


**PARTE I**

## SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: EVOLUÇÃO E CONTEXTO

### ANTECEDENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu, em períodos de tempo particularmente curtos, sucessivas 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.

No início da década de 70, quando se começaram a esboçar no sistema de saúde importantes modificações que confluíram, em 1979, no estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estava-se em presença de:

- indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa ocidental de então (ver *Quadro I*);
- “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 aceitável de remuneração e de satisfação profissional.

#### Quadro I – Desenvolvimentos na Saúde em Portugal. Comparação entre 1970 e 2001 (Continente e Ilhas)

	1970	2001
Mortalidade Infantil (%)	58,6	5,0
N.º de internamentos (entradas)	618.664	<sup>(a)</sup> 823.044
N.º de médicos inscritos	8.156	33.233
Partos hospitalares (%)	37,5	99,3
População (nº de residentes)	8.668.267	10. 356.117

Fonte: INE <sup>(a)</sup> Ano 2000

É nestas condições de sub desenvolvimento que o país entra na década de 70 e enfrenta grandes transformações internas num contexto internacional difícil.

## O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, OS CONSTRANGIMENTOS FUNDACIONAIS E A EXPANSÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971-1985)

A reforma da saúde legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), incluiu o estabelecimento dos “Centros de Saúde” de 1ª geração, constituindo 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 (acesso universal aos centros de saúde, serviços médico/sociais, hospitais e institucionalização do serviço médico na periferia) para que o SNS fosse adoptado em 1979.

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, tornando possível uma estrutura de carreiras para as profissões da saúde.

No entanto, as circunstâncias sociais, económicas e políticas em que o SNS foi criado fizeram com que padeça 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 infra-estruturas 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.

As limitações associadas ao contexto 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.

## OS DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1986-2002)

Durante este período, os serviços de saúde continuavam 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) tornaram-se progressivamente mais evidentes; a desadequação do modelo de administração pública tradicional às necessidades da saúde é evidente; o entrelaçar entre interesses públicos e privados agravou-se.

O **Quadro II** resume o essencial sobre os ciclos políticos que atravessaram o país e a evolução do Sistema de Saúde Português durante este período.

Com este breve resumo tornam-se evidentes as consequências das fragilidades do sistema político e da administração pública portuguesa no sistema de saúde:

- os partidos políticos não desenvolvem políticas de saúde, suficientemente documentadas, debatidas e consensualizadas para resistirem às mudanças das equipas ministeriais (elas próprias fragilizadas por esta cultura política);
- não parece haver distinção suficiente entre a legitimidade política do programa de governo e da necessidade de documentar e justificar tecnicamente, as soluções concretas que realizam as opções políticas;
- a dificuldade em diferenciar, qualificar, democratizar e adaptar às especificidades da saúde a administração pública, tem-se mantido, através do tempo, como um dos principais obstáculos à reforma da saúde.

## Quadro II – Ciclos políticos, a expansão e a qualificação do Sistema de Saúde Português (1970-2002)

### SNS e a expansão do sistema de saúde (1970 a 1985):

Reforma de 1971 de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio; Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS); implementação da carreira médica de clínica geral e familiar; democratização e descolonização; entrada na CEE, actualmente UE.

Contexto económico global sobre o efeito negativo dos “choques do petróleo” durante a década de 70.

*Fundação do SNS no contexto de profundas transformações sócio-económicas e políticas, com uma componente da expansão do sistema de protecção social do país, implementada em contra-ciclo em relação à realidade económica global.*

### O desafio da qualificação do sistema de saúde (a partir de 1985):

#### - 1º Ciclo de 10 anos de duração (1985 – 1995)

O fim do período de expansão económica do pós guerra põe em dificuldade os sistemas públicos de protecção social e dá origem a um período liberalizante.

*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, com base parlamentar maioritária, de duração decrescente, orientações contrastantes e limitada capacidade para implementar a agenda política. Só no último ano desta década é implementada uma experiência de gestão privada num serviço público (Amadora-Sintra).

