



O Serviço Nacional de Saúde:
análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos
políticos com assento parlamentar – 2019

Diogo Sousa Lopes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Ciência Política
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Bruno Daniel Ferreira da Costa

junho de 2021

Folha em branco

Agradecimentos

Como não poderia deixar de ser, em primeiro lugar, o maior agradecimento é dirigido ao meu estimado orientador, Professor Doutor Bruno Costa. Agradeço profundamente pelo apoio constante, pelas palavras de incentivo e sobretudo pela sabedoria e pelo rigor científico que me transmitiu ao longo deste período. O meu muito obrigado!

Aos meus pais, irmã, avó e namorada que me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos. Vocês são a minha sorte grande. Um especial obrigado à minha mãe, pois mais do que um objetivo meu, este era um objetivo nosso.

Aos meus amigos, que foram indispensáveis durante este processo todo, e que me deram força nos momentos mais complicados. Um obrigado a todos vós, estarão sempre no meu coração.

Por fim, resta-me agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram e marcaram o meu percurso académico na Universidade da Beira Interior. Foi uma jornada que me fez crescer e me tornou na pessoa que sou hoje. Obrigado, Covilhã!

Folha em branco

Resumo

O percurso de evolução do SNS em Portugal tem sido moldado pelas relações entre o papel do Estado, do setor público e do setor privado. Implementado em 1979, o SNS consubstanciou-se como a política pública na área da Saúde que mais impactos positivos gerou e, como tal, tornou-se imprescindível na manutenção da qualidade de vida e da Saúde dos portugueses. Apesar disso, o SNS foi sofrendo reformas, influenciadas por ciclos políticos que alternaram periodicamente o seu pendor ideológico, ora voltado para o fortalecimento do setor público ora incentivando a crescente participação da iniciativa privada.

A marcada divergência de pendor ideológico entre forças partidárias na interpretação da gestão dos serviços públicos de saúde conduziu-nos ao estudo das propostas e das estratégias políticas apresentadas pelos partidos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019. Nesse sentido, recorreremos à análise dos programas eleitorais dos partidos políticos representados na Assembleia da República (2019). A área da Saúde apresenta-se como uma das mais complexas e desafiantes para a formulação de políticas públicas, pelos que a análise de textos oficiais dos partidos políticos, como os seus programas eleitorais, constitui uma oportunidade de identificar os problemas, os desafios e as possibilidades de mudança ao nível do funcionamento do sistema de saúde português. Assim, consideramos que a interpretação do modelo de SNS que os partidos políticos apresentam nos seus programas eleitorais é essencial para a compreensão da dicotomia público/privado que se estabeleceu no sistema de saúde português ao longo dos anos, bem como para compreender quais as principais políticas, reformas e alterações que os partidos em estudo apresentam para o modelo de SNS atual.

O nosso trabalho está assente numa perspetiva descritiva, onde o recurso aos métodos comparado e de análise de conteúdo permitiu responder a um conjunto de hipóteses e que consecutivamente nos possibilitou chegar a conclusões sobre o posicionamento de cada partido político no âmbito do modelo de sistema de saúde que consideram mais capaz de dar uma resposta efetiva às exigências crescentes dos seus utilizadores.

Palavras-chave:

Serviço nacional de saúde; eleições legislativas; programas eleitorais; partidos políticos.

Folha em branco

Abstract

The evolution of the portuguese NHS has been influenced by the relations between the role of the State, the public sector and the private sector. Implemented in 1979, the “SNS” was consolidated as the public policy in the health area that generated the most positive impacts and, as such, became indispensable in maintaining the quality of life and health of the portuguese citizens. Despite this, the NHS has been undergoing reforms, influenced by political cycles that have periodically alternated its ideological inclination, sometimes aimed at strengthening the public sector sometimes encouraging the increasing participation of the private sector.

The marked ideological divergence between political parties in the interpretation of the management of public health services led us to study the proposals and political strategies presented by the parties that obtained parliamentary representation in the 2019 legislative elections. As such, we use the analysis of the electoral programs of the political parties represented in the Assembly of the Republic (2019). The health area is one of the most complex and challenging for the formulation of public policies, so the analysis of official texts of political parties, such as their electoral programs, constitutes an opportunity to identify the problems, challenges and possibilities of change in the functioning of the portuguese health system. Consequently, we consider that the interpretation of the NHS model that political parties present in their electoral programs is essential for understanding the public/private dichotomy that has been established in the health system over the years, as well as to understand what the main policies, reforms and changes that the parties under study present for the current NHS model.

Our work is based on a descriptive perspective, where the use of comparative methods and content analysis have allowed us to respond to a set of hypotheses and which has consecutively enabled us to reach conclusions about the position of each political party within the framework of the health system model that they consider more capable of giving an effective response to the growing demands of its users.

Keywords

National health service; legeslative elections; electoral programs; political parties.

Folha em branco

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico e Concetual	5
Enquadramento Metodológico.....	17
Capítulo 1. O Estado, as políticas públicas e o nascimento dos sistemas de saúde	22
Capítulo 2. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal	28
2.1 Retrato do Sistema de Saúde em Portugal.....	28
2.2 Evolução político-legal do SNS e os impactos na saúde dos portugueses	37
Capítulo 3. Que modelo de SNS – a opção entre o público e o privado	56
3.1 A combinação Público-Privado em saúde e a (re)emergência do setor privado	56
3.2 A oferta e a procura de cuidados de saúde (as opções de prestação e financiamento público-privado).....	61
3.3 Concorrência ou Complementaridade?.....	69
Capítulo 4. O Modelo das PPP.....	72
Capítulo 5. A visão dos partidos com assento parlamentar sobre o SNS em Portugal (2019).....	79
5.1 Espectro político Esquerda-Direita das forças políticas que obtiveram representação parlamentar em 2019	79
5.2 Conteúdo dos programas eleitorais no âmbito do SNS (2019)	83
Capítulo 6. Dicotomia esquerda/direita — o SNS no centro da análise (2019).....	97
6.1 Modelo de SNS defendido pelas forças partidárias nas eleições legislativas de 2019: análise dos resultados	103
Conclusão.....	112
Bibliografia	116
Outras fontes	133

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1- Funcionamento do sistema político	7
Figura 2- Relações entre funções e objetivos num sistema de saúde	27
Figura 3- Esquema global do sistema de saúde português	32
Figura 4- Os fluxos financeiros no sistema de saúde.....	33
Figura 5- Escala esquerda-direita de posicionamento dos partidos políticos com representação parlamentar	83

Folha em branco

Lista de Quadros

Quadro 1- Evolução da despesa total (pública e privada) em Portugal	57
Quadro 2- Evolução da rede hospitalar (pública e privada) em Portugal	62
Quadro 3- Distribuição geográfica (2018).....	63
Quadro 4- Camas de internamento (lotação praticada no ano) e outras camas, segundo a unidade a que pertencem (2018)	63
Quadro 5- Camas em enfermarias e em quartos privados por tipologia de hospital (2018)	64
Quadro 6- Salas hospitalares por tipologia de hospital (2018)	64
Quadro 7- Números e percentagens comparativas de cirurgias, partos e internamentos no setor público, privado e PPP (2018)	65
Quadro 8- Consulta por grupo de especialidade (2018)	65
Quadro 9- Número de equipamentos de diagnóstico e terapêutica por tipologia de hospital (2018)	66
Quadro 10- Atos complementares de diagnóstico realizados por tipologia de hospital	66
Quadro 11-Número de beneficiários de subsistemas de saúde e número de prestadores convencionados	68
Quadro 12- Vantagens e desvantagens da adoção de PPP no subsetor hospitalar	73
Quadro 13- Hospitais da primeira e segunda vaga de PPP	74
Quadro 14- Encargos do Estado com as quatro PPP hospitalares.....	78

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Modelos base de sistemas de saúde	26
Tabela 2- Organização e nível de dependência das entidades que compõem o Ministério da Saúde.....	30
Tabela 3- Trabalhadores por grupo profissional em 2018	35
Tabela 4- Incentivos à cooperação entre setores inscritas na Lei de Bases de 1990	59
Tabela 5- Diretrizes orientadoras do relacionamento entre o Estado e o setor privado inscritas na Lei de Bases da Saúde de 2019.....	60
Tabela 6- Intervenientes na relação público-privado em Portugal	70
Tabela 7- Evolução cronológica das PPP em Portugal.....	75
Tabela 8- Síntese do posicionamento partidário relativo aos principais tópicos de análise do SNS em Portugal (2019)	103
Tabela 9- Quatro tipologias de sistemas de saúde defendidas pelos partidos políticos (2019).....	110

Folha em branco

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Número de médicos e enfermeiros por cada mil habitantes na UE (2017) ...	36
Gráfico 2- Evolução da esperança média de vida à nascença entre 1974 e 1980.....	39
Gráfico 3- Evolução da taxa de mortalidade infantil entre 1974 e 1980	40
Gráfico 4- Evolução da taxa de mortalidade infantil na Europa entre 1985 e 2001.....	45
Gráfico 5- Evolução da taxa de mortalidade infantil entre 1995 e 2004.....	48
Gráfico 6- Evolução da despesa corrente pública em saúde em percentagem de PIB comparado entre os anos de 1995 e 2004	48
Gráfico 7- Evolução da despesa corrente em saúde e em percentagem de PIB entre 2010 e 2016	52
Gráfico 8- Despesa corrente em saúde em % do PIB na UE27	54
Gráfico 9- Evolução comparada da % de despesa pública e privada entre 2000 e 2015	57
Gráfico 10- Percentagem de hospitais por tipologia de acesso (2018).....	62
Gráfico 11- Síntese esquemática do posicionamento dos partidos políticos quanto à tipologia de SNS que defendem (2019)	110

Folha em branco

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
ADM – Assistência na Doença aos Militares
ADSE – Instituto de Prestação e Assistência na Doença
ARS – Administrações Regionais de Saúde
BE – Bloco de Esquerda
CDS-PP – Centro Democrático Social-Partido Popular
CDU – Coligação Democrática Unitária
CH – Centros Hospitalares
CH – Partido Chega
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRES – Conselho de Reflexão Sobre a Saúde
CRP – Constituição da República Portuguesa
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTT – Correios de Portugal
DGTF – Direção-Geral do Tesouro e Finanças
DGS – Direção-Geral da Saúde
EPE – Entidades Públicas Empresariais
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IL – Iniciativa Liberal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação
L – Partido Livre
MFA – Movimento das Forças Armadas
NHS – National Health Service
NPM – New Public Management
ONU – Organização das Nações Unidas

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAN – Partido Pessoas-Animais-Natureza
PCP – Partido Comunista Português
PEV – Partido Ecologista “Os Verdes”
PIB – Produto Interno Bruto
PPP – Parcerias Público-Privadas
PRD – Partido Renovador Democrático
PS – Partido Socialista
PSD – Partido Social Democrata
PSN – Partido da Solidariedade Nacional
PSR – Partido Socialista Revolucionário
PT-ACS – Portugal Telecom-Associação de Cuidados de Saúde
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SA – Sociedades Anónimas
SAD/GNR – Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP – Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAMS – Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários
SEE – Setor Empresarial do Estado
SG – Secretaria Geral da Saúde
SICAD – Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SMS – Serviços Médico-Sociais
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SSMJ – Serviços Sociais do Ministério da Justiça
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UDP – União Democrática Popular
UE – União Europeia
ULS – Unidades Locais de Saúde
UMCCI – Unidade de Missão Para os Cuidados Continuados Integrados
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidades de Saúde Familiar
USP – Unidades de Saúde Pública
UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos
WHO – World Health Organization

Folha em branco

Introdução

A presente dissertação, realizada no âmbito do Mestrado em Ciência Política da Universidade da Beira Interior, aborda a temática do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.

O carácter multidisciplinar que envolve o estudo das políticas públicas setoriais, como as políticas de saúde, remete-nos para o estudo dos modelos de sistemas de saúde no campo da Ciência Política. Este tipo de políticas, configura-se como uma das decisões mais importantes a serem tomadas pelos governantes, dado que têm como finalidade garantir a proteção e a promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos.

Em Portugal, o sistema de saúde adotado durante a transição da década de 1970 para a década de 1980 é considerado como um dos maiores sucessos da democratização do país. A conquista da liberdade permitiu alcançar um conjunto de direitos sociais, entre os quais o direito à saúde de todos os cidadãos sem exceção. O SNS, trouxe benefícios inquestionáveis na melhoria da qualidade de vida dos portugueses e permitiu que o país evoluísse em indicadores que o fizeram aproximar e até mesmo ultrapassar alguns dos países europeus de referência no campo dos cuidados de saúde.

Em todo o caso, o percurso de evolução do SNS foi complexo e ficou marcado por um conjunto de ciclos políticos que lhe alteraram o rumo e a natureza. A discórdia e o afastamento ideológico dos sucessivos partidos de governo entre a aplicação de políticas que promovem um sistema de saúde mais público e com maior intervenção do Estado ou um sistema de saúde com uma marcada presença da atividade do setor privado e uma função mais reguladora por parte do Estado, orientou a evolução do SNS ao longo das últimas décadas.

Nesse sentido, e tendo em consideração que a evolução do modelo de sistema de saúde é constante — na medida em que este tem de se adaptar às necessidades da população —, procuramos compreender qual a tipologia de SNS que os partidos políticos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019 apresentaram nos seus programas eleitorais. Tendo em consideração as constantes críticas feitas ao atual modelo, fruto dos desafios criados pela crescente procura por cuidados de saúde e a exigência por serviços de maior qualidade, importa compreender quais as reformas estruturais que os partidos políticos apresentaram ao atual modelo, bem como analisar as propostas que visam a rutura total ou parcial com a tipologia de serviço nacional de saúde que se estabeleceu desde 1979 até à atualidade.

Para tal, recorreremos a dois métodos científicos de investigação que se complementam um ao outro, a análise de conteúdo e o método comparado. A partir da

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

aplicação dos dois métodos pretendemos compreender qual o modelo de SNS que os partidos que obtiveram representação em 2019 defendem nos respetivos programas eleitorais.

Nesse sentido, as razões que nos levaram a optar por este tema foram três: em primeiro lugar, o interesse geral pela temática das políticas públicas sociais e em particular pelas políticas de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao SNS e ao debate político que este tem gerado desde a sua implementação até aos dias de hoje; em segundo lugar, a relevância que a análise de textos políticos, neste caso específico de programas eleitorais, pode representar na interpretação do posicionamento político e ideológico das forças partidárias no âmbito de um ato eleitoral; e em terceiro lugar, o facto de nos socorrer-mos da análise de programas eleitorais para estudar o posicionamento partidário relativamente ao modelo de SNS português ser algo inovador. A juntar a este último, acrescentamos ainda o facto de que um número inédito de dez partidos políticos obteve representação parlamentar em 2019, o que nos permitiu analisar um conjunto de visões mais amplas e diversificadas no âmbito do SNS, e que de certo modo enriqueceu os propósitos do nosso estudo.

A presente investigação encontra-se estruturada em seis capítulos: Capítulo 1. O Estado, as políticas públicas e o nascimento dos sistemas de saúde; Capítulo 2. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal; Capítulo 3. Que modelo de SNS – a opção entre o público e o privado; Capítulo 4. O Modelo das PPP; Capítulo 5. A visão dos partidos com assento parlamentar sobre o SNS em Portugal (2019); Capítulo 6. Dicotomia esquerda/direita: o SNS no centro da análise (2019).

No primeiro capítulo iremos abordar a questão da evolução geral do papel do Estado no que diz respeito à prestação de serviços públicos à população. Mais concretamente, procuraremos estabelecer uma ligação entre a emergência dos Estados Providência e a formulação de políticas públicas sociais na área da Saúde, nomeadamente a criação dos primeiros sistemas de saúde de base estatal. No mesmo capítulo vamos também estabelecer as principais diferenças e características entre sistemas de saúde de origem beveridgiana e de origem bismarckiana, essenciais na compreensão dos diferentes papéis que o Estado pode adotar na organização e regulação de um sistema de saúde.

O segundo capítulo encontra-se dividido em dois pontos principais. Numa primeira fase procuraremos retratar o modelo de sistema de saúde adotado em Portugal, caracterizando-o quanto ao modo de organização e prestação de cuidados de saúde, quanto às tipologias de financiamento e de investimento e quanto aos recursos humanos e físicos que possui. Numa segunda fase o foco estará voltado para a evolução político-legal do sistema. Compreender os ciclos políticos de evolução do SNS, desde a sua

implementação até à atualidade, é essencial para compreender o modo como os partidos políticos que compuseram os sucessivos governos e as ideologias a eles associadas influenciaram e transformaram a natureza do sistema de saúde ao longo das décadas.

O terceiro capítulo remete para a dicotomia público/privado no âmbito da oferta e da procura de cuidados de saúde. Este capítulo é essencial para uma compreensão mais aprofundada do modelo de funcionamento misto do SNS, e mais especificamente para esclarecer o desenvolvimento das relações público-privado. A lógica de cooperação e coordenação entre o setor público e o privado ganhou força nos últimos anos, levando ao fortalecimento do papel do setor privado dentro do sistema de saúde. Por sua vez, o estreitamento de relações entre setores provocou alterações e acentuou tendências na tipologia de oferta e de procura de cuidados de saúde entre os dois setores. Deste modo, a compreensão de conceitos como a especialização produtiva e a complementaridade é fulcral para entender a evolução, o tipo de relação e o papel que o Estado e os setores público e privado desempenham dentro do sistema de saúde português.

O quarto capítulo é uma extensão do terceiro capítulo, na medida em que este trata a questão das Parcerias Público-Privadas (PPP), uma das formas de cooperação e articulação entre os setores público e privado. O objetivo deste capítulo passa por clarificar o modelo das PPP hospitalares, na medida em que este se constitui como um dos temas mais fraturantes e mais discutidos pelos partidos políticos. Assim, é fundamental compreender as razões e o modo como o modelo das PPP foi aplicado nos hospitais do SNS, bem como perceber quais as consequências que a sua adoção trouxe para os utilizadores e para o funcionamento do próprio sistema.

No quinto capítulo iremos aplicar o método de análise de conteúdo aos programas eleitorais dos partidos políticos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019. Nesse sentido, os programas eleitorais revestem-se de uma importância central no desenvolvimento da nossa investigação, dado que se configuram como o nosso objeto de estudo. A análise aos nove programas eleitorais (CDU, BE, Livre, PS, PAN, PSD, CDS-PP, IL e Chega) centra-se nas propostas e nas posições que as forças partidárias apresentaram e defenderam nos capítulos dedicados à pasta da Saúde, em geral, e do SNS, em particular. Pretendemos, neste capítulo, recolher e organizar o máximo de informação presente em cada um dos programas, para que a posterior tarefa de comparar a informação recolhida possa ser mais simples e eficaz.

Por fim, no sexto capítulo, iremos recorrer ao método comparado para confrontar as posições que cada partido defendeu no seu programa eleitoral. O objetivo passa por compreender qual o modelo de SNS de que as forças partidárias se aproximam mediante o conjunto de propostas que apresentaram. Ou seja, procuraremos entender se os diferentes partidos defendem um modelo iminentemente público, iminentemente

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

privado, misto ou um modelo de organização totalmente ou parcialmente diferente do que vigora atualmente. Importa referir que este estudo incide apenas sobre um ato eleitoral, nomeadamente as eleições legislativas de 2019, pelo que as conclusões que forem retiradas procuram apenas contribuir para o estudo do posicionamento ideológico dos partidos políticos no âmbito das políticas públicas sociais na área da Saúde, e mais concretamente no âmbito das políticas ligadas ao SNS.

A existência, em Portugal, de um Estado Social que consagrou na Constituição o direito à saúde, e que em 1979 materializou o que havia estabelecido constitucionalmente através da implementação de um sistema de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito mudou por completo o paradigma da Saúde, tornando o país numa referência a nível europeu. Nesse sentido, a implementação do SNS em Portugal foi umas das políticas públicas sociais que mais sucesso e consenso gerou entre os diversos grupos partidários. Não obstante, o modelo adotado há 40 anos foi-se alterando, sendo que o cunho ideológico marcadamente estatal e caracterizado pela forte predominância do setor público foi sendo substituído, aos poucos, por um modelo misto onde a crescente presença do setor privado se tem feito notar.

Desse modo, a presente dissertação abordará diversas áreas ligadas às políticas de saúde, e em especial as reformas operadas ao SNS pelos sucessivos governos, que moldaram e alteraram a sua natureza. Sabendo de antemão que o atual modelo de SNS apresenta marcadas fragilidades e que o debate político em torno do modelo que melhor se poderá adaptar às necessidades dos seus utilizadores é constante, a nossa investigação pretende contribuir para esclarecer qual a visão e o modelo que as forças partidárias em estudo apresentaram e consideraram como linhas orientadoras para as políticas de saúde a serem adotadas no futuro próximo.

Enquadramento Teórico e Concetual

A abordagem a políticas públicas sociais, como as políticas de saúde implica, em primeiro lugar, uma reflexão sobre alguns conceitos-chave indispensáveis a esta investigação. De entre os conceitos fundamentais para compreender a dinâmica da adoção de políticas de saúde e tendo em consideração o propósito e os objetivos centrais do presente trabalho, salientamos a importância de numa primeira fase descodificar o sistema político, o sistema partidário, os partidos políticos e os programas eleitorais. E numa segunda fase, procuramos dar ênfase à questão das políticas públicas, das políticas sociais na área da Saúde e ao nascimento do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. A delimitação de qualquer trabalho científico passa, naturalmente, por uma rigorosa seleção dos conceitos centrais de investigação, bem como o processo de operacionalização dos mesmos. De facto, a conceptualização dos conceitos permite obter uma visão mais clara sobre a respetiva dimensão, ultrapassando a dimensão abstrata dos mesmos (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Neste domínio, ultrapassamos qualquer debate científico que vise descurar ou desconsiderar a importância de recorrer a esta conceptualização, considerando que a visão de “conceito operacional” advém de duas visões, a saber: uma conceptualização prévia, posteriormente aprofundada e a sequente substituição por conceitos mais claros (Moreira, 2003). Este processo não é fechado, uma vez que todas as contribuições científicas permitem aprofundar a abrangência dos conceitos e modelar a respetiva aplicabilidade ao mundo concreto.

Reconhecemos, por isso, o carácter provisório e sempre sujeito a aprofundamento dos conceitos aqui utilizados, numa visão que Adriano Moreira (2008) reconhece ser pragmática e adaptável aos desafios de analisar os temas correntes/centrais da atualidade. A necessidade de incidir a análise no nosso objeto de estudo, bem como cingir os propósitos da investigação aos objetivos centrais, conduz-nos à opção de recorrer a uma maior objetividade na seleção e interpretação dos conceitos aqui expostos.

Na literatura existente podemos identificar múltiplas conceções e visões de política, nomeadamente quando abordamos o objeto de estudo da Ciência Política, caracterizado por uma divisão entre o estudo do poder e o estudo do Estado (Fernandes, 2010). No entanto, a sua definição deverá ser mais abrangente, na medida em que cabe a todos os cidadãos participar no processo político, objetivo primordial da democracia. Partindo de uma conceção aristotélica, o termo política surgiu fruto “(...) de um momento singular da história grega, no qual se cruzam uma nova forma de pensar (...) que assentava na interrogação sobre os fundamentos da realidade, e também uma nova experiência

existencial, (...) configuradora de uma nova forma de vida em comum, a polis” (Amaral, 1998, p. 19).

Também podemos conceber a política como um meio para a obtenção e manutenção de poder. Adriano Moreira (2009) refere que o conceito comum às várias definições de Ciência Política e do seu objeto de estudo se prendem com a centralidade da questão de poder. Segundo o mesmo, na Ciência Política o denominador comum passa por entender “a capacidade de obrigar os outros a adotar certo comportamento” (Moreira, 2009, p.85). Em última instância, e recorrendo a uma perspectiva institucionalista, a política “é concebida como uma atividade orientada em torno da organização do Estado, constituído por instituições e aparelhos próprios concebidos para o controlo do sistema social, através do exercício do poder, e da definição de objetivos coletivos (...)” (Tavares, 2019, p.180).

Falar em política remete-nos, em primeiro lugar, para uma análise ao conceito de sistema político. Braga da Cruz (2017, p.9) entende que o sistema político “resulta do ordenamento das instituições políticas, das relações estabelecidas entre elas, e das relações dos vários atores políticos e sociais com elas”. Segundo o mesmo autor, o sistema político é dinâmico, está em constante evolução e está intimamente ligado ao sistema social (Cruz, 2017).

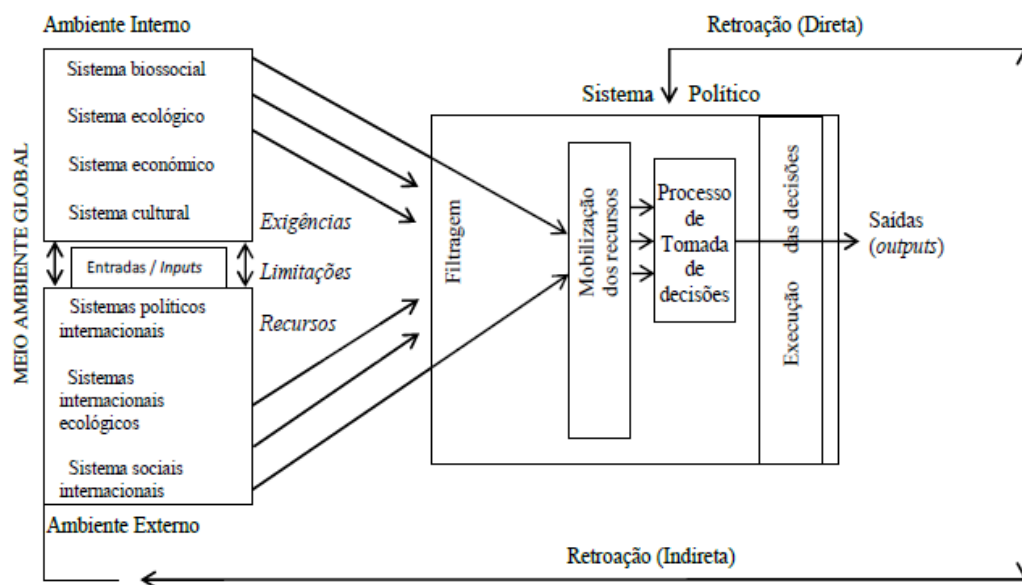
Perspetivando o sistema político sob o que na realidade ele é, um sistema, Pasquino (2005) argumenta que para compreender o funcionamento dos sistemas políticos é necessário ter em conta a maneira como estes interagem com os seus componentes. Assim, Pasquino (2005, p. 5) refere que:

“em qualquer sistema, as componentes fazem parte de um todo porque estão ligadas entre si e interagem segundo modalidades e com consequências que dependem justamente das suas ligações, das suas interdependências, de tal maneira que, se se produzir uma mudança numa delas, por exemplo no sistema eleitoral, é provável que daí advenha uma alteração, previsível e predefinível, primeiro no sistema partidário e, seguidamente, nas coligações de governo”.

Partindo da teoria sistémica de David Easton, o sistema político compõe-se pela comunidade política, pelo regime e pelas autoridades (Pasquino, 2005, p.13). À luz da perspectiva sistémica é possível perceber que os vários sistemas ou subsistemas orientadores da vida em sociedade não estão isolados, eles interligam-se, relacionam-se e dependem uns dos outros (figura 1).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Figura 1- Funcionamento do sistema político



Fonte: Lapierre (1980) e Easton (1967). Adaptado por Costa (2014).

Com efeito, David Easton (1957) argumenta que o sistema político está profundamente conectado com o ambiente em que está inserido. Desse modo, ao analisar o funcionamento de um sistema político o autor explica que o que o mantém em funcionamento são *inputs* de diversas origens, sendo que esses *inputs* são convertidos em *outputs* pelo próprio sistema (por exemplo leis ou normas adotadas pela sociedade). Por sua vez, esses *outputs* vão influenciar o sistema político em si e todo o ambiente envolvente em que este opera. Neste sentido, podemos assumir que o funcionamento de um sistema político “consiste no processamento e dinamização constante de um conjunto de condicionalismos internos e externos pelos mecanismos de regulação, de forma a resultar um ajustamento permanente de respostas” (Espírito Santo, 1997, p. 30-31).

No que diz respeito ao caso português, a génese do sistema político da atualidade está relacionada com a denominada “terceira vaga democrática” que teve a sua origem em Portugal com a revolução de 25 de Abril de 1974 e que, por sua vez, desencadeou movimentos de democratização em diversos países um pouco por todo o mundo (Huntington, 1991).

Assim, o sistema político português formou-se a partir da transição de um regime ditatorial para um regime democrático. Foi neste período que ocorreu uma profunda rotura com o passado, através do afastamento das principais figuras do Estado Novo da elite política, e da formação e mobilização de diferentes forças partidárias (Pinto, 2006). O sistema começou a ser estruturado com o intuito de estabelecer uma democracia de

partidos e ganhou a sua primeira definição depois de estabelecidos os pactos entre os partidos políticos e o Movimento das Forças Armadas (MFA). A constituição de 1976 consagrou o sistema político português, que a partir dessa data foi sofrendo diversas revisões (Cruz, 2017). O Artigo 2.º da Constituição determina que a República Portuguesa é um Estado de direito democrático que se baseia no pluralismo democrático, no respeito e garantia dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes (Lei Constitucional n.º 1/2005).

Entre os artigos 108.º e 111.º da Constituição da República Portuguesa ficaram descritos os princípios gerais da organização do poder político em Portugal. De uma forma sintetizada, os artigos mencionados referem que o sistema político português se caracteriza pela atribuição do poder político ao povo (mediante os termos da constituição) e pela separação de poderes, ao ser composto por diversos órgãos de soberania, a saber: Presidente da República; Assembleia da República; Governo e Tribunais (CRP, 1976, p.36). Importa acrescentar que o sistema de governo é definido como um sistema semipresidencialista, na medida em que numa fase é mais parlamentarista e noutras é mais presidencial. A atuação do Presidente da República vai variando, configurando-se ora como protagonista da vida política, ora assumindo-se como intérprete de uma mera magistratura de influência (Cruz, 1994, p. 237).

A relação entre os diversos sistemas que compõem o sistema político conduz-nos a um dos pontos centrais desta investigação, que se prende com os partidos políticos e os seus respetivos programas eleitorais. Inserido no sistema político surge o sistema partidário, congregador dos partidos políticos. Pasquino (2011, p. 172) considera que os partidos políticos e os sistemas partidários “constituem o objeto central da Ciência Política e são quase sempre os protagonistas da vida do sistema político”.

De um modo genérico, podemos considerar um sistema partidário como o “conjunto de relações determinado pelo número de partidos existentes num sistema político, pela sua dimensão relativa e pelo tipo de reações que se estabelecem entre eles e o Estado” (Fernandes, 2010, p. 200). Utilizando a analogia sistémica de Carlos Jalali (2017), o sistema partidário pode ser comparado a um automóvel que, se funcionar corretamente, tem a capacidade de se mover. Contudo ao desmontar o automóvel na sua totalidade, e apesar de continuar a ter todas as peças que compunham o automóvel, este perde a sua propriedade central, a capacidade de locomoção. Ora, se o que caracteriza um automóvel é a sua capacidade de locomoção, um aglomerado de peças deixa de o ser. Neste sentido, o que difere o automóvel de um conjunto aleatório de peças é a capacidade de interação. Transportando este princípio para os sistemas partidários, estes não são apenas um aglomerado de partidos. Um sistema partidário é caracterizado pela interação entre diversos partidos. Interação essa que é demonstrada através da competição

interpartidária pelo poder, ou pela cooperação entre partidos através de uma coligação (Jalali, 2017).

Neste sentido, importa acrescentar que os sistemas partidários se configuram como o produto de numerosos e complexos fatores, tais como: tradição; história; crenças religiosas; composição étnica; rivalidades nacionais; fatores socioeconómicos; fatores ideológicos; e fatores técnicos (Marques, 2016).

O sistema partidário português atual teve a sua origem com a democratização do regime. Ultrapassadas as eleições legislativas a 25 de abril de 1976, rapidamente emergiu um sistema partidário estável onde quase 90% do eleitorado se concentrava em quatro partidos políticos (Freire, 2006; Pasquino, 2005). Nesta medida, Jalali (2015) refere que o processo de democratização teve um impacto significativo na natureza dos partidos políticos, dado que estes surgiram num contexto revolucionário e não no contexto habitual de clivagens sociais ou a partir da evolução de um sistema de partidos preexistente. Recorrendo à terminologia de Duverger, os partidos portugueses têm uma “origem exterior” dado que até 1974 não existia um regime político democrático (Antunes, 1982).

O sistema partidário português estruturou-se em torno de dois eixos fundamentais: a dimensão de competição entre o PS e o PSD e a ausência de coligações à esquerda até 2015 (Jalali, 2017). De 1976 em diante, o sistema partidário em Portugal é caracterizado como multipartidário polarizado entre cinco principais partidos e onde predomina, como referimos, uma enraizada bipolarização entre os dois maiores partidos, os partidos “alternativos de poder” (Carvalho, 2010).

Com exceção do Partido Renovador Democrático (PRD) que desapareceu nos anos 80 e da presença esporádica do Partido da Solidariedade Nacional (PSN) em 1991, o sistema partidário português manteve-se praticamente inalterado, caracterizando-se pelo domínio de dois partidos situados num espectro político ao centro e de características “*catch all*”, o Partido Socialista (PS) e o Partido Social Democrata (PSD). Como principais partidos do sistema partidário surgem também o Partido Comunista Português (PCP) — inicialmente considerado como um partido antissistema —, o Centro Democrático Social/Partido Popular (CDS-PP) e mais recentemente o Bloco de Esquerda (BE) (Freire, 2006).

No quadro da polarização ideológica e do posicionamento no espectro político dos partidos mais relevantes em termos de representatividade, o CDS-PP configura-se como o partido mais à direita e o PCP como o mais à esquerda. Por sua vez, o PS configura-se como um partido de centro-esquerda e o PSD encontra-se posicionado no centro-direita (sendo considerado como o principal partido “*catch all*”) (Machado, 2009). Em síntese, a evolução do sistema partidário português tem vindo a ser marcada

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

pelo alargamento da polarização do PCP e do CDS-PP, enquanto o PS e o PSD têm vindo a apresentar uma tendência de aproximação ao centro, tornando-se por vezes “os irmãos siameses que o eleitorado premeia ou penaliza ciclicamente, mas aos quais concede, desde 1975, o seu voto de confiança” (Machado, 2009, p.55).

Ora, o âmbito da presente investigação centra-se exatamente nos partidos políticos e na sua visão de futuro sobre o Serviço Nacional de Saúde. Mais especificamente, centra-se na análise da estratégia e das opções políticas no âmbito do SNS em Portugal apresentadas por cada um dos partidos políticos nos respetivos programas eleitorais (2019). Nessa medida, importa tecer algumas considerações relativamente aos partidos políticos e às suas principais funções e responsabilidades nas esferas política e social.

Considerados como os principais atores institucionais do sistema partidário, os partidos políticos da atualidade são o resultado da extensão do voto popular, ou seja, da democratização (Valente, 1980). Nesse sentido, na ótica de Robert Michels (2001) a democracia torna-se impraticável sem algum tipo de organização. O autor defende que a organização partidária é essencial para que os diferentes grupos sociais ganhem força política e dignidade social. Partindo destes pressupostos, os partidos políticos podem ser entendidos como “organizações que lutam pela aquisição, manutenção e exercício do poder” (Moreira, 2009, p.189). Por sua vez, Seiler (2000, p.25) define os partidos políticos como “organizações que visam mobilizar indivíduos numa ação coletiva conduzida contra outros, igualmente mobilizados, a fim de acederem, sós ou coligados, ao exercício de funções de governo. Esta ação coletiva e esta pretensão a conduzir os assuntos públicos, são justificadas por uma conceção particular do interesse geral”.

Segundo Palombara & Weiner (1966), os partidos políticos apresentam as seguintes características: organizações duradoras cuja longevidade não está dependente dos seus dirigentes ocasionais; organizações com presença local generalizada e que estabelecem relações com outras unidades locais e nacionais; os seus líderes ambicionam ocupar e exercer o poder; e procuram o apoio popular nas urnas.

Quanto às funções que os partidos políticos desempenham, estas variam mediante a conjuntura política em que se formaram. Nesse sentido, partidos nascidos num ambiente parlamentar-liberal inclinam as suas funções para três pontos essenciais: formar a opinião pública; propor os candidatos à eleição; e disciplinar os eleitos (Moreira, 2009).

Para proceder a uma caracterização e classificação das diferentes tipologias de partidos políticos, recorreremos à conceção clássica de Duverger que estabelece a distinção de partidos políticos com base na sua estrutura. Assim, distinguem-se dois tipos de partidos: os partidos de quadros (também conhecidos como “partidos de notáveis”) que se caracterizam como partidos que surgiram na primeira fase de formação dos sistemas

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

representativos e que eram compostos pelas elites; e os partidos de massas, que nasceram fruto do alargamento do direito ao voto no século XIX e que tinham como principal objetivo recrutar o maior número possível de militantes (Marques, 2016). Sob a influência de Duverger várias outras classificações de partidos foram surgindo, com destaque para os partidos de integração social, os partidos “*catch all*” e os partidos cartel (Fernandes, 2010; Mayer, 2016).

Num contexto de véspera eleitoral — que no caso particular da nossa investigação se centra nas eleições legislativas de 2019 em Portugal —, os diferentes partidos políticos apresentam aos eleitores os seus programas eleitorais que, em traços gerais, são uma tentativa de estes influenciarem o comportamento do eleitorado, sobretudo através da apresentação de propostas que vão ao encontro das preferências e dos interesses dos eleitores. Valente (1980, p. 8) refere que “os partidos andam de mãos dadas com o voto”, no sentido que a participação dos cidadãos se faz mediante o mecanismo das eleições. Segundo o mesmo, os partidos políticos são agentes da ação política, em que a liberdade de manifestação de opinião distribui os cidadãos pelos diferentes partidos, consoante os seus programas eleitorais e ideologias (Valente, 1980).

Os programas eleitorais configuram-se como um conjunto de medidas, ou promessas estabelecidas previamente pelos partidos e que levam os cidadãos a optar, no ato eleitoral, por aquele com o qual mais se identificam. Neste sentido, podemos dizer que apesar de existirem diversos tipos de textos políticos, a fonte mais fidedigna de informação sobre as posições políticas e eleitorais dos partidos políticos é justamente o seu programa eleitoral (Benoit & Laver, 2006). Os programas eleitorais e as posições dos partidos são influenciados por fatores como: a família política a que o partido pertence; estratégia eleitoral adotada; e a mudança de liderança (Klingemann *et al.*, 2006, p. 86).

Deste modo, o programa eleitoral é a declaração oficial da política partidária, sendo que a partir dele os partidos podem ser responsabilizados por críticos, jornalistas e politólogos. Assim, as posições descritas no programa eleitoral são consideradas como a política oficial do partido (Benoit & Laver, 2006). Thomson (2001) acrescenta que o facto de as democracias modernas serem democracias compostas por partidos políticos que formam governos faz com que os partidos e os seus representantes sintam a responsabilidade acrescida de cumprir as propostas inscritas nos seus programas eleitorais.

A este respeito, diga-se que esta visão corresponde a uma conceção tradicional de campanhas eleitorais, assentes em extensos textos/programas eleitorais e num conjunto de propostas sobre os mais diversos setores da sociedade. Reconhecemos que o advento das novas tecnologias tem transformado a orgânica e a estrutura das campanhas

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

eleitorais e da comunicação política, no entanto, os programas eleitorais continuam a ser um documento relevante na análise da ação política de cada partido.

