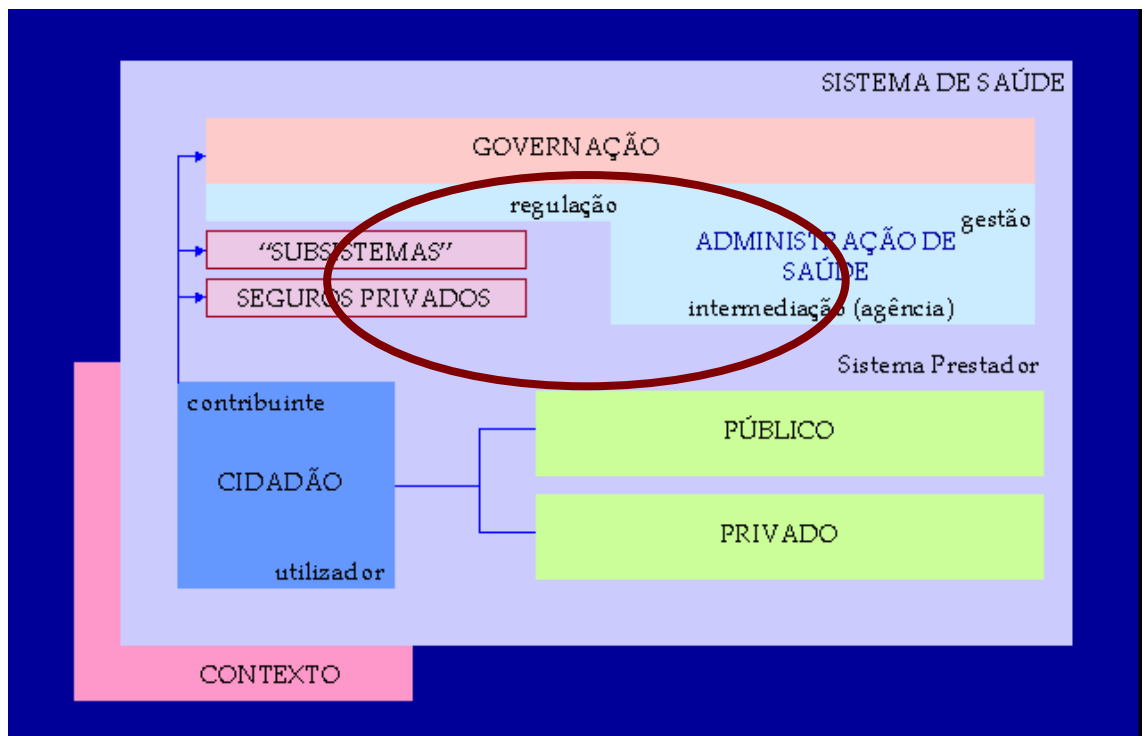


Síntese

PARTE IV- ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE , SUBSISTEMAS E SEGUROS PRIVADOS



- **A administração pública na saúde**
- **Recursos humanos, financiamento, medicamento e informação**
- **3º pagador público – o grande ausente**
- **Subsistemas e seguros privados**

A administração pública na saúde: déficit de diferenciação, qualificação e democratização

A expansão da Administração Pública (AP) portuguesa nos últimos 25 anos coincide, naturalmente, com o desenvolvimento tardio no nosso País de um regime de bem-estar próprio das sociedades europeias avançadas. O crescimento dos recursos humanos foi de cerca de 200% (quadro VI) e as despesas públicas com pessoal, em % do PIB, passaram de 10,5 (1975) para 15,1 (2000), valor significativamente acima da média europeia (11,2).

Quadro VI - Número de funcionários e agentes na Administração Pública

Sectores	1968	1979	1983	1986	1988	1991	1996
Administração Central	155 213	313 820	344 428	384 448	405 034	418 868	478 181
Administração Local	41 542	58 266	75 876	79 873	80 334	90 864	111 606
Administração Pública (Total)	196 755	372 086	420 304	464 321	485 368	509 732	589 787

Fonte: Pessoa de Amorim, in “O Emprego Público”, INA, 1997

À saúde e à educação, correspondem cerca de 75% da administração pública (Pessoa de Amorim, 1997). E, no entanto, não existem praticamente mecanismos de partilha de experiências numa agenda de modernização administrativa com tantos pontos de interesse em comum (particularmente no que diz respeito às fórmulas de descentralização de gestão das unidades prestadoras e aos processos de contratualização entre financiadores e prestadores).

Uma parte substancial da reforma da saúde confunde-se com a reforma da administração pública na saúde. A **expansão** do sistema de saúde português, nos últimos 25 anos, tem sido acompanhada pelo crescimento da administração pública na saúde. No entanto, a expansão desta não tem sido acompanhada por uma adequada diferenciação, qualificação e democratização.

