

FACULDADE DE ECONOMIA

A Saúde em Portugal:

A procura de cuidados de saúde privados

Ana de Almeida Eira

30-07-2010



A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados

por

Ana de Almeida Eira

Tese de Mestrado em Economia

Orientada por

Professor Doutor António Abílio Garrido da Cunha Brandão

2010

Nota Biográfica

Com a conclusão da licenciatura em Administração e Gestão de Empresas (Universidade Católica Portuguesa do Porto), iniciei a minha carreira profissional em consultoria de gestão (nas multinacionais Andersen e Deloitte) onde, ao longo de cinco anos, pertenci às equipas de *Healthcare & Life Sciences* e de *Strategy & Operations*, tendo tido a oportunidade de participar activamente em projectos de consultoria em diversos hospitais.

O interesse pela área da saúde e as competências que desenvolvi na consultoria (gestão de projectos e de equipas, capacidade de comunicação e aptidão para identificar problemas e apresentar soluções) fez com que viesse a integrar em 2006 os quadros do Grupo Espírito Santo Saúde – Clipóvoa – Hospital Privado.

Nesta instituição foi-me confiada a gestão operacional da unidade de ambulatório da Clipóvoa (Póvoa de Varzim) e a de algumas especialidades cirúrgicas. Para além da gestão operacional destas unidades, sou responsável pela definição e monitorização do orçamento anual e do plano anual de investimentos, pela gestão dos recursos humanos de apoio à actividade assistencial e de *backoffice* e pela monitorização do desempenho das especialidades cirúrgicas pelas quais respondo.

Com a realização do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde procurei complementar os conhecimentos teóricos obtidos na primeira fase de estudos e a experiência profissional, e assim adquirir ferramentas que contribuíssem para uma actividade de gestão mais profissional e actual.

Agradecimentos

A realização desta tese é o culminar de um extenso percurso e do desejo de longa data de aprofundar conhecimentos na área da saúde.

Como forma de reconhecimento, desejo agradecer a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização desta Tese de Mestrado, especialmente:

Ao Prof. António Brandão, orientador da tese, por toda a disponibilidade demonstrada, pelo apoio, críticas e sugestões relevantes, e pelo rigor indispensável à elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, que me ensinaram que nunca devemos desistir do que acreditamos, e que ao longo destes dois anos foram sempre dando incentivos para levar árdua tarefa até ao fim. À minha mãe pelo apoio de *babysitter*. Ao meu pai pelas críticas construtivas que deu das leituras dos diversos trabalhos e desta tese.

Ao Vasco, pelo apoio incondicional e estímulo que deu desde a fase de candidatura ao Mestrado até à entrega desta tese, por ter estado sempre ao meu lado neste duplo percurso, pela paciência e compreensão dos meus momentos de isolamento para pesquisa e escrita e pelas trocas de impressão e comentários à tese.

À Maria, que acompanhou este processo de Mestrado desde o primeiro dia, e talvez por isso tenha desenvolvido a paixão pelos livros, pela companhia nos momentos de estudo e pela compreensão nos momentos de dedicação ao Mestrado, esperando que lhe possa servir de exemplo e estímulo para a sua vida.

Aos meus amigos, que compreenderam a importância do Mestrado para mim, e que continuaram a ser meus amigos apesar das minhas faltas.

Ao Dr. António Lima Cardoso e ao Dr. Luís Ferreira pela flexibilidade permitida na organização do meu trabalho, para que pudesse ir às aulas, às reuniões de orientação e para dedicação de tempo à elaboração da tese.

Aos meus colegas de trabalho por me apoiarem e substituírem nas minhas ausências.

Resumo

A saúde é um dos sectores que em Portugal mais evoluiu nos últimos 40 anos: no seu desenvolvimento investiram-se significativos recursos financeiros, humanos e técnicos, e foi neste período criado o Serviço Nacional de Saúde que induziu a generalização do acesso aos cuidados de saúde e, com tudo isto, importantes indicadores demográficos e de saúde passaram a situar-se ao nível dos países mais desenvolvidos.

A par desta evolução, as instituições privadas assumiram um papel de crescente importância actuando nesta área cada vez mais operadores e com maior dimensão. A sua relevância fica também associada à crescente procura de cuidados de saúde pela população sendo que, hoje em dia, uma percentagem importante de consultas, exames e cirurgias é realizada em instituições privadas.

Num contexto em que existe um serviço nacional de saúde - universal e tendencialmente gratuito - questionamos não só como surgiu espaço para a actuação dos operadores privados, como se existe ainda margem para desempenharem um papel importante e crescente no sistema de saúde português.

Com este estudo, depois de enquadrar o sector da saúde em Portugal, procura-se demonstrar o papel que as instituições privadas de prestação de cuidados de saúde nele representam e, através de um estudo empírico, identificar os factores valorizados pelos utentes no momento da escolha de um prestador privado.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Saúde; Serviço Nacional de Saúde; Procura de Cuidados de Saúde; Hospitais Privados

Abstract

Health care is one of the economical sectors which had a great development in the last 40 years in Portugal: it was invested large amounts of financial, human and technical resources, was implemented the National Health Service, which allowed access generalization to health services and, with all these, important demographic and health indicators reach the level of the most developed countries.

In this environment, private health institutions assumed an important role, having more and greater players acting in this market. The importance of the private health sector is largely motivated by the growth of health care demand, being today an important percentage of appointments, exams and surgeries performed in private institutions.

In a context where the National Health Service is established, with universal access and with almost free of charge care, is questionable not only how there is place for private initiative but also how there is space for private institutions to have a growing position in the Portuguese Health System.

In this paper, after understanding Portuguese health sector, it is highlighted the role private health institutions have in it and, as a result of an empirical study carried out, are revealed the factors that are valued by users when choosing a private provider.

Keyword: National Health System, National Health Service, Health care demand; Private Hospitals

Índice

1. Introdução	5
2. O Sector da Saúde em Portugal	8
2.1. Enquadramento histórico	8
2.2. Enquadramento socioeconómico	9
2.3. Enquadramento político-legal	14
2.4. Recursos humanos e financeiros na saúde	16
3. Despesas de saúde	19
4. O contexto internacional do sector da saúde	23
5. Crescimento do sector privado da saúde em Portugal	25
5.1. Lado da oferta	25
5.1.1. Oferta Pública vs Privada.....	26
5.2. Lado da procura	34
5.2.1. Os “novos clientes” da saúde.....	34
5.2.2. A procura privada	36
5.3. Principais entidades privadas da saúde em Portugal.....	42
5.4. Os “mitos” sobre o sector privado	45
5.5. Visão de um novo papel do Estado no sector da saúde	46
6. Avaliação empírica dos determinantes da procura dos hospitais privados	49
6.1. Metodologia	49
6.2. Análise dos resultados.....	51
6.3. Conclusões	62
7. Conclusão	64
8. Referências Bibliográficas.....	66
9. Anexos.....	69

Índice de Figuras

Figura 1 – Evolução da Esperança Média de Vida à Nascimento em Portugal (em anos)	10
Figura 2 – Comparação internacional da Esperança Média de Vida à Nascimento, 2007.	10
Figura 3 – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal (mortes por 1000 nados vivos)	11
Figura 4 – Comparação internacional da Taxa de Mortalidade Infantil	12
Figura 5 – Tendências das taxas de mortalidade de doenças isquémicas cardíacas, em países seleccionados da OCDE, 1980-2006.....	13
Figura 6 - Emprego nos sectores sociais e da saúde em percentagem da população activa, 1995 e 2008 (ou último ano disponível).....	16
Figura 7 – Capacidade do Hospital dos Lusíadas	29
Figura 8 – Evolução do volume de utentes em espera por consulta hospitalar	37
Figura 9 – Beneficiários dos subsistemas de saúde	38
Figura 10 – Distribuição geográfica dos beneficiários da ADSE, 2008.....	39
Figura 11 – Evolução do número de beneficiários da ADSE	39
Figura 12 – Evolução do número de pessoas seguras para contratos de seguro de saúde individuais e de grupo (1990-2008).....	40
Figura 13 – Contribuição do sector segurador no volume total de despesas correntes em cuidados de saúde (2001-2006)	40
Figura 14 - Cálculo da dimensão da amostra.....	50

Índice de Quadros

Quadro 1 – Comparação internacional de indicadores demográficos, 2006	11
Quadro 2 – Evolução das principais taxas de mortalidade	12
Quadro 3 – Efectivos do Serviço Nacional de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde)...	17
Quadro 4 – Comparação internacional do número de Médicos e Enfermeiros por 1000 habitantes, 2005	17
Quadro 5 – Despesa Total Consolidada por Ministérios, OE 2010.....	18
Quadro 6 – Despesa total anual média por agregado familiar, 2005/2006.....	18
Quadro 7 – Evolução da despesa total (pública e privada) em Portugal	20
Quadro 8 – Evolução da despesa corrente nacional em saúde em Portugal (milhares de euros).....	20
Quadro 9 – Evolução do peso da despesa pública e privada em Portugal.....	20
Quadro 10 – Comparação internacional das despesas totais e despesas públicas em saúde, em relação ao PIB, 2005	21
Quadro 11 – Combinação público-privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, 1996.....	21
Quadro 12 – Combinação público-privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, 2004.....	21
Quadro 13 – Comparação da estrutura de despesa dos agregados familiares (% do total), 2003.....	22
Quadro 14 – Evolução da estrutura hospitalar portuguesa	25
Quadro 15 – Evolução dos hospitais privados com fins lucrativos	26
Quadro 16 – Número de Hospitais Públicos e Privados com fins lucrativos	27
Quadro 17– Distribuição geográfica dos hospitais	27
Quadro 18 – Camas do internamento (lotação praticada no ano) e outras camas dos hospitais, segundo a unidade a que pertencem	28
Quadro 19 – Camas em enfermarias e em quartos privados.....	28
Quadro 20 – Salas hospitalares por modalidade de hospital	28
Quadro 21 – Partos efectuadas nos hospitais.....	30
Quadro 22 – Intervenções cirúrgicas	30
Quadro 23 – Consultas por grupo de especialidades	31

Quadro 24 – Actos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais por grupo de especialidades.....	32
Quadro 25 – Número de equipamentos de diagnóstico e terapêutica por grupo de especialidades	33
Quadro 26 – Caracterização dos principais operadores privados	43
Quadro 27 – Visitas a instituições de saúde	51
Quadros 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 – Caracterização da amostra.....	52
Quadro 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 – Caracterização dos inquiridos que visitaram hospitais privados.....	54
Quadro 42, 43, 44 – Consumo de cuidados de saúde	55
Quadro 45 – Avaliação dos factores que podem influenciar a escolha por um hospital privado	57
Quadro 46 – Cruzamento dos determinantes da procura com as variáveis demográficas	58
Quadro 47 - Importância dada à localização tendo em conta o distrito de residência....	59
Quadro 48 - Importância dada ao preço tendo em conta o rendimento bruto mensal do agregado familiar	59
Quadro 49 - Importância dada ao preço tendo em conta o facto de ser aderente de um subsistema de saúde	60
Quadro 50 - Importância dada ao preço tendo em conta o facto de possuírem um seguro de saúde.....	60
Quadro 51 - Importância dada à existência de acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde tendo em conta o facto de ser aderente de um subsistema de saúde.....	61
Quadro 52 - Importância dada à existência de acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde tendo em conta o facto de possuírem um seguro de saúde	61
Quadro 53 – Revisão dos determinantes da procura.....	63

1. Introdução

Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios na saúde dos Portugueses graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde (aumento da cobertura e generalização da acessibilidade) e ao acréscimo de recursos (humanos, financeiros e técnicos) alocados ao sistema de saúde. Neste período Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais ao nível de indicadores fundamentais como a Esperança Média de Vida à Nascimento (aumentou 18% para os Homens e 16% para as Mulheres) ou a Taxa de Mortalidade Infantil (reduziu 94% entre 1970 e 2008). Nestas quatro décadas ocorreram, entre outros factos igualmente significativos, a transferência generalizada dos hospitais das Misericórdias para a alçada do Estado, a criação do Serviço Nacional de Saúde (adiante designado por SNS), a publicação da Lei de Bases da Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos para SA (e posteriormente para EPE), a construção de novos hospitais no âmbito de parcerias público-privadas ou a aposta crescente de grandes grupos económicos na área da saúde. Sendo o orçamento de Estado limitado, continuando a despesa total com saúde em crescimento (devido a factores como o envelhecimento da população, a exigência de melhores cuidados, os novos hábitos e estilos de vida dos cidadãos) e revelando-se as expectativas dos portugueses para com os cuidados de saúde cada vez mais elevadas, é grande a pressão sobre o SNS: se os gastos públicos em saúde não forem controlados, podem vir a comprometer-se os ganhos e os resultados adquiridos. Esta realidade de aumento da despesa e da necessidade de a controlar não é exclusiva de Portugal, é uma condição presente em todo o contexto internacional.

Por outro lado, num contexto em que existe um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito, é de questionar como existe, não só lugar para os operadores privados, como também margem para desempenharem um importante e crescente papel no sistema de saúde português. Vários são os factores que podem ser apontados para explicar esta preponderância mas, geralmente, quando os serviços do Estado não conseguem dar a resposta mais adequada ou atempada às necessidades da população, deixam espaço para a iniciativa privada. No caso da saúde, a falta de resposta do SNS legitimou a possibilidade de os privados entrarem no sector (quer complementando-o,

quer competindo com ele) partilhando um mercado muito atractivo - estima-se que valha entre 700 e 800 milhões de euros por ano¹.

A crescente preocupação com a saúde e com o bem-estar, o aumento do poder de compra da população, a possibilidade de exercer com liberdade a escolha do prestador, o maior conforto proporcionado no consumo de cuidados de saúde e o acesso normalmente mais rápido a esses cuidados, podem ser apontadas como algumas das razões para o crescimento do mercado privado da saúde em Portugal.

A presença dos privados na saúde é já muito relevante e daí que quando se analisa o sector não se possa apenas mencionar o *Serviço* Nacional de Saúde (SNS) mas deva, sim, considerar-se o *Sistema* Nacional de Saúde, no qual a iniciativa privada tem um papel chave.

Tendo como ponto de partida estas e outras reflexões é divulgado neste trabalho o resultado do estudo efectuado para conhecer os aspectos que os doentes valorizam quando optam por recorrer aos cuidados de saúde de uma instituição privada. Uma das constatações é a de que a maioria dos inquiridos considera *muito importante* ou *importante* atributos como notoriedade, organização interna, localização ou os preços praticados. Significativamente, nenhum item do inquérito teve valoração relevante para as qualificações *pouco importante* ou *nada importante*.

No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento de um sector tão importante como o da saúde, através de uma breve resenha histórica, referindo a envolvente socioeconómica e político-legal e analisando os números ao nível dos recursos humanos e financeiros associados à prestação de cuidados de saúde. Dependendo em grande parte do orçamento do Estado e continuando a dotação para a saúde em crescimento, é abordada a vertente da despesa de saúde no segundo capítulo. Para melhor situar a realidade portuguesa é importante conhecer a realidade de outros países pelo que, no terceiro capítulo, é abordado o contexto internacional do sector da saúde. O quarto capítulo debruça-se sobre o crescimento do sector privado da saúde em Portugal, sendo analisados o lado da oferta e o da procura, referidas as principais entidades a operar neste mercado, questionados os “mitos” sobre a actividade privada e proposto um novo papel para o Estado no sector da saúde. Por último, no capítulo cinco, para compreender

¹ www.josedemello.pt, acedido em 01/11/2009

o que os portugueses valorizam quando escolhem um hospital privado, é fornecida a interpretação dos resultados do inquérito efectuado no âmbito deste trabalho.

