CAPÍTULO 8

POLÍTICAS E REGULAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Jorge Simões[1]

1

1. Global Health and Tropical Medicine. Instituto de Higiene e Medicina Tropical (UNL). Professor catedrático convidado da Universidade de Aveiro. CV disponível em: https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=36440526700

1. A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

Em Portugal, a saúde aparece, pela primeira vez, consagrada na Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976.

O Artigo 64.º do texto constitucional, na sua redação original, consagrava o direito à proteção da saúde por meio da "criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" e conferia ao Estado a obrigação de "orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos".

Com a revisão constitucional de 1989, o primeiro princípio do Artigo 64.º passou a ter outra redação: "serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito"; e no segundo, abandonou-se a afirmação da socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos, passando a constar a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

Diz Jorge Reis Novais que

> [...] tendencial gratuitidade significa que a prestação de cuidados e serviços de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, mas não tem de ser gratuita, pelo menos, não tem de ser sempre gratuita. O ser gratuito será a inclinação natural do SNS, será o seu sentido geral, a tendência, mas não será uma exigência de carácter absoluto, no sentido de vedar, hoje, o pagamento de qualquer "preço" do custo de prestações obtidas no âmbito do SNS. Se já não o era (pelo menos no entendimento do Tribunal Constitucional) quando a Constituição impunha a gratuitidade, muito menos o será, por maioria de razão, agora. A letra da Constituição, o contexto da revisão constitucional de 1989, o sentido da jurisprudência constitucional, a comparação com as opções da Constituição no domínio do ensino, por si só, indicia indiscutivelmente esta conclusão[1].

O direito à saúde ou à proteção da saúde, consagrado no Artigo 64.º da Constituição, é um direito social, e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui a concretização de um dever do Estado. Como acontece relativamente a qualquer direito fundamental constitucionalmente acolhido, o Estado tem, em face do direito à proteção da saúde, um dever de garantir o acesso individual ao bem protegido, um dever de proteger e um dever de promover condições adequadas de acesso. O SNS, e a sua existência com determinadas características, passou a ser uma imposição constitucional, pelo que, em termos jurídicos, a atuação dos vários poderes públicos nesse domínio passa a ser limitada, avaliada e sindicada em função da respectiva conformidade aos parâmetros constitucionais[1].

Em resumo, em Portugal, a saúde enquanto entidade autônoma aparece, pela primeira vez, consagrada no texto constitucional de 1976; e o direito à saúde ou à proteção da saúde, consagrado no Artigo 64.º da Constituição, é um direito social; e o SNS constitui a concretização de um dever do Estado.

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde português é um sistema misto, com uma combinação de prestadores públicos e privados e de financiamento público e privado, com três importantes atores institucionais: o Estado, que intervém simultaneamente como regulador de todo o sistema e planejador, prestador e financiador do SNS; o setor social, com uma intervenção relevante, em especial na área dos cuidados continuados; e o setor privado, que assume um papel importante na prestação de algumas tipologias de cuidados.

Em matéria de financiamento, o sistema de saúde português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas sobreponíveis: o SNS; os subsistemas de saúde, que são seguros sociais, públicos ou privados, destinados a determinados grupos profissionais e empresas; e os seguros voluntários de saúde.

O SNS presta predominantemente cuidados de saúde pública, cuidados primários e cuidados hospitalares. As consultas de medicina dentária, os serviços de diagnóstico, de diálise renal e de reabilitação são, em larga medida, prestados pelo setor privado, embora com considerável financiamento público, mediante convenções com o SNS.

Os cuidados de saúde primários são prestados por unidades públicas e privadas. A criação das unidades de saúde familiar, em 2007, e dos agrupamentos de centros de saúde, em 2008, reestruturou a organização dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Os cuidados hospitalares são essencialmente prestados em estabelecimentos do SNS, cuja rede foi reorganizada em 2002. Foi igualmente iniciado um novo processo de integração vertical de cuidados de saúde – as unidades locais de saúde – que permite a reunião de hospitais e unidades de cuidados de saúde primários na mesma organização.

Ao longo dos últimos 40 anos, a relação do SNS com os setores privado e social passou por um conjunto de etapas relacionadas com o contexto político, econômico e social, que afetaram direta ou indiretamente a configuração do sistema de saúde.

