

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português - O papel do Setor Privado.

António Manuel Pereira De Figueiredo

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento

Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2022



**BUSINESS
SCHOOL**

Sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português - O papel do Setor Privado.

António Manuel Pereira De Figueiredo

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professor Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro de 2022

Agradecimentos

Este trabalho representa o resultado da curiosidade por explorar áreas fora da zona de conforto da medicina. Durante este desafiante percurso tive o privilégio de conhecer e aprender professores e colegas que contribuíram para a consecução deste objetivo e para os quais tenho uma dívida de gratidão.

Um agradecimento muito especial a Professora Doutora Generosa do Nascimento, pelo incentivo, dedicação, ajuda, compreensão, acompanhado sempre de um elevado nível de profissionalismo e rigor metódico, para si Professora, muito obrigado.

Um especial agradecimento a todos os entrevistados que aceitaram participar neste trabalho.

A Vera, amiga, confidente, companheira de aventuras...minha esposa, muito obrigado pelo apoio.

Aos meus grandes amigos, Wildemar, Filipe, Carina e Bernardo.

Resumo

O Sistema de Saúde no seu modelo atual apresenta uma série de fragilidades de carácter financeiro e constrangimentos na capacidade de resposta exacerbados durante a recente pandemia COVID-19, aos que se associam outros desafios para a sustentabilidade financeira nomeadamente a transição demográfica, a transição epidemiológica, e a inovação tecnológica. Atendendo as características do Sistema de Saúde português, uma estratégia para abordar as ameaças a sustentabilidade financeira é o desenvolvimento de estratégias de colaboração entre os diferentes setores que integram o sistema.

Com o objetivo de analisar o papel do setor privado de prestação de cuidados de saúde na sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde, e explorar modelos de integração, foi efetuado um estudo exploratório, de carácter qualitativo com implementação de uma análise indutiva aos dados obtidos de entrevistas semiestruturadas aplicadas a uma amostra de peritos selecionados através da amostragem por conveniência, em que os resultados foram analisados utilizando a metodologia de Gioia. Como principais resultados salienta-se que o sistema de saúde em Portugal está caracterizado pela fragmentação do financiamento, da prestação de serviços de saúde, e segmentação da cobertura.

Constatou-se que o desenvolvimento de estratégias de colaboração entre o setor público e o setor privado da saúde constitui um fator crítico de sucesso que depende da redefinição do modelo de integração, carece da implementação de critérios de avaliação da qualidade, eficiência, acesso e de resultados semelhantes para todos os intervenientes, assim como da redefinição de modelos de financiamento com responsabilidade partilhada e idealmente com a introdução do value-based healthcare.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Serviço Nacional de Saúde e Sustentabilidade Financeira.

JEL classification system: I10 Health general; 18: Government Policy. Regulation. Public Health

Abstract

The Portuguese health system has shown a series of financial constraints and conditioned capacity of response related to accessibility and coverage exacerbated during the recent COVID-19 pandemic, to which are associated other challenges for financial sustainability, namely changes in demographic and epidemiologic pattern and the increasing cost of technological innovation. Considering the Portuguese health system characteristics, a strategy to address the threats to financial sustainability is the development of collaboration strategies between the different stakeholders.

With the aim of analyze the role of the private health care sector in the financial sustainability of the Portuguese Health System, and to explore models of integration of the private sector with the public sector for the provision of health care, an exploratory qualitative study was carried out, based on the implementation of an inductive analysis of data obtained from semi-structured interviews applied to a sample of experts, the results were analyzed using Gioia's methodology.

As main results, it should be noted that the health system in Portugal is characterized by the fragmentation of funding and in the provision of health services. It was observed that the development of collaboration strategies between the public and private health sectors is a critical success factor that depends on the redefinition of the integration model, lacks the implementation of criteria for evaluating quality, efficiency, access and similar results for all stakeholders, as well as the redefinition of funding models with shared responsibility and ideally with the introduction of value-based healthcare.

Keywords: Health System, National Health System, Financial Sustainability.

JEL classification system: I10 Health general; 18: Government Policy. Regulation. Public Health

Índice

1.	<i>Introdução</i>	1
2.	<i>Revisão da literatura</i>	3
2.1.	<i>Sistemas de Saúde</i>	3
2.1.1.	<i>Sistema de Saúde Português</i>	5
2.1.2.	<i>Sustentabilidade</i>	12
2.1.3.	<i>A saúde como um bem económico</i>	14
2.1.4.	<i>Saúde e sustentabilidade</i>	15
2.1.5.	<i>Contributo do setor privado na sustentabilidade do Sistema de Saúde</i>	17
3.	<i>Metodologia</i>	23
3.1.	<i>Método</i>	23
3.2.	<i>Amostra</i>	23
3.3.	<i>Técnicas de recolha de dados</i>	23
3.3.1.	<i>Análise Documental</i>	23
3.3.2.	<i>Entrevistas</i>	25
3.4.	<i>Técnicas de tratamento de dados</i>	25
4.	<i>Análise de dados e discussão de resultados</i>	26
4.1.	<i>Sistema de saúde</i>	30
4.2.	<i>Sistema de Saúde português</i>	30
4.3.	<i>Sustentabilidade e sustentabilidade financeira</i>	31
4.4.	<i>Contributo do setor privado</i>	33
5.	<i>Conclusões</i>	35
6.	<i>Referências bibliográficas</i>	38
7.	<i>Anexos</i>	42
	Anexo A: Modelo de convite para entrevista	42

Anexo B: Guião para a entrevista	45
Anexo C: Características da metodologia de Gioia.....	47

Glossário

ADSE - Assistência na Doença dos Servidores Civis do Estado

COVID-19 - COronaVirus Disease 2019

E.P.E. - Entidade pública empresarial

IASFA - Instituto de Ação Social das Forças Armadas

PIB - produto interno bruto

SIGIC - Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia

S.P.A - Setor público administrativo

SS - Sistema de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

DE – SNS - Direção executiva do Serviço Nacional de Saúde

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development

PPP - Parceria público-privada

RNCCI - Rede nacional de cuidados continuados integrados

RNCP - Rede nacional de cuidados paliativos

SAMS - Serviço de Assistência Médico – Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

ULS - Unidades locais de saúde

UMP - União das Misericórdias Portuguesas

1. Introdução

O Sistema de Saúde em Portugal está constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado para dar resposta a obrigação constitucional do Estado de garantir o direito à proteção da saúde (DRE, 2021), seguidamente encontram-se os subsistemas de saúde como o Serviço de Assistência Médico – Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS), Instituto de Ação Social das Forças Armadas (ADM/IASFA), Assistência na Doença dos Servidores Civis do Estado (ADSE); seguem-se o setor privado de prestação de cuidados de saúde e o setor social representado pela União das Misericórdias Portuguesas (UMP) (Campos Fernandes, 2022).

O financiamento do Sistema de Saúde (SS) em Portugal tem origem em quatro fontes, o orçamento do estado para o SNS, seguros de matriz profissional ou sindical para os subsistemas de saúde, seguros voluntários e pagamento direto para o setor privado de prestação de cuidados de saúde.

Este Sistema de Saúde no seu modelo atual apresenta uma série de fragilidades de carácter financeiro e constrangimentos na capacidade de resposta, exacerbados na recente pandemia COVID-19 (CORONA VIRUS DISEASE 2019) durante a qual constatou-se uma frágil capacitação do Sistema de Saúde para manter as condições de acesso aos cuidados de saúde das restantes patologias muito associadas à sustentabilidade financeira e à escassez de profissionais de saúde (CFP, 2021).

Em relação à sustentabilidade financeira, o Conselho das Finanças Públicas, assinalou que o SNS tem demonstrado um incremento sistemático da despesa, este déficit estrutural tem na sua génese o crescimento da despesa corrente com um valor acumulado de -2865 M€, o que torna necessária a implementação de mecanismos para a utilização racional e eficiente dos recursos financeiros e de estratégias políticas para garantir a solidez financeira (CFP, 2021). Ao descrito anteriormente associa-se a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação tecnológica e científica (Yeganeh, 2019; Zurynski *et al.*, 2022).

Assumindo que as fragilidades descritas são de carácter estrutural torna-se necessário analisar a participação dos principais stakeholders da saúde (utentes, profissionais de saúde, setor público, setor privado, setor social, setor político) na sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Ao explorar, desde o ponto de vista teórico, uma possível estratégia de resposta a este desafio surgiram algumas publicações que abordam modelos de integração do setor privado na prestação de serviços de saúde (Joudyian *et al.*, 2020; Franco *et al.*, 2020), o que deu origem a

pergunta do estudo: qual o papel do setor privado de saúde na sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português?

Assim como objetivo geral foi proposto analisar o papel do setor privado de prestação de serviços de saúde na sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde, e explorar modelos de integração do setor privado ao setor público de prestação de cuidados de saúde que permitam contribuir para a sustentabilidade financeira.

Para abordar esta questão foi efetuado um estudo exploratório, de caráter qualitativo que teve início numa revisão da literatura, em que foram seguidos os princípios da revisão sistemática, que foi o suporte teórico para a implementação de uma análise indutiva para a qual foi selecionada uma amostra por conveniência de representantes do setor académico, da governança clínica, da administração hospitalar (do setor público e do setor privado) e do Estado (Administração Regional de Saúde) que participaram em entrevistas semiestruturadas donde as observações e conclusões foram apresentadas de forma lógica e estruturada utilizando a metodologia de Gioia, como descrita no artigo “Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research” (Gioia *et al.*, 2012, 2013).

Dentro das conclusões do estudo salienta-se que o desenvolvimento de estratégias de colaboração entre o setor público e o setor privado da saúde constitui um fator crítico de sucesso para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, que depende da redefinição do modelo de integração, preferencialmente de forma complementar através de convenções, protocolos ou parcerias. Como mencionado no estudo, carece da implementação de critérios de avaliação da qualidade, da eficiência, acessibilidade e resultados, assim como da redefinição de modelos de financiamento com responsabilidade partilhada.

2. Revisão da literatura

2.1. Sistemas de Saúde

Um sistema de saúde (SS) está “constituído pelo conjunto de elementos que determina o estado de saúde de uma população” (Pineault, 2016), podendo ser visto como um conjunto de recursos que o Estado, a sociedade, a comunidade ou simples grupos da população reúnem para o fornecimento de cuidados na doença e para a promoção da saúde (Baganha *et al.*, 2002).

Considerando que os cuidados de saúde, em analogia com o conceito de bem económico, possuem uma procura ilimitada, mas uma oferta limitada, poder-se-á definir um Sistema de Saúde como todas as atividades de gestão da oferta e da procura, dos recursos, da organização, do financiamento, assim como também a legislação e políticas de serviços de saúde para a produção de cuidados de saúde (Musgrove *et al.*, 2000; Özer e Yildirim, 2019).

As definições anteriores podem ser consideradas conceitos simplificados já que os sistemas de saúde são sistemas adaptativos, abertos e complexos, com interdependência dinâmica entre atores políticos, económicos, sociais e com o ambiente no qual se desenvolvem (Fischer, 2014; Popescu *et al.*, 2018).

Estes Sistemas são classificados de acordo com uma série de dimensões que frequentemente incluem o financiamento, o agente responsável pela prestação de serviços, o agente responsável pela regulação da prática clínica (do Nascimento, 2015). Para o desenvolvimento da presente dissertação, foi utilizado o modelo proposto por Wendt *et al.* (2009) que combina as dimensões referidas, descrevendo três sistemas que se diferenciam entre si pelo agente que detém o controlo das dimensões (Estado, agentes não governamentais ou atores sociais, e agentes privados), baseado neste modelo os sistemas de saúde podem ser classificados em:

1. Sistemas de cuidados de saúde estatal, cujo financiamento, provisão do serviço e regulação são controlados pelo Estado;
2. Sistemas de cuidados de saúde sociais, nos quais as dimensões referidas são controladas por atores sociais;
3. Sistemas de cuidados de saúde privados assegurados por atores privados regidos pelo mercado.

Os sistemas de saúde europeus podem ser genericamente enquadrados dentro das duas primeiras categorias, e em dois modelos (do Nascimento, 2015; Hassenteufel e Palier, 2007), um modelo clássico “Bismarkiano” baseado em seguros de saúde cujo financiamento é obtido através de uma combinação de contribuições dos trabalhadores, empregadores e do Estado,

neste modelo os cidadãos usufruem dos cuidados de saúde através de organizações privadas. O Estado desempenha o papel de gestor e garante a harmonização do sistema, são exemplos deste modelo os sistemas de saúde de países como Bélgica, França, Alemanha, Suíça, Áustria e Luxemburgo; um modelo keynesiano ou “Beveriano” cujo financiamento é obtido através do Orçamento Geral do Estado, ou seja, por meio dos impostos pagos por todos os cidadãos, baseia-se no acesso universal aos cuidados de saúde, podemos encontrar este modelo em países como a Finlândia, o Reino Unido e Portugal. Na primeira categoria, sistema clássico, predomina a dimensão individual baseada em seguros (balanço risco/prémio) com uma combinação de atores privados, em contrapartida, embora não de forma antagónica, na segunda categoria, o modelo Beveridge, predomina a dimensão coletiva o que implica a afetação dos impostos com uma combinação de atores públicos (Liaropoulos e Goranitis, 2015).

Apesar que os Sistemas de Saúde se diferenciam entre si no modelo de organização, políticas e modelo de financiamento, partilham valores como a universalidade de acesso, a qualidade na prestação de cuidados de saúde, a equidade e a solidariedade. (Popescu *et al.*, 2018)

De acordo com Özer & Yildirim (2019) um Sistema de Saúde tem três objetivos principais: melhorar a saúde de uma população, dar resposta as expectativas da população e, fornecer proteção financeira frente aos custos da doença. Além destes objetivos, os Sistemas de Saúde devem ser sustentáveis e inovadores (Murray e Frenk, 2000), a preocupação e debate sobre a sustentabilidade económica e financeira surge da mão das recentes crises económicas em especial a condicionada pela pandemia COVID-19, mas também face ao incremento do custo da prestação de cuidados de saúde provocado pelos fenómenos de transição demográfica, transição epidemiológica e da inovação terapêutica e científica.