2. O Sector da Saúde em Portugal

2.1. Enquadramento histórico

Os portugueses estão habituados a que a protecção na saúde seja uma responsabilidade do Estado Português. Contudo esta é uma realidade com apenas 40 anos. Até 1979, ano da criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia apenas a assistência aos pobres¹.

Em 1946, a publicação da Lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946 (cujo objectivo foi o de organizar os serviços prestadores de cuidados de saúde existentes), lança a base para uma rede hospitalar sob a responsabilidade das Misericórdias².

A Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência e atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Passa a caber ao Estado, também, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares³.

Com a criação do SNS em 1979, o acesso aos cuidados de saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos (portugueses ou estrangeiros), independentemente da sua condição económica e social. O SNS fica a dispor de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas)⁴, transferindo-se os hospitais das Misericórdias para o Estado.

¹ www.portaldasaude.pt, acedido a 20/02/2010

² Ibd

³ Ibd

⁴ Ibd

2.2. Enquadramento socioeconómico

Portugal sofreu uma grande evolução social, cultural e económica nas últimas quatro décadas. Momentos históricos como a Revolução de 25 de Abril de 1974 ou a adesão à Comunidade Europeia em 1986, implicaram mudanças que possibilitaram alcançar uma melhoria das condições de vida da população em geral: generalização do saneamento básico, do abastecimento domiciliário de água potável, melhoria da alimentação, da habitação, das condições de salubridade ambiental. Esta situação permitiu também obter ganhos significativos nos indicadores da saúde da população (Campos (2008)).

Simultaneamente verificou-se um incremento dos recursos financeiros, materiais e humanos aplicados à saúde, permitindo alargar o acesso a cuidados de saúde, quer em quantidade, quer em qualidade, com evidentes reflexos na melhoria do estado da saúde da população portuguesa.

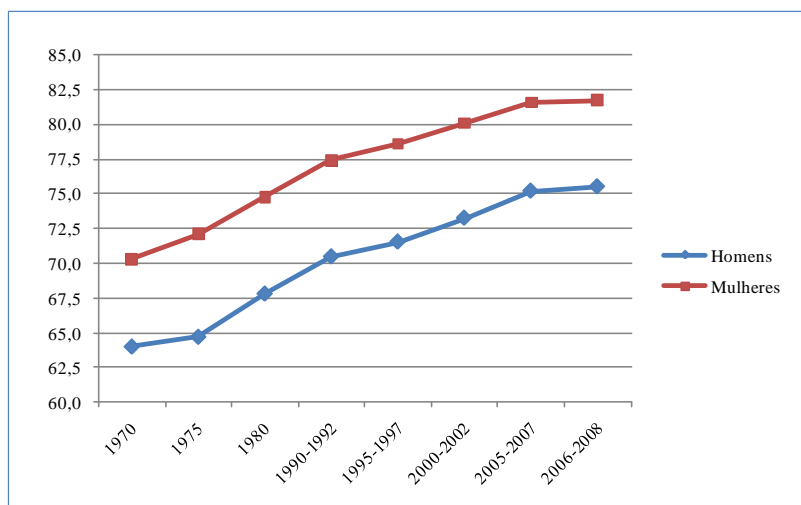
O sistema de saúde tornou-se mais eficaz, o Estado passou a ter uma maior intervenção nas políticas de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença e o acesso aos cuidados de saúde passou a ser universal.

Assim, em 40 anos, Portugal conseguiu aproximar-se das médias internacionais em importantes indicadores demográficos e de saúde.

a) Indicadores demográficos

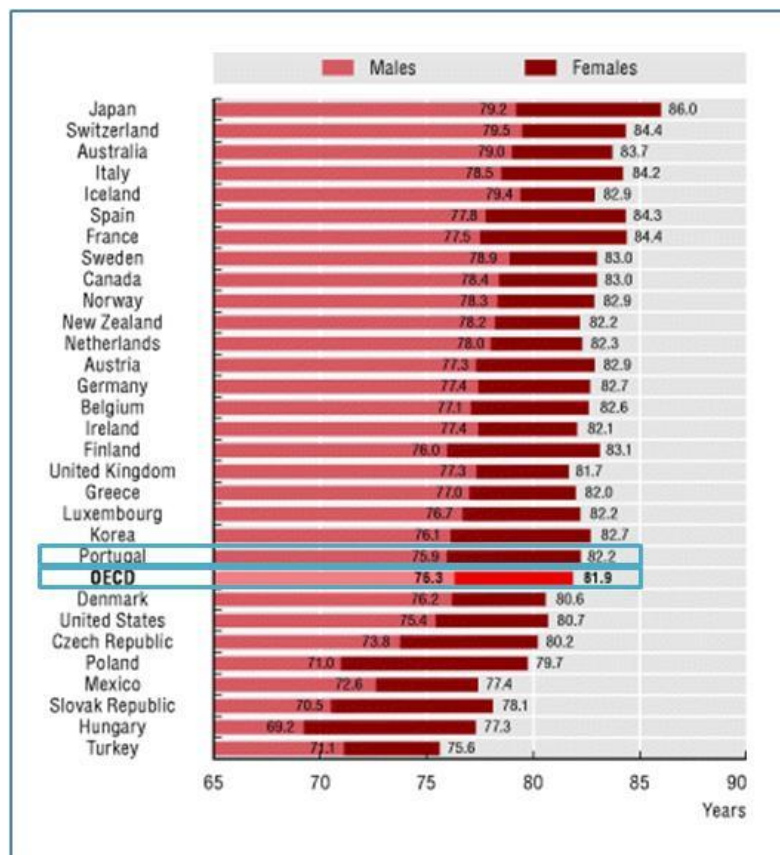
Em 2008, em Portugal, a Esperança Média de Vida à Nascimento para os Homens era de 75,5 anos, e para as Mulheres de 81,7 anos (tendo aumentado mais de 11 anos num intervalo de 40 anos (Figura 1)), apresentando valores semelhantes aos da média dos países da OCDE (em 2007, a Esperança Média de Vida à Nascimento para os Homens era de 76,3 anos e para as Mulheres de 81,9 anos) (Figura 2).

Figura 1 – Evolução da Esperança Média de Vida à Nascença em Portugal (em anos)



Fonte: Construção própria com base no INE - Indicadores Demográficos (Metodologia 2007), dados actualizados a 15/01/2010 (acedido a 06/03/2010), OCDE - Health Data, 2008 (mencionado por Ribeiro (2009))

Figura 2 – Comparação internacional da Esperança Média de Vida à Nascença, 2007
(ou último ano disponível)



Fonte: OCDE - Health Data 2009 (www.oecdlibrary.org/, acessado a 10/07/2010)

Não só no indicador Esperança Média de Vida à Nascimento, Portugal está ao nível de outros países desenvolvidos. Também o está, por exemplo, nos indicadores relativos à Natalidade ou à Mortalidade (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparação internacional de indicadores demográficos, 2006

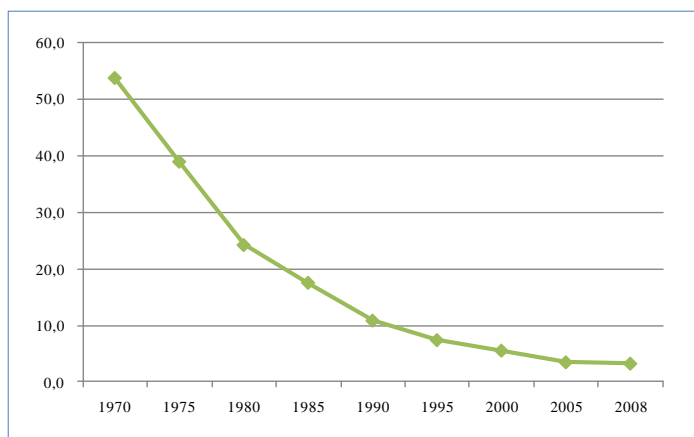
País	Esperança de vida à nascença (anos)	Natalidade (‰)	Mortalidade (‰)
França	81,1	13,0	8,4
Suécia	81,1	11,7	10,1
Alemanha	79,9	8,2	10,0
Irlanda	79,9	15,2	6,5
Portugal	78,7	9,9	9,6
Dinamarca	78,1	12,1	10,3

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, Fevereiro 2009 (mencionado em Elementos Estatísticos – Informação Geral: Saúde 2007, DGS (2009))

b) Indicadores de saúde

Em Portugal, a Mortalidade Infantil teve uma grande redução, como resultado de políticas e estratégias bem definidas e programas e investimentos selectivos e coerentes nas áreas perinatal, maternal e infantil⁵: em cerca de 40 anos passou-se de 53,7 mortes por cada 1000 nascimentos para 3,25 (Figura 3), sendo dos melhores indicadores a nível mundial (Figura 4).

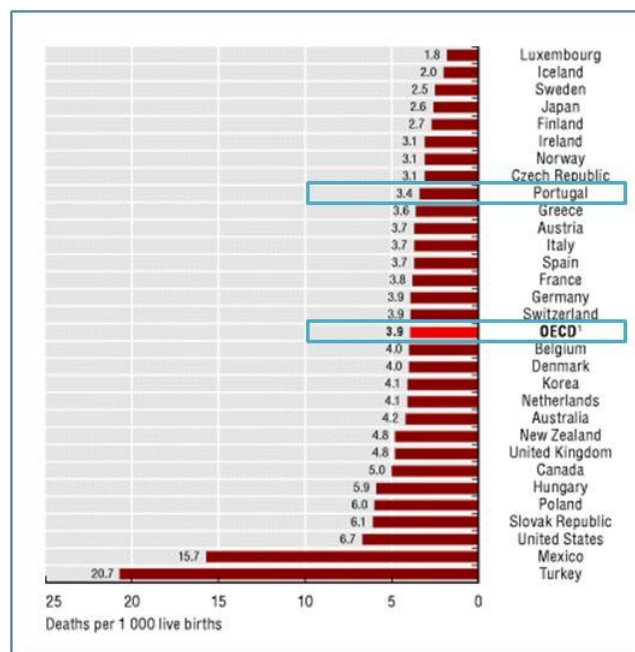
Figura 3 – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal (mortes por 1000 nados vivos)



Fonte: Construção própria com base no INE - Indicadores Demográficos, dados actualizados a 25/06/2009 (acedido a 06/03/2010); Indicadores Sociais 2008, (INE, 2009)

⁵ www.observaport.org/node/14, acedido a 20/07/2010

Figura 4 – Comparação internacional da Taxa de Mortalidade Infantil (mortes por 1000 nados vivos), 2007 (ou último ano disponível)



Fonte: OCDE - Health Data 2009 (www.oecdilibrary.org/, acedido a 10/07/2010)

Como resultado das diversas intervenções na área da saúde, em apenas 10 anos, em Portugal, as principais taxas de mortalidade diminuíram mais de 50% (Quadro 2).

Quadro 2 – Evolução das principais taxas de mortalidade

Taxa de Mortalidade	1995	2000	2005
Neonatal (‰)	4,7	3,4	2,2
Perinatal (‰)	9,0	6,2	4,3
Materna (‰)	8,4	2,5	2,7

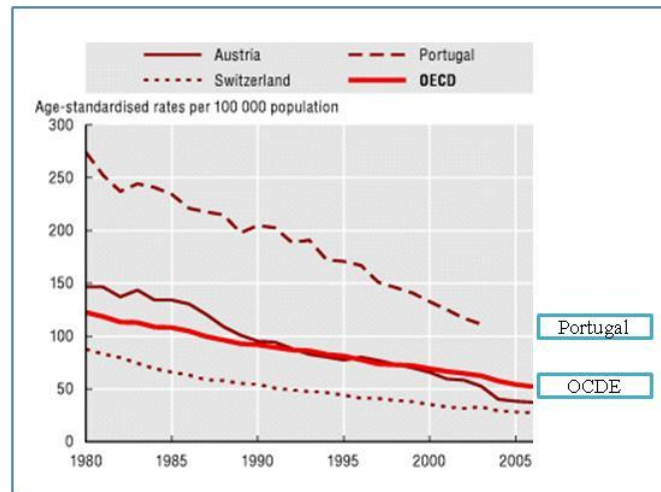
Fonte: Estatísticas da Saúde (INE); Estatísticas Demográficas (DGS/ DSEES) (mencionado em Elementos Estatísticos – Informação Geral: Saúde 2007, DGS (2009))

Também a política de vacinação levada a cabo nos últimos anos, permite que, no século XXI, Portugal tenha valores de imunização acima dos 80%: 89% na tuberculose, 93% no tétano, polio e sarampo, 94% na hepatite B, 96% na varicela e rubéola (Campos (2008)), traduzindo-se também esta realidade em efectivos ganhos de saúde.

Noutras áreas da saúde, apesar de Portugal ter piores indicadores do que a média dos países da OCDE, é inegável a evolução recente. Como exemplo, o número de mortes

devido a doenças cardíacas que diminuiu drasticamente: passou de 27,4 mil mortes em 1980 para 11,1 em 2003 (Figura 5). Este abrandamento (59%) deveu-se, entre outros motivos, à redução dos factores de risco e às melhorias nos tratamentos médicos⁶.

Figura 5 – Tendências das taxas de mortalidade de doenças isquémicas cardíacas, em países seleccionados da OCDE, 1980-2006



Fonte: OCDE - Health Data 2009 (www.oecdilibrary.org/, acedido a 10/07/2010)

⁶ www.oecdilibrary.org/, acedido a 10/07/2010

2.3. Enquadramento político-legal

Em termos de enquadramento político-legal, nas últimas quatro décadas o sistema de saúde em Portugal também sofreu grandes evoluções.

Se, quase até ao final da década de 70, a assistência médica estava a cargo das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência, após 1979 o Estado passou a ser responsável por salvaguardar o direito à protecção da saúde.

Podem ser apontados como os grandes marcos na reforma do sistema de saúde Português os seguintes:

- 1971 – as bases para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) são lançadas com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – “Reforma de Gonçalves Ferreira” – que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência. São explicitados os princípios do reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde), da integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados e, ainda, do planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem os “centros de saúde de primeira geração”⁷;
- 1976 – aprovação da nova Constituição da República Portuguesa constando, no seu artigo 68º, o direito de todos os cidadãos à protecção da saúde (estando o Estado, prioritariamente, incumbido de garantir o acesso de todos os cidadãos) e o dever dos cidadãos de defender e promover a saúde;
- 1979 – criação do SNS (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro): o Estado fica responsável por assegurar o direito à saúde (compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social) a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social;

⁷ www.portaldasaude.pt, acedido a 20/02/2010

- 1989 – promulgação da 2ª Revisão da Constitucional que, no Artº. 64, nº2, alínea a), passa a definir que “*O direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e (...) tendencialmente gratuito*”;
- 1990 – publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), importando referir a Base XII – Sistema de Saúde – Artº. 1º: “*O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas (...), entidades privadas e por todos os profissionais livres (...)*”, ou seja, surge uma nova e ampla concepção do sistema de saúde, integrando SNS, entidades privadas e profissionais liberais. O Estado poderá actuar através de serviços próprios, celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde e apoiar e fiscalizar a restante actividade privada na área da saúde;
- 1993 - criação do Estatuto do SNS (Decreto-Lei ° 11/93 de 15 de Janeiro) reforçando a separação entre sistema de saúde e serviço nacional de saúde (Artº. 1 “*O Serviço Nacional de Saúde (...) é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*”) e incentivando a intervenção do sector privado na prestação de cuidados (Artº. 28 “*A gestão de instituições e serviços do SNS pode ser entregue a outras entidades mediante o contrato de gestão ou a grupo de médicos em regime de convenção*”);
- 2003 – criação, com o Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de Dezembro, da Entidade Reguladora da Saúde à qual são conferidas competências para supervisionar a actividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes.

