



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Serviço Nacional de Saúde (SNS) versus Seguros Privados de Saúde (SPS): Os Seguros de Saúde Mutualistas**

**Pedro Manuel Alvito Agapito**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Gestão de Unidades de Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes

**Covilhã, junho 2016**

# Dedicatória

À Alexandra.

# Agradecimentos

A realização desta tese é o culminar de mais um percurso da minha vida e do sempre premente desejo de aprofundar conhecimentos na área da saúde e da gestão.

Mas os percursos não são efetuados isoladamente ou sozinhos, pelo que, é meu ensejo agradecer a todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização desta Dissertação de Mestrado, nomeadamente:

Ao Professor Doutor Manuel Nunes, orientador da tese, pela sua disponibilidade, apoio, crítica, sugestões e relevante sapiência, assim como, pelo rigor indispensável à elaboração deste trabalho.

À minha esposa Alexandra pelo apoio incondicional, força, estímulo, paciência e compreensão nas longas horas dedicadas à elaboração da tese.

Aos meus filhos Carolina e João, pelo apoio.

Ao meu cunhado, Professor Doutor José Manuel Pires Marques, pelas várias considerações, sugestões e relevante sapiência emanada ao longo desta tese.

A todos aqueles que não referi mas que não esqueci.

# Resumo

A saúde, pública e privada, é um dos setores que mais evoluiu em Portugal desde Abril de 1974.

A acompanhar esta evolução foram investidos significativos recursos financeiros, técnicos e humanos ao nível do serviço nacional de saúde (SNS) fomentando e induzindo o acesso generalizado das pessoas aos serviços e cuidados de saúde.

A par desta enorme evolução no SNS a oferta privada, através dos seguros de saúde privados, cresceu, ganhou mais e maior dimensão, o que conduziu à existência de cada vez mais operadores e mais oferta.

Mas os seguros privados de saúde nem sempre corresponderam e satisfizeram a generalidade das necessidades das pessoas, ficando muitas vezes aquém das expectativas e não garantindo, excluindo, algumas doenças e outras pré-existências.

A par do SNS os seguros de saúde privados, caracterizados pela filosofia capitalista e disponíveis no mercado segurador, apresentavam enormes discrepâncias e limitações.

Emergiram, recentemente em Portugal, os seguros de saúde privados na vertente mutualista, que contrapõem transversalmente a atual filosofia e vertente capitalista vigente.

Com este estudo, após caracterizar o SNS, a nível histórico, socioeconómico, político e dos seus recursos, a nova política dos medicamentos e o incremento de novas taxas moderadores, no pós TROIKA, estudada e analisada a saúde privada, nomeadamente, a oferta de seguros de cariz mutualista e de cariz capitalista, procura-se demonstrar o efetivo papel do mutualismo na saúde em Portugal, seguros de saúde privados, em tempos conturbados e de grandes mudanças no setor, nomeadamente, ao nível do SNS e de outros subsistemas de saúde.

Este estudo é pioneiro em Portugal, pois, todos os demais estudos que conheço tiveram como análise de estudo os seguros de saúde privados na vertente capitalista e de análise individual.

Os seguros de saúde são uma mais-valia para as pessoas, como garantia de fácil acessibilidade e rápida resposta na prevenção e tratamento adequado à saúde, visto que o SNS está cada vez mais caro, com menos qualidade, com contínuas listas de espera, com problemas gravíssimos de acessibilidade a determinadas especialidades, assim como no que concerne às atuais restrições de participação nos subsistemas de saúde, em comparação com o sistema privado com seguro.

Contudo, é importante e crucial perceber-se e conhecer-se quais os melhores seguros privados de saúde e quais as melhores ofertas de mercado.

Com este estudo conclui-se que os seguros de saúde mutualistas são seguros que, face à sua génese histórica e às suas características intrínsecas, cujo foco central é o bem-estar da pessoa, a garantia de uma assistência médica de qualidade e atempada, a não exclusão individual, devido à idade ou à portabilidade de qualquer doença ou deficiência da pessoa a segurar e o não lucro - objetivo primeiro das seguradoras capitalistas - representam uma mais-valia global para a sociedade e uma autêntica revolução no mundo dos seguros de saúde privados.

# Abstract

Public and private healthcare are among the economy sectors with bigger evolution in Portugal since 1974.

Accompanying this development were invested significant financial, technical and human resources in the national health service (SNS) promoting a widespread access of the population to health services.

Alongside with this huge evolution of the SNS, the private offer, through health insurances grew, leading to the emergence of more and more operators and products in the market.

But private health insurances did not always corresponded the general needs of people and often did not meet their expectations, namely in what concerns some diseases and pre-existing medical conditions.

Like in the SNS, private health insurances showed large discrepancies and limitations.

Recently emerged in Portugal private mutual health insurances with an opposite philosophical view in comparison with the existing capitalist insurance system.

With this study, after an historical, socio-economical, and political characterization of the SNS, namely in what concerns resources, new drug policy and the increase of the co-payments for health services (partial health charges) after the TROIKA intervention; considered and reviewed the private health system, in particular the insurance offer, mutualistic or not, we intend to demonstrate the effective role of the mutualism in Portugal at the SNS and other health sub-systems level.

To my knowledge, this is a pioneer study in Portugal since all the others start from the analysis of the private individual health insurances.

Private health insurances constitute an added value for people, with the guarantee of an easy access to the health systems and a quick response in opposition to the SNS, which is becoming more expensive, with lower quality, and with long waiting lists in some specialities.

However it is important and even crucial to understand what are the best offers in market in this sector of private health insurances.

This study showed that mutual health insurances are products, that due to their historical genesis and characteristics, focused in the person welfare, the guarantee of a rapid and quality medical assistance, the non-exclusion due to age or other diseases or disabilities rather than making a profit - first objective of insurance companies - represent an global added-value for the society and a true revolution in the world of the private health insurances.

# Índice

1. Introdução .....	13
2. Enquadramento teórico - Mutualismo .....	13
3.1. Enquadramento histórico pós 25 Abril 1974 .....	17
3.2. Enquadramento social e económico.....	23
3.3. Enquadramento político .....	26
3.4. Enquadramento de recursos .....	29
4. Despesas com a saúde e sua evolução .....	33
5. O contexto atual da saúde em Portugal .....	38
5.1 As taxas moderadoras .....	38
5.2 Política do medicamento .....	42
6. O sector privado da saúde em Portugal .....	44
6.1. Oferta .....	44
6.2 A procura .....	51
6.3. As principais entidades privadas de saúde em Portugal .....	54
6.3. As seguradoras de cariz capitalista.....	56
6.3.1. Caracterização da oferta de saúde.....	56
6.4. As seguradoras de cariz mutualista.....	60
6.4.1. Caracterização da oferta de saúde.....	60
6.5.2 O caso da seguradora MGEN .....	62
7. Conclusão .....	66
8. Considerações Finais .....	70
9. Referências Bibliográficas .....	72

# Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução do SNS .....	18
Figura 2. Sistemas e subsistemas do SNS .....	19
Figura 3- Diagrama da visão geral do sistema de saúde .....	20
Figura 4. SNS.....	21
Figura 5. Sector Privado .....	21
Figura 6. Principais <i>stakeholders</i> no sector da saúde em Portugal .....	30
Figura 7. Emprego nos sectores sociais e da saúde em percentagem da população ativa, 1995 e 2008.....	31
Figura 8. Recursos dos cuidados de saúde - Avaliação da relevância .....	32
Figura 9. Evolução da Despesa Corrente em Saúde e PIB.....	35
Figura 10. Despesa Pública em Saúde no total da despesa em Saúde.....	35

# Índice de Quadros

Quadro 1. Evolução das Estruturas no Ministério da Saúde - do pré-PRACE ao pós-PREMAC ...	34
Quadro 2. Despesas de saúde e financiamento - Avaliação da relevância por indicador .....	36
Quadro 3. Evolução dos hospitais privados com fins lucrativos .....	45
Quadro 4. Distribuição geográfica dos hospitais .....	46
Quadro 5. Hospitais, por distribuição geográfica e entidade, segundo a modalidade .....	47
Quadro 6. Equipamentos no público e no privado .....	48
Quadro 7. Intervenções cirurgicas .....	49
Quadro 8. Consultas por grupo de especialidades .....	50
Quadro 9. Consultas .....	53
Quadro 10. Hospitais por Localização geográfica e natureza institucional.....	54
Quadro 11. Beneficiários dos subsistemas de saúde.....	58
Quadro 12. Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários .....	59
Quadro 13. Valores e princípios da MGEN.....	63

# 1. Introdução

Com a realização do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde procurou-se complementar os conhecimentos teóricos, obtidos na primeira fase de estudos, com a experiência profissional do mestrando, profissional de seguros, e, assim, adquirir ferramentas que contribuíssem para melhorar a atividade de gestão e torná-la mais profissional e atual.

A atividade seguradora tem registado um crescimento muito significativo na procura de seguros privados de saúde, pelo que, as instituições privadas de saúde assumiram um papel de crescente importância, atuando, nesta área, cada vez mais operadores numa crescente dimensão.

Até há poucos anos, a oferta privada de seguros de saúde centrava-se na filosofia capitalista, na taxação individual da pessoa segura, na análise individual do estado de saúde da pessoa a segurar, assente em exclusões, em agravamentos e em garantir a saúde apenas e enquanto a ciência médica consentir o tratamento.

Recentemente, a filosofia mutualista, já muito enraizada em países como França e Holanda, vem acrescentar um valor muito significativo e diferenciador à oferta privada dos seguros de saúde em Portugal.

A génese mutualista da não exclusão, da não taxação individual, da não seleção médica, da não resolução unilateral do contrato, da não exclusão de doenças pré-existentes, vem revolucionar totalmente a oferta dos seguros de saúde em Portugal.

É, pois, neste contexto mutualista, que contracenam com as novas políticas do SNS, que se pretende estudar a existência de condições e de margem de penetração para que o mutualismo desempenhe um papel importante e de elevado valor acrescentado na oferta e na acessibilidade à saúde em Portugal e qual a tendência da oferta capitalista atualmente existente.

Far-se-á o enquadramento do sector da saúde em Portugal, das novas e recentes alterações impostas pela Troika aos Portugueses, das ameaças que existem no setor e no SNS e procurar-se-á demonstrar o importante papel que as instituições privadas de prestação de cuidados de saúde representam para o setor.

Através, de um estudo empírico, procurar-se-á identificar os fatores distintivos, oportunidades e vantagens dos seguros mutualistas, para as pessoas, no momento de escolher quer, entre um prestador privado (capitalista) quer entre o SNS.

Assim, e de forma a estudar e a demonstrar o efetivo papel do mutualismo na saúde em tempos agitados, conturbados e de grandes mudanças no setor, foi realizado o presente estudo.

Este estudo tem como objetivo, através de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa, perceber e relacionar os seguros de saúde privados mutualistas face ao SNS e aos seguros de saúde privados capitalistas atualmente existentes.

No entanto, é importante ter em linha de conta que o mutualismo é um conceito recente nos seguros em Portugal, sendo que se tornou difícil aceder a informação sobre esta filosofia ou corrente e como esta já atua nos seguros Portugueses.

Contudo, este estudo pretende ser inovador nesta área, na medida em que se desconhece qualquer estudo de igual teor.

Logo, o objetivo central deste trabalho é estudar a influência do mutualismo no setor da saúde privada e dar a conhecer o seu respetivo e efetivo papel em tempos de grandes mudanças no setor da saúde em Portugal.

## 2. Enquadramento teórico

### Mutualismo

As relações mutualistas estão constantemente presentes na natureza e na sociedade, quer nas relações naturais, quer nas relações sociais. Nas teorias que têm vencido a exposição e governação das sociedades, há uma ênfase maior nas relações parasitárias e parasíticas, isto é, há uma maior ênfase para as relações onde uns tiram proveitos ou benefícios de outros. Esta ênfase prende-se com uma leitura muito limitada da teoria da seleção natural de Darwin, apontando a existência de uma relação inerentemente antagonista entre indivíduos não relacionados entre si. É esta visão que, por exemplo, leva a que se tome como excepcional a cooperação e o altruísmo ou que se interpretem estas a partir de uma perspetiva meramente utilitária e individualista (Ferreira, 2011).

A mutualidade é uma forma institucionalizada, isto é, uma espécie de organização ou instituição, onde um grupo de pessoas e as suas relações, defendem, fomentam e praticam as ideias mutualistas. Estabelece-se, assim, uma forma coletiva de organização social para conquistar, em comum, objetivos (cobertura de riscos sociais, satisfação de necessidades sociais) que não se conseguem alcançar individualmente, mas através do esforço e recursos de muitos, através dum processo cooperativo de ajuda e benefício mútuo (Pitacas, 2006).

*“As mutualidades são instituições sem fins lucrativos. Tal significa que a sua preocupação primeira e última é maximizar o bem-estar dos seus associados. Nesse sentido, definem o valor das quotas e das taxas de rendimento, de acordo com essa preocupação. Apesar da definição à partida desses preços, de quotas e taxas de rendimento, procuram através da eficiência da sua gestão, não só cumprir tais condições, já exigentes em si mesmo, como ultrapassá-las, gerando excedentes, que para além de reforçarem os respetivos fundos próprios (coletivos), permitem financiar a realização de outros projetos em favor dos associados ou da sociedade, assim como, podem proporcionar o reajustamento das quotas ou dos benefícios, em favor dos respetivos associados e seus beneficiários.”* (Pitacas, 2009).

Assim, a mutualização de riscos homogéneos constitui a forma mais económica e socialmente mais eficiente de repartir por um conjunto vasto de indivíduos as perdas aleatórias de um subconjunto pequeno de sinistrados. Esta mutualização tem inerente a constituição de fundos mútuos destinados à satisfação dos pedidos de reparação de perdas, uma vez que existe um desfasamento entre o pagamento das contribuições e a regularização das indemnizações (Silva, 2004).

Como tal, o mutualismo é “*uma corrente ideológica cujos princípios assentam na reciprocidade dos serviços e na entreaajuda e que se substancia na existência de um fundo comum para o qual todos concorrem através de contribuição ou quotas, de modo a permitir, de forma previdente, acautelar o futuro próprio ou dos seus familiares através de retribuições de benefícios pecuniários ou de assistência.*” (Silveira, 1990)

As mutualidades aplicam, no seu funcionamento, um conjunto de valores e princípios que constituem o seu código genético. Ao nível dos valores, consideram-se (Pitacas, 2009):

- Os valores do grupo (que devem orientar a organização): liberdade, entreaajuda, democracia, igualdade, equidade, solidariedade, autonomia e responsabilidade social;
- Os valores individuais (que comprometem cada membro): responsabilidade, honestidade, transparência.

A conceção formal e técnica dos seguros, do ponto de vista histórico, é muito recente. Contudo, há muitos anos que os homens se preocupam em desenvolver formas de redução de riscos ou mesmo de minimizá-los. Há mais de 2000 A.C., já os comerciantes chineses que viajavam em águas conturbadas, repartiam as suas mercadorias por várias embarcações, repartindo assim os riscos de forma a minimizar eventuais prejuízos (Gilberto, 2010).