A administração pública na saúde **diferencia-se** essencialmente em quatro funções de características muito diversas: a *regulação*, a *gestão* (planeamento e investimento, macro-gestão de recursos), a *intermediação* (a função de agência ou intermediação do cidadão) e a função *de prestação de cuidados de saúde*. Enquanto que esta última está consideravelmente desenvolvida no sistema de saúde português, as três primeiras, por se encontrarem pouco diferenciadas, sofrem de grandes limitações. A actual estrutura organizacional central e regional do Ministério da Saúde é um bom exemplo disso.

A **qualificação** da administração pública da saúde sofre também de grandes limitações, pois tem dificuldade em adoptar dispositivos adaptados à especificidade da saúde, tais como: Regime Remuneratório Experimental (RRE), Hospital Empresa, Contratualização (co-responsabilização). A Figura 3 ilustra a persistência nos serviços de saúde de formas disfuncionais de gestão e organização inqualificáveis em termos de exigências mínimas de tais funções.

Síntese

Existem legislação e instrumentos de gestão para alterar esta situação, mas ainda não estão a ser aplicados.

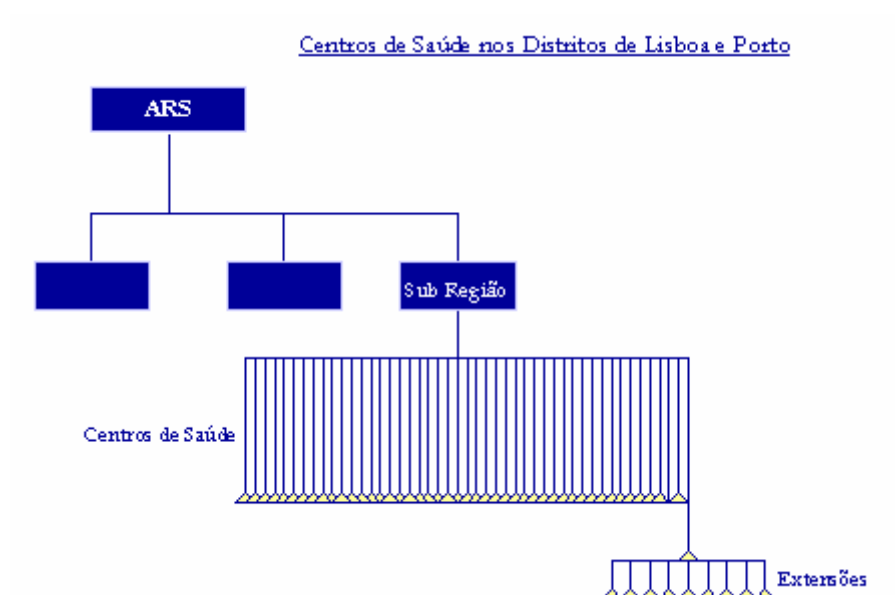


Figura 3 - Organização dos Cuidados de Saúde Primários nas grandes áreas metropolitanas

A escolha do pessoal dirigente e a sua formação específica, a formação continuada, a garantia de qualidade, a utilização da informação e do conhecimento e os critérios e práticas de avaliação do desempenho na administração pública da saúde, situam-se a um nível incompatível com as exigências de um sistema de saúde actual.

No que concerne à **democratização**, pode ilustrar-se através de uma das conclusões do relatório de auditoria ao SNS do Tribunal de Contas (1998): “Em nenhuma das instituições auditadas se verificou quaisquer diligências no sentido da auscultação periódica da opinião dos utentes sobre os serviços habitualmente por eles utilizados, no que se refere ao seu funcionamento, atendimento, serviços prestados, etc., mediante a realização de inquéritos devidamente concebidos, junto da população utilizadora dos serviços”.

A **empresarialização**, tal como a **desintervenção**, para conseguir os seus objectivos, requer o enquadramento proporcionado por um dispositivo regulador competente, próprio de uma administração pública diferenciada, qualificada e democratizada.

É sob essa perspectiva que algumas das empresarializações em curso na Saúde têm que ser vistas.

Gestão dos recursos humanos, financiamento, medicamentos e sistemas de informação – as “impressões digitais” das debilidades políticas e do actual modelo de administração pública na Saúde.

Alguns aspectos da administração pública da saúde são especialmente apropriados não só para ilustrar as principais questões que a afectam, mas também para acompanhar e monitorizar a sua reforma.