#### - 2º Ciclo de 6 anos de duração (1996 – 2002)

Ao período liberalizante anterior segue-se, no contexto Europeu, um outro em que o objectivo passa a estar numa “nova administração pública” capaz de reformar serviços de protecção social antiquados.

*Agenda predominante* – reformar o SNS (SNS 21), sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado: um primeiro-ministro, três governos, sem base parlamentar maioritária, de duração decrescente, orientações contrastantes e limitadas à capacidade de implementar a agenda. Inovações como a “contratualização”, “os centros de responsabilidade integrados”, os “hospitais-empresa”, “os centros de saúde de 3ª geração”, tiveram uma implementação incipiente.

*Tornou-se evidente durante estes 16 anos que, independentemente da agenda em causa, o sistema político português não teve a capacidade de instituir processos de governação da saúde tecnicamente idóneos e com uma base social de apoio sustentável. A compreensão deste fenómeno é fundamental para o futuro.*

#### - Início de um novo ciclo político (2002)

Que aprendizagem pode ser feita da experiência dos últimos 16 anos? Qual a influência das mudanças no contexto Europeu (mobilidade de profissionais e doentes, alargamento da UE, pacto de estabilidade e crescimento).

*Agenda predominante:* nova modificação da mistura público/privado a favor do privado (mercado interno como uma “rede” de serviços públicos e privados com financiamento público segundo “uma tabela de preços”; parcerias público/privado; aumento anunciado do financiamento privado pelo pagamento da prestação de acordo com os rendimentos declarados), sem prejuízo de melhorias na gestão do SNS (Hospitais SA).

## O CONTEXTO ACTUAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

### Algumas questões relevantes

Com frequência as propostas da reforma de saúde são formuladas sem qualquer análise do contexto económico, social, cultural e político. E, no entanto, sabe-se como este contexto tem sido de importância crítica no passado. Seguramente continuará a sê-lo no futuro.

Algumas das questões parecem particularmente relevantes quanto ao actual contexto da saúde e ficam aparentemente sem respostas concretas:

- Situação económica (global, europeia e portuguesa)

Qual é o efeito combinado da actual conjuntura económica com as implicações do “pacto de estabilidade e crescimento” na evolução da saúde e dos serviços de saúde em Portugal?

Nestas circunstâncias, quais as melhores estratégias de saúde para o país?

De que forma são tomadas em linha de conta no Governo da União Europeia, estas preocupações?

- A Europa e a Saúde

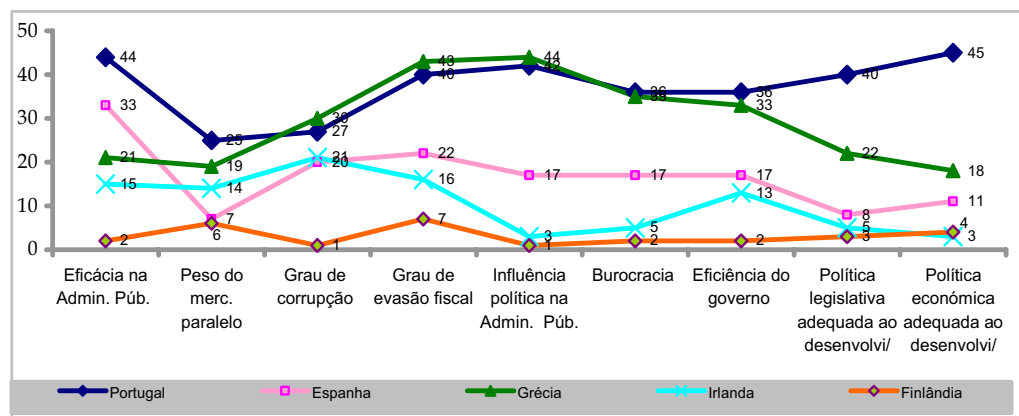
Que impacto vai ter sobre o sistema de saúde português, a médio prazo, um eventual aumento da mobilidade dos doentes no espaço Europeu?