Como supramencionado, os desafios para a sustentabilidade financeira dos SS podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- a. A inovação tecnológica e terapêutica;
- b. A transição demográfica;
- c. A transição epidemiológica relacionada ao incremento da necessidade de cuidados de saúde e a uma maior demanda de proteção social;
- d. A escassez de recursos humanos e a desigualdade na sua distribuição geográfica;
- e. Necessidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde e reforçar a prevenção da doença e a promoção da saúde.

2.1.1. Sistema de Saúde Português

O Sistema de Saúde Português tem evoluído ao longo da história contemporânea, apesar da descrição pormenorizada do seu desenvolvimento estar fora do âmbito desta dissertação, pode ser referido de forma sumária que até o 25 de abril de 1974, este sistema estava constituído por várias entidades sobrepostas dentro das quais as misericórdias ocupavam um lugar de relevo por serem responsáveis pela gestão de uma proporção importante das instituições hospitalares. Adicionalmente existiam os serviços médico-sociais da Federação de Caixa de Previdência, os serviços de saúde pública direcionados para a proteção da saúde, os hospitais estatais, e finalmente, os serviços privados.

A orientação ideológica até a década de 1970 foi objeto de grande debate o que deu lugar a várias reformas dos serviços de saúde, mas ao longo do Estado Novo, mais especificamente no período compreendido entre 1933 e 1968, enquanto alguns países de Europa abordavam a saúde das populações como um dever do Estado, o governo português baseava a sua intervenção na promoção e fiscalização da prestação de cuidados de saúde por entidades privadas, com um papel supletivo da atividade privada (da Silva Almeida, 2018).

A partir da década dos anos 70, ocorreram reformas políticas que permitiram alargar o acesso aos cuidados de saúde e o direito à saúde para todos os cidadãos (Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro), foi criado o Ministério da Saúde e de Assistência (Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de Setembro), e em 1974 o Serviço Nacional de Saúde (Simões & Fronteira, 2021). Desde o ano de 1976, o direito a proteção da saúde foi reconhecido como direito fundamental na Constituição da República Portuguesa no seu artigo nº. 64, e como exposto no acórdão do Tribunal Constitucional nº 39/84 de 11 de Abril: “um direito social propriamente dito, um direito positivo, ou seja, um direito às adequadas atividades e prestações do Estado” (Campos Fernandes, 2022), este direito é realizado através do Serviço Nacional de Saúde.

No momento presente, o Serviço Nacional de Saúde encontra-se regulado por dois diplomas, a lei de bases da Saúde, atualizada no ano de 2019 (Lei Nº 95/2019 | DRE, 2019) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, atualizado em julho de 2022, que instituíram o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados (DRE, 2022).

O SS português está integrado por três setores: o Estado que assume o papel de regulador do sistema, acionista, prestador de serviço e financiador do Serviço Nacional de Saúde (SNS) seguindo o modelo Beveridge; o setor social com uma importante participação na continuidade

dos cuidados de saúde e o setor privado; a harmonização destes atores resulta em um sistema de saúde misto com diferentes fontes de financiamento como se demonstra na figura nº 2.1.1-1 (Simões e Fronteira, 2021).

1. Um modelo keynesiano ou “Beveridge” no SNS financiado através do Orçamento do Estado;
2. Um modelo baseado no seguro social financiado por fundos de seguro de matriz profissional;
3. Um modelo baseado no seguro voluntário financiado individualmente;
4. Um modelo baseado em pagamento direto.



Figura 2.1.1-1 Fontes de financiamento do Sistema de Saúde em Portugal

Fonte: O autor

O modelo do SNS está inspirado no Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*) do Reino Unido em que o Estado assegura a cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita, mas é permitido o exercício livre da medicina de forma complementar ou supletiva (Campos Fernandes, 2022).

De acordo com o novo estatuto promulgado no Decreto-lei n.º 52/2022, O SNS é definido como “o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que presta cuidados de saúde nas vertentes de promoção, prevenção tratamento, reabilitação e cuidados paliativos”.

A organização estrutural do SNS compreende o Ministério da Saúde a quem compete a definição da política nacional de saúde, a direção executiva do SNS (DE-SNS), tem como atribuições coordenar a resposta assistencial das unidades do SNS, da rede nacional de cuidados continuados integrado (RNCCI) incluindo a área da saúde mental, da rede nacional

de cuidados paliativos (RNCP), assegurar o funcionamento em rede do SNS, emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS, ainda define os órgãos de gestão das unidades de saúde (Decreto-Lei nº61/2022 | DRE, 2022). O SNS está dividido em regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e pelos Serviço Regional de Saúde das regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

Do ponto de vista administrativo os hospitais, centros hospitalares, Institutos portugueses de oncologia e as Unidades Locais de Saúde (ULS) integram o setor público empresarial do Estado, ou seja, pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial (entidade pública empresarial ou E.P.E.) integradas na administração indireta do Estado, designados por estabelecimentos E.P.E., existem também hospitais e centros hospitalares integrados no setor público administrativo (S.P.A.) denominados estabelecimentos de saúde S.P.A. (DRE, 2022)

Como se exemplifica na figura nº. 2.1.1-1, o Serviço Nacional de Saúde, no atual modelo keynesiano ou Beveriano, é financiado via Orçamento do Estado, condicionado à evolução dos indicadores macroeconómicos de modo que o valor total das despesas de saúde depende do crescimento do produto interno bruto (PIB) e da percentagem da despesa em saúde do PIB, esta última influenciada por opções políticas e estratégicas, demonstrando ser particularmente vulnerável às dinâmicas dos processos de alocação de despesa orçamental, constatando-se assim que “as políticas públicas, no âmbito da proteção social e na saúde estão cada vez mais dependentes do crescimento económico e do precário equilíbrio orçamental” (Campos Fernandes, 2022; Greer, 2017).

A evolução da despesa do SNS tem vindo a aumentar desde o ano de 1980, a qual no ano de 2020, de acordo com PORDATA, correspondeu a 11679,8 milhões de euros, dos quais 40 % foram atribuídos à despesa com o pessoal ao serviço (figura nº 2.1.1-2), mas a despesa de saúde per capita e a despesa de saúde como percentagem do PIB mantiveram-se abaixo da média da União Europeia, contudo é necessário referir que no ano 2020, o financiamento do SNS teve um incremento em 6 % através do Plano de Melhoria da Resposta do SNS.

Analisando a distribuição da despesa em relação com o tipo de cuidados salienta-se que a despesa relacionada aos cuidados ambulatoriais correspondeu a 46 %, valor situado acima da média da EU, em contrapartida as despesas com internamentos hospitalares e com produtos farmacêuticos foram consideravelmente inferiores à média da EU, possivelmente este fenómeno é um reflexo da política de austeridade para combater a crise económica da década 2006 – 2016 (OECD, 2021).

As despesas não reembolsadas (out-of-pocket) aumentaram em mais de cinco pontos percentuais desde 2010, atingindo em 2020 o valor de 30,5 % em comparação com o valor da média europeia de 15,4 %. A elevada proporção da despesa corrente em cuidado de saúde das famílias¹ não é um fenómeno recente e tem vindo a agravar progressivamente passando de 25,71% em 2020, para 28,59 % em 2021.

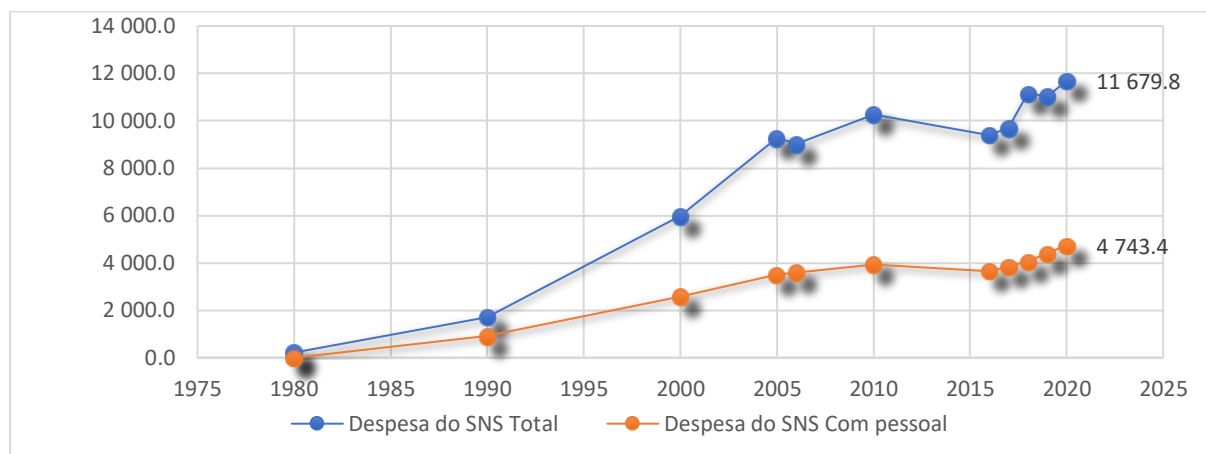


Figura 2.1.1-2 Despesa total e despesa com pessoal ao serviço do SNS. Portugal, 1980 – 2020. (milhões de euros)

Fonte: ACSS/MS; PORDATA. Última atualização 10/01/2022

Foi mencionado previamente que existem vários desafios para a sustentabilidade financeira do SS Português, a começar pela transição demográfica caracterizada pelo incremento da esperança de vida à nascença² para 80,72 anos (77,67 anos para os homens e 83,37 anos para as mulheres), aumento da percentagem da população com uma esperança de vida aos 65 anos³ de 19,35 anos, um índice de envelhecimento de 165,1 %, diminuição da taxa de natalidade para 8,2 % (INE, 2022; PORDATA, 2022), o que traduz um agravamento do duplo envelhecimento; seguem-se as desigualdades da distribuição geográfica da população caracterizada pela tendência para a concentração nas áreas do litoral em grandes centros urbanos, fenómeno que caracteriza também a distribuição dos centros de prestação de cuidados de saúde e dos profissionais de saúde; outro desafio é a transição epidemiológica, ou seja, o

¹ Famílias, de acordo com a definição de PORDATA, “agrupa os indivíduos ou grupo de indivíduos, na sua função de consumidores e de empresários, que produzem bens mercantis e serviços financeiros e não financeiros, desde que a produção não seja feita por entidades distintas consideradas quase sociedades.”

² Esperança de vida à nascença: número de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

³ Esperança de vida aos 65 anos: número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade de 65 anos pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

incremento na prevalência das doenças crónico-degenerativas e oncológicas que deriva no aumento do consumo e no custo dos cuidados de saúde; finalmente, o custo relacionado com a investigação e o desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e de terapêutica.

Existem disparidades no acesso e equidade no SNS caracterizadas pela diferença na complexidade da prestação de serviços nos grandes centros urbanos face os restantes centros, uma proporção considerável de despesas “out-of-pocket” condicionadas pela necessidade de acesso a serviços não cobertos ou parcialmente cobertos pelo SNS (Ferreira e Marques, 2021). Constata-se o incumprimento do princípio de universalidade de acesso aos serviços de saúde manifestado no SNS através do incumprimento dos tempos máximos de resposta definidos legalmente para cirurgias e para consultas, o que tem como consequência o incremento da procura e contratação de uma cobertura adicional por parte dos cidadãos, esta dupla cobertura abrange cerca de 50 % da população e foi acelerada pela pandemia COVID-19 (Campos Fernandes, 2022).

As limitações no acesso e na cobertura do SNS não são um fenómeno recente e tem condicionado o aumento da procura do setor privado demonstrado no crescente número de hospitais privados (figura nº 2.1.1-3), pelo incremento no número de consultas médicas nesse setor passando de 2,59 milhões para 6,60 milhões na década de 2006 – 2016, e no ano de 2020 para 6,95 milhões o que representou 37,8 % do total de consultas medicas (figura nº 2.1.1-4), o mesmo fenómeno pode ser observado no número de equipamentos de hemodiálise (figura nº 2.1.1-5), no número de camas disponíveis (figura nº 2.1.1-6), e no número de atos complementares que apresentou um aumento de 5,2 milhões para 13,7 milhões de atos.

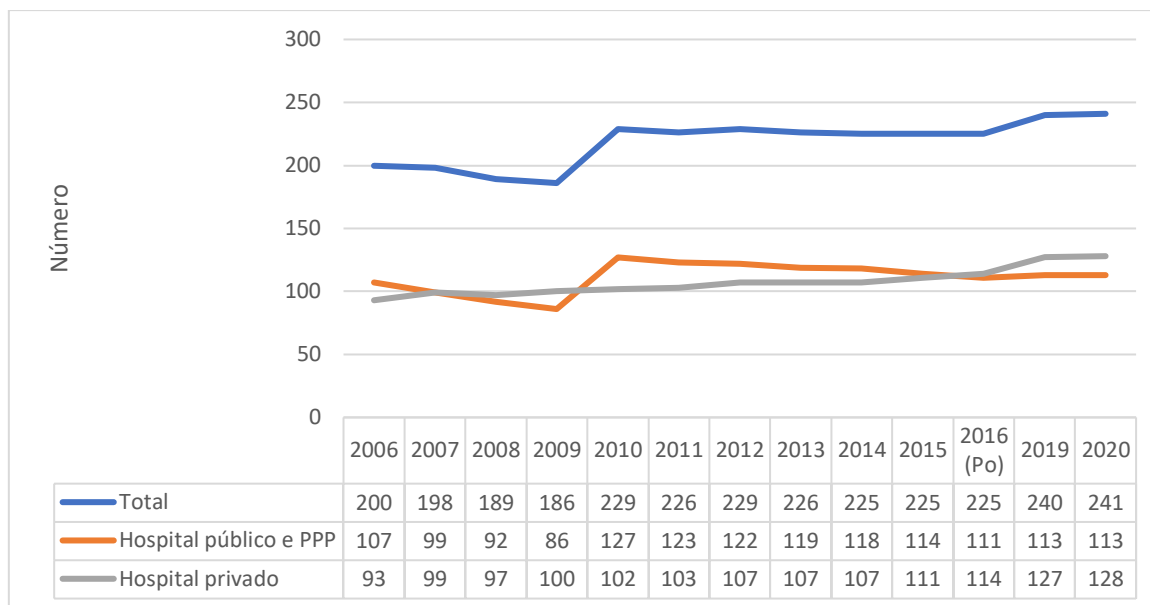


Figura 2.1.1-3 Hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006 - 2020. (Número)

Fonte: INE.