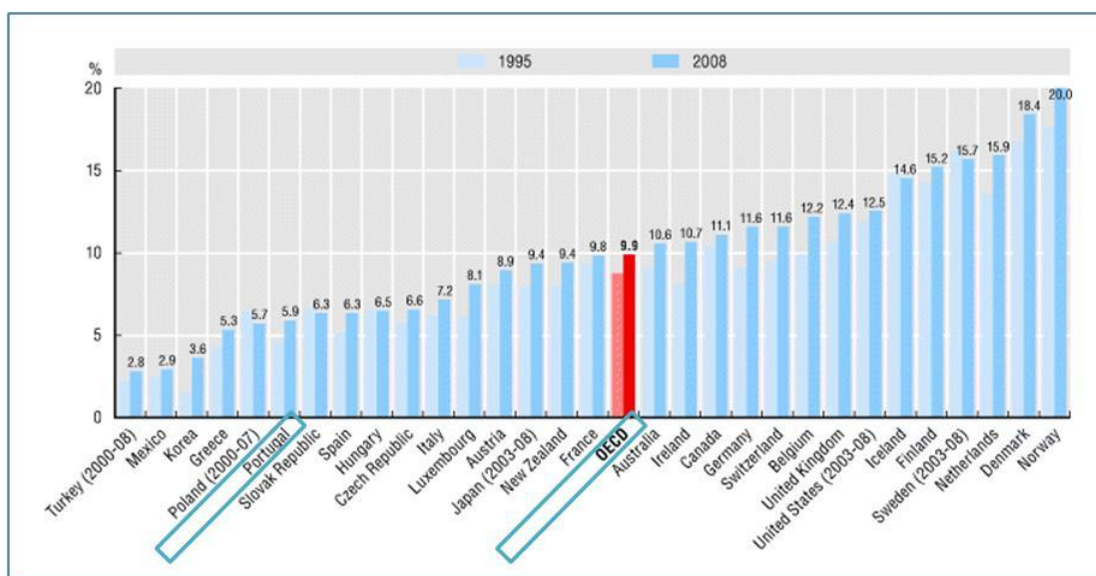
2.4. Recursos humanos e financeiros na saúde

A relevância do sector da saúde pode aferir-se não só pelo que a saúde representa para a qualidade de vida da população, mas também pela influência na economia do país - quer pelo número de pessoas que emprega (directa e indirectamente), quer pela riqueza que gera, quer pelo peso que tem no PIB, nos orçamentos de Estado ou nos orçamentos das famílias.

a) Recursos humanos

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

Figura 6 - Emprego nos sectores sociais e da saúde em percentagem da população activa, 1995 e 2008 (ou último ano disponível)



Fonte: OECD Annual Labour Force Statistics; US Bureau of Labor Statistics, OECD Health Data 2009 (www.oecdilibrary.org/, acessado a 10/07/2010)

Os efectivos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, já de si substanciais, cresceram 18% nos últimos 20 anos: o pessoal médico aumentou 12% e o pessoal de enfermagem e de técnicos de diagnóstico e terapêutica mais de 50% (Quadro 3).

Quadro 3 – Efectivos do Serviço Nacional de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde)

Efectivos do SNS	1990	1995	2007	Crescimento (1990-2007)
Total de efectivos do SNS	100.870	107.950	119.371	18%
Pessoal Médico	20.574	22.539	22.993	12%
Pessoal de Enfermagem	24.973	29.685	37.606	51%
Pessoal Téc. Diagnóstico e Terapêutica	4.738	5.513	7.306	54%

Fonte: Construção própria com base no Departamento de Modernização e Recursos de Saúde; ACSS (mencionado em Elementos Estatísticos – Informação Geral: Saúde 2007, DGS (2009))

Quando se compara o número de médicos por mil habitantes, Portugal está no escalão de outros países com igual ou superior nível de desenvolvimento. Contudo, o mesmo não acontece com o número de enfermeiros, cujo número é bastante inferior (Quadro 4).

Quadro 4 – Comparação internacional do número de Médicos e Enfermeiros por 1000 habitantes, 2005

País	Médicos	Enfermeiros
Espanha	3,8	7,4
Suécia	3,5	10,7
Alemanha	3,4	7,8
França	3,4	7,4
Portugal	3,4	4,6
Dinamarca	3,2	9,7
Irlanda	2,8	15,2

Fonte: OCDE, Health Data, Abril 2009 (mencionado em Elementos Estatísticos – Informação Geral: Saúde 2007, DGS (2009))

b) Recursos financeiros

O peso do sector da saúde no PIB português quadruplicou nas últimas quatro décadas: se em 1970 o peso das despesas totais em saúde em relação ao PIB era de 2,5%, em 2005 já correspondia a 10,2%, estando acima dos países da UE⁽¹⁵⁾ na média dos quais representava 9,2%^{8 9}. Analisando o Orçamento do Estado para 2010, pode concluir-se que a despesa do subsector Estado e do subsector serviços e fundos autónomos orçamentada pelo Ministério da Saúde é a segunda maior parcela, representando 16% do total da despesa consolidada (Quadro 5).

⁸ Ribeiro (2009);

⁹ OCDE, Health Data, Abril 2009 (mencionado em Elementos Estatísticos – Informação Geral: Saúde 2007, DGS (2009)).

Quadro 5 – Despesa Total Consolidada por Ministérios, OE 2010

Despesa por Ministérios (milhões de euros)	Total	%
Finanças e da Administração Pública	18.389	31%
Saúde	9.505	16%
Trabalho e Solidariedade Social	8.968	15%
Educação	7.276	12%
Encargos Gerais do Estado	3.237	5%
Ciência, Tecnologia e Ensino Superior	2.560	4%
Defesa Nacional	2.441	4%
Administração Interna	2.016	3%
Justiça	1.720	3%
Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas	1.271	2%
Economia e Inovação e Desenvolvimento	479	1%
Ambiente, Ordenamento do Território	477	1%
Obras Públicas e Transportes e Comunicações	414	1%
Negócios Estrangeiros	406	1%
Presidência do Conselho de Ministros	319	1%
Cultura	236	0%
Total	59.714	100%

Fonte: Construção própria com base no Orçamento do Estado para 2010, Ministério das Finanças, Janeiro 2010

Contudo, e apesar do desígnio constitucional de o direito à saúde ser tendencialmente gratuito, as despesas com saúde têm um peso significativo no orçamento das famílias, representando 6% das despesas anuais dos agregados familiares (Quadro 6). Estes valores correspondem a co-pagamentos, taxas moderadoras, aquisição de medicamentos, acesso a cuidados de saúde privados, aquisição de seguros de saúde, ou outras despesas.

Quadro 6 – Despesa total anual média por agregado familiar, 2005/2006

Estrutura de despesa dos agregados	Total	%
Habituação, água, electricidades, gás e outros comb.	4.691	27%
Alimentação e bebidas não alcoólicas	2.736	16%
Transportes	2.272	13%
Restaurantes e hotéis	1.909	11%
Outros bens e serviços	1.147	7%
Saúde	1.066	6%
Cultura e distração	997	6%
Aces., equip. doméstico e manut. corrente da hab.	839	5%
Vestuário e calçado	726	4%
Comunicações	519	3%
Bebidas alcoólicas, tabaco enarcótico s/ estupefacientes	403	2%
Educação	301	2%
Total	17.606	100%

Fonte: Construção própria com base no INE - Inquérito às Despesas das Famílias 2005/2006 (mencionado em Indicadores Sociais 2008, INE 2009)

3. Despesas de saúde

Mundialmente, as despesas totais com saúde (públicas e privadas) têm crescido de ano para ano. Vários são os motivos que autores como Novais (2010), Silva (2010), Castilho (2003) ou Simões (2009) têm apontado para explicar este crescimento, e que podem organizar-se em três áreas: procura, oferta e factores económicos.

- Do lado da procura pode referir-se: (1) aumento da esperança de vida, (2) envelhecimento da população, (3) evolução cultural das populações, (4) aumento do rendimento disponível das famílias, (5) alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde e (6) procura mais exigente de cuidados médicos;
- Do lado da oferta: (7) ritmo de inovação e desenvolvimento tecnológico, (8) recurso a meios sofisticados e dispendiosos de diagnóstico, (9) o facto de os cuidados de saúde serem intensivos em trabalho, (10) generalização da cobertura de cuidados de saúde, (11) as formas de organização da prestação de cuidados de saúde e do seu financiamento, (12) aumento dos meios materiais e humanos de prestação de cuidados;
- Quanto aos factores económicos: (13) evolução da produtividade no sector da saúde (“Doença de Baumol”) ou ainda (14) crescimento do PIB (associado à elasticidade positiva das despesas de saúde).

Como referido anteriormente, em Portugal as despesas totais em saúde têm crescido e a um ritmo elevado. Ao analisar as despesas totais em saúde *per capita* constata-se que estas cresceram mais de 44 vezes, passando de 48 dólares em 1970 para 2.120 dólares em 2006 (Quadro 7), valor todavia inferior ao observado tanto para a média da UE ⁽¹⁵⁾ - 3.044 dólares, como para a média dos países da OCDE – 2.898 dólares¹.

¹ OCDE, Health Data 2008, Outubro 2008, mencionado no Relatório e Contas do SNS – 2007, ACSS, Janeiro 2009

Quadro 7 – Evolução da despesa total (pública e privada) em Portugal

Despesa total em saúde	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2006
Despesas totais em saúde em % do PIB	2,5	5,1	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2
Despesas totais em saúde em dólares per capita (PPC)	48	155	276	397	638	1036	1509	2120

Fonte: OCDE, Health Data 2008 (mencionado por Ribeiro (2009))

Pela análise da Quadro 8 constata-se que, em poucos anos, as despesas com saúde aumentaram cerca de 43%, tendo o peso da despesa privada aumentado em detrimento da despesa pública.

Quadro 8 – Evolução da despesa corrente nacional em saúde em Portugal (milhares de euros)

Despesa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pública	7.545.080	7.852.881	8.524.373	9.265.667	9.812.594	10.297.549	10.510.375
Privada	2.803.944	3.075.110	3.228.658	3.468.995	3.874.523	4.128.142	4.250.744
Total	10.349.024	10.927.991	11.753.031	12.734.662	13.687.117	14.425.691	14.761.119
Pública - %	73%	72%	73%	73%	72%	71%	71%
Privada - %	27%	28%	27%	27%	28%	29%	29%

Fonte: Construção própria com base no INE - Conta Satélite da Saúde, dados actualizados a 12/12/2008 (acedido a 07/05/2010)

É de notar que a percentagem de despesas privadas no total das despesas em saúde tem variado ao longo dos anos (Quadro 9).

Quadro 9 – Evolução do peso da despesa pública e privada em Portugal

Despesa total em saúde	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2006
% das despesas públicas no total das despesas em saúde	59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	70,6
% das despesas privadas no total das despesas em saúde	41,0	41,1	35,7	45,5	34,5	37,4	27,5	29,4

Fonte: OCDE, Health Data 2008 (mencionado por Ribeiro (2009))

Segundo os dados do INE, em 2006 a despesa pública em Portugal representou 71,5% da despesa total com saúde. Apesar de ser um valor elevado, ainda está abaixo da média da UE ⁽¹⁵⁾ – 77,3% e da média da OCDE – 72,6% ². Comparando Portugal com alguns países europeus, pode também constatar-se que as despesas públicas em Portugal têm um menor peso face às despesas totais com saúde (Quadro 10).

² Relatório e Contas do SNS – 2007, ACSS, Janeiro 2009

Quadro 10 – Comparação internacional das despesas totais e despesas públicas em saúde, em relação ao PIB, 2005

País	% em relação ao PIB		% despesas públicas face às despesas totais
	Totais	Públicas	
Dinamarca	9,4	7,9	84%
Suécia	9,2	7,5	82%
França	11,2	8,9	79%
Irlanda	8,2	6,5	79%
Alemanha	10,7	8,2	77%
Portugal	10,2	7,4	73%

Fonte: OECD, Health Data 2008, Abril 2009, (mencionado em Elementos estatísticos – Informação Geral Saúde/ 2007 – DGS)

O constante aumento das despesas com saúde implica, a cada ano que passa, um crescente esforço financeiro do Estado, sendo cada vez maior a fatia das receitas necessárias para cobrir as despesas com saúde.

Analizando e comparando a relação financiamento e prestação público-privado nos anos de 1996 e 2004 (Quadro 11 e 12), pode concluir-se que, em menos de dez anos, ocorreram alterações significativas na distribuição do peso das despesas totais com saúde: (1) o SNS passou a ser responsável por mais de metade da despesa total com saúde; (2) grande redução das despesas geradas por prestação privada (medicamentos, hemodiálise, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.) e financiadas pelo SNS; (3) diminuição do peso das despesas totais com saúde geradas por prestação privada e financiada pelas famílias; (4) grande aumento das despesas de saúde geradas por prestação privada e financiada pelas famílias (taxas moderadoras, co-pagamentos de medicamentos, etc.).

Quadro 11 – Combinação público-privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, 1996

		Financiamento		
		Público	Privado	Total
Prestação	Pública	41,9%	4,5%	46,4%
	Privada	17,9%	35,7%	53,6%
	Total	59,8%	40,2%	100,0%

Fonte: INA, 1999 (mencionado por Simões (2009))

Quadro 12 – Combinação público-privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde, 2004

		Financiamento		
		Público	Privado	Total
Prestação	Pública	40,3%	29,6%	69,9%
	Privada	1,6%	28,5%	30,1%
	Total	41,9%	58,2%	100,0%

Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde, 2006, (mencionado por Silva (2010))

Em 2006, o SNS transferiu em pagamentos para o sector privado cerca de 2449 milhões de euros: 964 milhões corresponderam à compra de cuidados de saúde (análises, imagiologia, etc.), e 1485 milhões constituíram pagamentos às farmácias pela participação de medicamentos (Ribeiro (2009)).

As despesas com saúde das famílias também têm crescido. Comparando a estrutura das despesas dos agregados familiares portugueses e da UE (27), as despesas com saúde em Portugal têm quase o dobro do peso (Quadro 13).