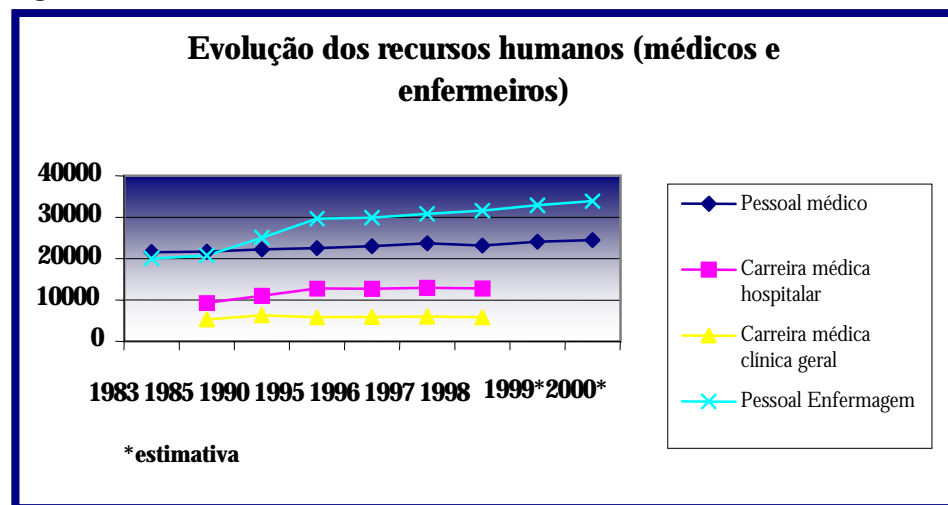
Gestão dos Recursos Humanos

Não há, possivelmente, manifestação mais patente da debilidade das políticas públicas no País durante os últimos 25 anos, do que a incapacidade de prever com rigor e influenciar decisivamente o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde – a marcada carência de profissionais de enfermagem, a **falta relativa** de médicos e o desequilíbrio entre o número de médicos de clínica geral e o de especialistas hospitalares (Figura 4), para referir algumas das questões mais evidentes.

As barreiras excessivas à formação dos profissionais de saúde de há dez anos atrás deram origem agora à necessidade de promover o recrutamento de profissionais de saúde noutros países. Existem poucos exemplos tão elucidativos de como é possível discriminar negativamente as oportunidades de promoção profissional de uma geração de jovens portugueses. Não basta hoje reconhecer o facto e minorar-lhe os efeitos – é igualmente importante perguntar pelos ensinamentos extraídos destes insucessos do sistema político e da administração de saúde. A resposta a esta pergunta poderá encontrar-se à volta da “reunião de Caparide” (1998 - primeira reunião em cerca de duas décadas entre responsáveis pelo Ministério de Saúde, do Ministério da Educação, das Universidades, das Faculdades de Medicina e da Ordem dos Médicos, sobre educação médica), da Resolução de Conselho de Ministros 139/98, das conclusões e propostas de várias comissões e grupos de trabalho relacionadas com a formação médica que tiveram lugar em 1998 e 1999 (à semelhança de outras que tiveram lugar em períodos anteriores para analisar questões similares) e das limitadas consequências práticas destas iniciativas quase três anos volvidos.

Não existem indicações que se tenham tirado ainda as devidas conclusões destes acontecimentos sobre a forma de conduzir políticas intersectoriais desta envergadura e com estas consequências.

Figura 4



Fonte: DRHS, Recursos Humanos da Saúde, 2001

Financiamento e Pagamento em Saúde

Na **componente do financiamento**, para além do **Ministério da Saúde**, que é o grande financiador dos serviços de saúde, coexistem vários **terceiros pagadores (subsistemas)**, oficiais e privados, que englobam vários sectores profissionais e que funcionam autonomamente ou através de acordos com os serviços que constituem o SNS, nomeadamente a ADSE, o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários, o Sindicato dos Bancários do Norte, Sul e Ilhas, os CTT – Correios de Portugal, S.A, a Portugal Telecom, S.A, os Serviços Sociais das Forças Armadas, etc.

O SNS é financiado directamente por impostos, contribuindo ainda os cidadãos com uma pequena fracção paga a título de taxas moderadoras. Em 1998, as despesas em investimento e em exploração do SNS representaram 66,9% do total das despesas de saúde (OCDE, 2000). Os orçamentos dos hospitais, incluindo os Institutos Portugueses de Oncologia e a Psiquiatria, representaram 52,9% dos custos globais e absorveram 53,6% do financiamento do SNS, constituindo a maior fracção das despesas públicas com cuidados de saúde (IGIF, 1998).