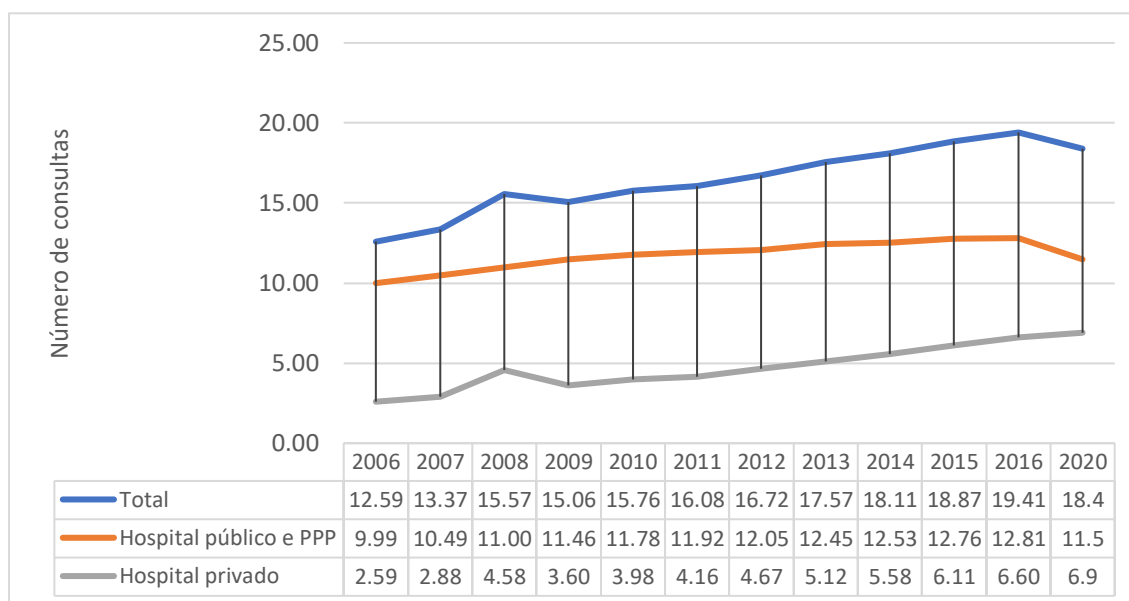


Figura 2.1.1-4 Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006 - 2020. (em milhões)

Fonte: INE.

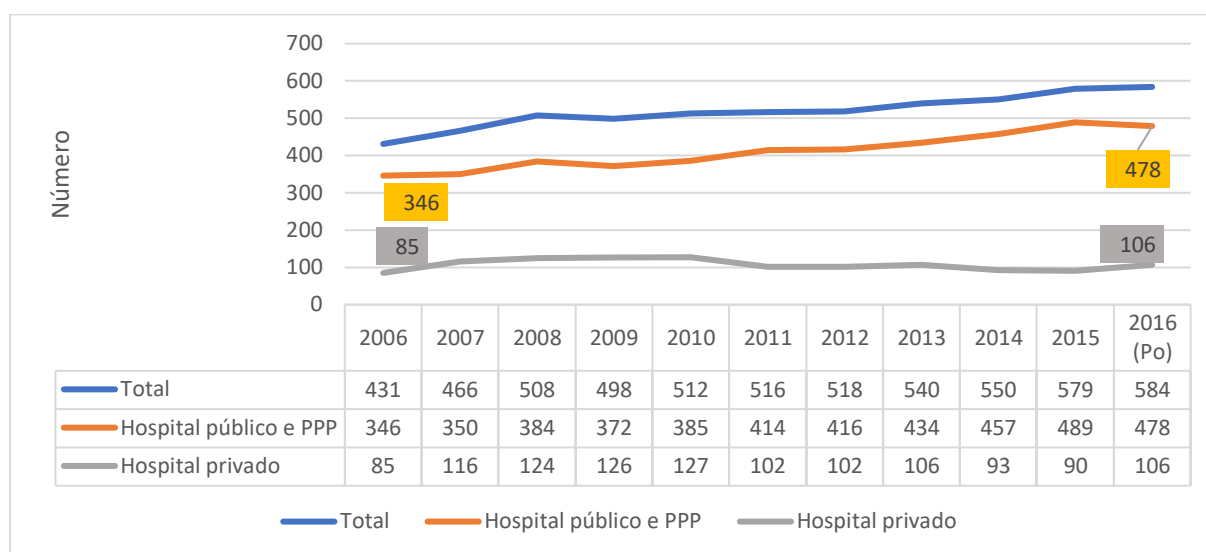


Figura 2.1.1-5 Equipamentos de hemodiálise dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006 – 2016 (número)

Fonte: INE.

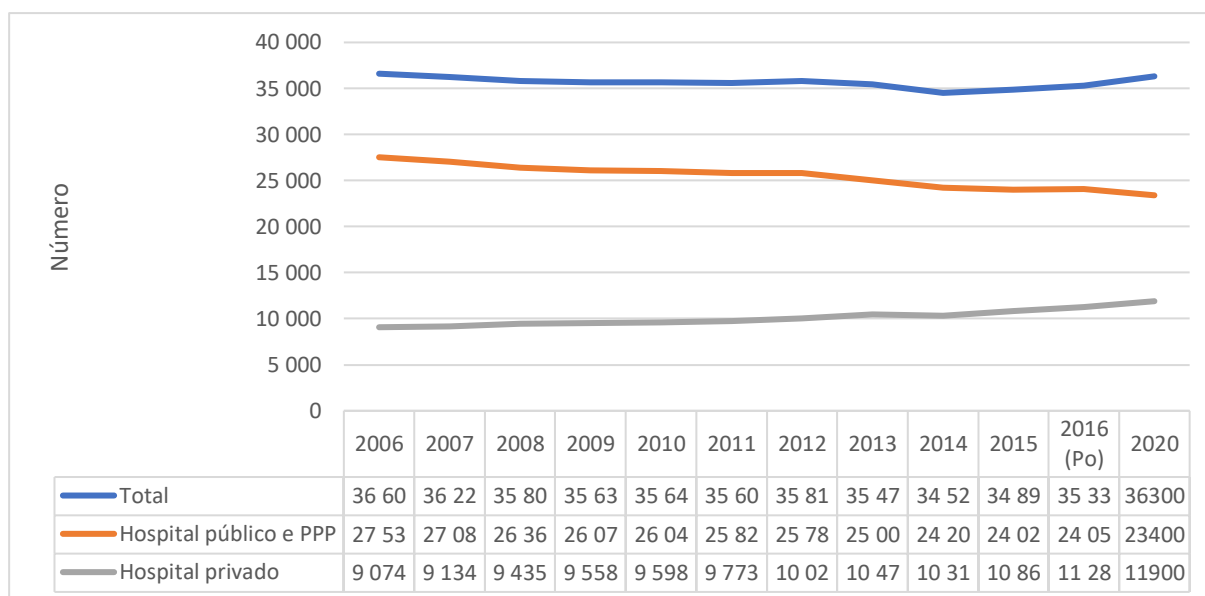


Figura 2.1.1-6 Camas de internamento dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2006 – 2020 (número)

Fonte: INE.

Outro problema é a falta de articulação e de integração entre os cuidados primários de saúde e os cuidados secundários, que persiste apesar da estratégia de integração vertical instituída.

Deve ser ainda mencionado o impacto das medidas de austeridade durante o crise económica dos anos 2009 – 2015, que resultaram no aumento da limitação ao acesso aos serviços de saúde através do pagamento de taxas moderadoras, a diminuição do número de consultas nos cuidados de saúde primários, a interrupção da implementação do projeto de Unidades de Saúde Familiar, o atraso na implementação do programa de hospitalização domiciliária, a redução do financiamento para os hospitais em 10%, o agravamento da prestação de serviços urgentes, limitações para o acesso a novos fármacos, o congelamento da progressão e das carreiras profissionais (Nunes e Ferreira, 2019).

Considerando o exposto nos parágrafos anteriores deve ser analisado o modelo atual do SS e a forma de integração dos diferentes atores.

2.1.2. Sustentabilidade

A sustentabilidade não é um tema recente, a sua origem remonta para a idade média e começa a tomar forma na literatura do início do século XIX no âmbito da exploração de recursos renováveis como a floresta, a silvicultura e a pesca; neste contexto foi definido como sustentável as práticas de exploração e utilização capazes de garantir a mesma quantidade e qualidade de recursos para as gerações futuras que as utilizadas na geração atual. (Özer e Yildirim, 2019; Tiras, 2000)

A partir dos anos 1970, a sustentabilidade começou a ser debatida na política internacional, assinalam-se assim a conferência das Nações Unidas em Estocolmo (1972), o Reporte de Brundtland (1987), a Conferência de Rio de Janeiro (1992), e a Declaração de Lusaka (1999), todas elas abordaram a sustentabilidade numa ótica ambiental/ecológica, exemplificado no reporte de Brundtland que definiu o desenvolvimento sustentável como aquele que é capaz de satisfazer as necessidades atuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras para satisfazer as suas próprias necessidades. Foi ainda necessário alargar esta definição para incluir as dimensões económica e social (Flessa e Meissner, 2019) mantendo os princípios de justiça inter e intra gerações, e do equilíbrio entre o desenvolvimento e o crescimento, surgiu deste modo o conceito de tripé da sustentabilidade (“Triple Bottom Line”) com os pilares social, ambiental e económico (Rodriguez *et al.*, 2018).

Passando para a área da saúde, de acordo com Flessa e Meissner (2019), a sustentabilidade é a capacidade de um sistema de saúde, definido de acordo com a sua estrutura e função, para fornecer serviços no presente sem sacrificar a prestação de serviços no futuro, a esta definição

deve ser acrescentada a capacidade de adaptação à envolvente externa ou ambiente. Partindo deste conceito identificam-se sistemas estáticos e sistemas dinâmicos, com base nos quais podem ser definidas as seguintes categorias de sustentabilidade:

- Sustentabilidade estática, refere-se à capacidade do sistema para sobreviver sempre que o ambiente ou envolvente externa permaneça constante;
- Sustentabilidade dinâmica, aplicada a sistemas que possuem a capacidade de reagir perante alterações da envolvente externa e sobreviver. Assume que o ambiente económico, social, demográfico, tecnológico e legal está sujeito a alterações, ou seja, não é constante ou estático;
- Sustentabilidade funcional, refere-se à capacidade de manter a produção de um bem ou serviço;
- Sustentabilidade estrutural, capacidade do sistema para manter sua estrutura (elementos e relações).

Abordando a sustentabilidade fiscal esta pode ser definida, em sensu lato, como a capacidade de um Estado de pagar a sua dívida a qualquer ponto no tempo, ou seja, solvência económica; num sentido mais amplo deve ter em consideração o risco e a liquidez, e ainda deve ser encarada como a capacidade de manter um programa político sem condicionar incrementos da dívida expressa em percentagem do PIB (Caretta, *et al.*, 2019; Patarau, *et al.*, 2019).

A sustentabilidade do SS, atendendo a escassez de recursos e ao incremento da percentagem de despesa na saúde em relação com o PIB é uma prioridade na agenda política. A sustentabilidade financeira deve procurar garantir o equilíbrio dinâmico dos valores nos quais o sistema de saúde se baseia, que no caso em particular de Portugal são a universalidade, a equidade e a tendencial gratuitidade.

A sustentabilidade financeira enfrenta os desafios referidos nos parágrafos anteriores, a começar pela transição demográfica com o aumento da esperança de vida da população não acompanhado da necessária adaptação do modelo de financiamento. Para compreender este fenómeno devemos começar por assinalar que na primeira metade do século XIX, a esperança de vida era de 65 – 70 anos, a idade da reforma situava-se entre os 60 – 65 anos, permitindo que o dinheiro coletado durante a idade ativa fosse suficiente para cobrir as despesas em saúde. O incremento do investimento em saúde, da qualidade dos serviços e a evolução tecnológica permitiu que no final do século XIX e no início do século XX a esperança de vida supera-se os 80 anos, com o conseqüente incremento da percentagem da população com 65 e mais anos com

uma esperança de vida de 19,7 anos, o que representa um incremento da despesa pela via do aumento dos anos de vida após a idade da reforma que se mantém a volta dos 65 anos, contudo deve ser referido que a maior percentagem da despesa em saúde com um indivíduo ocorre nos dois últimos anos de vida independentemente da idade na qual ocorre a morte (Liaropoulos e Goranitis, 2015).

A desigualdade na distribuição da riqueza entre os países desencadeada pela globalização, os ciclos de recessão e incerteza económica, como a crise de 2008 e a pandemia COVID-19, com o consequente aumento da taxa de desemprego, o aumento da inflação, acompanhado do aumento da procura do serviço público de saúde e diminuição da capacidade de acesso aos serviços privados de saúde, são fatores que aumentam a pressão sobre o Orçamento do Estado e como consequência condiciona o financiamento do Sistema de Saúde, colocando em risco a capacidade do SNS para cumprir com a proteção da saúde enquanto direito fundamental.

2.1.3. A saúde como um bem económico

Ao aplicar a teoria económica à saúde podemos observar que os recursos para gerar cuidados de saúde (recursos humanos, financeiros e consumíveis) são limitados, e que a procura pelo consumo de cuidados de saúde é potencialmente ilimitada, depreende-se que teoricamente nenhum país do mundo tem a capacidade financeira para satisfazer integralmente a demanda de cuidados de saúde dos cidadãos.

Os cuidados de saúde não têm a capacidade de oferta ilimitada, e o incremento na sua produção e consumo tem um custo de oportunidade ao comprometer recursos para produzir um bem ou serviço que como consequência deriva na perda de benefícios por esses mesmos recursos não serem utilizados na melhor alternativa próxima, ou seja, é um conceito teórico que mensura o custo de aquilo que se deixa de fazer quando é feita uma escolha, reflete o conflito de escolha de um agente económico em contexto de escassez. (Morris *et al.*, 2012).

Considerando o descrito nos parágrafos anteriores, a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde contem muitas facetas, embora pode ser definida simplesmente como a capacidade de pagar por cuidados de saúde, ou ainda a capacidade de gerar os recursos necessários para dar resposta as necessidades e expectativas de saúde de uma população e melhorar o estado de saúde da mesma que encerra um custo de oportunidade pelo que deve ser avaliado se os benefícios obtidos pela afetação de recursos na prestação de cuidados de saúde se sobrepõem ao custo de oportunidade do investimento em outras áreas geradoras de bem-estar social.