Quadro 13 – Comparação da estrutura de despesa dos agregados familiares (% do total), 2003

Estrutura de despesa dos agregados	Portugal	UE ₍₂₇₎
Alimentação e bebidas não alcoólicas	17,0	13,0
Habituação, água, electricidades, gás e outros comb.	13,9	21,1
Transportes	13,5	13,4
Bens e serviços diversos	10,9	10,7
Restaurantes e hotéis	10,3	8,8
Vestuário e calçado	7,6	6,0
Aces., equip. doméstico e manut. corrente da hab.	7,1	6,5
Cultura e distração	6,4	9,5
Saúde	5,3	3,4
Bebidas alcoólicas e tabaco	3,8	3,7
Comunicações	2,9	2,8
Educação	1,2	1,0
Total	100	100

Fonte: Eurostat, População e Condições Sociais - Indicadores Estruturais, Junho de 2009 (mencionado em Indicadores Sociais 2008, INE 2009)

Tendo em conta a actual conjuntura económica, e sendo as despesas com saúde das famílias significativas, pode correr-se o risco de colocar em causa o acesso a cuidados de saúde de uma parte da população.

4. O contexto internacional do sector da saúde

Para melhor compreender a organização, evolução e situação o sector da saúde em Portugal importa agora aproximá-lo de realidade de outros países.

Comparando diferentes países, rapidamente se conclui que existem diferenças - quer ao nível do grau de desenvolvimento do sistema de saúde, quer das relações entre o sector público e privado - diferenças estas que, de acordo com Simões (2009) e com o relatório da WHO (2002), foram motivadas (1) pelos valores da sociedade e pelo contexto cultural e histórico de cada país (aspectos políticos, económicos e sociais) que influenciaram o sistema de saúde, (2) pelos objectivos de saúde estabelecidos por cada um e respectiva ordem de prioridades definida e (3) pelo próprio funcionamento do sistema de saúde, dos seus recursos, da forma ou do processo como se combinaram e dos resultados na saúde das populações.

Tendo em conta a matriz ideológica da protecção social, podem encontrar-se diferentes formas dos Estados materializarem a sua intervenção na área da saúde. Nos sistemas de saúde identificados com o modelo Beveridgiano, o Estado (1) tem a responsabilidade do financiamento, a posse e gestão das instalações de saúde, (2) o financiamento é efectuado sobretudo através de impostos, (3) os cuidados hospitalares estão essencialmente nas mãos de agentes públicos, enquanto os cuidados de ambulatório são prestados por agentes públicos, privados ou por uma combinação dos mesmos (Ham (1997); Maarse (2006)) – é o caso do Reino Unido. No modelo Bismarkiano (1) existe um esquema de seguro de saúde social, (2) co-existem entidades públicas e privadas na prestação de cuidados de saúde, (3) as funções do Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros (Maarse (2006); (Simões (2009)) – é o caso da Alemanha. Contudo, muitos países adoptaram um modelo misto (como é o caso dos EUA), combinando características de ambos os modelos. De acordo com Simões (2009) os modelos híbridos procuraram uma utilização plural de incentivos típicos do mercado, com a manutenção da propriedade pelo sector público.

O relatório da WHO (2002) caracteriza as diferenças regionais em termos do envolvimento do sector privado na saúde agrupando os países de acordo com a sua localização geográfica:

- Países da Europa Ocidental – possuem um sistema de seguro social de saúde - tradicionalmente o sector privado desempenha um papel importante na prestação de serviços de saúde;
- Países do Norte e do Sul da Europa – possuem um serviço nacional de saúde - têm levado a cabo reformas que permitem que os serviços de saúde sejam comprados ao sector privado com dinheiro público e conferem um papel mais significativo ao sector privado na prestação de cuidados de saúde;
- Países da Europa Central e de Leste - tem existido uma tendência de mercado para a instituição de sistemas de seguros sociais de saúde, com aumento do papel dos prestadores privados.

Por exemplo em França, o sector privado com fins lucrativos tem um papel muito relevante: no ano 2000, 20% das camas para medicina, cirurgia e obstetrícia estavam em hospitais privados com fins lucrativos (Maarse (2006)). No caso da Grécia, à medida que o sector público foi crescendo e melhorando, foram sendo tomadas medidas legais de desincentivação do sector privado, como a obrigatoriedade de exclusividade a tempo inteiro dos médicos do sistema nacional de saúde ou a proibição de criação de novos hospitais privados, situação que foi entretanto ultrapassada. Actualmente os cuidados de saúde são prestados pelo serviço nacional de saúde (criado em 1983), por unidades de saúde pertencentes a fundos de seguros sociais e por entidades privadas (Y. Tountas *et al.* (2005))

Na União Europeia são diferentes as formas de intervenção do Estado no sector da saúde: nuns casos só financia os cuidados de saúde, noutros financia e assegura a prestação dos mesmos. Na Dinamarca, Suécia, Finlândia e Reino Unido, mais de 90% das camas hospitalares pertencem ao sector público; em Itália e Portugal entre 80 e 90%; e em Espanha, França, Grécia e Irlanda entre 50 e 80%. Na Alemanha, cerca de metade das camas são públicas e, das restantes, a maior parte pertence a entidades sem fins lucrativos; na Bélgica, Luxemburgo e Holanda, a maior parte dos hospitais para doentes agudos pertence ao sector privado (Simões (2009)).

5. Crescimento do sector privado da saúde em Portugal

A estrutura hospitalar portuguesa tem-se alterado muito ao longo dos anos. Se, inicialmente, os hospitais eram essencialmente de índole privada, com a criação do SNS em 1979 houve uma transferência dos hospitais das Misericórdias para o Estado. Posteriormente, na década de 90 e nos anos 2000, o número de hospitais públicos diminuiu devido à transformação de pequenos hospitais concelhios em centros de saúde, e devido à integração de hospitais regionais de pequeno porte em hospitais distritais (Ribeiro (2009)). Mais recentemente observou-se a criação de centros hospitalares que agregam vários hospitais cuja localização é próxima (Quadro 14).

Quadro 14 – Evolução da estrutura hospitalar portuguesa

Modalidade de Hospitais *	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Nº hospitais públicos	171	185	394	139	145	119	125	111	107
Nº hospitais privados	444	347	97	93	95	81	96	93	93

* Modalidade de hospitais: Oficiais - hospitais públicos, militares, paramilitares e prisionais; Privados - com e sem fins lucrativos

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde (mencionado por Ribeiro (2009))

5.1. Lado da oferta

O sector privado da saúde em Portugal tem crescido e mantém ainda potencial de crescimento - estima-se que valha entre 700 e 800 milhões de euros por ano¹.

Y. Tountas *et al.* (2005), Doyle *et al.* (2000) indicam como factores justificativos do crescimento do sector privado (1) a elevada qualidade dos serviços dos hospitais privados, (2) os importantes investimentos efectuados em tecnologias de ponta, (3) o rápido crescimento do número de médicos privados, (4) o facto de os hospitais privados também terem passado a efectuar procedimentos complexos como *bypass* das artérias coronárias, tratamentos oncológicos ou prestação de cuidados intensivos, factores estes que são completamente aplicáveis à realidade portuguesa.

¹ www.josedemello.pt, acedido em 01/11/2009

Oliveira (2010) aponta cinco características específicas do sistema de saúde português como determinantes para o desenvolvimento da oferta privada: (1) a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado, (2) a possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de actividade no sector privado, (3) os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80, (4) a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e (5) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde.

Embora as entidades privadas da área da saúde já existam há muitos anos, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993 vieram legitimar a presença do sector privado no sistema de saúde português. Em pleno século XXI, este sector tem grande relevância na prestação de cuidados de saúde em geral e, particularmente, em áreas como a saúde oral, diálise renal, análises clínicas, fisioterapia ou serviços de radiologia, onde não existe uma cobertura integral por parte do SNS. Em poucos anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos aumentou 26% (Quadro 15).

Quadro 15 – Evolução dos hospitais privados com fins lucrativos

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

Fonte: INE - Estatísticas da Saúde - Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde - Inquérito aos Hospitais, Inquérito aos Centros de Saúde; INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I.P.; Secretaria Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores; Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP RAM (mencionado em INE - Indicadores Sociais 2008 (2009))

5.1.1. Oferta Pública vs Privada

Para compreender o papel do sector privado da saúde em Portugal é necessário conhecer a constituição do próprio sector. Recorrendo às Estatísticas da Saúde de 2005 publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística, do universo de 189 hospitais portugueses vão comparar-se 132 hospitais: 96 hospitais públicos e 36 privados com fins lucrativos (adiante designados por hospitais privados) em Portugal continental (Quadro 16). Assim, excluiu-se do âmbito de análise os hospitais militares, paramilitares, prisionais e os hospitais privados sem fins lucrativos.

Quadro 16 – Número de Hospitais Públicos e Privados com fins lucrativos

Modalidade de Hospital	Total	%
Público	96	73%
Privado	36	27%
Total	132	100%

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

a) Distribuição geográfica

Em termos absolutos, o número de hospitais públicos é sempre superior ao de hospitais privados excepto na região do Algarve, onde nos últimos anos os operadores privados têm apostado no denominado turismo de saúde (Quadro 17). Por exemplo, os Hospitais Privados de Portugal no Algarve têm à disposição dos seus clientes “*pacotes de férias com estadia em hotéis à beira-mar que incluem cirurgias e tratamentos clínicos*”². Contudo, em termos relativos, o número de hospitais privados é muito maior na região de Lisboa e do Algarve, e equivalente na região do Norte.

Quadro 17 – Distribuição geográfica dos hospitais

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

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

b) Capacidade instalada

Em termos relativos, a distribuição das camas entre internamento e outras camas é equivalente nas duas modalidades de hospital (Quadro 18). Já as camas referentes a quartos privados têm maior peso nos hospitais privados, situação que se deve ao facto de os operadores privados apostarem na qualidade e conforto da estadia dos seus clientes e acompanhantes. (Quadro 19).

² www.hppsaude.pt, acedido a 07/06/2010

Quadro 18 – Camas do internamento (lotação praticada no ano) e outras camas dos hospitais, segundo a unidade a que pertencem

Modalidade de Hospital	Internamento ⁽¹⁾	Outras camas ⁽²⁾	Total	%
Público	25.757	3.080	28.837	92%
Privado	2.175	246	2.421	8%
Total	27.932	3.326	31.258	100%
<i>Público - % do Total</i>	89%	11%	100%	
<i>Privado - % do Total</i>	90%	10%	100%	

(1) Camas de internamento inclui enfermarias, quartos particulares, cuidados especiais / intensivos neonatais, cuidados intensivos, cuidados intermédios, queimados e outras unidades (2) Outras camas inclui berçário, hospital de dia, recobro para operados, observação (dos SU) e outras)

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Quadro 19 – Camas em enfermarias e em quartos privados

Modalidade de Hospital	Enfermarias	Quartos particulares	Total	%
Público	24.173	69	24.242	92%
Privado	965	1.126	2.091	8%
Total	25.138	1.195	26.333	100%
<i>Público - % do Total</i>	99,7%	0,3%	100%	
<i>Privado - % do Total</i>	46%	54%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Também a distribuição das salas hospitalares é equivalente nos hospitais públicos e privados (Quadro 20).

Quadro 20 – Salas hospitalares por modalidade de hospital

Modalidade de Hospital	Salas operatórias	Salas de partos	Salas para trabalho de parto	Salas de consulta externa	Total	%
Público	502	160	103	3.360	4.125	87%
Privado	104	16	13	478	611	13%
Total	606	176	116	3.838	4.736	100%
<i>Público - %</i>	83%	91%	89%	88%		
<i>Privado - %</i>	17%	9%	11%	12%		
<i>Público - % do Total</i>	12%	4%	2%	81%	100%	
<i>Privado - % do Total</i>	17%	3%	2%	78%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Por exemplo, em 2010, a capacidade disponível de um só hospital privado como o Hospital dos Lusíadas, é a seguinte (Figura 7):

Figura 7 – Capacidade do Hospital dos Lusíadas

Internamento normal	134 camas 54 quartos individuais 40 quartos duplos
Internamentos Especiais	
Unidade de Cuidados Intensivos	12 camas 1 Box isolada (sonora e visualmente) com adufa 11 Boxes isoladas
Neonatologia	5 incubadoras
Bloco Operatório	
Cirurgias Programadas, Urgentes e de Ambulatório	8 salas operatórias
Recobro	12 camas
Bloco de Partos	3 quartos de dilatação / parto
Hospital de Dia Cirúrgico	10 postos
Hospital de Dia Médico	13 postos (8 cadeirões e 5 boxes)
Consultas Externas	37 gabinetes
Técnicas Especiais	23 salas
Atendimento Urgente	
Adultos	4 gabinetes e 3 camas de observação
Pediátrico	3 gabinetes e 4 camas de observação

Fonte: www.hppsauade.pt, acessido a 07/06/2010

c) Utilização dos serviços de saúde

Embora a maioria do movimento hospitalar (internamentos, cirurgias e partos) passe pela rede de hospitais públicos (Quadro 21), em termos relativos a realização de grandes e médias cirurgias e de pequenas cirurgias é equivalente nas duas modalidades de hospital (Quadro 22).

Quadro 21 – Partos efectuadas nos hospitais

Modalidade de Hospital	Partos	%
Público	91.547	93%
Privado	6.437	7%
Total	97.984	100%

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Quadro 22 – Intervenções cirúrgicas

Modalidade de Hospital	Grande e média cirurgia	Pequena cirurgia	Total	%
Público	507.094	161.541	668.635	85%
Privado	97.364	21.328	118.692	15%
Total	604.458	182.869	787.327	100%
<i>Público - %</i>	84%	88%		
<i>Privado - %</i>	16%	12%		
<i>Público - % do Total</i>	76%	24%	100%	
<i>Privado - % do Total</i>	82%	18%	100%	

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Quanto ao movimento de consultas, também a maior parte é efectuada nos hospitais públicos, com a excepção da Medicina Dentária. A maioria dos cuidados de saúde oral não é coberta, prestada ou financiada pelo SNS, pelo que a quase totalidade de oferta é privada³.

Tendo em conta os 132 hospitais em análise, o número médio de consultas por cada hospital seria superior nos hospitais privados para as especialidades de Ortopedia, Urologia, Cirurgia Vasculuar e Medicina Dentária (Quadro 23).

De acordo com o presidente do Conselho de Administração do Grupo José de Mello Saúde, Salvador de Mello, “O sector privado da saúde tem uma produção equivalente a 13% das consultas e a 15% das cirurgias do serviço público”⁴.

³ Nos últimos anos, o SNS começou a financiar esta área através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral para crianças, grávidas e idosos.

⁴ Saraiva, Hermínia, Cidadãos devem ser livres de escolher o seu sistema de saúde, Diário Económico, p.28, 30/04/2010

Quadro 23 – Consultas por grupo de especialidades

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

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Relativamente aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, em certas áreas, em termos absolutos, a oferta pública e privada são muito equivalentes (Quadro 24); contudo, tendo em conta os 132 hospitais em análise, o número médio de exames realizados por cada hospital seria superior nos hospitais privados na maioria dos exames de imagiologia. Esta situação deve-se, em grande parte, à existência de convenções entre o SNS e o sector privado.