Também os Fenícios procuraram solucionar os prejuízos dos armadores, através da constituição de associações. Os Babilónios desenvolveram um sistema de proteção para os comerciantes do Mediterrâneo, no ano de 1750 A.C., o qual permitia garantir os financiamentos concedidos aos comerciantes para as suas expedições. Quanto aos seguros de saúde e de vida, pelo ano de 600 A.C., os Gregos criaram as chamadas “*sociedades benevolentes*”, que já assentavam numa lógica de mutualidade. Estas “*sociedades benevolentes*”, em caso de falecimento de uma pessoa ou membro, a família seria ajudada e as despesas com o funeral seriam suportadas pela sociedade. Contudo, só pelo ano de 1347 surgiu em Itália, Génova, o primeiro contrato de seguro, em que o segurador assumia os riscos com as mercadorias e o proprietário pagava uma determinada quantia de dinheiro. Este método evoluiu e foi praticamente aplicado em toda a Europa. Posteriormente, em 1552, surgiu o primeiro tratado de seguro, sendo o seu autor o Português Pedro Santarém, Doutor em Direito Canónico e Civil e agente da Coroa em Itália, país onde viveu quase toda a sua vida. Este tratado revelou-se um sucesso e foi praticamente aplicado em toda a Europa. Mas o grande marco da atividade seguradora e respetiva modernização, surgiu com a revolução Inglesa. Ainda hoje se sente a sua grande influência na atividade seguradora moderna. Foi, pois, no incontornável café do Sr Edward Lloyd, no séc. XVII, local de encontro de inúmeros capitães de navios e comerciantes, que se conheceram as mais recentes notícias acerca do que acontecia no comércio marítimo, tendo sido criada uma bolsa de seguros marítimos. Consequentemente, criou-se uma associação de seguradores que ainda hoje é conhecida e

designada por Lloyd's de Londres. A Lloyd's de Londres, companhia de seguros ainda a operar atualmente no mercado segurador, é considerada a bolsa mundial dos seguros marítimos. Mais tarde Benjamin Franklin desempenhou nos Estados Unidos da América um papel crucial na venda massiva dos seguros de incêndio, criando a primeira seguradora de riscos de incêndio. Anos mais tarde, nasceram várias seguradoras, para os riscos de vida e de acidentes. Em Portugal, como nos demais países, a atividade marítima impulsionou a necessidade e a criação dos seguros. Em 1293, por Carta Régia, D. Dinis aprovou a constituição de uma sociedade de mercadores Portugueses, constituída por mercadores com ligações a outros países. O objetivo principal desta sociedade visava minimizar ou fazer face a sinistros que acontecessem no estrangeiro. A partir desta data assistiu-se a um desenvolvimento significativo da atividade seguradora, assim como, ao crescimento de inúmeras companhias de seguros em Portugal (Gilberto,2010).

Como se viu no ano 600 A.C. os Gregos criaram as primeiras “Sociedades Benevolentes”.

Estudiosos, como Vasco Rosendo, consideraram que o mutualismo, na sua versão puramente institucional, é uma realidade com apenas 200 anos. Este autor apelida de pré-mutualistas aquelas instituições com características e finalidades muito próximas do ideal mutualista atual e que surgiram nos finais do século XIII. Aliás, considera mesmo que o vocábulo “mutualismo”, embora radicado na palavra latina com as declinações de “mutuus, mutua, mutuum “, significando já reciprocidade de benefícios, só surgiu nos dicionários de Língua Portuguesa em meados do século XX (Rosendo, 1998).

As mutualidades tiveram uma ação muito importante em Portugal, antes da criação do primeiro sistema de previdência social obrigatória, na década de 30 do século passado, já que completavam, em parte, o espaço que viria a ser ocupado pelos seguros sociais obrigatórios, cuja legislação ajudaram a criar em 1919 (que não chegou a ser aplicada). Note-se que, em 1921, existiam 700 associações de socorros mútuos com 615 mil associados, na sua grande maioria localizados nas zonas urbanas, com destaque para as cidades de Lisboa e Porto (Pitacas, 2009).

Atualmente existem 101 mutualidades, tendo em conta as associações registadas na Direcção-Geral da Segurança Social, as inscritas na União das Mutualidades Portuguesas (UMP) e as que na última década se extinguíram por fusão. Dessas 101 mutualidades, 97 são de 1.º grau e 4 de grau superior (Liga do Porto, com 9 mutualidades, Liga de Vila Nova de Gaia, com 3 mutualidades, Mutuália, com 14 mutualidades e União das Mutualidades Portuguesas, a organização representativa, com 91 filiadas) (Pitacas, 2009).

Segundo o artigo 11.º do código das associações mutualistas, as associações mutualistas podem agrupar-se em mutualidades de grau superior sob a forma de federações, uniões e confederações, nos termos do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. As federações, uniões e confederações de associações mutualistas são consideradas, para

todos os efeitos, associações mutualistas, ficando sujeitas ao respetivo regime e gozando das mesmas isenções e regalias.

(<http://mutualismo.azurewebsites.net/INFOM/Informa?titulo=U8&tipo=UNI>, acedido em 19/04/2016).

De acordo com a especialização das suas atividades, é possível dividir as associações mutualistas em três grupos (Pitacas, 2009):

- Atividades de saúde, com ou sem farmácia;
- Atividades de saúde, complementada com modalidades de previdência complementar;
- Atividades de previdência complementar, com ou sem caixa económica anexa.

As mutualidades cobrem a generalidade das eventualidades legalmente previstas, com exceção do desemprego, acidentes de trabalho e doenças profissionais. As modalidades existentes são na maioria de subscrição individual em que o beneficiário é o próprio associado ou um terceiro indicado por ele, normalmente familiar (Pitacas, 2009).

## 3. A Saúde em Portugal

### 3.1. Enquadramento histórico pós 25 Abril 1974

Antes do 25 de Abril de 1974, o SNS, em Portugal, estava distribuído por várias entidades (OPSS, 2001 p.13):

- As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, que ocupavam um lugar de relevo na saúde - gerindo grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país;
- Os serviços médico-sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da federação da Caixa de Previdência;
- Os serviços de Saúde Pública, vocacionados essencialmente para a proteção da saúde;
- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;
- Os serviços privados, dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Em 1976, o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa destaca o direito à proteção da saúde através da "*criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*" e estabelece ao Estado a obrigação de "*orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos*".

Em 1979 é criada uma lei - Lei nº 56/79, de 15 de Setembro - que "Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição."

Assim, os cuidados de saúde portugueses, desde 1979, assentam na estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como seguro público, de cobertura universal, de acesso quase livre no momento de utilização de serviços e de financiamento através dos impostos.

O sistema de cuidados de saúde tem financiamento público e privado, sendo que a componente de financiamento privado é superior à de países com sistema baseado no SNS (Oliveira & Pinto, 2005).

Segundo o artigo 14º da Lei 56/79, de 15 de Setembro os utentes do SNS têm direito às seguintes prestações:

- Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
- Cuidados de enfermagem;
- Internamento hospitalar;
- Transporte de doentes quando medicamente indicado;
- Elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados;
- Suplementos alimentares dietéticos;
- Medicamentos e produtos medicamentosos;
- Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

Neste sentido, segundo Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, e Barbosa(sd) o SNS tem vindo a evoluir:

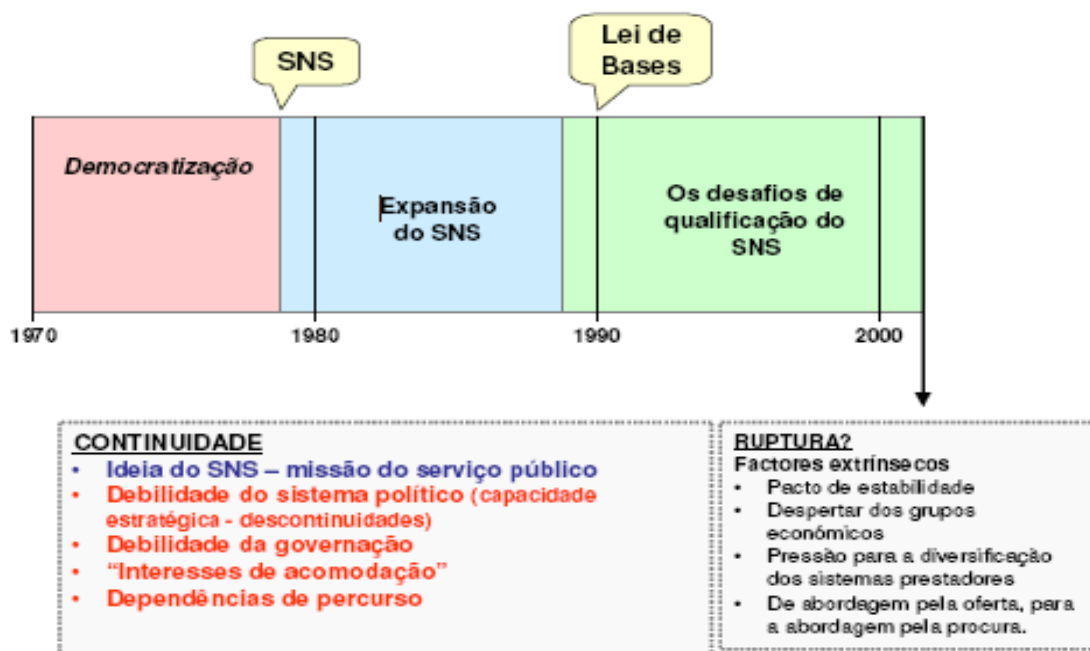


Figura 1 - Evolução do SNS (observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004, citado por Sakellaride, Reis, Escoval, Conceição, e Barbos, sd)

Segundo Miguel e Costa (1997) ao basear-se nos dados da OCDE de 1998, Portugal apresentou, entre 1974 e 1990, uma lógica de evolução do financiamento da saúde diferente da verificada na maioria dos países da União Europeia (UE). No entanto, apresentou a mesma tendência internacional de crescimento dos gastos com a saúde, através do financiamento da componente privada e com uma evidente diminuição do financiamento público, constituindo uma evolução única e singular nos países da OCDE e da UE.

Assim, Figueras et al (2004) refere que o sistema de cuidados de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas de cobertura:

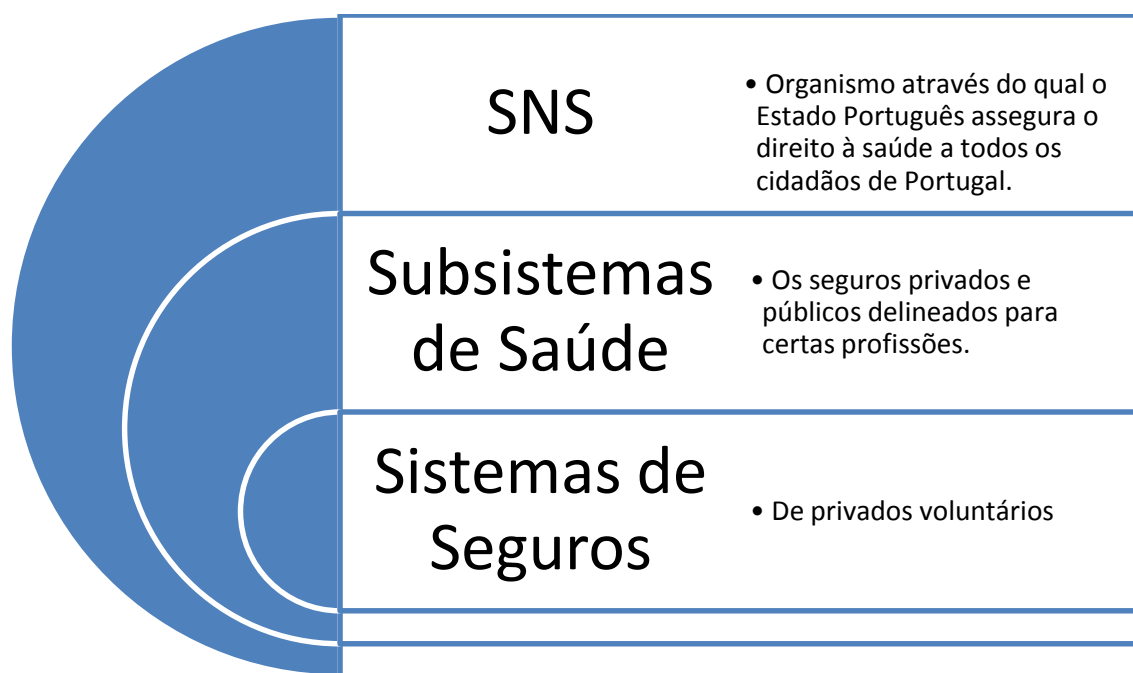


Figura 2. Sistemas e subsistemas do SNS

O SNS consiste, relativamente à prestação de cuidados de saúde, numa rede de prestadores públicos e privados de saúde, cada um relacionado com o Ministério da Saúde e com os seus doentes de uma maneira particular. Contudo, devido à contratualização, o SNS tem permitido aos seus utentes oportunidades de poderem usufruir da componente de prestação privada, que é muito significativa e financiada pelo sector público, de que são exemplos a dispensa de medicamento em ambulatório, a hemodiálise e a prestação de diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Ferreira, 2009). Como tal, a mesma autora apresenta um esquema que demonstra que o Ministério da Saúde coordena todo o fornecimento de cuidados de saúde e o financiamento público de prestação de cuidados de saúde (Ferreira, 2009):

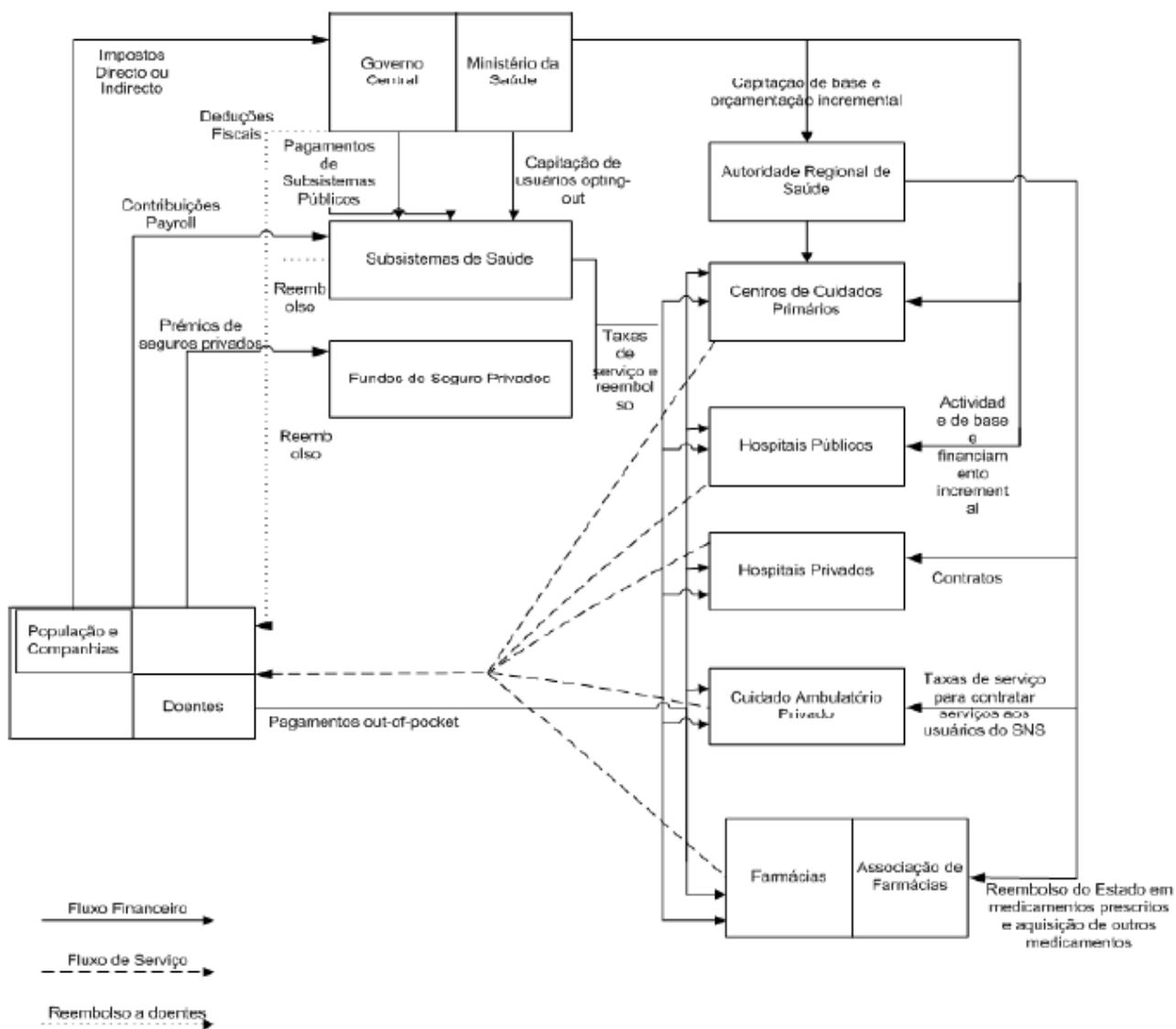


Figura 3- Diagrama da visão geral do sistema de saúde (Oliveira & Pinto, 2005)

Segundo Ferreira (2009) com este esquema deparamo-nos com as relações de fluxos financeiros e de serviços entre as principais instituições no setor de saúde português. Observa-se que o papel do sector privado no sistema de saúde português é fundamental na prestação de serviços, considerando-se como um meio de auxílio para o SNS. Ao nível da prestação de cuidados de saúde a combinação público-privada é baseada num fluxo de serviços, em benefício do utente, utilizando-os gratuitamente.