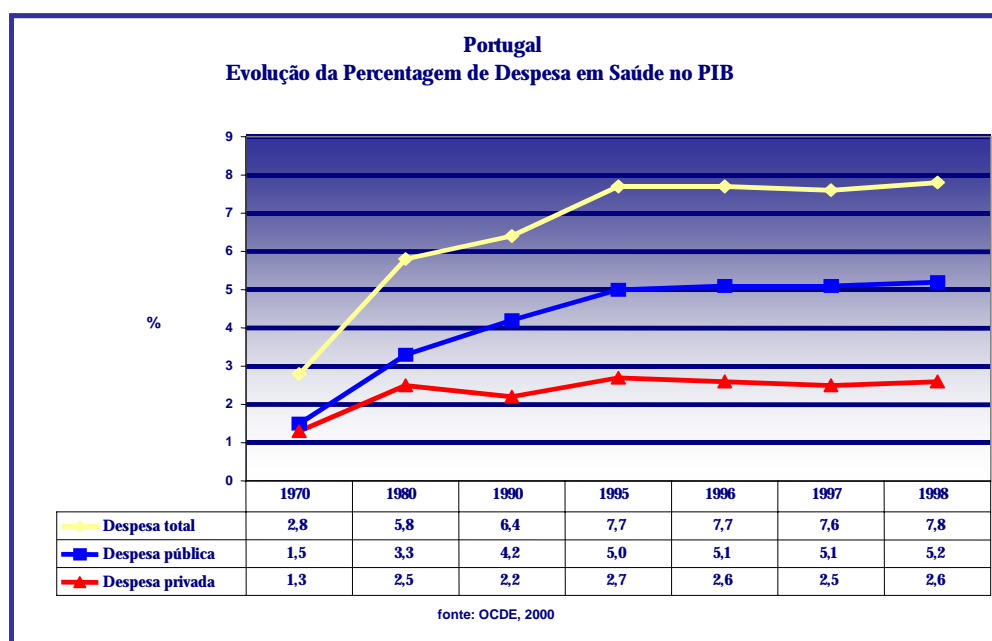
Actualmente, apenas 6,9% do financiamento do SNS (IGIF, 1998) é efectuada através de receitas próprias cobradas. Os hospitais públicos cobram cerca de 4,5% de receitas próprias, relativamente às suas despesas de exploração, sendo 3% provenientes da venda de serviços a subsistemas e o restante, de taxas moderadoras. Estas receitas são muito inferiores nos centros de saúde.

O crescimento médio das despesas com saúde tem vindo a aumentar a um ritmo de 0,2%, ao ano³² desde 1970, situando-se em 1998 em 7,8% do PIB (OCDE, 2000), valor acima da média europeia, tendo o crescimento entre 1970 e 1980 sido muito elevado (passou de 2,8% para 5,8%) e entre 1990 e 1996 voltou a ter uma subida acentuada (1,3%). **Ver quadro 11.**

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O crescimento médio das despesas com saúde tem vindo a aumentar a um ritmo de, aproximadamente, 0,2%, ao ano, no período de 19970 a 1998 (Figura 5). Neste último ano, o valor do PIB da saúde foi de 7,8% (OCDE, 2000), valor acima da média europeia, tendo o crescimento entre 1970 e 1980 sido muito elevado (passou de 2,8% para 5,8%) e entre 1990 e 1996 voltou a ter uma subida acentuada (1,3%). É de referir que Portugal é o país da UE que apresenta, ainda, a maior componente de despesa privada em saúde, relativamente ao PIB (2,7%), como se pode verificar na figura 5.