2.1.4. Saúde e sustentabilidade

A saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável da humanidade, constitui não só um direito fundamental, como também um fator determinante da evolução económica e social demonstrando uma relação na qual a saúde é um determinante do desenvolvimento e o desenvolvimento económico, pela sua vez, leva a melhoria da condição de saúde de uma população (Popescu *et al.*, 2018).

Um sistema de saúde sustentável deve ser capaz de adaptar-se às constantes alterações da envolvente externa (económica, social e demográfica) utilizando eficientemente os recursos disponíveis de forma a manter ou melhorar a saúde tanto a nível individual como ao nível da população, tendo em consideração, como já foi mencionado, que os SS são diversos e se diferenciam entre si na sua organização, política e meios de financiamento, mas partilham características comuns: universalidade, acessibilidade, equidade, qualidade e solidariedade (Popescu *et al.*, 2018).

A sustentabilidade financeira não deve ser encarada exclusivamente como uma condição resultante do equilíbrio entre a despesa e a receita, de acordo com Thomson (2009), deve ser abordada através das seguintes perspetivas:

Em primeiro lugar, na perspetiva dos fatores que afetam a demanda e o fornecimento de serviços de saúde: transição demográfica, transição epidemiológica, e custo da evolução tecnológica.

Em segundo lugar, pode ser abordado através da análise da dificuldade, incapacidade ou da opção política para gerar os recursos necessários de forma a responder as necessidades de cuidados de saúde, evidenciado nas recentes crises económicas.

Finalmente, o impacto da despesa em saúde no PIB em comparação com outras áreas de interesse social e económico, ou seja, o custo de oportunidade, este último mais diretamente relacionado com a sustentabilidade económica.

Para complementar a análise da sustentabilidade financeira, deve ser tido em consideração que o aumento do custo dos serviços de saúde é um fenómeno transversal a todos os países da União Europeia, os fatores desencadeantes podem ser agrupados nas seguintes categorias:

Inovação tecnológica: responsável por 50 – 75 % do custo dos serviços de saúde, é um fator de análise complexa atendendo a que o desenvolvimento tecnológico resulta em ganhos de eficiência no diagnóstico e terapêutica o que se traduz de forma direta e indireta na diminuição de custos, mas condicionado uma alteração no padrão de consumo com o

incremento na utilização dos serviços de saúde motivado pelo aumento na diversidade e custos das alternativas de diagnóstico e terapêutica; ao nível das instituições prestadoras de serviços de saúde, está refletida no custo da substituição de equipamentos obsoletos e/ou a expansão de equipamentos e tecnologias existentes.

Transição demográfica, caracterizada pela diminuição da taxa de natalidade, o aumento da esperança de vida, e o incremento da proporção de indivíduos com idade superior a 65 anos (efeito de duplo envelhecimento), o que deriva no incremento da despesa pela via do aumento da esperança de vida após a idade da reforma, aumento da necessidade de cuidados de saúde associados ao envelhecimento e a história natural das doenças crónico degenerativas e oncológicas.

Transição epidemiológica, evidenciada pelo aumento da prevalência das patologias crónico-degenerativas e oncológicas, mas também a diminuição na proporção de anos de vida com qualidade após os 65 anos de idade, o que no caso em particular de Portugal está associado ao um SS focado na doença e nos cuidados hospitalares de agudos.

A sustentabilidade financeira deve ser abordada como um “constrangimento” e não como um objetivo político do financiamento do SS, e para isto poderá ser necessário responder às seguintes questões:

1. Quanto devemos gastar na prestação de cuidados de saúde? A tomada de decisão em relação ao valor da despesa em saúde é complexa, para ajudar a responder esta pergunta devem ser considerados os fatores condicionantes da despesa explanados nos parágrafos anteriores, adicionalmente deve ser mencionado que reflete a opção política da afetação de recursos para este setor em relação com outros setores da economia, e depende da sustentabilidade económica atendendo ao impacto de algumas variáveis macroeconómicas na saúde.
2. Qual o nível de cobertura que devemos ou podemos fornecer? O nível de cobertura está influenciado pela opção política, em especial nas situações em que o objetivo é a sustentabilidade financeira. Este foco no equilíbrio fiscal pode ter como consequência o corte na despesa ou a escolha de opções terapêuticas menos eficientes embora mais económicas.
3. Como incrementamos a criação de valor a partir do investimento em cuidados de saúde? Ainda que fora do âmbito desta dissertação, abordar e compreender a criação de valor no sistema abrange não só o modelo de financiamento, o custo de oportunidade dos recursos utilizados, mas também a implementação de estratégias para melhorar a eficiência dos cuidados de saúde, com o efeito a médio e longo prazo no bem-estar

social e na saúde da população o que se traduz no incremento da esperança de vida, na qualidade de vida, no aumento da produtividade, do desenvolvimento tecnológico em saúde o que pode ser um fator facilitador do investimento e do crescimento económico.

2.1.5. Contributo do setor privado na sustentabilidade do Sistema de Saúde

Na área da saúde o setor privado está constituído por todos os prestadores de serviços de saúde não públicos, com ou sem fins lucrativos, formais ou informais, nacionais ou internacionais. A participação do setor privado no sistema de saúde inclui o fornecimento de serviços relacionados com a saúde, medicamentos e produtos médicos, financiamento, treino, tecnologia de informação, infraestrutura e suporte para a prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o referido por Clarke (2019), a participação do setor privado na prestação de serviços de saúde está teoricamente favorecida pela sua capacidade de resposta perante os desafios colocados na presença de limitações de financiamento, instabilidade económica, incremento do custo condicionado pela transição demográfica, transição epidemiológica e pela inovação tecnológica.

A presença do setor privado na prestação de serviços de saúde permite ao Estado obter benefícios derivados da capacidade de investimento financeiro para a atualização ou construção de novas infraestruturas de saúde, da experiência em administração, em gestão de recursos humanos e implementação de ferramentas tecnológicas que influenciam a melhoria da qualidade e eficiência na prestação de serviços de saúde.

Em Portugal, a prestação privada de serviços de saúde tem aumentado progressivamente o que pode ser demonstrado pelo incremento da contratação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, no incremento de unidades hospitalares e de camas de internamento, a participação no sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC) na redução da lista de espera para cirurgia, adicionalmente incremento da cobertura através do cheque dentista. Deve ser considerado que a cooperação entre os setores público e privado tem demonstrado ser necessária para ajudar ao Estado no cumprimento das suas obrigações constitucionais, embora o reforço no crescimento do setor privado também tem vindo a ser favorecida pela insuficiência no desempenho do setor público (Fernandes e Nunes, 2016).

Existem vários modelos de integração do setor privado que tendem a reduzir a participação do Estado no fornecimento de serviços de saúde, neste binómio público-privado podem ocorrer relações de natureza complementar, mediante o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde em prestadores privados através de acordos ou de convenções; relações de substituição, na qual o

cidadão utiliza o serviço privado com o objetivo de satisfazer necessidades de saúde incorrendo numa despesa “out-of-pocket”, e finalmente relações de tipo concorrencial. A relação de complementaridade e de substituições entre o setor público e o setor privado coexistem sendo um incentivo para o crescimento do setor privado, mas também tem permitido a introdução de elementos como a competitividade, a eficiência na gestão e desta forma tem colaborado para prevenir o colapso do SS (Fernandes e Nunes, 2016; Popescu *et al.*, 2018).

Um dos modelos de colaboração do setor privado é a parceria público-privada (PPP), definido como convênios de longa duração assinados entre o governo ou uma entidade pública governamental, em representação do Estado, e um parceiro do setor privado (empresa comercial, consórcio, organização não governamental, grupo religioso) que assume a responsabilidade da administração de parte ou da totalidade de uma infraestrutura ou prestação de serviço (Ferreira e Marques, 2021). Este modelo oferece vantagens tanto para o Estado como para o parceiro privado. No caso do setor privado, ainda que o retorno do investimento seja reduzido, oferece a oportunidade de incrementar a quota de mercado (“market share”), diversificar o portfólio de investimento e ter acesso a economia de escala (UCSF, 2018). Mas não está isenta de riscos já que na ausência de uma legislação adequada ou de uma regulação que privilegie uma cobertura universal de saúde, pode resultar em que organizações com fines lucrativos condicionem ou desenvolvam um comportamento predatório e de monopólio (Clarke *et al.*, 2019).

De acordo com Abuzaineh (2018), existem três modelos de PPP na saúde:

1. Modelo I, também conhecido como baseado na infraestrutura, neste modelo o parceiro privado é responsável pelo financiamento, construção e manutenção da infraestrutura do Hospital, ou pela reabilitação ou ampliação de uma estrutura existentes
2. Modelo II ou baseado na prestação de serviços clínicos, neste modelo o parceiro privado é responsável ela financiamentos, manutenção da operação para a prestação dos serviços de saúde contratados.
3. Modelo III ou modelo de PPP integrado, é o modelo de maior complexidade no qual o parceiro privado é responsável pela prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares.

O desempenho dos sistemas e organizações de saúde está relacionado com os modelos de gestão, tipo de gestores, modelo de liderança (Lega *et al.*, 2013). Os modelos de parceria público privada tem sido objeto de controvérsias, ainda que alguns estudos mostraram que a combinação público-privada são modelos de gestão eficientes, que em determinados contextos, como a abordagem de doenças crónicas, demonstraram uma maior eficiência em comparação

aos modelos de gestão tradicional dos serviços de saúde. Esta vantagem na eficiência pode ser explicada pela menor burocracia, uma combinação mais eficiente dos recursos necessários para a prestação de cuidados de saúde (Franco *et al.*, 2020).

Com base na revisão da literatura foram identificadas oito dimensões apresentadas na tabela nº. 2-1: Sistema de Saúde, Classificação dos sistemas de saúde, sistemas de saúde europeus, financiamento dos sistemas de saúde e sustentabilidade, sistemas de saúde português, sustentabilidade, saúde e sustentabilidade, e setor privado na prestação de cuidados de saúde. Esta tabela sistematiza os conceitos das dimensões referidas de acordo com as referências utilizadas para a elaboração desta dissertação após uma revisão da literatura, sobre os princípios de uma revisão sistemática, serviu de suporte teórico para a implementação de uma análise indutiva utilizando as informações obtidas de entrevistas semiestruturadas a uma amostra por conveniência de peritos, da governança clínica, da administração hospitalar (do setor público e do setor privado) e do Estado (Administração Regional de Saúde), donde as observações e conclusões foram apresentadas de forma lógica e estruturada utilizando a metodologia de Gioia por forma a investigar o papel do setor privado de prestação de serviços de saúde na sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde, e explorar modelos de integração do setor privado ao setor público de prestação de cuidados de saúde que permitam contribuir para a sustentabilidade financeira.

Tabela 2-1 Dimensões de análise: revisão da literatura.

Dimensão	Autor/ano	Temas
Sistema de Saúde	(Pineault, 2016)	Sistema de saúde como o conjunto de elementos que determina o estado de saúde de uma população
	(Baganha <i>et al.</i> , 2002)	Conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde
	(Musgrove <i>et al.</i> , 2000)	Todas as instituições e recursos que participam na produção de serviços de saúde
	(Özer e Yildirim, 2019)	Todas as atividades relacionadas com a procura, a oferta e a gestão dos recursos, organização, financiamento, regulação e políticas de serviços de saúde. Os objetivos dos sistemas de saúde são: melhorar a saúde da população, dar resposta as expectativas da população e fornecer proteção financeira frente aos custos da doença
	(Fischer, 2014)	Todas as atividades que tem como propósito a promoção, recuperação e manutenção da saúde
	(Popescu <i>et al.</i> , 2018)	O objetivo dos Sistemas de saúde da EU é proporcionar serviços/cuidados de saúde com qualidade de forma universal, procurando garantir que esta tarefa não de origem ao empobrecimento ou condicione restrições fiscais significativas
Classificação dos Sistemas de Saúde	(do Nascimento, 2015)	Os sistemas de saúde são classificados de acordo com as dimensões do financiamento, o agente responsável pela prestação de serviços, agente responsável pela regulação da prática clínica
	(Wendt <i>et al.</i> , 2009)	Os sistemas de saúde podem ser classificados de acordo com a relação das seguintes dimensões: Financiamento, prestação de serviços e regulamentação.
Sistemas de saúde europeus	(do Nascimento, 2015)	Utiliza a classificação de Wendt (2009), para classificar os sistemas de saúde em: sistemas de cuidados de saúde públicos, sistemas de cuidados de saúde sociais e sistemas de cuidados de saúde privados
	(Hassenteufel e Palier, 2007)	Os sistemas europeus de saúde podem ser divididos em dois grupos: um sistema nacional de saúde e um sistema de seguros de saúde. Compara os dois modelos nas dimensões de regras de acesso, tipologia de cuidados de saúde garantidos, financiamento e regulação.
Financiamento dos sistemas de saúde e sustentabilidade	(Liaropoulos e Goranitis, 2015)	A modalidade de afetação de recursos financeiros para o pagamento das despesas de saúde individual e coletiva, financiamento, varia de acordo com os modelos de sistema de saúde. A sustentabilidade financeira da prestação de cuidados de saúde está condicionada por desafios como a transição demográfica, a globalização e iniquidades económicas, a incerteza e a recessão. Perante a transição demográfica, o financiamento do sistema de saúde baseado unicamente em contribuições dos trabalhadores não permite oferecer uma cobertura universal

