

Privatização e regionalização dos sistemas de saúde da Itália e de Portugal

Preprint

DOI <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/8548>

January 2025

Davide Fassola

University of Bologna

Forlì, Italy

davide.fassola@studio.unibo.it | davide.fassola2@unibo.it

Orcid <https://orcid.org/0009-0007-7185-7158>

LinkedIn <https://www.linkedin.com/in/davide-fassola-b63279208/>

University of Bologna's website, personal page <https://www.unibo.it/sitoweb/davide.fassola2>

Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche, Università di Bologna

Licenza CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



Índice

Abstrato	Página 3
Introdução	Página 4
Dificuldades do SNS e a necessidade de reforma	Página 6
Reformas do sistema nacional de saúde italiano	Página 7
Esboços da política de saúde das estruturas e funções	Página 10
O Processo de Regionalização do Sistema Nacional de Saúde	Página 12
Uma comparação com fenómenos relacionados com o sistema de saúde português	Página 14
Conclusões	Página 17
Bibliografia	Página 19

Abstract

Through a brief introduction tracing the origins of the Italian Healthcare System and its founding principles, the document will address the era of reforms driven by the rationalization of public spending. It discusses the transformation of the Public Healthcare System and Hospitals into corporations (known ASLs). Within this context, it also analyzes the role of facilities, staff, the changing role of doctors, and the importance of regional systems in managing the vast organization that is the Italian National Health Service. Finally, during the Covid era, we will explore the changes that occurred, which, however, did not alter the corporate system established earlier. The document concludes with a phenomenological comparison with the Portuguese National Health Service, aiming to identify similarities and differences.

Abstrato

Através de uma breve introdução através de uma breve história do nascimento do Sistema de Saúde Italiano. e dos seus princípios, virá lidar com a era das reformas devido a uma racionalização da despesa pública. O documento discute como teve lugar a transformação do Sistema de Saúde Pública e Hospitais, que agora são corporações (chamadas ASLs). Neste contexto, também analisa o papel ocupado pelas instalações, pessoal, mudanças no papel dos médicos e a importância dos sistemas regionais na gestão da maior organização de saúde que é o Sistema Nacional de Saúde italiano. Finalmente, durante a era Covid, veremos que mudanças ocorreram, as quais, no entanto, não alteram o sistema corporativo anteriormente criado. Finalmente, é feito um confronto fenomenológico com o Sistema Nacional de Saúde português, tentando reconhecer semelhanças e diferenças.

Introdução

*"A República protege a saúde como um
direito fundamental do indivíduo e um
interesse da comunidade, e garante cuidados
gratuitos para
os necessitados".*

Artigo 32 da Constituição Italiana

Embora a Constituição italiana tenha entrado em vigor a 1 de Janeiro de 1948, só dez anos mais tarde é que o Ministério da Saúde entrou em vigor, em 1958.

Até aos anos 70, a segurança social e a prevenção no sector da saúde baseava-se no chamado "mutue casse" (Bonazzi, 2018), que consistia numa espécie de seguro de saúde público. Mesmo mais de 9 em cada 10 italianos subscrevem estes 'mutue'. No entanto, com o tempo, surgiram algumas diferenças de tratamento, devido às contribuições a pagar e às prestações, que dependiam da categoria profissional e da "mutua" a que pertenciam. Isto deu origem a um fenómeno de fragmentação. Por este motivo, algumas reformas foram consideradas necessárias. O sistema mutualista também criou situações diferentes em cada uma das mútuas, e muitas delas acabaram em dívidas (Ibid.).

A partir de 1970, as regiões de funções em matéria de saúde foram gradualmente estabelecidas. O Fundo Nacional de Saúde foi também criado para liquidar as dívidas que tinham sido criadas e para garantir mais estabilidade. A abolição das sociedades mútuas está também planeada, embora sem, por enquanto, a pôr em prática (Capano, Gualmini, 2011).

Foi só em 1978, com a Lei 833/1978, que o Parlamento italiano criou o chamado Sistema Nacional de Saúde (Ibid.). Este novo "sistema" substituiu efectivamente as mútuas categóricas por um único seguro nacional para todos os cidadãos. Este seguro único por si só proporcionou todos os benefícios para proteger o direito à saúde.

O Sistema Nacional de Saúde italiano (a partir de agora o SSN) é constituído como um todo das suas funções, e é também constituído por estruturas e actividades que promovem, mantêm e restabelecem consistentemente a saúde. Na ciência das organizações e na ciência política, este processo chama-se "integração".

O SSN funciona através de um instrumento operacional, que só pode ser local, dada a dimensão e dispersividade do território nacional italiano. Estes organismos locais são chamados USLs (abreviatura de Unidades Locais de Saúde), que são criados em todo o território. E é aqui que os hospitais (ou seja, antigos organismos públicos) e todas as instalações médicas e de saúde pública existentes se reúnem, tais como Higiene Pública, Saúde Mental, Higiene Ocupacional, Medicina de Cuidados Primários, Clínicas Ambulatórias, Medicina Preventiva, Serviço Veterinário, etc.