Como é possível a Portugal ter um melhor aproveitamento dos Programas Europeus da Saúde?

- Governança em Portugal

Que implicações têm para a reforma dos sistemas de saúde os baixos níveis de “eficácia e transparência” da governação em Portugal quando comparado com os restantes países da União Europeia? (ver **Figura 1**)

Figura 1 – Eficácia e transparência de governação em cinco países europeus

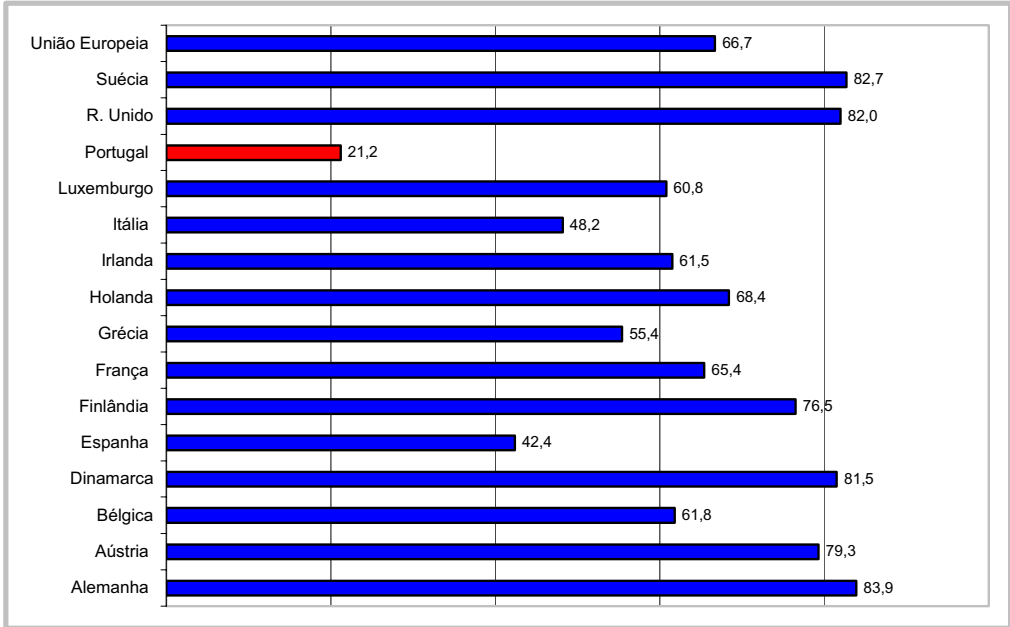


Fonte: Relatórios do World Competitiveness Yearbook, 2001, pelo Institute for Management Development (IMD)  
Adaptado de: SIMÃO, V. J.; SANTOS, S. S.; COSTA, A. A.; Ensino Superior: Uma visão para a próxima década, 2002

- Nível educativo e desenvolvimento tecnológico

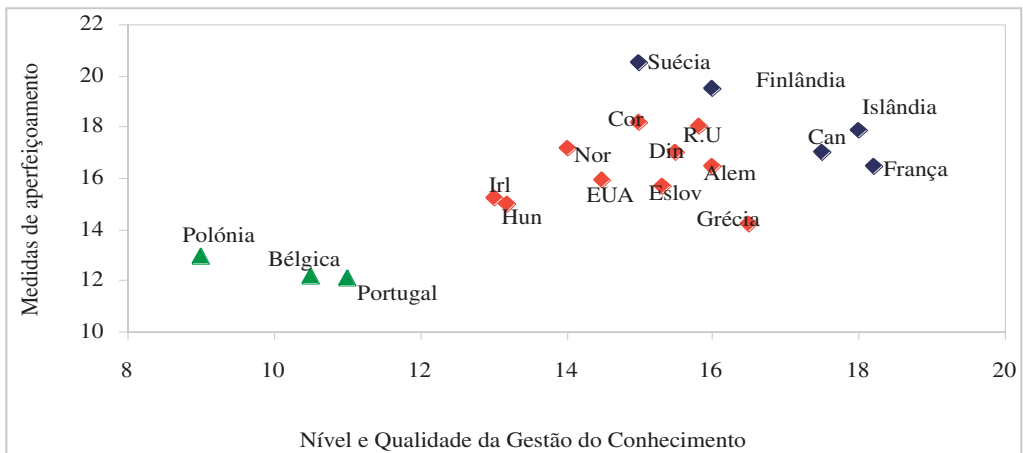
Que implicações têm os níveis educativo e de desenvolvimento do país nas estratégias da saúde e de reforma do sistema de saúde? (ver **Figuras 2 e 3**)