Com isto e segundo Simões et al (2007), ter-se-á:



Figura 4. SNS



Figura 5. Setor Privado

Contudo, os serviços de diagnóstico, fisioterapia e tratamento de diálise renal, normalmente são prestados pelo setor privado sob disposições contratuais com o SNS. Quanto ao atendimento odontológico não é abrangido pelo SNS, isto é, não é financiado nem fornecido por este, e o mesmo se passa com a saúde oral (Busse, 2001, citado por Ferreira, 2009). Embora o SNS não tenha disponibilize o acesso à saúde oral, há franjas da população que beneficiam de programas específicos de tratamentos dentários como, por exemplo, o cheque dentista.

## 3.2. Enquadramento social e económico

Para os cidadãos, em geral, a saúde não é considerada como um artigo, pelo contrário, é vista como uma necessidade, trespassada por diferentes níveis de angústia, de ansiedade, de sofrimento e de dor. A nível individual, a saúde desempenha a permanência da situação de vida e a superação da sua ameaça. Esta indispensabilidade transita por qualquer indivíduo, das diferentes classes sociais, no entanto assume específicas e distintas configurações e urgências, provenientes das dissemelhantes condições materiais e culturais de existência desses indivíduos (Bäckström, 2009).

Segundo o mesmo autor, um dos grandes problemas do SNS é o da equidade, ou seja o de garantir, na diferença e adaptada a cada situação, uma igualdade de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos.

Os elementos-chave do acesso aos serviços de saúde incluem a disponibilidade, a utilização (o dos serviços disponíveis por parte da população), a relevância (os serviços prestados refletem as necessidades e preferências dos grupos populacionais), a efetividade (se o tratamento pretendido ou os resultados do serviço são atingidos) e a equidade, que se refere às diferenças no acesso entre diferentes grupos, sendo que as barreiras ao acesso podem incluir (Ordem dos Enfermeiros, 2011):

- Falta de capacidade e disponibilidade. Os exemplos incluem longas listas de espera para alguns tipos particulares de tratamento, carências de infra estruturas ou de pessoal para que um serviço possa ser prestado, ou falta de serviços no local ou no tempo em que são necessários;
- Custo. O pagamento total ou parcial de muitos tipos de cuidados de saúde continua a ser a norma em muitos países, o que pode constituir uma barreira significativa para as populações pobres;
- Idioma e cultura. Tomar providências para que os membros da comunidade acedam a serviços de saúde no idioma da sua comunidade constitui uma parte importante de tornar os cuidados de saúde acessíveis e efetivos. Da mesma forma, a falha em atender as diferentes normas culturais pode ter um impacto adverso na vontade das pessoas em procurar ajuda, bem como na efetividade do tratamento.
- Falta de conhecimentos e informações. O acesso pressupõe que a pessoa aceda às informações sobre a própria saúde, estratégias e abordagens preventivas e sobre os tipos de serviços/cuidados disponíveis. Por exemplo, o facto de não se disponibilizar mensagens de saúde pública em todos os idiomas presentes na comunidade restringe o acesso à informação e pode, assim, ter um impacto direto quer na saúde do

indivíduo, quer na sua capacidade para trabalhar proactivamente no sentido de melhorar a sua saúde, de identificar e aceder aos serviços de que poderá necessitar;

- Mobilidade e migração. As populações nómadas poderão achar difícil identificar e aceder aos serviços, em particular se existirem barreiras administrativas (como exigindo uma morada a longo prazo para o registo numa instituição de saúde). O assegurar de um bom envolvimento dos prestadores de cuidados e de continuidade dos cuidados também é uma questão a considerar;
- Emprego. Em alguns países, o acesso aos serviços de saúde está fortemente relacionado com o estatuto de emprego, como por exemplo nos Estado Unidos da América (EUA), onde muitas pessoas dependem de planos de saúde financiados pelo empregador. A falta de emprego pode, portanto, limitar o acesso. Por outro lado, depender de um emprego marginal, casual ou de “dinheiro na mão” limita a capacidade das pessoas em aceder aos serviços de saúde sem incorrer em custos significativos através da perda de rendimento;
- Sensibilidade e preparação do pessoal. Os padrões e a ética profissional exigem que os profissionais de saúde prestem serviços de forma competente e profissional, tratando os doentes com respeito e sensibilidade. A formação e gestão efetivas devem apoiar os enfermeiros na manutenção destes padrões;
- Discriminação. Apesar do empenhamento dos serviços e profissionais de saúde em prestar cuidados de saúde efetivos, continuam a existir situações de discriminação com base no género, raça, preferência sexual ou estatuto socioeconómico. É importante notar que a discriminação nem sempre é ativa - a falha em abordar as iniquidades de forma efetiva ou em prestar tratamento para determinadas doenças, ou a estigmatizações destas, também, pode representar uma forma de discriminação.

“Em Portugal não há, ainda, hoje em dia, garantias desta equidade. Para além disso, existem e persistem problemas de discriminação social e étnica. Na sua relação com os grupos étnicos, os profissionais de saúde têm reagido de forma indiferente às diferenças de representações da saúde e da doença. Equacionar os problemas do sistema de saúde em Portugal passa, em primeiro lugar, pela clarificação da posição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no sistema de saúde português. Este é um problema que atravessa a regulamentação e a implementação do SNS, desde a sua criação em 1979. O sistema de saúde português abriu-se à iniciativa privada, acumulando-se os fenómenos de desregulação estatal do sector público e dos interesses privados na saúde; Consequentemente, só ideologicamente, este se pode designar como «sistema misto», na medida em que não foi pensado e estruturado como tal, mas apenas resultou da acumulação e sedimentação de cedências na liberalização de

prestação de cuidados de saúde a empresas privadas, promovendo uma lógica de mercantilização dos bens e serviços de saúde” (Bäckström, 2009, p.87).

Assim sendo, a Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 (Lei n.º 56/79), visou e sobredimensionou a outros níveis os serviços de saúde públicos. Os objetivos de equidade do SNS estão consagrados nas suas próprias características: universal (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), geral (prevenção, tratamento e reabilitação) e, posteriormente, tendencialmente gratuito (financiado pelo Estado e com escasso recurso ao pagamento direto dos utentes).

O artigo 4º do Dec. Lei 56/79 de 15 Setembro explicita que *“o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”*.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, *“é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como, garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*.

Assim, os ganhos de saúde, nas últimas décadas, foram admiráveis. Muito embora ainda se registre um atraso face aos melhores valores da União Europeia, a universalidade do acesso à saúde, constitucionalmente garantida pelo SNS, representada na dispersão da rede hospitalar e de centros de saúde, a par do aumento do número de médicos e outros profissionais de saúde, e complementada por políticas intersectoriais, permitiu, de fato, maior equidade no aproveitamento dos cuidados de saúde e a melhoria dos níveis de vida. Contudo, persistem problemas, entre os quais, o recurso a especialistas, bem como o acesso a dentistas, expõem ainda um enviesamento beneficiando a população de rendimentos mais elevados. Por outro lado, as alterações sociodemográficas e as expectativas dos cidadãos colocam ainda problemas sérios no que respeita, nomeadamente, à rede de cuidados continuados e paliativos de saúde, à resolução das ineficiências do sistema, e à sustentabilidade financeira do sistema em si (Rocha, 2010).

### 3.3. Enquadramento político

Segundo o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa “*todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”.

*“Incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação ... garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde ... (e) orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”* (Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, nº3).

Assim sendo, em termos de enquadramento político-legal, nas últimas quatro décadas o sistema de saúde em Portugal também sofreu grandes evoluções. Podem ser apontados como os grandes marcos na reforma do sistema de saúde português os seguintes (Eira, 2010):

- 1971 - As bases para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) são lançadas com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro - “Reforma de Gonçalves Ferreira” - que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência. São explicitados os princípios do reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde), da integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados e, ainda, do planeamento central e descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem assim os “centros de saúde de primeira geração”;
- 1976 - Aprovação da nova Constituição da República Portuguesa constando, no seu artigo 68º, o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde (estando o Estado, prioritariamente, incumbido de garantir o acesso de todos os cidadãos) e o dever dos cidadãos de defender e promover a saúde;
- 1979 - Criação do SNS (Lei nº 56/79, de 15 de Setembro): o Estado fica responsável por assegurar o direito à saúde (compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social) a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social;
- 1989 - Promulgação da 2ª Revisão Constitucional que, no Art.º 64, nº2, alínea a), passa a definir que “O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e (...) tendencialmente gratuito”;

- 1990 - Publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), importando referir a Base XII - Sistema de Saúde - Art.º 1º: “O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas (...), entidades privadas e por todos os profissionais livres (...)”, ou seja, surge uma nova e ampla conceção do sistema de saúde, integrando SNS, entidades privadas e profissionais liberais. O Estado poderá atuar através de serviços próprios, celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde e apoiar e fiscalizar a restante atividade privada na área da saúde;
- 1993 - Criação do Estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro) reforçando a separação entre sistema de saúde e serviço nacional de saúde (Art.º 1 “O Serviço Nacional de Saúde (...) é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”) e incentivando a intervenção do sector privado na prestação de cuidados (Art.º 28: “A gestão de instituições e serviços do SNS pode ser entregue a outras entidades mediante o contrato de gestão ou a grupo de médicos em regime de convenção”);
- 2003 - Criação, com o Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de Dezembro, da Entidade Reguladora da Saúde à qual são conferidas competências para supervisionar a atividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais, relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes.

Assim, a resposta política tem-se caracterizado, sumariamente, pelos seguintes vetores fundamentais (Concelho Superior de Estatística, 2012):

1. Planeamento das intervenções sobre a saúde da população com base num plano nacional de saúde e em programas verticais prioritários;
2. Gestão dos serviços de saúde em moldes empresariais (hospitais EPE, Unidades de Saúde Familiares), incluindo a introdução de novos modelos de financiamento com contratualização de objetivos;
3. Reforço dos cuidados de saúde em ambiente de cuidados de saúde primários;
4. Racionalização dos cuidados curativos, com desvio da prestação de cuidados de saúde em situações de doença aguda não urgente para ambientes extra-hospitalares, nomeadamente unidades da rede de cuidados de saúde primários, rede de cuidados continuados, domicílio e estabelecimentos para dependentes.

Sendo que no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, a visão apresentada é “maximizar os ganhos em saúde” através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (Conselho Superior de Estatística, 2012).

### 3.4. Enquadramento de recursos

Nos finais dos anos 80 e no seguimento da década de 90, verificavam-se diversas carências de recursos humanos no setor público da saúde em Portugal. Contudo, durante este período, verificou-se uma evolução positiva de trabalhadores em relação aos anos anteriores (Simões & Lourenço, 1999).

Em pouco mais de duas décadas, de 1970 a 1994, registou-se um acréscimo de 127% no número de efetivos no setor público da saúde.

Para além do Estado, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no quadro do SNS:

1. Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
2. Os subsistemas de saúde, incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
3. As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;
4. As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
5. Os responsáveis por infração às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde.

Segundo a Lei nº 56/79 de 15 de Setembro os órgãos que compõem o SNS são:

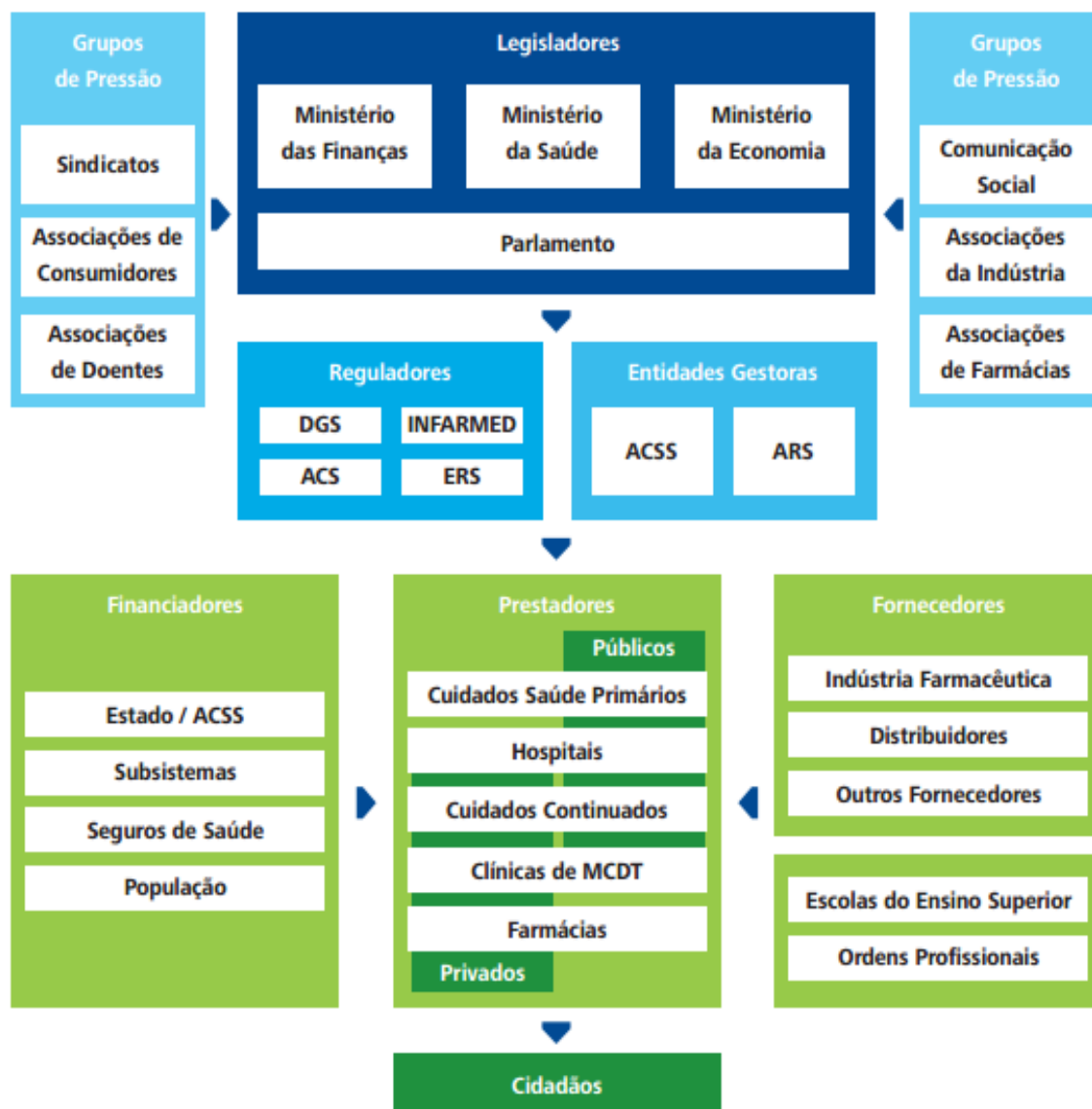


Figura 6. Principais stakeholders no sector da saúde em Portugal (Deloitte, 2011)

“As instituições de cuidados de saúde primários e as instituições de cuidados de saúde secundários e continuados apresentam-se atualmente como a base do SNS e de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde, coabitando com as entidades privadas e sociais de saúde. “ (Deloitte, 2011, p. 24).