No início da era democrática, assistiu-se à criação do modelo do SNS, com a reorganização da rede de prestadores públicos, mas com a manutenção dos subsistemas de saúde em paralelo com o SNS e a subcontratação de serviços ao setor privado.

Entre 1985 e 1995, constatou-se o reconhecimento explícito do papel do setor privado, para o qual contribuiu o reforço dos seguros de saúde privados, passando os cidadãos a assumir maior responsabilidade no financiamento do sistema.

Entre 1995 e 2002, acompanhou-se uma reestruturação do modelo do SNS, com reformas centradas na reorganização da oferta e do seu financiamento e com ênfase na complementaridade entre os setores público e privado.

Entre 2002 e 2004, algumas mudanças envolveram a empresarialização de parte da rede de hospitais do SNS, a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e o desenvolvimento do modelo de parcerias público-privadas.

De 2004 a 2010, observou-se um ciclo reformista que incluiu a conversão de hospitais sociedades anônimas em entidades públicas empresariais, a criação da rede de cuidados continuados integrados e das unidades de saúde familiares.

Entre 2011 e 2015, as alterações estavam ligadas à crise financeira e social em Portugal e ao Memorando de Entendimento assinado entre o governo português e três instituições internacionais. As principais medidas incidiram na redução dos custos no SNS, por meio de diminuição dos salários dos profissionais, redução do preço dos medicamentos e diminuição dos preços na contratação de prestadores privados.

A partir de 2016, assistiu-se a um crescimento do orçamento do SNS, em grande parte devido à reversão dos cortes salariais dos trabalhadores. Em 2019, foi aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde, que reforçou política e normativamente o papel do SNS. Em 2022, foi publicado um novo Estatuto do SNS e aprovada a criação de uma Direção Executiva do SNS, conferida maior autonomia aos agrupamentos de centros de saúde, hospitais e unidades locais de saúde e criado o regime da dedicação plena para os médicos. Outra alteração importante resultou da generalização, a toda a rede de cuidados hospitalares e de cuidados primários do SNS, do modelo de unidade local de saúde[2].

Em suma, o SNS assume um papel central no sistema de saúde português, enquanto garante do cumprimento do direito à saúde, mas o sistema é misto, com uma combinação de prestadores públicos e privados e de financiamento público e privado. Nesse panorama, existem três importantes atores institucionais: o Estado, que intervém simultaneamente como regulador de todo o sistema e planejador, prestador e financiador do SNS; o setor social, com uma intervenção relevante, em especial na área dos cuidados continuados; e o setor privado, que assume um papel importante na prestação de algumas tipologias de cuidados.

3. A DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE

O Artigo 6.º da Constituição afirma que o Estado respeita, na sua organização e funcionamento, os princípios da subsidiariedade, da autonomia das autarquias locais e da descentralização democrática da administração pública; e o Artigo 237.º refere que as atribuições e a organização das autarquias locais, bem como a competência dos seus órgãos, serão reguladas por lei, de harmonia com o princípio da descentralização administrativa. Passando em revista o percurso normativo do processo de descentrali-

zação, verifica-se que, recentemente, na saúde, foram dados passos significativos. Com efeito, o Decreto-Lei nº 23/2019, de 30 de janeiro, concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais, no domínio da saúde, ao mandar transferir para os órgãos municipais a participação no planejamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de cuidados primários de saúde, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção, e, ainda, a gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos serviços de saúde primários, sendo também transferida a gestão de trabalhadores integrados na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como a gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES.

Na transferência de competências, ainda se prevê, como competência dos órgãos municipais, a existência de uma parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo, afirmando-se que os municípios são parceiros estratégicos do SNS nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.

A orgânica da Direção Executiva do SNS, aprovada ainda em 2022, atribui-lhe a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, a qual ocorre em um momento em que estava em curso a transferência de competências para os municípios no domínio dos cuidados de saúde primários e prevista, no programa do Governo, a integração dos serviços desconcentrados de natureza territorial nas Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional.

Em conclusão, os diplomas acima citados constituíram peças fundamentais para a transferência de competências para as autarquias, no campo da saúde, mas limitadas a determinadas áreas dos cuidados de saúde primários.

4. A REGULAÇÃO DA SAÚDE

Em Portugal, a regulação da saúde assume diversas realidades institucionais, com diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção.