Há seis princípios do SNS, brevemente resumidos abaixo (Bonazzi, 2018):

- 1) Universalidade. Entendido como universalidade de cobertura: o SSN é um direito de que gozam todos os cidadãos e deve, portanto, ser garantido. Com isto em mente, está também previsto um tratamento gratuito, que vai proteger as camadas mais desfavorecidas da população, tais como os indigentes e os desempregados.
- 2) Igualdade. Entendido como a igualdade dos cidadãos, que devem ser tratados em pé de igualdade no que diz respeito às suas necessidades de saúde e, portanto, também no acesso aos cuidados relevantes.
- 3) Solidariedade. Entendido como solidariedade fiscal. Este princípio é aplicado e garantido graças à existência do chamado "Fundo Nacional", mencionado acima. Mesmo, para certos serviços de saúde, os "co-pagamentos" podem ser utilizados para cobrir os custos.
- 4) A globalização. Entendido como compreensivo na prestação de serviços. De facto, seria um Serviço Nacional de Saúde limitado se os únicos serviços fossem os serviços de cuidados e os serviços hospitalares. Em vez disso, é abrangente, oferecendo serviços de prevenção, saúde pública, diagnósticos, etc. Em suma, este quarto princípio garante a protecção abrangente da saúde pública.
- 5) O serviço público. Ou seja, o facto de o SSN ser um serviço prestado exclusivamente por entidades públicas, com, consequentemente, pouca ou nenhuma abertura aos prestadores privados, aos quais apenas se recorre em caso de emergência, apenas para serviços suplementares. E é precisamente este princípio que será mais desafiado pelas futuras gerações políticas, pelos futuros governos e pela racionalização da despesa pública.
- 6) Democracia. Entendido como uma democracia de nomeações, ou seja, controlo democrático sobre a gestão de topo das referidas USLs, ou seja, instalações de saúde, através

órgãos políticos representativos, ou seja, os conselhos municipais de cada cidade e vila.

Foi apenas alguns anos após o estabelecimento da SSN, que implicou grandes mudanças no sistema pré-existente, que surgiu a insatisfação, pois estavam de facto a ser criadas disfunções que confirmaram o facto de que a referida SSN era imperfeita, ou pelo menos não completa. Foram precisamente estas considerações, e também a crescente insatisfação a nível das bases, que deram origem à necessidade da criação de uma série de reformas sanitárias, que serão discutidas em mais pormenor mais adiante.

2. Dificuldades do SNS e a necessidade de reforma

Como foi dito anteriormente na introdução, algumas disfunções já surgiram no recém-nascido SNS.

Uma das disfunções mais fortes e interessantes a analisar é a da interferência dos políticos na gestão das USLs, que passou de unidades democráticas a unidades sujeitas a parcelamento partidário, uma vez que a sua gestão de topo, como mencionado, estava essencialmente sujeita ao controlo do conselho municipal, que muito frequentemente, particularmente nos municípios mais povoados, tem uma cor política de referência, que, além disso, muda ao longo do tempo após cada eleição.

Houve também uma gestão clientelística dos recursos, devido, apenas para dar um exemplo, à carreira dos médicos, que estava frequentemente sujeita a filiação política. A crença política de cada médico, e a sua possível filiação num partido, fez a sua fortuna ou infortúnio, com consequências bastante óbvias no seu nível de carreira. Para dar mais um exemplo, novo recrutamento, ou a abertura de novos hospitais para consenso eleitoral. Os hospitais já não eram assim abertos por necessidade e onde havia necessidade, mas onde havia necessidade de consenso político, para permitir aos políticos serem reeleitos ou ganharem favores com o povo. Isto tem como consequência directa uma má afectação ou má afectação dos recursos nacionais aos cuidados de saúde locais, resultando no desperdício de dinheiro ou na não optimização da utilização dos recursos disponíveis. Além disso, as decisões tomadas pelos comités de gestão reflectiam a lógica partidária e não as necessidades sanitárias de um território individual. As despesas de saúde por estas e outras razões, portanto, estão a crescer, sem, no entanto, otimizar os serviços do SNS. Em suma, o endividamento é criado.

Outra disfunção interessante do SNS diz respeito à tomada de decisões conflituosas: a pressão dos "lobbies", ou seja, médicos e empresas farmacêuticas, está no parlamento. Além disso, o Ministério da Saúde encontra-se frequentemente com pessoal que não é altamente qualificado. A despesa crescente com a saúde acaba por ficar fora de controlo, e cada Plano Nacional de Saúde (PNS) implementado pelo parlamento tem dificuldade em ser aprovado a nível local (um fenómeno conhecido como o efeito cascata (Bonazzi, 2018)).