Figura 5



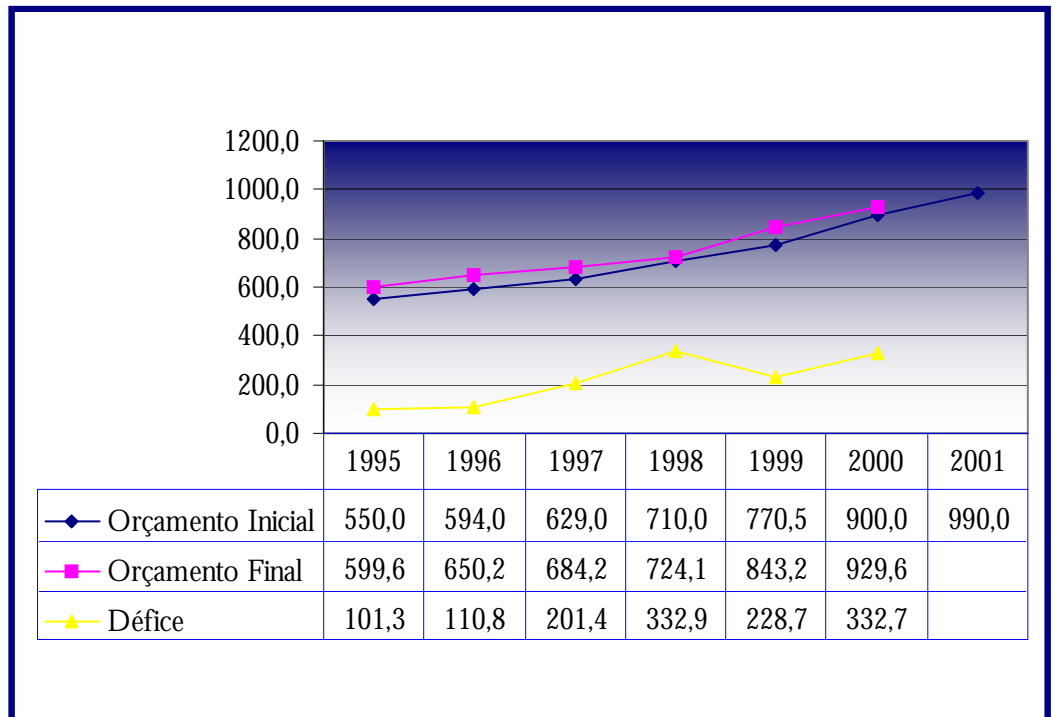
Fonte: OCDE, 2000

A inflexão verificada, em 1996, na percentagem privada do PIB (decece de 3,1 para 2,9), pode estar relacionada com a introdução da prescrição comparticipada nos consultórios médicos privados.

Os especialistas são unânimes em considerar que *a situação tende a piorar, caso não se introduzam alterações profundas*, quer ao nível do financiamento, quer ao nível da organização dos serviços. De acordo com Correia de Campos (2001) “A tendência anteriormente crónica para a sub-orçamentação, nos últimos dois exercícios, deu lugar a acréscimos cerca de três pontos acima da inflação... Sem se provar que os dinheiros concedidos estão a ser bem utilizados, não parece possível convencer os decisores a atribuírem mais recursos ao sector... Quanto às restantes medidas de natureza financeira, apesar do irrealismo das metas a atingir, as intenções do Ministério da Saúde, tal como foram divulgadas no debate orçamental do final de 2000, visavam alvos correctos. Mas as medidas são insuficientes, se não forem acompanhadas de uma reforma organizativa... É na reforma organizativa que pouco ou nenhum progresso foi registrado.” (Figura 6).

Síntese

Figura 6- Evolução dos orçamentos do SNS 1995-2001



Fonte: Relatórios e documentos do IGIFS

Ainda segundo aquele autor, “..estima-se que o SNS atinja um défice do exercício de 2001 no valor de 186 milhões de contos e um défice acumulado de 417,2 milhões de contos. ... a passagem para o ano de 2002 será agravada com um novo défice de exercício que pode levar o défice acumulado, em finais de 2002 a um valor superior à barreira psicológica dos 550 milhões de contos”

O financiamento da saúde tem-se caracterizado por uma prática, já há longo tempo estabelecida, de coexistência entre orçamentos reconhecidamente insuficientes à partida, défices acumulados nem sempre rigorosamente assumidos e quase ausência de instrumentos de gestão e responsabilização capazes de alterar esta situação.

É possível fazer uma reforma do sistema de saúde sem pôr em causa o princípio da equidade, o desenvolvimento tecnológico e a qualidade dos cuidados. Segundo Robert Evans (2001) “ ... é falsa a argumentação segundo a qual, os países mais desenvolvidos terão que escolher entre baixar os padrões de qualidade dos cuidados para o conjunto da população, para além do tecnicamente admissível, ou aceitar um sistema a vários níveis, estratificado pela capacidade de pagar e financiado regressivamente (privadamente)... “.

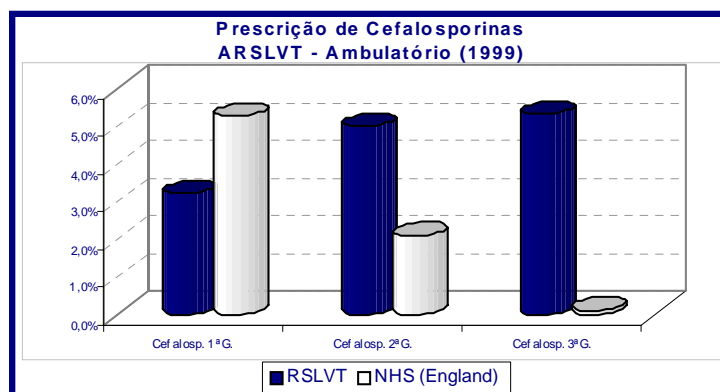
Medicamentos

Portugal ocupa o primeiro lugar nas despesas com medicamentos, tanto em termos globais no que se refere à percentagem do PIB afectada a esta componente (que é de 2,1%), situando-se os restantes países entre os 0,7% (Dinamarca) e 1,7% (França), como na fatia que estes produtos absorvem do montante gasto em saúde (que é de 26,9%), sendo que os restantes países, em valor, oscilam entre os 20,7% (Espanha) e os 8,7% (Dinamarca).

A dimensão deste problema faz com que todos os países tenham vindo a desenvolver estratégias e instrumentos que visam influenciar o crescimento deste tipo de despesas. Estas situam-se quer do lado da oferta (como o controlo dos preços, a utilização de preços médios, a utilização de preços de referência, o desenvolvimento do mercado dos genéricos), quer do lado da procura (como a fixação de orçamentos globais por médicos, orçamentos indicativos ou restritivos para medicamentos, guiões ou orientações específicas, auditorias de prescrição, utilização do sistema de informação para monitorizar a prescrição, revisão de utilização dos medicamentos prescritos, incentivos salariais pagos a médicos e/ou farmacêuticos).