“Tendo em conta que as profissões de saúde representam 6% da população ativa portuguesa (Ribeiro (2009), facilmente pode concluir-se que o sector da saúde é um empregador com grande peso no mercado de trabalho português, embora ainda com um peso menor face à média dos países da OCDE” (Figura 2) (Eira, 2010).

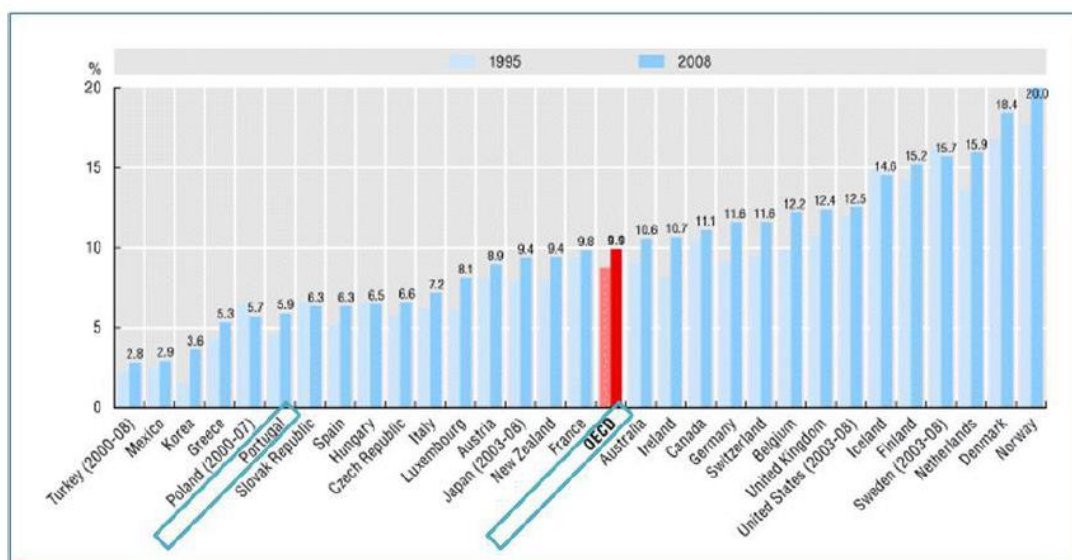


Figura 7. Emprego nos sectores sociais e da saúde em percentagem da população ativa, 1995 e 2008 (OECD Annual Labour Force Statistics; US Bureau of Labor Statistics, OECD Health Data 2009 citado por Eira, 2010)

Os efectivos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, já de si substanciais, cresceram 18% nos últimos 20 anos: o pessoal médico aumentou 12% e o pessoal de enfermagem e de técnicos de diagnóstico e terapêutica aumentou mais de 50%(Eira, 2010).

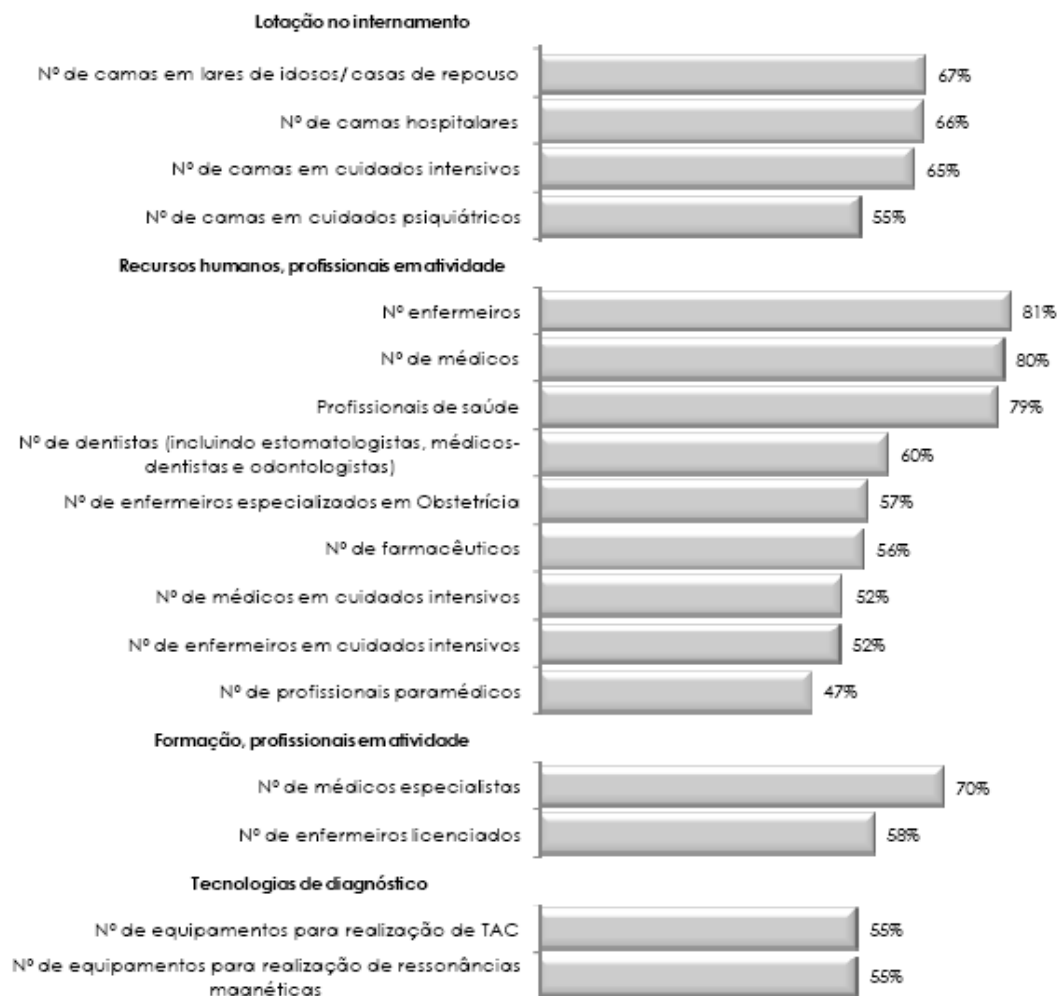


Figura 8. Recursos dos cuidados de saúde - Avaliação da relevância (Concelho Superior de Estatística, 2012)

Podemos verificar pela observação na figura 8 que os enfermeiros e os médicos são os recursos em maior percentagem, sendo os paramédicos os menos representativos. Mais de 50% dos médicos e enfermeiros continuam em formação.

Assim sendo, “o peso do sector da saúde no PIB português quadruplicou nas últimas quatro décadas: se em 1970 o peso das despesas totais em saúde em relação ao PIB era de 2,5%, em 2005 já correspondia a 10,2%, estando acima dos países da UE na média dos quais representava 9,2%. Analisando o Orçamento do Estado para 2010, pode concluir-se que a despesa do subsector Estado e do subsector serviços e fundos autónomos, orçamentada pelo Ministério da Saúde, é a segunda maior parcela, representando 16% do total da despesa consolidada.” (Eira, 2010).

## 4. Despesas com a saúde e sua evolução

Nos últimos anos, Portugal tem assistido à melhoria dos seus indicadores de saúde, mas também a um agregado amplo de medidas e reformas com a finalidade de aperfeiçoar a eficiência e a eficácia do SNS, das quais se destacam (Deloitte, 2011):

- A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção das Sub-Regiões de Saúde, a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a nova organização dos Centros de Saúde, onde as Unidade de Saúde Familiar (USF) assumem um papel de destaque.
- A evolução da rede nacional hospitalar, dando origem à concentração de vários hospitais em Centros Hospitalares, à empresariação da quase totalidade dos hospitais do SNS e à expansão das Unidades Locais de Saúde, que dez anos após a criação da primeira, a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, evoluíram agora para seis em todo o país. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM) há 17 anos (1999), em 2007, foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA), no ano seguinte, foram criadas a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE (ULSG). Em 2009, foi criada a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (ULSCB), (ERS,2011).
- A expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social que visa a prestação de cuidados a cidadãos em situação de dependência e/ou reabilitação, maioritariamente utilizados pela população idosa.
- A nova política do medicamento, conjunto de medidas que, entre outras, visaram a redução de preços e o incentivo à utilização de genéricos, para reduzir os gastos com medicamentos.

O Ministério da Saúde (Quadro 1) reduziu globalmente o número de estruturas em mais de metade, tendo o Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC) colaborado de forma mais patente para essa redução. Com o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), o esforço de redução focou-se na administração direta periférica, designadamente com a integração dos centros regionais de alcoologia, de saúde pública e de histocompatibilidade em institutos públicos, que também foram reduzidos graças à sua fusão. Contrariamente, o número de outras estruturas foi significativamente aumentado com a criação de diversos programas verticais de saúde, o que também aconteceu, em menor escala, nos outros serviços da administração direta do Estado, com a criação de uma autoridade nacional no âmbito do sangue e transplantação. No caso do

PREMAC, todas as “outras estruturas” foram extintas ou integradas em institutos públicos, um órgão consultivo foi extinto, bem como o Instituto da Droga e Toxicodependência e a autoridade anteriormente referida, que foi integrada no Instituto Português do Sangue e da Transplantação (Madureira, Rodrigues, & Asensio, 2013).

Estruturas Administrativas		Pré-PRACE	Pós-PRACE	Pós-PREMAC	
Administração Direta do Estado	Central	Secretarias-Gerais	1	1	1
		Direções-Gerais	2	1	1
		Outros	2	3	2
	Periférica	11	0	0	
Administração Indireta do Estado	Institutos Públicos	13	11	10	
	Outros	0	0	0	
Entidades Administrativas Independentes		1	1	1	
Órgãos Consultivos		2	2	1	
Outras Estruturas		1	7	0	
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	
Variação (N)			-7	-10	
Variação (%)			-21,2%	-38,5%	
Variação global (N)			-17		
Variação global (%)			-51,5%		

Quadro 1. Evolução das Estruturas no Ministério da Saúde - do pré-PRACE ao pós-PREMAC (Madureira, Rodrigues, & Asensio, 2013)

Ao longo dos últimos anos tem-se observado um aumento exponencial da despesa privada e pública em saúde, tendo até o crescimento, desta última, ultrapassado o ritmo de crescimento do PIB. Esta situação cria uma constante preocupação relativa à sustentabilidade do sistema de saúde atual em Portugal (Deloitte, 2011).

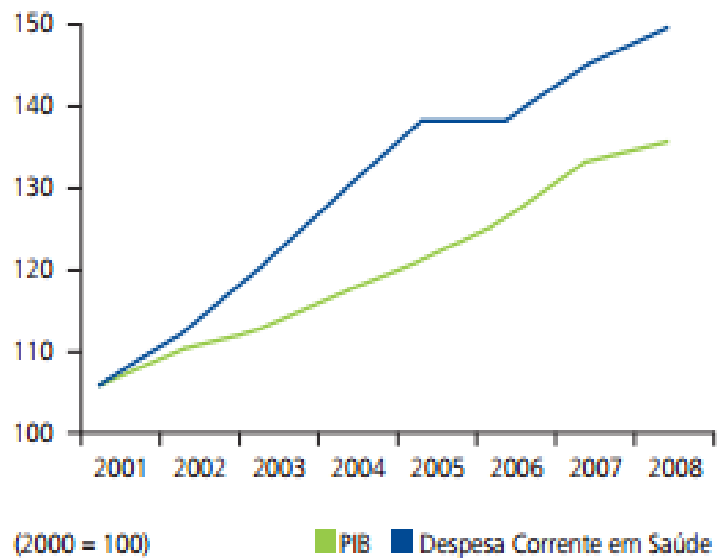


Figura 9. Evolução da Despesa Corrente em Saúde e PIB (2000-2008) (Deloitte, 2011)

A componente da despesa pública, no total da despesa em saúde em Portugal, é comparativamente baixa em relação com outros países da Europa, o que mostra o encargo adicional não refletido nos impostos, que os portugueses suportam com a saúde, como podemos verificar na figura 10:

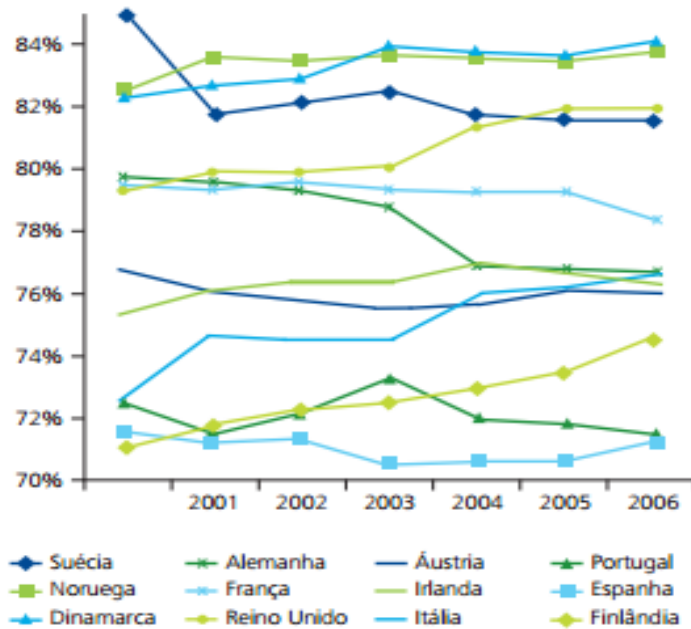


Figura 10. Despesa Pública em Saúde no total da despesa em Saúde (%) (Deloitte, 2011)

Assim, as despesas de saúde e financiamento são:

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=6+6)	8
<b>Sistemas complementares e seguros</b>							
1 População coberta pelos sistemas complementares de saúde	98%	1%	21%	30%	48%	78%	3,2 +
2 População com seguro de saúde	98%	3%	24%	29%	43%	72%	3,1
<b>Despesas</b>							
1 Despesas de saúde dos agregados familiares	92%	7%	21%	23%	48%	72%	3,1
2 Despesa em saúde total/ pública/ privada	92%	4%	26%	21%	49%	70%	3,2
3 Despesa em meio hospitalar total/ pública/ privada	92%	4%	25%	23%	48%	72%	3,2
4 Despesa em assistência ambulatoria total/ pública/ privada	91%	4%	21%	25%	50%	75%	3,2 +
5 Despesa com serviços auxiliares total/ pública/ privada	91%	6%	24%	31%	39%	70%	3,0
6 Despesa em cuidados domiciliários total/ pública/ privada	92%	5%	21%	30%	44%	74%	3,1
7 Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada	92%	1%	17%	28%	53%	81%	3,3 *
8 Despesa em aparelhos terapêuticos e outros bens duráveis total/ pública/ privada	91%	5%	29%	29%	38%	66%	3,0

Quadro 2. Despesas de saúde e financiamento - Avaliação da relevância por indicador (Concelho Superior de Estatística, 2012)

Neste grupo identificaram-se ainda três indicadores TOP25 em termos de relevância: “População coberta pelos sistemas complementares de saúde”, “Despesa em assistência ambulatoria total/ pública/ privada”, “Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada”(Conselho Superior de Estatística, 2012).