Na área do medicamento, foi criado, em 1993, o Infarmed, I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. –, instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimônio próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde, cuja missão é regular e supervisionar os setores dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública.

No que diz respeito à regulação das profissões de saúde, o Estado optou pela autorregulação profissional por meio do reconhecimento de corporações públicas profissionais, denominadas "Ordens", que são entidades de direito público, de inscrição obrigatória, dotadas de amplos poderes públicos, acumulando as funções reguladoras com funções de representação e defesa de interesses profissionais.

Em 2003, foi criada a ERS, tendo em vista a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, social e cooperativo. Tratou-se de uma resposta política a um progressivo processo de privatização em vários setores do sistema de saúde, de forma a acautelar o respeito por princípios fundamentais, em especial o acesso e a qualidade dos cuidados.

A criação da ERS pareceu, pois, necessária para garantir princípios constitucionais, em particular a universalidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Na verdade, o diploma que, em 2003, alterava a configuração da rede de cuidados de saúde primários só foi promulgado pelo Presidente da República com a menção, no próprio diploma, que só entraria em vigor "em simultâneo com o diploma que aprove a criação de uma entidade reguladora que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação de serviços públicos de saúde"[3].

Ou seja, partindo de pressupostos ideológicos diferentes, Presidente e Governo concordaram na criação da ERS, prevista no programa do XV Governo Constitucional, consagrada pelo Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro, tendo o Conselho de Ministros nomeado, por resolução de 24 março de 2004, a sua primeira direção.

As atribuições da ERS compreendem a supervisão dos estabelecimentos no que concerne ao controle dos requisitos de funcionamento, à garantia de acesso aos cuidados de saúde, à defesa dos direitos dos utentes, à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, à regulação econômica e à promoção e defesa da concorrência.

A lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada pela Lei nº 67/2013, de 28 de agosto, impulsionou a revisão dos estatutos da ERS, incluindo não só um conjunto de alterações respeitantes à redenominação do órgão máximo – agora conselho de administração –, novo modelo de nomeação dos membros do conselho de administração e respectiva duração de mandato, novas regras de incompatibilidades e impedimentos, um novo modelo de financiamento (assente em contribuições regulatórias), alterações substantivas no regime orçamental e financeiro, com reforço da autonomia nessas matérias, bem como algumas inovações em questões relacionadas com a proteção dos consumidores, mas também, e fundamentalmente, um alargamento e aprofundamento das atribuições e das competências da ERS, sendo isso mais evidente em matéria de tratamento de reclamações, de licenciamento e de resolução de conflitos.

Que impacto tem a ERS no sistema de saúde português?

Em primeiro lugar, permite um melhor conhecimento do setor da saúde por meio do registo de todos os estabelecimentos prestadores de cuidados – o único existente no país – e mediante a elaboração e a publicação de estudos que cobrem praticamente todos os aspectos relevantes do sistema de saúde.

Em segundo lugar, contribui para uma maior capacitação dos cidadãos, por via do acompanhamento e tratamento de todas as reclamações apresentadas no âmbito dos estabelecimentos de saúde e das informações prestadas presencialmente, por telefone, por e-mail e através do sítio eletrônico da ERS.

Em terceiro lugar, permite uma melhor defesa dos direitos dos utentes por intermédio, nomeadamente, do controle da legalidade do acesso dos doentes aos serviços de saúde.

Em quarto lugar, fornece mais segurança aos utentes e aos prestadores, pela exigência do licenciamento das unidades de saúde, que se devem conformar aos requisitos estabelecidos para o seu funcionamento, por meio de fiscalizações que se realizam em todo o território e a toda a tipologia de estabelecimentos e mediante o sancionamento de práticas irregulares, que pode ir da aplicação de coimas à suspensão do próprio estabelecimento.

Em quinto lugar, garante maior legalidade e conhecimento dos mercados via conjunto de intervenções na área da concorrência, que a ERS exerce isoladamente ou com o concurso da Autoridade da Concorrência.

Em sexto lugar, contribui para que o sistema de saúde tenha mais qualidade ou lhe seja reconhecida essa qualidade, por meio de um projeto próprio – o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – que envolve a quase totalidade dos hospitais, públicos e privados do país, e mediante estudos que desenvolvem o tema da qualidade.