Comparando a utilização de um antibiótico como as cefalosporinas no ambulatório da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a prescrição do mesmo antibiótico no ambulatório do Serviço Nacional de Saúde Inglês (Canhota, C., Schiappa, M., 2001) observa-se que, no caso inglês, a utilização das cefalosporinas de 3ª geração reserva-se para a situações mais graves, não se utilizando praticamente em regime ambulatório, tal como é de boa prática. Isso não acontece no caso português (Figura 7). O padrão de prescrição de cefalosporinas em Portugal representa simultaneamente um problema de saúde pública (resistência aos antibióticos) e uma questão de gastos excessivos com medicamentos (utilização desnecessária de medicamentos mais caros).

Figura 7 – Comparação da prescrição de cefalosporinas no ambulatório da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a do NHS Britânico



Fonte: SIARSLVT (2000) e Statistical Bulletin 2000/20 DH/U.K.

Os agentes económicos na área do medicamento, como noutras, definem metas comerciais e utilizam os instrumentos adequados à sua disposição para as atingir.

Síntese

Não se observa o mesmo rigor por parte do SNS, como é evidente no caso das cefalosporinas – não se estabelecem metas concretas que traduzam expectativas razoáveis quanto à utilização dos medicamentos de forma a poder desenhar o “cocktail” apropriado de medidas (tanto em relação à oferta como à procura) que permita alcançá-las, assim como avaliar os seus resultados continuamente de forma a poder ajustá-las oportunamente.

O ênfase frequentemente posto no debate político numa ou outra medida da política do medicamento (como por exemplo, a introdução dos medicamentos genéricos) faz supor que estas possam representar o essencial da solução, quando de facto é mais uma questão de gestão global baseada no conhecimento preciso do que se passa no terreno e na efectividade real (empiricamente testada), dos meios de intervenção disponíveis.

Sistema de Informação

A partir de 1998 é possível observar um forte acréscimo nos investimentos para a informação de saúde, quer em relação ao PIDDAC, quer em relação aos investimentos provenientes da EU (Quadro VII).

Quadro VII– Ministério da Saúde: Investimento em TICs

Ano	Investimento total	FEDER	PIDDAC
1997	1,000,950,898.75	800,760,719.00	200,190,179.75
1998	1,585,738,556.00	1,205,418,556.00	380,320,000.00
1999	2,289,657,317.00	1,324,692,317.00	964,965,000.00
2000	5,505,627,298.00	1,883,665,298.00	3,621,962,000.00
2001/2006	14,549,742,345.00	11,639,793,876.00	2,909,948,469.00
Total	24,931,716,414.75	16,854,330,766.00	8,077,385,648.75

Fonte: IGIF e DGS.

Assim, em relação ao PIDDAC o investimento quase que duplica de 1997 para 1998, e mais que duplica de 1998 a 1999.

No período de 1996-2000, todos os Centros de Saúde e Hospitais foram dotados de equipamento informático (hardware, software, redes internas e ligações à rede informática da saúde - RIS) que permitiria utilizar o número de utente/cartão de utente em todos os sectores administrativos e assistenciais.

De entre as iniciativas na área da informação em saúde são de salientar:

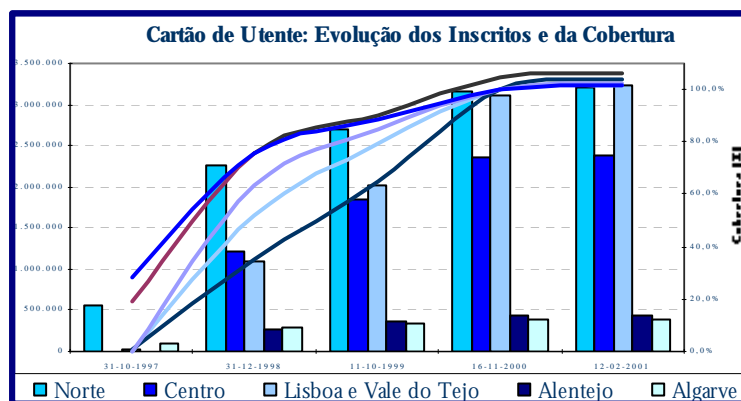
O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

- criação de uma base de dados nacional com a informação básica de todos os cidadãos (independentemente de utilizarem ou não o Serviço Nacional de Saúde - SNS), transcrita para um Cartão de Utente com número único, com banda magnética, apoiada por software para os Centros de Saúde (SINUS) e Hospitais (SONHO) e ligada através duma rede de comunicações - RIS.
- criação de uma *datawarehouse* de base regional que integra toda a informação avulsa existente, numa 1ª fase com carregamento manual e gradualmente auto-carregável
- criação de sub-sistemas específicos (posteriormente integráveis naquela *datawarehouse*), permitindo o avanço mais célere de alguns programas:
 - Sistema de contratualização das Agências
 - Sistema de Promoção do Acesso (“*Listas de Espera*”)
 - Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA)
 - Sistema de acompanhamento das Convenções
 - Software para a área clínica da Medicina Geral e Familiar (módulo clínico do SINUS)

A grande maioria destas iniciativas foram implementadas.