Sistema de saúde português	(Simões e Fronteira, 2021)	Evolução do sistema de saúde português, criação do Ministério da saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Sistema de saúde integrado pelo Estado (regulador, financiador, acionista e prestador de serviços), o setor social e o setor privado.
	(Campos Fernandes, 2022)	O modelo do SNS é misto, o Estado assegura a cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita, mas é permitido o exercício livre da medicina de forma complementar
	(Campos Fernandes, 2022; Greer, 2017)	O modelo do SNS é Beveriano, o financiamento deriva do orçamento do Estado, está condicionado ao desempenho económico
	(Ferreira e Marques, 2021)	A qualidade e o acesso no SNS estão condicionados pela disparidades na complexidade de prestação de serviços nos grandes centros urbanos, pela distribuição irregular de infraestruturas, recursos técnico e humanos concentrando-se nos grandes centros urbanos. Incumprimento do princípio de universalidade de acesso manifestado nas listas de espera cirúrgica e de consultas
Sustentabilidade	(Özer e Yildirim, 2019)	a sua origem remonta para a idade média e começa a tomar forma na literatura do início do século XIX no âmbito da exploração de recursos renováveis; foi definido como sustentável as práticas de utilização que pudessem garantir a mesma quantidade e qualidade de recursos para as gerações futuras que as utilizadas na geração atual
	(Flessa e Meissner, 2019)	a sustentabilidade é a capacidade de um sistema de saúde, definido de acordo com a sua estrutura e função, para fornecer serviços no presente sem sacrificar a prestação de serviços no futuro. Sustentabilidade estática; Sustentabilidade dinâmica; Sustentabilidade funcional; Sustentabilidade estrutural
	(Commission, Affairs, Caretta, <i>et al.</i> , 2019)	Sustentabilidade fiscal: capacidade de um Estado de pagar a sua dívida a qualquer ponto no tempo, ou seja, solvência económica; mas a sustentabilidade fiscal deve ter em consideração o risco e a liquidez, e ainda deve ser encarada como a capacidade de manter um programa político sem condicionar incrementos da dívida expressa em percentagem do PIB
Saúde e sustentabilidade	(Popescu <i>et al.</i> , 2018)	A saúde como fator essencial para o desenvolvimento sustentável da humanidade, um fator determinante da evolução económica e social.
	(Thomson <i>et al.</i> , 2009)	A sustentabilidade financeira do sistema de saúde, ainda que debatida na esfera política, esta discussão não está fundamentada em ideias e conceitos bem definidos, habitualmente o problema é formulado como a capacidade do Estado de financiar os cuidados de saúde; o ajuste do financiamento frequentemente é confundido com medidas de austeridade
Setor privado na prestação de cuidados de saúde	(Clarke <i>et al.</i> , 2019)	A participação do setor privado na prestação de serviços de saúde está teoricamente favorecida pela sua capacidade de resposta perante os desafios colocados na presença de limitações de financiamento, instabilidade económica, incremento do custo condicionado pela transição demográfica, transição epidemiológica e pela inovação tecnológica.
	(Fernandes e Nunes, 2016)	Modelos de relacionamento /integração do setor privado na prestação de cuidados de saúde: relação de complementaridade, relação de substituição; relação concorrencial.

	(Ferreira e Marques, 2021)	Um dos modelos de colaboração do setor privado é a parceria público-privada,
	(Abuzaineh <i>et al.</i> , 2018)	Existem três modelos de PPP na saúde: Modelo I ou modelo baseado na infraestrutura; Modelo II, baseado na prestação de serviços clínicos; Modelo III, baseado na prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Fonte: O autor.

3. Metodologia

Neste capítulo são apresentados o método, a amostra, as técnicas de recolha de dados e a técnica de tratamento de dados utilizados, salientando que para esta dissertação, de natureza exploratória, foram utilizados métodos qualitativos com análise indutiva.

3.1. Método

Foi efetuado um estudo exploratório, de caráter qualitativo que para o efeito recorreu a uma análise de entrevistas a um conjunto de peritos e uma revisão de literatura sobre os temas expostos. A análise qualitativa de dados é um processo que permite atribuir significado e estrutura a um conjunto de dados enquadrados num determinado contexto para assim dar origem à teoria fundamentada (“*Grounded theory*”). Na implementação de uma metodologia de análise qualitativa os dados podem ter origem em textos documentais, relatórios, cadernos ou diários de pesquisa, ou em instrumentos como entrevistas ou questionários. Os dados obtidos são analisados de forma sistematizada começando por dividi-los em partes e categorizá-los de acordo com dimensões particulares da questão de pesquisa. Em seguida, procede-se a identificação de relações, ligações, contrastes, conexões etc., que podem levar a teorias ou proposições decorrentes dos dados. Este método pode ser implementado seguindo uma estratégia de análise indutiva ou uma estratégia de análise dedutiva (Djebarni, 2015; Saunders *et al.*, 2018).

Para a análise dos sistemas de saúde, a pesquisa foi restringida a informação relativa a países da União europeia (EU 27), e países membros da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), os modelos de sistema de saúde analisados foram o modelo Bismarkiano, o modelo Beveriano, e o modelo de mercado.

3.2. Amostra

Através de uma amostragem não aleatória (não probabilística) por conveniência foi selecionado um grupo de participantes representativos do setor académico, setor público da saúde (administradores hospitalares, direção clínica, entidades reguladoras), associação de administradores hospitalares, setor privado de prestação de cuidados de saúde (*Chief Executive Officer* de um grupo de prestação de cuidados de saúde e direção clínica do mesmo grupo).

3.3. Técnicas de recolha de dados

3.3.1. Análise Documental

Na elaboração do enquadramento teórico foi realizada uma revisão da literatura, sobre os princípios de uma revisão sistemática, com recurso à utilização de bases de dados: B-on, ABI/INFORM complete, Academic search complete, Scopus, Embase, Scielo -Scientific electronic, Google scholar, PubMed; fontes secundárias: relatórios oficiais: Tribunal de Contas, conselho

das Finanças Públicas, Eurostat, OECD iLibrary, Pordata, SINAS. Para a pesquisa foram utilizados os termos "Sustainability", "Sustainability AND Health-Care", "Health-Care System", "Sustainability AND Health-Care System", "Public-Private Partnership", "Public-Private Partnership AND Health-Care Sustainability", "Health-Care Systems AND Europe", "Portuguese Health-Care System AND Sustainability", "Sustentabilidade" "Sistema de Saúde", "Sustentabilidade AND Sistema de Saúde", "Sustentabilidade Financeira AND Sistemas de Saúde", "Parcerias Público-Privadas", "Serviço Nacional de Saúde".

Foram identificadas 815 referências, das quais 800 corresponderam a artigos de revisão, 4 ensaios clínicos, 1 guia de prática clínica, 4 estudos comparativos. Além da análise documental foram ainda tidos em consideração as recentes alterações na legislação do SNS, legislação dos sistemas privados de saúde. O processo de pesquisa e seleção da informação utilizada foi sistematizado como se demonstra na figura nº 3.3-1.

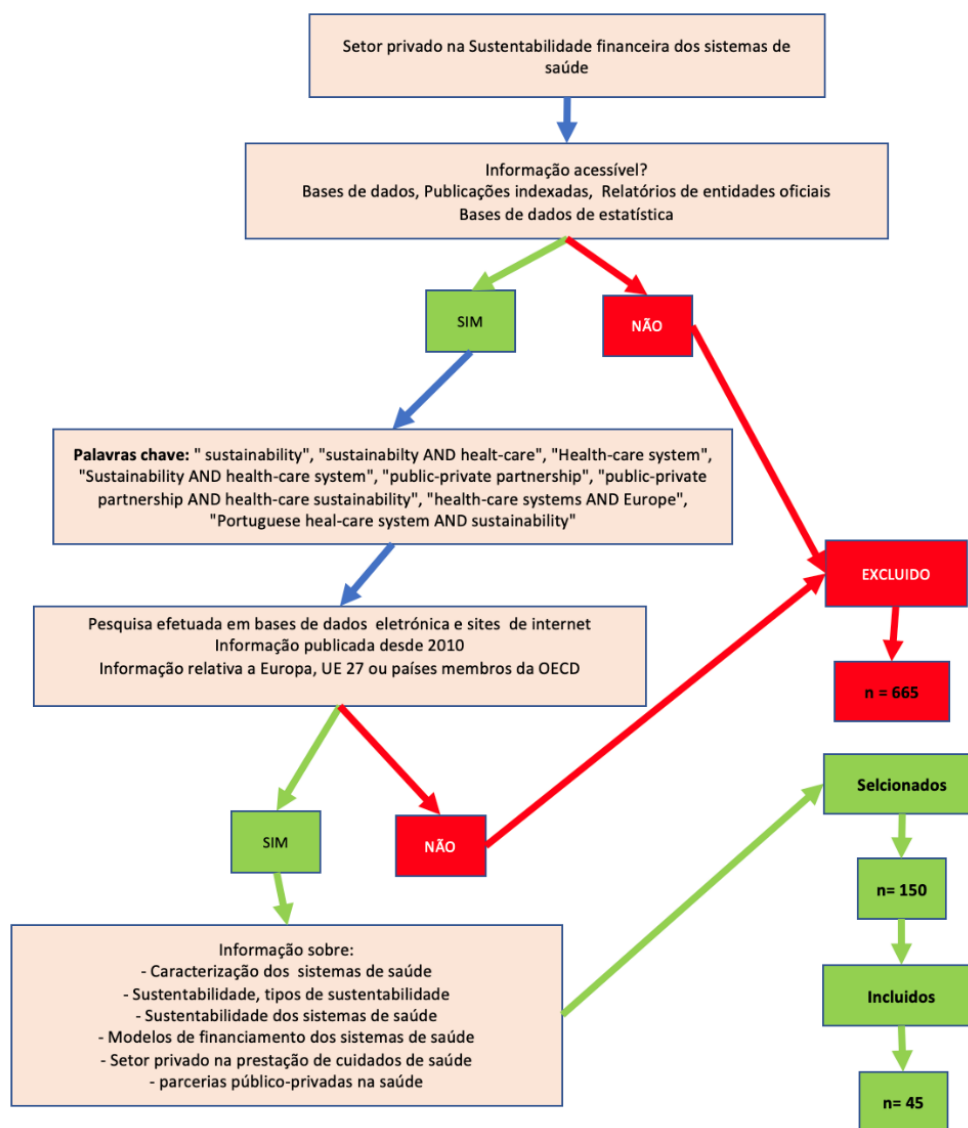


Figura 3.3-1 Técnica de recolha de dados.

3.3.2. Entrevistas

Atendendo ao objetivo da dissertação, foi escolhida a implementação de entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados primários. A realização de entrevistas teve como finalidade explorar os principais pontos de interesse, clarificar significados e obter dados e informações relevantes para o estudo (Saunders *et al.*, 2018).

Uma vez selecionada a amostra, foi elaborado um convite para a entrevista (Anexo A) e o guião (Anexo B), abordando as dimensões de sustentabilidade, sistema de saúde português, modelos de financiamento, acessibilidade e cobertura do SS, e setor privado de prestação de cuidados de saúde. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março a julho de 2022, de modo presencial e on-line, utilizando a plataforma zoom, a uma amostra por conveniência que incluiu um total de oito peritos relacionados com o tema da investigação: o presidente executivo e o presidente do conselho médico de um grupo privado de prestação de cuidados de saúde, o presidente do conselho de administração e o diretor clínico de um hospital em regime de parceria público privada, o diretor do departamento de produção de um hospital público, um elemento em representação da associação portuguesa de administradores hospitalares, um representante do setor académico e um representante da Administração Regional de Saúde.

3.4. Técnicas de tratamento de dados

Para o tratamento de dados foi implementada a metodologia de Gioia baseada na apresentação sistematizada de uma análise de primeira ordem, ou seja, uma análise que utiliza os termos, definições, códigos do entrevistado seguida de uma análise de segunda ordem, com o objetivo de organizar o resultado da análise de primeira ordem em temas ou dimensões de segunda ordem centrados na análise teórica, seguidamente depurar os temas de segunda ordem em dimensões teóricas para criar dados estruturados para dar origem a teoria fundamentada. A descrição desta metodologia encontra-se no anexo “C”.

A escolha desta estratégia de investigação baseou-se na necessidade de utilizar um método que permitisse cumprir na sua totalidade os requisitos rigorosos de análise de dados qualitativos, e por utilizar entrevistas não estandardizadas semiestruturadas (Saunders *et al.*, 2018), esta metodologia permitiu analisar os dados obtidos, sem comprometer a qualidade e autenticidade dos mesmos, e assim demonstrar ou tornar evidentes as ligações existentes entre os dados obtidos, os conceitos emergentes e as teorias resultantes “*Grounded Theory*”, que junto com a análise documental serviu de base implementar uma análise indutiva (Gioia *et al.*, 2012, 2013).

4. Análise de dados e discussão de resultados

Com base na revisão da literatura foram identificadas oito dimensões, como se demonstra na tabela nº. 2-1, que serviram de base para definir as dimensões e áreas de interesse do estudo, seguiu-se da análise das entrevistas semidiretivas aplicando a metodologia de Gioia (Gioia *et al.*, 2012, 2013), o que permitiu criar uma matriz teórica para explorar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde português.

Partindo de uma codificação inicial de ideias e conceitos baseados nas entrevistas, mantendo a integridade dos termos códigos e definições, foi implementado um processo de agregação em dimensões de primeira ordem, que com base na revisão da literatura permitiu depurar os temas e dimensões de segunda ordem que deram origem a dados estruturados apresentados nos resultados e interpretados nas conclusões.

As dimensões de segunda ordem são apresentadas na tabela nº 4-1, agrupadas de acordo com o setor do entrevistado, destacando-se as dimensões de sistema de saúde, sistema de saúde português, sustentabilidade e papel do setor privado, seguidamente apresentam-se as dimensões agregadas são apresentadas na figura 4-1.

Desta análise destacam-se as dimensões de sistema de saúde, que na opinião dos entrevistados é definido como conjunto de elementos e atores que determina o estado de saúde de uma população, reconhecendo que para o caso de Portugal, o SS têm como elemento estruturante o SNS, destacam-se contudo alguns temas de segunda ordem como o modelo de organização do SNS que condiciona a participação do Estado em todas as etapas dos cuidados de saúde (legislação, regulação, financiamento e prestação) o que deriva em conflito de interesse.

Em relação a sustentabilidade financeira do SS podem ser mencionados alguns fatores condicionantes como a organização com estrutura vertical, uma gestão ineficiente, o déficit estrutural do financiamento, a crise de recursos humanos exacerbada durante a recente pandemia COVID-19 e na limitação para o preenchimento das escalas de serviço de urgência em algumas especialidades, adicionalmente surge a necessidade de reforçar a intervenção dos cuidados primários de saúde, centrando o foco na promoção da saúde e não no tratamento da doença.