Deste modo, a premissa de que os programas eleitorais representam as posições oficiais dos partidos é fundamental para o desenvolvimento da nossa investigação, na medida em que a análise ao conteúdo dos programas dos partidos políticos em estudo nos vai permitir retirar conclusões sobre a sua linha ideológica e sobre a sua estratégia política. Ainda assim, é importante acrescentar que em algumas ocasiões, o conteúdo dos programas eleitorais pode não fazer parte do debate durante a campanha eleitoral, sendo que muitas das vezes os programas dão relevância a assuntos que não foram tão referenciados durante a campanha (Klingemann *et al.*, 2006). De entre as áreas tradicionalmente abordadas pelos partidos políticos nos seus programas eleitorais, Harmel (2018) refere que nas democracias ocidentais os conteúdos mais referidos se centram nos domínios das políticas sociais, económicas e da política externa.

Tendo em consideração que o propósito do nosso trabalho trata a temática do SNS em Portugal, e mais concretamente as propostas eleitorais dos partidos políticos em relação a essa matéria, torna-se essencial abordar a questão das políticas públicas sociais na área da Saúde. Boaventura Sousa Santos (1987) inclui as políticas de saúde no domínio das políticas sociais, referindo que o estudo das políticas de saúde deve ser feito no contexto das políticas sociais.

Consideradas uma subárea da Ciência Política, o estudo das políticas públicas é recente e tem como principal objetivo colmatar as debilidades analíticas da Ciência Política ao concentrar a sua análise unicamente nos *outputs* e nos *outcomes* das decisões políticas (Pasquino, 2011). A disciplina das políticas públicas desenvolveu-se sobretudo durante os anos quarenta e cinquenta do século XX, através dos trabalhos de Laswell e Lerner que identificam as “*Policy Sciences*” enquanto disciplina científica e as Políticas Públicas como o seu objeto de estudo (*output* governamental) (Rocha, 2010). Podemos considerar as políticas públicas como o conjunto de medidas tomadas pelos governos que influenciam a vida de todos os cidadãos. Ou seja, as políticas públicas são “a totalidade de ações, metas e planos que os governos traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público” (Caldas, 2008, p.5).

Inseridas nas políticas públicas, o desenvolvimento das políticas sociais teve como principal objetivo responder a questões de pobreza e de exclusão social, ou seja, estas assumem um papel de proteção social por meio de diversos mecanismos e serviços ao dispor dos cidadãos (Rodrigues *et al.*, 1999). As políticas sociais visam, sobretudo, “alcançar os mais altos estádios possíveis de satisfação das necessidades fundamentais: saúde, instrução, habitação, segurança social, tempos livres” e “garantir o acesso

progressivo de todos os grupos aos benefícios tornados possíveis pelo crescimento da economia” (Silva, 1969, p. 477).

No domínio das políticas sociais, as políticas de saúde integram o campo social do Estado e têm a principal função de organizar as tarefas públicas governamentais com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde da população (Lucchesi, 2004). É com a formação dos Estados Providência por toda a Europa que se desenham as primeiras grandes políticas de saúde. Estas políticas configuram-se como um ponto fundamental na análise do Estado Providência da atualidade, dado que representam uma parte significativa das despesas sociais e têm fortes impactos no ciclo de vida dos cidadãos (Silva, 2012).

Em Portugal, o Estado Social chegou com algum atraso relativamente a outros países europeus, devido aos condicionalismos que o Estado Novo e a guerra colonial impuseram ao país. Importa referir que no início do século XX, Portugal era ainda um país fortemente ruralizado. Ainda assim, os investimentos públicos na educação, na segurança social e na saúde começaram a crescer progressivamente nas décadas seguintes.

Nas primeiras décadas do século XX, não havia propriamente uma estratégia política de saúde em Portugal. Os cuidados prestados à população estavam essencialmente a cargo de instituições privadas, sendo que o Estado não prestava nem financiava praticamente nenhum tipo de cuidados de saúde. Até meados da década de 40, os cuidados de saúde eram prestados por entidades privadas — essencialmente os hospitais das Misericórdias — e apenas as Caixas de Previdência garantiam a cobertura de cuidados de saúde aos seus beneficiários (Varela *et al.*, 2016; Pereirinha & Carolo, 2006).

Só a partir de 1944¹, depois de alguma pressão por parte da opinião pública — dada a crise, a miséria, e o desemprego generalizado — é que o Estado Novo resolve criar o Estatuto da Assistência Social. Este Estatuto previa que o Estado prestasse assistência em questões morais, económicas ou sanitárias, sempre que as iniciativas particulares não o conseguissem fazer. A prestação de cuidados de saúde no regime ditatorial dependia sobretudo de instituições de caridade e só depois surgia o Estado como supressor dos casos onde os privados não conseguiam dar uma resposta (Pimentel, 1999; Campos & Simões, 2014).

De acordo com o Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2001), no final dos anos 60 as instituições que asseguravam os cuidados de saúde em Portugal eram essencialmente:

¹ A lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944 estabelece as bases reguladoras dos serviços de assistência social.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Misericórdias - instituições centenárias de solidariedade social que geriam a maior parte dos hospitais e das instituições de saúde por todo o país;
- Serviços Médico-Sociais (SMS) - que prestavam os cuidados de saúde aos utentes integrantes da Federação das Caixas de Previdência;
- Serviços de Saúde Pública - estavam, nesta época, orientados principalmente para questões de prevenção e proteção da saúde através de medidas como a vacinação, a assistência à vida no nascimento, questões de formação e preparação física, intelectual e moral;
- Hospitais estatais, gerais e especializados;
- Serviços privados de saúde;

Contudo, a reforma dos serviços de saúde e da assistência em 1971² marcou uma nova etapa no paradigma das políticas de saúde em Portugal. Levada a cabo por Gonçalves Ferreira (Secretário de Estado da Saúde), esta reforma tinha em vista o reforço do papel do Estado no sistema de saúde ao mesmo tempo que pretendia orientar as políticas sociais no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença (Campos & Simões, 2014). A reforma introduziu princípios como: o reconhecimento do acesso à saúde enquanto um direito de todos os portugueses, sendo que passava a ser função do Estado assegurar esse direito através do Ministério da Saúde; e ainda a dinamização dos serviços locais, através da criação de centros de saúde por todo o país (Amendoeira, 2009).

Com a Revolução de 25 de Abril de 1974, e com a conseqüente instauração do regime democrático no país, são criadas condições para o estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Exatamente dois anos após a Revolução dos Cravos, em abril de 1976, é aprovada a nova Constituição que consagra diversos novos direitos sociais. No artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (1976, p. 746) fica estabelecido que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, e ainda que o Estado assume o compromisso de criar “um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”:

“Geral, porque se destina a todos os portugueses, sem qualquer discriminação. Universal, porque visa a prestação de todos os cuidados de saúde, no seu tríplice aspeto: prevenção, cura e reabilitação. Gratuito, porque é financiado pelo Estado e não implica o pagamento direto dos utentes.” (Arnaut, 2009, p. 29)

² Decreto-Lei n.º 413 de 27 de setembro que promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Todavia, a implementação do SNS não se fez sem a oposição de alguma da classe médica e de alguns membros do CDS — que nesta altura compunha um governo de coligação com o PS — ao considerarem a política do SNS “estatizante” (Domingues, 2019). No entanto, o movimento de implementação do Serviço Nacional de Saúde estava em curso, e em 1978 o “despacho ministerial de Arnaut”, estabeleceu o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos sem exceção (Varela & Guedes, 2013).

Considerado como o “pai do SNS”, António Arnaut, foi decisivo para que a 15 de setembro de 1979 fosse publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde.³ Lei essa que consagrou em Portugal um sistema de saúde de base Beveridgiana, ou seja, com uma forte predominância do setor público. De um modo geral, o documento traduz o carácter universal, geral e gratuito (inicialmente) do sistema, na medida em que o principal objetivo foi tornar o acesso à Saúde uma garantia para todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica (Sousa, 2009).

Nas últimas décadas, as mudanças operadas no modelo de SNS foram uma constante, sobretudo devido ao carácter ideológico com que algumas das reformas foram aplicadas. Os antagonismos ideológicos entre os partidos políticos relativamente ao modelo de sistema de saúde a adotar em Portugal foram sempre visíveis desde início, sobretudo quando o SNS era considerado uma causa essencialmente ligada aos partidos da esquerda parlamentar, que votaram favoravelmente a sua implementação (PS, PCP e UDP) (Campos, 2019).

Todavia, as políticas em torno do SNS conheceram importantes mudanças, sobretudo no início do século XXI, com o crescimento da ideologia de Mercado dentro do SNS — influenciada pela *New Public Management* —, que por sua vez contribuiu para o progressivo crescimento do setor privado e para a conseqüente evolução para um sistema de saúde misto (composto por entidades públicas e privadas). Outras formas de gestão privada foram sendo integradas no modelo de SNS, com destaque para a Parcerias Público-Privadas (PPP). A principal justificação para a adoção de PPP prende-se com o facto de, em teoria, a gestão privada ser mais eficiente do que a gestão pública (Sarmiento, 2013), sendo que este constitui um dos temas politicamente mais fraturantes no âmbito do SNS.

Nesta medida, Campos & Simões (2014) referem que apesar da aplicação de algumas políticas naturalmente oscilatórias, fruto dos governos dos diferentes partidos, o processo de evolução do SNS ficou marcado por algumas descontinuidades ideológicas, como por exemplo: num primeiro momento os partidos mais à direita no espectro político acabaram por aceitar o modelo inicial do SNS (com uma forte predominância do

³ Lei nº 56/79, 15 de setembro de 1979.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

setor público); e numa segunda fase foram os partidos mais à esquerda que aceitaram as soluções de Mercado dentro do SNS (Campos & Simões, 2014).

A evolução do SNS durante os últimos 40 anos tem-se revelado um percurso marcadamente ideológico e tem sido uma das temáticas com maior destaque nos programas eleitorais dos partidos políticos. Assim, partimos do pressuposto de que os programas eleitorais contêm informações confiáveis e que refletem as posições publicamente assumidas pelos partidos políticos para o futuro. A análise do seu conteúdo é considerada como uma das formas mais importantes e eficazes de investigar e estimar o posicionamento efetivo dos partidos políticos sobre uma determinada área ou domínio (Costello & Thomson, 2008; Gemenis, 2013). Transportando esse princípio para a nossa investigação, percebemos que a análise dos programas eleitorais permite perspetivar a visão de cada um dos partidos relativamente ao modelo de SNS que defende, e dessa forma cumprir os objetivos a que nos propusemos.

Enquadramento Metodológico

1. Objeto de estudo, pergunta de partida e hipóteses de investigação

Podemos considerar a ciência como um conjunto de conhecimentos precisos e organizados metodicamente em relação a um determinado domínio do saber. Todavia, existem diversos tipos de conhecimento, dos quais o conhecimento científico é o único capaz de produzir ciência. Assim, o conhecimento científico é o resultado da investigação metódica e sistemática da realidade (Barañano, 2008). Uma investigação científica configura-se como um processo que permite adquirir novos conhecimentos a partir do mundo empírico. Por outras palavras, o processo científico consiste numa estratégia racional e rigorosa para a obtenção de conhecimentos (Fortin *et al.*, 2009). O desenvolvimento de uma investigação científica envolve, em primeiro lugar, uma metodologia, ou seja, é essencial delinear um caminho para o pensamento com o intuito de abordar uma determinada realidade. Nessa medida, a metodologia corresponde ao “conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção de conhecimento” (Vilelas, 2009, p.21). Definir a metodologia a utilizar é uma das etapas mais importantes de uma investigação, na medida em que esta é a base para alcançar os objetivos estabelecidos previamente.

Num contexto de investigação em Ciências Sociais é necessário ter em conta que muitas das vezes o que uma investigação científica permite é apenas um melhor conhecimento sobre um determinado fenómeno. Ou seja, é essencial manter uma posição intermédia e ponderada quanto à possibilidade de produzir conhecimento científico, não pressupondo que se irá alcançar uma verdade definitiva, nem por outro lado recusar por completo qualquer possibilidade de alcançar esse tipo de conhecimento (Quivy & Campenhoudt, 2008). Partindo destes pressupostos, o propósito fundamental da seguinte investigação passa por compreender de forma mais aprofundada qual o modelo de Serviço Nacional de Saúde defendido pelos partidos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019.⁴ Pretendemos, por isso, perceber qual o posicionamento político e quais as medidas políticas estruturantes dos programas eleitorais de cada partido relativamente ao SNS.

⁴ As eleições realizaram-se a 6 de outubro de 2019. Os resultados eleitorais podem ser consultados em: <https://www.legislativas2019.mai.gov.pt/>

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Admitindo a possibilidade de conhecimento científico — caracterizado por Marconi & Lakatos (1991) como conhecimento real, contingente, sistemático, aproximadamente exato e verificável através de hipóteses — importa agora estabelecer a estrutura da nossa investigação. Para isso, é necessário identificar o nosso objeto de estudo, bem como formular as hipóteses de investigação.

O objeto de estudo da presente investigação remete-nos para a compreensão do modelo de Serviço Nacional de Saúde defendido pelas forças partidárias que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019, através da análise das propostas presentes nos respetivos programas eleitorais. A nossa pergunta de partida é esclarecedora do que pretende ser estudado: “qual o modelo de SNS defendido pelas forças políticas com representação parlamentar (2019) de acordo com os programas eleitorais apresentados?”. Ao utilizar a nossa pergunta de partida respondemos aos principais requisitos da formulação de uma problemática, que se prende essencialmente em dizer de “maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características” (Rudio, 2007, p. 94).

A opção por este ato eleitoral justifica-se pelo facto de esta ser a eleição legislativa mais recente e por ter sido aquela onde o número inédito de dez forças partidárias alcançaram representação parlamentar. Nesse sentido, os partidos que integram esta investigação são: Partido Socialista (PS), Partido Social Democrata (PSD), Bloco de Esquerda (BE), Partido Comunista Português (PCP), Partido Popular (CDS-PP), Partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN), Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV), Livre (L), Iniciativa Liberal (IL) e Chega (CH).

Partindo da premissa de que as eleições se configuram como um método democrático para escolher e constituir órgãos representativos e para delegar poderes (Marques, 2016), a inclusão unicamente de partidos que obtiveram representação parlamentar deve-se ao facto de, em última instância, o objetivo primordial de uma eleição passar por eleger os partidos que expressam e refletem a vontade popular. Dessa forma, apenas iremos ter em consideração os programas eleitorais dos partidos políticos que alcançaram mandatos no ato eleitoral em questão. É importante referir que, apesar de dez partido terem alcançado representação parlamentar, o número de programas eleitorais em análise é de apenas nove. O motivo prende-se com o facto de o PCP e o PEV apresentarem um programa eleitoral em comum, através da Coligação Democrática Unitária (CDU).

Partindo do princípio de que os programas eleitorais representam um conjunto de propostas e de medidas que refletem o posicionamento político dos partidos relativamente aos interesses do eleitorado, e neste caso específico relativamente ao

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

modelo de Serviço Nacional de Saúde, desenvolvemos cinco hipóteses para a presente investigação:

H1 - Os partidos sentados à esquerda do hemiciclo defendem um SNS quase iminentemente público;

H2 - Os partidos sentados à direita do hemiciclo defendem a colaboração e a concorrência entre o SNS, o setor privado e o setor social;

H3 - A ideologia tradicionalmente associada aos partidos políticos (espectro esquerda-direita) influencia a defesa ou oposição da gestão privada de hospitais públicos;

H4 - Os partidos tipicamente mais à esquerda defendem políticas de fixação dos profissionais de saúde no SNS;

H5- A habitual convergência ideológica entre os “partidos de governo” (PS e PSD) é manifestada nas propostas concernentes ao SNS.

Para comprovar ou refutar as hipóteses apresentadas, a presente investigação centra-se na análise dos programas eleitorais dos partidos políticos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019. A partir da análise das propostas dos diversos partidos pretendemos perceber qual o modelo de SNS defendido pelos partidos com representação parlamentar.

1.1. Objeto de estudo e metodologia adotada

A metodologia tem como função orientar o investigador e indicar um caminho que o conduza ao conhecimento (Coutinho, 2013). Nesse sentido, a metodologia não é mais do que uma garantia de organização das práticas de investigação, sendo que para realizar uma determinada pesquisa cabe ao método definir as melhores técnicas a adotar (Almeida & Pinto, 1975). É inegável a importância que a metodologia tem no delinear de um projeto de investigação, sendo que qualquer percurso deve estar balizado por um rigoroso processo de seleção dos métodos e das técnicas de investigação, de modo a permitir a validação/confirmação das proposições apresentadas. É a partir destes pressupostos que iremos delinear o caminho que nos permitirá desenvolver a nossa investigação.

Em primeiro lugar importa referir que iremos recorrer a dois métodos de investigação. Por um lado, a análise de conteúdo, considerando a necessidade de proceder a uma análise aos programas eleitorais, funcionando este método essencialmente como complemento do método comparado. Por outro lado, o método comparado, dada a necessidade de comparar as propostas inscritas nos programas

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

eleitorais dos diferentes partidos, mais concretamente as propostas que dizem respeito ao SNS.

Segundo Pasquino (2011) todos nós fazemos comparações, na maioria das vezes de forma implícita, com o propósito de compreender as semelhanças e as diferenças que existem num determinado fenómeno político. Para Collier (1993), a comparação facilita o processo de descrição de fenómenos, ao tornar mais evidentes as semelhanças ou as diferenças no processo de conhecimento dos fenómenos sociais. É nesse sentido que a comparação das diferentes propostas relativas ao SNS (inscritas nos programas eleitorais dos diversos partidos já mencionados) se configura como um ponto fundamental ao permitir identificar as diferenças e as semelhanças no posicionamento de cada partido.

Quanto à utilização da técnica de análise de conteúdo, resulta da necessidade de transformar os programas eleitorais (dos partidos em estudo) em conceitos. Ou seja, pretende-se uma interpretação dos programas eleitorais com o intuito de compreender e descodificar o posicionamento de cada partido relativamente ao SNS. Para Bardin (2008, p. 31), a análise de conteúdo remete para um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, servindo assim como um método descritivo e interpretativo de todo o tipo de documentos. No domínio da Ciência Política este método é utilizado na análise interna de textos políticos, sendo que são duas as perguntas típicas que caracterizam esta abordagem: 1- Que posições tomam os autores no texto? 2- Qual a importância que essas posições têm para os autores? Estas questões revestem-se de um carácter analítico na medida em que fazem parte do jogo das causas e dos efeitos (Alonso et al., 2012). Quando aplicada aos programas eleitorais esta técnica permite dar ênfase a determinadas medidas que compõem o manifesto do partido. A análise de conteúdo permite quantificar o nível de importância que os partidos atribuem a um determinado assunto abordado no programa eleitoral mediante a extensão do texto que lhe seja dedicada (Tarouco et al., 2015).

O reduzido número de casos em análise (nove programas eleitorais) remete o nosso estudo para uma vertente qualitativa. A génese de uma investigação qualitativa é sobretudo descritiva, sendo que os dados recolhidos e os resultados obtidos são em forma de palavras (Bogdan & Biklen, 1994). Nessa medida, pretendemos transformar os programas eleitorais em conceitos que permitam “localizar” as propostas dos diferentes partidos no espectro político de defesa de um sistema iminentemente público, misto ou privado. A análise qualitativa na nossa investigação está focada na interpretação dos programas eleitorais e do posicionamento dos partidos políticos no que toca ao SNS. Este tipo de análise é essencial para a nossa investigação pois compreende um conjunto de técnicas interpretativas essenciais para descodificar e desconstruir os componentes de um determinado sistema ou fenómeno complexo.

1.2. Fontes Documentais

A generalidade dos autores aponta o método descritivo e comparativo como integrante da metodologia qualitativa, e apresenta os seguintes caminhos de pesquisa: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia (Godoy, 1995). Na presente investigação iremos utilizar como principal elemento de pesquisa a análise documental, que no caso se irá centrar fundamentalmente na análise comparativa dos diversos programas eleitorais no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Ao dividir a investigação por etapas: num primeiro momento iremos proceder a uma seleção inicial e/ou provisória de bibliografia pertinente para elaborar a revisão de literatura, e conseqüentemente retirar informação relativa à temática que consideramos essencial para atingir os objetivos da investigação. Na segunda etapa, iremos fazer um levantamento das principais propostas e linhas orientadoras da “pasta” ligada à saúde e ao SNS – dos nove programas eleitorais em análise – comparando-as entre si. O objetivo, como já referimos, passa por analisar comparativamente as diversas propostas inscritas nos programas eleitorais (fontes secundárias), de forma a tentar compreender qual o modelo de SNS que os partidos defendem. Trata-se essencialmente de uma análise descritiva dos programas eleitorais, utilizando uma metodologia comparativa que almeja compreender o tipo de SNS defendido pelas forças partidárias que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019.

Capítulo 1. O Estado, as políticas públicas e o nascimento dos sistemas de saúde

Os programas eleitorais da generalidade dos partidos políticos apresentam temáticas em comum, entre as quais as questões ligadas à Saúde e ao bem-estar. Nessa medida, e tendo em consideração os objetivos da nossa investigação, torna-se essencial abordar a evolução das políticas públicas sociais na área da saúde, e mais especificamente a formação dos sistemas de saúde. É indispensável compreender que as políticas públicas sociais não nasceram num vazio, mas sim a partir de um contexto histórico-social de evolução e alteração do papel do Estado no que diz respeito aos serviços públicos prestados, mais especificamente através da formação dos Estados Providência que culminou com o surgimento dos primeiros sistemas de saúde estatais.

Os Estados Modernos resultaram do fim do feudalismo e da emergência do capitalismo em meados do século XVII. Pela primeira vez a responsabilidade de assegurar a justiça, de coletar impostos e de defender o território estava a cargo de apenas uma instituição (Pessoto et al., 2015). Estes Estados, caracterizam-se como estruturas político-jurídicas que representam uma determinada sociedade e que dispõem de órgãos próprios para exercer o poder sobre um determinado território (Fernandes, 2010). Todavia, o papel dos Estados Modernos foi sofrendo alterações ao longo dos séculos. Osborne e McLaughlin (2002) identificam os quatro tipos de evolução do papel do Estado com base no seu nível de intervenção, a saber: “Estado Minimalista”, “Parceria desigual”, “Estado Providência” e “Estado plural”.

O período caracterizado como “Estado Minimalista” diz respeito ao final do século XIX e caracteriza-se como um período em que a intervenção do Estado na sociedade era mínima (política de *laissez-faire*), estando os serviços de apoio às necessidades da população a cargo de instituições privadas e de caridade (McLaughlin & Osborne, 2002). No início do século XX inicia-se um novo período designado de “Parceria desigual” e que se caracteriza por uma maior intervenção do Estado, sobretudo em serviços que visavam melhorar as condições sanitárias da época (Cutler & Miller, 2005). Esta alteração na postura interventiva por parte do Estado está ligada a uma profunda substituição ideológica do conservadorismo tradicional pelo social reformismo. A nova ideologia pressupõe uma maior participação do Estado, ao providenciar alguns serviços públicos à população, muitas vezes através do estabelecimento de parcerias com entidades privadas (McLaughlin & Osborne, 2002).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

A transição da década de 1920 para 1930 trouxe consigo uma grave crise financeira (colapso da Bolsa de Valores norte-americana), que fez com que o Estado se tornasse ainda mais interventivo em todos os setores da sociedade, especialmente na indústria, com o intuito de a reativar. Nesse sentido, a mobilização da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho foi essencial para que se formassem os Estados que salvaguardam a proteção social dos seus cidadãos, que desenvolvem programas de combate à pobreza e que promovem a igualdade de oportunidades, amplamente designados de Estados Providência (Martins, 2011; Fleury & Ouverney, 2012; Atkinson, 1996; McLaughlin & Osborne, 2002).

Claus Offe (1984) caracteriza-os como Estados que providenciam um conjunto de direitos e de serviços públicos aos seus cidadãos (tais como educação e saúde), através de contribuições e pagamentos legalmente obrigatórios. Na perspetiva de Mozzicafreddo (1992), os Estados Providência são o resultado da modernização geral das sociedades, por meio do desenvolvimento das atividades e dos setores em geral, e pela mobilização social e política. Hughes (2003) refere que os programas de apoio e prestação de serviços ao público aliados à influência das teorias económicas de Keynes permitiram que o Estado assumisse um papel central na estabilização da economia e na melhoria das condições de vida da população no contexto de crise e de pós-guerra que se vivia.

Contudo, este modelo entrou em crise em meados da década de 1970, fruto de uma recessão económica provocada pela crise do petróleo de 1973 (Harvey, 2007). Apesar da concordância em torno dos benefícios funcionais resultantes da relação entre as políticas económicas keynesianas, o crescimento económico e a extensão e cobertura dos programas sociais dos Estados Providência, este modelo começou a ser fortemente questionado. Com efeito, Offe (1984) refere que os “*Welfare States* keynesianos” e as suas instituições de bem-estar apenas davam uma resposta efetiva em questões que deixaram de ser as dominantes e urgentes naquela época. Por outras palavras, os Estados Providência revelaram ser eficientes na resolução de questões de estabilização macroeconómica, mas em sentido oposto criaram graves problemas na capacidade de adaptação da economia capitalista aos problemas de produção que emergiram na década de 1970.

No contexto de crise e de desemprego que se vivia, o ideal primordial de pleno emprego das políticas keynesianas aliado ao objetivo da proteção social inerente aos Estados Providência provocaram graves problemas na exequibilidade e sustentabilidade deste modelo de organização (Offe, 1984). Rocha (2010) acrescenta que o Estado deixou de ser capaz de comportar as despesas das políticas sociais e que a solução do aumento de impostos na tentativa de as suportar seriam insustentáveis para a população. Assim,

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

o mesmo autor refere que é nestas circunstâncias que emergem as ideologias neoliberais de diminuição do papel intervencionista do Estado.

Nesta medida, ganha força uma nova ideologia que pretendia por um lado diminuir o papel do Estado (Estado plural) e por outro reforçar o papel do mercado, denominada de “*New Right*”. Politicamente esta ideologia desencadeou fortes ataques aos Estados Providência, apontando-lhes diversas críticas e falhas (Pierson, 1998). É no âmbito da emergência da ideologia da “*New Right*” e dos acontecimentos a ela associados que no decorrer da década de 1980 ganha força o modelo da *New Public Management* (NPM). A emergência desta doutrina administrativa está intimamente relacionada com a crescente insatisfação relativa à ineficácia do modelo de gestão dos Estados Providência, sendo considerada pelos seus defensores mais acérrimos como a única forma de corrigir as falhas e a falência do antigo modelo de administração pública (Hood, 1991). Mais recentemente, assistiu-se a uma moderação dos discursos extremados entre o papel maioritário do Mercado ou do Estado nos modelos de gestão públicos, havendo a necessidade de desenvolver um modelo misto. Com a modernização da NPM, surgem modelos alternativos de gestão, como o modelo das Parcerias Público-Privadas (PPP) (Newman, 2002).

Em todo o caso, é o surgimento dos Estados Providência que marca o aparecimento dos sistemas de saúde de base estatal, predominantes numa parte significativa dos países desenvolvidos da atualidade. Ainda que a primeira grande política de saúde tenha surgido na Alemanha em 1883 — implementada pelo chanceler alemão Bismarck e que impunha que os empregadores e trabalhadores contribuíssem para um seguro social denominado de “esquema seguro-doença” — o verdadeiro desenvolvimento das políticas de saúde só se viria a concretizar após a II Guerra Mundial com o estabelecimento dos sistemas de cobertura universais. Nesse sentido, o primeiro serviço nacional de saúde surge em 1948, em Inglaterra, na sequência dos conhecidos relatórios de Beveridge (Rocha, 2010). O SNS Inglês (NHS - *National Health Service*) foi uma das principais conquistas do Estado Providência, constituindo um importante passo para a melhoria das condições de vida da sociedade e o conseqüente desenvolvimento económico.

Por sua vez, o reconhecimento da saúde enquanto direito surge na sequência da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Artigo 25), onde fica consagrado que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar” (ONU, 1948). Segundo Silva (2010, p.113) a intervenção pública no setor da saúde pode ser justificada de diversas formas, desde logo por se “considerar a saúde um bem social, não devendo por isso o acesso a cuidados de saúde depender da capacidade de pagar de cada um”, e ainda porque “uma população saudável permite uma

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

maior produção e riqueza (...) pelo que o financiamento público pode constituir um investimento com um retorno positivo”. Neste sentido, entendemos que o reconhecimento de um padrão de vida digno, suportado pelo princípio de que a saúde é um direito básico, se materializou com o Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS).

É no contexto da criação dos sistemas de saúde, enquanto uma das mais complexas políticas de saúde, que Moreira (2007, p. 18-19) refere que estas políticas podem ser apresentadas pelos responsáveis políticos de cinco formas distintas:

1. Como uma aspiração. Onde é apresentada à Nação uma intenção vaga e onde os objetivos são pouco precisos;
2. Como uma proposta. Onde são apresentados objetivos concretos, mas na maioria das vezes irrealistas;
3. Através de um programa. Quando é apresentado um programa de saúde bem definido, com princípio meio e fim;
4. Através de uma ação. A partir de uma realização única, formalmente planeada, anunciada e implementada (ex: quando se apresenta a construção de um novo centro de saúde);
5. Como um processo. No sentido de manutenção de uma determinada política de saúde a longo prazo, ao permanecer de um governo para outro.

A conceção de Estado Social, e a ideia de direito à saúde ultrapassaram fronteiras e desenvolveram diversas matrizes de sistemas de saúde no resto da Europa e nos EUA. Cada país foi progressivamente desenvolvendo o seu modelo de sistema de saúde, associado às suas características políticas, sociais, económicas e culturais. Não obstante, podemos considerar que os modelos de Bismarck e Beveridge estiveram na base de todos os diferentes sistemas (Simões, 2009). A matriz ideológica de cada sistema é pautada pelo tipo de modelo adotado (Bismarckiano ou Beveridgiano).

Com efeito, no modelo de Bismarck há uma maior tendência de aproximação aos valores de mercado e de maior preponderância do setor privado, enquanto no modelo de Beveridge o Estado mantém-se como principal ator dentro do sistema, ainda que introduza diversas medidas para a modernização da administração pública (Simões, 2009) (tabela 1).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Tabela 1 - Modelos base de sistemas de saúde

Modelo	Características Principais	Países
Bismarck	- Contribuições obrigatórias de empregadores e de trabalhadores. - Rendimento de cada contribuinte. - A base de prestação é um sistema de seguro social	- Alemanha, Áustria, França, Holanda e Bélgica
Beveridge	- Financiamento baseado nos impostos. - A base da prestação de cuidados assenta num modelo de SNS	- Portugal, Espanha, Reino Unido.

Fonte: OECD (2001). Adaptado por Fernandes (2015). Adaptado.

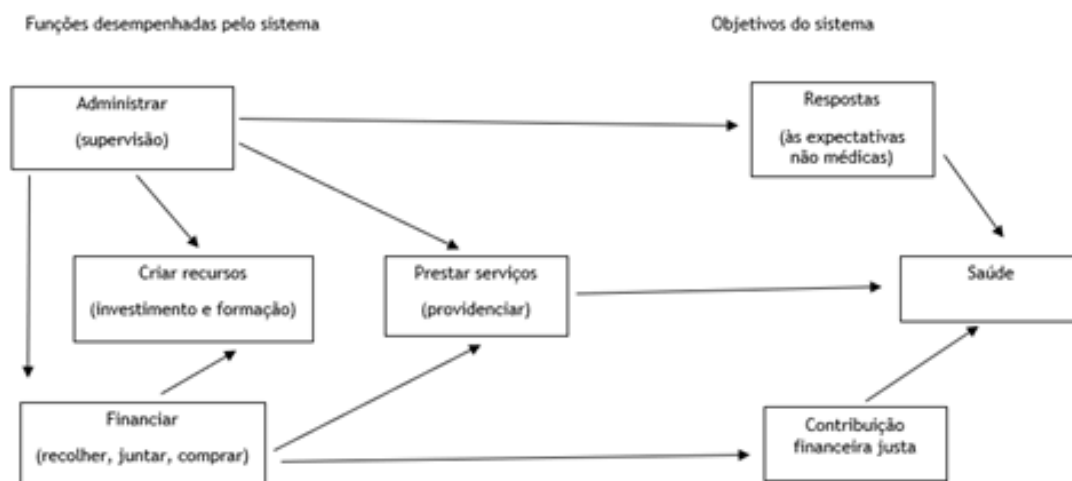
Nesta medida, podemos considerar que os sistemas de saúde correspondem a um conjunto de regras e de atividades pelas quais os prestadores de cuidados saúde se regem, com o intuito de promover ganhos na saúde dos cidadãos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000, p. 5) os sistemas de saúde correspondem a “um conjunto de atividades com o principal propósito de promover, restaurar ou manter a saúde”. Com efeito, as prioridades dos sistemas de saúde variam de país para país, sendo que o Plano de Saúde de cada país estabelece as prioridades, os prazos e os programas adequados a cada realidade (Ribeiro, 2009).

Claus Wendt (2009) refere que a classificação atribuída aos sistemas de saúde varia consoante a sua forma de financiamento. Neste seguimento, Burau & Blank (2006) consideram a existência de três tipos base de sistemas de saúde: Serviço Nacional de Saúde; Sistemas de Seguro Social; e Sistemas de Seguro Privado. Segundo os autores, o modelo de Serviço Nacional de Saúde (Beveridge) caracteriza-se pela sua cobertura universal, pelo financiamento por impostos e pela tutela pública e/ou controlo dos cuidados de saúde (casos de Inglaterra, Portugal e Suécia). Quanto ao modelo de Sistema de Seguro Social (Bismarck), caracteriza-se como sendo um modelo obrigatório, a cobertura universal faz parte de um sistema de segurança social e os cuidados são financiados por contribuições de empregadores e de trabalhadores (casos de Alemanha, Japão e Holanda). Por fim, os Sistemas de Seguro Privado são baseados no pagamento de seguros de saúde. Os cuidados de saúde são financiados pela contribuição individual dos trabalhadores e/ou dos empregadores, e estão predominantemente a cargo de entidades privadas de saúde (casos de Estados Unidos da América e Austrália).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Assim sendo, os objetivos primordiais dos sistemas de saúde prendem-se com três aspetos base, a saber: melhorar a saúde da população que servem; responder às expectativas dos cidadãos; e assegurar proteção financeira nos custos de doença (WHO, 2000). A figura 2 pretende relacionar as funções que os sistemas de saúde desempenham com os objetivos que estes pretendem atingir:

Figura 2- Relações entre funções e objetivos num sistema de saúde



Fonte: WHO (2000). Adaptado.

Capítulo 2. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Os últimos 50 anos foram marcados por profundas transformações políticas e sociais em Portugal. A transição do autoritarismo para a democracia, a passagem de um país de matriz imperialista para um país focado no projeto Europeu, a integração na União Monetária Europeia e a acelerada evolução científica e tecnológica influenciaram diversos setores da sociedade, entre eles o setor da Saúde.

A evolução verificada no sistema de saúde representa, em grande medida, um dos maiores sucessos da democracia em Portugal, tanto numa análise ao funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como no que diz respeito a modelos comparativos com outros modelos de acesso aos serviços de saúde. O projeto do SNS surge como uma resposta à necessidade de aumentar a cobertura e o acesso generalizado dos portugueses aos cuidados de saúde. Traduziu-se, incontestavelmente, em ganhos para a população a residir em Portugal, na melhoria dos indicadores como a esperança média de vida e na diminuição acentuada da taxa de mortalidade infantil, o que permitiu a Portugal se aproximar, ao nível destes indicadores, dos países mais desenvolvidos da Europa comunitária.

O presente capítulo percorre os 40 anos do SNS à luz dos acontecimentos políticos que influenciaram a sua organização, bem como reserva espaço para a abordagem e análise às especificidades do modelo adotado em Portugal. Recorremos a uma análise descritiva e explicativa das suas principais reformas, dos seus períodos de evolução e procurámos conceber uma caracterização da estrutura, da organização e do modo de funcionamento do sistema de saúde em Portugal.

2.1 Retrato do Sistema de Saúde em Portugal

O sistema de saúde português atravessou diversos períodos de evolução, tendo sido alvo de inúmeras reformas estruturais que moldaram a sua base de funcionamento. Uma das características principais refere-se à sua diversidade (Barros, 2013), num modelo multidisciplinar e a originar diferentes modos de funcionamento. O sistema é composto na sua essência pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por diversos outros agentes institucionais como as companhias de seguros (seguros privados voluntários) e os subsistemas de saúde (atribuídos a diversos profissionais pelas suas empresas, grupos de empresas ou o pelo Estado) (Barros, 2013).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Segundo a ERS (2011) o sistema de saúde português é passível de ser analisado a partir de dois aspetos, o do financiamento e o da prestação de cuidados de saúde:

“Na perspetiva financiamento é possível distinguir o SNS financiador, os subsistemas públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o financiamento privado dos cuidados de saúde. Na perspetiva prestação, identificam-se as situações de prestação pública (assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados para a sua realização) e de prestação social ou privada (as quais podem surgir enquadradas por qualquer forma de financiamento dos cuidados de saúde). Nesse sentido, os utentes podem beneficiar de um catálogo de direitos relativamente distinto em função da concreta forma de financiamento e/ou da prestação dos cuidados que esteja em causa”. (ERS, 2011, p. 10)

Em 1979, Portugal, estabeleceu constitucionalmente o acesso à saúde através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁵ que respeita os princípios de universalidade, generalidade e gratuidade tendencial (ERS, 2011). A Base XXIV, da Lei de Bases da Saúde de 1990, faz uma alusão às principais características do SNS:

- “a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.” (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

Assim, todos sem exceção passaram a ter “direito à proteção da saúde (...)”, e o Estado, por sua vez, passou a ter a responsabilidade de “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (Artigo 64.º da CRP, 1976). De um modo geral, o

⁵ Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

SNS é uma instituição que congrega diversas funções. É uma instituição pública financiada e gerida pelo Estado, que tem como função garantir o acesso aos cuidados de saúde a toda a população (Barros, 2013).

2.1.1 Organização e prestação de cuidados de saúde

Determinado pela Lei de Bases da Saúde⁶, o planeamento e a organização do sistema de saúde, e por sua vez do SNS, está centrado no Ministério da Saúde. O ministério compõe-se por diversas instituições com diferentes graus de dependência: umas sob administração direta do Ministério da Saúde; outras sob administração indireta do Ministério da Saúde; existem as entidades independentes; e existem as instituições com estatuto de entidades públicas empresariais (tabela 2).

Tabela 2- Organização e nível de dependência das entidades que compõem o Ministério da Saúde

Instituições que compõem o Ministério da Saúde	
Instituições sob administração direta do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none">● Secretaria Geral da Saúde (SG);● Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS);● Direção-Geral da Saúde (DGS);● Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD);
Instituições sob administração indireta do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none">● Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS);● Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED);● Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);● Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST);● Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE);● Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA);● Administrações Regionais de Saúde (ARS);● Hospitais do Setor Público Administrativo;
Instituições com estatuto de entidade pública empresarial (EPE)	<ul style="list-style-type: none">● Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS);● Unidades Locais de Saúde (ULS);● Centros Hospitalares e Hospitais EPE;
Instituições independentes do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none">● Conselho Nacional de Saúde (CNS);● Entidade Reguladora da Saúde (ERS);

Fonte: Simões et al. (2017). Adaptado.