A base de dados nacional do cartão de utente, para aceder aos cuidados de saúde, atingiu uma cobertura de cerca de 100% (ver Figura 8).

Figura 8 - Cartão de Utente: evolução dos inscritos e da cobertura



Fonte: IGIFS

O longo caminho percorrido no desenho e implementação do cartão do utente ilustra as dificuldades em operacionalizar instrumentos fundamentais para a execução das políticas adoptadas. Durante esse percurso, o cartão do utente foi perdendo alguns dos seus atributos mais importantes, como o de ser um dispositivo útil para o cidadão-utilizador. Deixou de ser do utente; passou a ser da administração

Síntese

(com evidente utilidade), pois o utente passou a ser penalizado se o não tiver, mas nem sente nenhum benefício pelo facto de o ter.

O cartão de utente foi tornado obrigatório em Abril de 2000.

Observam-se omissões significativas e evidentes dificuldades de integração entre os diferentes dispositivos em desenvolvimento. é o caso de aplicações hospitalares, como as de contabilidade, gestão de stocks, recursos humanos, GDHs e GDAs medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), que aguardam a referida integração. Quando é necessária informação integrada, esta é enviada em disquetes pré-formatadas a todas as instituições do SNS. No entanto a maioria dos hospitais ainda continua a utilizar as suas próprias bases de dados e nos centros de saúde ainda é solicitado o cartão antigo para transcrever o respectivo número para o novo cartão de utente. O módulo clínico do SINUS, essencial para aplicar mais facilmente o regime remuneratório experimental dos clínicos gerais, apesar de desenvolvido e testado, continua por implementar.

Falta estabelecer uma arquitectura para o sistema de informação da saúde, que facilite a integração dos dispositivos já desenvolvidos e que seja compatível com os traços gerais da reforma organizacional e de gestão do SNS. Se esta continuar por fazer, é razoável prever que os grandes investimentos feitos ou planeados não serão convenientemente aproveitados.

O grande ausente - O “3º pagador público” como agente/representante dos cidadãos

Os regimes de bem-estar na saúde resultaram a partir dos fins do Séc. XIX na institucionalização obrigatória de intermediários (seguradores/3ºs pagadores públicos) entre os contribuintes que necessitavam de assegurar acesso aos cuidados de saúde e os serviços capazes de assegurarem esses cuidados. Estes “intermediários” públicos moviam-se num quadro de referência que integrava dois tipos de responsabilizações – a primeira em relação ao Estado que os tinha instituído como “terceiros pagadores”, a segunda em relação aos contribuintes de quem estes intermediários eram também agentes ou representantes.

No sistema de saúde português, como noutros, a primeira destas vertentes da responsabilização diluiu-se pela falta de diferenciação das funções de regulação, gestão e intermediação da administração pública na saúde e a segunda perdeu-se pela falta de distinção entre financiador e prestador, assim como pelo afastamento radical entre o contribuinte e o seu agente.

Não é de admirar, portanto, que um dos principais eixos das reformas dos sistemas de saúde na Europa, durante a última década, tenha sido exactamente o reforço ou reconstituição destas relações da responsabilização. Assim se assegura o “triângulo clássico” do regime de bem-estar na saúde: *cidadão – intermediário/agente – prestador*.

As principais alternativas para avaliação dos dispositivos organizacionais desta “função agência” que hoje se colocam, no contexto europeu, são: (i) mercado competitivo entre terceiros pagadores

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

públicos (Alemanha e Holanda) ou (ii) descentralização e democratização de um terceiro pagador único (Reino Unido e países nórdicos).

Os dispositivos de contratualização constituem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização teve início em 1996.

As recomendações do relatório do Tribunal de Contas (1999), na sua auditoria ao SNS, apontam para a necessidade de expandir o processo de contratualização: “... deverá rapidamente ser alargado a todas as instituições de saúde o mecanismo da *contratualização*, o qual permitirá ajustar o financiamento à produção, e, conseqüentemente, a fixação de metas da produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições. Em consonância com o referido, deverão ser instituídos mecanismos para a avaliação do desempenho dos responsáveis, e, bem assim, a criação dos meios adequados que permitam aferir a *performance* da gestão e, por conseguinte, os níveis de economia, eficácia e eficiência verificados nas instituições de saúde, tirando-se dos mesmos todas as conseqüências adequadas”.