Em relação com o setor privado surge a sugestão para reconsiderar o modelo de integração e reforço da implementação de PPP na saúde.

Tabela 4-1 Dimensões de segunda ordem obtidas das entrevistas.

Setor do entrevistado	Dimensões 2ª Ordem
Académico	<p><i>Sistema de saúde:</i> Agregado complexo e diversificado que integra o conjunto dos atores que determinam o estado de saúde de uma população. Dentro do sistema de saúde incluem-se todos os agentes económicos e não económicos, técnicos e clínicos de prestação e de gestão.</p> <p><i>Sistema de saúde português</i> Caracteriza-se pela fragmentação no financiamento e na prestação de serviços associada a segmentação da cobertura.</p> <p><i>Sustentabilidade:</i> Sustentabilidade está integrada pelos componentes económicos (fiscal, financeira) social (ética) e ambiental. A sustentabilidade financeira do SNS tem como limite teórico a insolvência, mas por ser uma estrutura com vínculo constitucional, o Estado é obrigado a dar cobertura independentemente do desempenho económico para o qual incorre em dívida que no caso concreto do SNS se traduz em balanços orçamentais negativos.</p> <p><i>Papel do setor privado:</i> Introduzir melhorias nas áreas de gestão e governança clínica, melhorar a eficiência. Colaborar para melhorar a acessibilidade através da participação em programas de redução de listas de espera cirúrgica e de consultas de especialidade. Introduzir comparabilidade e competitividade no sistema de saúde num modelo de complementaridade.</p>
Direção clínica PPP	<p><i>Sustentabilidade:</i> A componente financeira da sustentabilidade está relacionada com a eficiência.</p> <p><i>Sistema de saúde português</i> O atual modelo de gestão do SNS caracteriza-se por ser ineficiente, possui uma organização vertical, é fragmentado na prestação de serviços e está baseado nos cuidados hospitalares. Carece da redefinição dos modelos de fiscalização e controlo do financiamento</p>
Profissionais da Administração hospitalar	<p><i>Sustentabilidade:</i> Sustentabilidade financeira relacionada com a sustentabilidade económica e fiscal. Sustentabilidade fiscal pode ser definida como a capacidade de gerar a receitas necessárias para a despesa em saúde que está influenciada por fatores políticos.</p> <p><i>Sistema de saúde português</i> O modelo de Sistema de Saúde deve procurar resolver o conflito de interesse gerado pela participação do estado em todas as dimensões: legislação, regulação, financiamento e prestação. A saúde deve ser encarada como um setor económico e social.</p> <p><i>Oportunidades de melhoria</i> Modelo de gestão do SNS descentralizado e com maior autonomia administrativa Transformação digital para melhor se adaptar às novas gerações Sistema de saúde integrado num modelo de complementaridade.</p>
Direção clínica Setor privado	<p><i>Sistema de saúde português</i> Sistema de saúde baseado na doença, no tratamento de doentes agudos e não na promoção da saúde. Aumento na procura do setor privado porque o SNS não consegue garantir o direito constitucional de acesso universal aos cuidados de saúde.</p> <p><i>Sustentabilidade</i></p>

	<p>Sustentabilidade definida pelo tripé da sustentabilidade ambiental, social (ético) e económico.</p> <p>Sustentabilidade financeira deve ser enquadrada perante o direito constitucional de garantir uma saúde universal, geral e tendencialmente gratuita.</p> <p>A sustentabilidade ética baseia-se no desenvolvimento e implementação de estratégias para combater as desigualdades de acesso e de cobertura.</p> <p><i>Ameaças a sustentabilidade financeira:</i></p> <p>Crise de recursos humanos, com pescazes de profissionais altamente diferenciados, redução da escolha da área da saúde para a formação profissional, injustiça na retribuição salarial, emigração;</p> <p>Sistema de saúde baseado no cuidado de doentes agudos; Modelo de financiamento baseado no tratamento da doença em não na promoção da saúde</p> <p>Subfinanciamento do SNS, associado a uma má gestão</p> <p><i>Papel do setor privado</i></p> <p>Melhorar o acesso; Modelo de integração: PPP que integre os cuidados primários de saúde</p>
Setor público: entidade reguladora	<p><i>Sustentabilidade:</i></p> <p>A sustentabilidade dinâmica do SNS baseada no modelo de saúde Beveridge foi afetada durante a pandemia COVID-19. Prevenção da doença e promoção da saúde como estratégias para favorecer a sustentabilidade financeira do SNS. Procurar novos modelos de integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde.</p> <p><i>Ameaças a sustentabilidade financeira:</i></p> <p>Descentralização: mais caro e gerador de mais iniquidades; baixa literacia em saúde, assimetria de informação, rede de atendimento dos cuidados primários desorganizada e com capacidade e impacto limitado</p> <p><i>Propostas:</i></p> <p>Transformação digital e papel das novas tecnologias; desenvolver e implementar processos assistenciais integrados de abordagem de doenças que definam o âmbito de intervenção e responsabilidades de cada nível de prestação de cuidados de saúde na abordagem de patologias como por exemplo a insuficiência cardíaca, ou a diabetes mellitus.</p> <p>Para abordar a crise dos recursos humanos é necessário conjugar os incentivos financeiros aos incentivos não financeiros</p> <p>Incentivar o desenvolvimento dos cuidados/hospitalização domiciliária.</p>
Administração Setor Privado	<p><i>Sistema de saúde:</i></p> <p>Conjunto de “stakeholders ” que participam na prestação de cuidados de saúde</p> <p><i>Sustentabilidade:</i></p> <p>Sustentabilidade definida pelo triple bottom line com as dimensões ambiental, social e económica.</p> <p>Um conceito antigo com relevância atual, salientando o programa da ONU para o desenvolvimento sustentável, que inclui a saúde sustentável no seu objetivo nº 3. A sustentabilidade económica pode ser resumida como a viabilidade económica. Para a sustentabilidade financeira é necessário garantir eficiência na lógica da afetação correta dos recursos disponíveis.</p> <p><i>Papel do setor privado</i></p> <p>Um elemento diferenciador da gestão privada é a procura da qualidade e segurança, a abordagem do erro como sistema e não unicamente como responsabilidade individual. Para contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde é necessário: Melhorar a literacia em saúde; promover a melhoria dos cuidados de saúde primários; promover estilos de vida saudáveis</p> <p><i>Fatores críticos de sucesso:</i></p> <p>Uma mudança cultural, a aposta nos cuidados primários e uma visão política estratégica, imune as variações dos ciclos políticos, que incida na organização do SNS.</p>

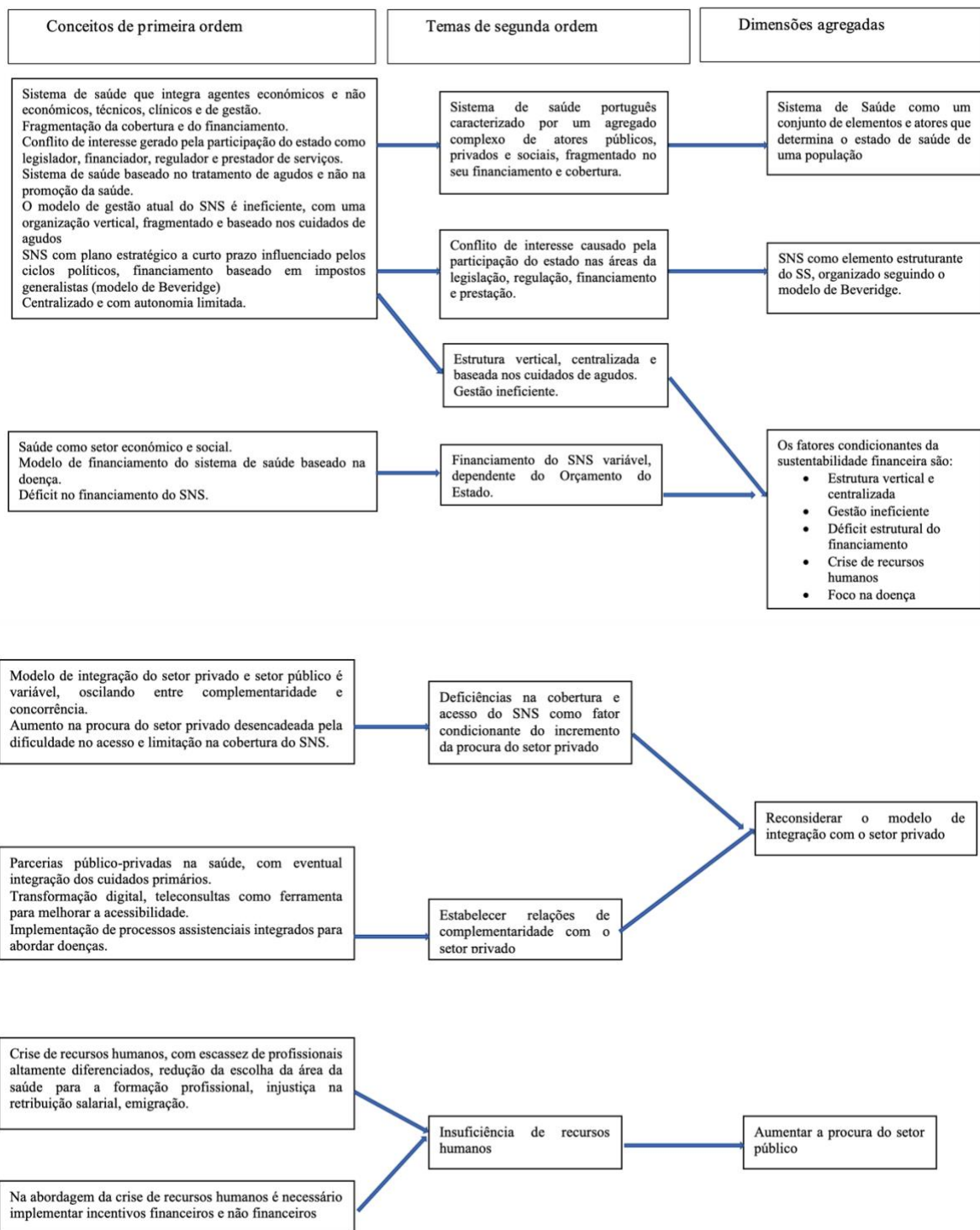
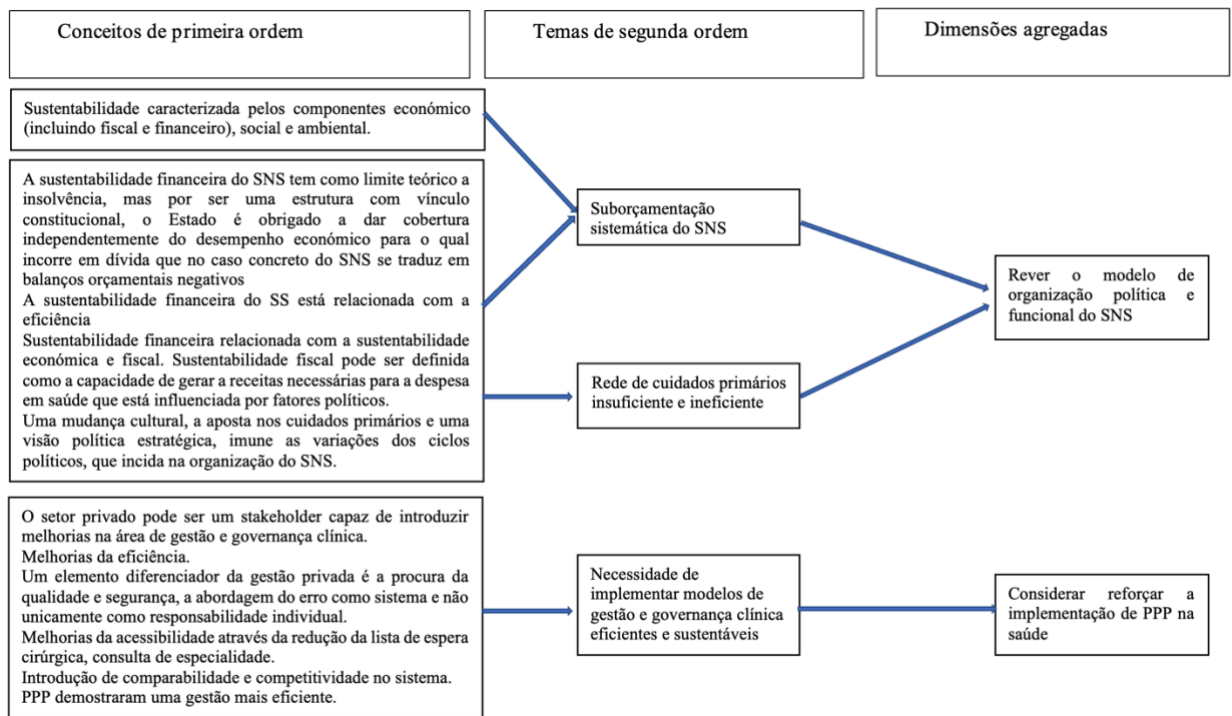


Figura 4-1 Análise das entrevistas com através da implementação da metodologia de Gioia



Continuação. Figura 4-2 Análise das entrevistas com através da implementação da metodologia de Gioia

4.1. Sistema de saúde

Para esta análise foi necessário começar por definir o Sistema de Saúde, apesar de ser um conceito abrangente, os participantes do setor académico, da gestão administrativa, da governança clínica, entidade reguladora, e associações de profissionais relacionadas com a administração hospitalar coincidiram na definição de Sistema de Saúde como um conjunto de elementos e atores que determina o estado de saúde de uma população, o que vai de encontro a literatura consultada (Baganha *et al.*, 2002; Fischer, 2014; Musgrove *et al.*, 2000; Özer e Yildirim, 2019; Pineault, 2016).

Como foi referido na revisão da literatura existem vários modelos de organização dos SS, que são classificados de acordo com uma série de dimensões dentro das quais incluem-se o financiamento, o agente responsável pela prestação de serviços, o agente responsável pela regulação da prática clínica (do Nascimento, 2015; Hassenteufel e Palier, 2007; Wendt *et al.*, 2009).