**Figura 2 – População com idades compreendidas entre 25 e 64 anos que tem, pelo menos, um nível de estudos superiores**



Fonte: Eurosta t/ Adaptado do El País, 2003

**Figura 3 – Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais**



Fonte: GOV/PUMA/ HRM (2003)

## UMA CONJUNTURA ECONÓMICA RECESSIVA

O ano de 2002 foi caracterizado por um elevado ambiente de incerteza no que respeita à evolução da economia internacional, na sequência de uma evidente inflexão no seu crescimento, após um período relativamente favorável na evolução dos principais indicadores de produção, de investimento, de consumo e de comércio internacional.

Já no final do ano 2000, os EUA mostravam sinais de desaceleração na sua taxa de crescimento e, dada a importância que a economia americana representa na economia mundial, esta tendência acabou por se disseminar às restantes regiões económicas, nomeadamente à europeia.

Alguns dos países da União Europeia, nomeadamente Alemanha, França, Itália e Portugal, apresentaram situações deficitárias das suas contas da Administração Pública, colocando em causa o objectivo do seu equilíbrio em 2004. Os Estados membros concordaram em estabelecer objectivos e medidas de política, de forma a irem reduzindo o défice público estrutural, aumentando o período de estabilização e reduzindo os valores inicialmente previstos para, de uma forma gradual, equilibrarem as suas contas públicas.

Portugal, neste contexto, tem particularidades que interessa conhecer melhor, pois quer a dimensão do défice, quer as consequências macroeconómicas da sua redução, podem vir a colocar sérios riscos na capacidade de inverter a situação de estagnação/recessão verificada nos dois últimos trimestres de 2002 e no primeiro de 2003.

### SITUAÇÃO DA ECONOMIA PORTUGUESA E PERSPECTIVAS DE EVOLUÇÃO

Após um período de forte expansão económica, na 2ª metade da década de 90, o crescimento do PIB em Portugal estagnou em 2002, estimando-se em 0,5 %, a sua média anual de crescimento.

O défice orçamental desceu acentuadamente em 2002, para um valor estimado em 2,7%, após as derrapagens substanciais no ano anterior que o aproximaram dos 4% do PIB.

Do lado da despesa, já no ano de 2002, verificou-se o congelamento de algumas despesas de capital, uma vez que as despesas correntes apresentam um relativo grau de rigidez. Para o mesmo ano prevê-se uma redução do défice orçamental para valores próximos de 2,7 do PIB, em consequência de algumas medidas já tomadas, nomeadamente o congelamento dos salários na Função Pública e as orientações com vista à contenção da despesa pública na Saúde, na Educação e na Segurança Social.

Mas os especialistas do FMI (ver *Quadro III*), nas suas mais recentes notas de informação ao público, publicitadas em Abril de 2003, consideram que, para atingir o objectivo anterior, é ainda necessário implementar medidas adicionais.