Quadro 24 – Actos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais por grupo de especialidades

Modalidade de Hospital	Análises clínicas	Endoscopia Digestiva	Imagiologia					
			Angiografia	Ecografia	Exames radiológicos	Mamografia	Ressonância magnética	Tomografia computadorizada (TC)
Público	24.206.253	135.229	5.180	398.473	914.026	57.941	35.558	244.427
Privado	1.314.596	36.857	4.630	309.437	459.110	81.573	19.222	83.286
Total	25.520.849	172.086	9.810	707.910	1.373.136	139.514	54.780	327.713
<i>Público - %</i>	95%	79%	53%	56%	67%	42%	65%	75%
<i>Privado - %</i>	5%	21%	47%	44%	33%	58%	35%	25%
<i>Público - (média de exames por hospital público - 96)</i>	252.148	1.409	54	4.151	9.521	604	370	2.546
<i>Privado - (média de exames por hospital privado - 36)</i>	36.517	1.024	129	8.595	12.753	2.266	534	2.314

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

d) Equipamentos disponíveis

Os equipamentos hospitalares são uma das áreas de aposta do sector privado, sobretudo nas tecnologias mais sofisticadas e de última geração, como forma de atrair mais clientes e dar uma resposta mais célere e de maior qualidade. Por exemplo, o Hospital da Arrábida adquiriu em 2010 uma *Ressonância Magnética 3 tesla*, tornando-se o primeiro hospital privado do Norte do país a dispor deste equipamento. O Hospital da Luz, que já possui esta Ressonância, considera que este equipamento “*não só responde à crescente procura deste tipo de exames como fortalece a aposta, assumida, em fornecer os melhores cuidados de saúde possíveis, investindo na tecnologia de ponta em termos de ressonância magnética e equiparando-se às melhores unidades hospitalares do mundo*”⁵. No entanto, em termos relativos, as duas modalidades têm praticamente o mesmo número de cada tipo de equipamentos (Quadro 25).

⁵ www.hospitaldaluz.pt, acedido a 07/06/2010

Quadro 25 – Número de equipamentos de diagnóstico e terapêutica por grupo de especialidades

Modalidade de Hospital	Gastroenterologia Endoscopia	Hemodiálise Dialisadores	Imagiologia						Lab. anatomia patológica e tanatologia	Lab. patologia clínica	Litotricia Litotritores	Medicina nuclear	Radioterapia
			Angiografia	Eco-grafia	Imagiologia convencional (RX)	Mamografia	Ressonância magnética	Tomografia computorizada (TC)					
Público	65	271	27	77	79	47	13	66	40	79	10	8	9
Privado	20	16	11	26	29	17	10	20	3	12	5	2	1
Total	85	287	38	103	108	64	23	86	43	91	15	10	10
<i>Público - %</i>	76%	94%	71%	75%	73%	73%	57%	77%	93%	87%	67%	80%	90%
<i>Privado - %</i>	24%	6%	29%	25%	27%	27%	43%	23%	7%	13%	33%	20%	10%
<i>Público - (média de equipamentos por hospital público - 96)</i>	0,7	2,8	0,3	0,8	0,8	0,5	0,1	0,7	0,4	0,8	0,1	0,1	0,1
<i>Privado - (média de equipamentos por hospital privado - 36)</i>	0,6	0,4	0,3	0,7	0,8	0,5	0,3	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0

Fonte: Construção própria com base em INE - Estatísticas da saúde, 2005

Em resumo: após a análise dos indicadores da oferta aos mais variados níveis, do sector público e privado, pode concluir-se, tal como o faz Oliveira (2010) que existe uma “especialização produtiva”: o SNS presta predominantemente cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantis, e o sector privado consultas de especialidade, cuidados dentais e serviços de diagnóstico.

5.2. Lado da procura

A procura de cuidados de saúde tem aumentado por todo o mundo. O relatório da WHO (2002) aponta como factores para o crescimento da procura o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população e o aumento das expectativas dos consumidores.

5.2.1. Os “novos clientes” da saúde

De acordo com Bohemer (2000) pode referir-se que surgiu uma nova classe de clientes no sector da saúde: pessoas bem informadas, que não são alvo da tradicional assimetria de informação entre doente e médico, “navegam” na *internet*, consultam estatísticas de desempenho dos hospitais, dos planos de saúde e dos médicos; compram qualidade, preço e conveniência e, quando vão a uma consulta médica, já têm em mente um diagnóstico e um tratamento preferencial. Em conclusão: os consumidores de cuidados de saúde estão cada vez mais informados e menos dispostos a dar o controlo da sua saúde a um médico ou instituição.

Esta procura de informação faz com que, nos Estados Unidos, diversas agências nacionais recolham e divulguem informação sobre o desempenho de médicos, planos de saúde e hospitais, publiquem *ratings* de hospitais e médicos, tendo como objectivo ir ao encontro das necessidades destes “novos clientes” (Bohemer (2000)). Em Portugal, apesar de os clientes também estarem cada vez mais informados, ainda não existe este tipo de informação. Ocasionalmente, são divulgados alguns estudos - como o estudo comparativo entre hospitais públicos, no âmbito das diferentes especialidades (estudo conjunto da Revista Sábado e da Escola Nacional de Saúde Pública). Actualmente, a Entidade Reguladora da Saúde está a desenvolver um sistema de avaliação dos serviços prestados nos diversos estabelecimentos de cuidados de saúde, com vista a permitir um conhecimento simplificado, transparente e objectivo sobre a qualidade dos serviços⁶.

De acordo com Esmail (2007), quando os doentes pagam parte dos custos com saúde (*out of pocket*), a tendência é para que tomem decisões mais informadas sobre *quando* e *onde* melhor é realizada a prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, à semelhança

⁶ Silveira, Teresa, Liberdade de escolha é um direito dos utentes dos serviços de saúde, Vida Económica, p. III, 30/04/2010

dos EUA, tem-se verificado uma orientação dos prestadores privados para o mercado e para os clientes (por exemplo, existe uma preocupação com os tempos de espera para marcação de consulta ou realização de cirurgia).

A Clínica Mayo é, internacionalmente, apontada como a instituição de referência, onde “o doente está primeiro”. No estudo que Berry *et al.* (2003) aqui efectuaram identificaram esta orientação para o cliente desde a contratação e formação dos colaboradores, passando pelo desenho das instalações até à forma como os cuidados de saúde são prestados. Estes e outros factores permitiram à Clínica Mayo criar a marca mais poderosa na área da saúde. Outro bom exemplo de orientação aos clientes e supremacia do serviço prestado é o caso do Hospital Tittusville na Florida referido por Lopes (2010): serviço 24-7 de apoio aos doentes, visitas, empregados e equipa médica; serviço de alimentação no estilo de restaurante; sistema de entretenimento que inclui filmes, jogos, acesso à internet, vídeos para instruir os doentes; carrinhos de conforto com bebidas e comidas para os doentes e familiares.

Em Portugal, não existe um papel tão destacado de uma instituição de saúde privada, mas são bem conhecidos os hospitais do Grupo José de Mello Saúde, dos Hospitais Privados de Portugal ou do Espírito Santo Saúde. Na missão destas entidades também é relevada a orientação para o cliente:

- Grupo José de Mello Saúde - *“Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”*⁷
- Hospitais Privados de Portugal - *“Proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde obtendo a confiança e o compromisso dos nossos clientes, colaboradores e parceiros, criando valor para os accionistas”*⁸
- Espírito Santo Saúde - *“Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”*⁹

⁷ www.josedemellosaude.pt, acedido a 07/06/2010

⁸ www.hppsauade.pt acedido a 07/06/2010

⁹ www.essaude.pt acedido a 07/06/2010)

5.2.2. A procura privada

Vários são os factores que têm contribuído para um aumento da procura privada de cuidados de saúde, alguns dos quais são comuns aos diferentes países.

Griffiths (2008) aponta como factores de valorização dos hospitais privados no Reino Unido (1) a possibilidade do tratamento em separado (homens de um lado, mulheres de outro), (2) a dimensão das listas de espera ou (3) as taxas de infeções dos hospitais públicos. Para Hitshopi, os ingleses escolhem os cuidados de saúde privados em detrimento dos públicos porque (4) lhes é oferecido um maior conforto (por exemplo, um quarto privado), (5) os tratamentos são prestados mais rapidamente, (6) não existe tanta pressão pelo que os colaboradores podem dedicar mais tempo à prestação de cuidados aos doentes, (7) as despesas de saúde são pagas por um seguro de saúde (12 milhões de Ingleses estão cobertos por um seguro de saúde (Doyle *et al.* (2000)), (8) procura de um procedimento que não é efectuado no serviço nacional de saúde (por exemplo, intervenções estéticas ou tratamentos de fertilidade) ou (9) porque podem escolher o seu médico.

Para a Grécia, Y. Tountas *et al.* (2005) apontam como principais factores do crescimento do sector privado (1) o crescimento económico do próprio país que, ao aumentar o orçamento médio familiar e o conseqüente poder de compra das famílias, pode traduziu-se no aumento da procura de serviços de saúde, (2) a insatisfação dos consumidores com os serviços de saúde públicos e (3) o papel dos seguros de saúde.

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

O sector privado português também é procurado como resultado da falta de resposta dos cuidados de saúde públicos: (1) fraca cobertura, como é o caso, da medicina dentária, (2) acessibilidade condicionada, por exemplo, as listas de utentes sem médico de família ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde (em

2008, o tempo médio de espera por uma consulta programada de medicina geral e familiar em muitos centros de saúde era de 30 dias (Ribeiro (2009)), (3) ineficiências do SNS que se repercutem em longos tempos de espera para consultas de especialidade nos hospitais públicos ou em listas de espera para cirurgia (a 31 de Dezembro de 2007, o número de pessoas inscritas nos hospitais públicos para uma primeira consulta de especialidade era de 474.065 utentes, que correspondia a uma espera média de 9 meses (Ribeiro (2009))). No final de 2008, os utentes à espera de uma consulta hospitalar de dermatologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia, representavam 60% do total de utentes em espera por uma consulta de especialidade (Figura 8).

Figura 8 – Evolução do volume de utentes em espera por consulta hospitalar

Especialidades	Utentes em espera		
	31.03.2006	31.12.2008	Δ (%)
Cardiologia	18.009	15.126	-16,0%
Cirurgia geral	24.296	28.883	19,0%
Cirurgia vascular	11.940	13.636	14,2%
Dermatologia	34.629	46.584	34,5%
Endocrinologia	9.257	11.475	24,0 %
Estomatologia	4.531	15.097	233,0%
Gastrenterologia	8.958	13.869	55,0%
Ginecologia	13.110	22.759	73,6%
Medicina física	9.057	7.980	-11,9%
Medicina interna	5.486	9.649	76,0 %
Neurocirurgia	5.306	7.605	43,3 %
Neurologia	9.515	11.958	25,7%
Oftalmologia	97.847	114.606	17,0%
Ortopedia	32.109	43.990	37,0%
ORL	45.125	51.416	14,0%
Pediatria	4.858	8.939	84,0%
Pneumologia	4.673	10.916	133,0%
Psiquiatria	6.571	11.686	78,0%
Reumatologia	2.951	4.319	46,4%
Urologia	24.501	25.408	3,7%
Totais	372.729	475.901	27,7%

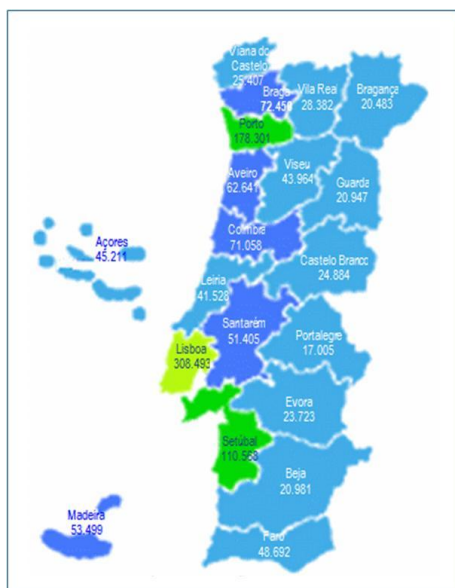
Fonte: Relatório de Primavera 2010, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010

Oliveira e Bevan (2003) (mencionado por Cabral *et al.* (2009)) estimam que 25% da população portuguesa beneficie de cuidados de saúde com base socioprofissional e seguros privados (Figura 9). Assim, um quarto da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS (como todos os cidadãos) está coberta por um subsistema de saúde público (por exemplo, ADM, Ministério da Justiça, ADSE (a ADSE em 2008, cobria mais de 1,2 milhões de funcionários públicos, Figura 10 e 11), privado (PT, TAP, CTT, EDP, CGD), ou um seguro de saúde (individual ou de grupo).

Figura 9 – Beneficiários dos subsistemas de saúde

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

Fonte: O futuro dos sistemas complementares e dos subsistemas de saúde, Carlos Baptista (PT ACS), Conferência SÁVIDA, Medicina Apoiada, S.A - Janeiro 2002 (mencionado em www.observaport.org/node/27, acedido a 20/06/2010)

Figura 10 – Distribuição geográfica dos beneficiários da ADSE, 2008

Fonte: www.adse.pt, acessido a 07/06/2010

Figura 11 – Evolução do número de beneficiários da ADSE

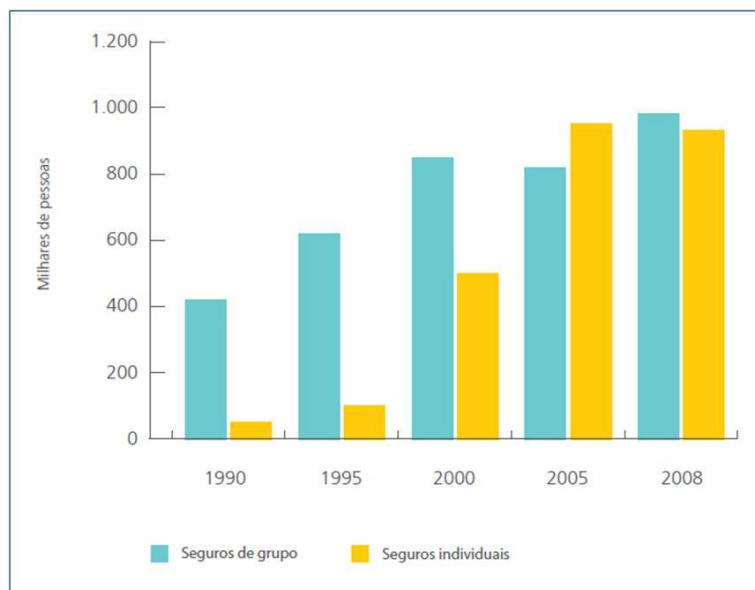
Tipo de Beneficiários	2008	2009	2010
Titulares/Activo	556.779	591.043	592.581
Titulares/Aposentados	274.942	293.125	297.514
Familiares	437.901	469.104	461.266
Total	1.269.622	1.353.272	1.351.361

Fonte: www.adse.pt, acessido a 10/07/2010

Alguns subsistemas (como por exemplo, o SAMS) para além da sua função de financiadores também exercem a função de prestadores de cuidados de saúde. Contudo, os beneficiários podem recorrer, de acordo com a necessidade ou interesse, ao sector público, privado ou ao serviço do próprio subsistema.

O número de pessoas seguras (quer com seguros de saúde individuais, quer de grupo) tem vindo a aumentar muito nos últimos 20 anos: em 1990 cerca de 500 mil pessoas encontravam-se abrangidas por um seguro de saúde e em 2008 2 milhões (correspondendo a cerca de 18,3% da população residente em Portugal (Ramos)) (Figura 12).

