

Regista-se a publicação em 2001, do segundo relatório sobre a saúde na União Europeia, elaborado sob a direcção e coordenação de dois técnicos Europeus (Pereira Miguel, Paulo Ferrinho, 2001)

CONTEXTO DO SISTEMA DA SAÚDE

Os sistemas de saúde não se comportam como compartimentos estanques nas sociedades onde se inserem. Pelo contrário são fortemente influenciados no curto e no longo prazo pelo contexto político, cultural, económico, científico e tecnológico.

O OPSS está a desenvolver um dispositivo simples para permitir acompanhar este tipo de influências – É o “Trendwatcher”:
www.observaport.com.