Deste modo, a gestão do SNS é descentralizada, sendo feita a nível regional, através das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Existem 5 regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), cada uma delas tutelada por

⁶ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

uma ARS, que por sua vez é composta por um Conselho Diretivo que responde perante o Ministério da Saúde. Estas administrações têm como principais funções: a gestão estratégica da saúde da população; a gestão dos cuidados primários (centros de saúde do SNS); a supervisão dos hospitais; e garantem a implementação das políticas nacionais para a saúde. As ARS desempenham também a função de estabelecer contratos e protocolos com hospitais e com prestadores de cuidados de saúde privados a utilizadores do SNS. Quanto às suas responsabilidades financeiras, limitam-se aos cuidados primários dado que os orçamentos hospitalares são delimitados a nível central (pelo Ministério da Saúde) (Barros *et al.*, 2011).

Com a criação do SNS em 1979, a maioria das unidades de saúde que prestavam serviços em Portugal eram públicas, no entanto a oferta privada sempre existiu. Com a evolução das políticas no setor da saúde surgiram inevitavelmente alternativas ao setor público. A conjugação de medidas neoliberais que promoviam o mercado dos cuidados de saúde, no início da década de 80, aliada à introdução de medidas que se opunham a esta filosofia, no final da década de 90, transformaram o sistema de saúde português. Atualmente caracteriza-se como um sistema misto, organizado sob uma rede de prestadores públicos e privados (Simões *et al.*, 2017).

Segundo a ERS (2011), a prestação de cuidados de saúde é composta por três níveis, a saber: os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares (secundários) e os cuidados continuados (inclui cuidados paliativos).

Costa *et al.* (2013) refere que os cuidados de saúde primários “são a primeira e principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde”. Os CSP organizam-se em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), prestam os cuidados de saúde primários à população da zona geográfica que lhes é atribuída, e podem ser constituídos por Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (ERS, 2011).

Por sua vez, os cuidados hospitalares ou secundários têm como principal função a prestação de cuidados de saúde diferenciados (consultas de especialidade, cirurgias, internamentos, serviços de urgências). Estes tipos de cuidados são constituídos por Hospitais, por Centros Hospitalares (CH) e por Unidades Locais de Saúde (ULS) (ERS, 2011).

1) Os Hospitais públicos podem ter as seguintes consagrações jurídicas:

- Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), designados como entidades públicas que detêm personalidade jurídica, e possuem autonomia financeira e administrativa;

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

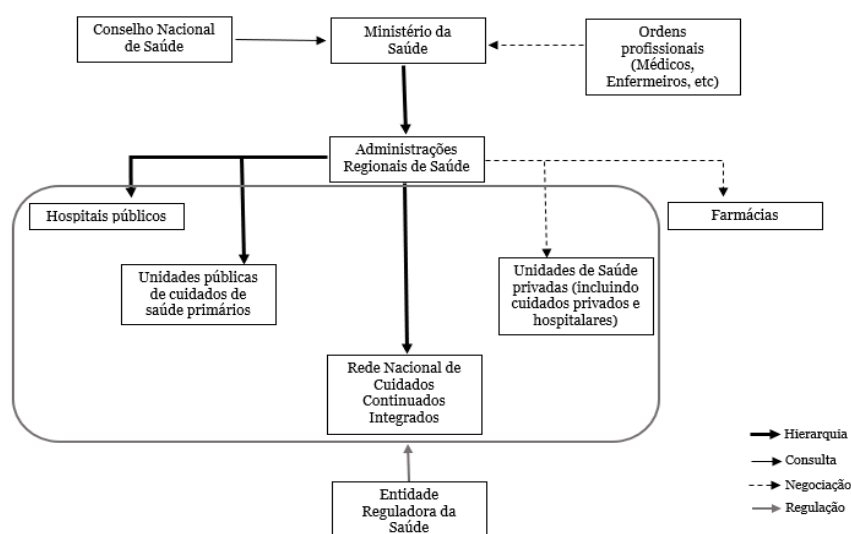
- Hospitais Sociedades Anónimas (SA), designados como sociedades anónimas cujo capital é totalmente público (na atualidade não existe nenhum);
- Hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE), definidos como estabelecimentos públicos, detentores de personalidade jurídica, administrativa, financeira e patrimonial de natureza empresarial;
- Hospitais em regime de parceria público-privada (PPP), definidos como entidades privadas, podendo ou não ter fins lucrativos, com os quais se estabelecem contratos (OPSS, 2005; Harfouche, 2012; ERS, 2011).

2) Os Centros Hospitalares, são uma modalidade organizativa hospitalar que recorre à fusão de hospitais e da sua respetiva gestão como forma de promover a cooperação e a eficiência (Vaz, 2010).

3) Quanto às ULS, surgiram a partir da necessidade de garantir uma melhor articulação entre prestadores públicos e privados e entre cuidados primários, hospitalares e continuados (Vaz, 2010).

Por último, no que diz respeito à organização dos cuidados continuados, encontram-se estruturados numa Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Como forma de responder às alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, esta rede foi criada com o propósito de prestar cuidados adaptados e centrados nas necessidades de indivíduos em situação de dependência profunda. Em parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, a RNCCI é tutelada pelo SNS e pelo Sistema de Segurança Social e organiza-se em Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (UMCCI, 2011).

Figura 3- Esquema global do sistema de saúde português

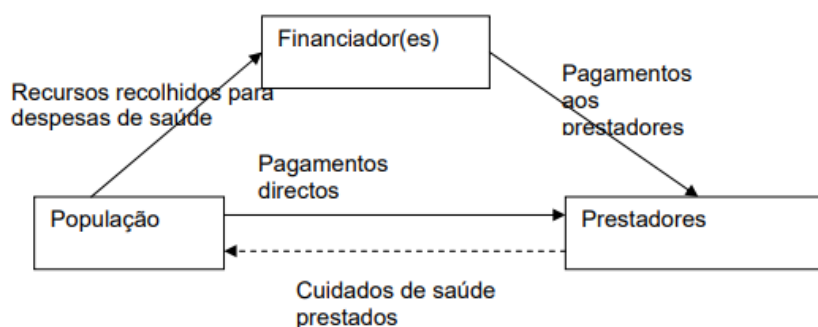


Fonte: Simões *et al.* (2017).

2.1.2 Financiamento e despesa (investimento) em saúde

O financiamento no setor da saúde corresponde à forma de captar recursos financeiros junto da sociedade de modo a cobrir as despesas em saúde. Traduz-se na circulação de fluxos entre a população, as entidades financiadoras e os prestadores de cuidados de saúde (figura 4) (Simões *et al.*, 2007).

Figura 4- Os fluxos financeiros no sistema de saúde



Fonte: Simões *et al.* (2007).

Em Portugal, o sistema de saúde caracteriza-se por uma combinação de fontes de financiamento públicas e privadas (Escoval *et al.*, 2016). O financiamento do SNS é feito por diversas vias: desde logo pelos impostos, que são aplicados de acordo com os rendimentos de cada indivíduo e que são canalizados para o Orçamento de Estado; pela despesa privada familiar, que corresponde ao montante que é despendido diretamente pelas famílias (*out of pocket*); pelos seguros privados e sociais; e pelos subsistemas de saúde públicos e privados (Simões *et al.*, 2007; Baganha *et al.*, 2002).

Os subsistemas de saúde de base profissional podem ser definidos como entidades de carácter público ou privado, que por lei ou por contrato asseguram a prestação e/ou o financiamento de cuidados de saúde a um grupo específico de beneficiários (ERS, 2009). Estes subsistemas podem ser:

- Subsistemas públicos — que se caracterizam como entidades de natureza pública, criadas por lei e que compartilham financeiramente os seus utilizadores depois de lhes assegurarem a prestação de cuidados de saúde (normalmente na rede de prestadores privados de cuidados de saúde) Fazem parte deste lote os subsistemas ADSE, SAD/GNR, ADM, SSMJ, SAD/PSP;
- Subsistemas privados — que consistem em entidades de natureza privada que, através da celebração de contratos, asseguram a prestação e/ou o financiamento de

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

cuidados de saúde aos beneficiários que contribuem para eles através dos descontos nos seus vencimentos. Alguns dos subsistemas que compõem este grupo são: SAMS, PT-ACS, CTT – Correios de Portugal S.A. (ERS, 2009).

Este modelo de financiamento dá igualmente resposta a uma perspetiva assente na liberdade de escolha dos cidadãos (opção pelo acesso a soluções públicas ou privadas de saúde), bem como um modelo organizacional cooperativo, circular, interdependente, capaz de dar resposta a situações de maior crise ao nível do volume de doenças.

A Lei de Bases da Saúde é explícita quando refere que “o financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado (...)” (Base 23 ponto 1 da Lei de Bases da Saúde, 2019). No entanto, segundo Simões *et al.* (2017) a fatia de financiamento proveniente do O.E. atribuída ao SNS é habitualmente insuficiente, uma vez que a quantia gasta ultrapassa o valor que é estabelecido num momento inicial (crónica suborçamentação). Para além dos orçamentos reconhecidamente insuficientes, o financiamento do SNS caracteriza-se ainda pela coexistência de défices acumulados e pela quase ausência de instrumentos de gestão e responsabilização com capacidade para alterar esta situação (OPSS, 2001).

No que diz respeito aos pagamentos diretos, nos últimos anos tem-se assistido a um aumento na partilha de custos nos cuidados de saúde. Esta tendência justifica-se pela necessidade de alertar e consciencializar os usuários para os custos reais dos serviços. A partilha de custos ocorre por diversos meios tais como: taxas moderadoras no âmbito do SNS (que são aplicadas tanto em unidades do setor público como do setor privado); pagamentos a prestadores privados na prestação de serviços médicos, serviços de enfermagem e serviços de paramédicos; pagamentos decorrentes da compra de aparelhos e materiais terapêuticos; pagamentos efetuados na compra de medicamentos (quer sejam ou não participados). O copagamento a cargo dos consumidores é, normalmente, mais baixo que o custo real do serviço prestado (Simões *et al.*, 2017).

2.1.3 Recursos físicos e humanos

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2020) referentes a 2018, Portugal contava na sua rede hospitalar com 230 hospitais, sendo que 107 seriam hospitais públicos (101 de acesso universal e 6 prisionais ou militares), 119 hospitais privados e os restantes 4 encontravam-se em regime de PPP.

Quanto ao número de camas, em 2017, existiam 34 953 camas disponíveis, das quais 68,8% se encontravam em hospitais públicos ou em regime de Parcerias Público-Privadas (PPP), e as restantes em hospitais privados (10 903 camas). Verificamos que

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

em relação ao número de camas existente no ano anterior (35 300 camas) houve um ligeiro decréscimo, que acompanha a tendência de descida dos últimos anos (INE, 2019).

No que diz respeito aos recursos humanos, de acordo com o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde - 2018, contabilizam-se mais de 135 mil trabalhadores ligados às entidades que compõem o Ministério da Saúde, sendo este o segundo maior empregador da administração pública. De entre as cinco regiões de saúde que servem o território português verifica-se uma clara discrepância entre o número de trabalhadores das ARS de Lisboa e Vale do Tejo e ARS Norte e as restantes ARS, contando as duas em conjunto com cerca de 70% do total de trabalhadores (Ministério da Saúde, 2019) (este aspeto é determinante para a análise do modelo de resposta do SNS, sendo um efeito da “litoralização do país”, com a forte concentração populacional nestas regiões).

Os grupos de profissionais de maior dimensão são os médicos e enfermeiros, fixando-se o número de médicos em 29 291 e o número de enfermeiros em 44 932 (2018). No geral, o número de trabalhadores tem aumentado progressivamente, verificando-se em 2018 um reforço de cerca de 3400 novos profissionais face ao ano anterior. O aumento do número de enfermeiros foi o mais significativo, registando-se um aumento de mais de 1400 profissionais nesta área. O número de médicos também aumentou, no entanto, o mesmo relatório refere que por razões de ordem estrutural este número é ainda insuficiente para garantir a cobertura adequada dos cuidados de saúde, principalmente nas zonas de maior periferia. Na tabela 3 é possível visualizar o número de trabalhadores distribuídos pelos diversos grupos profissionais em 2018.

Tabela 3- Trabalhadores por grupo profissional em 2018

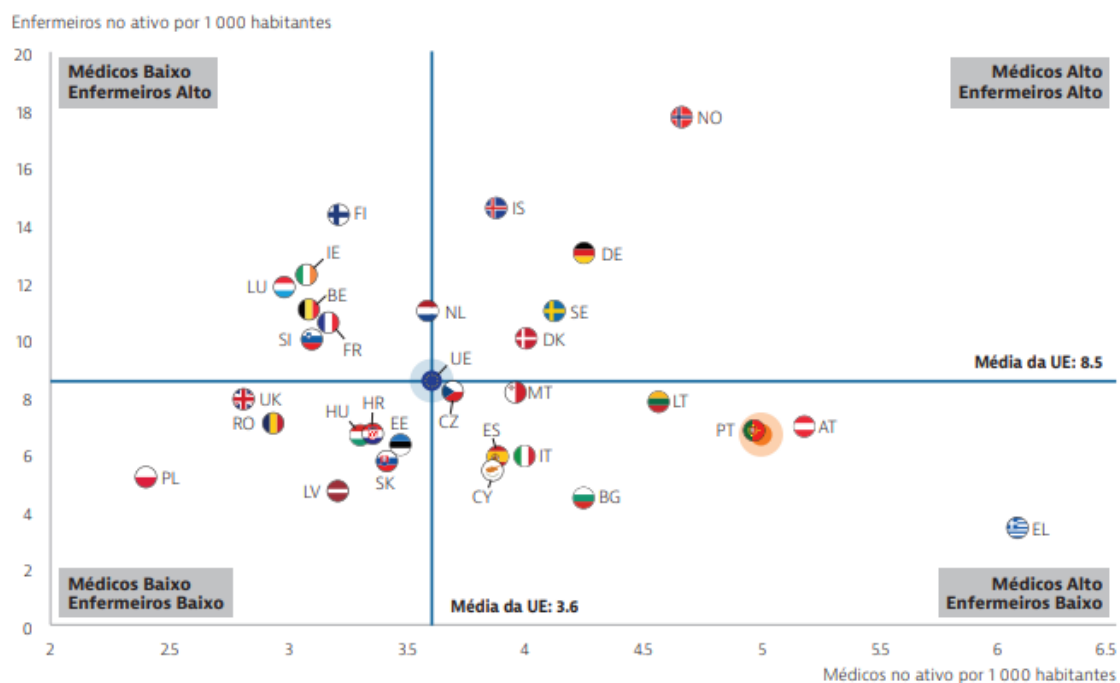
<i>Grupo de profissionais</i>	<i>Número de trabalhadores</i>	<i>%</i>
<i>Médicos</i>	29 291	21,60%
<i>Enfermeiros</i>	44 932	33,20%
<i>Técnicos Superiores de Saúde + Farmacêuticos</i>	1 777	1,30%
<i>Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica</i>	8 568	6,30%
<i>Assistentes Técnicos</i>	16 580	12,20%
<i>Assistentes Operacionais</i>	26 740	19,70%
<i>Técnicos Superiores Informáticos</i>	4 386	3,20%
<i>Outros</i>	620	0,50%
<i>Total</i>	2 507	1,90%
	135 401	100,0 %

Fonte: Ministério da Saúde (2019). Adaptado.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

De acordo com o relatório “*State of Health in the EU – Portugal – Perfil de Saúde do País 2019*”, desde 2000 que o número de médicos e enfermeiros tem vindo a aumentar, sendo que em 2017 existiam 5 médicos habilitados para cada mil habitantes, um número superior à média da UE 28 que se situa nos 3,6 médicos por cada mil habitantes. No entanto, este valor é subestimado dado que os valores em Portugal dizem respeito a todos os médicos habilitados quer ainda exerçam ou não a profissão (gráfico 1). Quanto ao número de enfermeiros a média em Portugal é de 6,7 por cada mil habitantes, muito abaixo da média Europeia que se situa nos 8,4 enfermeiros por cada mil habitantes (gráfico 1) (Comissão Europeia, 2019).

Gráfico 1- Número de médicos e enfermeiros por cada mil habitantes na UE (2017)



Nota: Em Portugal e na Grécia, os dados referem-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação do número de médicos em exercício (por exemplo, de cerca de 30 % em Portugal). Na Áustria e na Grécia, o número de enfermeiros está subestimado, uma vez que inclui apenas os que trabalham em meio hospitalar.

Fonte: Comissão Europeia (2019).

Por último, dado o contexto atual onde a generalidade da população tem fácil acesso aos novos meios tecnológicos, é importante realçar os progressos no que toca a *eHealth*, desde logo com a criação do Portal do SNS em 2016. Este portal tem como principais objetivos informar os utilizadores, reduzir tempos de espera de utentes para cirurgias, reduzir os tempos de espera nos serviços de urgências, nas consultas nos hospitais e centros de saúde, e melhorar o desempenho geral do Ministério da Saúde (Simões et al., 2017). O SNS conta com outras plataformas e serviços à distância cujo

objetivo é melhorar a prestação de cuidados de saúde e diminuir a procura inapropriada dos mesmos como é o caso da linha telefónica SNS 24 e ainda da aplicação MySNS.

2.2 Evolução político-legal do SNS e os impactos na saúde dos portugueses

Nas últimas décadas, como referimos, foram diversos os fatores que moldaram o sistema de saúde que hoje conhecemos em Portugal. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, foi o marco orientador das políticas públicas em saúde que daí se seguiram, sendo que Pires (2015, p. 225) considera o setor da Saúde “um espelho privilegiado das correntes ideológicas e políticas dos respetivos Estados-nação por motivos essencialmente ético-normativos e económico-financeiros”. Segundo o mesmo, ao longo das últimas décadas, o sistema de saúde português atravessou várias mudanças que refletem o consenso entre os diferentes grupos de interesses económico-financeiros, apoiados pelos diferentes governos constitucionais (Pires, 2015). Consideramos, por isso, que as mudanças ocorridas na “agenda política da saúde de um ciclo para outro (...) correspondem a pontos de vista, valores ou interesses que caracterizam a base política e sociológica que legitima a governação” (OPSS, 2002, p.32). Partindo destes pressupostos, e observando as últimas décadas, é perceptível que os diferentes contextos políticos vão alterando a relação entre os atores institucionais que compõem o sistema de saúde — o Estado, o setor social e o setor privado —, daí a importância de analisarmos os programas de governo, os programas eleitorais e o cunho ideológico para compreender o delinear das políticas de saúde ao longo do tempo.

Nesse sentido, diversos autores têm tentado balizar os períodos e os ciclos de desenvolvimento do sistema de saúde português, ainda que sem um consenso generalizado. Todavia, entendemos que o recurso a uma divisão temporal das políticas de saúde facilita a análise e a compreensão dos acontecimentos que marcaram a evolução do sistema de saúde em geral, e do SNS em particular. Para esse efeito, Simões & Fronteira (2019) identificam oito períodos ou ciclos de evolução e desenvolvimento do SNS, a partir dos quais nos iremos orientar, a saber: 1º ciclo “fase otimista e de criação normativa do SNS” (1974-1980); 2º ciclo “recuo dos princípios socialistas” (1980-1985); 3º ciclo “aproximação à ideologia de mercado” (1985-1995); 4º ciclo “o retomar do SNS” (1995-2002); 5º ciclo “a procura da eficiência” (2002-2005); 6º ciclo “a eficiência do SNS” (2005-2011); 7º ciclo “a crise na saúde” (2011-2016); 8º ciclo “um novo SNS” (2016- atualidade).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

O primeiro ciclo (1974-1980) é marcado pelo advento da democracia e pela revolução de abril de 1974, sendo que neste contexto revolucionário surgem as primeiras medidas com vista à criação do SNS nos moldes que temos atualmente. Importa, no entanto, referir que antes deste período existia já uma estrutura nacional de acesso à saúde. O modelo de sistema de saúde que vigorava até 1974 apresentava as seguintes características: baixa cobertura da população (58%) por esquemas de saúde públicos ou setoriais de base ocupacional (Caixas de providência para trabalhadores por conta de outrem, ADSE para funcionários públicos e outros subsistemas de saúde ligados à profissão exercida); dificuldades na acessibilidade explicadas pela concentração de hospitais de melhor qualidade nas zonas litorais, bem como de uma maior quantidade de profissionais de saúde nesses locais (60% da população da população dispunha de 20% dos médicos); dispersão de propriedade e de controlo sobre as instituições prestadoras de cuidados de saúde entre o Estado e as Misericórdias; sistema com falhas de articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares que conduzia à dispersão de meios e de recursos; sistema de saúde sem qualquer tipo de articulação com o sistema social, o que levava ao mau funcionamento de ambos; inexistência de políticas no âmbito do planeamento estratégico e da gestão de recursos humanos na Saúde; os gastos públicos em Saúde em meados da década de 1970 situava-se nos 2,9% do PIB, enquanto os gastos privados se situavam em 1,4% do PIB (Campos & Simões, 2014).

O primeiro período, iniciado em 1974 e descrito parcialmente no enquadramento teórico, ficou marcado pelo otimismo da transição democrática e pela crescente implementação de políticas sociais no país. A reforma de Gonçalves Ferreira, em 1971, estabeleceu as bases dos cuidados de saúde primários e foi o ponto de partida para o estabelecimento do futuro SNS. Posteriormente, a entrada em vigor da constituição de 1976 atribuiu ao Estado um maior controlo sobre as políticas de saúde e consagrou diversas políticas sociais como, por exemplo, o reconhecimento generalizado do direito à proteção da saúde (Sousa, 2009).

A 15 de setembro de 1979 o Serviço Nacional de Saúde (SNS) teve a sua consagração jurídica. A criação do SNS permitiu materializar de forma definitiva os princípios basilares inscritos na Constituição de 1976. De facto, “o SNS deu consciência aos portugueses da garantia constitucional de um dos seus direitos sociais mais relevantes, hoje gravado na memória coletiva como uma das grandes conquistas do regime democrático” (Arnaut, 2009, p. 113). A Lei do SNS⁷ garantia, nos termos da constituição, a universalidade, a generalidade e a gratuitidade (inicial) na prestação de cuidados de saúde.

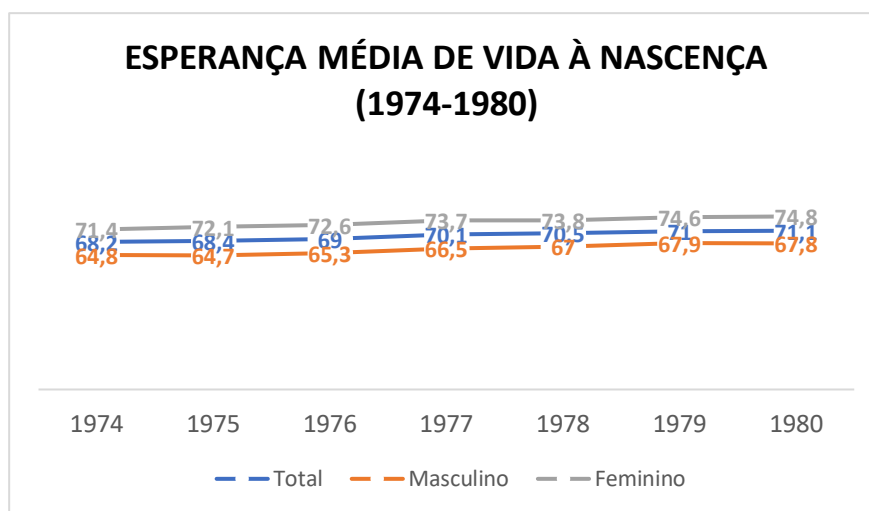
⁷ Lei n.º 56/79, 15 de setembro de 1979.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

O estabelecimento do SNS foi gradual, e em boa verdade demorou aproximadamente uma década até que fossem implementados todos os seus componentes fundamentais, motivo pelo qual o serviço apresentava uma organização débil (Baganha et al., 2002). A palavra fragilidade é a que melhor define o sistema na sua fase inicial, contudo são inegáveis os progressos verificados nos primeiros anos de funcionamento do SNS, quer do ponto de vista estrutural, quer do ponto de vista dos cuidados de saúde disponibilizados.

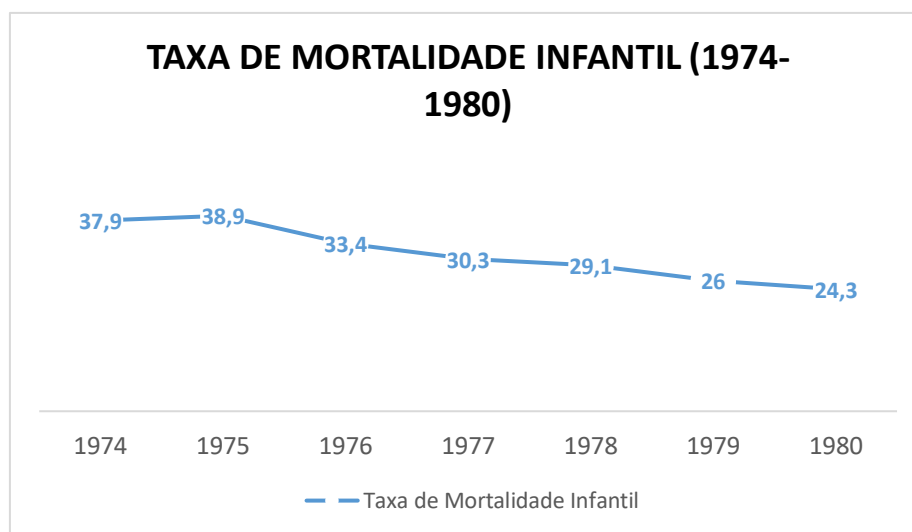
O período entre 1974 e 1980 é marcado por importantes mudanças políticas, económicas e sociais em Portugal, sendo que numa fase inicial se verificou uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde e posteriormente essa melhoria refletiu-se nos principais indicadores de saúde dos Portugueses. Quando se estudam os resultados observados durante este período é possível verificar que a partir de 1978 a totalidade da população já tinha acesso a cuidados de saúde — através do “despacho Arnaut” que, como já havíamos referido, estabeleceu a universalidade de acesso independentemente da condição económica e social. A esperança média de vida à nascença aumentou de 68,7 para 71,5 anos, e a taxa de mortalidade infantil decresceu substancialmente, passando de 37,9 mortes por 1000 nados vivos em 1974, para 24,3 em 1980 (gráficos 2 e 3).

Gráfico 2- Evolução da esperança média de vida à nascença entre 1974 e 1980



Fonte: PORDATA, 2019. Gráfico do autor.

Gráfico 3- Evolução da taxa de mortalidade infantil entre 1974 e 1980



Fonte: PORDATA (2019). Gráfico do autor.

Esta fase ficou marcada pela proeminência do papel do Estado no sistema de saúde. Exemplo disso, o da crescente “nacionalização” de hospitais desde 1975, que anteriormente eram gerido pelas Misericórdias e que agora passavam a integrar a rede pública hospitalar (Vaz, 2010). O controlo estatal sobre o sistema de saúde neste período é evidente e confinou o setor privado e social a um papel secundário.

O segundo período (recuo dos princípios socialistas – 1980-1985) é marcado pela ascensão progressiva, um pouco por todo o mundo, do neoliberalismo. Com ele emergiram as reformas do setor público administrativo, a que se deu o nome de *New Public Management* (NPM). As reformas da NPM tinham como principal objetivo político responder à ineficácia do setor público. A convicção era a de que os serviços públicos deveriam ser geridos da mesma forma que o setor privado, de modo a conter os seus custos e a melhorar o seu desempenho (Harfouche, 2012). O seguinte modelo administrativo privilegiava o princípio de mercado em detrimento do Estado e dos seus programas sociais, assistenciais e solidários (Estanque, 2017). Esta ideologia teve repercussões, verificando-se mundialmente um certo recuo do Estado-Providência e uma crescente aposta na iniciativa privada.

Seguindo os preceitos ideológicos do novo modelo de gestão, que privilegiava a sustentabilidade financeira do SNS, colocou-se a hipótese de extinção do mesmo. Contudo, a revisão constitucional de 1982 não alterou o seu princípio fundamental: a criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e gratuito⁸ (Ferrinho *et al.*,

⁸ N.º 2 do Artigo 64.º, Diário da República n.º 86/1976, Série I de 10 de abril de 1976.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

2013). As obrigações constitucionais impuseram, também, alguns limites à extinção do SNS. No Acórdão n.º 38/84, o Tribunal Constitucional considerou inconstitucional o diploma que pretendia extinguir o SNS (Novais, 2010).

No cômputo geral, este foi um período onde se investiu menos em saúde, onde o Estado diminuiu os seus gastos e onde, em sentido oposto, os particulares os aumentaram. Os gastos públicos registaram decréscimos de 7,5%, contrastando com os gastos privados que aumentaram cerca de 45% (Baganha *et al.*, 2002). Esta situação evidencia uma posição política de afastamento da responsabilidade de financiamento da Saúde por parte do Estado que, por sua vez, vai estar na origem da expansão do setor privado no período seguinte.

O terceiro período (aproximação à ideologia de mercado – 1985-1995) é marcado por alguma estabilização da vida política nacional, com as primeiras maiorias absolutas registadas e com a concretização dos primeiros governos constitucionais a cumprir a totalidade do mandato previsto. Neste ciclo, e ultrapassado o governo de Bloco Central entre PS e PSD (1983-1985), deu-se início a um período liderado por Cavaco Silva, Primeiro-ministro entre 1985 e 1995. Durante este período assistiu-se a um processo de reversão de algumas das políticas “estatizantes” do sistema de saúde. Verificou-se uma aproximação à ideologia de mercado, ou seja, à formação de políticas públicas que promovessem a “constituição, expansão ou mesmo reconstituição (...) de agentes sociais privados que com fins lucrativos ou outros possam assegurar a produção privada de bens e serviços de saúde” (Santos, 1987, p. 56). O papel do Estado enquanto prestador e financiador único de cuidados de saúde foi perdendo preponderância, sendo progressivamente substituído pelo setor privado e associativo (subsidiado pelo Estado) (Branco, 2017).

À semelhança da revisão constitucional de 1982, a revisão de 1989 trouxe mudanças que deixavam antever a possibilidade de abandono definitivo de alguns dos ideais base do SNS. Inicialmente, o artigo 64.^o da Constituição da República Portuguesa consagrava a universalidade do direito à proteção da saúde, considerando que esse direito seria “realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Todavia, a revisão constitucional de 1989 viria a abandonar um destes princípios fundamentais, o da gratuidade. O SNS passaria então a designar-se como “serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Simões & Dias, 2010, p.180). Esta mudança abria portas à introdução do princípio da economia de mercado no domínio do SNS, através da possibilidade de introdução de taxas moderadoras no acesso aos

⁹ Artigo 64.º, Diário da República n.º 86/1976, Série I de 10 abril de 1976.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

cuidados de saúde e na comparticipação de medicamentos, que por sua vez se iriam traduzir num aumento substancial dos encargos financeiros sobre as famílias (Crisóstomo, 2016).

Aliado às alterações impostas pela revisão constitucional, outro acontecimento veio reforçar a intenção de alterar a filosofia do SNS em Portugal. A entrada em vigor da Lei de Bases da Saúde de 1990¹⁰ introduziu significativas alterações no modo de funcionamento do sistema de saúde, desde logo por reconhecer que para além do SNS também as entidades privadas e os profissionais liberais (com contratos com o SNS) são parte integrante do mesmo (Número 1 da Base XII, 1990). No seguimento das alterações promovidas pela Lei de Bases, consagra-se a possibilidade de gestão empresarial de hospitais e centros de saúde do SNS (Número 2 da Base XXXVI, 1990) e fica estabelecido o princípio de cooperação entre setor público e privado no que diz respeito a profissionais de saúde, na medida em que passa a ser facilitada a sua mobilidade entre os setores com o intuito de satisfazer mais eficazmente as necessidades de cobertura do território (Número 2 da Base XV, 1990). O último ponto em que se evidencia o claro incentivo por parte do Estado ao setor privado remete para o N.º 1 da Base XXXVII, que admite o apoio ao “(...) desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público”, apoio esse que se traduz “(...) na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde” (Número 2 da Base XXXVII, 1990). Estas alterações redefiniram por completo o papel do Estado, deixando este de ser o único responsável pelos cuidados de saúde. A celebração de acordos com entidades privadas repartia a responsabilidade na prestação dos cuidados de saúde — entre setor público e setor privado — ao mesmo tempo que atribuía ao Estado uma função fiscalizadora das atividades dos privados (Lima, 2015).

Com o propósito de regulamentar a Lei de Bases da Saúde, foi essencial a aprovação de um novo Estatuto do SNS¹¹, que vinha inevitavelmente reforçar a importância do setor privado. Como explica Campos (2001), o novo Estatuto, aprovado em 1993, estabelecia a separação entre serviço e sistema. Segundo o mesmo, o SNS é um integrante do sistema de saúde, mas não é o único com o dever de assegurar os cuidados de saúde, sendo que as entidades privadas também têm um papel determinante nesse sentido. Como completa Varela (2016, p.118), o objetivo passava por “concretizar a separação do SNS enquanto financiador e enquanto prestador, condição necessária para

¹⁰ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990.

¹¹ Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro de 1993.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

o estabelecimento do mercado dos cuidados de saúde”. Com o Estatuto do SNS foram criadas as 5 Administrações Regionais de Saúde atuais (ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve), com o intuito de dar uma resposta às crescentes exigências da população em termos de qualidade, proximidade e prontidão de resposta dos cuidados de saúde (Decreto-Lei no 11/93 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde, 1993).

Esta é uma fase de redefinição da natureza política do sistema de saúde português. O sistema passou a ser constituído por “três sistemas articulados: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); os subsistemas de saúde públicos de apoio; e as entidades privadas com acordos com o SNS”, configurando-se como um sistema misto (Lima, 2015, p. 5). Paradoxalmente, e apesar das diversas medidas de incentivo ao crescimento de entidades privadas, este período registou um importante aumento da despesa pública no setor, aumentando os seus gastos de 3,3% para 5,5% do PIB, representando um aumento de cerca de 66%. O aumento da despesa privada não atingiu os 10%, o que significa que o Estado foi quem mais aumentou os financiamentos em saúde, contrariamente ao que tinha ocorrido no período anterior (1980 - 1985) (Simões & Fronteira, 2019).

Na quarta fase (o retornar do SNS – 1995-2002), correspondente aos governos do Partido Socialista (PS) liderados por António Guterres, o posicionamento do Estado quanto à sua função dentro do sistema de saúde foi um pouco oscilante. Em determinadas ocasiões verificou-se um abandono progressivo do princípio de “mais mercado”, observando-se o retomar ideológico de investimento no potencial do SNS — ideologicamente a estratégia defendida durante parte deste período centrou-se em travar o afastamento do Estado da área da saúde que se tinha intensificado no período anterior (Ferrinho et al., 2013). Não obstante, é também durante esta época que se desenvolvem as primeiras experiências de gestão privada de hospitais públicos, com o objetivo de melhorar a organização e a eficiência dos mesmos. A primeira ocorre logo em 1995, com a atribuição da concessão de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) a um grupo empresarial (José de Mello Saúde) (Domingues, 2019).

Entre 1996 e 1999 foi desenvolvida uma estratégia que pretendia potenciar os ganhos em saúde e desenvolver as estruturas de prestação de cuidados de saúde. Para tal, em 1996, o Conselho de Ministros decide criar o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES)¹². Este conselho tinha como principal objetivo o estudo e a apresentação de propostas com vista à reforma do setor da saúde. A criação do CRES exprime a “necessidade de uma reforma estrutural na saúde”, reconhecendo “a necessidade de preparar propostas fundamentadas para este efeito, mas também a de assegurar uma

¹² Resolução n.º 13/96 do Conselho de Ministros.

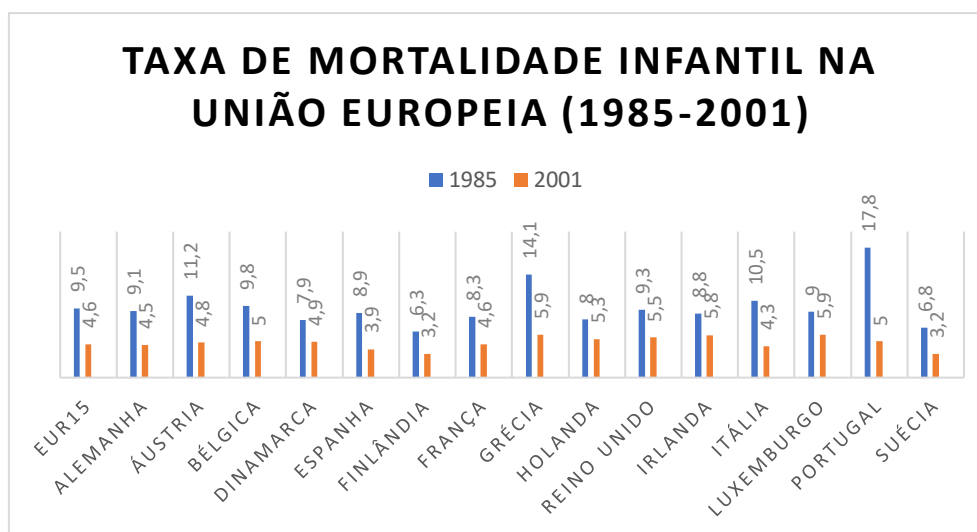
O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

ampla base de reflexão, cooperação e apoio na configuração e implementação da reforma” (Sakellarides, 2000, p.30). O trabalho do CRES foi essencial para que em 1997 o Ministério da Saúde apresentasse o documento “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)”. Documento este que, depois de revisto em 1999, delineava os principais objetivos e metas para a “nova política” de aposta e fortalecimento do setor público no sistema de saúde (Simões & Dias, 2010).

O grande objetivo durante este período passava por melhorar a administração pública na saúde (relativamente a recursos humanos e financeiros), através da introdução dos princípios de gestão empresarial no setor público. Seleccionámos, por isso, as três alterações mais relevantes: a introdução experimental de um regime remuneratório baseado no desempenho profissional, pretendendo aumentar a produtividade e a satisfação; a criação de agências de contratualização na esfera das administrações regionais, com o principal objetivo de desconcentrar o máximo possível o controlo das unidades de saúde; e a criação de um *tertium genus* na gestão hospitalar por meio da publicação de novos estatutos jurídicos para os hospitais, através da aplicação de regras privadas na gestão de recursos humanos e na aquisição de bens e de serviços. O Hospital de Santa Maria da Feira foi o primeiro a usufruir do novo estatuto, seguindo-se a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio (Lima, 2015).

No que concerne aos ganhos em saúde, verifica-se que a melhoria geral não resulta apenas do esforço do setor da saúde. Estes refletem também a melhoria verificada nos indicadores socioeconómicos (DGS, 2002). De um modo geral, o progresso verificado no crescimento da economia, aliado a uma melhoria generalizada dos índices de emprego, de formação e de combate à pobreza, influenciaram positivamente os indicadores de saúde (OPSS, 2002). Entre os vários progressos que se sucederam, um dos mais significativos ocorreu na diminuição da taxa de mortalidade infantil. Entre 1985 e 2001, Portugal foi o país membro da União Europeia (UE) que registou a variação de descida mais acentuada, na ordem dos - 71%, situando-se, ainda assim, ligeiramente acima da média europeia (gráfico 4).

Gráfico 4- Evolução da taxa de mortalidade infantil na Europa entre 1985 e 2001



Fonte: INE (2003). Gráfico do autor.

O período que se inicia em 2002 (a procura da eficiência – 2002-2005), corresponde ao governo de coligação centro-direita, composto pelo PSD e pelo CDS-PP. O contexto de retração económica vivido na Europa teve, também, repercussões a nível interno. O país viu-se obrigado a concretizar diversas medidas com o propósito de controlar a despesa pública. Entre os alvos desse controlo estava o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que apresentava problemas de défice há já largos anos (OPSS, 2003). Neste contexto, a linha política adotada pretendia alcançar uma maior eficiência dos serviços de saúde, através da conceção de um sistema de complementaridade entre setor público, setor social e setor privado (caráter misto). O “novo Serviço Nacional de Saúde” preconizava a cooperação e a articulação em rede de cuidados primários, de cuidados hospitalares e de cuidados continuados entre setor público, privado e social (Ferrinho et al., 2013).