Segundo os dados do INE, em 2006 a despesa pública em Portugal representou 71,5% da despesa total com saúde. Apesar de ser um valor elevado, ainda está abaixo da média da UE (15) - 77,3% e da média da OCDE - 72,6%. Comparando Portugal com alguns países europeus, pode também constatar-se que as despesas públicas em Portugal têm um menor peso face às despesas totais com saúde (Eira, 2010)

Segundo o mesmo autor, investigando e conferindo a relação financiamento e prestação público-privado nos anos de 1996 e 2004 pode concluir-se que, em menos de dez anos, ocorreram alterações significativas na distribuição do peso das despesas totais com saúde:

1. O SNS passou a ser responsável por mais de metade da despesa total com saúde;
2. Grande redução das despesas geradas por prestação privada (medicamentos, hemodiálise, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.) e financiadas pelo SNS;

3. Grande aumento das despesas de saúde geradas por prestação privada e financiada pelas famílias (taxas moderadoras, copagamentos de medicamentos, etc.).

## 5. O contexto atual da saúde em Portugal

### 5.1 As taxas moderadoras

Nos termos do Memorando de Entendimento firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), o Governo comprometeu-se a tomar medidas para reformar o sistema de saúde com vista a garantir a sustentabilidade do SNS, quer no que respeita ao seu regime geral de acesso ou regime especial de benefícios, quer no que respeita aos seus recursos financeiros. Entre essas medidas encontra-se a revisão do regime das taxas moderadoras do SNS (ACSS, 2012).

No conjunto dos países da União Europeia, apurou-se que mais de metade prossegue um regime de partilha de custos com o doente para acesso ao médico de família, ambulatório especializado (“médicos especialistas” que não em Medicina Geral e Familiar) e internamento (idem).

A partilha de custos realiza-se, predominantemente, através da aplicação de um co-pagamento (no caso de todos os três tipos de serviços), ou aplicação de franquia (no caso dos médicos de família e ambulatório especializado) ou por um misto destes dois sistemas de pagamento (idem).

Todos os países prevêem certa forma de isenção ou redução de encargos para os grupos mais vulneráveis (i.e. crianças, idosos/ pensionistas, pessoas de baixo rendimento e situações de doença crónica ou grave).

Como tal, estão isentos dessa obrigação de pagamento os utentes que se encontrem numa das situações legalmente previstas de isenção de taxas, designadamente (Fonte:<https://www.ers.pt/pages/142>, acedido em 08/03/2016):

- a) Grávidas e parturientes;
- b) Menores;
- c) Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- d) Utentes em situação de insuficiência económica, bem como, os dependentes do respetivo agregado familiar;
- e) Dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários;
- f) Dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários;

g) Bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares;

h) Doentes transplantados;

i) Militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.

j) Desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 IAS (€ 628, 83) que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos legalmente previstos, e o respetivo cônjuge e dependentes:

k) Jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal;

l) Jovens que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento, medida cautelar de guarda em centro educativo ou medida cautelar de guarda em instituição pública ou privada;

m) Jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento em virtude de decisão judicial proferida em processo tutelar cível, e por força da qual a tutela ou o simples exercício das responsabilidades parentais sejam deferidos à instituição onde o menor se encontra integrado;

n) Os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos.

As isenções previstas nas alíneas k), l) e m) aplicam-se apenas nos casos em que os utentes não beneficiem da isenção prevista na alínea b) ou que não possam comprovar a sua insuficiência económica.

Para o utente ser considerado isento do pagamento de taxas moderadoras tem que provar os factos através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes.

É, por outro lado, dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito de determinadas prestações de cuidados de saúde, designadamente:

- a) Consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas;
- b) Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, saúde mental, deficiências congénitas de fatores de coagulação, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/SIDA e diabetes;
- c) Consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito do tratamento e seguimento da doença oncológica;
- d) Cuidados de saúde respiratórios no domicílio;
- e) Cuidados de saúde na área da diálise;
- f) Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos;
- g) Atos complementares de diagnóstico realizados no decurso de rastreios organizados de base populacional e de diagnóstico neo-natal, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direção-Geral da Saúde;
- h) Consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS;
- i) Atendimentos urgentes e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica;
- j) Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes;
- k) Programas de tomas de observação direta;
- l) Vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal;
- m) Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de:

i) Referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários para um serviço de urgência;

ii) Admissão a internamento através da urgência.

Finalmente, os reclusos são dispensados do pagamento de taxas moderadoras no acesso às prestações de cuidados de saúde, devendo, para o efeito, ser apresentada declaração emitida pelo estabelecimento prisional respetivo, para confirmação da situação de recluso.

## 5.2 Política do medicamento

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) caracteriza os passos para a definição de uma política de medicamentos: organização do processo; identificação dos principais problemas; análise detalhada da situação; estabelecer objetivos; criar uma versão preliminar de documento que explicita a política do medicamento; circular do documento em consulta e revisão, de acordo com a validade dos comentários e sugestões recebidas; assegurar o apoio político formal ao documento; iniciar e lançar a política do medicamento; monitorizar e avaliar.

Os principais objetivos da atual política do medicamento são (Barros & Nunes, 2011):

- Assegurar o acesso aos medicamentos;
- Garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos medicamentos;
- Garantir a sustentabilidade dos sistema, introduzindo maior racionalidade e eficiência na gestão do medicamento em meio ambulatorio e hospitalar;
- Melhorar a prescrição e dispensa;
- Promover o desenvolvimento do sector farmacêutico.

Como tal, após a saída da Troika, estabeleceram-se as principais prioridades da política do medicamento (Barros & Nunes, 2011):

- Alargamento da venda de MNSRM (medicamentos não sujeitos a receita médica) a outros locais de venda além das farmácias;
- Redução geral de preços dos medicamentos;
- Promoção dos medicamentos genéricos;
- Revisão do sistema de comparticipação;
- Negociação de um protocolo entre o Estado e a Indústria Farmacêutica para o controlo do crescimento do mercado do medicamento comparticipado pelo SNS;
- Reforço e melhoria da informação dirigida aos profissionais de saúde;
- Prescrição por DCI (princípio ativo);

- Transposição da nova legislação farmacêutica comunitária no novo estatuto do medicamento com alterações importantes para todo o sector;
- Promoção da utilização racional do medicamento;
- Definição de programas de melhoria da qualidade de prescrição;
- Apoio à investigação e desenvolvimento da indústria farmacêutica.

## 6. O sector privado da saúde em Portugal

### 6.1. Oferta

A Lei de Bases de 1990 estabelece que (1) o Estado apoia o 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. (2) O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, 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 camas de internamento em cada região de saúde.

A saúde privada, em Portugal, está a ter um crescimento que alguns analistas já caracterizam como exponencial. A faturação das clínicas privadas em Portugal cresceu 8 por cento em 2007, ascendendo a cerca de 690 milhões de euros, mais 51 milhões que em 2006 (Cardoso, Escobar, & Quelhas, 2008).

Segundo a Associação Portuguesa Hospitalização Privada, os hospitais privados alcançaram em 2014 uma faturação de 1750 milhões de euros. De acordo com Artur Osório, "o crescimento das receitas anda à volta de 6% na generalidade das empresas privadas; mas há grupos a crescer mais". Olhemos apenas para os dois maiores. No ano passado, os proveitos da José de Mello Saúde avançaram 8%, para 532 milhões de euros, enquanto as receitas da Luz Saúde subiram 7%, para 402 milhões. Números interessantes num país cuja economia cresceu menos de 1% no ano passado. Os dados já publicados pelas duas empresas relativamente ao primeiro semestre de 2015 mostram que o negócio continua de vento em popa. Até junho, os rendimentos operacionais da José de Mello Saúde cresceram 9%, em termos homólogos, para 277 milhões de euros. Na Luz Saúde a faturação engordou quase 6%, para 213 milhões de euros. (Fonte: <http://expresso.sapo.pt/economia/exame/2015-10-31-Hospitais-privados-dao-milhoes>, acedido em 29/02/2016).

Contudo, é bom registar-se, que muito deste crescimento é alavancado e subsidiado pelo sector público.

Estabelecimentos de Saúde	2003	2004	2005	2006	2007
Privado com fins lucrativos	39	39	39	44	49

Quadro 3. Evolução dos hospitais privados com fins lucrativos (Eira, 2010)

Assim, em poucos anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos aumentou 26% (Eira, 2010).

Os fatores justificativos do crescimento do sector privado são (Tountaset al., 2005; Doyleet al. 2000 citado por Eira, 2010):

1. A elevada qualidade dos serviços dos hospitais privados;
2. Os importantes investimentos efetuados em tecnologias de ponta;
3. O rápido crescimento do número de médicos privados;
4. O facto de os hospitais privados também terem passado a efetuar procedimentos complexos como bypass das artérias coronárias, tratamentos oncológicos ou prestação de cuidados intensivos, fatores estes que são completamente aplicáveis à realidade portuguesa.

Oliveira (2010) mencionou cinco particularidades do sistema de saúde português como determinantes para o desenvolvimento da oferta privada:

1. A mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado;
2. A possibilidade dos médicos aumentarem o seu rendimento através da atividade no sector privado;
3. Os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80;
4. A criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas), assim como, o fomento de incentivos financeiros;
5. O sistema de deduções fiscais em IRS para gastos em saúde.

Assim, um dos fatores deste rápido crescimento, que se verifica principalmente nos centros urbanos e suburbanos (Quadro 4), reside na insatisfação dos utentes relativamente à oferta dos serviços públicos de saúde, o que fez disparar, em anos recentes, não só os seguros de saúde mas também os cuidados e as unidades hospitalares privados (Cardoso, Escobar, & Quelhas, 2008).

Modalidade de Hospital	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Total
Público	32	29	26	6	3	<b>96</b>
Privado	11	8	13		4	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>132</b>
<i>Público - %</i>	74%	78%	67%	100%	43%	
<i>Privado - %</i>	26%	22%	33%	0%	57%	
<i>Público - % do Total</i>	33%	30%	27%	6%	3%	<b>100%</b>
<i>Privado - % do Total</i>	31%	22%	36%	0%	11%	<b>100%</b>

Quadro 4. Distribuição geográfica dos hospitais (Eira, 2010)

Estes prestadores operam em moldes diferentes do sector público (Deloitte, 2011):

- Os prestadores de cuidados, no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, possuem frequentemente acordos com instituições do SNS para proporcionar serviços aos seus beneficiários;
- Ainda ao nível dos cuidados de ambulatório, existe uma oferta muito centralizada de consultas de especialidade, em pequenas clínicas e consultórios;
- Nos hospitais privados, a grande maioria dos clientes são beneficiários de seguros ou subsistemas de saúde;
- Estes prestadores têm maior flexibilidade na gestão da sua oferta que os serviços públicos;
- Os prestadores, do sector social têm maior presença na saúde em unidades de cuidados continuados e hospitais de pequena dimensão.

A oferta privada é constituída pelos cuidados continuados e apoio a doentes crónicos, idosos, doentes de saúde mental e incapacitados fisicamente(quadro 5).

Em termos de tecnologia pesada, a maioria do equipamento encontra-se localizado no sector publico, essencialmente hospitais),(Barros, 2000),(quadro 6).

Distribuição geográfica e entidade	Total	Geral	Especializado												
			Total	Infeccio- logia	Mater- nidade	Oftalmo- logia	Oncolo- gia	Orto- pedia	Pedia- tria	Psiquia- tria	Recupe- ração de Alcoó- licos	Reabili- tação de Diminuí- dos Físicos	Reabili- tação de Toxico- depend- entes	Reuma- tologia	Outros
PORTUGAL	204	148	56	1	2	1	3	4	1	26	3	1	11	1	2
Oficial	114	88	26	1	2	1	3	1	1	6	3	-	7	-	1
Público	103	78	25	1	2	1	3	1	1	6	3	-	7	-	-
Central	30	17	13	1	2	1	2	1	1	5	-	-	-	-	-
Distrital	73	61	12	-	-	-	1	-	-	1	3	-	7	-	-
Não público	11	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Militar	8	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Exército	6	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Força Aérea	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marinha	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paramilitar	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prisional	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Privado	90	60	30	-	-	-	-	3	-	20	-	1	4	1	1
Com fins lucrativos	39	32	7	-	-	-	-	1	-	3	-	-	3	-	-
Sem fins lucrativos	51	28	23	-	-	-	-	2	-	17	-	1	1	1	1

Quadro 5. Hospitais, por distribuição geográfica e entidade, segundo a modalidade (INE 2005)

O número de hospitais aumentou 6% nos últimos 11 anos, com destaque para o aumento do número de hospitais privados.

Em 2013, existiam 226 hospitais em Portugal, sendo que 119 eram hospitais tutelados pelo Estado (53% do total), e 107 eram hospitais privados (47%).

Os hospitais oficiais repartiam-se entre 113 hospitais de acesso universal e 6 hospitais militares ou prisionais.

Cerca de 74% dos hospitais existentes em 2013 eram hospitais gerais, ou seja, integravam mais do que uma valência.

Entre os 58 hospitais especializados (apenas uma valência) predominava, tal como nos anos anteriores, a área da Psiquiatria (26 hospitais).

No Continente, a maioria dos hospitais eram oficiais (113, face a 96 hospitais privados).

Ao contrário, nas regiões autónomas a maioria dos hospitais eram privados: 3 hospitais oficiais e 5 hospitais privados na Região Autónoma dos Açores; 3 hospitais oficiais e 6 hospitais privados na Região Autónoma da Madeira (INE,2015).

Assim, “os equipamentos hospitalares são uma das áreas de aposta do sector privado, sobretudo nas tecnologias mais sofisticadas e de última geração, como forma de atrair mais clientes e dar uma resposta mais célere e de maior qualidade. Por exemplo, o Hospital da Arrábida adquiriu em 2010 uma Ressonância Magnética 3 tesla, tornando-se o primeiro hospital privado do Norte do país a dispor deste equipamento. O Hospital da Luz, que já possui esta Ressonância, considera que este equipamento “não só responde à crescente procura deste tipo de exames como fortalece a aposta, assumida, em fornecer os melhores cuidados de saúde possíveis, investindo na tecnologia de ponta em termos de ressonância magnética e equiparando-se às melhores unidades hospitalares do mundo” (Eira, 2010).











	Equipamentos	
	Público	Privado
Câmara Gama	23	7
Litotritor	5	7
Ressonância Magnética	5	22
TAC	39	83
Angiógrafo digital	23	5
Acelerador linear	14	2

Quadro 6. Equipamentos no público e no privado (Barros, 2000)

Quanto às intervenções cirúrgicas, segundo os dados do INE (2015), os privados têm um total de 231998 grandes e médias cirurgias, contrastando com 681047 no público, representando um crescimento de 49,4% no setor privado e de cerca de 45% no público (quadro 7).

Estes números são reveladores de uma grande quota de crescimento por parte do setor privado, analisando-se a população abrangida, o número de consultas e o número de internamentos registados (quadro 7).

O nº de atendimentos nos serviços de urgências, o nº de camas e o nº de internamentos também registaram um significativo crescimento no sector privado(quadro 7).