Além disso, uma outra disfunção é criada devido às tensões resultantes entre o centro e a periferia. As regiões italianas são incapazes de conter as despesas, existe uma fraca função de direito, e os planos de saúde não são aprovados. Como resultado, foram criadas mais USLs, para um total de seiscentos e cinquenta e nove no país.

3. Reformas do sistema nacional de saúde italiano

3.1 A reforma de 1992

Teremos de esperar até 1992 para observar uma grande reforma, que veio através do Decreto Legislativo 502/1992, que mudou radicalmente a estrutura da SSN, mas confirmou os princípios gerais mencionados em vez da sua introdução.

As USLs estão a ser corporatizadas, mesmo através do seu nome. Se costumavam ser chamadas Unidades Locais de Saúde, agora são chamadas Autoridades Locais de Saúde, ou seja, estão a passar para a gestão de gestão, abandonando o sistema de gestão política das organizações de saúde em toda a Itália (Capano, Gualmini, 2011).

É aqui que surge a figura do director-geral, o maior factor que determina o referido processo de despolitização. As ASLs assumiram total autonomia de gestão, o que deveria garantir a relação custo-eficácia do sistema. Mesmo hospitais individuais foram acantonados das USLs e tornaram-se também empresas, conhecidas como Aziende Ospedaliere (AOs).

Esta gestão dos cuidados de saúde de acordo com os princípios corporativos mina o quinto princípio da SSN: aqui, pela primeira vez na história da República Italiana, é utilizada uma gestão essencialmente privada, com instrumentos privados, que devem garantir e satisfazer os critérios de eficácia, eficiência e custo-eficácia. Empresas locais (ASLs) e hospitais individuais

(AO) deve, portanto, alcançar um orçamento equilibrado, ou seja, uma melhor utilização dos recursos, contenção das despesas (Ibid.).

No jargão político da gestão das organizações de saúde, diz-se que a reforma de 1992 transformou o SNS de um modelo integrado para um modelo separado (Ibid.).

O modelo integrado consistia no comissionamento e prestação de serviços, que era dado a uma única organização, ou seja, as antigas USLs, que existiam antes de 1992. O modelo separado é também referido como "contratual", ou seja, baseado na separação das funções de encomenda e produção, que em caso algum são agora políticas (Ibid.).

É criada uma separação clara entre as duas partes (Bonazzi, 2018):

a) Os mandantes. Os principais aqui são as ASLs, que garantem serviços na implementação do plano regional de saúde, que deve estar em sintonia com as necessidades dos cidadãos, ou seja, com as necessidades reais e já não com as que são percebidas ou prometidas para fins de propaganda.

b) Fornecedores. Os fornecedores aqui são os hospitais e instalações de saúde, ou seja, principalmente os hospitais, o Aziende Ospedaliere, que produzem e fornecem os serviços solicitados com base em contratos específicos celebrados com a ASL.

As ASLs, no entanto, poderiam ter vários fornecedores para o mesmo serviço, uma vez que agiram com base nos critérios de custo-eficácia e qualidade: isto abriu o caminho, como brevemente mencionado, a fornecedores privados, que no entanto tinham de ser, na altura, acreditados. A sua acreditação dependia das rigorosas regras económicas da concorrência e do mercado, mas também da satisfação dos utilizadores.

No entanto, a reforma não está totalmente implementada. Ou pelo menos não é aplicado a todos os hospitais: os pequenos hospitais não se tornarão empresas, e permanecerão dentro das ASLs; por conseguinte, serão chamados de enfermarias hospitalares. O papel da ASL torna-se, neste momento, essencialmente um papel de comissionamento. Contudo, há outro papel que é complementado: as ASLs tornam-se também produtoras (Ibid.), ou seja, prestadoras de serviços. Assistimos aqui à transformação numa dualidade do papel das Autoridades Locais de Saúde, tendo em conta o princípio económico segundo o qual quanto menos contratos de fornecimento forem feitos, menor será a concorrência. Este modelo é chamado de modelo híbrido.

A Reforma de 1992 reforça ainda mais o poder das regiões, que passam de entidades propostas e designadas para funções de política, planeamento e supervisão. As regiões têm uma responsabilidade financeira, chamada despesa, que representa mais um passo em

avançar para a chamada "regionalização" do SNS.

Os Planos de Saúde tornam-se assim mais fáceis de implementar, e não só devido à ausência da interferência política que era quase institucionalizada anteriormente, mas também através de uma simplificação do processo de aprovação do Plano Nacional de Saúde, que é delegado: já não requer aprovação parlamentar, mas é aprovado directamente pelo Ministério.