O processo de formação do “novo SNS” iniciou-se a 7 de março de 2002, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. Em traços gerais, o documento produzido estabelecia a estratégia de identificação de unidades hospitalares a transformar em hospitais-empresa (Campos, 2003). No seguimento desta nova “conceção de SNS”, a 8 de novembro de 2002 é aprovado o novo regime jurídico de gestão hospitalar, através da primeira, e única, alteração feita à Lei de Bases da Saúde¹³

¹³ Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

— as alterações incidiam sobre as Bases XXXI, XXXIII e XXXVI da Lei de Bases de 1990. A Lei n.º 27/2002, também conhecida como Lei da Gestão Hospitalar, tinha como principal objetivo desenvolver a empresarialização hospitalar, através da possibilidade de criação de unidades de saúde com o carácter de sociedades anónimas de capitais públicos (SA).

É na sequência das alterações à Lei de Bases da Saúde que o Governo avança para a já antecipada reforma estrutural no setor da saúde, mais especificamente na gestão hospitalar. Entre 2002 e 2003, são regulamentados pelo Governo os hospitais do setor público administrativo (SPA) e os hospitais sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA), sendo que se procedeu à empresarialização de 34 hospitais da rede pública hospitalar (Simões & Dias, 2010). Barros (2004), explica que a reforma hospitalar se caracterizou como sendo de natureza “*mixed bang*”, dado que as alterações ao modo de funcionamento só ocorreram em sensivelmente um terço dos hospitais que compunham a rede pública hospitalar, não fazendo sentido considerá-la do tipo “*big bang*” nem do tipo gradual. O tipo “*big bang*” implicaria que a mudança tivesse ocorrido de forma rápida e imediata em todas as unidades hospitalares e não apenas em parte delas, enquanto a reforma gradual pressupunha uma mudança progressiva, que poderia resultar num congelamento e num obstáculo à mudança, contrariamente às significativas alterações que se verificaram na rede hospitalar (Barros, 2004). O caminho intermédio adotado — o tipo “*mixed bang*” — através da distinção que fez entre os hospitais-empresa (SA) e os hospitais do setor público administrativo (SPA), permitiu uma série de benefícios. Entre eles, podemos destacar o facto de passar a haver um termo de comparação entre gestão totalmente pública e gestão privada de hospitais públicos, incentivando dessa forma a competitividade entre os dois modelos e o consequente aumento da produtividade e da eficiência da rede hospitalar. A evolução do Setor Empresarial do Estado (SEE) permitiu uma aproximação de alguns hospitais públicos à realidade empresarial, intensificando a crescente separação do SNS enquanto financiador e enquanto prestador de cuidados de saúde (OPSS, 2004).

Seguindo a linha orientadora de cooperação entre setores, ainda em 2002 arranca a que ficou conhecida como primeira vaga de parcerias público-privadas (PPP), através da publicação do Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto, onde são revogados e adaptados alguns pontos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que impediam este tipo de parcerias (Barros, 2010). Os concursos para a construção de vários hospitais em regime de parceria público-privada foram anunciados em 2004 (Simões & Dias, 2010).

Na perspetiva de Ferreira (2004), as novas formas de mobilização do espírito empresarial aplicadas à missão social das organizações públicas levaram a uma mudança do papel do Estado. No seu entender, a empresarialização leva a um afastamento do

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

envolvimento direto do Estado no que diz respeito à prestação de cuidados, à gestão e ao seu planeamento a nível micro. Mas, em sentido oposto, a mesma autora refere que esta condição fortalece a sua posição no que diz respeito à regulação global do sistema, permitindo controlar o desempenho das instituições que compõem o sistema de saúde.

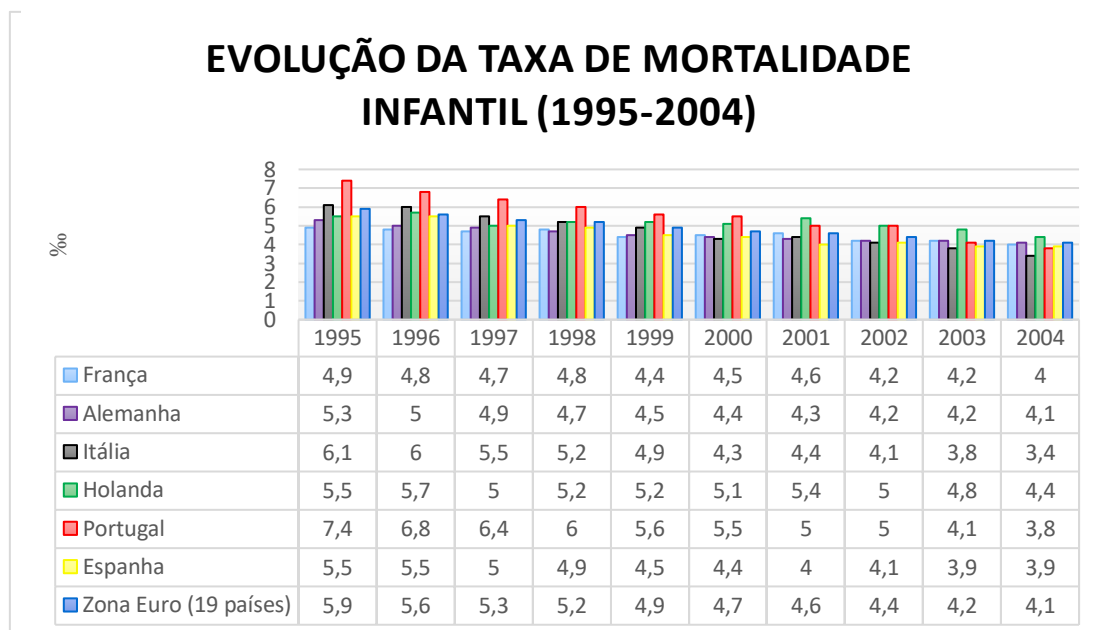
Em 2003, no seguimento da reforma hospitalar, é criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Criada a partir do reconhecimento da função de complementaridade do setor privado dentro do setor da saúde, a entidade tinha como principais objetivos: a supervisão de todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde (setor público, privado, social e cooperativo); supervisão independente centrada na defesa dos utentes; e a disponibilização de informações aos utentes, com vista a que estes adquiram capacidade de escolha sobre os cuidados de saúde que lhes são mais convenientes. No fundo, a ERS pretendia assegurar o direito à proteção da saúde dentro do mercado de prestação de cuidados de saúde que se havia estabelecido (Amador, 2012).

Este ciclo contou, também, com uma mudança na organização dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, constituiu uma “rede de cuidados de saúde primários”, substituindo a anterior tentativa de reforma dos “centros de saúde de terceira geração” (Decreto-Lei n.º 157/99) (Campos & Faria, 2003, p.73). O principal objetivo desta rede — que englobava os centros de saúde da rede pública e entidades do setor privado — passava por continuar a garantir aos cidadãos os tradicionais cuidados de saúde tendencialmente gratuitos e abrangentes, ao mesmo tempo que devia “também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença”, ou seja, uma organização de cooperação em rede (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril de 2003 do Ministério da Saúde, 2003).

No que diz respeito aos resultados em saúde durante este ciclo, verificamos que a esperança média de vida à nascença subiu substancialmente, passando dos 75,4 anos em 1995 para 78,2 anos no final de 2004. Estes valores aproximaram Portugal dos registos dos países europeus melhor posicionados (PORDATA, 2020). Quanto à taxa de mortalidade infantil, Portugal ultrapassou a média dos países da Zona Euro, tornando-se num dos países com melhores resultados no que diz respeito a este indicador (gráfico 5). Por último, importa destacar o facto de o crescimento da fatia do PIB direcionado ao setor da Saúde ter superado a média dos países da UE15 (gráfico 6).

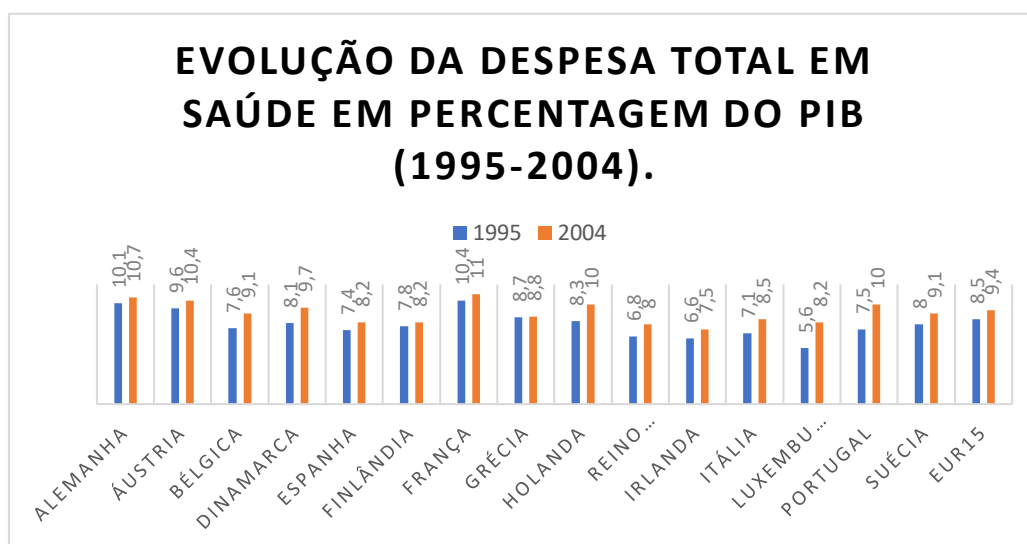
O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Gráfico 5- Evolução da taxa de mortalidade infantil entre 1995 e 2004



Fonte: PORDATA (2020). Gráfico do autor.

Gráfico 6- Evolução da despesa corrente pública em saúde em percentagem de PIB comparado entre os anos de 1995 e 2004



Fonte: WHO (2019). Gráfico do autor.

O sexto ciclo (a eficiência do SNS – 2005-2011) assinalou o regresso do Partido Socialista (PS) ao poder. O XVII Governo Constitucional tomou posse em março de 2005 e trouxe consigo uma série de princípios a implementar. Em sentido amplo, procurou-se conjugar os princípios ideológicos do SNS e a modernização dos seus serviços, com a

inevitabilidade de o continuar a tornar mais eficiente e sustentável (Silva, 2012). Esta mescla ideológica traduziu-se em medidas que colocavam o cidadão no centro do sistema de saúde através de uma melhoria generalizada da eficiência e das acessibilidades aos cuidados de saúde (Simões & Dias, 2010).

Em conformidade com o que vinha a acontecer desde o início do presente século, com um conjunto de reformas e de experiências inovadoras influenciadas pela filosofia da *New Public Management* (NPM), é adotado um novo estatuto legal para os hospitais públicos. Neste contexto, o Decreto-Lei 93/2005 transforma os hospitais SA (sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos) em hospitais EPE (entidades públicas empresariais), ditando a transição de 31 unidades do modelo SA para o modelo EPE. Esta alteração surge, por um lado, pela necessidade de garantir uma reafirmação das instituições que tutelam o SNS (Ministério da Saúde e Finanças), mas surge, sobretudo, como forma de reforçar a natureza pública das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Vaz, 2010). O modelo de empresarialização hospitalar, mais tarde aplicado e testado em hospitais distritais, especializados e universitários, veio a revelar-se bastante mais eficiente, ao produzir melhores resultados relativamente a hospitais estritamente públicos (Ribeiro, 2009). Com a reforma do setor da saúde iniciada em 2002, o sistema passava agora a ser constituído por hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais PPP e hospitais privados.

Como complemento à adoção de um novo estatuto jurídico hospitalar, desencadeou-se em 2005, a segunda grande alteração incorporada na reforma hospitalar iniciada em 2002, através da criação dos Centros Hospitalares (CH). Esta reforma pretendia agregar sob a mesma gestão hospitais geograficamente próximos uns dos outros. A adoção do regime de centros hospitalares tinha implícita a necessidade de: melhorar a interligação entre serviços e instituições que prestam cuidados de saúde semelhantes na mesma área geográfica; de fazer um melhor aproveitamento da capacidade de resposta dos estabelecimentos hospitalares do SNS; de melhorar o desempenho do SNS ao nível da prestação de cuidados de saúde diferenciados; e de aumentar de forma generalizada o rendimento e a eficiência na prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de Julho de 1999 do Ministério da Saúde, 1999).

Também os cuidados de saúde primários (CSP) viriam a sofrer uma profunda reforma, iniciada através da criação da unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Globalmente, a reforma pretendia melhorar a qualidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde, como forma de aumentar a satisfação de cidadãos e de profissionais (Biscaia & Heleno, 2017). Um dos principais pontos da reforma prendeu-se com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Estas unidades, tinham como principal objetivo contribuir para a manutenção e melhoramento do estado

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

de saúde de todos os utilizadores abrangidos (Rocha & Sá, 2011). Outra das alterações imposta pela reforma, que influenciou a organização dos CSP, foi a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Esta mudança visava dotar os centros de saúde de condições que promovessem a qualidade dos serviços prestados, ao mesmo tempo que pretendiam criar uma autonomia administrativa que permitisse adaptar as soluções à realidade de cada local (Pisco, 2011). Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a função de prestar cuidados de saúde e de apoio social (continuadamente) a pessoas dependentes, com vista à reintegração sociofamiliar (ISS, 2019).

No que respeita aos ganhos em saúde, Portugal continuou a evoluir positivamente. Segundo dados do PORDATA (2020), a taxa de mortalidade infantil em 2010 encontrava-se nos 2,5‰ (a mais baixa de sempre), enquanto a esperança média de vida à nascença se fixava nos 79,3 anos, prosseguindo a tendência positiva das últimas décadas. Esta melhoria generalizada dos indicadores de saúde está intimamente ligada ao aumento da despesa pública durante a última década. O aumento constante da despesa pública aliado às medidas de promoção da eficiência do sistema de saúde — como a transformação de hospitais públicos em EPE, a racionalização da rede hospitalar (criação das USF e das ACES) e as alterações na comparticipação de medicamentos — permitiram a Portugal continuar a aproximação aos países europeus de referência (Cunha & Braz, 2012).

Todavia, a crise financeira de 2008 teve impactos catastróficos na economia mundial, fazendo-se sentir de um modo acentuado na economia portuguesa. Este período coincidiu com a sétima fase (a crise na saúde – 2011-2016), sendo que o Memorando de Entendimento da Troika — documento entregue em maio de 2011 ao XIX Governo Constitucional liderado por Pedro Passos Coelho (PSD) — estabeleceu uma série de medidas de austeridade que influenciaram todos os setores da sociedade, entre eles o setor da saúde. As medidas a implementar no setor da saúde tinham o objetivo de:

“aumentar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.”¹⁴ (Comissão Europeia, 2011, p. 17).

¹⁴ Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades da Política Económica, 17 de maio de 2011. Traduzido do inglês, versão original do documento.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

No geral, estas medidas incidiam nos mais diversos domínios do setor da saúde, tais como: o financiamento, a política do medicamento, o setor farmacêutico, a monitorização de prescrições médicas, os cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares (Comissão Europeia, 2011).

Este era um período que se adivinhava bastante difícil para a economia e para a manutenção dos padrões de qualidade do sistema de saúde, fruto da aplicação de fortes políticas de contenção de despesas. Ao abrigo dos condicionalismos impostos pelo Memorando de Entendimento da *Troika*, as políticas direcionadas à saúde pretendiam garantir a capacidade assistencial do SNS. Ainda assim, segundo Barros *et al.* (2015), e ao contrário do que era espetável, o desempenho do Serviço Nacional de Saúde foi globalmente satisfatório. O autor refere que a maioria das medidas adotadas durante este período produziu melhorias no funcionamento do sistema.

Por outro lado, o relatório de primavera do OPSS (2015) refere que o sistema de saúde português apresentava graves sequelas, resultantes dos sucessivos cortes orçamentais na saúde. Mas apresentava também alguns pontos positivos. Em geral, os portugueses mantiveram o valioso acesso aos cuidados de saúde assegurados pelo Estado. Porém, há outros aspetos que careciam de uma forte implementação de medidas corretivas, como é o caso do investimento na Rede de Cuidados Continuados Integrados, na Rede de Cuidados de Saúde Mental e no aumento dos recursos humanos (médicos e enfermeiros), indispensáveis ao bom funcionamento do sistema de saúde (OPSS, 2015). Concluimos que não há uma posição comumente aceite sobre o impacto da crise no SNS. Se por um lado há quem defenda que o SNS venceu a crise e não se extinguiu, por outro, há quem defenda que constitucionalmente não há lugar para a extinção do SNS, como tal não se deve estar tão otimista quanto às consequências que esta crise provocou no sistema de saúde português (Nunes, 2018).

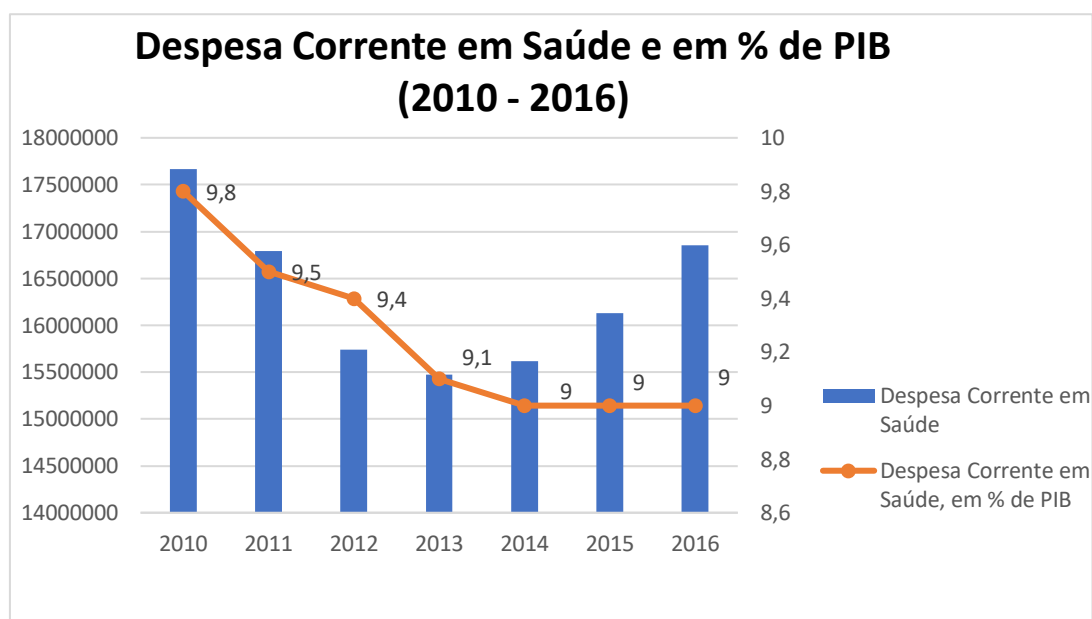
Por fim, constatamos que este foi um ciclo onde, inevitavelmente, se investiu menos em saúde. A despesa total em percentagem do PIB decresceu progressivamente, passando de 9,8% do PIB em 2010 para 9,0% do PIB em 2015 (gráfico 7). Socorrendo-nos das conclusões de Simões *et al.* (2017) ao desempenho do sistema de saúde português durante o período de intervenção da *Troika*, percebemos que a conjugação de medidas de austeridade aliadas à estagnação verificada no acesso aos cuidados de saúde (e no setor da Saúde em geral), levaram a uma redução da responsabilidade pública com as despesas em saúde. A estratégia de cortes nas despesas potenciou a fragmentação do sistema de saúde num sistema “a duas velocidades”, verificando-se um crescimento acentuado do setor privado durante os quatro anos de Governo do PSD (OPSS, 2016).

Relativamente aos resultados em saúde, apesar de um período assolado por cortes nas despesas em todos os setores, o país manteve o progresso que o caracterizou

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

nas últimas décadas, e que o havia tornado num dos sistemas de saúde mais eficientes da Europa. Em 2015, a esperança média de vida à nascença era de 81,3 anos, ligeiramente superior à média da UE 27 (80,5) (PORDATA, 2020). Também na esperança média de vida aos 65 anos o país apresentava resultados animadores, situando-se a média nos 20,0 anos — ligeiramente mais elevada que a média dos países da União Europeia 27 (PORDATA, 2020).

Gráfico 7- Evolução da despesa corrente em saúde e em percentagem de PIB entre 2010 e 2016



Fonte: PORDATA (2019); PORDATA (2020). Gráfico do autor.

O atual ciclo (um novo SNS – 2016-atualidade), marca o regresso ao poder dos governos do Partido Socialista (2015-2019 / 2019-presente), desta vez liderados por António Costa. As eleições legislativas de 2015 ficaram marcadas por alguma controvérsia, mas terminaram com a indigitação de um governo do Partido Socialista (PS) apoiado parlamentarmente pelo Bloco de Esquerda (BE), pelo Partido Comunista Português (PCP) e pelo Partido Ecologista os Verdes (PEV). Inicialmente, a situação económica vivida mantinha-se bastante delicada, a dívida portuguesa era ainda considerada como “lixo financeiro” — segundo as agências de rating internacional — e o país vivia com alguma desconfiança sobre o futuro (OPSS, 2017).

No programa de governo (2015), o tópico dedicado à saúde — intitulado de “Defender o SNS, promover a saúde” — referia que a crise económica aliada à falta de visão estratégica do executivo anterior resultara numa má gestão dos recursos, que por si só já eram escassos. Nesse sentido, o novo Governo apresentava no seu programa uma

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

estratégia política que assentava na defesa do Estado Social, através do “revigoramento” e da “recuperação” do SNS (Portugal, 2015, p.92). Para realizar os objetivos propostos no programa de governo, o Ministério da Saúde estabeleceu e estruturou um conjunto de propostas a serem realizadas entre 2016 e 2019.

Passando a uma discussão dos resultados relativos a este período, no sentido de perceber quais os objetivos alcançados, é importante referir que dada a proximidade temporal dos acontecimentos não existe uma bibliografia suficientemente extensa e diversificada que nos permita retirar profundas conclusões sobre os últimos anos. No entanto, podemos referir determinados aspetos onde se produziram alguns progressos. A reforma nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi retomada, depois de interrompida durante o período de austeridade. Desde o início da legislatura e até ao final de 2018, entraram em funcionamento 83 novas Unidades de Saúde Familiar (USF), perfazendo um total de 532 USF que abrangem mais de 60 % da população. Além destas medidas, também se prosseguiu com o aumento do número de funcionários e com o investimento em instalações e equipamentos, aumentando dessa forma a capacidade de resposta dos CSP. No que diz respeito aos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), foram concretizadas algumas das metas previstas no Programa de Governo, com destaque para a melhoria do seu desempenho e organização interna, que se traduziu no aumento da atividade hospitalar em 2018 relativamente aos anos anteriores. Em relação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) também se verificaram melhorias relativas à sua capacidade de resposta em termos de saúde e de apoio social, tendo-se registado em 2018 um aumento de 4,6 % de assistências na RNCCI comparativamente ao ano anterior (Ministério da Saúde, 2018).

Mais recentemente, em setembro de 2019, depois de algum impasse nas negociações entre os partidos políticos é decretada a Lei n.º 95/2019 que estabelece a nova Lei de Bases da Saúde¹⁵. Entre as principais alterações da nova legislação, o destaque inicial dirige-se aos cuidadores informais, reconhecendo-se a sua importância através do estabelecimento de um estatuto especial — o Estatuto dos Cuidadores Informais — para aqueles que desempenham essa função (Números 1 e 2 da Base 3, 2019). Relativamente à aplicação de taxas moderadoras verificaram-se algumas alterações, nomeadamente o fim da cobrança deste tipo de pagamentos diretos nos CSP (Número 2 da Base 24, 2019). Outra prioridade política reforçada pela nova Lei de Bases incidia na tentativa de reduzir o recurso ao setor privado, bem como de conter a saída de profissionais de saúde para esse setor, deixando a nova lei de facilitar a mobilidade de profissionais de saúde entre setores (público e privado). Quanto à celebração de

¹⁵ Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04.

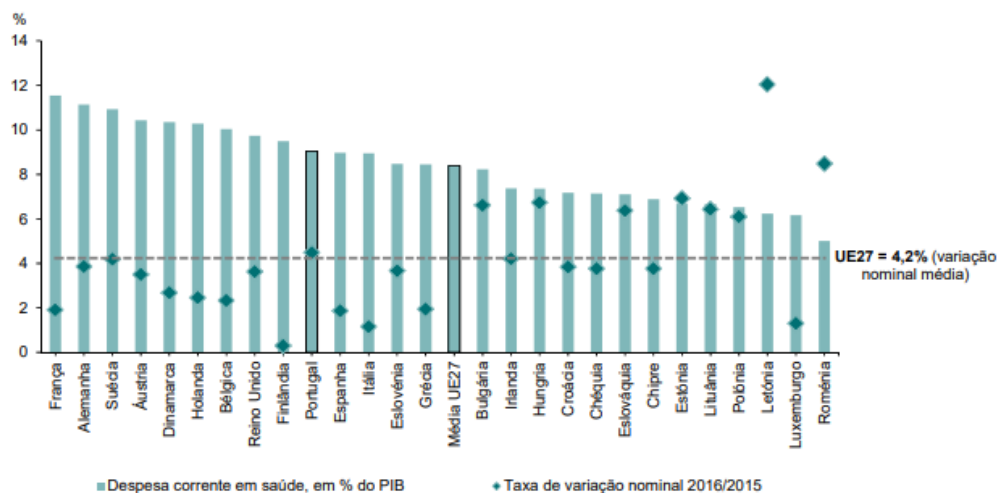
O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

contratos com entidades do setor privado e social, esta passa a realizar-se apenas “quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil”, podendo nesses casos se celebrar “contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade” (Número 1 da Base 25, 2019, p.63). Por último, a nova Lei de Bases inclui diversos novos pontos que não se encontravam consagradas na Lei de Bases de 1990, nem na sua revisão em 2002. O novo documento coloca no domínio do direito à saúde matérias como a Saúde Mental, a Saúde Ocupacional, a Genómica, a Literacia em Saúde e as Tecnologias de Informação e Educação no âmbito da saúde (Pereira, 2019).

Depois de quase 30 anos de vigência da Lei de Bases da Saúde de 1990, apenas revista em 2002, a nova lei tinha como principal objetivo inverter a tendência de crescimento do setor privado dos últimos anos. Para tal, o Estado passa a deixar de apoiar o desenvolvimento do setor privado, estando a contratação de entidades prestadoras de cuidados de saúde privadas e sociais dependentes das necessidades da população.

Segundo dados disponibilizados pelo INE (2019), em 2017 a despesa corrente em saúde aumentou 3,6%, menos 0,9% que o valor do ano anterior (4,5%). Correspondendo este valor a 9,0% do Produto Interno Bruto. Os resultados preliminares de 2018 avançam para que a despesa corrente em saúde tenha aumentado nominalmente para 5,1%, no final de 2018, revelando aumentos importantes na despesa pública (5,3%) e privada (4,6%). Fazendo uma comparação internacional com os restantes Estados-Membros da União Europeia, verificamos que em 2016 (ano mais recente com informação para o número significativo de E.M) Portugal ocupava a 10^a posição no *ranking* de países que despendem maior fatia do PIB em despesas correntes de saúde, situando-se acima da média Europeia (8,4%) (gráfico 8) (INE, 2019).

Gráfico 8- Despesa corrente em saúde em % do PIB na UE27



Fonte: INE (2019).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Ao analisar os progressos nos principais indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil e a esperança média de vida à nascença, chegamos à conclusão de que o desempenho do sistema de saúde português tem vindo a melhorar de forma progressiva no decorrer das últimas décadas. Segundo o relatório *Euro Health Consumer Index*, em 2018 Portugal ocupava o 13.º lugar na classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa, o melhor posicionamento até à data (Björnberg & Phang, 2019). Apesar disso, Constantino Sakellarides (2020) considera que a crise financeira e económica que atingiu Portugal na última década, teve e terá consequências a médio e a longo prazo na qualidade dos serviços públicos, em particular nos serviços prestados pelo SNS. O mesmo, explica que a crise provocou uma hierarquização das políticas públicas, colocando em primeiro lugar as políticas financeiras e económicas e transferindo para segundo plano as políticas sociais, como é o caso das políticas de saúde. Nesse sentido, a discussão sobre políticas públicas de saúde, tem ocupado uma parte substancial do debate político da atualidade. Debate esse que em geral se traduz numa crescente insatisfação com o sistema de saúde e com os cuidados de saúde prestados, especialmente no que diz respeito ao desempenho do SNS (Santinha, 2016). Desde a sua criação até aos dias de hoje que a tónica da discórdia em torno da natureza do Serviço Nacional de Saúde se manteve por razões essencialmente ideológicas. Se por um lado há quem defenda que o Estado deve incentivar o crescimento do setor privado e social, por outro há quem considere que o recurso a entidades privadas de saúde deva ser feito apenas em situações onde as entidades públicas do SNS não consigam dar uma resposta eficiente (Simões & Fronteira, 2019). Estes pontos de vista antagónicos estão na origem dos ciclos políticos de evolução do SNS que aqui abordámos e são considerados os grandes impulsionadores das suas principais alterações. As opções políticas entre um sistema iminentemente público ou um com forte presença do setor privado vão ser a base da reflexão do próximo capítulo.

Capítulo 3. Que modelo de SNS – a opção entre o público e o privado

Como referimos no capítulo 2, desde a criação do SNS, em 1979, foram ocorrendo inúmeras alterações na organização e na natureza da oferta de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde português. Alterações essas que estão relacionadas com os diferentes contextos políticos, económicos e sociais que abordámos anteriormente e que tiveram um impacto significativo na sua evolução.

Nesse sentido, o carácter misto que caracteriza o SNS praticamente desde a sua criação é marcado pela coexistência de duas tipologias base de entidades prestadoras de cuidados de saúde financiadas pelo Estado: as entidades públicas prestadoras e as entidades privadas contratadas para o mesmo efeito (onde se inclui o setor privado não lucrativo, amplamente conhecido como setor social). Nas últimas décadas, apesar do predomínio do papel do setor público dentro do sistema de saúde português, é notória a crescente cooperação entre os dois setores na prestação e no financiamento dos cuidados de saúde, levando a um crescimento acentuado do setor privado. Esta progressiva mudança de paradigma dentro do sistema de saúde tem gerado diferentes tipos de posicionamento por parte dos diversos partidos políticos. Nesse sentido, o presente capítulo pretende abordar a dicotomia público/privado, nas suas dimensões de oferta e de procura de cuidados de saúde dentro do modelo de SNS que se desenvolveu durante as últimas décadas.

3.1 A combinação Público-Privado em saúde e a (re)emergência do setor privado

O sistema de saúde português apresenta atualmente uma multiplicidade de entidades prestadoras e financiadoras de cuidados de saúde, todavia o sistema ainda mantém uma matriz marcadamente pública nas suas dimensões fundamentais de prestação e financiamento, por via do SNS.

Na análise aos ciclos de evolução político-legal do sistema de saúde em Portugal (Capítulo 2.), foi possível concluir que a despesa total em saúde (pública e privada) em percentagem do PIB tem tido uma evolução oscilante, alternando períodos de crescimento com períodos de ligeira diminuição. No entanto, como podemos constatar a partir da análise do quadro 1, o investimento em saúde foi aumentando na sua

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

generalidade desde a implementação do modelo do SNS até à atualidade. Em 2018, a percentagem do PIB investida em Saúde fixava-se nos 9,4%, um valor substancialmente superior à média dos países da OCDE que se fixava nos 8,8% no mesmo período (OECD, 2019).

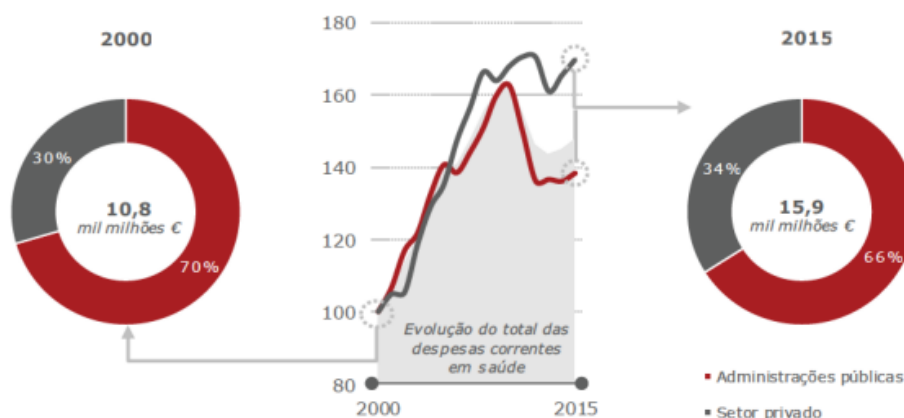
Quadro 1- Evolução da despesa total (pública e privada) em Portugal

Anos	1975	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Despesa Total em Saúde em % do PIB	4,7	5,4	5,5	7,2	8,4	9,4	9,8	9,0	9,4

Fonte: OECD (2020). Quadro do autor.

Por sua vez, no que diz respeito à repartição de despesas entre setores, é notório que o setor público se mantém como a principal fonte de financiamento na área da saúde. A proporção da despesa pública tem vindo a aproximar-se do valor médio dos países da OCDE (71% da despesa total), sendo que em 2017 este valor continuava a ser ligeiramente inferior (66% da despesa total) (OECD, 2019). Ainda assim, ao observar o gráfico 9, compreendemos que a percentagem da despesa pública em saúde tem vindo a diminuir, ao passo que a percentagem da despesa privada tem vindo progressivamente a aumentar. O crescimento do financiamento privado é explicado, sobretudo, pelo aumento da despesa privada familiar (*out-of-pocket*) e pelo aumento da despesa proveniente de seguros de saúde privados (ERS, 2015).

Gráfico 9- Evolução comparada da % de despesa pública e privada entre 2000 e 2015



Fonte: Augusto Mateus & Associados (2017).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Nas últimas décadas, o significativo aumento da despesa pública (investimento) em saúde levou a que as políticas de saúde fossem orientadas por três parâmetros fundamentais, a saber: a sustentabilidade e a eficiência financeira; a equidade de acesso; e a qualidade dos cuidados de saúde e o estado de saúde da população. Ou seja, as reformas operadas no setor da saúde procuraram incorporar técnicas de gestão privada, através do desenvolvimento de mecanismos de cooperação e de aproximação entre setores como acordos e convenções, ou através do estabelecimento de parcerias público-privadas, com o objetivo de assegurar padrões de eficiência e qualidade dentro do sistema de saúde português (Silva, 2012; Fernandes, 2015).

É neste contexto que se desenvolvem as relações público-privado, uma estratégia baseada na lógica da cooperação e coordenação entre o setor público e o setor privado. O Estado e os prestadores privados (setor social incluído) começaram por estabelecer acordos, sempre que se justificasse, de modo a salvaguardar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Em Portugal, a prestação e o financiamento de cuidados de saúde assenta, por isso, num modelo misto entre entidades do setor público e do setor privado. Este modelo de organização tem sido influenciado por diversos fatores, tais como: a legislação no âmbito do SNS e da sua estrutura; o financiamento proveniente do Orçamento de Estado; a evolução demográfica da população; o investimento público no setor da saúde; a intervenção do setor privado; e o progresso tecnológico no setor da saúde em geral (Oliveira, 2010).

A natureza da combinação pública e privada na prestação e financiamento de cuidados de saúde não é algo recente. Desde os anos 80 que o setor público subcontrata entidades do setor privado como forma de complementar a oferta do SNS e de modo a cumprir o direito à proteção da saúde consagrado na Constituição. A capacidade de resposta deficitária do setor público é a principal justificação para o recurso ao setor privado, que através do estabelecimento de convenções, ou seja, de acordos entre o SNS e os estabelecimentos privados, prestam cuidados de saúde aos utentes do SNS com vista a alcançar a universalidade e a generalização dos mesmos (Mendes & André, 2017).

Todavia, é a publicação da Lei de Bases da Saúde em 1990 e a aprovação do Estatuto do SNS em 1993 que se configuram como as principais decisões políticas que levaram a um reforço do papel do setor privado e ao fortalecimento da combinação público-privado dentro do sistema de saúde. Por um lado, a Lei de Bases da Saúde instituiu o sistema de cuidados de saúde misto — um sistema integrado de cooperação entre o SNS, entidades privadas e profissionais liberais, conhecido como rede nacional de prestação de cuidados de saúde —, reforçou a realização de convenções entre o setor público e privado e clarificou as relações entre setores, passando o Estado a adotar uma postura menos interventiva e mais reguladora (tabela 4). E por outro lado, o Estatuto do

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

SNS legitimou a intervenção na gestão de entidades do setor público por parte de entidades privadas (Fernandes, 2014).

Tabela 4- Incentivos à cooperação entre setores inscritas na Lei de Bases de 1990

Base IV - nº 2	“Para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”.
Base XII - nº1	“O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou algumas daquelas atividades.”
Base XII - nº3	“O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custo, e desde que esteja garantido o direito de acesso.”
Base XII - nº4	“A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos”.
Base XLI	“Podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados”.

Fonte: Lei de Bases da Saúde (1990). Figura do autor.

Desde os anos 90 que o setor privado tem procurado afirmar a sua posição dentro do sistema de saúde, enquanto o Estado tem vindo a reforçar cada vez mais a função de regulador, sem descurar a sua principal função de prestador dos serviços públicos de saúde. Não obstante, a redefinição do papel do Estado durante os últimos anos foi o fator chave para o crescimento do setor privado que procurou nas falhas do setor público uma oportunidade para crescer (Fernandes, 2015). Ainda que as diretrizes da nova Lei de Bases da Saúde adotada em 2019 tenham sido uma resposta ao crescimento do setor privado, o Estado mantém a sua função reguladora e continua a prever a combinação público-privado e a considerá-la útil para o bom funcionamento do sistema de saúde (tabela 5).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Tabela 5- Diretrizes orientadoras do relacionamento entre o Estado e o setor privado inscritas na Lei de Bases da Saúde de 2019

Base 6 - nº 1	“A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”
Base 6 - nº 3	“O Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social.”
Base 25 - nº 1	“Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da necessidade.”

Fonte: Lei de Bases da Saúde (2019). Figura do autor.

Se o setor privado já tinha um papel tradicionalmente importante na prestação de cuidados de saúde antes de adotado o modelo do SNS — principalmente através das Misericórdias —, é factual que esse papel reemergiu durante as últimas décadas. São diversas as particularidades estruturais e organizacionais que justificam o crescimento da participação privada no financiamento e na prestação de cuidados de saúde no decorrer dos últimos anos. Desde logo, referimos as seguintes: a acentuada mobilidade de profissionais entre o SNS e o setor privado; a significativa parcela da classe médica (cerca de 50%) que exerce a profissão nos dois setores, pois considera o setor privado como uma oportunidade de aumentar os seus rendimentos; o incentivo à criação de unidades privadas; e a contratualização de entidades privadas por parte do setor público, que permitiu o desenvolvimento do setor privado financiado pelo SNS. Importa também referir que nos últimos anos as entidades públicas têm recorrido à contratualização de entidades privadas com vista à redução das listas de espera, sendo que a este facto se acrescentam as baixas deduções fiscais aplicadas aos gastos de saúde privados, o que tem aumentado a oferta e a procura pelos serviços privados de prestação de cuidados de saúde (Oliveira, 2010; Barros & Simões, 2007; Augusto Mateus & Associados, 2017).