	2002		2013	
 UNIDADES	119 94 391 276 2.566	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS CENTROS DE SAÚDE SUB OU SAP FARMÁCIAS	119 107 387* 94* 2.867	0% +13,8% -1%* -66%* +11,7%
 MÉDICOS	17.709 3.321 7.226	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS CENTROS DE SAÚDE	19.531 2.349 7.423	+10,3% -29,3% +2,7%
 ENFERMEIROS	41.799 26.332 2.688 7.286	INSCRITOS NA ORDEM HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS CENTROS DE SAÚDE	65.809 33.737 3.257 8.889*	+57,4% +28,1% +21,2% +22%*
 ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	7.122.383 459.823 6.349.214	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS SUB E SAP	7.181.100 890.591 1.605.969*	+0,8% +93,7% -75%*
 CAMAS DE INTERNAMENTO	28.733 8.429	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS	25.029 10.474	-12,9% +24,5%
 INTERNAMENTOS	998.109 202.793 23.780	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS CENTROS DE SAÚDE	934.952 227.425 4.183*	-6,3% +12,15% -82,4%*
 CONSULTAS EXTERNAS	8.195.116 1.622.984 28.670.306	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS CENTROS DE SAÚDE	12.448.308 5.116.586 26.283.459	+51,9% +215,3% -8,3%
 GRANDES E MÉDIAS CIRURGIAS	471.244 155.316	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS	681.047 231.998	+44,5% +49,4%
 EQUIPAMENTO DE HEMODIÁLISE	443 122	HOSPITAIS PÚBLICOS HOSPITAIS PRIVADOS	540 106	+21,9% -13,1%
 MEDICAMENTOS	6.424 28.430	MARCAS APRESENTAÇÕES	8.878 58.957	+38,2% +107,4%

Quadro 7. Informação geral (INE)

Tendo em conta os 132 hospitais em análise, o número médio de consultas por cada hospital seria superior nos hospitais privados para as especialidades de Ortopedia, Urologia, Cirurgia Vascular e Medicina Dentária (Quadro 8).

De acordo com o presidente do Conselho de Administração do Grupo José de Mello Saúde, Salvador de Mello, “o sector privado da saúde tem uma produção equivalente a 13% das consultas e a 15% das cirurgias do serviço público” (Eira, 2010)

Modalidade de Hospital	Especialidades cirúrgicas								Especialidades médicas	
	Ortopedia	Cirurgia plástica e reconstitutiva	Urologia	Cirurgia vascular	Neurocirurgia	Otorrinolaringologia	Oftalmologia	Ginecologia	Medicina dentária	Medicina física e de reabilitação
Público	671.204	96.445	255.981	74.722	76.725	368.530	571.331	444.790	509	242.522
Privado	262.387	36.813	132.370	34.878	26.836	109.711	119.757	95.219	12.667	40.673
<b>Total</b>	<b>933.591</b>	<b>133.258</b>	<b>388.351</b>	<b>109.600</b>	<b>103.561</b>	<b>478.241</b>	<b>691.088</b>	<b>540.009</b>	<b>13.176</b>	<b>283.195</b>
<i>Público - %</i>	72%	72%	66%	68%	74%	77%	83%	82%	4%	86%
<i>Privado - %</i>	28%	28%	34%	32%	26%	23%	17%	18%	96%	14%
<i>Público - (média de consultas por hospital público - 96)</i>	6.992	1.005	2.666	778	799	3.839	5.951	4.633	5	2.526
<i>Privado - (média de consultas por hospital privado - 36)</i>	7.289	1.023	3.677	969	745	3.048	3.327	2.645	352	1.130

Quadro 8. Consultas por grupo de especialidades (Eira, 2010)

Assim, pode concluir-se que a oferta do sector privado e do público se complementam, predominando no setor público os cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, e no sector privado as consultas de especialidade, cuidados dentários e serviços de diagnóstico (Eira, 2010).

## 6.2 A procura

Segundo o Picker Institute Europe, distinguido em investigação sobre necessidades, expectativas e experiências em saúde, os aspetos mais enaltecidos pelos utilizadores de serviços de saúde são (Coulter, 2007):

1. Rapidez de acesso aos cuidados de saúde;
2. Tratamento correto prestado por profissionais competentes;
3. Participação nas decisões e respeito pelas suas preferências;
4. Informação clara, compreensível e apoio à autonomia;
5. Atenção às necessidades físicas e ambientais (amenidades);
6. Apoio emocional, empatia e respeito;
7. Envolvimento e suporte a familiares e cuidadores;
8. Continuidade de cuidados.

Em Portugal, o movimento de escolha de prestador está ainda demarcado a quem opta pelo sector privado: em 2008, o recurso dos portugueses ao sector privado, em opção aos serviços públicos, nas áreas de medicina geral, medicina especializada, e mais concretamente, oftalmologia e estomatologia foi respetivamente de 16%, 35%, 45% e 57% (Cabral & Silva, 2009).

Assim, Griffiths e Hitshopi (2008 citado por Eira, 2010) apontam como fatores de valorização dos hospitais privados no Reino Unido:

- A possibilidade do tratamento em separado (homens de um lado, mulheres de outro);
- A dimensão das listas de espera;
- As taxas de infeções dos hospitais públicos.
- É oferecido um maior conforto (por exemplo, um quarto privado);
- Os tratamentos são prestados mais rapidamente;
- Não existe tanta pressão pelo que os colaboradores podem dedicar mais tempo à prestação de cuidados aos doentes;

- As despesas de saúde são pagas por um seguro de saúde (12 milhões de Ingleses estão cobertos por um seguro de saúde);
- Procura de um procedimento que não é efetuado no Serviço Nacional de Saúde (por exemplo, intervenções estéticas ou tratamentos de fertilidade);
- Porque podem escolher o seu médico (embora os doentes não estejam devidamente esclarecidos sobre este assunto, nos hospitais públicos também podem escolher o seu médico e recorrer a uma segunda opinião).

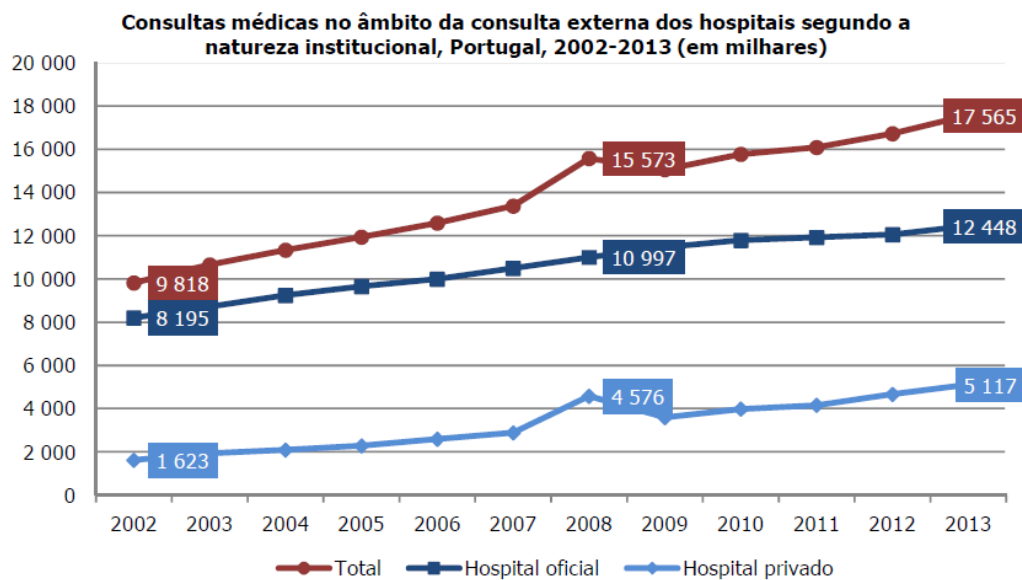
Na opinião de Ribeiro (2009 citado por Eira, 2010), em Portugal, a procura privada esteve ligada à (1) busca de um melhor nível de conforto nas atividades de hospitalização, (2) resposta rápida aos doentes cirúrgicos, (3) “conveniência” do acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (4) cobertura de certas especialidades (algumas quase só disponíveis no sector privado, como é o caso da medicina dentária), (5) crescente procura de cuidados ligados à estética (tendo aumentado o número de cirurgias plásticas e dos tratamentos relacionados com o bem-estar).

Segundo o mesmo autor, o sector privado português também é procurado como resultado da falta de resposta dos cuidados de saúde públicos:

- Fraca cobertura, como é o caso da medicina dentária;
- Acessibilidade condicionada, por exemplo, as listas de utentes sem médico de família ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde (em 2008, o tempo médio de espera por uma consulta programada de medicina geral e familiar em muitos centros de saúde era de 30 dias);
- Ineficiência do SNS que se repercute em longos tempos de espera para consultas de especialidade nos hospitais públicos ou em listas de espera para cirurgia (a 31 de Dezembro de 2007, o número de pessoas inscritas nos hospitais públicos para uma primeira consulta de especialidade era de 474.065 utentes, que correspondia a uma espera média de 9 meses).

As consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais privados mais do que triplicaram em 11 anos. Em 2013 foram realizadas cerca de 17,6 milhões de consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais, em que perto de 71% foram asseguradas nos hospitais Públicos. O número de consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais aumentou continuamente entre 2002 e 2013, passando de 9,8 milhões para 17,6 milhões de consultas. Esta tendência é comum aos hospitais oficiais e privados, embora mais evidenciada no caso dos privados. Em 2002, estes hospitais asseguraram 16,5% do total de consultas médicas realizadas no âmbito da consulta externa dos hospitais portugueses (cerca

de 1,6 milhões de consultas), enquanto em 2013 foram responsáveis por 29% (cerca de 5,1 milhões de consultas). As especialidades com maior número de consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais oficiais foram, em 2013 e por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Cirurgia Geral e a Ortopedia. No caso dos hospitais privados, foram a Ortopedia, a Oftalmologia e a Ginecologia-Obstetrícia (INE, Abril 2015).



Quadro 9. Consultas (INE,2015)

### 6.3. As principais entidades privadas de saúde em Portugal

Em 2010 o sector privado assegurava 40% dos cuidados de saúde (quadro 10), sendo as principais entidades privadas aLuz Saúde, Lusíadas Saúde e a Mello Saúde, que embargam 70% da quota de mercado. A Trofa Saúde e a AMI - Assistência Médica Integral comandam uma segunda linha de unidades independentes da órbita bancária.

Localização geográfica	Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional; Anual		
	Período de referência dos dados		
	2011		
	Natureza institucional		
	Total	Oficial	Privado
	N.º	N.º	N.º
Portugal	218 &	116 &	102 &
Continente	202 &	111 &	91 &
Região Autónoma dos Açores	8 &	3 &	5 &
Região Autónoma da Madeira	8 &	2 &	6 &

Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional; Anual - INE, Inquérito aos Hospitais

Quadro 10. Hospitais por Localização geográfica e natureza institucional (INE, 2010)

Os quatro maiores grupos privados do sector da saúde (José de Mello Saúde, Luz Saúde, Grupo Português de Saúde e Lusíadas Saúde) detêm já um número considerável de unidades hospitalares, tendo celebrado acordos com os principais subsistemas e seguradoras, para além de prestarem serviços a clientes que pagam diretamente pelos serviços recebidos.

Assim, em Portugal, não existe um ofício tão distinto de uma instituição de saúde privada, mas são bem conhecidos os hospitais do Grupo José de Mello Saúde, dos Hospitais Lusíadas Saúde ou da Luz Saúde. Na missão destas entidades também é relevada a orientação para o cliente (Eira, 2010):

- Grupo José de Mello Saúde - “Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”
- Hospitais Lusíadas Saúde - “Proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde obtendo a confiança e o compromisso dos nossos clientes, colaboradores e parceiros, criando valor para os acionistas”
- Luz Saúde - “Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”.

## 6.3. As seguradoras de cariz capitalista

### 6.3.1. Caracterização da oferta de saúde

O mercado de seguros de saúde insere-se dentro do ramo de seguros não vida, denominando-se no sector segurador como ramo doença. Concebe todos os seguros destinados à reparação de danos corporais, incluindo a incapacidade profissional, a morte por acidente ou a invalidez em efeito da doença. No contexto português, os seguros de saúde são voluntários e inserem-se num contexto de livre mercado em que se aplica a legislação geral do sector segurador. O âmbito de análise do mercado de seguros de saúde é nacional, dado existirem sistemas de regulação autónomos nos diversos Estados membros da União Europeia, existirem também limitações fiscais entre Estados e limitações ao nível de canais de distribuição (Campos, 2007).

De acordo com o Instituto de Seguros de Portugal (2003 citado em Guiomar, 2010) os benefícios podem ser proporcionados através de diferentes tipos de modelos, designadamente: modelo de reembolso, modelo convencionado e modelo misto.

- **Modelo de reembolso:** a entidade seguradora reembolsa o segurado numa parte, estipulada contratualmente, das despesas de saúde suportadas por este, mediante a apresentação dos respetivos comprovativos de pagamento. Este sistema assegura que o segurado tem total liberdade de escolha em todos os prestadores privados.
- **Modelo convencionado:** a entidade seguradora dispõe de uma rede convencionada de profissionais e entidades de saúde, às quais o segurado deve recorrer suportando apenas uma parte dos custos, ficando a restante à responsabilidade da entidade seguradora que o liquida diretamente com o prestador. Neste sistema considerando que os custos tendem a ser relativamente controlados, o valor do seguro a pagar é, em princípio, mais reduzido do que no sistema de reembolso. Contudo, a liberdade de escolha do consumidor fica mais limitada.
- **Modelo misto:** o segurado pode recorrer a uma rede convencionada de prestadores; contudo, também é possível recorrer a prestadores não convencionados (sistema de reembolso). Todavia, e em princípio, as condições de reembolso serão menos atrativas do que no recurso ao modelo convencionado, constituindo um incentivo a escolher os prestadores de rede.

Como tal, os seguros voluntários de saúde têm assumido, essencialmente, um papel de complementaridade face ao serviço público, oferecendo serviços também disponíveis no SNS, com vantagens em termos de rapidez no acesso e liberdade de escolha. Os contratos básicos dominam o mercado e o seu peso relativo tem vindo a aumentar. Estes contratos garantem o internamento e cuidados hospitalares, tratamento ambulatorio, consultas de clínica geral e de especialidade, meios complementares de diagnóstico, e, excluem, geralmente, todos os outros tipos de cuidados de saúde (Associação Portuguesa de Seguradores, 2010).

*“Os subsistemas funcionam como um sistema de saúde em que uma fração considerável da população beneficia de mecanismos de proteção em situação de necessidade de cuidados médicos para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de proteção é a ADSE, que garante os funcionários públicos. A coexistência dos subsistemas de saúde com o SNS remonta à data de criação deste último em 1979, e mantém-se devido à ausência de decisão de os integrar no SNS. A existência de subsistemas públicos que coexistem com o SNS e que são financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento de Estado constituiu, desde o início, um fator de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura, acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns segmentos da população, e financiamento público diferenciado de várias fontes para esses grupos da população (por exemplo, transferências para a ADSE via Ministério das Finanças).”* (Campos, 2007)

Estima-se que 25% da população portuguesa favoreça de cuidados de saúde com base socioprofissional e seguros privados (Quadro 11). Um quarto da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS (como todos os cidadãos) está coberta por um subsistema de saúde público (por exemplo, ADM, Ministério da Justiça, ADSE (a ADSE em 2008, cobria mais de 1,2 milhões de funcionários públicos, privado (PT,

TAP, CTT, EDP, CGD), ou um seguro de saúde (individual ou de grupo).” (Oliveira e Bevan (2003) citado por Cabral et al. 2009).

Subsistemas de Saúde	Nº de beneficiários (unidades:1000)
<a href="#">ADSE</a> – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública	1.220
ADME - Assistência na Doença aos Militares do Exército ADMA - Assistência na Doença aos Militares da Armada ADMG - Assistência na Doença à GNR ADMFA - Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea SAD PSP - Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública Serviços Sociais da Presidência do Conselho de Ministros <a href="#">Serviços Sociais do Ministério da Justiça</a> <a href="#">Serviços Sociais dos Ministérios das Finanças e do Planeamento da Administração do Território</a> Serviços Sociais da Administração do Porto de Lisboa Serviços Sociais da Administração dos Portos do Douro e Leixões	623
<a href="#">SAMS do Sul e Ilhas</a> (Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas) <a href="#">SAMS Centro</a> (Sindicato dos Bancários Centro) SAMS Norte (Sindicato dos Bancários Norte) Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD) UCS – Cuidados Integrados de Saúde AS ( <a href="#">TAP</a> ) Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SSINCM)	170    30 17 3
<a href="#">PT-ACS</a> (Portugal Telecom- Associação de Cuidados de Saúde) <a href="#">IOS-CTT</a> Instituto das Obras Sociais dos CTT	115
SÁVIDA – Medicina apoiada AS (EDP)	72
<i>Total</i>	2.250

Quadro 11. Beneficiários dos subsistemas de saúde (Eira, 2010)

Assim sendo, os principais subsistemas públicos de saúde são a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado), os SSMJ (Serviços do Ministério da Justiça), a ADMA (Assistência à Doença Militares da Armada), a ADFA (Assistência à Doença dos Militares da Força Aérea), a ADME (Assistência à Doença dos Militares do Exército), os SAD/PSP (Serviços

de Assistência à Doença da PSP) e os SAD/GNR (Serviços de Assistência à Doença à GNR). Os maiores subsistemas privados de saúde são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS, mas existe ainda um conjunto vasto de outros pequenos subsistemas (Campos, 2007).