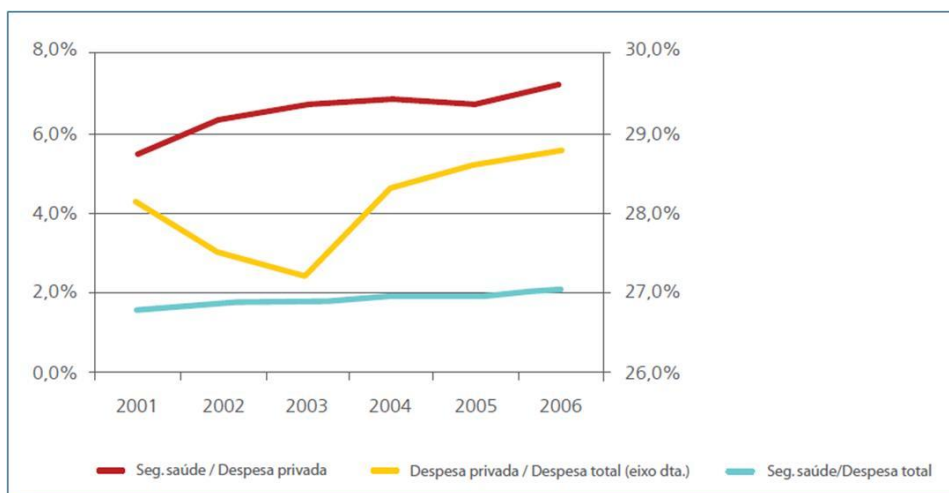
Figura 12 – Evolução do número de pessoas seguras para contratos de seguro de saúde individuais e de grupo (1990-2008)



Fonte: Evolução do seguro de saúde em Portugal, Ramos, Ana Rita, Silva, Cristina

Outra área onde os seguros têm crescido tem sido no financiamento das despesas com saúde. No ano de 2006, dos 14 milhões de euros de despesas correntes em cuidados de saúde, o sector segurador pagou 2,1% das despesas totais e 7,2% das despesas de natureza privada (Figura 13).

Figura 13 – Contribuição do sector segurador no volume total de despesas correntes em cuidados de saúde (2001-2006)



Fonte: Evolução do seguro de saúde em Portugal, Ramos, Ana Rita, Silva, Cristina

A ligação dos operadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista como uma relação *ganho-ganho*: para as instituições privadas permite-lhes ter um volume de clientes significativo, ajudando na rentabilização do negócio; para os subsistemas e seguradoras permite dar aos seus clientes um tratamento diferenciado, liberdade na escolha e prioridade no acesso aos cuidados de saúde, condições amplamente valorizadas pelos clientes, e que não podem ser garantidas na rede pública dada a sua obrigatoriedade de dar uma resposta geral e universal.

5.3. Principais entidades privadas da saúde em Portugal

Se, na década de 80, o sector privado era visto como um sector que não iria prosperar, quer devido à generalização do acesso e à gratuitidade de cuidados de saúde na rede do SNS, quer porque era essencialmente percebido como dependente da actividade ineficiente do sector público, hoje é visto como um sector dinâmico, em grande desenvolvimento e ainda com potencial de crescimento.

Neste contexto faz sentido relembrar as afirmações proferidas em 1987 por Paulo Mendo “o sector privado vive quase só das insuficiências do sector público, permanentemente ameaçado de morte se este cresce e melhora”, ou de Bagão Félix “o sector privado não tem sido a expressão autónoma da prestação de cuidados de saúde, mas antes um sector que tem tido a sua garantia de sobrevivência nas insuficiências do sector estatal” (mencionado por Simões (2009), p.171).

Em pleno século XXI a realidade mostra-se bem diferente. O relatório da WHO (2002) conclui que o sector privado está a adquirir uma importância crescente nos sistemas de saúde dos países. Portugal não é excepção. De acordo com Dinis (2008), o aumento da procura de cuidados de saúde privados tem sido constante e tem tido taxas de crescimento que rondam os dois dígitos ao ano. Refere também que nos últimos anos se tem assistido ao surgimento de dezenas de projectos na área da saúde (clínicas, hospitais, centros de repouso e de cuidados paliativos, etc.), situação que irá continuar tendo em conta os projectos que estão em curso. Considera ainda que a explosão do mercado privado da saúde se irá traduzir em novos hospitais, novas clínicas, melhoramentos e obras de expansão nas unidades actuais.

Ribeiro (2009) defende que o sector privado já não é um sector a viver das migalhas do sector público, mas sim um sector com peso importante na economia do país, com uma visão assente e ambiciosos objectivos de crescimento. A comprovar esta ideia podem apresentar-se os mais de 500 milhões de euros de volume de negócios que em 2007 pertenceram aos principais grupos de saúde privados (José de Mello Saúde, Hospitais Privados de Portugal e Espírito Santo Saúde) (Quadro 26).

Quadro 26 – Caracterização dos principais operadores privados

		José de Mello Saúde	HPP Saúde	Espírito Santo Saúde
Data de início de actividade do Grupo		1945 Hospital Cuf Infante Santo – construído especialmente para os trabalhadores do grupo privado Companhia União Fabril	1998	2000
Nº trabalhadores		4.500	2.000	2.020
Unidades de saúde	Hospitais	2 Hospitais - Hospitalcuf infante santo, Lisboa - Hospitalcuf descobertas, Lisboa	5 Hospitais - Hospital da Boavista, Porto - Hospital da Misericórdia de Sangalhos - Hospital dos Lusíadas, Lisboa - Hospital de Santa Maria de Faro - Hospital São Gonçalo de Lagos	4 Hospitais - Clipóvoa - Hospital Privado, Póvoa de Varzim - Hospital da Arrábida, Vila Nova de Gaia - Cliria - Hospital Privado, Aveiro - Hospital da Luz, Lisboa - Hospital de Santiago, Setúbal
	Unidades de ambulatório	4 Unidades de Ambulatório - Clínicacuf Alvalade - Clínicacuf Belém - Clínicacuf Cascais - Clínicacuf Torres Vedras		7 Unidades de Ambulatório - Clipóvoa - Clínica de Cerveira, V.N. de Cerveira - Clipóvoa - Clínica de Amarante - Clipóvoa - Clínica do Foco, Porto - Cliria - Centro Médico, Águeda - Cliria - Clínica de Oiã - Hospital da Luz - Centro Clínico da Amadora - Clínica Parque dos Poetas, Oeiras
	Outros	1 Unidade de Diagnóstico e Tratamento - Institutocuf diagnóstico e tratamento – Porto 6 unidades de imagiologia clínica - Dr. Campos Costa		1 Instituto Radioterapia - Irio, Lisboa
	Parcerias	- Grupo Hospitalario Quirón, Espanha		- Hospital da Misericórdia de Évora
	Hospitais Parceria Público-Privada	- Hospital de Braga	- Hospital de Cascais	- Hospital de Loures

		José de Mello Saúde	HPP Saúde	Espírito Santo Saúde
Actividade (2007)	Diárias de internamento	307.000	41.650	ND
	Consultas & Urgências	1.079.000	303.200 (consultas)	776.000
	Doentes operados & Partos	40.900	11.350 (doentes operados)	21.800
	Análises clínicas	ND	159.200	ND
	Exames de imagiologia	ND	85.500	ND
Indicadores Financeiros (2007)	Volume de Negócios	331.000.000 €	56.893.000 €	140.300.000 €
	Resultados Líquidos	7.000€	327.000€	(36.000.000 €)
	EBITDA	30.900.000 €	5.020.000 €	10.200.000€

Fonte: Construção própria com base nos Relatórios e Contas de 2007 do Grupo José de Mello Saúde e da HPP Saúde; www.josedemellosaude.pt, www.hppsauade.pt, www.essaude.pt, sites acedidos a 20/06/2010; Informação da Espírito Santo Saúde

5.4. Os “mitos” sobre o sector privado

Tal como refere Ribeiro (2009), na sociedade portuguesa existem alguns “mitos” relacionados com o sector privado, que não fazem qualquer sentido na actualidade:

- “*Os hospitais privados só visam o lucro e com isso podem ser levados a descurar a qualidade.*”
- “*A prestação técnica da rede pública é a única a ter grande qualidade.*”
- “*Os hospitais privados existem para servir os ricos e os hospitais públicos para atender os pobres.*”

Facilmente se consegue desmistificar estas ideias:

(1) É exigido aos estabelecimentos privados o licenciamento das suas instalações e actividade, licenciamento este concedido e verificado pelo Estado¹⁰, e que atesta que têm qualidade para operar no mercado (curiosamente, os estabelecimentos públicos e do sector social estão isentos deste licenciamento). Adicionalmente, a maioria dos hospitais privados têm os seus serviços certificados ou estão em processo de certificação segundo normas internacionais, como é o caso do Hospital Cuf Infante Santo que tem seus serviços certificados pela SGS ICS – *International Certification Services* de acordo com a norma ISO 9001:2008 desde 2007¹¹.

(2) A prestação de cuidados de saúde é efectuada por profissionais de saúde, os quais frequentemente trabalham em ambos os sectores, com a mesma postura e dedicação, pelo que não há diferenciação no seu *modus operandis*.

(3) Como demonstrado anteriormente, o acesso de utentes à rede privada não é restrito e é facilitado através da figura das concessões, seguro de saúde ou subsistema de saúde.

¹⁰ Lei de Bases da Saúde, Base XXXIX, nº1 “As organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado”

¹¹ www.josedemellosaude.pt, acedido a 20/06/2010

5.5. Visão de um novo papel do Estado no sector da saúde

Com a rede privada que existe, com a sua capacidade de oferta e de resposta, o Estado poderá ter um novo papel na saúde: mais de regulador e menos interventivo. Existe hoje um progressivo consenso no sentido de que o Estado não tem que ser um prestador directo de serviços públicos, mas sim um garante da prestação desses serviços e um regulador das respectivas actividades (Marques e Moreira (1999), mencionado por Simões (2009)).

Esta ideia está bem presente nas várias disposições da Lei de Bases da Saúde:

- Base I, nº2 “*O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde (...)*”; nº4 “*Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos*”;
- Base IV, nº2 “*Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde*”.

Simões (2009) considera que o exercício de tarefas públicas por privados não significará uma ausência total do Estado, mas sim nova forma de realização de tarefas públicas já que o Estado permanece “responsável” mas a função pode ser prosseguida e executada com mais efectividade, eficiência e economicidade se adoptarem novos padrões de organização.

Doyle *et al.* (2000) analisaram as relações entre o sector público e privado: o sistema nacional de saúde contrata às instituições privadas, essencialmente, a prestação de serviços psiquiátricos, de cuidados de saúde a idosos, interrupções de gravidez ou apoio na redução das listas de espera. Os autores concluem que, no futuro, nenhum sistema (público ou privado) irá dominar a prestação de cuidados de saúde, nem isoladamente poderão enfrentar a pressão do desenvolvimento tecnológico e da procura dos doentes. Assim, a colaboração entre o sector público e privado, onde for possível, virá revelar-se uma solução *ganho-ganho*.

No Reino Unido, os doentes têm o direito de escolher onde e quando receber tratamentos não urgentes, sendo oferecida a possibilidade de escolha de pelo menos

quatro hospitais (públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos (Griffiths (2008)). Neste caso, as instituições públicas estão em plena concorrência com as privadas. Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde também contempla a possibilidade de concorrência entre os dois sectores:

- Base II – nº1, f) *“É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público”*;
- Base XXXVII – nº1 – *“O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público”*.

São várias as formas possíveis de relacionamento entre o Estado e as instituições privadas previstas na Lei de Bases da Saúde:

- Convenções - Base XLI – nº1 – *“(…) podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados”*;
- Celebração de acordos - Base IV, nº2 *“Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde”*;
- Contratação de serviços - Base XII – nº3 *“O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso”*.

Em qualquer uma das situações, a ligação que o Estado estabelece com o sector privado pode ser encarada como uma relação de *ganho-ganho*: o Estado vê prestados os serviços que a rede pública não consegue dar resposta (sem ser necessário efectuar investimentos); o sector privado conquista um volume de clientes atractivo.

Existem ainda outras áreas de cooperação entre os dois sectores: o programa de combate às listas de espera cirúrgicas – SIGIC (Sistema de Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (que tem como objectivo promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência¹² ou as Parcerias Público-Privadas (PPP)¹³, onde hospitais da rede do SNS estão a cargo de instituições privadas (com ou sem fins lucrativos), para concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento. As PPP são uma forma do SNS ver renovado o seu parque hospitalar e aumentada a oferta sem investimento por parte do Estado. Estão actualmente em vigor as PPP para a construção e gestão dos novos hospitais de Braga (Grupo Mello Saúde), Loures (Espírito Santo Saúde) e Cascais (Hospitais Privados Portugueses). Estas formas de relacionamento público-privado permitem dar uma melhor resposta às necessidades dos utentes, sem que o SNS tenha que aumentar a sua capacidade ou efectuar grandes investimentos.

¹² www.advita.pt, acedido a 25/07/2010

¹³ Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto

6. Avaliação empírica dos determinantes da procura dos hospitais privados

6.1. Metodologia

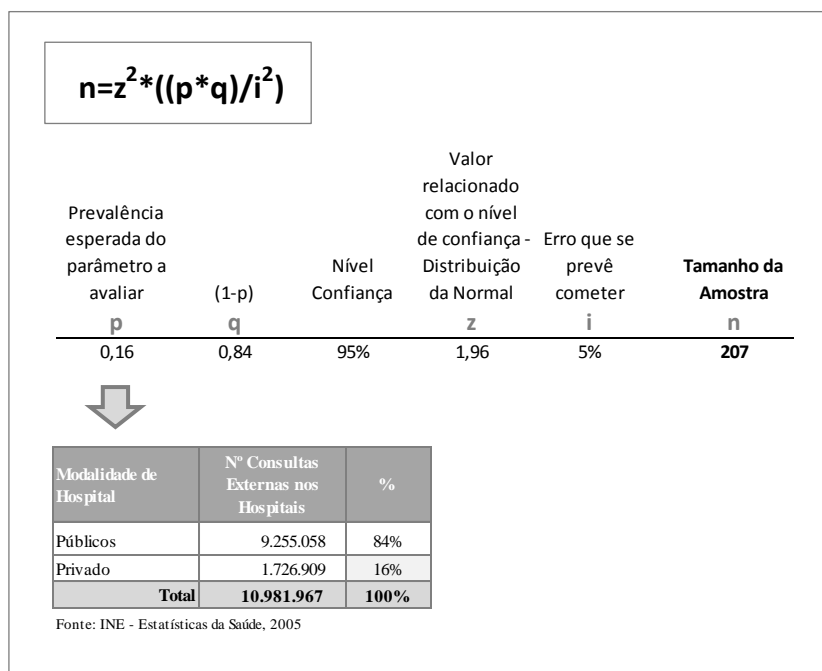
De forma a identificar os aspectos que os portugueses valorizam quando optam por uma instituição de saúde privada e concluir se os factores que diversos autores apresentam como justificativos para o aumento da procura privada são, de facto, tidos em conta na escolha de um hospital privado, foi efectuado um inquérito baseado num questionário. Como não se pretendia generalizar para a população os resultados, mas apenas conhecer o que os utilizadores valorizam quando procuram um hospital privado, o método adoptado foi o da amostragem não probabilística: a amostra não é escolhida de forma aleatória mas sim pelo investigador, logo baseando-se no julgamento pessoal deste. Este método de amostragem, é um método *ad-hoc* de carácter pragmático ou intuitivo, possibilitando um estudo mais rápido e com menores custos. As grandes desvantagens que lhe podem ser apontadas são o facto de a inclusão de um dado elemento da população na amostra ser determinada por um critério subjectivo, normalmente uma opinião pessoal, e o facto de existirem elementos da população que não têm possibilidade de ser escolhidos (Vilelas (2009)). Este método pode levar a boas estimativas das características da população, porém não permite avaliar objectivamente a precisão dos dados e, assim sendo, as estimativas obtidas não são estatisticamente representativas porque não são projectáveis na população.