No que diz respeito ao financiamento privado, também se tem verificado um crescimento ao longo dos últimos 30 anos. No final da década de 80, o mercado dos

seguros de saúde ainda não estava totalmente estabelecido, sendo que apenas uma pequena parcela de população era abrangida por este tipo de mecanismos de cobertura. Só no final da década de 90 é que se verificou um acesso mais abrangente a seguros de saúde. Os seguros voluntários e os subsistemas de saúde públicos e privados tornaram-se de crescente interesse e importância para as entidades prestadoras do setor privado. Através destes mecanismos, os prestadores privados passaram a receber um grande número de utentes, sendo este mais um fator de fortalecimento do setor privado da saúde. Os subsistemas e seguradoras permitiram aos seus clientes um tratamento diferenciado, uma maior liberdade de escolha e uma maior prioridade de acesso a cuidados de saúde, condições com as quais o setor público não consegue competir (Fernandes, 2014; Ribeiro, 2009; Augusto Mateus & Associados, 2017).

3.2 A oferta e a procura de cuidados de saúde (as opções de prestação e financiamento público-privado)

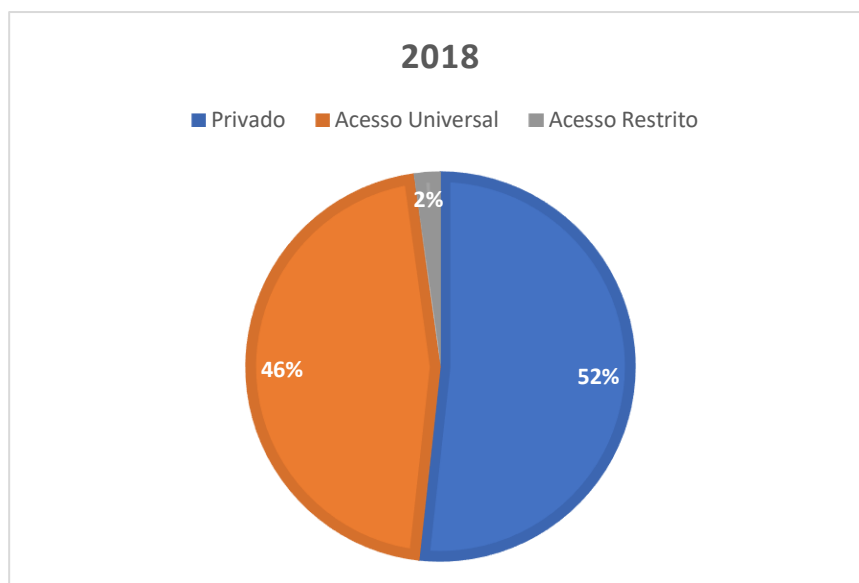
A estrutura de oferta de cuidados de saúde em Portugal tem vindo a alterar-se desde a implementação do modelo do SNS. Aos poucos, a reemergência do setor privado alterou a relação entre setores, ao criar progressivamente um modelo assente na cooperação entre o setor público e privado. No que diz respeito à oferta agregada Portugal tem tido, desde 1979, uma evolução global positiva. Em geral, a oferta na prestação de cuidados de saúde aumentou ao longo das últimas décadas, o que por sua vez se traduz num melhoramento dos indicadores de produtividade como o crescimento de consultas, internamentos per capita e cobertura de vacinação (Oliveira, 2010). De forma a compreender o diferente papel que cada um dos setores desempenha dentro do sistema de saúde português, torna-se essencial compreender as suas especificidades no que toca à oferta e procura, a saber: a evolução da rede hospitalar pública e privada; a distribuição geográfica por tipologia de setor; os recursos físicos por tipologia de setor; o tipo de prestação predominante em cada setor; e a evolução geral da procura de cuidados de saúde em Portugal.

Em 2018 existiam no país 230 hospitais, entre os quais 119 privados, 107 públicos e 4 em regime de PPP. A oferta privada é predominante, com cerca de 52% do total de hospitais (gráfico 10). Desde 2015 que o número de hospitais privados é superior ao número de hospitais públicos, sendo que a tendência é para que este número continue a crescer nos próximos anos. Em sentido oposto, o número de hospitais públicos tem vindo a diminuir fruto das reformas hospitalares que concentraram diversos hospitais e devido ao encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos (quadro 2) (Simões *et al.*, 2017).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

No espaço de apenas 1 ano, entre 2017 e de 2018, contam-se 5 novos hospitais privados, contrariamente ao que ocorreu no setor público que mantem o mesmo número de unidades hospitalares desde 2016 (INE, 2019; INE, 2020).

Gráfico 10- Percentagem de hospitais por tipologia de acesso (2018)



Fonte: INE (2020). Adaptado.

Quadro 2- Evolução da rede hospitalar (pública e privada) em Portugal

	1990	2000	2005	2012	2015	2018
Total	240	221	204	229	225	230
Hospitais Públicos	145	125	111	122	110	107
Hospitais Privados	95	96	93	107	111	119

Fonte: INE (1991); INE (2002); INE (2006); INE (2014); INE (2017); INE (2020). Quadro do autor.

Quanto à distribuição geográfica, verifica-se que o setor privado tem tido um crescimento considerável em todo o território. Ao analisar o quadro 3 concluímos que apenas a Região Centro e a Região do Alentejo apresentam um número mais elevado de hospitais públicos, estando o resto do território dominado maioritariamente pela oferta privada.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Quadro 3- Distribuição geográfica (2018)

Tipo de Hospital	Norte	Centro	A.M Lisboa	Alentejo	Algarve	R.A Madeira	R.A Açores	Total
<i>Público</i>	32	34	25	6	4	3	3	107
<i>Privado</i>	41	25	31	4	7	6	5	119
<i>Regime de PPP</i>	1	0	3	0	0	0	0	4
<i>Total</i>	74	59	59	10	11	9	8	230

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

Ao comparar a capacidade entre setores, o público é aquele que tradicionalmente mais camas de internamento possui nas suas unidades de prestação de cuidados de saúde. Em 2018, a capacidade de oferta universal agregada, composta pelos hospitais do setor público (65%) e pelos hospitais em PPP (5%), representavam 70% do total da oferta, ao passo que o setor privado representava os restantes 30%. Ao analisar os valores relativos de distribuição de camas chegamos à conclusão de que a percentagem de camas de internamentos e de outras camas é equivalente nos dois setores (quadro 4). No entanto, é no setor privado que existe um maior número de quartos particulares, com um total de 1 909 quartos — representando 25% de toda a oferta privada (quadro 5) — o que por sua vez reflete a aposta por parte das entidades privadas no conforto e no tratamento de exclusividade aos seus clientes (utentes). Quanto ao número de salas hospitalares, os hospitais de acesso universal (hospitais públicos e em regime PPP) representam a maior parte da oferta com 66% do total de salas, enquanto o setor privado dispunha dos restantes 34%, ainda assim um valor bastante significativo (quadro 6).

Quadro 4- Camas de internamento (lotação praticada no ano) e outras camas, segundo a unidade a que pertencem (2018)

Tipo de Hospital	Enfermarias	Quartos Particulares	Total	%
<i>Público</i>	20 232	49	20 281	69%
<i>Privado</i>	5 790	1 909	7 699	26%
<i>PPP</i>	1 463	0	1 463	5%
Total	27 485	1 958	29 443	100%
<i>Público - % do Total</i>	99,7%	0,3%	100%	
<i>Privado - % do Total</i>	75%	25%	100%	
<i>PPP - % do Total</i>	100%	0%	100%	

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Quadro 5- Camas em enfermarias e em quartos privados por tipologia de hospital (2018)

Tipo de Hospital	Internamento (1)	Outras Camas (2)	Total	%
Público	22 453	4 432	26 885	65%
Privado	11 318	1 213	12 531	30%
PPP	1 658	388	2 046	5%
Total	35 429	6 013	41 462	100%
Público - % do Total	84%	16%	100%	
Privado - % do Total	90%	10%	100%	
PPP - % do Total	81%	19%	100%	

(1) Camas de internamento - enfermarias, quartos privados, unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios, unidade de queimados e outras unidades (2) Outras camas – berçário, hospital de dia, recobro no internamento e no bloco operatório, sala de observação, outras.

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

Quadro 6- Salas hospitalares por tipologia de hospital (2018)

Tipo de Hospital	Salas operatórias	Salas de partos	Salas para trabalho de parto	Salas de consulta	Total	%
Público	567	154	117	6 235	7073	62%
Privado	281	49	28	3 488	3846	34%
PPP	43	21	8	410	482	4%
Total	891	224	153	10 133	11 401	100%
Público - %	64%	69%	77%	62%		
Privado - %	31%	22%	18%	34%		
PPP - %	5%	9%	5%	4%		

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, mais concretamente ao movimento hospitalar, o setor público é tradicionalmente predominante na prestação de cuidados hospitalares agudos, de cuidados primários e de cuidados materno-infantis. Ao comparar os valores de internamentos, partos e cirurgias ocorridos em 2018 verificamos que o setor público domina no que toca à prestação deste tipo de cuidados (quadro 7).

Por sua vez, no setor privado é mais comum a prestação de consultas de especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico. Em 2018, o setor privado destacava-se na prestação de cuidados de saúde nas áreas de: medicina dentária, onde representava 92% do total da oferta; medicina física e de reabilitação, onde representava 59% do total da oferta; medicina geral e familiar, com 96% da oferta total (quadro 8) (Oliveira, 2010; INE, 2020).

No mesmo sentido, o setor privado tem vindo a aumentar substancialmente os seus investimentos na aquisição de equipamentos tecnológicos de diagnóstico e terapêutica, como por exemplo equipamentos de endoscopia, angiografia, ecografia,

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

imagiologia convencional, ressonância magnética e tomografia axial. Em 2018, o setor privado contava com uma parcela importante da totalidade de equipamentos de imagiologia disponíveis no sistema de saúde como por exemplo equipamentos de ecografia (52% da totalidade), imagiologia convencional (49% da totalidade), mamografia (53% da totalidade), ressonância magnética (62% da totalidade) e tomografia axial computadorizada (48% da totalidade) (quadro 9). Ainda assim, em 2018, os hospitais públicos asseguravam cerca de 83% do total dos atos complementares de diagnóstico realizados em todo o país, o que reflete bem a importância que o setor público continua a desempenhar na prestação deste tipo de serviços (quadro 10) (Oliveira, 2010; INE, 2020).

Quadro 7- Números e percentagens comparativas de cirurgias, partos e internamentos no setor público, privado e PPP (2018)

Tipo de Hospital	Cirurgias	% Total	Partos	% Total	Internamentos	% Total
Público	725 135	64%	62 698	73%	806 297	70%
Privado	344 743	30%	12 366	15%	266 454	23%
PPP	71 092	6%	10 540	12%	82 305	7%
Total	1 140 970	100%	85 604	100%	1 155 056	100%

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

Quadro 8- Consulta por grupo de especialidade (2018)

Tipo de Hospital	Especialidades Cirúrgicas					Especialidades Médicas				
	Ortopedia	Oftalmologia	Urologia	Estomatologia	Neurocirurgia	Cirurgia Geral	Ginecologia - Obstetrícia	Medicina Dentária	Medicina Física e de Reabilitação	Medicina Geral e Familiar
Público	752 592	874 393	348 259	213 329	166 539	772 771	785 152	27 949	302 409	23 120
Privado	968 325	657 418	263 859	56 202	106 486	208 191	557 372	334 314	480 804	596 441
PPP	106 224	116 697	43 044	8 282	11 797	58 712	94 917	0	30 772	0
Total	1 827 141	1 648 508	655 162	277 813	284 822	1 039 674	1 437 441	362 263	813 935	619 561
Público - %	41%	53%	53%	77%	59%	74%	55%	8%	37%	4%
Privado - %	53%	40%	40%	20%	37%	20%	39%	92%	59%	96%
PPP - %	6%	7%	7%	3%	4%	6%	6%	0%	4%	0%

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Quadro 9- Número de equipamentos de diagnóstico e terapêutica por tipologia de hospital (2018)

Tipo de Hospital	Imagiologia											
	Angiografia	Ecografia	Imagiologia convencional (RX)	Mamografia	Ressonância Magnética	Tomografia axial computadorizada (TAC)	Endoscopia	Hemodiálise	Lab. De anatomia patológica e tanatologia	Lab. de patologia clínica	Medicina nuclear	Radioterapia
Público	25	72	84	51	25	60	65	31	44	79	10	10
Privado	16	83	83	61	45	60	75	8	13	30	5	3
PPP	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	1
Total	43	159	171	116	73	124	144	43	61	113	17	14
Público - %	58%	45%	49%	44%	34%	48%	45%	72%	72%	70%	59%	72%
Privado - %	37%	52%	49%	53%	62%	48%	52%	19%	21%	27%	29%	21%
PPP - %	5%	3%	2%	3%	4%	4%	3%	9%	7%	3%	12%	7%

Fonte: INE (2020). Quadro do autor.

Quadro 10- Atos complementares de diagnóstico realizados por tipologia de hospital

Tipo de Hospital	Atos complementares de diagnóstico						
	Patologia Clínica	Imuno-hemoterapia	Anatomia patológica	Imagiologia	Endoscopia	Medicina Nuclear	Psicologia
Público	103 098 721	3 876 585	1 213 684	8 058 580	325 100	136 907	196 562
Privado	10 667 376	43 814	378 570	3 575 611	402 460	10 778	23 623
PPP	9 129 060	204 733	148 563	1 024 892	31 487	3 168	24 443
Total	122 895 157	4 125 132	1 740 817	12 659 083	759 047	150 853	244 628
Público - %	84%	94%	70%	64%	43%	91%	80%
Privado - %	9%	1%	22%	28%	53%	7%	10%
PPP - %	7%	5%	8%	8%	4%	2%	10%

Fonte: INE (2020). Quadro do autor

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Em traços gerais, o setor privado demonstrou ser mais flexível e inovador durante os últimos anos, sobretudo na capacidade de aquisição de equipamentos tecnológicos avançados de diagnóstico e terapêutica (Barros & Simões, 2007; Fernandes & Nunes, 2016). Apesar de o setor público continuar a desempenhar um papel fundamental na prestação de alguns destes tipos de serviços, e de grande parte dos serviços prestados no setor privado serem comparticipados pelo Estado, o setor privado tem crescido no que à sua influência e importância na globalidade do sistema de saúde diz respeito. Grupos privados como a José de Mello Saúde, Espírito Santo Saúde (atual Luz Saúde), Lusíadas Saúde e Trofa Saúde cresceram exponencialmente nos últimos anos, obtendo lucros cada vez mais avultados.

A oferta privada cresceu em áreas estratégicas, em áreas onde se verificavam fragilidades crónicas da oferta pública, o que permitiu que os privados se tornassem a solução para essas lacunas (Augusto Mateus & Associados, 2017). Neste sentido, podemos dizer que existe uma especialização produtiva dentro do sistema de saúde, onde por um lado o SNS presta a maior parte dos cuidados hospitalares (agudos, primários, materno-infantis), e por outro os privados estão incumbidos da prestação de consultas de especialidade, dos exames de diagnóstico e da generalidade da prestação de serviços de cuidados de saúde dental (Oliveira, 2010; Ribeiro, 2009).

Nesta medida, a oferta de cuidados de saúde privados cresceu e evoluiu de mãos dadas com a crescente procura por cuidados de saúde. Em todos os países da OCDE, o crescimento da procura por cuidados de saúde justifica-se, sobretudo, por fatores como o envelhecimento da população, o desenvolvimento tecnológico e o aumento das expectativas dos utentes (WHO, 2002). O crescimento global da procura de cuidados de saúde por parte de uma classe média com mais meios, com diferentes valores e mais consumista desse tipo de cuidados criou desafios aos serviços públicos de saúde e abriu espaço ao crescimento da procura pelo setor privado (OPSS, 2019).

Também em Portugal, a procura por cuidados de saúde privados tem crescido em grande parte devido à limitação da oferta pública. Por um lado, o acesso a cuidados de saúde ao ser um direito constitucional obriga a que o SNS — através da sua dupla função de prestador e financiador — dê uma resposta efetiva na proteção da saúde de todos os cidadãos, quer seja através da prestação de cuidados de saúde nos seus serviços ou através da contratação de entidades privadas para o mesmo efeito (convenções). Por outro lado, e paralelamente à procura privada proveniente do SNS, os subsistemas de saúde financiadores e os seguros voluntários de saúde desempenham um papel preponderante no acesso aos cuidados de saúde privados por parte dos utentes. Cada vez mais, a procura de cuidados se caracteriza por uma combinação de subsistemas de cobertura onde, para além da cobertura universal do SNS, os utentes podem usufruir de

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

uma panóplia alargada de outros esquemas de cobertura que lhes dão um acesso facilitado aos cuidados de saúde privados, tais como: subsistemas de saúde de base profissional (público ou privado) e/ou seguros voluntários/privados de saúde (ERS, 2009).

As razões para o desenvolvimento da multicobertura e conseqüentemente para a crescente procura de cuidados de saúde privados estão relacionadas com dois fatores determinantes: por um lado o fator da comodidade, ao permitir uma maior rapidez no acesso aos cuidados de saúde, um maior conforto, a possibilidade de escolha do médico e a possibilidade de escolha da entidade prestadora; e por outro lado, pela cobertura de certas especialidades, as quais o setor público não tem capacidade de dar uma resposta efetiva, ou estão praticamente a cargo de entidades privadas (Ribeiro, 2009; Augusto Mateus & Associados, 2017).

Nesta medida, os operadores privados de saúde são alimentados por duas tipologias de procura, a saber: o “mercado dos convencionados” e o mercado da “livre escolha”. O primeiro envolve todos os utentes do SNS, que a partir dos serviços convencionados recorrem ao setor privado. O segundo é constituído por aqueles que pagam os serviços do seu próprio bolso e por aqueles que beneficiam de subsistemas de saúde de base profissional (público ou privado) (Ribeiro, 2009). O número de cidadãos abrangidos por um subsistema de saúde de base profissional ronda os 1,9 milhões (quadro 11), ao passo que o número de cidadãos cobertos com seguros de saúde ascende a aproximadamente 2,1 milhões¹⁶ (ERS, 2009; Associação Portuguesa de Seguradoras, 2009).

Quadro 11-Número de beneficiários de subsistemas de saúde e número de prestadores convencionados

<i>Subsistemas de saúde</i>	<i>Número de utentes</i>	<i>Nº de prestadores convencionados</i>
<i>ADSE</i>	1 338 111	2 049
<i>ADM</i>	152 000	420
<i>SAMS</i>	117 000	580
<i>PT-ACS</i>	105 036	8 722
<i>SAD/GNR</i>	102 000	640
<i>SAD/PSP</i>	85 000	1 200
<i>SSMJ</i>	34 000	2 400
<i>Total</i>	1 933 147	

Fonte: ERS (2009). Adaptado.

¹⁶ Existem eventuais situações em que se verifica uma sobreposição de beneficiários de subsistemas de saúde (públicos ou privados) e de seguros voluntários de saúde, pelo que o número total de beneficiários destes esquemas de proteção é algo subjetivo.

3.3 Concorrência ou Complementaridade?

O sistema de saúde tem vindo a operar no sentido de desenvolver mecanismos de articulação entre um setor público essencial e central ao funcionamento do sistema de saúde, e um setor privado (setor social incluído) que tem crescido progressivamente de importância. Até à aprovação da nova Lei de Bases da Saúde em 2019, as políticas de saúde incentivavam o “desenvolvimento do setor privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o setor público” (Número 1, alínea f) da Base II, 1990). A esta diretriz acresce a obrigação constitucional de o Estado articular o setor público, mais preponderante dentro do sistema de saúde, com o setor privado, cada vez mais importante na estratégia de cobertura geral da população. Nesta medida, o incentivo ao desenvolvimento do setor privado ia de encontro aos interesses fundamentais dos utentes, na medida em que a boa coordenação entre setores promove uma melhor gestão de recursos, que por sua vez se vai repercutir num melhor serviço prestado aos utilizadores do SNS (Mendes & André, 2017).

Apesar dos esforços para desenvolver uma maior competitividade entre setores, podemos dizer que o setor privado e o setor público funcionam mais numa lógica de complementaridade do que propriamente numa lógica de concorrência como a Lei de Bases da Saúde de 1990 definia nas suas diretrizes orientadoras. Ainda que as entidades do setor privado desenvolvam diversas iniciativas que as tornam um polo de atratividade — como o investimento em tecnologias inovadoras de diagnóstico e terapêutica — e que a disputa pelo financiamento entre o setor público e privado tenha vindo a crescer, podemos dizer que os setores público e privado se complementam, dado que os privados atuam essencialmente nas áreas mais lucrativas, nas áreas onde o público não consegue dar uma resposta efetiva e nas áreas onde existe um financiamento público assegurado (especialização produtiva) (Oliveira, 2010; Fernandes, 2014).

No entanto, esta ideia de complementaridade entre o setor público e o setor privado não é totalmente incompatível com a ideia de competitividade. Em última análise, o que se verifica é a existência de um mercado livre, onde existe a liberdade de acesso e de prestação de cuidados de saúde — ainda que haja por parte de Estado a regulação de todo o setor da saúde, como forma de estabelecer as regras e práticas que assegurem o normal funcionamento do mercado da saúde (Mendes & André, 2017). O objetivo passa por colocar o utente no centro do sistema de saúde, dando-lhe o direito e a liberdade de “escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde...” a que quer aceder (Número 1, alínea c), Base 2, 2019).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Assim, torna-se claro que os setores público e privado não funcionam de forma independente, eles relacionam-se e complementam-se (tabela 6). Da sua relação de complementaridade nasce um conjunto de benefícios para ambos os setores que por sua vez vão de encontro ao interesse dos cidadãos, a saber: por um lado, o Estado ao recorrer ao setor privado consegue cumprir a sua função de proteção da saúde da população; e por outro lado o setor privado consegue captar um maior número de utentes para os seus serviços, o que faz crescer o seu modelo de negócio. Assim, podemos dizer que existe uma mútua influência entre o setor público e privado, onde a procura pela eficiência, a otimização dos meios disponíveis e a procura pela qualidade pauta a sua relação de complementaridade (Fernandes & Nunes, 2016).

Tabela 6- *Intervenientes na relação público-privado em Portugal*

Forma de relação	Intervenientes
Financiamento Público	Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, SNS (O.E), ADSE, Outros Subsistemas Públicos
Financiamento Privado	Subsistemas de Saúde Privados, Seguros Voluntários, Setor Social, Associações Mutualistas, Cidadãos e Famílias
Financiamento Público + Prestação Pública	SNS (Rede Prestadora de Cuidados), Unidades de Saúde das Forças Armadas
Financiamento Público + Prestação Privada	Setor Convencionado, PPP, Contratos de Gestão
Financiamento Privado + Prestação Privada	Subsistemas de Saúde Privados, Associações Mutualistas
Prestação Privada	Setor Social, Setor Empresarial Privado, Prestadores Individuais

Fonte: Fernandes (2015). Adaptado.

Nos últimos anos a aparente relação harmoniosa entre o setor público e o setor privado (social incluído), no que à partilha de prestação e financiamento de cuidados de saúde diz respeito, tem oscilado consoante a ideologia política em vigor. O debate político tem-se desenvolvido fundamentalmente em torno da capacidade de o modelo misto, nos moldes em que organiza atualmente, continuar a ser ou não suficiente para garantir o acesso universal e geral dos cidadãos.

O SNS consubstanciou-se enquanto um serviço imprescindível, sendo que as divergências políticas se centram na tipologia de gestão dos serviços públicos de saúde, nomeadamente na forma de aumentar a sua eficácia e de garantir determinado tipo de prestação de cuidados que tradicionalmente não são prestadas pelos serviços do SNS (Simões & Fronteira, 2019).

Até ao momento, o modelo misto de organização do SNS tem-se mostrado suficiente para garantir o acesso universal e quase geral a cuidados de saúde, mas tem também demonstrado algumas fragilidades, sobretudo nas desigualdades territoriais de

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

acesso, na capacidade instalada (o número de camas do SNS é insuficiente) e no número escasso de recursos financeiros e humanos para a crescente procura de cuidados de saúde — o caso do número escasso de recursos humanos é agravado pela diminuição da formação de profissionais de algumas áreas da saúde e pela saída destes para o setor privado e para o estrangeiro (OPSS, 2019).

Apesar de o papel do setor privado ter vindo a variar consoante a vontade política, ora incentivando a sua evolução ora retirando-lhe algum protagonismo, a verdade é que este tem vindo a manter uma presença relevante dentro do sistema de saúde em Portugal. Presença essa que tem no modelo das Parcerias Público-Privadas um dos principais pontos de discórdia ideológica entre as diversas forças partidárias e que, como tal, nos propomos a analisar mais pormenorizadamente no Capítulo 4.

Capítulo 4. O Modelo das PPP

Como pudemos concluir no capítulo anterior, a crescente procura de cuidados de saúde levou a um aumento generalizado da despesa pública. Nesse sentido, desenvolveram-se mecanismos de articulação entre o setor público e o setor privado com vista à satisfação das necessidades dos beneficiários do SNS. Dentro do setor público de saúde, a área hospitalar configura-se como a principal rede de prestação de cuidados de saúde e, conseqüentemente, aquela que representa a fatia de financiamento mais importante do SNS e a parte mais significativa da totalidade da despesa pública em saúde. Nessa medida, e à semelhança do que ocorreu um pouco por todos os países da OCDE, os governos foram desenvolvendo estratégias e operando reformas no sentido de melhorar a *performance* pública hospitalar, com vista a aumentar a qualidade dos serviços e a controlar os gastos públicos, ou seja, com o principal objetivo de melhorar a gestão do dinheiro atribuído ao subsector hospitalar (Simões, 2004).

A maior exigência quanto à atuação dos decisores políticos, técnicos de saúde e gestores públicos levou a que houvesse uma preocupação crescente com a eficiência das unidades públicas de saúde e com o seu financiamento. É nesse sentido que a partir de 2001 as agendas políticas dos sucessivos governos procuraram incluir profundas modificações no modelo organizativo do SNS em geral, e no subsector hospitalar, em particular (Tribunal de Contas, 2013; OPSS, 2003). Sob influência da ideologia da *New Public Management* desenvolveram-se dentro dos hospitais do SNS mecanismos de gestão do tipo mercado, fazendo crescer o modelo de empresarialização hospitalar. Como havíamos referimos anteriormente, as reformas no setor público hospitalar iniciaram-se em 2002 e estenderam-se até 2008, tendo como principais novidades a criação dos hospitais-empresa (EPE) e dos centros hospitalares (CH) (Harfouche, 2012).

É na senda das transformações realizadas na rede pública hospitalar que ainda em 2002 se desenvolvem as primeiras ações com vista à realização de Parcerias Público-Privadas (PPP)¹⁷ nos moldes que hoje as conhecemos.

No âmbito do setor da saúde português, as PPP constituem um mecanismo alternativo e inovador na gestão pública hospitalar. Mais concretamente, as PPP consistem em contratos de gestão e financiamento com entidades do setor privado que visam:

¹⁷ Até ao ano de 2002 a única experiência de PPP realizada num hospital público tinha ocorrido em 1995 no Hospital Amadora-Sintra (Fernando da Fonseca). No entanto, esta experiência distingue-se das que se seguiram porque se tratou apenas de um contrato de gestão clínica, sendo que a construção das infraestruturas hospitalares foi inteiramente financiada por fundos públicos.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

“(…) obter melhores serviços com partilha de risco e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro.” (Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto do Ministério da Saúde, 2002)

Com esta nova solução de gestão hospitalar procurava-se associar o melhor do setor público e o melhor do setor privado. Por um lado, o capital humano (profissionais de saúde) do setor público e, por outro, a capacidade de gestão e financiamento do setor privado na área da saúde (Simões, 2004).

A adoção de PPP no subsector hospitalar justificou-se, também, como uma oportunidade de modernizar o parque hospitalar do SNS — durante um período marcado por fortes restrições orçamentais — e tinha o duplo objetivo de obter ganhos de saúde para os utentes e ganhos de eficiência, através da partilha de risco e responsabilidade entre o Estado e o setor privado (Fernandes, 2014; Barros, 2010). O quadro 12 enumera as principais vantagens e desvantagens deste tipo de parcerias no contexto do subsector hospitalar português.

Quadro 12- Vantagens e desvantagens da adoção de PPP no subsector hospitalar

	Estado (Setor Público)	Setor Privado
Vantagens	Poupança de recursos; Partilha de responsabilidade; Maior qualidade; Garantia de inovação; Maior eficiência; Novos métodos; Partilha de risco; Otimização de recursos; Metas de rendibilidade.	Obtenção de lucro; Controlo de setores de atividade; Maior capacidade de negócio; Aumento de capital.
Desvantagens	Risco de perda de controlo sobre as atividades; Partilha da gestão dos serviços públicos; Risco de custo acrescidos com elevado investimento;	Risco associado aos contratos (construção, gestão e manutenção).

Fonte: Matos & Nunes (2019). Adaptado.

Em Portugal, a primeira abordagem ao modelo de PPP tinha a intenção de lançar dez hospitais (dois novos e oito de substituição), e dividia-se em dois programas: as PPP de primeira vaga e as PPP de segunda vaga (quadro 13). O anúncio da primeira vaga ocorreu em 2001 sob vigência do XIV Governo Constitucional liderado por António Guterres (PS), ao passo que o anúncio da segunda vaga decorreu em 2002 com a entrada

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

em funções do XV Governo Constitucional (coligação entre PSD e CDS-PP) e com Durão Barroso a desempenhar o cargo de Primeiro-Ministro. Até ao momento apenas se concretizaram os acordos das PPP da primeira vaga.

O modelo de PPP adotado em Portugal (primeira vaga) foi ambicioso, inovador e complexo quando comparado com os modelos de PPP internacionais. A estrutura contratual compreendia duas vertentes distintas: por um lado, a conceção à entidade privada da construção e manutenção das infraestruturas; por outro, a conceção aos privados da gestão clínica hospitalar (DGTF, 2012; Tribunal de Contas, 2009). Nesse sentido, o processo envolvia em cada um dos casos a celebração de dois contratos: um contrato para a construção e manutenção das instalações entre o Estado e o consórcio privado durante o período de 30 anos; e outro contrato entre o Estado e a entidade privada encarregue da gestão dos serviços clínicos, com a duração mínima de 10 anos e a duração máxima de 30 anos (Matos & Nunes, 2019).

Até setembro de 2019 eram quatro os hospitais que se encontravam em regime de PPP: Hospital de Cascais, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital de Loures/Beatriz Ângelo (único hospital criado de raiz) e Hospital de Braga. Este último passou para as mãos do Estado, a 1 de setembro de 2019, sob a nomenclatura jurídica de hospital EPE.

Quadro 13- Hospitais da primeira e segunda vaga de PPP

	Natureza da construção	
	Hospitais novos	Hospitais de substituição
Primeira Vaga	Loures e Sintra.	Braga, Cascais e Vila Franca de Xira.
Segunda vaga	Não estavam previstos.	Évora, Gaia, Póvoa/Vila do Conde, Guarda e Algarve.

Fonte: Simões (2004). Figura do autor.

Para uma melhor compreensão da evolução das PPP em Portugal, a seguinte tabela pretende ordenar cronologicamente os principais acontecimentos e as principais decisões políticas ao longo dos últimos 25 anos de experiências público-privadas na área hospitalar (tabela 7).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Tabela 7- Evolução cronológica das PPP em Portugal

Governo	Cronologia de principais acontecimentos
XII Governo Constitucional liderado por Aníbal Cavaco Silva (PSD).	1995 - Primeira experiência de PPP no Hospital Amadora-Sintra.
XIV Governo Constitucional liderado por António Guterres (PS).	2001 - É formulada a primeira vaga de PPP.
XV Governo Constitucional liderado por Durão Barroso (PSD).	2002 - É iniciada a primeira vaga de PPP; - Toma forma a segunda vaga de PPP; 2003 - É lançado o primeiro concurso público internacional para o Hospital de Loures; 2004 - É lançado o concurso para o Hospital de Cascais.
XVI Governo Constitucional liderado por Pedro Santana Lopes (PSD).	2005 - É lançado o concurso público para o Hospital de Braga.
XVII Governo Constitucional liderado por José Sócrates (PS).	2005 - É lançado o concurso público para o Hospital de Cascais; 2006 - É extinto o concurso de Loures devido a irregularidades; 2007 - É lançado um segundo concurso para o Hospital de Loures; - É acrescentado um novo Hospital de PPP aos que já estavam previstos, o Hospital Lisboa Oriental; 2008 - É assinado o contrato de PPP do Hospital de Cascais; - Chega ao fim a PPP do Hospital Amadora-Sintra
XVIII Governo Constitucional liderado por José Sócrates (PS).	2010 - O Hospital de Cascais é inaugurado; 2011 - O Hospital de Braga abre portas.
XIX Governo Constitucional liderado por Pedro Passos Coelho (PSD).	2012 - Abre ao público o Hospital de Loures; 2013 - Abre o último dos Hospitais, o de Vila Franca de Xira.
XXI Governo Constitucional liderado por António Costa (PS).	2017 - É lançado um novo concurso para o Hospital Lisboa Oriental; 2018 - É aprovada a renovação do contrato de PPP do Hospital de Cascais; 2019 - Termina a PPP do Hospital de Braga.

Fonte: Figura do autor.

Partindo para uma breve análise ao desenvolvimento do programa das PPP hospitalares em Portugal, verificamos que a primeira vaga revelou alguns problemas de concretização, nomeadamente na vertente contratual. Os prazos estabelecidos inicialmente demoraram vários anos até se concretizarem. O relatório do Tribunal de Contas (2009), relacionava esses atrasos ao facto de o modelo de PPP adotado ser totalmente inovador — ao incluir a exploração dos serviços clínicos por entidades privadas — tendo obrigado o Estado a uma avaliação mais aprofundada e complexa das negociações. Além destes constrangimentos, também se verificou a extinção do primeiro concurso do Hospital de Loures, havendo posteriormente a reedição do mesmo concurso, mas com um menor potencial competitivo. E ainda, o cancelamento definitivo

do concurso ao contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra, que posteriormente viria a ser convertido num hospital EPE.

O relatório do Tribunal de Contas (2013, pp.51) referia que se verificavam “falhas ao desempenho destes projetos, nalguns casos graves a ponto de serem enquadráveis nos motivos previstos para a rescisão contratual pelo Estado.” O relativo insucesso do modelo de PPP da primeira vaga deveu-se a fatores como: a ausência de uma estratégia coerente por parte do Estado e do Ministério da Saúde na aplicação do modelo de PPP em causa; o modelo revelou ser demasiado complexo e desconhecido; não foram desenvolvidos projetos piloto; verificou-se uma falta de clareza ao longo dos processos contratuais; os procedimentos foram excessivamente burocráticos; e verificou-se uma incapacidade geral do Estado para dar resposta a todo o processo contratual (Tribunal de Contas, 2009). Um conjunto de fatores que, por sua vez, conduziram a uma desconfiança permanente por parte dos parceiros privados.

Como consequência, na segunda vaga, prevista para 2008, optou-se por um modelo menos ambicioso, onde apenas ficou prevista a conceção aos privados da construção e manutenção das infraestruturas. Para isso, contribuíram as grandes dificuldades em monitorizar a qualidade dos serviços, de controlar os pagamentos e a questão ideológica da presença de privados na gestão clínica dos serviços públicos de saúde (SNS) — importa referir que os moldes do modelo de PPP da segunda vaga foram decididos em 2006, durante a legislatura do XVII Governo Constitucional liderado por José Sócrates (PS) (Sarmiento, 2013).

Os planos da segunda vaga ficaram, no entanto, em “suspense” a partir de 2011, fruto da crise económica e dos condicionalismos económicos impostos pela Troika, que desaconselhava o Estado português a assumir qualquer novo acordo em regime de PPP. Só em 2017, é que foram criadas condições políticas, técnicas e económicas para o lançamento do concurso de uma nova PPP hospitalar, mais concretamente a do novo Hospital de Lisboa Oriental (Comissão Europeia, 2011; CHLC, 2017).

Em jeito de síntese, desde início que o programa das PPP (primeira vaga) gerou grande polémica em termos políticos e ideológicos. A falta de experiência internacional no pioneiro modelo de PPP adotado em Portugal, levou a que todo o processo fosse alvo de um forte escrutínio. Foram inúmeras as questões levantadas relativamente a padrões de qualidade do serviço público prestado, rigor nos registos de faturação e rigor nos sistemas de controlo dos referidos hospitais (Domingues, 2019; Fernandes 2014).

Para além dos factos enunciados, também os problemas iniciais na morosidade processual dos contratos e nos custos a ele associados — verificaram-se diversas derrapagens ao longo de todo o processo — contribuíram para que as PPP se tornassem

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

num tema polémico e politicamente divisivo no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Barros, 2010; Tribunal de contas, 2009).

Ainda assim, grande parte dos estudos realizados recentemente no âmbito das PPP hospitalares não apontam grandes malefícios ao modelo adotado, sendo que alguns identificam ligeiras vantagens.

Em 2016, a Entidade Reguladora para a Saúde (ERS) realizou um estudo sobre os hospitais do SNS em regime de PPP, com o objetivo de compreender o que esses hospitais tinham trazido de positivo e de negativo ao SNS. Nessa medida, o estudo versava sobre quatro aspetos: eficiência relativa; eficácia; qualidade; e custos de regulação. As conclusões gerais do estudo não se demonstraram totalmente esclarecedoras, não havendo indícios de haver vantagens ou desvantagens da utilização de PPP na gestão hospitalar (ERS, 2016).

Por sua vez, no estudo desenvolvido por Sarmiento & Silva (2020) foram comparados os níveis de eficiência entre os quatro hospitais em regime de PPP e os hospitais de gestão pública (EPE), durante o período de 2013 e 2017. Os resultados do estudo concluíram que durante este período, os hospitais em regime PPP foram, em média, mais eficientes que os hospitais-empresa geridos pelo Estado. Dos 34 hospitais em análise apenas 9 foram considerados eficientes, sendo que desse total 8 eram geridos pelo Estado e 1 era um hospital em regime de PPP (Hospital de Loures). Ainda assim, apesar da média de eficiência dos dois modelos ser favorável aos hospitais PPP, os resultados obtidos revelaram que a gestão pública (EPE) pode ser bastante eficiente no contexto hospitalar (Sarmiento & Silva, 2020).

No mesmo sentido, também o relatório do Tribunal de Contas (2019) relativo à auditoria realizada ao Hospital de Vila Franca de Xira no período de 2012 a 2017 referiu vantagens no recurso à gestão clínica em regime de PPP. O relatório concluiu que a referida PPP permitiu um aumento substancial da oferta de cuidados de saúde à população servida por aquele hospital e que em estimativa permitiu que o Estado poupasse cerca de 30 milhões de euros, face ao que em média poderia ter gastado caso o hospital estivesse sob gestão pública.

No que diz respeito a encargos financeiros do Estado com as PPP, o relatório do Programa Nacional de Reformas 2016 – 2023 (2018, pp. 65) referia que nos Hospitais em regime de PPP de Braga e Cascais se verificou uma “efetiva transferência de riscos para os parceiros privados, que obtiveram uma rentabilidade económica bastante inferior à que projetaram, sem que daí adviessem quaisquer encargos adicionais para o Estado”.