3.2 A reforma de 1999

Uma nova reforma do Sistema Nacional de Saúde foi aprovada através do Decreto Legislativo 229 de 1999.

Esta reforma destina-se a trazer melhorias dentro de um sistema tão radicalmente alterado.

No entanto, a reforma não altera a estrutura da reforma de 1992, mas apenas afirma mais regulamentação pública, com menos leis de mercado.

Assim, existem algumas alterações, que podem ser resumidas da seguinte forma (Lippi, Morisi, 2005):

- Os critérios para a acreditação de particulares tornam-se mais restritivos, resultando numa menor abertura à concorrência e ao mercado;
- Há mais restrições na transformação de hospitais em empresas hospitalares, confirmando uma maior frequência do duplo papel das ASLs já criadas e já discutidas na discussão da reforma de 1992.
- É trazida mais disciplina para a prática da medicina. Os médicos devem, portanto, escolher se querem ser médicos intramoénios ou médicos extramoénios. Em resumo, os médicos podem decidir se querem aderir ao SSN ou praticar por conta própria, mas já não podem fazer as duas coisas: uma ou a outra.
- Os chamados LEAs, ou níveis essenciais de cuidados, foram introduzidos, reforçando a garantia de cobertura financeira, o que mais tarde levaria à chamada "reforma do Título V da Constituição Italiana".

Vale a pena dizer algumas palavras adicionais sobre os LEAs acima mencionados. Os LEAs são definidos como níveis essenciais, uma vez que são indispensáveis para a protecção das necessidades básicas de

saúde dos cidadãos (Lippi, Morisi, 2005). Estes devem também ser uniformes em todo o país, e são efectivamente regulamentados através de regulamentos estatais.

A identificação dos LEAs é realizada através do Plano Nacional de Saúde, agora mais fácil de implementar e aprovar, que tem lugar de três em três anos, ao mesmo tempo que determina os recursos financeiros atribuídos ao Sistema Nacional de Saúde.

Os serviços incluídos nos níveis essenciais têm cobertura garantida, ou seja, o apoio pode ser prestado através de 'co-pagamentos' ao utilizador (Ibid.). Os Níveis Essenciais de Cuidados estão também presentes em muitas áreas de saúde: desde os cuidados sociais e de saúde, aos cuidados hospitalares, e da saúde pública no ambiente de vida à saúde e segurança no trabalho.

4. Esboços da política de saúde das estruturas e funções

As políticas de saúde resultam da interacção presente entre uma multiplicidade de actores, a maioria dos quais são públicos, mas também privados (uma minoria), todos a operar a nível central, regional e local: o SNS tem de facto uma estrutura de governação a vários níveis (conhecida como MLG). As estruturas que operam em Saúde na República Italiana após as reformas de 1992 e 1999 são apresentadas a seguir.

4.1 O Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde italiano está dividido em vários departamentos e mantém funções de planeamento e regulação bastante importantes. Só ela elabora e aprova o Plano Nacional de Saúde. O ministério desempenha igualmente um papel de supervisão e garantia no que diz respeito à racionalização das despesas, estabelecendo taxas máximas que não podem ser excedidas pelas regiões.

O Ministério também elabora independentemente os LEAs, que devem, no entanto, ser garantidos uniformemente em todo o território.

O Ministério também regula directamente sub-sectoros, tais como campanhas de prevenção ou vacinação, como foi também o caso durante a pandemia de Covid-19.

E é sempre o ministério que define o financiamento do SNS, identificando quais são os custos padrão e gerindo o próprio Fundo Nacional de Saúde.

4.2 Outras estruturas a nível central

As outras estruturas sanitárias agindo a nível central por delegação do Ministério da Saúde são as seguintes (Bobbio, Pomatto, Ravazzi, 2018).

- Istituto superiore di sanità (ISS), que é o organismo público com funções de investigação científica e experimentação médica, fornecendo pareceres reguladores cruciais, ou seja, irrecorríveis. A ISS foi portanto responsável, na era pandémica, por tomar decisões sobre vacinas e sugerir o que fazer directamente ao governo.
- O Conselho Superior de Saúde. Trata-se de um organismo técnico-científico, composto por cinquenta peritos seleccionados com base no critério de "fama clara", ou seja, médicos e gestores que demonstraram durante a sua carreira que se destacam dos seus colegas.
- A Agência Italiana de Medicamentos (AIFA), que tem um papel na regulação e controlo dos medicamentos, regista e autoriza os mesmos.
- A Agência Nacional dos Serviços Regionais de Saúde (AGENAS). Esta agência apoia as regiões e ajuda na coordenação dos sistemas de saúde regionais. Por exemplo, compara os custos e o desempenho dos serviços, aponta disfuncionamentos e promove a inovação e as "melhores práticas".