O tipo de amostragem não probabilística utilizado foi o da “bola de neve”, que consiste em escolher um grupo inicial de inquiridos a quem é pedido que identifiquem outros elementos e assim sucessivamente. Através deste método a amostra vai crescendo como uma bola de neve, à medida que novos indivíduos são indicados. Este método é útil quando se pretende incluir na amostra pessoas com um atributo difícil de encontrar - no caso concreto, indivíduos que, nos últimos 12 meses, tivessem frequentado um hospital privado.

Para definir um objectivo mínimo de respostas a obter foi utilizado o mesmo critério que seria usado no caso de uma amostra probabilística. Assim, a população-alvo deste inquérito foram os portugueses com mais de 20 anos residentes em Portugal Continental, o que perfaz um total de 8.406.100 pessoas (estimativa da população-alvo a

31 de Dezembro de 2007 (DGS)), correspondendo a uma população infinita. Para quantificar a prevalência esperada do parâmetro a avaliar recorreu-se ao rácio das consultas externas realizadas em hospitais públicos e privados. Assim, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a amostra seria de 207 inquiridos (Figura 14).

Figura 14 - Cálculo da dimensão da amostra



Fonte: Construção própria

No caso concreto, foram inicialmente enviados 100 emails com o questionário para a rede pessoal de contactos do investigador, tendo sido obtidas, no total, 273 respostas. O questionário era confidencial e anónimo e esteve disponível na internet de 10 de Maio a 10 de Junho de 2010.

6.2. Análise dos resultados

Das 273 respostas obtidas, 120 inquiridos foram, nos últimos 12 meses, atendidos por outras instituições de saúde que não hospitais privados (centro de saúde, hospital público, consultório privado / clínica privada); 138 foram a hospitais privados, e 15 não foram a nenhuma instituição de saúde (Quadro 27).

Quadro 27 – Visitas a instituições de saúde

Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total
120	138	15	273
44%	51%	5%	100%

Fonte: Construção própria

a) Caracterização da amostra

Das respostas obtidas pode concluir-se que a maioria das pessoas que nos últimos 12 meses foram a instituições de saúde (públicas e privadas) são do sexo feminino, têm entre 30 e 39 anos, habilitações literárias ao nível da licenciatura, residem no distrito do Porto, não possuem um subsistema de saúde, mas possuem um seguro de saúde. Relativamente ao rendimento mensal auferido existem dois intervalos: 950 a 1900€ e 2850 a 4750€ (Quadros 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

É curioso notar que a maioria dos inquiridos que não foram a nenhuma instituição de saúde são do sexo masculino, têm entre 40 e 49 anos e um rendimento entre 4750 e 6650€. As restantes características são semelhantes às dos inquiridos que não vão e os que vão a hospitais privados: licenciados, residentes no distrito do Porto, não possuem um subsistema de saúde mas possuem um seguro de saúde (Quadros 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Quadros 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 – Caracterização da amostra

1. Sexo					2. Idade				
	Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total		Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total
F	62	73	6	141	20-29	21	14	1	36
M	58	65	9	132	30-39	57	87	4	148
Total	120	138	15	273	40-49	23	17	5	45
					50-59	9	11	4	24
					60-69	10	7	1	18
					+ 69		2		2
					Total	120	138	15	273

3. Habilitações Literárias					4. Rendimento Bruto Mensal do Agregado Familiar				
	Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total		Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total
<= 12º ANO	16	5		21	475€ - 950€	5	1		6
Bacharelato	6	4	1	11	950€ - 1.900€	33	20		53
Licenciatura	38	66	8	112	1.900€ - 2.850€	26	23	4	53
Pós-Graduação	30	33	2	65	2.850€ - 4.750€	33	44	4	81
Mestrado	22	24	2	48	4.750€ - 6.650€	13	23	5	41
Doutoramento	7	5	2	14	> 6.650€	10	27	2	39
Outro	1	1		2	Total	120	138	15	273
Total	120	138	15	273					

5. Distrito de Residência					6. Adesão a Subsistema de Saúde				
	Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total		Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total
Aveiro	15	6		21	ADSE/ IASFA	35	27	5	67
Beja	1			1	PT	3	1	1	5
Braga	3	4		7	SAMS/SAMS Quad	7	8		15
Coimbra	24	1		25	SSCGD	1	1		2
Faro			1	1	Outro	1			1
Lisboa	10	23	3	36	Nenhum	73	101	9	183
Porto	65	98	11	174	Total	120	138	15	273
Setúbal	1	5		6					
Viana do Castelo	1	1		2					
Total	120	138	15	273					

7. Posse de Seguro de Saúde				
	Não foram a Hospital Privado	Foram a Hospital Privado	Nenhuma instituição de saúde	Total
Não	55	18	7	80
Sim	65	120	8	193
Total	120	138	15	273

Fonte: Construção própria

Analisando os dados pode concluir-se que o facto de 49% dos inquiridos que frequentam instituições de saúde serem mulheres, e 53% pertencerem ao escalão etário dos 30-39 anos poderá explicar-se pelas consultas de rotina do âmbito ginecológico/obstétrico.

É importante constatar que cerca de 33% dos inquiridos é aderente de um subsistema de saúde e 71% tem um seguro de saúde, o que vai ao encontro com o exposto na revisão da literatura (Capítulo 5.2.2. A procura privada) em que é referido que cerca de um quarto da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS está coberta por

um subsistema de saúde (público ou privado) e/ou um seguro de saúde (15% dos inquiridos tem um seguro de saúde e é aderente de um subsistema de saúde, tendo assim uma tripla cobertura).

Uma vez que os inquiridos que não foram a nenhum hospital privado têm um perfil demográfico semelhante aos que foram, pode concluir-se que a procura de hospitais privados não está dependente de nenhuma das variáveis demográficas estudadas.

b) Análise dos dados relativos aos inquiridos que visitaram hospitais privados nos últimos 12 meses

Sendo o âmbito desta análise os inquiridos que, nos últimos 12 meses, visitaram hospitais privados, pode concluir-se que a maioria são do sexo feminino, com idades entre os 30 e os 39 anos, com habilitações literárias ao nível da licenciatura, que auferem um rendimento entre 2850 e 4750€, residem no distrito do Porto, não possuem um subsistema de saúde, e possuem um seguro de saúde (Quadros 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41).

Quadro 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 – Caracterização dos inquiridos que visitaram hospitais privados

1. Sexo		
F	M	Total
73	65	138
53%	47%	100%

2. Idade						
20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	+ 69	Total
14	87	17	11	7	2	138
10%	63%	12%	8%	5%	1%	100%

3. Habilitações Literárias							
<= 12º ano	Bacharelato	Licenciatura	Pós-Graduação	Mestrado	Doutoramento	Outro	Total
5	4	66	33	24	5	1	138
4%	3%	48%	24%	17%	4%	1%	100%

4. Rendimento Bruto Mensal do Agregado Familiar						
475€ - 950€	950€ - 1.900€	1.900€ - 2.850€	2.850€ - 4.750€	4.750€ - 6.650€	> 6650€	Total
1	20	23	44	23	27	138
1%	14%	17%	32%	17%	20%	100%

5. Distrito de Residência							
Aveiro	Braga	Coimbra	Lisboa	Porto	Setúbal	Viana do Castelo	Total
6	4	1	23	98	5	1	138
4%	3%	1%	17%	71%	4%	1%	100%

6. Adesão a Subsistema de Saúde					
ADSE/IASFA	PT	SAMS / SAMS Quadros	SSCGD	Nenhum	Total
27	1	8	1	101	138
20%	1%	6%	1%	73%	100%

7. Posse de Seguro de Saúde		
Sim	Não	Total
120	18	138
87%	13%	100%

Fonte: Construção própria

Tendo em conta que o método de amostragem foi o da bola de neve, não é de estranhar que algumas características da amostra sejam semelhantes às do investigador: idade, habilitações literárias ou distrito de residência. Esta é uma das desvantagens deste

método cuja amostra não é aleatória, mas sim escolhida pelo investigador, logo influenciada pelas suas características.

Relativamente à procura de cuidados de saúde a maioria dos inquiridos, para além da visita a hospitais privados, também frequentou consultórios médicos privados / clínicas privadas. 54% dos inquiridos procuraram hospitais privados para a realização de consultas e exame e 72% foram entre 2 a 6 vezes a um hospital privado (Quadros 42, 43, 44).

Quadro 42, 43, 44 – Consumo de cuidados de saúde

1. Instituições de saúde frequentadas							
Centro de Saúde, Consultório Médico Privado / Clínica Privada, Hospital Privado	Centro de Saúde, Hospital Privado	Centro de Saúde, Hospital Público, Consultório Médico Privado / Clínica Privada, Hospital Privado	Consultório Médico Privado / Clínica Privada, Hospital Privado	Hospital Privado	Hospital Público, Consultório Médico Privado / Clínica Privada, Hospital Privado	Hospital Público, Hospital Privado	Total
23	7	16	49	26	14	3	138
17%	5%	12%	36%	19%	10%	2%	100%

2. Actos Médicos						
Consultas	Exames	Parto	Cirurgia	Internamento	Exames, Cirurgia	Exames, Parto
23	9	3	8	1	1	1
17%	7%	2%	6%	1%	1%	1%

Consultas, Cirurgia	Consultas, Exames	Consultas, Exames, Cirurgia	Consultas, Exames, Cirurgia, Internamento	Consultas, Exames, Parto	Consultas, Parto, Cirurgia	Total
2	75	4	6	4	1	138
1%	54%	3%	4%	3%	1%	100%

3. N.º de visitas ao Hospital Privado				
1	2 - 6	7 - 12	+ 12	Total
23	99	11	5	138
17%	72%	8%	4%	100%

Fonte: Construção própria

Recorrendo à revisão da literatura e de acordo com a sensibilidade do investigador, foi elencada uma lista de factores que podem influenciar a opção por um hospital privado – determinantes da procura. Neste sentido, era pedido aos inquiridos que referissem qual o grau de importância (*Muito Importante, Importante, Pouco Importante, Nada Importante*) de cada um dos itens de análise quando optam um hospital privado.

Após a análise dos dados, pode concluir-se que a maioria dos inquiridos quando escolhe um hospital privado considera “*muito importante*”: a qualidade, comodidade e higiene das instalações, a qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem, a rapidez na marcação da consulta/exame/cirurgia, a qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção, a existência de acordos com subsistemas de saúde/seguros de saúde. Os restantes itens (notoriedade e confiança na instituição, boa organização interna, localização, existência de tecnologias de última geração, simpatia e profissionalismo dos colaboradores, disponibilidade de diversas valências médicas e cirúrgicas e os preços) foram considerados “*importantes*”. Nenhum item teve pontuação relevante nas opções “*pouco importante*” ou “*nada importante*” (Quadro 45).

Quadro 45 – Avaliação dos factores que podem influenciar a escolha por um hospital privado

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total
Notoriedade e confiança na instituição	64	69	3	1	1	138
	46%	50%	2%	1%	1%	100%
Boa organização interna	60	71	5	1	1	138
	43%	51%	4%	1%	1%	100%
Localização	28	76	31	2	1	138
	20%	55%	22%	1%	1%	100%
Qualidade, comodidade e higiene das instalações	74	61	1	1	1	138
	54%	44%	1%	1%	1%	100%
Tecnologias de última geração	53	70	10	4	1	138
	38%	51%	7%	3%	1%	100%
Simpatia e profissionalismo dos colaboradores	46	85	5	2	0	138
	33%	62%	4%	1%	0%	100%
Qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem	101	35	2	0	0	138
	73%	25%	1%	0%	0%	100%
Rapidez na marcação da consulta / exame / cirurgia	76	58	3	0	1	138
	55%	42%	2%	0%	1%	100%
Disponibilidade de diversas valências médicas e cirúrgicas	54	64	17	2	1	138
	39%	46%	12%	1%	1%	100%
Qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção	84	50	1	1	2	138
	61%	36%	1%	1%	1%	100%
Preços	20	85	28	4	1	138
	14%	62%	20%	3%	1%	100%
Acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde	82	45	8	2	1	138
	59%	33%	6%	1%	1%	100%

Fonte: Construção própria

Para melhor compreender a importância atribuída aos determinantes da procura de hospitais privados, estes foram cruzados com as características demográficas que poderiam influenciar as avaliações dos inquiridos (Quadro 46).

Quadro 46 – Cruzamento dos determinantes da procura com as variáveis demográficas

	Sexo	Idade	Habilitações Literárias	Rendimento Bruto Mensal do Agregado Familiar	Distrito de Residência	Adesão a subsistema de saúde	Posse de seguro de saúde
Notoriedade e confiança na instituição							
Boa organização interna							
Localização					x		
Qualidade, comodidade e higiene das instalações							
Tecnologias de última geração							
Simpatia e profissionalismo dos colaboradores							
Qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem							
Rapidez na marcação da consulta / exame / cirurgia							
Disponibilidade de diversas valências médicas e cirúrgicas							
Qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção							
Preços				x		x	x
Acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde						x	x

Fonte: Construção própria

Assim,

Quadro 47 - Importância dada à localização tendo em conta o distrito de residência

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total
Aveiro	1	2	2	1		6
Braga	3	1				4
Coimbra		1				1
Lisboa	3	15	4	1		23
Porto	20	53	24		1	98
Setúbal	1	4				5
Viana do Castelo			1			1
Total	28	76	31	2	1	138
	% do total	55%				
	Lisboa	65%				
	Porto	54%				

Fonte: Construção própria

Do total de inquiridos 55% considera a localização *importante*.

Dos residentes no distrito de Lisboa e do Porto, 65% e 54%, respectivamente, consideram a localização *importante*. Talvez devido à grande oferta de instituições de saúde nestes distritos, a maioria dos inquiridos tenha considerado *importante* o critério localização, pois um dos factores de exclusão no momento da escolha poderá ser a distância do hospital.

Quadro 48 - Importância dada ao preço tendo em conta o rendimento bruto mensal do agregado familiar

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total	Muito importante e Importante	Pouco e Nada importante
475€ - 950€		1				1	100%	0%
950€ - 1.900€	1	17	1		1	20	90%	5%
1.900€ - 2.850€	5	10	7	1		23	65%	35%
2.850€ - 4.750€	8	27	9			44	80%	20%
4.750€ - 6.650€	5	15	3			23	87%	13%
> 6.650€	1	15	8	3		27	59%	41%
Total	20	85	28	4	1	138		
	% do total	62%						

Fonte: Construção própria

Do total de inquiridos 62% considera o preço *importante*.

Contrariamente ao que seria expectável, à medida que o rendimento aumenta, não diminui a importância dada ao critério preço. Nesta amostra, as classes de rendimento 1900-2850€ e >6650€, comparativamente com as restantes, são as que valorizam menos o factor preço.