Ainda assim, a partir da análise do quadro 14 é perceptível que os encargos do Estado com as PPP aumentaram continuamente entre 2013 e 2018. No ano seguinte, em

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

2019, os encargos do Estado diminuíram 9%, para um total de 427,5 milhões de euros, face ao período homólogo do ano anterior. Esta descida abrupta deve-se essencialmente ao facto de o término do contrato da PPP do Hospital de Braga estar previsto para esse mesmo ano, o que representou uma redução de 80% do total dos encargos com o referido hospital (cerca de 41 milhões de euros) (UTAP, 2019).

Quadro 14- Encargos do Estado com as quatro PPP hospitalares

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Encargos do Estado	401 milhões de euros	412 milhões de euros	429 milhões de euros	442 milhões de euros	446 milhões de euros	469 milhões de euros	427 milhões de euros

Fonte: UTAP (2013); UTAP (2014); UTAP (2015); UTAP (2016); UTAP (2017); UTAP (2018); UTAP (2019). Quadro do autor.

Ainda assim segundo António (2014), o facto de ter havido acréscimos no despesismo com as PPP durante os últimos anos não significa que estas representem um risco de insustentabilidade financeira para o SNS, dado que o próprio SNS já se encontrava numa situação financeiramente frágil, motivo pelo qual o Estado recorreu ao modelo de gestão inovador de PPP. A autora acrescenta que o modelo do SNS, nos moldes ideológicos em que foi edificado, se tornou incapaz de se adaptar às novas exigências dos cidadãos. O aumento da esperança média de vida trouxe consigo novos encargos sociais, o que por sua vez se traduziu num SNS sobrecarregado. Foi nesse sentido que o Estado teve a necessidade de recorrer a soluções mais vantajosas e que permitissem uma renovação do sistema de saúde. As PPP surgem como a alternativa que ajudou a revolucionar o setor da saúde em Portugal, pois permitiram a construção de hospitais modernos, com tecnologia de ponta e com técnicas médicas e cirúrgicas inovadoras que globalmente se traduziram em ganhos para a saúde dos beneficiários do SNS (António, 2014).

Nesse sentido, o programa das PPP configura-se como uma das bases da estratégia política de saúde dos sucessivos governos. O programa tem-se debruçado essencialmente no progresso da oferta de serviços hospitalares com vista à melhoria da qualidade de vida dos beneficiários do SNS (DGTF, 2010). Não havendo certezas sobre os benefícios ou malefícios inerentes ao recurso a PPP no contexto hospitalar, Sarmiento (2013) refere que a opção por este tipo de parcerias na área da Saúde é uma das mais válidas no campo global das PPP. O autor justifica esta afirmação com o facto de o aumento das despesas com saúde ser um problema orçamental grave, que caso não seja acautelado pode ter efeitos devastadores na qualidade dos serviços prestados pelo SNS.

Capítulo 5. A visão dos partidos com assento parlamentar sobre o SNS em Portugal (2019)

Como referimos, os programas eleitorais são uma das principais ferramentas de comunicação utilizadas pelos partidos políticos antes de um ato eleitoral e têm como principal função informar os cidadãos sobre as suas posições políticas oficiais. Nessa medida, os programas eleitorais são documentos que contêm um conjunto de propostas que refletem as ideologias partidárias e as estratégias a adotar por estes no futuro, com o fim último de corresponder às expectativas e interesses dos eleitores. De entre os assuntos contemplados nos programas eleitorais, a área da Saúde é uma das áreas transversais a todos os programas, dado que o bem-estar é um dos valores tradicionalmente mais presados pelos cidadãos (Reto & Nunes, 1995).

Tal como ficou estabelecido, a opção metodológica para atingir os objetivos da investigação passa pela análise dos programas eleitorais de 2019, e mais especificamente das propostas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Nesse sentido, no presente capítulo, iremos centrar a nossa análise nos programas eleitorais dos dez partidos políticos que obtiveram representação parlamentar em 2019, um número inédito em toda a história da democracia portuguesa. São nove os programas eleitorais em análise, nomeadamente o do Partido Socialista (PS), do Partido Social Democrata (PSD), do Bloco de Esquerda (BE), do Partido Popular (CDS-PP), do Partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN), do Partido Chega (CH), do Partido Iniciativa Liberal (IL), do Partido Livre (L) e da Coligação Democrática Unitária (CDU) composta pelas forças partidárias do Partido Comunista Português (PCP) e do Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV), que apresentaram um programa eleitoral em conjunto.

5.1 Espectro político Esquerda-Direita das forças políticas que obtiveram representação parlamentar em 2019

O atual sistema partidário português — formado após as eleições legislativas de 6 de outubro de 2019 — conta com a presença de dez forças partidárias, das quais sete já tinham obtido representação parlamentar pelo menos desde as eleições legislativas de 2015, e três que elegeram deputados pela primeira vez. Nesse sentido, antes de iniciar a referida análise aos programas eleitorais, consideramos pertinente realizar breves considerações sobre cada um dos dez partidos políticos que obtiveram representação

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

parlamentar em 2019, de modo a facilitar a posterior análise das suas propostas no âmbito do SNS em Portugal.

Nessa medida, o Partido Comunista Português (PCP) configura-se como o partido mais à esquerda e é o mais antigo do sistema partidário — foi criado em 1921 e operou clandestinamente durante o regime Salazarista — e em 1974 era o único que possuía uma estrutura organizada e um conjunto de simpatizantes considerável (Jalali, 2015). A sua matriz ideológica é vincada, apoia-se no comunismo e mais especificamente nos princípios do marxismo-leninismo ortodoxo, defendidos pelo seu carismático e antigo líder Álvaro Cunhal (Jalali, 2015). A partir de 1976, fruto da crise que atingiu o país, o partido procedeu a mudanças no eixo da sua estratégia política, ao substituir os ideais de revolução democrática e nacional pela luta por uma democracia avançada. Contudo, o partido manteve a sua luta anticapitalista e antimonopolista, onde o principal objetivo passa por nacionalizar setores fulcrais para a vida do país e consequentemente potenciar o poder estatal (Lisi, 2011).

Quanto ao Partido Socialista, caracteriza-se como um partido de centro-esquerda e tem-se configurado como um dos partidos do governo desde 1974. Fundado na Alemanha em 1973, o PS é considerado um partido composto pela classe média e média baixa urbana, sendo que os seus militantes têm três origens ideológicas principais: antigos socialistas, ex-comunistas e católicos (Fraqueiro, 2014). No que diz respeito à sua evolução ideológica, o partido teve um período inicial de definição onde o papel do seu líder histórico Mário Soares foi fundamental. Pela mão de Soares, o PS foi progressivamente rumando ao centro através do bloqueio das alianças à esquerda com o PCP e do afastamento das alas eanistas do partido (Jalali, 2017). A partir de 1995, com António Guterres, os pilares ideológicos do PS passaram a centrar-se nas questões de emprego, na reforma do SNS, na equidade fiscal e na recuperação económica (Fraqueiro, 2014).

O Partido Popular Democrático/Partido Social Democrata (PSD), conjuntamente com o PS, domina o governo em Portugal desde 1976 e ocupa o centro-direita do espectro político (Jalali, 2015). O partido surgiu quase de forma espontânea como resposta ao regime democrático que se formou a 25 de abril de 1974. Teve como principal fundador Francisco Sá Carneiro e caracteriza-se como sendo um partido que historicamente necessita da existência de um líder carismático (Lopes, 1988). O partido não tem uma tipologia de eleitorado definida, ou seja, é um partido interclassista pois engloba diversos setores da sociedade desde a classe média/alta, ao proletariado e ainda pequenos proprietários de zonas rurais (Antunes, 1982). Nos últimos anos, os programas eleitorais do PS e PSD têm sido bastante semelhantes, motivo pelo qual o seu antigo líder Passos Coelho deu prioridade às políticas de inspiração liberal em detrimento das

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

políticas de carácter social priorizadas por anteriores líderes partidários como Marques Mendes (Lisi, 2011; Fraqueiro, 2014).

O Centro Democrático Social/ Partido Popular (CDS-PP) foi formado após a revolução de 25 de Abril de 1974, mais concretamente em julho de 1974, pelas elites da classe média/alta conservadoras e católicas — algumas das principais figuras estavam ligadas ao antigo regime, como por exemplo Freitas do Amaral e Adriano Moreira. O partido declarava-se, inicialmente, como centrista e humanista de índole cristã, no entanto a sua ideologia foi sofrendo algumas alterações ao longo do tempo, sendo que nos últimos anos se tem configurado como um dos partidos políticos mais posicionado à direita (Jalali, 2015). A ideologia do partido assenta na defesa dos valores da família e da sociedade aos quais também se juntam as questões da defesa da iniciativa privada, do nacionalismo e da tradição rural.

No que diz respeito ao Bloco de Esquerda (BE), foi fundado em 1999 e resulta de uma fusão entre três organizações políticas tidas como a “verdadeira Esquerda” portuguesa: União Democrática Popular (UDP), o Partido Socialista Revolucionário (PSR) e o movimento Política XXI (composto por cidadãos que anteriormente pertenciam ao PCP). A par do PCP, o BE é tido como um partido que se enquadra na ala da esquerda radical e é reconhecidamente eurocético (Lisi, 2020). O seu eleitorado é considerado o mais pós-materialista, o mais jovem, maioritariamente de zonas urbanas, que trabalha em setores ligados à administração pública, que tem uma maior formação superior e por sua vez apresenta rendimentos típicos de classe média (Belchior, 2008). O partido é também caracterizado pelo combate a todo o tipo de discriminação (género, sexual, étnica, religião) e pela oposição ao capitalismo. O crescimento do BE tem sido notório como os seus resultados eleitorais têm vindo a comprovar. Nas últimas duas eleições legislativas (2015 e 2019), o partido obteve os seus melhores resultados ao alcançar 19 mandatos.

O atual sistema de partidos português conta com a presença de outras cinco forças partidárias, a saber: Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV); Pessoas - Animais - Natureza (PAN); Chega (CH); Iniciativa Liberal (IL); e Livre (L). Quanto ao PEV, tem a particularidade de nunca se ter apresentado em eleições sozinho, na medida em que concorre sempre em coligação com o PCP, através da CDU. Fundado em 1982, configura-se como um partido de esquerda que defende essencialmente causas como o ambiente e a ecologia. É tido como o partido pioneiro na defesa do ambiente e aquele que teve o papel mais importante na consciencialização ecologista na sociedade portuguesa.

Por sua vez, o PAN caracteriza-se como um partido que defende os direitos humanos, dos animais e a natureza. O partido foi fundado no ano de 2009, e em 2015 elegeu pela primeira vez 1 deputado para a Assembleia da República. É considerado um

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

partido inovador, dado que os seus responsáveis afirmam que o partido não é de esquerda nem de direita pois defende causas comuns a todos os partidos. O PAN tem vindo a crescer, sendo que nas eleições de 2019 o partido elegeu 4 deputados.

O Chega, liderado por André Ventura, obteve resultados importantes nos arredores de Lisboa e no Alentejo conseguindo alcançar um mandato no círculo eleitoral de Lisboa. Apesar de contar apenas com um deputado, o partido tem apresentado potencial para alterar estruturalmente o panorama político português. Considerado como um partido da nova direita radical é caracterizado como sendo antissistema, populista e de extrema-direita. O Chega tem atuado como um “divisor de águas” em Portugal ao basear o seu discurso em questões anti-imigração (Fernandes & Magalhães, 2020; Marchi, 2020).

Por sua vez, a Iniciativa Liberal, liderada por João Cotrim Figueiredo, trouxe uma agenda canónica libertária para o panorama político português. O partido obteve os seus melhores resultados junto dos eleitores mais jovens e de classe alta em zonas onde, não por coincidência, o CDS-PP perdeu mais eleitorado (Fernandes & Magalhães, 2020).

Quanto ao Livre, sob a liderança de Rui Tavares, apresentou Joacine Katar Moreira como cabeça de lista por Lisboa, apresentando um conjunto de posições que se aproximam mais da esquerda-libertária Verde Europeia (Fernandes & Magalhães, 2020).

O desfecho das eleições legislativas de 2019 veio confirmar o que já se adivinhava desde o final das eleições legislativas de 2015, relativamente a uma possível mudança no sistema partidário português. Até 2015, os eixos fundamentais para a estabilidade do sistema partidário em Portugal eram dois: a competição entre PS e PSD e ausência de coligações à esquerda. Todavia, o pós-eleições legislativas — que resultou na formação do XXI Governo Constitucional liderado por António Costa e pelo PS, fruto de um entendimento entre os partidos de Esquerda (PS, BE, PCP, PEV) também apelidado de “Geringonça” — alterou este padrão e levou a que figuras políticas tanto à esquerda como à direita falassem numa “mudança significativa no sistema partidário” (Jalali, 2017, p. 54).

As legislativas de 2019 vieram confirmar essa mudança através da emergência de três novas forças partidárias: o Chega, um partido de extrema-direita; a IL, um partido de direita que apresenta uma agenda mais liberal que o CDS-PP e o PSD; e o Livre, um partido da esquerda libertária e pró-Europeu que se distingue de outros partidos de esquerda ao centrar a sua luta em questões raciais e de género (figura 5) (Fernandes & Magalhães, 2020; Lisi *et al.*, 2020).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Figura 5- Escala esquerda-direita de posicionamento dos partidos políticos com representação parlamentar



Fonte: Elaboração própria.

As principais razões apontadas para esta reconfiguração do sistema partidário incidem na insatisfação generalizada por parte dos eleitores de direita para com os líderes partidários à direita e os escassos incentivos para uma votação à esquerda. Apesar de a percentagem de votos nos dois principais partidos (PS e PSD) permanecer elevada e semelhante ao de anos anteriores, o facto é que as eleições legislativas de 2019 culminaram num parlamento composto por dez forças partidárias, a maior diversidade representativa de sempre. (Fernandes & Magalhães, 2020).

5.2 Conteúdo dos programas eleitorais no âmbito do SNS (2019)

Neste ponto da investigação procuramos fazer uma análise de conteúdo extensiva aos programas eleitorais dos dez partidos com representação parlamentar em 2019. Esta análise mais aprofundada permitirá retirar informação e chegar a conclusões sobre a visão e as linhas orientadoras que cada partido apresentou no âmbito do modelo de SNS a implementar no futuro. Posteriormente, os resultados obtidos nesta análise permitirão comparar e organizar os partidos políticos sob um espectro de posicionamento ideológico relativamente ao modelo de SNS que defendem. Nesse sentido, a nossa análise irá centrar-se essencialmente no(s) capítulo(s) que cada um dos partidos dedicou à pasta da saúde, em geral, e do SNS, em particular.

5.2.1 Partido Socialista (PS):

Para as eleições legislativas de 2019, o PS apresentou um programa eleitoral intitulado de “Fazer ainda mais e melhor”. O programa dá um grande destaque à temática da Saúde e do SNS, nomeadamente no ponto I.II.4 “Um SNS mais justo que responda melhor às necessidades da população”. Este ponto encontra-se dividido em seis

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

objetivos que o partido se propõe a atingir e que por sua vez estão subdivididos em 27 propostas concretas.

O partido encara o investimento no SNS — através da construção de novos hospitais, obras de requalificação de unidades e serviços hospitalares e reforço de equipamentos hospitalares — como uma das prioridades de investimento público no decorrer da sequente legislatura. O reforço do SNS e a adaptação do mesmo ao envelhecimento populacional são tidos como parte crucial do objetivo fundamental de aumentar a eficácia dos serviços públicos e de diminuir as desigualdades (p.15-18).

A estratégia a adotar pelo PS centra-se na inovação e na mudança de paradigma dentro do modelo de SNS existente. O partido defende um modelo baseado no princípio de que o Estado tem o dever e a responsabilidade de garantir a proteção da saúde através do SNS, sendo que a contratação de entidades privadas fica dependente das necessidades gerais da população.

Entre as diversas propostas apresentadas, o PS destaca a necessidade de reforçar os cuidados de saúde primários, sobretudo através da generalização do acesso a cuidados de saúde oral, visual, de psicologia, nutrição, dos meios de diagnóstico e das especialidades de ginecologia e pediatria (p. 24).

Outro dos pontos que o partido destaca como prioritário é a diminuição dos custos suportados pelos cidadãos. Os elevados pagamentos diretos das famílias portuguesas são tidos como uma ameaça à cobertura universal da saúde, como tal o partido propõe: o alargamento da cobertura dentária no SNS; a paulatina eliminação das taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários; e o incentivo à prescrição de medicamentos genéricos (p. 25).

A preocupação do PS em diminuir as listas de espera no SNS também está patente nas suas propostas, através da adoção de medidas como: o alargamento das consultas externas; a melhoria na coordenação entre Cuidados Primários e Hospitalares; a manutenção da aposta de reforço dos recursos humanos; a maximização e aproveitamento dos profissionais formados nas áreas onde o SNS apresenta maiores debilidades; e o ajuste da distribuição geográfica da capacidade instalada de modo a que haja um nível adequado de acessibilidade em todas as especialidades (p.26).

A melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde é outra das prioridades presentes no programa eleitoral do PS. O objetivo passa por equilibrar as expectativas dos profissionais de saúde com as necessidades da população. A este princípio junta-se a vontade de o partido prosseguir com as políticas de promoção da coexistência harmoniosa entre setor público e privado, de modo que dessa relação se criem benefícios para os utilizadores do SNS (p.27).

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Por fim, a aposta nas novas tecnologias é apresentada como outra das grandes bandeiras do programa eleitoral do PS, com o objetivo de melhorar o acesso dos utilizadores do SNS e de implementar meios de diagnóstico e terapêutica de última geração (p.215).

5.2.2 Partido Social Democrata (PSD):

No programa eleitoral do PSD intitulado de “Primeiro Portugal”, o Capítulo 6 congrega em si as perspetivas futuras que o partido tem para a Saúde em Portugal e mais concretamente para o SNS. No subponto intitulado de “Um Serviço Nacional de Saúde que cumpra a Constituição”, o PSD revela quais as prioridades para o futuro do sistema e aponta 11 medidas concretas a adotar.

O partido começa por elaborar uma breve síntese sobre o estado do SNS na atualidade e faz referência aos problemas que este atravessa, tais como a diminuição da qualidade dos serviços e os problemas de acessibilidade (equidade) de alguns grupos sociais mais desfavorecidos. Como resposta aos problemas identificados, o PSD refere que a sua estratégia passa por fazer cumprir a Constituição, onde estão expressas as garantias de acesso a cuidados de saúde universais, gerais e tendencialmente gratuitos por parte de todos os cidadãos. Direitos que, na ótica do partido, não têm sido respeitados na íntegra. Para inverter tal situação, o PSD acredita ser necessário redefinir o sistema e instituir um SNS verdadeiramente suportado por três atores principais: o setor público, o setor privado e o setor social. Ou seja, passar de um modelo de “SNS fechado” e fortemente marcado pelo papel maioritário do Estado, para um modelo onde existe uma “cooperação inteligente” entre todas as iniciativas (pública, privada, social). Ainda assim, o PSD considera que o Estado deve continuar a desempenhar um papel importante no seio do SNS, no entanto essa presença não deverá interferir na cooperação com as entidades privadas (setor social incluído). As vantagens e os objetivos da adoção deste tipo de modelo são, no entender do PSD, os seguintes: garantir o acesso ao SNS por parte de todos os portugueses de forma mais justa, equitativa e tendencialmente gratuita; permitir a comparação e competição entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, saindo o utente a ganhar com essa maior oferta; e a diminuição de custos para o Estado e utilizadores, sem que os serviços percam qualidade (p.58).

O PSD apresenta um conjunto de orientações com vista à mudança do modelo de gestão dos serviços públicos, nomeadamente através da autonomização da gestão das entidades do SNS, da responsabilização das equipas pelos resultados atingidos e pela criação de um sistema de incentivos e penalizações mediante objetivos previamente estabelecidos.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Este conjunto de alterações ao modelo de SNS deverá ser acompanhado de medidas como: o recurso às PPP, sempre que se verificar mais vantajoso (maior qualidade e menor custo associado); introdução de um novo modelo de gestão dos hospitais públicos baseado em objetivos e níveis de eficiência predefinidos; alargamento do sistema SIGIC — sistema de listas de espera que emite vales de cirurgias a serem realizadas em instituições privadas, quando as públicas não garantam tempos de espera clinicamente aceitáveis — às consultas de especialidade; contratualização de médicos de família do setor público e privado de modo a que todos os portugueses tenham acesso a estes profissionais de saúde; e realização de acordos com o setor social com o objetivo de aumentar em cerca de 25% a rede de cuidados continuados e paliativos (p. 59-60).

5.2.3 Bloco de Esquerda (BE):

No programa eleitoral do Bloco de Esquerda intitulado de “Faz Acontecer”, o partido dá grande relevância à temática da Saúde e do SNS. Esse destaque é comprovado, desde logo, pelo facto de um dos tópicos que se seguem ao título do programa ser o de “Salvar a Saúde”, demonstrativo da centralidade que a matéria tem no programa eleitoral do partido. Este tópico vem acompanhado de outros dois, um que alude à questão da emergência climática e outro ao combate à precariedade, compondo o trio de prioridades que o Bloco de Esquerda destaca na capa do seu programa eleitoral de 2019.

A partir de uma análise geral ao programa do BE concluímos que a estratégia e os objetivos partidários passam pelo reforço do Estado Social. Matérias como a luta contra o capitalismo e a democratização da economia, a defesa e proteção do emprego, o garante de habitação acessível, o combate aos preconceitos e a defesa da escola pública e do SNS são a espinha dorsal da estratégia global do partido (p. 6-7). Ora, no âmbito do reforço do Estado Social e dos serviços essenciais, o BE compromete-se a contratar para a função pública 20 mil pessoas todos os anos ao longo dos quatro anos de legislatura, sendo que desse total 18 mil se destinam ao SNS. O partido assume o reforço e o investimento no SNS como uma das suas prioridades, chegando mesmo a afirmar que estas medidas se destinam ao salvamento do sistema de saúde (p.40).

Como referimos, o SNS é um dos pilares do programa eleitoral do BE. Nessa medida, no capítulo 3.8 “Salvar o Serviço Nacional de Saúde” o partido estabelece o caminho a percorrer e os objetivos a atingir no campo dos cuidados de saúde. De um modo geral, o BE procura alcançar um sistema de saúde universal, geral, gratuito, público e de qualidade (p.86). Para que tal seja possível de concretizar, o reforço do orçamento do SNS surge no topo das prioridades do partido (p.88). O BE afirma que a percentagem de PIB despendida nos serviços de saúde públicos é insuficiente e inferior à média da OCDE e da União Europeia. Desse modo, o partido vê potencialidades em

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

aumentar o investimento no SNS, nomeadamente através da redução de gastos com os privados. O reforço do investimento no SNS é visto como uma medida que pretende diminuir despesas de contratualização, terminar com as PPP hospitalares e evitar o desvio de profissionais de saúde e de utentes para o setor privado (p.91).

Acompanhado deste aumento orçamental, o partido pretende criar um plano de investimentos em equipamentos tecnológicos inovadores — principalmente meios complementares de diagnóstico — e na construção e renovação de infraestruturas (p.88).

Para o efetivo reforço dos serviços públicos de saúde, o partido defende que haja uma vincada separação entre o setor público e o setor privado. O BE defende, particularmente, a impossibilidade de os privados gerirem entidades do SNS e acrescenta que os setores privados lucrativo e social são supletivos ao SNS. Para além disso, o programa prevê uma maior autonomia das instituições do SNS na contratação de profissionais de saúde e na realização de investimentos de pequena escala (p.88).

Outro dos pontos fundamentais para o BE são os recursos humanos em saúde. O partido, pretende valorizar mais os profissionais de saúde através da criação dos planos de carreira. A melhoria das condições dos profissionais do SNS tem como objetivo fixar os recursos humanos no SNS e criar incentivos para os distribuir pelas localidades mais carenciadas (p.88).

A aproximação do SNS aos utentes é outro dos pontos principais do programa do BE. O reforço dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a generalização do acesso a Unidades de Saúde Familiar (USF) e a melhor adaptação e articulação dos centros de saúde com a comunidade são claros objetivos por parte do partido. Aliado a estas medidas surgem outras propostas no mesmo sentido, como a eliminação das taxas moderadoras e o combate às listas de espera (p.89).

No campo do investimento público na saúde, o partido vê como necessidade a aposta na maior multidisciplinaridade no campo da Saúde Pública, mais concretamente através do reforço de áreas como a Epidemiologia, Demografia, Estatística e Sociologia dentro do SNS. O restante investimento divide-se em áreas como a prevenção de doença e promoção da saúde, o investimento em organismos públicos de saúde como o INEM, e no reforço dos Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos (p. 89-90).

5.2.4 Centro Democrático Social/Partido Popular (CDS-PP):

No que diz respeito ao programa eleitoral do CDSP-PP, o SNS é tido como parte integrante de um conjunto de reformas que visam a construção de um Estado mais justo, eficiente e que garanta o acesso e a liberdade a todos os cidadãos. Nessa medida, a visão principal do partido para a organização futura do SNS passa pela coexistência e cooperação entre o setor privado (setor social incluído) e o setor público. Esta opção visa

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

um acesso mais eficaz aos cuidados de saúde, com maior rapidez de processos e tornando o sistema mais universal (p.17).

O capítulo 4 do seguinte programa eleitoral, intitulado de “Um Sistema de Saúde que não falha quando mais precisamos”, contém os objetivos e as propostas que o CDS-PP delineou no âmbito da área da Saúde e do SNS. O capítulo é extenso, aborda diversas questões dentro da temática e conta com oito objetivos orientadores, que por sua vez estão divididos em 34 propostas concretas.

Inicialmente, o partido reforça a posição de que não compete ao Estado prestar diretamente todos os serviços de saúde. No entender do partido, o SNS é indispensável dentro do sistema de saúde, todavia a sua ação deverá ser conjugada e articulada com a dos setores privado e social. A relação entre setores deverá acontecer numa lógica de concorrência em determinadas ocasiões e de complementaridade noutras. O objetivo passa por colocar o utente no centro do sistema, garantindo uma panóplia alargada de serviços que garantam uma Saúde mais eficaz, mais equitativa, com maior qualidade e que não dependa da capacidade de pagar do utilizador (p.141-142).

Como já foi referido, um dos principais objetivos inscritos no programa do CDS-PP passa por garantir a equidade de acesso a cuidados de saúde. Para tal, o partido pretende manter o carácter misto do sistema de saúde português, ao mesmo tempo que considera indispensável implementar medidas complementares como: o alargamento do modelo das Unidades Locais de Saúde a todas as regiões do país; o reforço das Unidades de Saúde Familiar; o alargamento da ADSE a toda a população; tornar os seguros de saúde deduzidos fiscalmente tal como acontece com a ADSE; garantir que, sempre que o SNS não cumpra os prazos clinicamente aceitáveis em consultas de especialidade, todos os utentes possam recorrer a qualquer hospital da rede pública, privada e social; o incentivo da hospitalização domiciliária; e o reforço da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (p. 143-146).

Outro dos objetivos a alcançar no sistema de saúde português é o afastamento das questões ideológicas das tomadas de decisão. Por outras palavras, o CDS-PP considera que a gestão do SNS deverá estar centrada apenas na qualidade dos serviços e não nos princípios e ideologias partidários. Nesse sentido, o partido defende a concessão da gestão de instituições do SNS a privados e a manutenção das PPP hospitalares (p. 148-149).

A melhoria do financiamento na saúde é outro dos desígnios do programa eleitoral do partido. Para isso, estão previstas medidas como a atribuição de uma maior autonomia aos gestores das entidades que prestam cuidados de saúde e a alteração ao modelo de financiamento que passará de uma lógica de número de atos clínicos e fatores

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

de produção para uma lógica de resultados alcançados, promovendo a adoção de melhores práticas clínicas e de ganhos e eficiência (p. 149-150);

Por fim, a simplificação organizacional do SNS é outra das grandes prioridades do partido, que pretende descomplicar o sistema de saúde e evitar situações de morosidade e complexidade. Dessa forma, está prevista a concretização de medidas como: a extinção de diversas instituições como as ARS; a alteração do modelo de pagamento e financiamento dos hospitais e dos seus fornecedores; a obrigatoriedade de os hospitais publicarem as suas contas, promovendo a transparência no setor; e a operabilidade entre os sistemas de informação do SNS, de forma a facilitar o acesso do utente aos serviços de saúde (p.151-152).

5.2.5 Coligação Democrática Unitária (CDU):

O programa eleitoral da coligação entre os partidos PCP e PEV intitula-se de “Política Patriótica e de Esquerda – Soluções para um Portugal com futuro”. O subponto 4.1 “A defesa do Serviço Nacional de Saúde e uma política de saúde ao serviço dos portugueses” trata a temática da Saúde e do SNS. O subponto em análise encontra-se organizado em 9 objetivos gerais e em 21 propostas concretas no âmbito do SNS.

Na visão dos partidos, a existência do SNS é encarada como imprescindível para a manutenção do direito à saúde de todos os cidadãos sem exceção. Apesar dos reconhecidos progressos na área da Saúde durante os últimos 45 anos, PCP e PEV apontam algumas fragilidades ao atual modelo de SNS. A causa dessas debilidades é imputada aos governos de PS, PSD e CDS-PP e às políticas que estes adotaram no decorrer das últimas décadas. No entender dos dois partidos o principal problema do SNS reside no facto de este estar a ser capturado pelos privados. Medidas como a promoção e o financiamento dos grupos privados de saúde, o surgimento de inúmeros seguros privados de saúde, a instrumentalização da ADSE para fortalecer os privados, o desvio de recursos humanos do SNS para os privados, a aplicação de taxas moderadoras, a realização de PPP e as contratualizações entre o setor público e o privado são apontadas como as principais causas para o enfraquecimento dos serviços públicos de saúde (p. 69).

Nesse sentido, os partidos apresentam uma visão clara da tipologia de SNS que defendem. Em traços gerais, o SNS deverá ser: iminentemente público, universal, geral e gratuito, sendo que o Estado deve ter uma posição central na prestação dos cuidados de saúde; todas as unidades do SNS deverão ter uma gestão pública; o financiamento deverá ser mais adequado; deverá cobrir todo o território; as taxas moderadoras deverão ser extintas; o transporte de doentes não urgentes deverá ser gratuito; deverá haver uma maior articulação e contacto entre os serviços de saúde e a segurança social; e os serviços

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

de urgência deverão sofrer alterações no modo de organização promovendo uma melhor cooperação entre Hospitais, Cuidados de Saúde Primários e INEM (p.70).

No que diz respeito aos objetivos apresentados pelos partidos da CDU, o reforço dos hospitais do SNS é uma das grandes prioridades. Para isso, são apresentadas propostas como a diminuição das listas de espera através da contratação de profissionais para as áreas mais carenciadas, a extinção dos programas das PPP nos hospitais, a reorganização da rede pública hospitalar através do aumento do número de camas nos hospitais existentes e da construção de novos hospitais, e a aposta em experiências piloto de hospitais domiciliários (p.71-72).

Outros dois grandes objetivos passam por garantir um reforço dos Cuidados de Saúde Primários e da rede de Cuidados Continuados e Paliativos. No primeiro caso será necessário implementar medidas como a atribuição de médicos e enfermeiros de família a todos os utentes, a realização de consultas de especialidade (Pediatría e Obstetrícia) e a introdução de outras áreas clínicas como a medicina dentária, oftalmologia, psicologia, entre outras. No segundo caso são apresentadas propostas como o aumento das unidades de internamento em cuidados paliativos e o reforço das equipas comunitárias de suporte aos cuidados paliativos (p.71).

O PCP e o PEV apresentam, também, propostas no âmbito da valorização dos profissionais de saúde e na proteção da saúde dos trabalhadores em geral. Quanto à valorização dos profissionais de saúde foram apresentadas medidas como: a regularização contratual com vínculo público de alguns trabalhadores de empresas de trabalho temporário; a reposição das carreiras; e a abertura de concursos para a progressão de médicos na carreira. Quanto à proteção e promoção da saúde dos trabalhadores é reforçada através do incentivo ao cumprimento da legislação que obriga a que sejam garantidas condições de segurança e saúde a todos os trabalhadores (p. 72).

A salvaguarda dos direitos dos utentes é outra das preocupações dos partidos da coligação, que consideram essencial diminuir a dependência dos subsistemas de saúde, como a ADSE, SAD/PSP e SAD/GNR, dos prestadores privados e garantir que estes contribuem para o reforço do sistema de saúde público (p.73).

5.2.6 Pessoas-Animais-Natureza (PAN):

O programa eleitoral do PAN intitulado de “Da indiferença à emergência — Ainda vamos a tempo”, aborda no capítulo 7 “Prevenção da doença e promoção da saúde” as temáticas da Saúde e do SNS. No que toca à sua organização, o capítulo encontra-se dividido em 9 subpontos que, por sua vez, contêm mais de 100 propostas ligadas à Saúde.

Partindo de uma visão geral, o PAN considera que a conjugação entre a falta de políticas de prevenção da doença e o envelhecimento populacional se tornaram os

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

principais problemas e os principais desafios de futuro no campo da Saúde. O partido acredita ser necessário adotar mais políticas de prevenção e promoção de uma vida saudável — combatendo os maus hábitos alimentares e o sedentarismo — e reforçar a área da saúde mental. Na ótica do partido, a adoção de medidas preventivas pode trazer benefícios de médio/longo prazo para o SNS, desde logo porque a procura de cuidados de saúde passa a ser menor, o que faz com que o sistema de saúde se torne mais sustentável. Ainda assim, o partido reconhece a existência de inúmeras debilidades no atual modelo de SNS que devem ser combatidas. As crescentes listas de espera para a realização de exames, consultas e cirurgias, a falta de profissionais de saúde e a existência de equipamentos ultrapassados leva a que o PAN defenda o reforço dos serviços públicos de saúde (p.97).

O partido afirma que é essencial melhorar a rede de Cuidados de Saúde Primários, a rede de Cuidados Continuados e os Cuidados de Saúde Hospitalares. Quanto às melhorias na rede de Cuidados Continuados são propostas medidas como: o reforço de recursos financeiros, humanos e técnicos; a atribuição de médicos de família a todos os utilizadores do SNS; o reforço de especialidades como a nutrição, psicologia, oftalmologia, pediatria, entre outras. No que diz respeito ao reforço dos Cuidados Continuados, o PAN defende: o aumento do número de vagas nestes serviços; a aposta nos cuidados continuados prestados ao domicílio; e a adoção de medidas de apoio ao cuidador informal. No âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalar são apresentadas medidas como a contratação de mais profissionais de saúde e a elaboração de um plano de investimentos de curto prazo que resolva os problemas existentes no setor (p.97-98).

O PAN prioriza o reforço dos recursos humanos no setor da saúde através da apresentação de medidas como: a instituição de um regime de exclusividade de profissionais de saúde ao SNS e a respetiva remuneração adequada ao trabalho desempenhado; o garante de que todos os profissionais de saúde têm um vínculo à Administração Pública; a revisão da carreira de enfermagem e contratação de mais enfermeiros; a criação da carreira de Nutricionista e de Psicólogo; e o apoio psicológico aos profissionais de saúde dos Cuidados Continuados e Paliativos que lidam mais frequentemente com questões de morte (p.99).

O programa eleitoral do PAN prevê também: melhorias na condição dos doentes em fim de vida, nomeadamente através do reforço das mais variadas dimensões dos Cuidados Paliativos; adição de novos direitos para as mulheres durante a gravidez e o parto, como a promoção do parto humanizado (maior respeito pela natureza do parto e diminuindo intervenções desnecessárias) e a promoção dos cuidados pós-parto no SNS; uma maior valorização da doença mental e a consequente adoção de medidas que vão ao encontro deste objetivo.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

No âmbito do SNS, a contratação de psicólogos e o aumento do financiamento nesta área são algumas das propostas, bem como a implementação de medidas com vista a uma maior preocupação com a alimentação e a nutrição. Essas medidas passam pela elaboração de uma nova Lei de Bases que contemple o direito a uma alimentação equilibrada e a atribuição de um nutricionista (do SNS) a todas as crianças com excesso de peso.

5.2.7 Iniciativa Liberal (IL):

O programa eleitoral da IL intitulado de “Compromisso Eleitoral - Descomplicar Portugal” dedica o capítulo 4 às questões da Saúde e do SNS, apresentando cerca de 30 propostas no âmbito desta temática. O partido começa por referir que o seu principal objetivo consiste em revolucionar o funcionamento do SNS, nomeadamente através do alargamento da ADSE a todos os portugueses. A este objetivo basilar a IL acrescenta outros cinco que compõem a espinha dorsal do seu programa, sendo eles: tornar possível a liberdade total de escolha de prestador de cuidados de saúde por parte dos utentes; incentivar a inovação na prestação de cuidados de saúde; a manutenção do acesso universal aos serviços de saúde; a redução das listas de espera; e a criação de uma rede de *Managed Care* (rede de gestão individual e de cobertura prática, contrariando a visão de uma rede mais uniformizada e característica de sistemas de saúde de base estatal) (p.134).

Seguidamente, o partido inicia uma extensa análise ao modo de funcionamento do sistema de saúde vigente, nomeadamente através da explicação do relacionamento entre os atores que a compõem (financiadores, prestadores e utentes). A abordagem ao modelo de funcionamento do sistema centrou-se, em grande parte, na forma de organização e de atuação dos subsistemas de saúde de base profissional e dos seguros de saúde privados. Neste ponto, a IL refere que os subsistemas de saúde, com destaque para a ADSE, deveriam ser apresentados como seguros complementares de saúde dado que, à semelhança dos seguros de saúde privados/voluntários, estes não se substituem ao SNS e funcionam apenas como um complemento (p. 137).

Ao analisar o ponto de situação em que se encontra o sistema de saúde, o partido identifica falhas no acesso a algumas redes de cuidados de saúde públicos. São apontadas debilidades no acesso aos cuidados paliativos, mentais, continuados e de farmácia, e a inexistência de acesso a cuidados complementares e dentários. A cobertura de riscos (ex: operações) e de *Managed Care* são insuficientes, ao passo que a cobertura em questões de conforto (ex: hotelaria hospitalar) e de consumo (ex: óculos graduados) é inexistente. No mesmo sentido, são identificados inúmeros pontos em que a ADSE não dá uma resposta efetiva no acesso a determinadas redes de cuidados de saúde, sendo que a sua

função é comparada ao dos seguros de saúde privados. A estas problemáticas a IL soma ainda o facto de os recursos de saúde públicos serem escassos, o que leva a que o modelo de organização do sistema de saúde tenha de ser repensado e reorganizado, sobretudo no que concerne às formas de financiamento (p.140-141).

A mudança de paradigma que a IL propõe para o sistema de saúde inicia-se com um conjunto de medidas que pretendem alterar o seu tipo de financiamento. Desse modo, são apresentadas propostas como: a transformação das ARS e da ADSE em verdadeiros subsistemas de saúde com a incumbência de financiar o mercado, deixando, por isso, de haver um sistema único universal. Esse sistema único é substituído por um conjunto de diversos subsistemas que atuam em concorrência e que garantem a universalidade; a permissão que as seguradoras criem subsistemas de saúde; a ACSS passará a ter uma maior autonomia de decisão, gestão e política; a imposição de os novos financiadores contratarem prestadores públicos e privados; e a impossibilidade de os diferentes subsistemas de saúde recusarem algum utente, seja por que motivo for (garantia da universalidade) (p. 143).

Quanto às alterações a nível da prestação, o partido define a adoção de diversas medidas, tais como: a liberdade de prestadores públicos e privados contratualizarem a sua oferta com os financiadores; a permissão de se formarem prestadores clínicos públicos, de modo a reforçar a oferta; a manutenção da gestão direta do Estado de algumas redes de cuidados de saúde (saúde pública, reabilitação e cuidados paliativos, continuados e mentais); a possibilidade de concessão ao setor privado e social da prestação de cuidados de saúde e/ou da gestão de equipamentos; e deixam em aberto a hipótese de a rede de prestação farmacêutica ser gerida centralmente ou por algum subsistema (p. 144).