4.3 Estruturas a nível local

A nível regional, existem tanto as ASLs como as AOs discutidas acima. Trata-se de empresas autónomas especiais que têm um director geral (DG) que é nomeado directamente pelo Presidente da Região, através de um contrato ad personam, ou seja, com plena responsabilidade de gestão. O director geral é assistido pelo trabalho de dois outros directores: o director médico e o director administrativo, que são nomeados pelo director geral, directamente (Bobbio, Pomatti, Ravazzi, 2018).

As ASLs têm, como já foi mencionado, a função de comissionamento, mas, através da sua dualidade, também a de produção directa de serviços, por exemplo, através da gestão de enfermarias hospitalares. As ASLs são financiadas pelas regiões individuais (Ibid.).

Dentro da ASL existem vários sectores, resumidos abaixo:

- 1) O distrito sócio-sanitário. Este distrito garante cuidados de saúde primários através de vários médicos que trabalham dentro da ASL. O distrito também gere a relação e ligação com os municípios, e integra os serviços de saúde e bem-estar.
- 2) O departamento de prevenção. Este departamento, como o seu nome sugere, é designado para a prevenção, mas também para os controlos.
- 3) Presídios hospitalares, quando os hospitais são demasiado pequenos para se tornarem Autoridades Hospitalares.

As AOs, por outro lado, têm as chamadas funções de "produção", através da abertura e gestão directa de serviços ambulatoriais, laboratórios, tratamento e hospitalização. Estas AOs são financiadas directamente pelas ASL (financiadas por sua vez - como mencionado - pelas regiões) e pelos co-pagamentos abertos pelos cidadãos individuais com base nos serviços que lhes são prestados.

Grandes hospitais (com possíveis fusões) de alta especialização são criados como corporações hospitalares, que são identificadas pelas regiões com base em parâmetros estabelecidos pelas leis estatais.

Os outros hospitais, os renomeados 'garrisons', por outro lado, são internos às ASLs, e por isso são desprovidos de autonomia de gestão, e dependem do Director Geral da ASL. Não têm, portanto, qualquer responsabilidade financeira (Ibid.).

5. O Processo de Regionalização do Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde italiano tem vindo a ser regionalizado ao longo do tempo. Ou seja, foi levada a cabo uma operação de reforço das potências regionais para poder planear, gerir e financiar os cuidados de saúde no quadro das reformas mais gerais do regionalismo (Baldi, Xilo, 2012). Consequentemente, a competência legislativa e administrativa em matéria de saúde é reforçada nas reformas analisadas. Os cuidados de saúde tornam-se uma competência regional (Ibid.). É então estabelecida uma ligação com o Plano Nacional de Saúde através da chamada Conferência Estado-Regiões. Além disso, decreta-se o chamado federalismo fiscal, o que resulta em maiores recursos financeiros próprios, ou seja, maior financiamento a ser concedido às regiões individuais (Ibid.).

Quanto ao papel das regiões, estabelecem os objectivos, benefícios, LEAs e

critérios de avaliação de serviços. Em seguida, organizam os serviços na área e monitorizam o seu progresso, e também determinam as áreas territoriais das ASLs e as redes hospitalares. Decidem, portanto, quais as ASL a fundir (se houver) e quais os hospitais que se tornam AOs e quais os que se tornam presidenciais. As Regiões também nomeiam os Directores Gerais das ASLs (neste caso directamente o Presidente da Região) e finalmente definem os critérios para a acreditação dos prestadores privados (Ibid.).

Cada região também decide sobre as tarifas que os trabalhadores da ASL recebem, e também as dos médicos internos (isto é, intramoenia).

As estruturas regionais têm sem dúvida responsabilidades importantes na contenção e racionalização das despesas de saúde e no equilíbrio das contas. Por conseguinte, recorrem frequentemente à utilização de co-pagamentos pagos por cidadãos individuais, u m a operação destinada a cobrir os défices de funcionamento. Além disso, os serviços acima dos LEAs podem ser financiados, se considerado apropriado. As responsabilidades das estruturas regionais são reforçadas através do chamado "federalismo fiscal", ou seja, impostos próprios.

Dentro das estruturas regionais existem também as estruturas administrativas, ou seja, as conselheiras regionais que têm competência no papel de planeamento e regulação dos serviços de saúde da região. Algumas regiões até (por exemplo, Emilia Romagna) criaram as suas próprias agências de saúde para a avaliação dos serviços prestados e para o apoio técnico do aparelho.

Os médicos que trabalham nas estruturas regionais, ou seja, os médicos da intramoenia, são todos classificados como gestores, ou seja, um papel único que se articula nas várias responsabilidades, que são tanto profissionais como de gestão. As nomeações são conferidas pela gestão de topo.

Os médicos recebem um salário básico (estabelecido, como mencionado, por cada região) e um subsídio de posição em função das tarefas atribuídas. Também lhes é pago um subsídio de desempenho, e estes subsídios são decididos por uma comissão de examinadores (que é interna à direcção médica) e por uma equipa de avaliação (que é externa).