Quadro 49 - Importância dada ao preço tendo em conta o facto de ser aderente de um subsistema de saúde

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total	Muito importante e Importante	Pouco e Nada importante
ADSE/ IASFA	7	19			1	27	96%	0%
PT			1			1	0%	100%
SAMS / SAMS Quadros		3	5			8	38%	63%
SSCGD		1				1	100%	0%
Nenhum	13	62	22	4		101	74%	26%
Total	20	85	28	4	1	138		
	% do total		62%					

Fonte: Construção própria

Do total de inquiridos, 62% considera *importante* o preço. Os resultados permitem observar que uma parte significativa da população não é aderente de qualquer subsistema.

Pode constatar-se que existem opiniões divergentes nos aderentes dos subsistemas de saúde: apenas 38% dos beneficiários do SAMS/SAMS Quadros considera que o preço é *muito importante e importante*, comparado com 96% dos beneficiários da ADSE/IASFA. Seria mais expectável que o factor preço fosse especialmente valorizado pela parte da população que não usufrui das vantagens dos aderentes dos subsistemas, no entanto, ainda assim 26% considera *pouco* ou *nada importante*.

Quadro 50 - Importância dada ao preço tendo em conta o facto de possuírem um seguro de saúde

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total	Muito importante e Importante	Pouco e Nada importante
Não	5	12			1	18	94%	0%
Sim	15	73	28	4		120	73%	27%
Total	20	85	28	4	1	138		
	% do total		62%					

Fonte: Construção própria

Do total de inquiridos 62% considera *importante* o preço. Apesar de 87% dos inquiridos ser titular de um seguro de saúde, podendo usufruir de condições mais vantajosas no consumo de cuidados de saúde, ainda assim 73% considera o preço como sendo *muito importante e importante*.

Quadro 51 - Importância dada à existência de acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde tendo em conta o facto de ser aderente de um subsistema de saúde

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total Geral
ADSE/ IASFA	19	7			1	27
PT		1				1
SAMS / SAMS Quadros	5	2	1			8
SSCGD		1				1
Nenhum	58	34	7	2		101
Total	82	45	8	2	1	138
% do total	59%	33%				

Fonte: Construção própria

Quadro 52 - Importância dada à existência de acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde tendo em conta o facto de possuírem um seguro de saúde

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Sem resposta	Total Geral
Não	10	6	2			18
Sim	72	39	6	2	1	120
Total	82	45	8	2	1	138
% do total	59%	33%				

Fonte: Construção própria

Em ambos os casos, verifica-se que 92% dos inquiridos considera *muito importante* e *importante* a existência de acordos com os subsistemas e/ou com as seguradoras, possam ou não usufruir dos respectivos acordos.

6.3. Conclusões

As avaliações dos determinantes da procura validam o que já foi referido anteriormente na revisão da literatura, ou seja, as pessoas escolhem um hospital privado porque procuram maior conforto e qualidade, por exemplo durante a sua estadia num internamento, com a possibilidade de optarem por um quarto privado em vez de ficarem numa enfermaria com diversas camas. Valorizam todos os profissionais de saúde acreditando que têm posturas diferentes no sector privado. Evitam e contornam as grandes listas de espera quer de consultas quer de cirurgias e procuram uma rápida solução para o seu problema, pelo que dão muita importância à rapidez na marcação de consulta / exame / especialidade e à qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção. Como uma boa percentagem da população portuguesa possui um subsistema de saúde e/ou seguro de saúde, procura instituições que tenham acordo, para assim beneficiarem de melhores preços, maior rapidez no acesso, e liberdade na escolha do prestador. Fazendo a ligação dos resultados com a revisão da literatura, pode concluir-se que os inquiridos também valorizam positivamente alguns dos factores apresentados pelos autores. Veja-se o resumo no quadro seguinte (Quadro 53).

Quadro 53 – Revisão dos determinantes da procura

	Y. Tountas et al. (2005) Doyle et al. (2000)	Griffiths (2008)	Hitshopi	Ribeiro (2009)	Avaliação dos inquiridos
Qualidade, comodidade e higiene das instalações	<i>elevada qualidade dos serviços dos hospitais privados</i>	<i>- possibilidade do tratamento em separado (homens de um lado, mulheres de outro) - taxas de infecções</i>	<i>maior conforto (por exemplo, um quarto privado)</i>		Muito importante
Rapidez na marcação da consulta / exame / cirurgia		<i>dimensão das listas de espera</i>		<i>- acessibilidade condicionada, por exemplo, as listas de utentes sem médico de família ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde - longos tempos de espera para consultas de</i>	Muito importante
Qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção			<i>os tratamentos são prestados mais rapidamente</i>		Muito importante
Acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde			<i>as despesas de saúde são pagas por um seguro de saúde</i>		Muito importante
Tecnologias de última geração	<i>importantes investimentos efectuados em</i>				Importante
Simpatia e profissionalismo dos colaboradores			<i>não existe tanta pressão pelo que os colaboradores podem dedicar mais tempo à prestação de</i>		Importante
Disponibilidade de diversas valências médicas e cirúrgicas	<i>efectuem procedimentos complexos como bypass das artérias coronárias, tratamentos</i>		<i>procura de procedimento que não é efectuado no serviço nacional de saúde (por exemplo, intervenções estéticas</i>	<i>fraca cobertura do SNS, como é o caso, da medicina dentária</i>	Importante

Fonte: Construção própria

7. Conclusão

Existindo em Portugal um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito que, teoricamente, poderia constituir uma ameaça à existência e prosperidade da intervenção do sector privado no sector da saúde, foi possível constatar que os operadores privados estão instalados, têm margem de crescimento e contribuem com um papel cada vez mais importante.

Nos anos mais recentes o número de unidades privadas aumentou, o volume de negócios dos principais grupos privados de saúde cresceu na ordem dos dois dígitos, e cada vez mais estabelecem relações de complementaridade com o sector público.

A procura dos cuidados de saúde pela população tem aumentado progressivamente devido a diversos factores exógenos, fundamentalmente, demográficos e socioeconómicos. No passado, a incapacidade do sector público de dar a resposta necessária criou uma oportunidade para a entrada dos privados que, numa fase inicial, foram contratados pelo Estado sob a forma de convenções em áreas como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Actualmente, os privados têm um maior protagonismo, actuando em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde, complementando e até competindo com os prestadores públicos.

Não havendo distinção fundamental na natureza dos serviços prestados, e sendo os cuidados públicos tendencialmente gratuitos, ainda assim os operadores privados têm prosperado, estando o crescimento a ser essencialmente estimulado pela forma de prestação do serviço: maior preocupação com o nível de conforto, adaptação da oferta dos serviços aos clientes, maior rapidez no diagnóstico e tratamento, possibilidade de realização de procedimentos dificilmente efectuados no SNS (intervenções estéticas ou tratamentos de fertilidade), entre outros.

Na sequência do inquérito realizado, foi possível concluir que da amostra de pessoas que procuraram instituições privadas nos últimos 12 meses, foi muito valorizado a qualidade, comodidade e higiene das instalações; a qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem; a rapidez na marcação da consulta/exame/cirurgia; a qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção e a existência de acordos com subsistemas de saúde/seguros de saúde.

Se em 1979 foi criado o *Serviço* Nacional de Saúde actualmente, e cada vez mais, deve pensar-se em *Sistema* Nacional de Saúde, tal é dimensão da oferta e da procura de cuidados de saúde privados.

O debate continua em aberto enquanto novas experiências de intervenção e cooperação se multiplicam, quer em Portugal, quer em outros países, confirmando a hipótese de partida quanto ao espaço, relevância e peso social e económico do sector privado de cuidados de saúde em Portugal.

8. Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2009), “Relatório e Contas do SNS – 2007”, Lisboa, ACSS
- Assembleia da República (1976), *Constituição da República Portuguesa*, Lisboa, Assembleia da República
- Assembleia da República (1989), *Constituição da República Portuguesa*, Lisboa, Assembleia da República
- Assembleia da República (1979), “Lei 56/79: Criação do SNS”, *Diário da República*, 214: 2357-2363
- Assembleia da República (1990), “Lei 48/90: Lei de bases da saúde”, *Diário da República*, 195: 3452-9
- Assembleia da República (1993), “Decreto-Lei 11/93: Estatuto do SNS”, *Diário da República*, 12: 129-134
- Assembleia da República (2002), “Decreto-Lei 185/2002: Parcerias público-privadas”, *Diário da República*, 191: 5852-5858
- Assembleia da República (2003), “Decreto-Lei 309/2003: Criação da Entidade Reguladora da Saúde”, *Diário da República*, 284: 8329-8338
- Baptista, C. (2010), “O estado da arte”, <http://www.observaport.org/node/27>, acessado a 20/06/2010
- Berry, L. L. e N. Bendapudi (2003), “Clueing in customers”, *Harvard Business Review*
- Bohmer, R (2000), “The customers in health care”, *Harvard Business School*
- Cabral, M. V. e P. A. Silva (2009), *O estado da saúde em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais
- Campos, A. C. (2008), *Reformas da Saúde – o fio condutor*, Coimbra, Almedina
- Castilho, A. (2003), “Evolução e estrutura das despesas de saúde, em Portugal, 1980-1995”, *Referência n° 10*, pp. 53-61
- Dinis, A. (2008), “Saúde privada, integração sofisticada”, *IP - Espaços, Edifícios, Empresas*, pp. 14-22
- Direção Geral da Saúde (2009), “Elementos estatísticos – informação geral: saúde 2007”, Lisboa, DGS – Min. Saúde

- Doyle, Yvone e A. Bull (2000), “Role of private sector in United Kingdom healthcare system”
- Esmail, N. (2007), “Canada can learn from programs combining public and private care”, Medical Post, Toronto
- Griffiths, J. (2008), “Private hospitals - how do they compare”, www.privatehealth.co.uk/articles/august-2008/hospitals-in-the-uk/, acedido em 01/11/2009
- Ham, Chris (1997), “Health care reform: learning from international experience”, University of Birmingham
- Hitshopi, G., “Why patients sometimes choose a private hospital over NHS”, <http://ezinearticles.com/?Why-Patients-Sometimes-Choose-a-Private-Hospital-Over-the-NHS&id=3015983&opt=print>, acedido em 01/11/2009
- Hitshopi, G., “Reasons people opt for private hospital treatment”, <http://ezinearticles.com/?Reasons-People-Opt-For-Private-Hospital-Treatment&id=3175727&opt=print>, acedido em 01/11/2009
- INE (2009), “Indicadores Sociais 2008”, Lisboa, INE
- Lopes, H. (2010), “Percepções públicas do SNS”, em *30 anos do serviço nacional de saúde*, Simões J., Almedina, pp. 145-174, Coimbra
- Maarse, H. (2006), “The privatization of healthcare in Europe: a eight-country analysis”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, nº 4, pp. 981-1014
- Ministério das Finanças e da Administração Pública (2010), “Orçamento de Estado para 2010”, Lisboa, Ministério das Finanças e da Administração Pública
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), “Portugal – o perfil da saúde”, <http://www.observaport.org/node/10>, acedido a 20/07/2010
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), “Relatório de Primavera 2010”, Lisboa, OPSS
- Oliveira, M. (2010), “Evolução da oferta”, em *30 anos do serviço nacional de saúde*, Simões J., Almedina, pp. 271-296, Coimbra
- Ramos, A. R. e C. Silva (nd), “Evolução do seguro de saúde em Portugal”, <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=18235&img=2837>, acedido a 07/06/2010
- Ribeiro, J. M. (2009), *Saúde – A liberdade de escolher*, Lisboa, Gradiva

- Saraiva, H. (2010), “Cidadãos devem ser livres de escolher o seu sistema de saúde”, *Diário Económico*, pp. 28
- Silva, S. N. (2010), “Gasto, financiamento e eficiência”, em *30 anos do serviço nacional de saúde*, Simões J., Almedina, pp. 113-144, Coimbra
- Silveira, T. (2010), “A liberdade de escolha é um direito dos utentes dos serviços de saúde”, *Vida Económica*, pp. III
- Simões, J. (2009), *Retrato Político da Saúde – Dependências do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Almedina
- Tountas, Y., P. Karnaki, E. Pavi, K. Souliotis (2005), “The "unexpected" growth of the private sector in Greece”, *Health Policy* 74, pp. 167-180
- WHO (2002), *The role of private sector and privatization in European health systems*, Regional Committee for Europe
- Wyke, A. (1997), “Can patients drive the future of health care”, *Harvard Business Review*, Boston, pp. 4-8
- Vilelas, J. (2009), *Investigação – o processo de construção do conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo

Sítios na Internet:

ADSE – www.adse.pt

ADVITA – www.advita.pt

Espírito Santo Saúde – www.essaude.pt

Hospitais Privados de Portugal – www.hppsaude.pt

Hospital da Luz – www.hospitaldaluz.pt

INE – www.ine.pt

José de Mello Saúde – www.josedemello.saude.pt

Observatório Português de Saúde – www.observaport.org

OCDE – www.oecdlibrary.org

Portal da Saúde – www.portaldasaude.pt

9. Anexos

Questionário - MGESS

Este questionário insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia do Porto.

Pretende compreender-se a evolução do papel das instituições de saúde privadas no Sector da Saúde em Portugal.

O questionário é absolutamente confidencial e anónimo e os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração.

* Required

1. Caracterização

1.1. Sexo *

- M
- F

1.2. Idade *

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- + 69

1.3. Habilitações Literárias *

- <= 12º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Other:

1.4. Rendimento Bruto Mensal do Agregado Familiar *

- < 475€
- 475€ - 950€
- 950€ - 1.900€
- 1.900€ - 2.850€
- 2.850€ - 4.750€
- 4.750€ - 6.650€
- > 6650€

1.5. Localidade de Residência *

1.6. Distrito de Residência *

 ▼

1.7. Para além do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que outro subsistema de saúde possui?

- ADSE / IASFA
- SAMS
- SSCGD
- SSMJ
- PT
- Nenhum
- Other:

1.8. Possui algum seguro de saúde *

- Sim
- Não

2. Procura de cuidados de saúde

2.1. Nos últimos 12 meses, quais das seguintes instituições de saúde frequentou? *

- Centro de Saúde
- Hospital Público
- Consultório Médico Privado / Clínica Privada
- Hospital Privado (ex. Hosp. dos Lusíadas; Hosp. da Luz; CUF Descobertas; Hosp. da Arrábida; Hosp. da Trofa; Clipóvoa)
- Nenhuma

Se não escolheu a opção 'Hospital Privado' o questionário termina aqui

Obrigada pela sua colaboração

2.2. Quando escolheu o Hospital Privado foi para a realização de

- Consultas
- Exames
- Parto
- Cirurgia
- Internamento

2.3. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foi ao Hospital Privado?

- 1
- 2 - 6
- 7 - 12
- + 12

2.4. Indique qual o grau de importância dos seguintes itens quando opta por um Hospital Privado

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Notoriedade e confiança na instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boa organização interna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Localização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade, comodidade e higiene das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnologias de última geração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia e profissionalismo dos colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade do corpo clínico, técnico e de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidez na marcação da consulta / exame / cirurgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade de diversas valências médicas e cirúrgicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade e rapidez do diagnóstico e intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acordos com subsistemas de saúde / seguros de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigada pela sua colaboração.