Quadro III – Previsões do Fundo Monetário Internacional - FMI (Setembro de 2002) para a evolução do PIB

	<i>PIB</i>		<i>Inflação</i>		<i>Tx. de Des.</i>		<i>Saldo da BTC – % do PIB</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
<i>Bélgica</i>	0,6	2,2	1,6	1,2	6,9	7,1	4,7	4,5
<i>Dinamarca</i>	1,5	2,2	2,2	2,1	5,1	5,1	2,8	3,4
<i>Alemanha</i>	0,5	2	1,4	1,1	8,3	8,3	1,9	2,1
<i>Grécia</i>	3,7	3,2	3,8	3,3	10,2	10,3	-5,1	-5,4
<i>Espanha</i>	2	2,7	2,8	2,4	10,7	9,9	-1,7	-1,8
<i>França</i>	1,2	2,3	1,8	1,4	9	8,9	1,9	1,4
<i>Irlanda</i>	3,8	5,3	4,4	3	4,5	4,7	-0,7	-0,9
<i>Itália</i>	0,7	2,3	2,4	1,8	9,3	8,9	0,2	0,2
<i>Luxemburgo</i>	2,7	5,1	2	1,8	2,9	2,8	-	-
<i>Países Baixos</i>	0,4	2	3,8	3,4	2,9	3,2	3,2	3
<i>Áustria</i>	0,9	2,3	1,8	1,6	4,3	3,8	-2,3	-2,3
<i>Portugal</i>	0,4	1,5	3,7	2,7	4,7	5,1	-8	-7,5
<i>Finlândia</i>	1,1	3	2,2	1,9	9,4	9,3	7,3	7,6
<i>Suécia</i>	1,6	2,5	2,3	2,2	4,2	4,2	3,2	3,2
<i>Reino Unido</i>	1,7	2,4	1,9	2,1	5,2	5,3	-2,1	-2,3
<i>União Europeia</i>	1,1	2,3	1,8	2,1	7,7	7,6	0,6	0,5
<i>Área do Euro</i>	0,9	2,3	2,1	1,6	8,4	8,2	1,1	1
<i>EUA</i>	2,2	2,6	1,5	2,3	5,9	6,3	-4,6	-4,7
<i>Japão</i>	-0,5	1,1	-1	-0,6	5,5	5,6	3	2,9

Fonte: FMI

Em síntese, poder-se-á referir que Portugal tem uma economia com um elevado grau de sensibilidade à conjuntura externa, cujo impacto gerado na nossa economia é muito mais intenso, reflectindo-se isso na instabilidade das nossas variáveis macro. Nesse contexto, os riscos de que as políticas de carácter estrutural possam vir a ser afectadas em função das medidas de curto prazo, com vista à resolução de situações conjunturais, são elevados.

## EVOLUÇÃO DAS FINANÇAS PÚBLICAS EM PORTUGAL E PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO / PEC

Um dos principais objectivos da União Europeia é de criar condições para a convergência real das suas economias, pressupondo um quadro de estabilidade de índole macroeconómica, no qual se inclui o da estabilidade orçamental. Tal pressupõe um relativo grau de disciplina nas contas públicas dos países membros.

Como já foi referido, no ano de 2002, as principais medidas de controlo da despesa pública consistiram no estabelecimento de limites para o crescimento dos gastos dos organismos autónomos e para os níveis de endividamento da Administração Regional e Local. Foi eliminada a bonificação dos juros do crédito à habitação, foi suspensa a admissão de novos funcionários, para além de se verificar a extinção e fusão de alguns organismos públicos. Nos sectores da saúde, educação e segurança social foram tomadas medidas imediatas de contenção dos gastos.

O governo elegeu, como prioridade determinante, o estabelecimento de um processo gradual de redução do défice, a par de medidas que aumentem a produtividade, ambas apoiadas em reformas estruturais, mas em que o objectivo da consolidação orçamental ganhou um peso elevado nas políticas macroeconómicas. Têm sido apontados importantes riscos associados ao carácter dominante do objectivo da estabilidade orçamental: inviabiliza reformas de longo prazo, nomeadamente as que se relacionam com a qualificação dos recursos humanos, com a inovação científica e tecnológica, com as melhorias das condições de acessibilidade e de infra-estruturação da actividade produtiva. Para alguns “a palavra-chave é o investimento, como forma de gerar capacidades que nos levarão à qualificação e ao desenvolvimento”.