Existem nada menos que 46.000.000 médicos de clínica geral, aos quais devemos acrescentar cerca de 7.500 pediatras, que desempenham, no mínimo, um papel crucial no funcionamento do SNS, uma vez que são os chamados "porteiros" dos serviços especializados e hospitalares (ou seja, para escrever em

termos económicos, determinam a procura) e prescrevem medicamentos (ou seja, determinam o consumo e a despesa farmacêutica (Girotti, 2007).

No entanto, os médicos não são empregados da SSN, mas sim freelancers ao abrigo de um acordo com a ASL, conforme o acordo nacional, que é, além disso, negociado de quatro em quatro anos.

6. Uma comparação com fenómenos relacionados com o sistema de saúde português

O primeiro passo para a criação de um sistema de saúde ocorreu já em 1946, mais ou menos ao mesmo tempo que o caso italiano, quando a '*Federação das Caixas de Providência*' foi criada, criando uma segurança social inspirada por um modelo bismarckiano. Em 1971, teve lugar uma reforma conhecida como a "Reforma Gonçalves". que deu origem a um sistema nacional de saúde, que, no entanto, teria de esperar mais alguns anos.

Entretanto, teve lugar a Revolução de Abril (em 1974), conhecida como a "Revolução dos Cravos", que criou as condições políticas e sociais que permitiram reforçar a reforma de 1971, com o reforço dos direitos sociais (Simoões, Dias, 2010).

Quanto aos hospitais, estes estão divididos em duas categorias básicas: hospitais centrais e hospitais gerais distritais. Enquanto as primeiras estão localizadas apenas nas três maiores cidades portuguesas (Lisboa, Porto e Coimbra), as segundas estão espalhadas pelo resto do território. Cada hospital cobre uma bacia populacional de aproximadamente 250.000 a 300.000 pessoas (Ibid.).

No entanto, existem também outras instalações, chamadas clínicas, especializadas em algo específico (tais como pediatria, ortopedia, etc.), tal como existem também hospitais psiquiátricos e hospitais locais.

A medicina de cuidados primários, por outro lado, consiste numa rede de centros de saúde, chamada 'centro de saúde', que são geralmente geridos pelo Estado. Aqui, os pacientes não pagam e os médicos são remunerados. Contudo, as clínicas privadas para pacientes externos, onde os médicos trabalham a tempo parcial, e são pagos pelos pacientes e por terceiros (financiamento integrado), também estão hoje generalizadas.

O sistema nacional de saúde português tem um início relativamente recente - como no caso italiano - que remonta a 1979 para ser preciso (Lei 56/1979). Este sistema fornece cobertura de seguro de saúde para todos, independentemente dos rendimentos. As finanças necessárias para sustentar este sistema (caro) provêm de um sistema de

prevenção social.

Um grande número de portugueses beneficia de tal sistema, nomeadamente 75 por cento (Santana, 2010), enquanto o restante quarto da população complementa o seu acesso à saúde através de seguros do trabalho que realizam, ou através de cuidados privados.

Em 1989, o sistema foi parcialmente alterado, estipulando - através da alteração da constituição - que os cuidados de saúde "tenderiam" a ser gratuitos, mas já não totalmente gratuitos.

Em vez disso, em 1990, foi introduzida uma reforma ("lei base de saúde"), remanescente - em muitos aspectos - das reformas de privatização italianas. Esta lei da saúde é radical e estabelece o princípio da desregulamentação e da livre concorrência - já não sujeita ao controlo do Estado - entre os sectores público e privado. Os dois sistemas tornam-se (tal como são agora) coexistentes.

Até então, os hospitais eram financiados com base em orçamentos orçamentais globais ajustados de ano para ano, mas desde a reforma, a prática de verificar e calcular orçamentos orçamentais globais com base na soma dos custos dos grupos de diagnóstico (GDH) tem sido gradualmente introduzida. A propósito, os centros médicos públicos também têm os seus próprios orçamentos a este respeito (Simoões, Dias, 2010).

O sistema de orientação neoliberal, as competências de gestão e a concessão de incentivos fiscais - em linha com a Itália e a maioria dos outros países da UE - funcionaram até cerca de 1997, quando o sistema de saúde mudou para os princípios da "Nova Gestão Pública", como também estava a acontecer em Itália, depois de o governo trabalhista britânico da época ter influenciado as políticas dos seus vizinhos europeus.

A nova Gestão Pública, no entanto, ainda não é a solução final, tendo sido estabelecido em 2002 um sistema de saúde misto com complementaridade entre os sectores público, social e privado, a fim de tornar o sistema mais eficiente.