Também nas recomendações da OCDE (1998) pode ler-se “... reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos de prestação em função das necessidades em saúde”; e no seguimento efectuado em 2000 por aquele organismo, pode ler-se “... prosseguir o programa da contratualização e criar rapidamente novas agências”.

O quadro seguinte, descreve a evolução do processo de contratualização no nosso País.

Síntese

Quadro VIII - Evolução do processo de contratualização

	1996	1997	1998	1999	2000
Organização	Criação da Agência de Lisboa	Despacho ⁽¹⁾ que institui as Agências Criação das Agências do Centro e do Alentejo	Criação das Agência do Norte e do Algarve		
Qualificação		Seminário Internacional de Contratualização	Seminário Nacional das Agências		
Informação			Sistema de informação para Contratualização ⁽²⁾		
Coordenação			Secretariado Técnico das Agências	Conselho Nacional das Agências ⁽³⁾	
	1996	1997	1998	1999	2000

⁽¹⁾ Despacho Normativo n.º 46/97, de 11 de Julho de 1997; ⁽²⁾ Deslocado das agências e centralizado; ⁽³⁾ Despacho 6/99 -- Descontinuado

O processo de contratualização iniciou-se em 1996, com a criação da primeira agência de contratualização. As restantes (5 ao todo, uma em cada região), foram sendo criadas ao longo de 1997 e 1998. Simultaneamente foi sendo consolidado o processo, através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, através duma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (secretariado técnico das agências).

Importante foi a dinamização e o desenvolvimento do sistema de informação que permitiu encetar uma rigorosa análise dos dados dos orçamentos-programa e apoiar o processo de negociações e discussões, atendendo à diversidade de adaptações no terreno de uma política nacional.

O Despacho 6/99, que criou o Conselho Nacional das Agências, veio regulamentar as Agências de Contratualização, definindo o seu desenvolvimento e enquadramento.

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Todas as indicações disponíveis apontam para uma marcada desaceleração do processo de contratualização em 2000 e 2001.

Subsistemas e seguros privados

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a (re)criação de **subsistemas de saúde** foi explicitamente aberta pela publicação do *D. L. n.º 401/98*. Passou a ser permitida a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira a estabelecer, em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir pelo Ministro da Saúde.

O relatório da OCDE (1998) chama a atenção para a importância dos subsistemas no sistema de saúde português: "Funcionando em paralelo com o SNS os sub-sistemas cobrem cerca de 25% da população e têm administrações autónomas... Os esquemas de seguro de saúde cobrem aproximadamente 10% da população, a maioria em seguro de grupo... As mutualidades cobrem 6-7% da população".

Com base no diploma atrás citado, foram celebrados protocolos com a Portugal Telecom (PT), Serviços de Apoio Médico-Social dos Bancários (SAMS) e Correios e Telecomunicações (CTT). O Estado transfere anualmente para essas entidades o valor correspondente a uma capitação de 29 contos por beneficiário de cada um dos subsistemas que, em contrapartida, passam a pagar integralmente o custo dos cuidados de saúde nos estabelecimentos públicos do SNS e deixam de beneficiar de medicamentos comparticipados pelo SNS.

Até à celebração destes protocolos, a articulação dos subsistemas com o SNS na prestação de cuidados de saúde caracterizou-se, genericamente, como suplementar do SNS.

Por enquanto, os subsistemas aceitaram como contrapartida o valor capicional acima referido que, como é óbvio, não discrimina beneficiários por idade, sexo e morbilidade, mesmo considerando que os gastos actuais em saúde per capita se situam em torno dos 100 contos por residente. Não é linear que o SNS tenha capacidade reguladora suficiente para cobrar o que lhe é devido pelos subsistemas de saúde. A transferência financeira é certa; a cobrança está muito menos assegurada.

Esta questão levanta uma importante interrogação sobre as condições de acesso a esta modalidade do financiamento da saúde e suas implicações para o futuro do sistema de saúde português. Necessitam de um estudo mais profundo e de um debate mais aberto.

É importante analisar com mais detalhe a evolução dos **seguros privados de saúde** em Portugal e das modalidades de relacionamento entre financiador privado e prestadores de cuidados de saúde. Os seguros privados tendem hoje a utilizar simultaneamente uma "rede gerida" de prestação de cuidados de saúde, à qual os beneficiários têm acesso sem encargos adicionais e um mercado mais amplo de prestadores cujo acesso faz incorrer os beneficiários a encargos adicionais. Através do conhecimento preciso do comportamento dos prestadores e dos utilizadores face às regras do jogo, é possível fazer uma gestão inteligente destas duas vias de acesso complementares aos cuidados de saúde. O contratualizador público, apesar de todos os recursos potencialmente à sua disposição, está ainda longe de se aproximar deste grau de sofisticação.