

Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE

Comparative study of strategies / National Health Plans of OECD european countries

Paulo Ferrinho

Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Global Health and Tropical Medicine Research Centre, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa

Cátia Sá Guerreiro

Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Global Health and Tropical Medicine Research Centre, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa

Rui Portugal

Coordenador do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Direção Geral da Saúde

Resumo

A adoção de planos em todos os setores da sociedade tem ganho em importância, pela sua capacidade de influenciar a tomada de decisão. O planeamento estratégico (PE), enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade, contribui para ganhos em conhecimento e para a difusão do mesmo, legitimando visões estratégicas e clarificando áreas prioritárias de intervenção.

O PE no setor da saúde (PES) emergiu na década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Com o intuito de maximizar os ganhos em saúde nos países europeus, o Comité Regional da OMS na Europa adotou um plano de saúde até 2020, o qual constitui a base de muitos dos atuais PNS (Plano Nacional de Saúde) europeus. Em Portugal, o PNS em vigor encontra-se em versão revista e prolongada a 2020, de acordo com os documentos internacionais de política de saúde.

Com o objetivo de comparar os diferentes PNS dos países europeus da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), o presente trabalho começa por enquadrar historicamente o PES em Portugal e na Europa. O estudo incide sobre os 24 países europeus da OCDE com documentação do processo de planeamento ou de política de saúde, disponíveis publicamente em espanhol, francês, inglês ou português. A análise documental é feita recorrendo a um quadro lógico e a análise de conteúdo.

Os resultados comparam a estrutura de governação da saúde, os processos de planeamento e os "ingredientes essenciais" das estratégias nacionais, tentando enquadrá-las na diversidade de conjunturas dos países.

Esta análise comparativa permite, entre outros contributos, identificar modelos de PE utilizados nos países europeus da OCDE, realçando diferentes tipos de planeamento. Possibilita ainda tecer considerações que podem resultar em sugestões para um PES que, embora ainda com défice de capacidade, é cada vez mais *value- and evidence-based*, refletindo os imperativos morais, sociais, económicos, epidemiológicos e sanitários para promover e proteger a saúde e garantir o bem-estar.

Palavras Chave:

Planeamento Estratégico em Saúde, Plano Nacional de Saúde, Política de Saúde, Portugal, Europa, Sistemas de Serviços de Saúde.

Abstract

The adoption of plans in all sectors of society has gained in importance for its ability to influence decision making. Strategic planning (SP), while complex procedure involved and mobilizing all sectors of society, contributes to gains in knowledge and the dissemination thereof, legitimizing strategic visions and clarifying priority areas of intervention.

The SP in the health sector (SPH) emerged in the 1990s, strongly driven by the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* and, more recently, the *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. In order to maximize health gains in European countries, the WHO Regional Committee for Europe adopted a health plan by 2020, which forms the basis of many of today's NHP (National Health Plan) in Europe. In Portugal, the NHP is in a revised and extended version to 2020, according to the international documents of health policy.

In order to compare the different NHP of European Cooperation and Economic Development Organization (OECD) countries, this paper begins by historically frame the SPH in Portugal and Europe. The study focuses on the 24 European OECD countries with documentation of the planning process or health policy, publicly available in Spanish, French, English or Portuguese. The documentary analysis is done using a logical framework and content analysis.

The results compare the health governance structure, planning processes and the "essential ingredients" of national strategies, trying to fit them in situations of diversity of countries.

This comparative analysis allows, among other contributions, identifying SP models used in European OECD countries, highlighting different types of planning. It also allows some considerations that can result in suggestions for a SPH that even with a capacity deficit, is increasingly *value- and evidence-based*, reflecting the moral imperatives, social, economic, epidemiological and health to promote and protect health and ensure well-being.

Key Words:

Strategic Planning in Health, National Health Plan, Health Policy, Portugal, Europe, Health Services Systems.

Introdução

Reconhecimento da importância do PE

A adoção de planos [1] em todos os setores da sociedade tem ganho em importância, pela sua capacidade de influenciar uma tomada de decisão, que se pretende racional, sobre os diversos elementos estruturantes de um sistema social com impacto na qualidade de vida, justiça social, oportunidades económicas, resistência a situações de catástrofe, e muitos outros aspetos da vida em comunidade. A preparação destes potencialmente poderosos instrumentos encoraja o desenvolvimento de visões partilhadas quanto a futuro desejado, a integração dos valores dos participantes nos objetivos delineados, a determinação democrática de prioridades, *inter alia*. [2]

Apesar de ser reconhecido que o planeamento estratégico (PE), quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, **participado** e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade, que contribui para ganhos em **conhecimento** (sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes) e para a difusão desse conhecimento de uma forma generalizada e direcionada, obtendo **consensos** e legitimação da visão estratégica proposta e clarificando áreas **prioritárias** para concentração de recursos e esforços [3].