Por sua vez, o SNS é o principal sistema de saúde Português e foi criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (Ministério da Saúde, 2010).

Assim, temos três tipos de subsistemas, públicos e privados:

	<b>Subsistemas públicos</b>	<b>Subsistemas privados</b>	<b>Seguros voluntários</b>
<b>Acesso</b>	Base ocupacional (protecção social dentro do sector público)	Base ocupacional	Base individual (ou de grupo, via empresa privada)
<b>Financiamento</b>	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento  Financiamento directo e indirecto do Estado (transferências OE e benefícios fiscais)	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento  Financiamento da empresa  Financiamento directo do Estado (transferências <i>opting-out</i> ) e indirecto (benefícios fiscais)	Contribuição individual voluntária baseada no risco  Financiamento indirecto do Estado (benefícios fiscais)
<b>Exemplo de entidades</b>	ADSE	PT, CTT, SAMS	Multicare, Medis
<b>População com cobertura residente no Continente (4º INS)</b>	Subsistemas cobrem 18% população portuguesa; ADSE cobre 10% da população portuguesa		Seguros de saúde cobrem 9% da população portuguesa

Quadro 12. Acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários (Campos, 2007)

Assim, pode observar-se, no quadro 12, uma comparação sumária entre subsistemas públicos, subsistemas privados e seguros voluntários, nas vertentes de acesso, financiamento e dimensão da população coberta. Em relação aos valores reportados de cobertura, estes valores devem ser entendidos no contexto de múltiplas coberturas. De acordo com valores estimados do 4º INS, de 2005/2006 (dados preliminares) (INSA e INE 2006), 25% da população com seguro voluntário tem acesso a subsistema, e pelo menos 10% da população com subsistema tem dupla cobertura de subsistema. A crescer, o Estado tem assumido um papel ativo no financiamento direto ou indireto dos subsistemas e seguros de saúde (Campos, 2007).

## 6.4. As seguradoras de cariz mutualista

### 6.4.1. Caracterização da oferta de saúde

Como já se viu atrás, a prática da mutualidade - um dos fundamentos da atividade seguradora - é tão antiga quanto a civilização. O mutualismo está relacionado à união de esforços de muitos em favor de alguns elementos do grupo, já que estes, isoladamente, não teriam condições de suportar prejuízos de monta. É o sentido mais simples e natural da união de esforços e é evidente que, em cada grupo, deve estar presente o interesse comum.

As associações mutualistas são associações de raiz, próximas das populações, criadas pelas próprias populações, pelos próprios cidadãos, que conhecem os problemas e que são o veículo privilegiado para gerir os sistemas de proteção social, caracterizando-se, assim, por um aspeto e por uma ação extraordinariamente importante que as mutualidades vêm a desempenhar neste momento (Silva P. , 2006).

Portugal teve muitas associações mutualistas, criadas em parceria com a Europa. Em meados do século XIX as associações mutualistas, tiveram o seu período áureo até cerca de 1920/1930. Quase desapareceram com a criação do sistema público de segurança social obrigatório, pelo Estado Novo, e pelas restrições dos direitos de associação. Hoje em dia em Portugal “in nomine”, há cerca de cento e vinte associações. Praticamente só cerca de oitenta é que estarão atuantes. A maior parte delas desenvolvem a sua atividade em sistemas de saúde, sendo a de maior expressão a do Montepio Geral, que só por si representa cerca de 90 a 95% do mutualismo em Portugal, e com a chamada “crise” da Segurança Social (de que se fala muito) o peso mais forte da sua atividade é o da “Previdência Complementar” (Silva P. , 2006).

As mutualidades realizam diversas funções (Pitacas J. , 2009):

- Função de produção, através da oferta de bens e serviços com vantagens em termos de quantidade, qualidade ou preço, ou porque não há alternativa (situações de procura heterogénea) ou porque é melhor, perante situações de monopólio ou de falhas de contrato ou de mercado, devido a informação assimétrica (características complexas do produto, distância temporal entre momento da subscrição e recebimento, não identificação entre subscritor e beneficiário) onde tomam relevo as questões da confiança e da segurança;

- Função de redistribuição, através da prática de preços inferiores aos do mercado, do exercício da solidariedade intergeracional e do fomento do voluntariado social;
- Função de consciencialização cívica, através do incremento da participação social nos assuntos de decisão pública, através da aquisição de capacidades de intervenção e participação. Pela sua própria natureza associativa, o mutualismo é expressão e exercício de liberdade e exemplo de vida democrática, constituindo uma escola de vida coletiva, de humanismo e de cidadania, um fator de estabilidade social e de formação de capital social ou cívico;
- Função de pioneirismo e inovação social, através duma ação de emergência de novas necessidades sociais e de procura de soluções para a sua satisfação. As mutualidades têm tido uma ação determinante na geração de redes primárias de entreajuda para satisfação de necessidades sociais, na mobilização social e no reconhecimento da necessidade de proteção a certos riscos sociais, e a sua consagração como direitos sociais (direitos que visam garantir, ao indivíduos, o exercício e usufruto de direitos fundamentais em condições de igualdade para que tenham uma vida digna por meio da proteção e garantias dadas pelo estado de direito).

## 6.5.2 O caso da seguradora MGEN

Fundada em 1946, em França, por profissionais da Educação unidos por um sentimento de partilha e de necessidade de proteção face às dificuldades que sempre surgem ao longo da vida.

A MGEN rege-se pelos princípios da democracia direta, com eficácia solidária.

É uma organização sem fins lucrativos, não existindo acionistas a remunerar por qualquer capital de investimento ou qualquer interesse individual. Os eventuais excedentes são redistribuídos pelos respetivos membros sob a forma de reforço dos benefícios.

A capacidade de gestão da MGEN fez da MGEN uma das Mútuas de seguros na Europa de maior sucesso e com uma eficácia operacional comprovada. Como consequência desse reconhecimento foi-lhe confiada a gestão do regime público obrigatório de proteção na saúde dos profissionais da Educação, da Investigação, da Cultura e do Desporto, em França.

Pretendendo uma maior abrangência de atuação alargaram a proteção na saúde a outras entidades, que comungam dos mesmos princípios e preocupações sociais, tais como associações, sindicatos, mútuas e empresas.

A MGEN tem como um dos seus mais importantes pilares estatutários a não discriminação, aceitando proteger qualquer indivíduo, independentemente do seu estado civil, condição social, estado de saúde, da sua convicção política, idade ou etnia. À luz deste princípio a MGEN protege, sem questionar a condição de saúde do indivíduo na adesão, porque acreditamos no interesse individual em contribuir para a proteção comum.

Estes princípios de base, impõem à MGEN a necessidade de estabelecer um equilíbrio solidário.

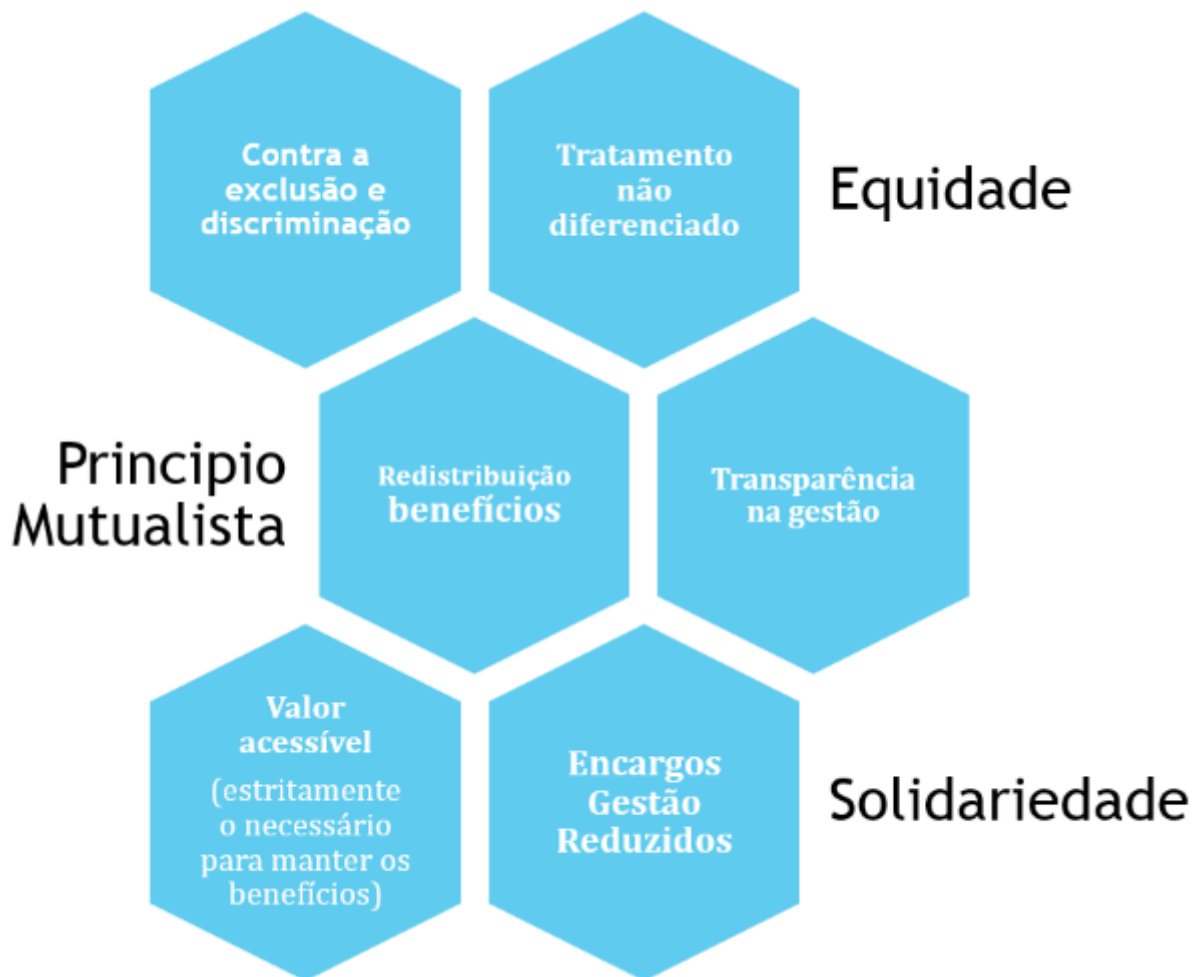
A MGEN não exclui nenhuma doença, na verdade, qualquer alteração involuntária do estado de saúde está sempre garantida em qualquer dos planos de saúde da sua oferta.

Estes princípios de não discriminação, de entreaajuda e de solidariedade, fazem da MGEN o parceiro ideal na proteção da saúde, oferecendo um conjunto de condições únicas:

- Sem limite de idade na adesão;
- Sem limite de idade na permanência;
- Sem agravamento individual em caso de sinistro;

- Sem questionário médico na adesão;
- Sem exclusão de doenças graves;
- Sem exclusão de doenças pré-existentes;
- Sem exclusão de doenças congénitas;
- Períodos de carência reduzidos, mesmo no parto;
- Sem resolução unilateral do contrato por parte da seguradora.

Fonte: <http://www.mgen.pt/index.php/mgen-apresentacao/>



Quadro13. Valores e princípios da MGEN;

fonte: <http://www.mgen.pt/index.php/mgen-apresentacao/>

A Europamut, designação comercial adotada para a Europa, é estabelecida pelas MGEN, Integrale, e UMR, três seguradoras mutualistas francesas, que atualmente entraram no mercado dos seguros de reforma e de saúde em Portugal. A MGEN, a atuar na saúde, e as Integrale e UMR a exercerem a atividade no segmento da reforma, precisavam de uma companhia distribuidora dos seus produtos, e assim nasceu a Europamut (Seguros+, <http://www.seguros-mais.com/europamut/>).

A Europamut apresenta valores comerciais e afirma “*Não somos uma companhia de seguros. Não oferecemos mais um seguro de saúde ou vida. Somos mutualistas e acreditamos na economia social.*”

Fundada nos princípios da universalidade, não discriminação e solidariedade, a EUROPAMUT atua junto de organizações e grupos que se reveêm nos seus valores e possibilita o acesso dos seus membros a soluções de saúde e vida com vantagens totalmente diferenciadoras.” (<http://www.europamut.pt/>).

Tem parecerias com:

- Federação Nacional da Educação;
- Serviços Sociais - Policia Segurança Pública;
- Sindicado dos Professores da Grande Lisboa;
- Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Social;
- Associação de Professores de Matemática;
- SPZS;
- Sindicato inspetores da Educação e do Ensino;
- Mutuália;
- AME.

Como tal, a Europamut não proporciona a oferta de seguro de saúde ao segmento particular, de forma individualizada, estando, pois, a sua oferta direcionada sobretudo para empresas, fundações e associações.

“O particular não é a nossa aposta. Vamos manter a nossa estratégia baseada numa vertente coletiva” (Lopes, 2012).

Assim sendo, as grandes diferenças ou os grandes pilares diferenciadores da oferta de seguros de saúde da Europamut é que estes não apresentam, no seu clausulado geral, limite de idade de adesão e de permanência das pessoas a segurar, não rejeitam quaisquer doenças, isto é, não têm em consideração e análise, na data de subscrição do seguro, qualquer pré-existência ou evidência médica relativa ao estado de saúde. Isto é, na hora de subscrever e aceitar um seguro de saúde não há recusas ou agravamentos, não deixando ninguém de fora com

inquéritos sobre o seu estado de saúde. Com 18 ou 85 anos, com ou sem uma doença grave, subscrever um seguro de saúde fica ao alcance de qualquer um (Silva T. , 2012).

## 7. Conclusão

O mutualismo é uma presença constante na sociedade.

Para além de ser invisível é um conceito e um movimento que já existe há séculos mas que, cada vez mais, tem ganho ênfase ao longo do tempo.

As mutualidades são instituições sem fins lucrativos, que têm como principal objetivo o bem-estar dos seus associados, como define Pitacas (2009), já anteriormente citado “as mutualidades são instituições sem fins lucrativos”.

Tal significa que a preocupação primeira e última das mutualidades é maximizar o bem-estar dos seus associados.

Nesse sentido, definem o valor das quotas e das taxas de rendimento, de acordo com essa preocupação.

Apesar da definição à partida desses preços, procuram através da eficiência da sua gestão, não só cumprir tais condições, já exigentes em si mesmas, como ultrapassá-las, gerando excedentes, que, para além de reforçar os respetivos fundos próprios (coletivos) e financiar a realização de outros projetos em favor dos associados ou da sociedade, podem proporcionar o reajustamento das quotas ou dos benefícios, em favor dos respetivos associados e seus beneficiários.

Contudo, o objetivo deste estudo foi estudar o SNS e o mutualismo.

Como tal, concluir-se-á prioritariamente sobre o SNS, depois sobre os seguros mutualistas e, por fim, uma conclusão geral dos dois.