4.2. Sistema de Saúde português

O SS português está caracterizado por:

1. Sistema misto dentro do qual o SNS, desde a sua criação, constitui o elemento estruturante e determinante da política e organização do SS, possui vínculo constitucional e cobertura financeira garantida pelo Estado independentemente do desempenho económico.

2. Fragmentação do financiamento em que coexiste o SNS financiado via impostos com afetação de recursos em proporção do PIB, depende do Orçamento do Estado que pela sua vez está condicionado as negociações políticas, a contenção da despesa pública o que como consequência condiciona um financiamento insuficiente.
3. Coexiste com um setor privado de características “bismarckianas” financiado por seguros de cariz profissional (ADSE, SAMS, etc.), ao que se associam os seguros de saúde voluntários e o pagamento direto (“*out-of-pocket*”) de despesas de saúde pelas famílias derivado às limitações no acesso ou na cobertura do SNS .
4. Fragmentação da prestação de serviços de saúde (SNS, Instituições prestadoras de cuidados de saúde com origem em associações sindicais, instituições privadas, instituições do setor social) e finalmente segmentação da cobertura.
5. Encontra-se regulado por dois diplomas, a lei de bases da Saúde, atualizada no ano de 2019 (Lei N° 95/2019 | DRE, 2019) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, atualizado em julho de 2022 (DRE, 2022).
6. O SNS possui uma organização vertical, centrada na prestação de cuidados hospitalares ou cuidados de agudos.
7. Modelo de integração do setor privado e setor público é variável, oscilando entre complementaridade e concorrência.
8. Existem disparidades no acesso e equidade no SNS caracterizadas pela diferença na complexidade da prestação de serviços nos grandes centros urbanos face os restantes centros.

4.3. Sustentabilidade e sustentabilidade financeira

A sustentabilidade, de acordo com Flessa e Meissner (2019), é definida como a capacidade de um sistema de saúde, de acordo com a sua estrutura e função, para fornecer serviços no presente sem sacrificar a prestação de serviços no futuro. Está integrada pelos componentes económicos (fiscal, financeira), social (ética) e ambiental ou “triple bottom line”, embora se trate de um conceito antigo, adquiriu relevância atual transformando-se em uma prioridade na agenda política atendendo ao incremento na despesa, a escassez de recursos, e ao incremento da percentagem de despesa na saúde em relação com o PIB; para abordar este problema tem surgido diversas iniciativas locais, regionais e a nível global como por exemplo “*The United Nations Sustainable Development Goals*” que no seu objetivo nº 3 apela aos países membros

para a implementação de estratégias políticas que contribuam para a promoção da saúde e bem-estar.

Passando para a sustentabilidade financeira, a mesma não deve ser encarada exclusivamente como uma condição resultante do equilíbrio entre a despesa e a receita, de acordo com Thomson (2009), deve ser abordada através das seguintes perspetivas:

Em primeiro lugar, na perspetiva dos fatores que afetam a demanda e o fornecimento de serviços de saúde: transição demográfica, transição epidemiológica, e a evolução tecnológica.

Em segundo lugar, através da análise da dificuldade, incapacidade ou da opção política para gerar os recursos necessários de forma a responder as necessidades de cuidados de saúde, evidenciado nas recentes crises económicas.

Finalmente, o impacto da despesa em saúde no PIB em comparação com outras áreas de interesse social e económico, ou seja, o custo de oportunidade, este último mais diretamente relacionado com a sustentabilidade económica.

A sustentabilidade financeira deve procurar garantir o equilíbrio dinâmico entre os valores do sistema de saúde que no caso em particular de Portugal são a universalidade, a equidade e a tendencial gratuitidade, mas esta análise torna-se mais complexa atendendo à fragmentação da fonte de financiamento, e deve ser abordada de forma diferente para SS e para Serviço Nacional de Saúde.

Em relação a sustentabilidade financeira do SNS conclui-se que tem como limite teórico a insolvência, mas por ser uma estrutura com vínculo constitucional o Estado está obrigado a dar cobertura independentemente do desempenho económico para o qual incorre em dívida e suborçamentação o que no caso particular do SNS se traduz em balanços orçamentais negativos. Salienta-se que ao abordar o SNS, atendendo ao modelo Beveriano, o financiamento ocorre via orçamento do Estado pelo que está condicionado à evolução dos indicadores macroeconómicos, ao crescimento do PIB, as opções políticas de alocação de despesa orçamental, de forma resumida, a sustentabilidade financeira do SNS está relacionada com o uso eficiente dos recursos e a capacidade e vontade política de afetar recursos para a saúde.

Passando para o sistema de saúde foram identificados vários desafios para a sustentabilidade financeira, dos quais destacam-se a transição demográfica, a transição epidemiológica e a evolução tecnológica. Deste grupo, a transição demográfica constitui um desafio porque o incremento do investimento em saúde, na qualidade dos serviços e a evolução tecnológica permitiram que, no final do século XIX e no início do século XX, a esperança de vida supera-se os 80 anos e como consequência temos assistido ao incremento da percentagem da população com 65 e mais anos com uma esperança de vida de 19,7 anos, que por manter a

idade da reforma relativamente constante condiciona o incremento da despesa pela via do aumento dos anos de vida após a reforma.

A inovação tecnológica condiciona o maior impacto nos custos dos serviços de saúde, responsável por 50 – 75% dos mesmos, é um fator de análise complexa atendendo a que o desenvolvimento tecnológico resulta em ganhos de eficiência no diagnóstico e terapêutica resultando de forma direta e indireta na diminuição de custos, mas condicionado uma alteração no padrão de consumo com o incremento na utilização dos serviços de saúde motivado pelo aumento na diversidade e custos das alternativas de diagnóstico e terapêutica, outro fator ao nível das instituições prestadoras de serviços de saúde é o custo da substituição de equipamentos obsoletos e/ou a expansão de equipamentos e tecnologias existentes. Finalmente a transição epidemiológica, no caso em particular de Portugal, observa-se que a longevidade está associada ao aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas e oncológicas com impacto nos custos, associado ao um SS focado na doença e nos cuidados hospitalares de agudos.

4.4. Contributo do setor privado

A complementaridade entre prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, contemplada na anterior lei das bases da saúde, tinha o objetivo de incentivar o desenvolvimento do setor privado e social para dar origem a vantagens potenciais para todos os setores da saúde, mas que careceu da implementação de critérios de avaliação da qualidade, eficiência, acesso e de resultados semelhantes para todos os intervenientes e não só para o setor privado.

O setor privado pode ser um excelente contributo em áreas como: Acesso aos cuidados de saúde: implementação de estratégias para a mitigação das listas de espera cirúrgica através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC); cobertura: saúde oral, com iniciativas como cheque dentista, cuidados continuados integrados; cuidados Hospitalares no regime de parceria público-privada; ainda pode ser um parceiro estratégico para aumentar a procura do SNS por parte de investidores especializados na saúde e na engenharia biomédica.

Assistimos ao redesenho do SNS, e os esforços desta mudança devem ser orientados de forma a permitir melhorar a competitividade, a eficiência e a qualidade, por este motivo, um fator crítico de sucesso é o desenvolvimento de estratégias de colaboração entre o setor público e o setor privado da saúde, que passam pela redefinição do modelo de integração, preferencialmente de forma complementar através de convenções, protocolos ou parcerias na realização do plano estratégico de saúde para Portugal, mas como mencionado anteriormente, carece da implementação de critérios de avaliação da qualidade, eficiência, acesso e de

resultados semelhantes para todos os intervenientes, assim como da redefinição de modelos de financiamento com responsabilidade partilhada e a redefinição do modelo de avaliação com a introdução do *value-based healthcare*.

5. Conclusões

Ainda que o SNS é o elemento estruturante da política de prestação de cuidados de saúde, e que através do seu vínculo constitucional tem a missão de garantir o acesso a todos os cuidados de saúde com o limite natural dos recursos disponíveis, constata-se que a acessibilidade e cobertura tem vindo a estar comprometidas, isto pode ser evidenciado pela diferença na complexidade da prestação de cuidados de saúde nos grandes centros urbanos em comparação com os restantes centros, na falta de articulação e integração entre os cuidados primários de saúde e os cuidados secundários, o incumprimento dos tempos máximos de resposta definidos legalmente para cirurgias e para consultas de especialidade, na cobertura insuficiente de médicos de família e na recente crise de recursos humanos nos serviços de Urgência ginecológica e obstétrica, o que tem como consequência, entre outras, o incremento na procura e contratação de uma cobertura de saúde adicional, esta dupla cobertura abrange cerca de 50 % da população e foi acelerada pela pandemia COVID-19, isto se traduz no crescimento da despesa corrente em cuidados de saúde no setor privado e pelas famílias, que de acordo com informação obtida a partir da análise de dados de PORDATA, tem apresentado uma tendência crescente nas últimas duas décadas, e no caso em particular das famílias, para o ano de 2021, correspondeu a 30 % do total da despesa corrente em cuidados de saúde, verifica-se assim que o incremento da procura pela oferta privada de cuidados de saúde deve-se a falhas no setor público.

Como já foi mencionado, a sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde não deve ser definida unicamente como a capacidade do governo e outros setores intervenientes para financiar os cuidados de saúde face as crescentes pressões do custo resultante da transição demográfica, da transição epidemiológica e da inovação tecnológica, nem pode ser confundida com medidas de austeridade cuja finalidade é poupar recursos para serem aplicados em outras áreas com o objetivo de melhorar o crescimento económico, o que significa que não deve ser encarada exclusivamente como uma condição resultante do equilíbrio entre a despesa e a receita.

A desigualdade na distribuição da riqueza entre os países desencadeada pela globalização, os ciclos de recessão e incerteza económica, como a crise de 2008, a pandemia COVID-19, e a atual crise económica desencadeada pela guerra no leste de Europa com o impacto económico derivado, entre outros motivos, pela crise do setor energético, com o consequente aumento da taxa de desemprego, o aumento da inflação, acompanhado do aumento da procura do serviço

público de saúde e diminuição da capacidade de acesso aos serviços privados de saúde, são fatores que aumentam a pressão sobre o Orçamento do Estado e como consequência condiciona o financiamento do Sistema de Saúde, colocando em risco a capacidade do Serviço Nacional de Saúde para cumprir com a proteção da saúde enquanto direito fundamental.

Outro condicionante para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde é a suborçamentação sistemática do SNS que se reflete em saldos orçamentais negativos. Este fenómeno tem origem no modelo de financiamento proveniente das transferências do orçamento do Estado, atribuído baseado no desempenho histórico, com um horizonte temporal limitado aos ciclos políticos o que dificulta uma gestão adequada, limita o investimento para a inovação tecnológica e terapêutica, condiciona o planeamento e organização estratégica, a isto associa-se ineficiência e desperdício na ordem dos 20 – 25 %.

Durante a pandemia COVID-19, apesar do crescimento da receita, observou-se que a despesa cresceu a um ritmo que compromete a sustentabilidade financeira do SNS e ainda 98 % dos recursos foram consumidos nas rubricas de pessoal, serviços e fornecimentos externos e compras, o que não deixa margem de investimento para a renovação ou atualização de infraestruturas equipamentos de diagnóstico e terapêutica ou para a investigação.

A abordagem deste problema deve ser efetuada de forma estrutural começando por redefinir o horizonte temporal do modelo de financiamento numa estratégia de investimento plurianual imune às variações dos ciclos políticos de forma a permitir a estabilidade e previsibilidade dos recursos financeiros, isto deverá estar acompanhado de uma mudança da governação em saúde que permita acautelar o controlo da despesa, diminuindo a ineficiência e o desperdício.

A reorganização do SNS, através do novo estatuto do SNS e da criação da direção executiva do SNS poderá contribuir para fazer frente a este desafio, mas é necessário garantir maior autonomia às instituições para o planeamento e organização dos recursos humanos, para a aquisição de bens e serviços.

É necessário procurar alternativas ao paradigma atual do modelo de organização, integração, gestão, financiamento e governança clínica reposicionando o foco na saúde através da prevenção, da promoção de estilos de vida saudáveis, da redução de comportamentos e hábitos de risco (alimentação, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo), um SS com foco na saúde, no controlo das doenças crónicas e com uma utilização eficiente dos cuidados de saúde secundários ou hospitalares.

A participação dos setores privado e social da saúde é um fator crítico de sucesso para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Em relação ao setor privado, uma articulação

efetiva com este setor permitiria ao SNS, como elemento estruturante do sistema de saúde, beneficiar-se do seu contributo em áreas como:

1. Introdução de modelos de gestão e governança clínica mais eficientes.
2. Cuidados Hospitalares no regime de parceria público-privada com ganhos comprovados em eficiência e qualidade na prestação de serviços de saúde.
3. Acesso aos cuidados de saúde: implementação de estratégias para a mitigação das listas de espera cirúrgica através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)
4. Cobertura: saúde oral, com iniciativas como cheque dentista, cuidados continuados integrados.
5. Parceria estratégica para aumentar a procura do SNS por parte de investidores especializados na saúde e na engenharia biomédica.

É necessário destacar que a relação de complementaridade entre o setor público e o setor privado e social da saúde não ocorre unicamente no modelo de parcerias público-privadas, mas também na contratação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, técnicas de substituição renal nos doentes em programa de hemodiálise ambulatoria.

Deve ser considerada a revisão da atual lei nº 95/2019, ou lei de bases da saúde na sua base 6 para favorecer a criação de parcerias em saúde com a participação dos setores social e privado, porque defender a saúde é preservar a universalidade, a equidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e sustentabilidade, contudo ao abordar a gratuitidade, a sua implementação é mais complexa com o passar do tempo devido as contantes alterações da envolvente externa para fazer frente a este desafio devemos convocar a participar todos stakeholders da saúde: setor social, setor público, setor privado, cidadãos e decisores políticos.

“Num País de reduzida dimensão territorial e com recursos escassos é fundamental, para assegurar o conteúdo do direito à saúde, ou seja, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, utilizar toda a capacidade instalada na área da saúde, seja qual for o setor (público, privado ou social) em que se integre.” (Campos Fernandes, 2022: 53).

Uma nota final nesta análise: A saúde e a sustentabilidade são dois conceitos interdependentes, a melhoria do estado de saúde de uma população depende do compromisso político com a sustentabilidade, e a sustentabilidade é o marco estrutural através do qual é possível obter valor acrescido na saúde, melhorar a qualidade da mesma e reduzir as desigualdades no acesso.