As transformações do sistema de saúde ao nível do financiamento e da prestação de cuidados de saúde criam, inevitavelmente, consequências para os utilizadores, tais como: na escolha de financiadores de saúde, que deverá ser livre e ficará ao critério de cada um optar por aquele que lhe for mais conveniente; é aconselhado aos utentes que a escolha do seu subsistema tenha em conta a sua entidade patronal, para que possam existir melhores condições para a prestação de cuidados de saúde; a taxa ou “prémio” pago aos financiadores por parte dos utilizadores deverá ser idêntica e estabelecida centralmente, sendo este valor coletado a partir de uma taxa específica sobre os salários (em caso de desemprego ou sob o estatuto de apátrida ou refugiado este valor fica a cargo do Estado); e por fim fica aberta a possibilidade de existirem copagamentos e taxas moderadoras no novo modelo de sistema de saúde proposto (aplicadas de acordo com os rendimentos de cada um) (p. 144-145);

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Em síntese, o partido pretende redesenhar o modelo de sistema de saúde atual, tomando como exemplo o modelo holandês. As alterações propostas pretendem transformar o sistema de saúde numa lógica de mercado, tornando o SNS mais competitivo nas dimensões de financiamento e prestação de cuidados de saúde. Na ótica do partido, as consequências desta transformação permitirão: tornar a prestação clínica mais barata e eficiente, através da ação dos financiadores; colocar o cliente no centro da ação de prestadores e financiadores; promover o controlo de custos dos prestadores por força de os financiadores passarem a ter preços fixos (prémio pago pelos utentes); empurrar prestadores e financiadores para o modelo de *Managed Care*; que subsistemas e seguradoras ofereçam coberturas extra em regime livre; terminar com as listas de espera, pois os prestadores recebem mais dos financiadores quanto mais produzirem (incentivo à produção clínica); potenciar o investimento em saúde ao mesmo tempo que deixam de existir problemas de sustentabilidade (p. 145-147).

5.2.8 Livre (L):

No programa eleitoral do Livre “Libertar o futuro — Uma sociedade justa num planeta saudável”, as temáticas da Saúde e do SNS contam com um total de 10 propostas. De um modo geral, o partido olha para a saúde como um bem de valor inestimável e como parte integrante do conceito de liberdade. Nesse sentido, o partido considera o SNS como o principal prestador de cuidados de saúde, na medida em que este é considerado como indispensável para assegurar a igualdade e a liberdade de todos os cidadãos (p. 19).

O Livre apresenta um conjunto de medidas que têm como objetivo melhorar o sistema, tais como: a promoção da saúde e prevenção da doença, sobretudo dos mais desfavorecidos e marginalizados; o fortalecimento e reorganização do SNS, nomeadamente através do reforço da gestão pública e da não renovação das PPP hospitalares existentes; tornar o acesso a cuidados de saúde mais equitativo através da eliminação de taxas moderadoras e copagamentos, do ajustamento das comparticipações nos medicamentos e da aposta em especialidades clínicas como a saúde oral e mental nos Centros de Saúde; o reforço e a melhoria dos serviços de proximidade como a atribuição de médicos de família a todos os utentes, a requalificação dos centros de saúde e o aumento da capacidade dos cuidados continuados; a humanização dos cuidados de saúde através de um conjunto de ações que visam melhorar o conforto e a forma de atendimento dos utentes como a possibilidade de consultas ao domicílio, o aumento da capacidade dos cuidados paliativos de proximidade e o reforço do estatuto do cuidador informal; e o incentivo à permanência dos profissionais de saúde no SNS concedendo a formação contínua e a formação de carreiras a todos os grupos de profissionais, garantido a remuneração justa (em alguns casos

aumentar os salários) e o fim da subcontratação. O objetivo passa por promover uma melhor distribuição dos médicos especialistas pelos locais mais carenciados e colocar a hipótese de introduzir o conceito de “exclusividade” aos profissionais de saúde do SNS (p. 19-21).

5.2.9 Chega (CH):

O programa eleitoral do Chega contempla, no capítulo IV “Funções acessórias, subsidiárias, e/ou supletivas”, cerca de 20 propostas orientadas para as questões da Saúde e do SNS. O partido começa por esclarecer que defende um Estado arbitral e não um Estado Social e que, por sua vez, considera um ato de tirania a existência de serviços obrigatórios prestados pelo Estado, como a escola pública e a saúde pública únicas (p.4). O partido acredita que o Estado não deve interferir fora das suas funções soberanas, o que significa que as habituais funções sociais atribuídas ao Estado Social (educação, saúde, habitação) passam a ser supletivas. A visão do partido passa pelo princípio do utilizador-pagador, ou seja, o utilizador tem o dever de pagar os bens ou serviços que utiliza (salvo exceções de comprovada incapacidade para tal). Estas mudanças deverão ser progressivamente aplicadas, sendo que numa primeira fase existirão mecanismos para subsidiar alguns dos utilizadores — que comprovadamente não possam pagar — através da atribuição de cheques-educação, cheques-saúde e cheques-habitação como única forma de apoio do Estado neste tipo de questões (p.4-21). Sintetizando as principais ideias, o Chega entende que ao Estado não compete a distribuição de bens e serviços, como é o caso da saúde. Na ótica do partido, o Estado deve funcionar como um regulador do mercado dos cuidados de saúde, garantindo os padrões de preço e qualidade aceitáveis (p.45).

Partindo do princípio regulador e de não intervenção do Estado na prestação de bens e serviços no mercado da Saúde, o partido propõe um conjunto de medidas que pretendem alterar o modelo de organização do sistema de saúde atual, tais como: o Ministério da Saúde (Estado) passar a assumir apenas a função de regulação e de inspeção sobre todos os estabelecimentos de saúde; a elaboração de tabelas de preços para atos médicos; a elaboração de parâmetros a cumprir pelos prestadores de cuidados de saúde e respetiva celebração de contratos e convenções; a introdução de escalões nas taxas dos serviços de saúde mediante os rendimentos pessoais; a eliminação do acesso gratuito aos cuidados de saúde por parte de imigrantes ilegais ou de residentes legais em Portugal há menos de cinco anos (exceção feita aos serviços de urgência); e a criação da carreira do médico dentista e o reforço desta especialidade em todas as unidades de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Ainda no âmbito das alterações funcionais ao atual sistema de saúde, o partido propõe medidas que acredita serem de extrema urgência, tais como: o reforço da livre escolha dos utentes entre cuidados de saúde no setor público, privado ou social com o objetivo de melhorar o tempo de resposta na prestação de cuidados de saúde; a atribuição de um cheque-saúde aos cidadãos que comprovadamente tenham recursos insuficientes. Dado que o Estado só deve financiar e não prestar cuidados de saúde este cheque mensal irá permitir o acesso a seguros de saúde e por sua vez diminuirá as contribuições individuais (através dos impostos) para o sistema de saúde; a promoção da gestão privada de hospitais públicos, com o objetivo de se reduzirem os custos para os contribuintes; a promoção do uso racional e eficaz dos serviços de saúde, condicionando o seu uso abusivo e as falsas urgências; alargar o funcionamento das USF a todo o continente e regiões autónomas; e o aumento do número de horas semanais para os profissionais de saúde de 35 para 40 horas (p. 48-50).

Capítulo 6. Dicotomia esquerda/direita — o SNS no centro da análise (2019)

Depois de recolhida a informação disponível nos programas eleitorais, relativamente à visão dos partidos sobre o modelo de SNS, importa agora organizar e analisar essa informação sob o espectro político esquerda/direita, para que dessa forma possamos comparar todos os dados que reunimos. O objetivo passa por identificar quais os pontos comuns e quais as principais diferenças nas propostas que os partidos em estudo apresentaram, e a partir daí confirmar ou refutar as hipóteses formuladas no início da investigação.

Como foi possível verificar, as temáticas da Saúde e do SNS tiveram destaque em todos os programas eleitorais. Nas principais propostas apresentadas verificamos uma importante diversidade ideológica, sobretudo entre os partidos mais afastados no espectro político esquerda-direita, mas também alguns pontos de convergência entre eles. Nesse sentido, passamos a sistematizar as medidas propostas pelos partidos políticos em seis dimensões: prestação de serviços de saúde; força de trabalho na saúde; sistemas de informação; acesso a medicamentos; tipo de financiamento; e liderança/governança. A opção por estas 6 dimensões deve-se ao facto de a OMS as considerar como os parâmetros principais de uma análise a um sistema de saúde. Assente em 6 “*Building Blocks*”, ou seja, em seis blocos de construção, estas dimensões permitem descrever e comparar políticas de saúde de uma forma alargada, ao abrangerem os mais variados domínios que constituem um sistema de saúde (WHO, 2010).

1- Prestação de serviços de saúde:

- No que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, as posições dos partidos dividem-se. Por um lado, BE, CDU e Livre defendem que haja uma clara separação entre setor público e setor privado. Concretamente, os três partidos defendem que o Estado deve desempenhar um papel central no SNS ao ser o grande prestador de cuidados de saúde e opondo-se veementemente a qualquer tipo de gestão privada dos serviços de prestação de saúde públicos. Por outro lado, PS, PSD, CDS-PP e IL defendem a existência de um sistema de prestação de cuidados de saúde misto, ainda que de diferentes formas. O PS, enquanto único partido de esquerda entre os quatro, apresenta mais ressalvas quanto ao recurso a prestadores privados, ao argumentar que só se deve recorrer aos mesmos quando o setor público não conseguir dar uma resposta efetiva e comprovada.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Por outro lado, o PSD e CDS-PP acreditam que a complementaridade de prestação entre setor público e privado (social incluído) é a chave do sucesso para alcançar a universalidade do SNS. Quanto à IL apresenta uma visão mais liberal, ao atribuir uma maior liberdade de atuação às instituições que compõem o SNS, ainda que esteja prevista a gestão centralizada (Estado) de algumas das principais redes de cuidados de saúde. Quanto ao Chega, apresenta uma solução inovadora ao considerar que a prestação de cuidados de saúde deve estar a cargo apenas dos privados, sendo que ao Estado não lhe compete prestar cuidados de saúde. Por fim, o PAN não manifesta um posicionamento claro quanto ao tipo de prestação que defende, referindo apenas que se devem reforçar os serviços públicos de prestação de cuidados de saúde.

- O tema das PPP é um dos mais fraturantes no campo da prestação de cuidados de saúde hospitalares, nessa medida o posicionamento dos partidos é distinto. Dos partidos de esquerda e centro-esquerda, o PS é o único que admite a existência de PPP, mas compromete-se a não realizar mais nenhuma parceria no âmbito da gestão clínica para além das existentes. Por sua vez, CDU e BE propõem o término imediato de todas as PPP em saúde, enquanto o Livre manifesta a intenção de que as parcerias existentes não sejam renovadas. Quanto aos partidos de centro-direita e direita, o PSD, o CDS-PP e o Chega são os únicos a favor da existência deste tipo de parcerias. A IL não apresentou uma posição concreta sobre as PPP, mas posiciona-se favoravelmente quanto à realização de contratos de concessão para a prestação de cuidados de saúde e/ou gestão clínica de equipamentos públicos, posicionamento que o CDS-PP também partilha. O PAN não se pronunciou quanto ao modelo das PPP nem das concessões.

- A grande maioria dos partidos defende o aumento do acesso aos mais variados tipos de cuidados de saúde. Concretamente, PS, PSD, CDS-PP, BE, CDU, PAN e Livre comprometem-se a garantir um médico e/ou enfermeiro de família para cada utente do SNS, ao passo que os restantes partidos não se manifestaram neste ponto. No mesmo sentido, alguns dos partidos referidos anteriormente como o PS, CDS-PP, BE, e aos quais se acrescentam a IL e o Chega referem que têm o objetivo de reforçar modelo das Unidades de Saúde Familiar (USF), como forma de melhorar o acesso aos Cuidados de Saúde Primários.

- A liberdade de escolha dos utentes quanto ao tipo de prestador tem um grande destaque nas propostas dos partidos de direita, nomeadamente no CDS-PP, IL e Chega, mas também no partido de centro-direita PSD. Os restantes partidos de centro-esquerda e esquerda não referem nada sobre esta questão.

2- Força de trabalho na saúde:

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Na área dos recursos humanos a grande maioria dos partidos admite reforçar, em diversos aspetos, as condições dos profissionais de saúde. O PAN e os partidos de esquerda BE e a CDU defendem a contratação de mais profissionais de saúde, como forma de colmatar algumas das carências no sistema. À direita, o PSD admite a contratação de médicos de família ao setor privado e o CDS-PP incentiva as direções clínicas dos estabelecimentos de saúde a contratar os profissionais em falta. Os restantes partidos não se manifestaram neste ponto.

- As propostas de fixação de profissionais de saúde no SNS estiveram presentes nos programas eleitorais de todos os partidos do centro-esquerda e esquerda sem exceção (PS, BE, CDU e Livre) e ainda no programa do PAN. No mesmo domínio, o BE, CDU, Livre e PAN defendem um regime de exclusividade dos profissionais de saúde do SNS. O PS, BE e Livre acrescentam que a fixação de profissionais de saúde no SNS deve ser conjugada com uma melhor distribuição geográfica dos recursos humanos em saúde, devendo haver incentivos para a fixação de profissionais das mais diversas especialidades clínicas em zonas mais carenciadas. Os partidos de centro-direita e direita não se manifestaram quanto a estas questões.

- Os partidos de esquerda como o BE, Livre, a CDU e o partido Chega, de direita, apresentaram propostas no âmbito da revisão e/ou criação de carreiras de determinadas profissões/especialidades na área dos cuidados de saúde. Quanto aos restantes partidos não se posicionaram quanto a este tópico.

- A melhoria das condições salariais dos profissionais de saúde está prevista no programa eleitoral do PAN, dos partidos da esquerda como o BE, Livre e a CDU. À direita, o CDS-PP defende o aumento dos salários na condição de serem aumentadas o número de horas de trabalho semanal e o PSD defende incentivos financeiros aos profissionais de saúde mediante os resultados obtidos. O resto das forças partidárias não propôs nenhuma medida neste sentido.

- Quanto ao número de horas de trabalho dos profissionais de saúde, os partidos mais à direita como o CDS-PP, IL e Chega defendem um aumento da carga horária de 35 para 40 horas semanais. Os restantes partidos não tomaram quaisquer posições a este respeito.

3- Sistemas de informação:

- Os partidos de centro-esquerda e esquerda PS e a CDU, e os partidos de direita CDS-PP, IL e Chega, foram os únicos partidos a apresentar medidas com vista ao fortalecimento dos sistemas de informação dentro do sistema de saúde. Estes partidos, defendem uma maior utilização das novas tecnologias nos sistemas de informação em saúde e uma maior interoperabilidade entre estes sistemas, de modo que a atuação

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

clínica se torne mais eficaz e que tanto profissionais de saúde como utentes tenham um acesso mais facilitado a toda a informação disponível. Os partidos da coligação CDU defendem que o utente deve ter total acesso ao seu estado de saúde e aos cuidados que lhe são prestados, sugerindo a criação de uma tabela única de incapacidade e funcionalidade em saúde, substituindo as múltiplas tabelas que existem atualmente.

4- Acesso a medicamentos:

- Na área do acesso a medicamentos e terapêuticas todos os partidos apresentaram propostas à exceção do PSD. Nesse sentido, o PS pretende continuar a promover a prescrição de genéricos, como forma de aumentar a acessibilidade a preços mais baixos. A coligação de esquerda CDU e o PAN defendem a isenção de pagamentos de medicação a alguns grupos de risco, nomeadamente os doentes crónicos. O BE e o Livre apostam numa estratégia de fomento da produção nacional de medicamentos para os tornar mais acessíveis e para que satisfaçam as necessidades de todos os cidadãos. O CDS-PP pretende facilitar o acesso a medicamentos e terapêuticas inovadoras, nomeadamente através do aceleração da sua entrada no mercado. O principal objetivo da IL reside na otimização das prescrições de medicamentos e na diminuição de custos em 10%, através da implementação de um programa de gestão terapêutica e preparação individualizada da medicação. O partido pretende ainda a integração das farmácias no sistema de saúde, nomeadamente através da criação de um *software* de partilha de informação (entre todas as farmácias do país) para intervenções clínicas e registos terapêuticos, com o intuito de promover o uso correto de medicação. Por fim, o Chega propõe a criação de um sistema de compras de medicamentos centralizado no SNS para todo o país, de modo a diminuir o custo de aquisição da medicação.

5- Tipo de financiamento:

- Os pontos de vista partidários quanto à tipologia de financiamento do sistema de saúde são díspares. Verificaram-se claras divergências entre as perspetivas dos partidos de direita e de esquerda, não obstante existirem alguns pontos em que estes se aproximam. Como anteriormente referimos quanto ao tipo de prestação, os partidos mais à esquerda (BE, CDU e Livre) defendem uma clara separação entre o setor público e privado. Nas suas propostas, os três partidos defendem um sistema de saúde público de base estatal, universal, geral e gratuito. Desse modo, as suas medidas estão direcionadas para o reforço do investimento e do financiamento no SNS. Mais ao centro, o PS apresenta uma visão que se aproxima dos partidos mais à esquerda ao referir que o Estado tem total responsabilidade em garantir a proteção e o acesso à saúde a todos os cidadãos, e que o investimento público em saúde se irá centrar no reforço do SNS. Por

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

sua vez, o PSD define como principal objetivo a melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, sendo que a sua estratégia passa pelo reforço da cooperação entre os setores público, privado e social. Nesse sentido, o investimento público no sistema de saúde pretende priorizar o desempenho, através da criação de metas e da premiação por resultados obtidos (tanto a profissionais de saúde como a entidades privadas contratualizadas). O CDS-PP apresenta alguns pontos em comum com a visão do PSD, nomeadamente em considerar a iniciativa privada essencial para o equilíbrio do sistema de saúde e em criar incentivos à produtividade e ao mérito dentro do sistema. O partido defende o reforço do financiamento público em saúde, enquanto pretende simplificar a organização do sistema e torná-lo mais eficiente. As propostas dos restantes partidos de direita (IL e Chega), relativamente ao modelo de financiamento em saúde, são bastante distantes das dos demais partidos já referidos. A visão da IL assenta na alteração dos modelos de financiamento, através da transformação do sistema único universal num conjunto de subsistemas que concorrem entre si no mercado e que o financiam através de contribuições específicas. Por sua vez, o Chega defende o princípio do “utilizador-pagador”, ainda que admita a atribuição de cheques-saúde para os cidadãos que comprovadamente não tenham recursos financeiros. O posicionamento do PAN volta a não ser claro quanto ao modelo de financiamento que defende. Ainda assim, o partido reitera o reforço do investimento na oferta de serviços públicos de saúde, sendo que não faz qualquer referência a modelos de financiamento privados alternativos.

- As taxas moderadoras foram um dos pontos que mais criou consenso entre os partidos de esquerda. Todos os partidos de centro-esquerda e esquerda (PS, BE, CDU e Livre) concordam com a revogação das taxas moderadoras no SNS. Por outro lado, apenas a IL e o Chega propuseram diretamente a possibilidade de existência destas taxas, ao passo que o PSD defende um SNS tendencialmente gratuito, o que pressupõe a existência de pagamentos diretos pelos utentes (*out of pocket*). A IL acrescenta também a possibilidade de existência de copagamentos e franquias. Os restantes partidos não se manifestaram neste ponto.

- O recurso a seguros de saúde privados motivou um conjunto de posições bastante distintas por parte de alguns dos partidos mais afastados no espectro político esquerda/direita. Mais à esquerda, os partidos da coligação CDU afirmam que o aumento do recurso a seguros de saúde e a instrumentalização da ADSE para financiar os grupos privados contribuem para o enfraquecimento dos serviços públicos de saúde. Por outro lado, alguns dos partidos de direita como o CDS-PP, IL e o Chega apresentam propostas no sentido de incentivar o recurso a seguros de saúde em geral. O CDS-PP e a IL estão ainda de acordo em transformar a ADSE num seguro de saúde igual a todos os outros que existem no mercado, fazendo com que todos os cidadãos, sem exceção, possam ter

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

acesso aos benefícios deste serviço. A esta proposta, a IL acrescenta a intenção de transformar as ARS em verdadeiros subsistemas de saúde, que em conjunto com a ADSE integrarão o mercado em concorrência com os restantes subsistemas e seguros de saúde privados. O Chega propõe o recurso ao financiamento em saúde baseado unicamente em seguros, como forma de garantir a total liberdade de escolha por parte dos cidadãos. O BE, PS, PSD, Livre e PAN não apresentaram qualquer posição esclarecedora quanto a este ponto.

6- Liderança/governança:

- No âmbito da liderança/governança dentro do sistema de saúde, as propostas que os partidos apresentaram são de índole variada. Ainda assim, existe um consenso absoluto quanto à implementação de estratégias de aumento da qualidade dos serviços prestados no SNS (eficácia/eficiência), dado que todos os partidos sem exceção apresentaram propostas nesse sentido.

- Outro dos caminhos partilhados por grande parte dos partidos em análise — nomeadamente o BE, CDU, Livre, PS, PAN e CDS-PP — passa pela aposta no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental dentro do SNS. No mesmo sentido, a aposta no reforço dos cuidados de saúde oral no SNS gerou alguma concordância e está vincada nos programas eleitorais do BE, Livre, PS, PAN e Chega. Também as políticas de prevenção da doença e promoção da saúde ocuparam um lugar de destaque na agenda da CDU, BE, Livre, PS, CDS-PP e PAN.

- As propostas para o aumento da equidade em saúde, através da criação de novos organismos dentro do SNS, estiveram presentes nos programas eleitorais de diversos partidos. O PS destaca a necessidade de criar unidades móveis que prestem cuidados de saúde primários de proximidade em territórios com pouca densidade populacional. O CDS-PP e a CDU defendem a criação do Estatuto do Doente Crónico, de modo a estabelecer uma maior equidade no acesso a cuidados de saúde. A CDU defende também a criação de Unidades de Saúde Pública em todos os concelhos e, no âmbito da melhoria de acesso a medicamentos, a coligação acredita ser necessário a criação do Laboratório Nacional do Medicamento. Por sua vez, no programa eleitoral do PAN está previsto a criação dos Cuidados Paliativos Pediátricos. O Chega, pretende ver criada uma Rede de Cuidados Paliativos e de Residências Geriátricas.

- A promoção da transparência dentro do sistema de saúde é outra das grandes preocupações demonstradas pelos partidos que compõem a coligação de esquerda CDU e dos partidos PSD, CDS-PP e IL, à direita.

- No âmbito da gestão de entidades prestadoras de cuidados de saúde o BE, Livre, PS, PSD, CDS-PP e IL apresentam propostas no sentido de aumentar a sua autonomia.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- A aposta e os incentivos à investigação e inovação clínica e tecnológica dentro do SNS estão presentes no programa eleitoral do PS, BE, Livre, PSD, CDS-PP e IL.

A seguinte tabela pretende sintetizar de forma esquemática as principais informações presentes nos seis pontos anteriormente analisados:

Tabela 8- Síntese do posicionamento partidário relativo aos principais tópicos de análise do SNS em Portugal (2019)

Eleições Legislativas de 2019	Esquerda			Centro			Direita		
	CDU	BE	Livre	PS	PAN	PSD	CDS-PP	IL	Chega
Posição tomada pelos partidos políticos no âmbito do SNS									
Prestação de cuidados de saúde iminentemente públicos	X	X	X		X				
Prestação de cuidados iminentemente privados									X
Prestação de cuidados mista (pública e privada)				X		X	X	X	
Admite o recurso a PPP/Concessões				X		X	X	X	X
Rejeita o recurso a PPP/Concessões	X	X	X						
Financiamento público (Estado)	X	X	X	X	X	X	X		
Financiamento iminentemente privado								X	X
Defende o fim das taxas moderadoras	X	X	X	X					
Admite a existência de taxas moderadoras ou outro tipo de pagamentos diretos						X		X	X
Admite o recurso a seguros privados de saúde						X	X	X	X
Rejeita o recurso a seguros privados de saúde	X								
Defende o reforço dos Recursos Humanos no SNS	X	X			X	X	X		
Defende a fixação de profissionais de saúde no SNS	X	X	X	X	X				
Defende um regime de exclusividade dos profissionais de saúde do SNS	X	X	X		X				
Defende uma maior autonomia na gestão dos hospitais do SNS		X	X	X		X	X	X	
Defende uma maior liberdade de escolha do utente						X	X	X	X

Legenda: X – posição defendida pela força/coligação partidária

6.1 Modelo de SNS defendido pelas forças partidárias nas eleições legislativas de 2019: análise dos resultados

Depois de sintetizarmos e organizarmos as opções políticas presentes nos programas eleitorais dos partidos (tabela 8), passamos agora a confrontá-las com as hipóteses avançadas no início da investigação, de modo que as possamos confirmar ou refutar. As propostas apresentadas foram as seguintes:

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

H1 - Os partidos sentados à esquerda do hemiciclo defendem um SNS quase iminentemente público;

H2 - Os partidos sentados à direita do hemiciclo defendem a colaboração e a concorrência entre o SNS, o setor privado e o setor social;

H3 - A ideologia tradicionalmente associada aos partidos políticos (espectro esquerda-direita) influencia a defesa ou oposição da gestão privada de hospitais públicos;

H4- Os partidos tipicamente mais à esquerda defendem políticas de fixação dos profissionais de saúde no SNS;

H5- A habitual convergência ideológica entre os “partidos de governo” (PS e PSD) é manifestada nas propostas concernentes ao SNS.

6.1.1 Hipótese de investigação 1

No que respeita à primeira hipótese “os partidos sentados à esquerda do hemiciclo defendem um SNS quase eminentemente público”, podemos dizer que a hipótese se confirma parcialmente. Apenas nos programas eleitorais das forças partidárias mais à esquerda (CDU, BE e Livre) foram apresentadas medidas que confirmam a opção pela defesa de um modelo de SNS centrado no papel preponderante do Estado na prestação e no financiamento de cuidados de saúde. Na tabela 8, é possível verificar que os três partidos apresentam posições iguais nos principais pontos analisados. Por sua vez o PS, apesar de apresentar um conjunto de propostas que na sua maioria convergem com as dos partidos mais à esquerda, apresenta outras que se afastam. Mais precisamente ao defender a existência de um sistema de prestação de cuidados de saúde misto, através da cooperação entre setor público e privado sempre que for justificável. Ainda assim, todos os partidos de esquerda (PS incluído) estão de acordo em considerar o Estado como o principal responsável por garantir e financiar o acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos. Importa ainda acrescentar que, apesar de não haver um consenso absoluto quanto ao posicionamento do PAN no espectro político esquerda/direita, o partido partilha a visão dos partidos mais à esquerda, nomeadamente ao defender o reforço dos serviços públicos de saúde e em não fazer referência ao setor privado em nenhuma das suas propostas.

6.1.2 Hipótese de investigação 2

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Quanto à segunda hipótese “os partidos sentados à direita do hemiciclo defendem a colaboração e a concorrência entre o SNS, o setor privado e o setor social”, verificamos que esta não se apresenta como uma tendência nos programas eleitorais de todos os partidos deste espectro político, sendo que por isso se confirma parcialmente. O PSD, CDS-PP e IL defendem a existência de um sistema de prestação de cuidados de saúde misto, onde a concorrência entre prestadores e financiadores de cuidados de saúde públicos e privados desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos utentes (universalidade) e na garantia de uma maior liberdade de escolha. No entanto, o Chega defende um modelo de sistema de saúde iminentemente privado (financiamento e prestação), onde o Estado apenas desempenha uma função de regulação dentro do mercado dos cuidados de saúde. O partido da extrema-direita é o único que contraria a visão dos demais partidos de direita, sendo que as suas propostas foram bastante atacadas publicamente, levando inclusivamente o partido a retirar o programa eleitoral do seu site.

6.1.3 Hipótese de investigação 3

Na terceira hipótese: “a ideologia tradicionalmente associada aos partidos políticos (espectro esquerda-direita) influencia a defesa ou oposição da gestão privada de hospitais públicos”, verificamos que as medidas apresentadas refletem o posicionamento ideológico que tipicamente é associado a cada uma das forças partidárias. Por um lado, os partidos mais à esquerda como o BE, CDU e Livre, enquanto partidos que tradicionalmente defendem um Estado mais interventivo e com um papel maioritário, opõem-se completamente à gestão privada de hospitais da rede pública hospitalar. Nessa medida, estes partidos rejeitam a existência de qualquer tipo de PPP e/ou concessões. Já o PS, enquanto partido de esquerda mais chegado ao centro, admite a existência destas parcerias em unidades de saúde onde estas já existam, sendo que o partido se compromete em não realizar nenhuma nova PPP hospitalar. Em sentido oposto, todos os partidos de direita, sem exceção, mostraram-se favoráveis à realização deste tipo de parcerias e/ou concessões. Tipicamente os partidos mais à direita ou *catch all* defendem um Estado menos interventivo e reconhecem potencialidades em adaptar modelos de gestão privada aos serviços públicos. Nesse sentido, PSD, CDS-PP, IL e Chega consideram que a gestão privada de hospitais públicos pode trazer mais valias ao nível da eficiência, da redução de custos e da manutenção da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes.

6.1.4 Hipótese de investigação 4

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

No que diz respeito à quarta hipótese “os partidos tipicamente mais à esquerda defendem políticas de fixação dos profissionais de saúde no SNS”, verificamos que de facto são os partidos de esquerda (BE, CDU, Livre e PS) que apresentam propostas nesse sentido. Sendo que o BE, CDU e Livre vão mais longe do que o PS e propõem a implementação de regimes de exclusividade para os profissionais de saúde no SNS. Para além dos partidos reconhecidamente de esquerda, também o PAN apresentou propostas no sentido de promover a fixação e o regime de exclusividade dos profissionais de saúde no SNS.

6.1.5 Hipótese de investigação 5

Por fim, a quinta hipótese: “a habitual convergência ideológica entre os ‘partidos de governo (PS e PSD) é manifestada nas propostas concernentes ao SNS”, concluímos que apesar de existirem semelhanças na visão dos dois partidos, estes discordam num ponto essencial que é o do financiamento do sistema de saúde através de pagamentos diretos. Como podemos verificar a partir da análise da tabela 8, no tópico das taxas moderadoras, PS e PSD apresentam posições opostas. Por um lado, o PS defende o fim das taxas moderadoras, e por inerência um sistema de saúde gratuito. Ao passo que o PSD defende a manutenção dos pagamentos diretos, ou seja, um sistema tendencialmente gratuito. Ainda assim, os partidos apresentam um modelo de SNS de cariz misto, dado que apresentam em comum os seguintes pontos:

- Considerarem o Estado como o principal financiador de cuidados de saúde;
- Ambos optam por defender um modelo de SNS misto no que toca a prestação de cuidados de saúde, ainda que o PS defenda que o recurso aos privados deva ser feito apenas em situações onde o público não consiga dar uma resposta efetiva, ao passo que no caso do PSD existe um incentivo à cooperação entre setor público, privado e social como forma de alcançar a universalidade do sistema;
- Admitem a existência de PPP hospitalares, sendo que o PS aceita apenas as que atualmente já existem nos hospitais do SNS e compromete-se em não realizar nenhuma nova parceria, ao passo que o PSD demonstra ser favorável à realização de novas PPP sempre que for mais vantajoso para o Estado e para os utentes.

Confrontadas as propostas presentes nos programas eleitorais com as hipóteses da nossa investigação, encontramos-nos em condições de responder à nossa pergunta de partida: “qual o modelo de SNS defendido pelas forças políticas com representação parlamentar (2019) de acordo com os programas eleitorais apresentados?”.

Nos seus programas eleitorais, a CDU, o BE e o Livre defendem a mesma tipologia de modelo de sistema de saúde, mais especificamente o modelo Beveridgiano de serviço

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

nacional de saúde mais tradicional. Tratando-se do conjunto de partidos posicionado mais à esquerda no espectro político, o modelo que defendem baseia-se na centralidade do Estado na prestação e no financiamento de cuidados de saúde. Os partidos defendem um modelo que faz uma clara distinção entre o setor público e privado, rejeitando qualquer tipo de intervenção privada nos serviços do SNS. Defendem o aumento do investimento e do financiamento no sistema público e em sentido oposto pretendem terminar com as taxas moderadoras, com PPP e com as concessões em saúde.

O PAN, ainda que não se tenha posicionado de forma clara sobre uma parte importante das temáticas em análise, apresenta uma visão que consideramos aproximar-se dos partidos mais à esquerda, ou seja, defende um SNS iminentemente público. O partido faz um conjunto de propostas com vista ao reforço da oferta dos serviços do SNS e defende um regime de exclusividade para os profissionais de saúde do SNS, o que indica uma clara aproximação à visão dos partidos mais à esquerda. Outro dos pontos que indicam uma aproximação aos partidos de esquerda é o facto de, no seu programa eleitoral, o PAN não se pronunciar em nenhum ponto quanto ao papel que atribui aos privados dentro da tipologia de sistema de saúde que defende.

O PS apresenta um modelo de SNS de cariz misto, ainda que com uma clara inclinação estatal. O partido atribui um papel relevante ao Estado nas suas funções fundamentais de financiamento e prestação de cuidados de saúde, não obstante também defender um modelo que possibilita a participação da iniciativa privada. Por um lado, o modelo caracteriza-se por uma aproximação à visão dos partidos mais à esquerda em matérias como o aumento do financiamento e do investimento público em saúde, a centralidade do Estado no financiamento e prestação de cuidados de saúde, o reforço da oferta de cuidados de saúde nas unidades do SNS e o fim das taxas moderadoras. Por outro lado, o modelo prevê a manutenção das PPP hospitalares atualmente em vigor e, ainda que sob alguns condicionalismos, o recurso a entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS (convenções). Nessa medida, o modelo defendido pelo PS no seu programa eleitoral é próximo do modelo de SNS atual, sendo que a eliminação dos pagamentos diretos das famílias (taxas moderadoras) é a principal proposta de alteração ao sistema.

O PSD apresenta um modelo de SNS misto, sendo que atribui um papel importante tanto ao Estado quanto ao setor privado. O partido defende um sistema baseado numa relação de cooperação e competição entre os setores público, privado e social. Na ótica do partido, esta relação entre setores permite que haja uma oferta mais alargada de prestadores de cuidados de saúde, o que se traduz numa maior liberdade de escolha para os utentes. Dessa forma, o modelo de SNS idealizado pelo PSD baseia-se no financiamento e na prestação assegurados pelo Estado, mas também no recurso a

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

entidades privadas de prestação de cuidados de saúde a utentes provenientes do SNS (convenções), a PPP hospitalares (já existentes e novas), a pagamentos diretos por parte dos utentes (sistema tendencialmente gratuito), ao recurso a seguros de saúde e no desenvolvimento de um paradigma de maior autonomia e responsabilização na gestão das unidades públicas de prestação de cuidados de saúde.

O CDS-PP apresenta igualmente um modelo de SNS misto com uma importante predominância do papel do setor privado. Tal como o PSD, o CDS-PP defende um modelo de SNS onde os setores público, privado e social cooperam e concorrem entre si. As justificações para a opção por este tipo de sistema de saúde são semelhantes às do PSD, na medida em que o principal objetivo passa por proporcionar ao utente uma oferta de cuidados de saúde mais alargada, o que por sua vez potencia a equidade, a qualidade e a universalidade no acesso aos mesmos. Ao nível da prestação e financiamento de cuidados de saúde, as bases do modelo são mistas. Mais concretamente, baseiam-se na centralidade do papel desempenhado pelo Estado, mas também na participação da iniciativa privada em cooperação e concorrência com o setor público na prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, na realização de concessões e PPP hospitalares e ainda no incentivo ao recurso a subsistemas e seguros de saúde privados. De acrescentar que no domínio do financiamento privado, o CDS-PP pretende tornar a ADSE num seguro de saúde igual aos demais e dessa forma torná-lo acessível a toda a população. Por fim, o modelo apresentado pelo CDS-PP pretende tornar o SNS num sistema mais simples e prático — através da extinção de algumas instituições, como as ARS — e mais voltado para uma lógica de resultados alcançados, para a autonomia das entidades prestadoras e para os ganhos e eficiência económicos.

Por sua vez, a IL defende um tipo de sistema de saúde iminentemente privado. Ainda que a prestação de cuidados de saúde seja de base mista, ou seja, através de uma relação de cooperação e concorrência entre entidades públicas e privadas, o tipo de financiamento caracteriza-se como sendo claramente de base Bismarckiana, o que leva a que se considere este tipo de sistema de saúde como um sistema de seguro social e não propriamente como um serviço nacional de saúde de carácter misto. Como referimos, a tipologia de prestação deste modelo é mista dado que a gestão de grande parte das redes de prestação de cuidados de saúde se mantém centralizada no Estado (ACSS), e pelo facto de a prestação de cuidados de saúde estar a cargo de entidades dos setores público, privado e social. Ainda no domínio da prestação de cuidados de saúde importa acrescentar que o partido prevê a realização de contratos de concessão de unidades de prestação de cuidados de saúde públicas aos privados. Todavia, é na tipologia de financiamento que o modelo se distingue de todos os outros, através da adoção de um modelo que se aproxima do modelo holandês e que prevê o financiamento do sistema de

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

saúde através de contribuições de empregadores e trabalhadores. Concretamente, o partido opta por substituir o sistema único universal por um conjunto de subsistemas de saúde que concorrem entre si e que passam a financiar o mercado dos cuidados de saúde — as próprias ARS e a ADSE serão transformadas em subsistemas de saúde que integrarão o mercado. Por outras palavras, o tipo de financiamento defendido pela IL é iminentemente privado dado que este parte dos pagamentos individuais dos utentes aos subsistemas de saúde de que beneficiam, e estes em conjunto com a ACSS — que é financiada por contribuições dos próprios subsistemas de saúde — financiam todo o sistema de saúde. Para além do financiamento baseado em subsistemas, o partido assume a possibilidade da existência de taxas moderadoras, copagamentos e franquias. Em suma, este é um modelo em que o objetivo passa por atribuir uma maior autonomia na gestão central do sistema de saúde (ACSS), na gestão das unidades de prestação públicas e privadas e em proporcionar um maior grau de liberdade para os utentes na escolha do financiador e/ou prestador de cuidados de saúde.