### AS CONTAS DO SNS E AS MEDIDAS PROPOSTAS NO PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO

O Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem-se debatido, há longos anos, com um problema de défice, com carácter marcadamente estrutural, evidenciado na evolução das suas contas recentes. Se, por um lado, para tal têm concorrido os constrangimentos colocados às finanças públicas nacionais, obrigando o SNS em cada ano económico a disputar com os restantes sectores a partilha dos recursos escassos, por outro lado, a pressão no sentido do crescimento das despesas públicas com a saúde, torna os montantes financeiros previstos, do lado da receita, sempre insuficientes e do lado da despesa, normalmente excessivos.

Diversos factores concorrem para explicar este sistemático desfasamento entre as despesas efectivas e as previstas. A evolução do índice de preços no sector da saúde, sempre superior ao Índice de Preços ao Consumidor (IPC), é uma das determinantes que tem necessariamente de ser considerada. No ano 2000, e tendo como ano base o de 1995, o IPC foi de 113,9%, sendo que no mesmo período o IPC Saúde foi de 124,5% (INE, 2000). As taxas de crescimento anual médio dos preços no sector da saúde, para o mesmo período, foram de 4,9%, contra 2,9%, para os bens e serviços em geral.

O comportamento da massa salarial, confirma que a taxa de crescimento tem sido superior à da administração pública em geral. Os custos com pessoal, de 1999 para 2000, nos hospitais públicos, conheceram um crescimento de cerca de 10,8% (IGIF 2002). O aumento de efectivos, explica em parte este crescimento, mas a simples actualização ou melhoria de carreiras, para além de outras medidas de carácter disperso, têm tido um impacto imediato nas despesas com pessoal, sem que para tal possam ter concorrido aumentos de efectivos e/ou um aumento significativo dos salários.

O comportamento da evolução das despesas com medicamentos apresenta particularidades que induzem igualmente o crescimento das despesas públicas com a saúde. Representando os encargos com medicamentos, no ano 2000, cerca de 22,8 % do orçamento do SNS, (quando em 1996 o seu peso era de 21,8 % e considerando que o IPC para os medicamentos), no período de 5 anos aumentou somente 2 % o reforço do seu peso relativo, no conjunto das despesas em geral, foi conseguido à custa de um aumento das quantidades consumidas e de uma alteração da estrutura no consumo das especialidades farmacêuticas.

O Programa de Estabilidade e Crescimento ao propor um conjunto de medidas para o sector da saúde, no período de 2003-2006 (ver **Quadro IV**) vai trazer necessariamente alterações substanciais ao nível do financiamento, da gestão e da regulação no sector. Não é ainda previsível o impacto dessas medidas na eficácia da contenção das despesas públicas. Não são igualmente previsíveis os seus efeitos, em termos da melhoria na saúde das populações, em consequência de uma superior eficiência produtiva e distributiva, quer das organizações prestadoras quer financiadoras. Quanto à equidade do acesso e da utilização de cuidados e de distribuição dos seus benefícios, ainda não é possível avaliar os efeitos das medidas propostas.