Em sétimo lugar, contribui para a diminuição dos litígios entre financiadores, prestadores e utentes por intermédio da figura da mediação, que permite de forma voluntária, célere e gratuita a resolução de conflitos.

No entanto, haverá sempre novos desafios que se colocam à ERS. Desde logo, a globalização do mercado da saúde com o "turismo da saúde", em que se assiste a uma transferência de doentes para países terceiros, e os cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, são novos e diferentes desenvolvimentos. Tudo deveria apontar para um diferente envolvimento da UE na rede europeia de entidades reguladoras da saúde, que permita, nomeadamente, a existência de um regime europeu comum de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Acresce, ainda, o surgimento

de multinacionais da saúde, que colocam novos problemas, desde o acesso dos cidadãos às possíveis limitações à concorrência. Todos esses "novos desafios da saúde" determinam, no futuro, a necessidade de adequar e reforçar os poderes da ERS, seja desenvolvendo mecanismos de intervenção *ex ante*, por meio dos quais se afirmam as regras a que os operadores devem-se submeter, seja por meio de mecanismos *ex post*, por via da ampliação do poder sancionatório da ERS[4].

Em suma, a regulação da saúde assume, em Portugal, diversas realidades institucionais, com diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção. Desde logo, na área do medicamento, o Infarmed, I.P. é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimônio próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde; em segundo lugar, a autorregulação que é a regulação estabelecida e efetuada pelos próprios destinatários; em terceiro lugar, a ERS intervém na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e as suas atribuições compreendem a supervisão dos estabelecimentos no que respeita ao controle dos requisitos de funcionamento, à garantia de acesso aos cuidados de saúde, à defesa dos direitos dos utentes, à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, à regulação econômica e à promoção e defesa da concorrência.

5. CONCLUSÃO

O sistema de saúde português caminhou, ao longo das últimas décadas, em um percurso sem ruturas profundas apesar dos diferentes governos e das diferentes políticas. Certamente nos próximos anos, ou décadas, assistiremos, em Portugal, a dois fenômenos que se adivinham, também, em outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Por um lado, cada país manterá a matriz ideológica do seu sistema de saúde, ou seja, manter-se-á, nesta área, a dependência do percurso de cada sociedade; por outro lado, assiste-se a uma aproximação progressiva dos dois grandes modelos de organização de sistemas de saúde.

Manter a matriz ideológica equivale, para este efeito e em Portugal, recusar uma alteração do preceito constitucional que obriga o Estado a manter um serviço nacional de saúde. Todavia, governos de direita e de esquerda conviveram, com relativa facilidade, com essa obrigação constitucional; e os programas dos partidos políticos que, tradicionalmente, asseguram a governação do país não sugerem alterações estruturais. Sucederam-se, ao longo dos anos, governos com diferentes afinidades ideológicas, mas as despesas públicas pouco cresceram até ao final da década de 1980, iniciaram depois uma subida gradual, com oscilações decorrentes das graves crises econômicas e

financeiras, sem seguir o comportamento do Produto Interno Bruto (PIB); por outro lado, os resultados em saúde melhoraram, e, em particular, a taxa de mortalidade infantil desceu paulatinamente.

Esta constatação leva a relativizar o impacto das concretas políticas de saúde nos resultados ou ganhos em saúde. Os estudos empíricos permitem enfatizar fatores, como o rendimento dos cidadãos, o desenvolvimento econômico e social, a escolaridade, as características culturais, cuja importância para esses resultados em saúde é determinante.

Referências

1. Novais JR. Constituição e Serviço Nacional de Saúde. In: Simões J, coordenador. 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Lisboa: Edições Almedina; 2010. p. 239-270.

2. Simões J. O Percurso das Políticas de Saúde em Portugal. In: Simões J, coordenador. 50 anos depois: as Políticas Sociais em Portugal. Lisboa: Edições Almedina; 2024. p. 305.

3. Simões, J. "Regulação em Saúde", in Garantia de Direitos e Regulação: Perspectivas de Direito Administrativo (coordenação de Carla Amado Gomes, Ricardo Pedro, Rute Saraiva, Fernanda Maçãs), AAFDL, editora, 2020.

4. Rodrigues NC. Regulação em geral e regulação da saúde. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 3): S11-S18.