No programa eleitoral do Chega, o partido opta por um modelo de sistema de saúde privado, mais concretamente um sistema de saúde baseado em seguros privados. Considerado como o partido mais à direita no espectro político, o Chega defende a intervenção mínima do Estado na prestação e no financiamento dos cuidados de saúde. No que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, o modelo apresentado pelo Chega defende que o papel do Estado, através da ação do Ministério da Saúde, é apenas o de regular e inspecionar os estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, a prestação deve estar a cargo de unidades de prestação privadas, sociais e públicas de gestão privada, através da realização de acordos e parcerias. A tipologia de financiamento também está voltada para os privados, na medida em que este se baseia no princípio do “utilizador-pagador”. Ou seja, a cada utente é cobrada uma taxa de pagamento pelos serviços de saúde prestados, de acordo com os rendimentos de cada um. Aos cidadãos que comprovadamente não tenham rendimentos para pagar as despesas em saúde, o Estado assume o compromisso de atribuir um cheque-saúde, ainda que estes tipos de cheques sejam atribuídos numa fase transitória entre o sistema de saúde atual e o modelo defendido pelo Chega. O tipo de financiamento é, por isso, baseado no recurso a seguros privados de saúde, como forma de os cidadãos alcançarem a liberdade de escolha plena. Em síntese, o modelo de sistema de saúde defendido pelo Chega é o que mais se afasta do modelo que atualmente vigora. Tanto a prestação como o financiamento dos cuidados de saúde são maioritariamente sustentados pela atividade dos privados, que competem entre si dentro do mercado, ao passo que a atuação do Estado se limita à regulação do sistema, garantindo o seu bom funcionamento.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Gráfico 11- Síntese esquemática do posicionamento dos partidos políticos quanto à tipologia de SNS que defendem (2019)

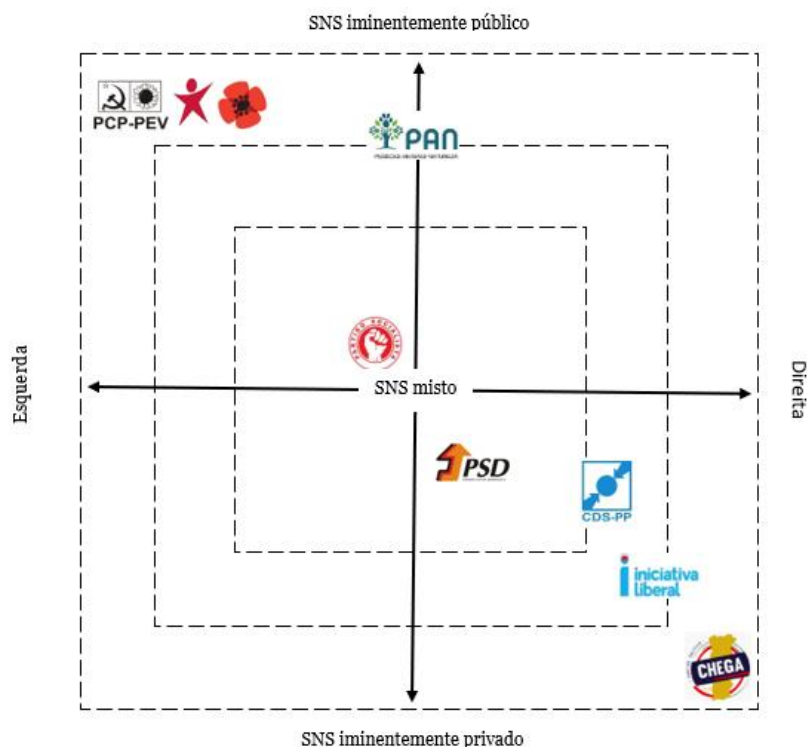


Tabela 9- Quatro tipologias de sistemas de saúde defendidas pelos partidos políticos (2019)

Tipologia de sistema de saúde	Partido Político/Coligação
SNS Estatal (tradicional)	CDU, BE, Livre
SNS Misto	PS, PSD, CDS-PP
Sistema de Seguro Social	IL
Sistema de Seguros Privados	Chega

O gráfico 11 traduz o posicionamento de cada um dos partidos políticos mediante o lugar que ocupam no espectro político esquerda-direita e quanto à tipologia de SNS que defendem nos seus programas eleitorais de 2019 (iminentemente público, misto ou iminentemente privado). Nesse sentido, os partidos mais à esquerda como a CDU, BE e Livre defendem um sistema de saúde iminentemente público, de base estatal (SNS tradicional). O partido do centro-esquerda PS, o partido do centro-direita PSD e o partido de direita CDS-PP apresentam uma visão que os aproxima da tipologia mista de SNS. O partido de direita IL defende um sistema de saúde que se aproxima do iminentemente privado, mais especificamente um Sistema de Seguro Social. Por fim, o

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

partido da extrema-direita, o Chega, defende um sistema iminentemente privado, designado de Sistema de Seguros Privados (tabela 9).

Conclusão

O estudo das políticas públicas, e mais concretamente da sua variante social (políticas sociais), é essencial para compreender o papel do Estado na formulação e aplicação de políticas que visam melhorar a qualidade de vida dos seus cidadãos, tais como as políticas de saúde.

Nesse sentido, na esfera das políticas sociais ligadas ao campo da saúde, o estabelecimento da tipologia de sistema de saúde a implementar é uma das mais importantes decisões que os representantes políticos têm de tomar. Entre os diferentes tipos de sistemas de saúde passíveis de serem adotados, a sua matriz parte de dois modelos base, o modelo de Beveridge e o modelo de Bismarck. A grande diferença entre um modelo e outro reside na opção entre um papel mais interventivo ou menos interventivo por parte do Estado dentro do sistema de saúde. No modelo Beveridgiano o Estado desempenha um papel central e maioritário, ao passo que no modelo Bismarckiano é dada prioridade à atuação dos privados, havendo uma maior aproximação à ideologia de mercado.

Em Portugal, o modelo de sistema de saúde consagrado a partir de 1979, caracterizava-se como sendo um serviço nacional de saúde de base Beveridgiana, universal, geral e gratuito. Ao longo do tempo, este modelo foi alvo de sucessivas alterações que o transformaram num modelo de SNS misto nas suas dimensões fundamentais de financiamento e prestação de cuidados de saúde. A intervenção do setor privado em cooperação e concorrência com o setor público foi crescendo ao longo dos anos, transformando por completo a natureza organizativa do sistema de saúde em Portugal. As reformas operadas ao modelo inicial de SNS partiram de decisões políticas influenciadas essencialmente por fatores como a procura pela sustentabilidade e eficiência, pelo aumento generalizado da procura de cuidados de saúde e pelos pressupostos ideológicos dos partidos que compunham os diversos governos. Atualmente, o modelo de SNS em vigor caracteriza-se como sendo de base mista, onde o setor público desempenha um papel central na prestação e no financiamento de cuidados de saúde e onde o setor privado exerce um papel cada vez mais importante na garantia da universalidade e na prestação de cuidados de saúde em especialidades estratégicas, onde o setor público apresenta debilidades crónicas.

O balanço que se faz ao longo dos mais de 40 anos de atividade do modelo de SNS em Portugal é globalmente positivo. As políticas públicas de saúde seguidas a partir da aplicação de um modelo que garante o acesso universal, geral e tendencialmente gratuito

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

a todos os cidadãos sem exceção levou a que o país se fosse aproximando, e até mesmo chegando a ultrapassar, alguns dos países europeus de referência no campo dos cuidados de saúde.

Em todo o caso, as críticas dirigidas ao modelo de SNS adotado e às reformas que este tem vindo a sofrer são uma constante por parte dos utilizadores do sistema e da classe política. As políticas naturalmente oscilatórias aplicadas pelos diferentes governos — entre um SNS com forte predominância do setor público ou um SNS que prioriza o fortalecimento da cooperação e concorrência com o setor privado — e as descontinuidades ideológicas dessas mesmas políticas marcaram todo o processo de evolução do SNS português.

Partindo destes pressupostos, iniciámos a nossa investigação com o intuito de compreender qual o modelo de SNS defendido pelas forças partidárias com representação parlamentar em 2019, recorrendo a metodologia providenciada pelas Ciências Sociais. Para tal, socorremo-nos dos programas eleitorais apresentados pelos partidos políticos que obtiveram representação parlamentar nas eleições legislativas de 2019. A este respeito, importa referir que apesar da influência que a evolução tecnológica provocou nas campanhas eleitorais e na comunicação política dos partidos, os programas eleitorais continuam a ser uma das fontes mais fidedignas para o conhecimento das suas políticas oficiais.

Nesse sentido, a opção por este ato eleitoral justifica-se por estas serem as eleições legislativas mais recentes, o que nos permitiu centrar a nossa análise nas problemáticas e nas especificidades que o SNS apresenta na atualidade, e porque as mudanças no sistema partidário português, nomeadamente com a eleição inédita de dez forças partidárias, permitiram recolher um conjunto de visões e de posicionamentos ideológicos mais amplos e diversificados sobre o modelo de SNS defendido pelos partidos em estudo.

Dado que as forças partidárias que elegem deputados para o Parlamento representam a porção de eleitores que lhes confiou o seu voto, era essencial compreender as propostas de alteração apresentadas ao atual modelo de sistema de saúde, bem como as propostas de adoção de modelos alternativos e/ou opostos ao modelo em vigor. A apresentação deste tipo de propostas visa trazer para o debate público possibilidades alternativas de resolver e superar as debilidades com que o sistema de saúde se depara na atualidade, e em especial aquelas que os eleitores querem ver resolvidas com maior brevidade. Desse modo, os programas eleitorais, enquanto objeto de estudo da nossa investigação, permitiram que se identificasse a visão e os objetivos que cada partido apresentou no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e dessa forma possibilitou que os

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

organizássemos a partir da matriz de sistema de saúde que consideram ser a mais adequada às necessidades dos cidadãos (matriz mais pública ou mais privada).

Recorrendo aos resultados obtidos no Capítulo 6, nomeadamente a partir das repostas às hipóteses formuladas, foram identificadas quatro tipologias distintas de sistemas de saúde defendidas pelos partidos políticos nos seus programas eleitorais (figura 8). A CDU, o BE, o Livre e o PAN foram os partidos que apresentaram um modelo de sistema de saúde mais próximo do modelo tradicional de serviço nacional de saúde (Beveridgiano), ou seja, com um sistema com forte predominância do papel do Estado nas suas dimensões fundamentais de regulação, prestação e financiamento. Por sua vez, PS, PSD e CDS-PP apresentaram um modelo misto, mais próximo do modelo atual, possibilitando a cooperação e/ou concorrência entre os setores público e privado na prestação e financiamento de cuidados de saúde (ainda que existam diferenças bastante significativas entre eles). E por fim, a IL e o Chega foram os partidos que apresentaram os modelos de sistema de saúde que mais se afastam do modelo atual. Quanto à IL, apresenta um modelo de base Bismarckiana que se aproxima do modelo de sistema de seguro social, ao passo que o Chega apresenta um modelo designado como sistema de seguro privado.

Os partidos mais à esquerda (CDU, BE, Livre), conjuntamente com o PAN, apresentaram um conjunto de alterações relevantes ao atual modelo de SNS. Os partidos, defendem uma maior intervenção do Estado dentro do sistema de saúde e uma maior separação entre o setor público e privado na prestação e no financiamento de cuidados de saúde. Os partidos de centro-direita e centro-esquerda (PS e PSD), conjuntamente com o CDS-PP (direita), optaram pela manutenção do modelo de SNS nas suas dimensões principais de prestação e financiamento, não fazendo propostas de alteração muito profundas. Já os partidos mais à direita (IL e Chega) foram os que mais inovaram e os que propuseram uma verdadeira revolução ao modelo de sistema de saúde vigente.

Em suma, o debate em torno do modelo futuro de SNS é um dos mais pertinentes no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, e tendo em consideração que o SNS não é um organismo estático — mas sim composto por um conjunto de instituições organizadas de forma dinâmica, em constante evolução e fortemente influenciadas por decisões políticas —, a análise aos programas eleitorais de 2019 constituiu uma oportunidade de recolher um conjunto de visões e posicionamentos partidários sobre o futuro do sistema de saúde a médio/longo prazo. Desse modo, concluímos que a opção dos partidos políticos por um tipo de sistema de saúde iminentemente público ou iminentemente privado está profundamente ligado à ideologia política presente em cada um. As propostas apresentadas pelos diferentes partidos denotam uma clara aproximação às ideologias políticas que tradicionalmente lhes são atribuídas, sendo que

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

PS, PSD e CDS-PP são os únicos que não propõem uma rutura total ou parcial com o modelo atual de SNS, mas sim um conjunto de propostas que visam a sua melhoria. Deste modo, importa referir que as reformas em setores que têm influência direta na qualidade de vida dos cidadãos, como o setor da Saúde, devem ser realizadas com cautela. Alterações mais drásticas que visem a implementação de um sistema de saúde maioritariamente privado (alternativa mercantil), ou em sentido oposto um sistema unicamente público que deixe de contar com o importante contributo do setor privado, poderia ter consequências adversas para a manutenção da qualidade de vida e de acesso a cuidados de saúde por parte de todos os beneficiários do SNS. A manutenção do sistema de saúde nos moldes em que se encontra também não parece exequível, dado que a inércia e a falta de reformas urgentes levarão ao desgaste irreversível do próprio sistema. Nesse sentido, a opção mais viável deve passar por uma alternativa reformadora, de alteração e atuação nos pontos em que o sistema apresenta mais falhas, mas sem nunca prejudicar a atuação do setor público ou do setor privado pois ambos são essenciais para promover as condições que levaram ao sucesso do Serviço Nacional de Saúde ao longo dos últimos 40 anos (Campos, 2019).

Quanto a pistas de investigação futuras, a análise ao modelo de SNS defendida pelos partidos políticos com representação parlamentar deverá ter em conta o momento singular e histórico que nos afeta desde o início de 2020. A emergência de saúde pública causada pela pandemia da Covid-19 criou novos desafios ao SNS e acentuou algumas debilidades que o sistema de saúde português já apresentava. Nesse sentido, as políticas públicas, em geral, e as políticas sociais na área da Saúde, em particular, irão contar com uma nova e importante variável que até à formulação das propostas inscritas nos programas eleitorais de 2019 não existia. Nesse sentido, as conclusões a que chegámos sobre o modelo de SNS defendido pelas forças partidárias com representação parlamentar poderão sofrer profundas alterações em atos eleitorais futuros. Ainda assim, acreditamos que esta investigação é um contributo para a compreensão da evolução político-legal do SNS, bem como do posicionamento ideológico das forças partidárias no que diz respeito ao sistema de saúde português.

Bibliografia

- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1975). Teoria e investigação empírica nas ciências sociais. *Análise Social*, 11(42-43), pp. 364-445.
- Alonso, S., Volkens, A., & Gómez, B. (2012). *Análisis de contenido de textos políticos: Un enfoque cuantitativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Amador, O. M. (2012). Desafios da Regulação da Saúde em Portugal Nos Tempos de Crise. *Revista de Concorrência e Regulação*, 10, pp. 143–157.
- Amaral, A. C. (1998). *Cidadania e Revolução na Política de Aristóteles*. Dissertação de Mestrado em Filosofia (na variante de Filosofia Política). Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: Universidade Católica Portuguesa.
- Amendoeira, J. (2009). Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades. *Seminários Temáticos — Políticas Públicas e Desigualdades*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: Universidade Nova de Lisboa.
- António, I. (2014). *As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde — O Advento do Estado Mínimo de Regulação e o Direito de Acesso à Saúde*. Tese de Doutoramento. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Antunes, L. F. C. (1982). Sistema de Partidos Y Participacion Política en Portugal. *Revista de Estudios Políticos*, 27, pp. 113–136.
- Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde (SNS) - 30 Anos de Resistência (2ª)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Associação Portuguesa de Seguradoras. (2009). *Os Seguros de Saúde Privados no Contexto de Saúde Português*. Lisboa: APS.
- Atkinson, A. B. (1996). The Economics of the Welfare State. *The American Economist*, 40(2), pp. 5–15.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Augusto Mateus & Associados. (2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Millenium BCP e AM&A.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina Do CES*, 182. Disponível em: <https://ces.uc.pt/pt/publicacoes/outras-publicacoes-e-colecoes/oficina-do-ces/numeros/oficina-182>.
- Barañano, A. M. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de Apoio à Realização dos Trabalhos de Investigação* (1ª). Lisboa: Edições Sílabo.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (2004). O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 51–56.
- Barros, P. P. (2010). As Parcerias Público-Privadas Na Saúde Em Portugal. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, pp. 519–560. Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P. (2013). *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Barros, P. P., Lourenço, A., Moura, A., Correia, F., Silvério, F., Gomes, J. P., Sousa, J., Matias, M. A., & Cipriano, R. (2015). Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014 Avaliação do Impacto. *Nova Healthcare Initiative – Research / Universidade Nova de Lisboa*, pp.1–190.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. (2011). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), pp. 1–156.
- Barros, P. P., & Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9 (5), pp. 1-140.
- Belchior, A. M. (2008). Democracia nos Partidos Políticos Portugueses: Uma análise do eleitorado, dos programas e dos estatutos dos partidos. *Sociologia Problemas e Práticas*, 58, pp. 131-154.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Benoit, K., & Laver, M. (2006). *Party Policy in Modern Democracies* (1st ed.). Londres: Routledge.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 701–711.
- Björnberg, A., & Phang, A. Y. (2019). *Euro Health Consumer Index - 2018*. Disponível em: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Branco, R. (2017). Entre Bismark e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). *Análise Social*, 52(224), pp. 534–555.
- Bureau, V., & Blank, R. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *Journal of Comparative Policy Analysis Research and Practice*, 8(1), pp. 63–76.
- Caldas, R. W. (2008). *Políticas Públicas: Conceitos e Práticas*. Minas Gerais: Sebrae MG.
- Campos, A. C. (2001). Despesa e déficit na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*, XXXVI(161), pp. 1079–1104.
- Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), pp. 23–33.
- Campos, A. C. (2019). *Administração Pública e Saúde - Ensaio de Circunstância*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2014). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. P., & Faria, P. L. (2003). O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril — nova tentativa de reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), pp. 73–92.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Carvalho, M. P. (2010). *Manual de Ciência Política e Sistemas Políticos e Constitucionais* (3ª). Lisboa: Quid Juris.

Centro Hospitalar Lisboa Central. (2017). *Relatório e Contas de 2017*. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/>.

Collier, D. (1993). The Comparative Method. In A. Finifter (Ed.), *Political Science: The State of the Discipline II* (pp. 105–119). Washington: American Political Science Association.

Comissão Europeia. (2011). Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality. Disponível em: https://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf.

Comissão Europeia. (2019). *State of Health in the EU - Portugal - Perfil de Saúde do País 2019*. Disponível em: https://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf.

Costa, B. F. (2014). *A Influência do Sistema Político e Eleitoral e do contexto Macroeconómico na Participação nas Eleições Legislativas em Portugal e Espanha (2004 - 2011) – Um contributo para o estudo da Democracia*. Tese de Doutoramento em Ciência Política. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade de Lisboa.

Costa, C., Lopes, S., & Santana, R. (2013). *Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Costello, R., & Thomson, R. (2008). Election Pledges and their Enactment in Coalition Governments: A Comparative Analysis of Ireland. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*, 18(3), pp. 239–256.

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas* (2nd ed.). Coimbra: Almedina.

Crisóstomo, S. (2016). O Artigo 64.º da Constituição Da República Portuguesa.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Sociologia, Problemas e Práticas, Número especial, pp. 33–48.

Cruz, M. B. (1994). O Presidente da República na génese e evolução do sistema de governo português. *Análise Social*, XXIX (125–126), pp. 237–265.

Cruz, M. B. (2017). *O sistema político português*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Cunha, J. C. da, & Braz, C. (2012). A Evolução Da Despesa Pública: Portugal No Contexto Da Área Do Euro. *Boletim Económico do Banco de Portugal*, 18(4). Disponível em:

https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/papers/ab201213_p.pdf.

Cutler, D., & Miller, G. (2005). The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The 20th United States. *Demography*, 40(1), pp. 1–27.

DGS. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal; ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/ganhos-de-saude-em-portugal-ponto-da-situacao-relatorio-do-director-geral-e-alto-comissario-da-saude-pdf.aspx>.

DGTF. (2012). *Parcerias Público-Privadas e Concessões - Relatório 2012*. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/Homepage>.

DGTF. (2010). *Parcerias Público-Privadas - Relatório 2010*. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/Homepage>.

Domingues, M. E. (2019). *40 Anos do SNS*. Lisboa: Secretaria-Geral Do Ministério Da Saúde.

Easton, D. (1957). An approach to the analysis of political systems. *World Politics*, 9(3), pp. 383-400.

ERS. (2009). *Avaliação Do Modelo De Contratação De Prestadores De Cuidados De Saúde Pelos Subsistemas e Seguros De Saúde*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.p

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

[df.](#)

ERS. (2011). *Relatório Sobre “A Carta Dos Direitos Dos Utentes” Draft Preliminar.*

Disponível

em:

<https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/CARTA%20DOS%20DIREITOS%20DOS%20UTENTES.pdf>.

ERS. (2015). *Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde.*

Disponível

em:

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1345/2015.03.12_Seguros_publicar.pdf.

ERS. (2016). *Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde.* Disponível

em: https://www.ers.pt/media/3452/ers_-_estudo_ppp.pdf.

Escoval, A., Santos, A. T., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), pp. 17-27.

Espirito Santo, P. (1997). *O processo de persuasão política — Abordagem sistémica de persuasão com referências ao actual sistema político português.* Dissertação de Mestrado em Ciência Política. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade de Lisboa.

Estanque, E. (2017). Portugal e o Estado Providência: Fragilidades, Dependências e Ameaças. *Novos Rumos Sociológicos*, 5(8), pp. 33–70.

Fernandes, A. C. (2014). A Combinação Público-Privado. In A. C. de Campos & J. Simões (Eds.), *40 Anos de Abril Na Saúde* (pp. 211–231). Coimbra: Almedina.

Fernandes, A. C. (2015). *A Combinação Público-Privada em Saúde: Impactos no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português.* Tese de Doutoramento em Administração da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade de Lisboa.

Fernandes, A. J. (2010). *Introdução à Ciência Política: teorias, métodos e temáticas*

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

(3^a). Porto: Porto Editora.

Fernandes, J., & Magalhães, P. (2020). The 2019 Portuguese general elections. *West European Politics*, 43(4), pp. 1038–1050.

Ferreira, A. S. (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, XXXIX(171), pp. 313–337.

Ferrinho, P., Simões, J., Miguel, J. P., Beja, A., Cortes, M., & Hartz, Z. (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. *Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, 12, pp. 76–90.

Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2008). Política de Saúde: uma política social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. de V. C. Lobato, J. C. de Noronha, & A. I. de Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 23-64). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fraqueiro, M. J. (2014). *O Sistema Político Português: Renovação ou Estagnação dos Seus Principais Atores no Período da Democracia 1974-2012*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Freire, A. (2006). The Party System of Portugal. In O. Niedermayer, R. Stoss, & M. Haas (Eds.), *Die Parteiensysteme Westeuropas* (pp. 373–396). Wiesbaden: VS Verlag fur Sozialwissenschaften.

Gemenis, K. (2013). What to Do (and Not to Do) with the Comparative Manifestos Project Data. *Political Studies*, 61(S1), pp. 3–23.

Godoy, A. S. (1995). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), pp. 20–29.

Harfouche, A. P. de J. (2012). *Opções Políticas em Saúde - Efeitos Sobre a Eficiência*

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Hospitalar. Coimbra: Almedina.

Harmel, R. (2018). The How's and Why's of Party Manifestos: Some Guidance for a Cross-National Research Agenda. *Sage*, 24(3), pp. 229–239.

Harvey, D. (2007). Political and Economic Dimensions of Free Trade. *ANNALS - The American Academy of Political & Social Science*, 610, pp. 22–44.

Hood, C. (1991). A Public Management For All Reasons? *Public Administration Review*, 69, pp. 3–19.

Hughes, O. (2003). *Public management and administration: An Introduction* (Third edition). Londres: Palgarve macmillan.

Huntington, S. (1991). *The Third Wave: Democratization in the Late Twentieth Century*. Oklahoma: University of Oklahoma Press.

INE. (1991). *Estatísticas da Saúde - 1990*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2002). *Estatísticas da Saúde - 2000*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2003). *Mortalidade Infantil em Portugal suspende declíneo*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2006). *Estatísticas da Saúde - 2005*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2014). *Estatísticas da Saúde - 2012*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2017). *Estatísticas da Saúde - 2015*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

INE. (2019). *Os hospitais do sector público asseguraram mais de 70% dos internamentos e cirurgias*. Disponível em:

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt.

INE. (2019). Conta satélite da saúde 2016 - 2018: *Em 2018, a despesa corrente em saúde aumentou 5,1%*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt.

INE. (2020). Estatísticas da Saúde - 2018, Lisboa, INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

ISS. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/inicio>.

Jalali, C. (2015). *Partidos e Democracia em Portugal: da Revolução ao Bipartidarismo 1974-2005* (2ª). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Jalali, C. (2017). *Partidos e Sistemas Partidários*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Klingemann, H.-D., Volkens, A., Bara, J., Budge, I., & McDonald, M. (2006). *Mapping Policy Preferences II. Estimates for Parties, Electors, and Governments in Eastern Europe, European Union, and OECD 1990–2003*. Oxford: Oxford University Press.

Lima, T. M. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Research and Networks in Health*, 1, pp. 1–11.

Lisi, M. (2011). *Os Partidos Políticos em Portugal: Continuidade e Transformação*. Coimbra: Almedina.

Lisi, M. (2020). All Quiet on the European Front? Assessing the Impact of the Great Recession on Euroscepticism in Portugal. *South European Society and Politics*, pp. 1-29.

Lisi, M., Sanches, E. R., & Maia, J. S. (2020). Party System Renewal or Business as Usual? Continuity and Change in Post-Bailout Portugal. *South European Society and Politics*, 25(2), pp. 179–203.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Lopes, P. S. (1988). PPD/PSD La dependencia del Carisma. *Revista de Estudios Políticos*, 60–61, pp. 173–184.
- Lucchesi, P. (Coord.). (2004). *Políticas Públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS.
- Machado, Â. M. (2009). O Binómio «Esquerda Direita» no Portugal pós-25 de Abril. *Respublica*, 9, pp. 23–57.
- Marchi, R. (2020). O Novo partido “Chega” no âmbito da direita portuguesa. In A. Pinto & F. Gentile (Eds.), *Populismo: Teorias e Casos (pp.200-2019)*. Fortaleza: Edmeta Editora.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5th ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Marques, F. P. (2016). *Introdução ao Estudo dos Partidos Políticos e Sistemas Eleitorais* (1ª). Lisboa: Âncora Editora.
- Martins, V. (2011). Estado, políticas sociais e os desafios contemporâneos. *Sociedade Em Debate*, 17(2), 11–28.
- Matos, A., & Nunes, A. M. (2019). O modelo de gestão hospitalar em parceria público-privada nos sistemas de saúde: implementação e desempenho em Portugal. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 8(2), 271–281.
- Mayer, R. (2016). Tipologias partidárias: considerações sobre a sua aplicação na América Latina. *Paraná Eleitoral*, 5(2), 239–258.
- McLaughlin, K., & Osborne, S. (2002). The New Public Management in Context. In K. McLaughlin, S. Osborne, & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 7–15). Londres: Routledge.
- Mendes, A. M., & André, F. (2017). *O Setor da Saúde: Organização, Concorrência e Regulação* (1st ed.). Casal de Cambra: Caleidoscópio.
- Michels, R. (2001). *Para uma Sociologia dos Partidos Políticos na Democracia*

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Moderna (1ª edição portuguesa). Lisboa: Antígona.

Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional da Saúde de 2018*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/24/relatorio-social-do-ministerio-da-saude-e-do-sns/>.

Moreira, A. (2003). *Ciência Política*. Coimbra: Almedina.

Moreira, A. (2009). *Ciência Política* (4ª). Coimbra: Almedina.

Moreira, P. (2007). *Políticas De Saúde Ensaio Para Um Debate Nacional* (2ª). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Mozzicafreddo, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 12, pp. 57–89.

Newman, J. (2002). The New Public Management, modernization and institutional change: Disruptions, disjunctures and dilemmas. In K. McLaughlin, S. Osborne, & E. Ferlie (Eds.), *New public management: Current trends and future prospects* (pp. 77–91). Londres: Routledge.

Novais, J. R. (2010). Constituição e Serviço Nacional de Saúde. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 239–270). Coimbra: Almedina.

Nunes, A. M. (2018). A recuperação do Serviço Nacional de Saúde português: Novas perspectivas para a Política de Saúde. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 7(1), pp. 16–28.

Offe, C. (1984). *Contradictions of the Welfare State*. Londres: Hutchinson.

Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 271–295). Coimbra: Almedina.

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- OECD. (2020). *Health Spending (indicator)*. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
- ONU. (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.
- OPSS. (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde - Relatório da Primavera 2001*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2002). *O estado da Saúde e a Saúde do Estado - Relatório da Primavera 2002*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2003). *Saúde: Que Rupturas? - Relatório da Primavera 2003*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2004). *Incertezas... Gestão da Mudança em Saúde - Relatório da Primavera 2004*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2005). *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios - Relatório da Primavera 2005*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? - Relatório da Primavera 2015*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2016). *Saúde... Procuram-se Novos Caminhos - Relatório da Primavera 2016*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- OPSS. (2017). *Viver em Tempos Incertos. Sustentabilidade e Equidade na Saúde - Relatório da Primavera 2017*. Disponível em: <https://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- Palombara, J. La, & Weiner, M. (1966). The Origin and Development of Political Parties. In J. La Palombara & M. Weiner (Eds.), *Political Parties and Political Development* (pp. 3–42). Princeton: Princeton University Press.
- Pasquino, G. (2005). *Sistemas Políticos Comparados* (1ª). Cascais: Principia.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Pasquino, G. (2011). *Nuevo Curso de Ciencia Política* (1ª). Cidade do México: Fondo de cultura económica.
- Pereira, A. G. D. (2019). Uma Lei de Bases da Saúde para os anos 2020 A Healthcare Basic Law for the years 2020. *E-Pública*, 6(1), pp. 48–61.
- Pereirinha, J. A., & Carolo, D. F. (2006). Construção do Estado-providência em Portugal no período do Estado Novo (1935- 1974): notas sobre a evolução da despesa social. *XXVI Encontro Da APHES (Associação Portuguesa de História Económica e Social)*. Ponta Delgada.
- Pessoto, U., Ribeiro, E., & Guimarães, R. (2015). O Papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde: Um Panorama Sobre o Debate do Conceito de Estado e o caso Brasileiro. *Saúde e Sociedade*, 24(1), pp. 9–22.
- Pierson, C. (1998). *Beyond The Welfare State? The New Political Economy Of Welfare* (Second). Pensilvania: The Pennsylvania State University Press.
- Pimentel, I. F. (1999). A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40. *Análise Social*, 34 (151/152), pp. 477–508.
- Pinto, A. C. (2006). Authoritarian legacies, transitional justice and state crisis in Portugal's democratization. *Democratization*, 13(2), pp. 173-204.
- Pires, S. (2015). A caminho do inexorável espartilhamento do Serviço Nacional de Saúde? O exemplo do Hospital de Santa Maria. In A. Portes & M. Marques (Eds.), *Valores, Qualidade Institucional e Desenvolvimento em Portugal* (pp. 223–258). Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2841–2852.
- Portugal. (2015). Programa do XXI Governo Constitucional 2015 - 2019. Lisboa: Governo de Portugal. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/programa-do-governo>.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Portugal. (2018). Programa Nacional de Reformas (2016 - 2022). Lisboa: Governo de Portugal. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/upload/ficheiros/i007132.pdf>.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reto, L., & Nunes, F. (1995). Para um modelo do estudo de abstenção eleitoral em Portugal: Um estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 4(XIII), pp. 471–486.

Ribeiro, J. M. (2009). *Saúde - A Liberdade de Escolher*. Lisboa: Gradiva.

Rocha, J. O. (2010). *Gestão do processo político e políticas públicas*. Vila Franca de Xira: Escolar Editora.

Rocha, P. M., & Sá, A. B. (2011). Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2853–2863.

Rodrigues, E. V., Samagaio, F., Ferreira, H., Mendes, M. M., & Januário, S. (1999). Políticas Sociais e Exclusão em Portugal. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 31, pp. 39–67.

Rudio, F. V. (2007). *Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica* (2nd ed.). Petrópolis: Vozes.

Santinha, G. (2016). Políticas da saúde e território: um debate em torno da realidade portuguesa à luz da visão de decisores políticos e instrumentos programáticos. *Saúde e Sociedade*, 25(2), pp. 336–348.

Santos, B. de S. (1987). O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 13–74.

Sarmiento, J. M. (2013). *Parcerias Público-Privadas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Sarmiento, J. M., & Silva, D. N. (2020). A Eficiência dos Hospitais em Regime de PPP em Portugal. *Revista C&R - Autoridade Da Concorrência*, 42 & 43, pp. 25–58.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Sakellarides, C. (2000). Direcção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), pp. 27–34.
- Sakellarides, C. (2020). Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Acta Médica Portuguesa*, 33(2), pp. 133–142.
- Seiler, D. L. (2000). *Os Partidos Políticos*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Silva, M. M. (1969). O Desenvolvimento Económico e a Política Social. *Análise Social*, pp. 475–484.
- Silva, M. V. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, pp. 121–128.
- Silva, S. N. da. (2010). Gasto, Financiamento e Eficiência. In J. Simões (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 113–143). Coimbra: Almedina.
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 79-90.
- Simões, J. (2009). Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde. *Janus: Anuário de Relações Internacionais*, pp. 1-7.
- Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. *Health Systems in Transition*, 19(2), pp. 1–182.
- Simões, J., Barros, P., Pereira, J., Oliveira, M., Silva, S., Ferreira, A., Ferreira, P., Hespanhol, P., & Teixeira, M. (2007). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde - Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS*. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/noticias/sustentabilidade+sns.htm>.
- Simões, J., & Dias, A. (2010). Políticas e Governação em Saúde. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 175–193). Coimbra: Almedina.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- Simões, J., & Fronteira, I. (2019). Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. *E-Pública*, 6(1), pp. 5–13.
- Sousa, P. A. F. (2009). O Sistema de Saúde em Portugal: Realizações e Desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), pp. 884–894.
- Tavares, D. (2019). *Introdução À Sociologia Da Saúde (2ª)*. Coimbra: Almedina.
- Tarouco, G., Vieira, S., & Madeira, R. (2015). Mensuração de Preferências Políticas: análise de manifestos partidários. *Revista Política Hoje*, 24(2), pp. 135–150.
- Thomson, R. (2001). The Programme to Policy Linkage: The Fulfillment of Election Pledges on Socio-Economic Policy in Netherlands, 1986-1988. *European Journal of Political Research*, 40, pp. 171–197.
- Tribunal de Contas. (2013). *Encargos do Estado com PPP na Saúde*. Disponível em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/Pages/homepage.aspx>.
- Tribunal de Contas. (2015). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde – Primeira Vaga de Hospitais*. Disponível em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/Pages/homepage.aspx>.
- Tribunal de Contas. (2019). *Auditoria de Resultados à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP*. Disponível em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/Pages/homepage.aspx>.
- UMCCI. (2011). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.
- UTAP. (2013). *Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2013*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- UTAP. (2014). *Relatório Anual das PPP - 2014*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

- UTAP. (2015). *Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2015*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- UTAP. (2016). *Boletim Anual das PPP - 2016/ Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2016*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- UTAP. (2017). *Boletim Anual das PPP - 2017/ Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2017*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- UTAP. (2018). *Boletim Anual das PPP - 2018/ Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2018*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- UTAP. (2019). *Boletim Anual das PPP - 2019/ Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre de 2019*. Disponível em: <https://www.utap.gov.pt/>.
- Valente, D. A. (1980). *Introdução Ao Estudo Dos Partidos Políticos*. Lisboa: IDL Textos De Apoio.
- Varela, R., & Guedes, R. (2013). Quem paga o “bem-estar” no Estado Social em Portugal? *Estudos Do Século XX*, 13, pp. 223–242.
- Varela, R., Guedes, R., Huws, U., Play, S., Leys, C., Kennedy, P. (2016). *História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias*. Lisboa: Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos; Observatório para as Condições de Vida, FCSH/UNL; Instituto de História Contemporânea (FCSH/UNL).
- Vaz, A. M. (2010). Hospitais Públicos Portugueses. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 297–353). Coimbra: Almedina.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wendt, C. (2009). Mapping European Healthcare Systems: a Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), pp. 432–445.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

WHO. (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/>.

WHO. (2002). *The Role of the Private Sector and Privatization in Europe Health Systems*. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/117011/edoc10.pdf.

WHO. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Genebra: WHO Press.

WHO. (2019). *European Health Information Gateway*. Disponível em: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/visualizations/#id=19661&tab=table.

Outras fontes

Legislação consultada

Decreto de Aprovação da Constituição, CRP 1976, nº 86 (Diário da República de 10 de abril de 1976).

Decreto Lei nº 11/93 de 15 de janeiro. *Diário da República nº 12/1993 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 60/2003 de 1 de abril. *Diário da República nº 77/2003 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 93/2005 de 7 de junho. *Diário da República nº 109/2005 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 185/2002 de 20 de agosto. *Diário da República nº 191/2002 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 284/99 de 26 de julho. *Diário da República nº 172/1999 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Lei Constitucional nº 1/89 de 8 de julho. *Diário da República nº 155/1989 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de agosto. *Diário da República nº 155/2005 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República nº 258/2002 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República nº 195/1990 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 56/79 de 15 de setembro. *Diário da República nº 214/1979 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República nº 169/2019 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 2120 de 19 de julho. *Diário do Governo nº 169/1963 - I Série*. Presidência da República. Lisboa.

Webgrafia

PORDATA. (2019). *Evolução da Despesa Corrente em Cuidados de Saúde em Portugal*. Obtido de Pordata - Base de Dados Portugal. Acedido a 2 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde-3010>.

PORDATA. (2019). *Evolução da esperança média de vida à nascença em Portugal*. Obtido de Pordata - Base de Dados Portugal. Acedido a 27 de fevereiro de 2020. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%AO+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%AO+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418).

PORDATA. (2020). *Esperança média de vida à nascença: Total e por sexo (Em Portugal e na UE 27)*. Obtido de Pordata - Base de Dados Europa. Acedido a 24 de março de 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>.

PORDATA. (2020). *Esperança de vida aos 65 anos: por sexo (Em Portugal e na UE27)*. Obtido de Pordata - Base de Dados Europa. Acedido a 1 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+por+sexo-1262>.

PORDATA. (2020). *Evolução da Despesa Corrente em percentagem de PIB*. Obtido de Pordata - Base de Dados Portugal. Acedido a 2 de abril 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%Bade+em+percentagem+do+PIB-610>.

PORDATA. (2020). *Evolução da taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil em Portugal*. Obtido de Pordata - Base de Dados Portugal. Acedido a 2 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>.

PORDATA. (2020). *Evolução da taxa de mortalidade infantil (Em Portugal e alguns países da Zona Euro)*. Obtido de Pordata - Base de Dados Europa. Acedido a 19 de março de 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+infantil-1589>.

Programas eleitorais

Bloco de Esquerda. (2019). *Faz acontecer*. Disponível em: <https://programa2019.bloco.org/images/programa-sem-fotos.pdf>.

Chega. (2019). *Programa político Chega – 2019*. Disponível em: <https://partidochega.pt/programa-politico-2019/>.

O Serviço Nacional de Saúde: análise comparativa aos programas eleitorais dos partidos políticos com assento parlamentar – 2019

Coligação Democrática Unitária. (2019). *Política patriótica e de esquerda – soluções para um Portugal com futuro*. Disponível em: <https://www.cdu.pt/2019/programa-eleitoral-do-pecp>.

Iniciativa Liberal. (2019). *Compromisso eleitoral – descomplicar Portugal*. Disponível em: <https://iniciativoliberal.pt/programa/>.

Livre. (2019). *Libertar o futuro – uma sociedade justa num planeta saudável*. Disponível em: <https://programa.partidolivre.pt/>.

Partido do Centro Democrático/Partido Popular. (2019). *Programa Eleitoral – Legislativas 2019*. https://ephemerajpp.com/wp-content/uploads/2019/08/programaeleitoral_legislativascds19.pdf.

Partido Social Democrata. (2019). *Programa eleitoral – PSD*. Disponível em: <https://www.psd.pt/pt/programas-do-partido-e-programas-eleitorais>.

Partido Socialista. (2019). *Fazer ainda mais e melhor*. Disponível em: <https://ps.pt/index.php/category/programa-eleitoral-2019/>.

Pessoas – Animais – Natureza. (2019). *Da diferença à emergência – ainda vamos a tempo*. Disponível em: <https://pan.com.pt/eleicoes/eleicoes-legislativas-2019/programa-eleitoral/>.