Com a Revolução em 1974, a política de saúde sofreu uma mudança, iniciando-se um processo de reorganização dos serviços de saúde, conhecidos como Serviços Médico-Sociais. Foi consagrado na Constituição da República, em 1976, o princípio do direito do cidadão à saúde, com a criação de “*um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*”, conhecido pelo acrónimo SNS. O SNS, desde 1979, tem-se estruturado como um seguro público de cobertura universal, de acesso quase livre, no momento da utilização de serviços de saúde e de financiamento através de impostos.

Posteriormente, em 1989, com a revisão da Constituição o termo gratuito foi substituído para tendencialmente gratuito, permitindo desta forma a existência de co-pagamentos.

O SNS consiste, relativamente à prestação de cuidados de saúde, numa rede de prestadores públicos e privados de saúde, cada um relacionado com o Ministério de Saúde e com os seus doentes de uma maneira particular. Contudo, devido à contratualização externa, o SNS tem

permitido aos seus utentes oportunidades de poder usufruir da componente de prestação privada, que é muito significativa e financiada pelo sector público, de que são exemplos a dispensa de medicamento em ambulatório, a hemodiálise e a prestação de diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Ferreira, 2009).

Como tal, o SNS é um organismo através do qual o Estado português assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, que estejam em território nacional, sendo ou não portugueses, e ao qual estão associados os subsistemas de saúde que são seguros privados para certas profissões e os sistemas de seguros que são seguros voluntários.

Assim, a saúde é vista como uma necessidade primária, independentemente dos diferentes níveis de angústia, de ansiedade, de sofrimento, de dor, e não como uma mercadoria. Individualmente, o acesso à saúde e respetivos cuidados médicos e medicamentosos exercem a permanência da situação de vida e a superação da sua ameaça. Esta necessidade é superior e transversal a qualquer indivíduo, de diferentes classes sociais, porém adota específicas e distintas configurações e urgências, provenientes das dissemelhantes condições materiais e culturais de existência desses indivíduos.

O SNS apresenta ainda barreiras no acesso aos cuidados de saúde, para os demais, como a falta de capacidade e disponibilidade, o custo, o idioma e a cultura, falta de conhecimento e informação, a mobilidade e migração, o emprego, a sensibilidade e preparação do pessoal e a discriminação.

Em Portugal não há, ainda, hoje em dia, garantias de equidade no acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, é objetivo fulcral do SNS que os cidadãos adquiram igual acessibilidade aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica ou onde quer que vivam, bem como, garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.

Como tal, o último Plano Nacional de Saúde visa “maximizar os ganhos em saúde” através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (Concelho Superior de Estatística, 2012).

Muito embora nos deparemos com uma despesa, ao nível da saúde pública em Portugal, mais baixa do que nos países da Europa, isso não é refletido nos impostos, o que pode ser característico da situação económica que se vive atualmente em Portugal.

O seu reflexo direto são as taxas moderadoras com significativos incrementos de custos para o utente, as políticas de medicamentos onde o governo está cada vez a gastar menos, os reformados e desempregados com um rendimento superior ao ordenado mínimo não são isentos de taxas moderadoras.

Assim sendo, assistimos cada vez mais a uma maior procura do sector privado, que hoje corresponde a 40% dos serviços de saúde em Portugal. Como tal, a Lei de Bases de 1990 estabelece que (1) o Estado apoia o desenvolvimento do setor privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o setor público. (2) O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no setor privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de camas de internamento em cada região.

Esta procura pelo serviço de saúde privado tem aumentado devido à elevada qualidade dos serviços, aos importantes investimentos efetuados em tecnologias de ponta, ao rápido crescimento do número de médicos privados, ao facto de os hospitais privados também terem passado a efetuar procedimentos complexos como by-pass das artérias coronárias, tratamentos oncológicos ou prestação de cuidados intensivos, fatores estes que são completamente aplicáveis à realidade Portuguesa. Como tal a insatisfação dos utentes no SNS conduz, cada vez mais, à procura do sector privado.

Mas para se procurar e aceder ao setor privado de saúde em Portugal é importante, aconselhável e crucial subscrever um contrato de seguro.

Atualmente a oferta é imensa e os seguros podem apresentar-se como seguros “ de base capitalista” ou “ de base mutualistas”.

Os seguros de saúde de “base capitalista” são seguros que apenas seguram pessoas até uma certa idade ou cuja idade de subscrição está deverás condicionada(ou seja, não seguram pessoas após os 70 anos nem subscrevem seguros de saúde após os 60 anos), exigem resposta a questionários médicos caracterizadores de doenças ou deficiências pré-existentes, a taxação ou preço do seguro deriva da análise individual da pessoa a segurar, limitam ou excluem certos atos médicos face a patologias pré-existentes, sendo seguros que visam a maximização do lucro, ou seja, basicamente, são seguros no qual fazemos um investimento a fundo perdido, podendo ou não haver retorno.

Por outro lado os seguros de “base mutualista” são seguros que têm como base o bem-estar dos seus segurados e não discriminam ninguém. Assim sendo, apresentam enormes fatores diferenciadores, sendo as grandes diferenças o não limite de idade de permanência, a não exclusão de doenças pré-existentes, não resolução unilateral do contrato de seguro, seguro vitalício, e a taxação ou prémio do seguro é apurado e calculado por grupo etário e não individual.

Assim, não deixam ninguém de fora, não excluem ninguém, não sobretaxam, individualmente, face ao seu estado de saúde, idade e índices biométricos.

Podemos, então, concluir que, cada vez mais, o SNS apresenta obstáculos, entraves que se tornam prioritários de resolução e alvo de enorme preocupação para os seus utentes, sendo que estes são forçados a procurar cada vez mais o sector privado.

Por sua vez o serviço privado de saúde, ao longo do tempo, tem-se preocupado em fornecer serviços de qualidade aos seus utentes, apresentando, a cada dia, mais e melhores tecnologias e mais e melhores procedimentos inovadores, reforçando assim a sua oferta e fomentando que o individuo se interesse mais em procurar estes serviços. Como tal, procuram e subscrevem seguros, ou seja, subscrevem um conjunto de coberturas ou garantias e capitais anuais de forma a garantir os gastos que têm com a sua saúde.

Aliado há evolução do serviço privado de saúde, os seguros de cariz mutualista, isto é, os seguros que não excluem ninguém, que não excluem idosos, não excluem pessoas portadoras de deficiência e de doença, estão aí.

São seguros que lutam pela economia social, sendo a mutualidade uma base económica para a prevenção de eventualidades e garantias futuras, ajudando a caracterizar a economia solidária como um conjunto de atividades económicas cuja lógica é distinta tanto da lógica do mercado capitalista quanto da lógica do Estado.

Assim sendo, pode concluir-se que cada vez mais os seguros privados de saúde são uma mais-valia para os indivíduos garantirem a sua saúde.

Contudo é importante perceber qual a melhor oferta de seguros atualmente no mercado.

Com este estudo pode concluir-se que os seguros mutualistas, como o da Europamut, são seguros que, pela sua génese e premissas intrínsecas, são fulcrais para um adequado e rápido acesso aos cuidados de saúde.

A ausência de qualquer exclusão, após decorridos os períodos de carência da apólice, revela uma coerente, séria e honesta relação entre a oferta e a procura no que à acessibilidade aos cuidados de saúde diz respeito.

Como tal, cada vez mais os seguros de saúde mutualistas são uma mais-valia para a sociedade, logo, para as pessoas.

## 8. Considerações Finais

Este estudo teve como finalidade estudar o mutualismo e o SNS em Portugal através de uma revisão bibliográfica, observar, ainda, o papel que o seguro moderno representa para a sociedade e caracterizar a prática do mutualismo como alavanca de um processo importantíssimo para as economias de todo o mundo.

O estudo conceituou SNS, a nível histórico, socioeconómico, político e recursos.

Focou-se também as despesas na saúde, as novas políticas dos medicamentos e das taxas moderadores, após TROIKA.

Também foi estudado a saúde privada, assim como os seguros mutualistas e capitalistas.

Concluiu-se que cada vez mais o setor privado proporciona qualidade e serviços de ponta aos seus utentes, que é cada vez mais importante ter um seguro de saúde, apresentando os seguros mutualistas, uma oferta sem discriminações, que visa o bem-estar dos seus segurados.

Como já foi referido, anteriormente, o mutualismo é um conceito recente em Portugal, tornando-se, por essa razão, difícil o acesso à informação sobre esse conceito, nomeadamente, ligado aos seguros portugueses.

Assim sendo esta é uma das limitações deste estudo.

No entanto concluiu-se que existirão enormes mais-valias de interação entre os seguros privados mutualistas e o SNS, ao invés das interações possíveis entre os seguros privados de saúde e o SNS.

A similaridade dos princípios básicos constituintes dos seguros mutualistas com o SNS, como a universalidade, a não exclusão, a não discriminação e a não resolução unilateral dos contratos de seguros, estabelecem claramente os pilares e os alicerces elementares e básicos para garantia de geral acessibilidade à saúde pelos indivíduos.

Estes alicerces conduzirão e possibilitarão ao SNS, Estado Português, nomeadamente, junto de alguns setores profissionais, protocolar serviços de saúde pontuais ou gerais com o setor privado de saúde mutualista.

Tal como acontece em França, onde o Estado Francês protocolou com a MGEN a saúde de todos os profissionais de educação.

A MGEN garante, através de acordo estatal, a saúde de todos os profissionais do setor da educação em França.

As escalas de custos com a saúde, menores no setor privado, permitirão a redução com os custos em saúde.

A cultura comportamental dos profissionais de saúde no setor privado, a eficiência e eficácia operacional no setor privado, associado aos princípios mutualistas, estabelecem condições benéficas para os utentes, para uma adequada e atempada acessibilidade aos cuidados de saúde.

Os seguros de saúde mutualistas podem garantir ao SNS economia de custos, financeiros e de recursos, para além da garantia da geral e atempada acessibilidade à saúde por parte dos utentes.

È, pois, importante que, futuramente, se realize novamente um estudo sobre este tema, na medida em que estamos perante uma mais-valia emergente para a sociedade Portuguesa.

## 9. Referências Bibliográficas

ACSS. (2012). Revisão de categorias de isenção e atualização de valores das taxas moderadoras. *Administração Central de Sistema de Saúde* .

AssembleiadaRepublica. (2005). *Constituição da República Portuguesa*.

AssociaçãoPortuguesadeSeguradores. (2010). *Os seguros de saúde privados: no contexto do SNS*. APS.

Bäckström, B. (2009). Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa. *Teses, 24* .

Barros, P. (2000). *A Economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector*. Faculdade de Ciência Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Barros, P., & Nunes, L. (2011). *10 Anos de Política do Medicamento em Portugal*. ISBN 978-1-4477-3038-5.

Cabral, M., & Silva, P. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: ICS.

Campos, C. (2007). *Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.

Cardoso, C., Escobar, J., & Quelhas, V. (2008). Saúde Privada em alta. *aicep* .

ConcelhoSuperiordeEstatistica. (2012). *Relatório do Grupo de Trabalho de Estatística de Saúde*.Concelho Superior de Estatística.

Coulter, A. (2007). Finding out what patients want. *ENTNews, 17* , 65-67.

Decreto de Aprovação da Constituição nº CRP 1976, nº 86 (Diário da República 10 de 4 de 1976).

Deloitte. (2011). Saúde em análise: Uma visão para o futuro. *Public Sector, Life Sciences & Healthcare* .

Eira, A. (2010). *A Saúde em Portugal:A procura de cuidados de saúde privados*. Dissertação de Mestrado em Economia, faculdade de economia, Universidade do Porto.

Ferreira, J. (2009). *Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica: Instituto Superior Técnico, Universidade Técnica de Lisboa.

Ferreira, S. (2011). Mutualismo: Identidade e novos desafios. *10ª Congresso de Mutualismo*. Lisboa.

Figueras, J. e. (2004). Snapshots of health systems. *European Observatory on Health Systems and Policies* .

Gilberto, F. (2010). Os grandes desafios da Indústria Seguradora, 5-7. Lidel.

Guiomar, J. (2010). *Os seguros de saúde voluntários: o perfil dos utilizadores e determinantes da procura*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra.

INE. (2010). *Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional; Anual*. Obtido em 06 de Junho de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0000358&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000358&contexto=bd&selTab=tab2)

INE. (2015). Dia Mundial da Saúde - 2002-2013; Obtido em 15 de Março 2016, de Instituto Nacional de Estatística: [file:///C:/Users/Win7/Downloads/06DiaMundialSaude2015Retif%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Win7/Downloads/06DiaMundialSaude2015Retif%20(1).pdf)

Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde (Diário da República 24 de Agosto de 1990).

Lei 56/79, Lei do Serviço Nacional de Saúde (Diário da República 15 de Setembro de 1979).

Lei nº 56/79 de 15 de Setembro, I Série - Nº 214 (Serviço Nacional de Saúde 15 de 9 de 1979).

Lopes, M. (2012). Europamut lança seguros de vida. *Diário Económico* .

Lusa. (2010). Privados Asseguram 40% dos cuidados de saúde em Portugal. *Negócios* .

Madureira, C., Rodrigues, M., & Asensio, M. (2013). *Análise da evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC*. Direção-Geral da Administração e do Emprego Público.

Miguel, J., & Costa, C. (1997). A Reforma da Saúde em Portugal: à procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15 , 5-17.

MinistériodaSaúde. (2010). *Estratégias para a Saúde: II) Perfil de Saúde em Portugal*. MinistériodaSaúde.

- Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In J. Simões, *30 anos do serviço nacional de saúde* (pp. 271-296). Coimbra: Almedina.
- Oliveira, M., & Pinto, C. (2005). "Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics* , 203-220.
- OPSS. (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde: relatório de primavera do OPSS*. Lisboa: OPSS.
- OrdemdosEnfermeiros. (2011). *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade*. Genève: Ordem dos Enfermeiros.
- Pitacas. (2006). O mutualismo e a sua função social ao longo dos tempos. O caso português. *Colóquio: Mutualismo, Segurança Social, Seguros*. Lisboa: Fórum Abel Varzim.
- Pitacas, J. (2009). *Utilidade Social e Eficiência no mutualismo*. Dissertação de Mestrado em Economia e Política Social, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rocha, R. (2010). *Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Rosendo, V. (1998). A Evolução do Mutualismo no Portugal Contemporâneo. In C. Barros, & J. Santos, *O Mutualismo Português: Solidariedade e Progresso Social*. *Estudos e Pesquisas Multidisciplinares sobre o Sector Não-Lucrativo*. Lisboa: Edições Vulgata.
- Sakellaride, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (sd). *O Futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Silva, C. (2004). *Mutualidades, Seguros e Mercado*. CIEF/ISEG.
- Silva, T. (2012). Europamut quer crescer em Portugal com seguros que ignoram a idade e o estado de saúde. *DinheiroVivo* .
- Silveira, J. (1990). *O Mutualismo em Portugal*. a União das Mutualidades Portuguesas.
- Simões, J. e. (2007). Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. *Relatório final* .
- Simões, J., & Lourenço, O. (1999). *As Políticas Públicas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 anos*. Universidade de Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.
- WHO. (2001). *How to Develop and Implement a National Drug Policy*. World Health Organization.

## Webgrafia

<http://www.europamut.pt> - 2 de Março de 2016.

<http://expresso.sapo.pt/economia/exame/2015-10-31-Hospitais-privados-dao-milhoes>, 29 de Fevereiro de 2016.

<http://www.ers.pt/pages/142>, 8 de Março de 2016.

<http://www.mgen.pt> - 2 de Março de 2016.

<http://www.mgen.pt/index.php/mgen-apresentacao> - 2 de Março de 2016.

<http://mutualismo.azurewebsites.net/INFOM/Informa?titulo=U8&tipo=UNI> - 19 de Abril dec2016.

<http://www.seguros-mais.com/europamut/>. *Europamut* - 3 de Março de 2016.