6. Referências bibliográficas

- Abuzaineh, N., Brashers, E., Foong, S., Feachem, R., & da Rita, P. (2018). *The Global Health Group Ordering information*.
- Baganha, M. I., Sousa Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). *O setor de saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional* [CES]. <http://hdl.handle.net/10316/32721>
- Campos Fernandes, A. (2022). *Saúde em Portugal*. EDITORA D'IDEIAS.
- CFP. (2021). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2020*. www.cfp.pt,
- Clarke, D., Doerr, S., Hunter, M., Schmets, G., Soucat, A., & Paviza, A. (2019). The private sector and universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 434–435. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225540>
- Commission, E., Affairs, D.-G. for E. and F., Caretta, A., Eckefeldt, P., Arévalo, P., & Berti, K. (2019). *The intergenerational dimension of fiscal sustainability*. Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2765/9614>
- Commission, E., Affairs, D.-G. for E. and F., Patarau, A., Marchesi, M., Hudecz, A., Reut, A., Gagliardi, N., Pagano, A., Petracco Giudici, M., Laine, V., Bellia, M., Eckefeldt, P., Arevalo, P., Deboeck, B., Orlandi, F., Zeugner, S., Heynderickx, W., & Pamies, S. (2019). *Fiscal sustainability report 2018 . Volume 1*. Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2765/435292>
- da Silva Almeida, A. (2018). *O Sistema de Saúde do Estado Novo de Salazar: O nascimento do Ministério da Saúde e assistência*. Almedina.
- Djebarni, R. (2015). *Research methods for business students, managers and entrepreneurs*.
- do Nascimento, G. (2015). *Os cuidados continuados de saúde em Portugal: Perspectiva internacional, experiência do paciente na transição e sobrecarga dos cuidadores informais*.
- Lei n.º 95/2019 | DRE, Lei das bases da saúde (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- DRE. (2021). *DRE*. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- DRE. (2022a). *Decreto-Lei n.º 52/2022 | DRE*. Presidência Do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- DRE. (2022b, Setembro 23). *Decreto-Lei n.º 61/2022 | DRE*. Orgânica Da Direção Executiva Do Serviço Nacional de Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/61-2022-201414019>

- Fernandes, A. C., & Nunes, A. M. (2016). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217. <https://doi.org/10.20344/amp.6712>
- Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>
- Fischer, M. (2014). Fit for the Future? A New Approach in the Debate about What Makes Healthcare Systems Really Sustainable. *Sustainability 2015, Vol. 7, Pages 294-312*, 7(1), 294–312. <https://doi.org/10.3390/SU7010294>
- Flessa, S., & Meissner, K. (2019). Sustainability of health systems research – a conceptual framework based on two projects. *Economics & Sociology*, 12(3), 220–235. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2019/12-3/15>
- Franco, J. L., Fullana Belda, C., Cordero Ferrera, J. M., Polo, C., & Nuño-Solinís, R. (2020). Efficiency in chronic illness care coordination: public-private collaboration models vs. traditional management. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1044. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05894-z>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Https://Doi.Org/10.1177/1094428112452151*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Greer, S. L. (2017). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. *New Pub: Oxford University Press*, 33(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/J.POLSOC.2014.03.001>
- Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574–596. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x>

- INE. (2022). *Portal do INE*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=313635671&DESTAQUESmodo=2
- Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J. S., & Gordeev, V. S. (2020). *Public-private partnerships in primary health care: a scoping review*.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9>
- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1 SUPPL.).
<https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2012.10.004>
- Liaropoulos, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *Em International Journal for Equity in Health* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5>
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., & Spencer, A. (2012). *Economic Analysis in Healthcare*.
<https://www.wiley.com/en-us/Economic+Analysis+in+Healthcare%2C+2nd+Edition-p-9781119951490>
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/268164>
- Musgrove, P., Creese, A., Preker, A., Baeza, C., Anell, A., Prentice, T., Frenk, J., Holck, S., Murray, C., Adams, O., Jamison, D., & Kawabata, K. (2000). WHO Library Cataloguing in Publication Data The principal writers of this report were. *The World Health Report*.
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e21–e33. <https://doi.org/10.1002/HPM.2695>
- OECD. (2021). *OECD Economic Surveys: Portugal 2021*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/13b842d6-en>
- Özer, Ö., & Yildirim, H. H. (2019). Investigation of sustainability and financial sustainability concepts in the health systems. *Business & Management Studies: An International Journal*, 6(4), 1141–1151. <https://doi.org/10.15295/bmij.v6i4.311>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (I). CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS.
- Popescu, M. E., Militaru, E., Cristescu, A., Vasilescu, M. D., & Matei, M. M. M. (2018c). Investigating Health Systems in the European Union: Outcomes and Fiscal Sustainability.

Sustainability 2018, Vol. 10, Page 3186, 10(9), 3186.
<https://doi.org/10.3390/SU10093186>

- Rodriguez, R., Svensson, G., & Eriksson, D. (2018). Organizational positioning and planning of sustainability initiatives: Logic and differentiators. *International Journal of Public Sector Management*, 31(7), 755–774. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-05-2017-0142/FULL/PDF>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2018). *Research methods for business students* (8th ed., p. 833). Pearson.
- Simões, J., & Fronteira, I. (2021). The role of the State, the private sector and the social sector in the different health political cycles in Portugal. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(suppl 1), 2507–2513. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.40902020>
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2009). Addressing financial sustainability in health systems. *POLICY SUMMARY, 1*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Tiras, H. H. (2000). *Sustainable Development and environment: an examine in theory*.
- UCSF. (2018). *The Global Health Group Ordering information*.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9515.2008.00647.X>
- Yeganeh, H. (2019). An analysis of emerging trends and transformations in global healthcare. *International Journal of Health Governance*, 24(2), 169–180. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2019-0012>
- Zurynski, Y., Herkes-Deane, J., Holt, J., McPherson, E., Lamprell, G., Dammery, G., Meulenbroeks, I., Halim, N., & Braithwaite, J. (2022). How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. *BMJ Open*, 12(5), e059207. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-059207>

7. Anexos

Anexo A: Modelo de convite para entrevista



Exmo (a) Dr (a)

O projeto de investigação intitulado: "Sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português - O papel do Setor Privado", tem como objetivo geral como objetivo geral analisar o papel do setor privado de prestação de serviços de saúde na sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde, e eventualmente explorar modelos de integração do setor privado ao setor público de prestação de cuidados de saúde como contributo para a sustentabilidade financeira.

Conta com os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever os modelos de sistemas de saúde existentes
2. Descrever o Sistema Nacional de Saúde em Portugal
3. Explorar modelos de integração do setor privado ao setor público de prestação de cuidados de saúde e o contributo para a sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde.

Trata-se de uma dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Tem como investigador principal, António Manuel Pereira de Figueiredo, Médico, Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna, Assistente Hospitalar em Medicina Intensiva e aluno do Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, atualmente a exercer funções como Médico da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Cascais e Coordenador do GCL-PPCIRA da referida Instituição. Sob a orientação da Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professor Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

O presente estudo não é objeto de financiamento por entidades externas, e nenhum dos intervenientes no estudo possuem qualquer conflito de interesse.

Para o referido estudo será efetuada uma entrevista pessoal no formato de entrevista semiestruturada (in-depth interview).

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa • Av. Forças Armadas, 1649-026 Lisboa • ☎ +351 217 903 000 • ✉ geral@iscte-iul.pt



A entrevista será efetuada via zoom com recurso a gravação em formato de áudio ou ao registo escrito da resposta caso não concorde com a gravação da mesma.

A informação recolhida não será partilhada com nenhum dos intervenientes, e os dados serão anonimizados não sendo possível identificar os participantes nem a instituição.

As gravações ou os registos escritos serão eliminados após a conclusão do estudo.

A participação no estudo é voluntária, tendo o participante o direito de interromper o registo ou retirar o consentimento para a sua realização em qualquer momento.

Será enviado para cada um dos participantes o documento final do estudo após a sua finalização para consulta.

Enquadramento do estudo:

O Sistema Nacional de Saúde em Portugal está baseado no modelo de Beveridge, cujo financiamento é obtido através do orçamento do Estado e que está constituído por três elementos: o Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde e os seguros privados.

No atual modelo de saúde, keynesiano ou Beveriano, a evolução dos indicadores macroeconómicos são um fator determinante das despesas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e desta forma influenciam o desempenho do Sistema atendendo a que o valor total das despesas de saúde depende do crescimento do produto interno bruto (PIB) e da percentagem da despesa com saúde do PIB, esta última influenciada por opções políticas e estratégicas, demonstrando ser particularmente vulnerável às dinâmicas dos processos de alocação de despesa orçamental.

Adicionalmente existem disparidades no acesso e equidade do SNS caracterizadas pela diferença na complexidade da prestação de serviços nos grandes centros urbanos face os restantes centros, uma proporção considerável de despesas “out-of-pocket” condicionadas pela necessidade de acesso a serviços não cobertos ou parcialmente cobertos pelo Sistema.

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa · Av. Forças Armadas, 1649-026 Lisboa · ☎ +351 217 903 000 · ✉ geral@iscte-iul.pt



Este “Sistema” no seu modelo atual apresenta uma série de fragilidades de carácter financeiro e constrangimentos na capacidade de resposta, exacerbados durante a atual pandemia COVID-19 (CORonaVirus Disease 2019), assim constatou-se uma frágil capacitação do Sistema de Saúde para manter as condições de acesso aos cuidados de saúde das restantes patologias muito associada a sustentabilidade financeira e a escassez de profissionais de saúde. Em relação a sustentabilidade financeira, como referido pelo Conselho das Finanças Públicas no seu mais recente relatório o SNS tem apresentado um incremento sistemático e mantido da despesa, sendo que quase a totalidade da mesma é ocupada por despesa corrente, as receitas estão condicionadas pelo ambiente político e económico, este último caracterizado por saldos orçamentais negativos com reflexo no financiamento do SNS.

Nos anos recentes um dos temas mais debatidos nos sistemas de saúde tem sido a sustentabilidade e solidez financeira frente ao incremento do custo da prestação de cuidados de saúde. Em muitos países europeus tem ocorrido um incremento significativo da proporção da despesa em saúde em relação com o PIB. O incremento dos custos em saúde está condicionado pelos fenómenos de transição demográfica, transição epidemiológica, desenvolvimento tecnológico, crescimento económico. Perante este cenário como se posiciona o setor privado? E qual é o seu papel na sustentabilidade financeira do sistema de saúde português?

Se concordar com a participação no estudo solicito o envio da resposta via e-mail, com a data e hora por si escolhida.

Grato pela atenção dispensada

Lisboa, Março de 2022

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa · Av. Forças Armadas, 1649-026 Lisboa · ☎ +351 217 903 000 · ✉ geral@iscte-iul.pt



**Guião para entrevista: Sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde
Português - O papel do Setor Privado.**

Dimensões:

1. Sustentabilidade
 - a. Que entende por sustentabilidade de um sistema de saúde?
 - b. Quais são as dimensões da sustentabilidade?
 - c. Quais seriam, na sua opinião, os fatores críticos para a sustentabilidade do Sistema de saúde português?
 - d. Que fatores consideraria como desafios ou ameaças a sustentabilidade do sistema de saúde português?
2. Sistema de saúde português
 - a. Como está constituído o sistema de saúde português?
 - b. Quais são os stakeholders do Sistema de saúde português?
3. Modelos de financiamento
 - a. Considera o modelo de financiamento atual do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português sustentável do ponto de vista financeiro?
 - i. Explique
 - b. Quais são os fatores determinantes da sustentabilidade financeira do sistema de saúde português.
4. Acessibilidade e cobertura
 - a. Considerando que o sistema de saúde português é fragmentado, complexo e diversos, que adicionalmente inclui agentes económicos e não económicos:
 - i. Esta característica do sistema de saúde influencia a acessibilidade e cobertura dos cuidados de saúde?
 - b. Quais são as ameaças e fragilidades do modelo atual do sistema de saúde e do SNS em relação a coberturas e acesso.

5. Setor privado de prestação de cuidados de saúde:

- a. Qual é o papel do setor privado na sustentabilidade do sistema de saúde português, e mais especificamente na sustentabilidade financeira.
- b. Qual poderia ser o contributo para o SNS?
- c. Qual seria o modelo de integração do setor privado na prestação de serviços de saúde para o SNS?

Lisboa, março de 2022

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa • Av. Forças Armadas, 1649-026 Lisboa • ☎ +351 217 903 000 • ✉ geral@iscte-iul.pt



Anexo C: Características da metodologia de Gioia.

Etapas	Descrição
Desenho do estudo	<p>Identificar um fenómeno de interesse bem definido e definir a pergunta de investigação.</p> <p>Consultar a literatura existente sem elaborar juízos de valor para permitir a descoberta ou identificação de novas dimensões ou áreas de interesse.</p>
Recolha de dados	<p>Dar voz aos informantes (entrevistados) assumindo-os como “agentes o conhecimento” (“<i>knowledgeable agents</i>”).</p> <p>Manter uma atitude flexível permitindo ajustar o protocolo de recolha de dados (entrevista) às respostas dos entrevistados.</p> <p>Recorrer novamente aos entrevistados (“<i>backtrack</i>”) para esclarecer, complementar ou explorar questões ou dimensões resultantes da análise de primeira ordem.</p>
Análise dos dados	<p>Efetuar uma codificação inicial baseada no entrevistado, mantendo a integridade dos termos, definições e códigos utilizados.</p> <p>Efetuar uma compilação abrangente dos termos, definições e códigos de primeira ordem.</p> <p>Organizar o resultado da análise de primeira ordem em temas ou dimensões de segunda ordem (centrados na análise teórica).</p> <p>Depurar os temas de segunda ordem em dimensões teóricas.</p> <p>Reunir os termos, temas e dimensões para criar dados estruturados (“<i>data structure</i>”).</p>
Articulação da teoria fundamentada	<p>Elaborar relações dinâmicas entre os conceitos de segunda ordem e os dados estruturados.</p> <p>Transformar a estrutura de dados estática num modelo dinâmico de teoria fundamentada.</p> <p>Efetuar uma nova revisão da literatura para esclarecer a relação e integração dos conceitos emergentes.</p>

Adaptado de: “*Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology*” (Gioia et al., 2012).