**Quadro IV – Medidas a serem adoptadas na saúde. Programa de Estabilidade e Crescimento – PEC (2003-2006)**

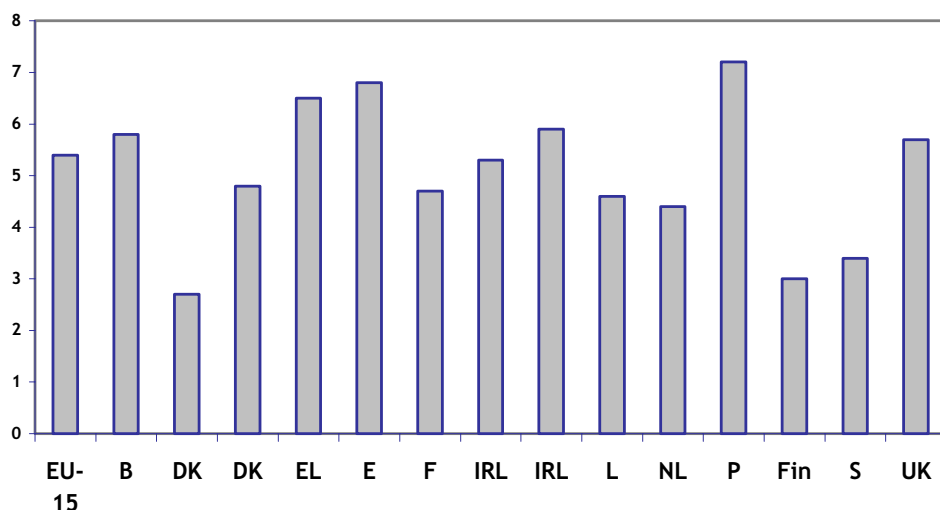
- Introduzir uma gestão de natureza empresarial, com participação crescente dos sectores privado e social;
- Empresarializar hospitais, numa perspectiva de maior autonomia, responsabilidade e eficácia de gestão;
- Financiar a actividade hospitalar em função da valorização dos actos médicos e dos serviços efectivamente prestados;
- Promover parcerias público/privadas na prestação de cuidados de saúde;
- Introduzir mecanismos de regulação económica e fiscalização do cumprimento de critérios de qualidade e de desempenho;
- Estabelecer o pagamento a centros de saúde por capitação;
- Aumentar as taxas moderadoras e outras receitas correntes;
- Introduzir a comparticipação dos medicamentos por preços de referência;
- Promover a utilização de medicamentos genéricos;
- Adoptar a prescrição por Denominação Comum Internacional;
- Introdução de um novo modelo de receita médica, com inclusão de receita renovável;
- Pagamento directo das comparticipações às farmácias.

Fonte: Ministério das Finanças (2003)

**DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO E A COESÃO SOCIAL EM PORTUGAL – A IMPORTÂNCIA DA EQUIDADE NAS POLITICAS DE SAÚDE**

A análise de alguns indicadores sobre a situação social do nosso país, no quadro da UE, levanta algumas preocupações que importa trazer a esta análise, sobre o contexto sócio económico do sector da saúde em Portugal. A posição do nosso país no que respeita à distribuição do rendimento e à coesão social coloca-nos numa posição que o distingue de uma forma clara dos restantes parceiros europeus (ver **Figura 4**).

Figura 4 – Desigualdades de rendimento nos países da EU - 1998



Fonte: Eurostat (2002)

Ao nível do conjunto dos países membros da UE, e de acordo com informação do Eurostat, em 1998, 20% dos mais pobres da população auferiam 8% do rendimento total, enquanto que 20% dos mais ricos recebiam 39% do total do rendimento, isto é, 5 vezes mais.

No que respeita a este indicador a posição dos países do Sul da Europa distancia-se da média da UE, mas Portugal apresenta nesse quadro o rácio mais elevado, indiciando uma posição de superior desigualdade no que respeita à distribuição do rendimento disponível entre as famílias.

O nosso país mostra fragilidades ao nível da sua coesão social que interessa ter presente na definição das políticas, nomeadamente as que possam ter impacto (na possibilidade de beneficiar com a disponibilidade e com o acesso) sobre os bens de mérito e os bens públicos. Em períodos de recessão e de desemprego são as populações mais frágeis que vêm afectadas de formas mais gravosas, o seu nível de Bem-Estar.

Considerando a redução do défice público, à custa da contenção das despesas públicas e do aumento das despesas das famílias, são aquelas que têm mais baixo rendimento que serão particularmente afectadas. O aumento, na estrutura das receitas, do peso dos impostos indirectos afecta igualmente a equidade no financiamento das despesas públicas.

O objectivo da equidade, baseado no critério de que a distribuição do financiamento na protecção da saúde deve ser definido de acordo com a capacidade de pagamento por parte das famílias, e não com as necessidades ou com a utilização de cuidados que o seu estado de saúde possa exigir, deve estar presente na definição das linhas fundamentais de política para o sector da saúde.