Em 2004, ocorreu uma outra mudança, nomeadamente o lançamento do "Plano Nacional de Saúde 200- 2010, com o qual o governo iniciou um período de reforma em que foram feitas várias intervenções que podem ser resumidas como se segue:

- 1) Os hospitais adoptam um estatuto legal para os hospitais públicos, muitas alas estão fechadas;
- 2) Em 2006, foram criadas Unidades de Saúde Familiar (UGF) e, em 2008, foram estabelecidos Sistemas Locais de Saúde (SAS) para prestar cuidados primários em territórios definidos;
- 3) Também em 2006, foi criada a rede de Cuidados Continuados Integrados, que é

cuida de pessoas que sofrem de doenças crónicas e não auto-suficientes (portanto, basicamente os idosos, ou seja, um segmento crescente da população como resultado de alterações demográficas conhecidas). Os cuidados nestes casos não requerem hospitalização, mas sim intervenções preventivas, curativas e, em alguns casos, paliativas, sociais e sanitárias.

No entanto, as reformas realizadas durante este período, em particular o encerramento das alas (ponto 1), geraram muito descontentamento entre a população, levando a protestos em todas as partes do país.

O sistema de saúde português, apesar da sua implementação e dos investimentos do governo, é ainda um sistema que pode ser implementado, devido à distribuição desigual dos recursos de saúde, devido à segmentação do sistema de saúde, que ainda está dividido em diferentes subsistemas, e devido à baixa participação dos cidadãos no sistema de saúde.

No que respeita às desigualdades, existem vários estudos (Van Doorsler, Koolman, Jones, 2004; Oliveira, Bevan, 2003) que salientam situações graves de desigualdade devido a dificuldades no acesso e utilização de cuidados especializados, mas também em relação ao estado de saúde. Em particular, salientam que todas as reformas implementadas desde 1985 identificaram poucas políticas que tivessem como objectivo a equidade. Em particular, a introdução em 1995 de reduções fiscais sobre despesas privadas de saúde complicou ainda mais a situação (Oliveira, Gouveia Pinto, 2005).

A segmentação do sistema de saúde consiste em subsistemas (que consistem em: seguro de saúde público para funcionários públicos, seguro de saúde voluntário, seguro para funcionários de telecomunicações e correios, o sistema de funcionários bancários e de seguros, fundos de seguros privados de organizações sem fins lucrativos, despesas familiares directas), de tal forma que alguns sectores da população podem contar com mais seguros de saúde, enquanto outros têm um acesso mais difícil. Isto cria complicações tanto a nível burocrático como de saúde, além de não ajudar na resolução das desigualdades (Oliveira, Gouveia Pinto, 2005).

Finalmente, no que diz respeito à participação dos cidadãos, o plano de saúde 2004-2010 anteriormente mencionado assinala a "pobreza de mecanismos formais e informais" adequados para reforçar a cidadania activa (Ministerio da saude, 2004), que é também uma consequência da fraqueza das associações de doentes e a sua consequente dificuldade em representar as suas exigências.

Em resumo, portanto, os sistemas de saúde italiano e português têm um

semelhantes, com sistemas que surgiram durante o mesmo período de tempo e enfrentaram problemas e dificuldades bastante semelhantes, particularmente com a introdução do sistema neoliberal de gestão ao estilo empresarial, com a introdução da Nova Gestão Pública, ao ponto de adoptar sistemas mistos.

A regionalização que teve lugar a nível italiano, por outro lado, não teve lugar a nível português, uma vez que o sistema português já nasceu regionalizado, nem as reformas hospitalares influenciaram significativamente este aspecto.

A privatização, por outro lado, foi certamente observada em ambos os sistemas de saúde, particularmente na década de 1990, com o objectivo de racionalizar a despesa pública.

É portanto inevitável discutir, embora de forma resumida, a crise económica que afectou o Sul da Europa e os países PIIGS: tanto Portugal como a Itália têm sido submetidos a pressões por vezes severas devido a uma dívida pública e défices muito elevados (INE, 2010) e todos os anos, como mostram os dados históricos do EUROSTAT, há reduções - limitadas mas constantes e persistentes ao longo do tempo - nas despesas de saúde nos dois países, o que torna a gestão complicada dos dois sistemas ainda mais difícil.

Finalmente, no que diz respeito à segmentação, este problema foi sofrido em Itália antes da criação do sistema de saúde em 1978, após o que o problema se tornou muito mais limitado, o que não era o caso em Portugal. A explicação para isto encontra-se nas dimensões territorial e demográfica dos dois países: Portugal tem cerca de 10 milhões de pessoas, enquanto a Itália tem seis vezes mais, o que torna claro que uma gestão fragmentada do sistema de saúde não seria viável em Itália, e é quase difícil nas já limitadas dimensões demográficas de Portugal.

Em suma, os dois sistemas de saúde são em muitos aspectos semelhantes, particularmente em termos da sua história, mas apresentam algumas diferenças estruturais, incluindo a segmentação, a participação dos cidadãos e a regionalização.

7. Conclusões

O direito a cuidados de saúde públicos gratuitos garantidos a todos está consagrado na Constituição italiana (Bobbio, 2013).

Enquanto anteriormente o sistema nacional de saúde pública se baseava no sistema "mútuo", desde 1978 baseia-se no SSN, que se baseia em seis princípios: universalidade de cobertura, igualdade

dos cidadãos, solidariedade fiscal, abrangência na prestação de serviços, serviço público, democracia de nomeação (Ferrante, Zan, 1999).

O SNS é implementado e melhorado através da implementação de uma série de reformas, a mais importante das quais é a reforma de 1992, que prevê a corporacionalização (ou seja, um processo de despolitização e gestão na gestão dos cuidados de saúde com separação de responsabilidades entre política e administração) (Bonazzi, 2018) e a regionalização (visando uma simplificação do SNS e uma racionalização mais incisiva para diminuir o número de ASLs no território (Bolgherini, Casula, Marotta, 2018). A reforma de 1999 confirma estas direcções e melhora algumas imperfeições, ao mesmo tempo que estabelece níveis essenciais (LEAs).

O SNS gira em torno de várias instituições, chefiadas pela instituição central do Ministério da Saúde, ajudadas por vários institutos e empresas a ele subordinados, e assistidas pelas regiões, que prestam uma ajuda valiosa na gestão das organizações de saúde a nível local, ou seja, as empresas recentemente criadas: ASLs e AOs (Bolgherini, Casula, Marotta, 2018).

Os médicos, por outro lado, têm agora de escolher se querem trabalhar com intramoenia ou extramoenia (reforma de 1999). Estes últimos são classificados como gestores e recebem um salário variável em função da missão e dos resultados alcançados.

Finalmente, no que diz respeito a uma comparação com o sistema de saúde português, notam-se sobretudo muitas semelhanças, incluindo a história dos dois sistemas de saúde, o problema da racionalização devido a uma situação económica semelhante, as privatizações, e a implementação de sistemas mistos; contudo, notam-se maiores diferenças no que diz respeito à regionalização, fragmentação, e participação de associações de doentes e de cidadãos, identificando problemas actuais reais e parcialmente diferentes dentro dos dois países, sintoma de uma necessidade de reformas que, neste momento, ainda não foram anunciadas ou planeadas.

Bibliografia

Baldi B. e Xilo G., (2012). Dall'Unione alla fusione dei Comuni: le ragioni, le criticità e le forme, in Istituzioni del federalismo, Quaderni, No.1, pp. 141-165.

Bobbio L., (2013). Democracia cidadã e democracia deliberativa, em Cosmopolis, vol. VIII, No. 1.

Bobbio L., Pomatto G. e Ravazzi S., (2017). Políticas públicas. Problemas, soluções, incertezas, conflitos, Milão, Universidade de Mondadori.

Bolgherini S., Casula M., Marotta M., (2018). O dilema da reorganização, Bolonha, Il Mulino.

Bonazzi, G. (2018) Storia del pensiero organizzativo, Milão, Franco Angeli.

Capano, G. e Gualmini, E. (2011). Administrações públicas em Itália, Bolonha, Il Mulino.

Ferrante M. e Zan S., (1999). O fenómeno organizacional, Roma, Carocci.

Girotti F., (2007). Administração pública, Roma, Carocci.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). Anuário Estatístico de Portugal, 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). Procedimentos dos défices excessivos. Serial online. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível: <http://www.ine.pt/xportal/xmain> [PDF], acedido a 5 de junho de 2010.

Lippi A., Morisi M., (2005). Ciência da administração, Bolonha, Il Mulino.

Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

OECD Health Data 2009, Junho de 2009. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

Oliveira M, Bevan G. (2003). Medir as desigualdades geográficas no sistema de saúde português: uma estimativa das necessidades de cuidados hospitalares. *Política de Saúde*; 66: 277-293.

Oliveira M, Gouveia Pinto G. (2005). Reforma dos cuidados de saúde em Portugal: uma avaliação da experiência do Serviço Nacional de Saúde. *Economia da saúde*; 14 Suppl 1:203-220.

Pichierri, A.,(2011). Sociologia da organização, Roma-Bari, Editori Laterza.

Santana P. (2010). Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. In: Simões J, editor. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina. p. 21-81.

Simoões J e Dias A. (2010). Política e governação em saúde. In: Simões J, editor. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina. p. 175-193.

Van Doorsler E, Koolman X, Jones AM. (2004). Explicar as desigualdades relacionadas com o rendimento na utilização dos cuidados de saúde na Europa. *Economia da saúde*; 13(7): 629-647.