Nos diversos países, a nível nacional, existe um interesse renovado nos processos de PE, como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse "num plano, num mecanismo de financiamento e num quadro de referência para monitorização e avaliação". [1]

O PE no setor da saúde (PES)¹ começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* [4] e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. [5]

PNS em Portugal

Ao contrário do Brasil [6], a prática do PES em Portugal tem sido feito sem referências teóricas explícitas [7].

Uma análise da gestão estratégica² do serviço nacional de saúde (SNS) permite identificar em Portugal a existência de três ciclos que se sobrepuseram a um número maior de ciclos políticos [8]. O último destes ciclos estratégicos está atualmente em curso e refere-se à extensão do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 até 2020.

Primeiro Ciclo

O primeiro ciclo técnico, liderado pelo Professor Constantino Sakellarides como Diretor Geral da Saúde, decorreu na última década do século passado dando origem à elaboração da Primeira Estratégia [1,3] de Saúde - "Saúde um Compromisso" (1998-2002) [9,7]. A substituição ministerial em 1999 fez com que este documento deixasse de ter apoio político, embora se tivesse mantido, informalmente e perante a inexistência de outro, como orientador para a Direção Geral da Saúde e para muitos dos profissionais de saúde. Este documento fundamenta-se num conjunto de valores e princípios. Esta Estratégia é constituída por: orientações estratégicas fundamentais para desenvolver uma visão de conjunto do SNS; metas, objetivos e áreas de atuação prioritárias (Figura 1).

Segundo Ciclo

O segundo ciclo técnico, liderado pelo Professor José Pereira Miguel, como Alto-Comissário da Saúde e Diretor Geral da Saúde, deu origem à elaboração do PNS 2004-2010, publicado em dois volumes, que definia seis valores orientadores, três eixos estratégicos gerais e três objetivos estratégicos orientadores da ação (Figura 2) [10,11,12].

Para monitorizar o PNS foram definidos 122 indicadores, des-

tes 115 tinham metas associadas, dos quais foram monitorizadas 91. As restantes não foram monitorizadas por constrangimentos vários, nomeadamente o fato de resultarem de inquéritos que não tiveram continuidade temporal, que sofreram alterações nas questões ou na própria metodologia [13]. Esta monitorização foi feita numa abordagem funcionalista e racionalista [14], onde o objetivo da informação foi o de verificar se o sistema tinha conseguido ou não



Figura 1 – Modelo teórico de "Saúde um Compromisso"
 Autoria: Ferrinho P. 2010, não publicado.

atingir os objetivos, nada explicando sobre as razões subjacentes ao sucesso ou insucesso alcançado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi convidada, pelo ACS, a avaliar este ciclo de planeamento, salientando-se as seguintes observações, recomendações e conclusões:

- O PNS 2004-2010 constituiu-se como referencial alargado e orientador para as atividades do sistema de saúde (SS).
- Aceitação do PNS 2004-2010, como um consenso alargado sobre as prioridades em saúde, mantendo-se em vigor ao longo de vários governos com valores ideológicos diferentes.
- Alcance de muitos dos objetivos e metas definidas tendo-se verificado uma melhoria substancial da saúde da população.
- Melhoria dos indicadores de saúde e aproximação às médias europeias.
- Reduzida articulação entre o PNS e os instrumentos de governação (contratualização, regulação, indicadores de desempenho), e ausência de definição de várias áreas de responsabilidade.
- Comprometimento do desempenho do SNS no futuro, devido a estilos de vida pouco saudáveis, dificuldades na sustentabilidade do sistema e existência de iniquidades em saúde.
- O próximo PNS deveria ser um plano forte e dirigido ao reforço do sistema de saúde, ao alcance de ganhos em saúde sustentáveis e à redução das iniquidades em saúde. Uma das recomendações mais importantes é que um futuro PNS seja "menos plano e mais Estratégia". Realçou-se que "Compromissos e processos de mudança devem estar ligados ao plano. Para ser eficaz, o plano terá de incluir compromissos e processos de mudança e assegurar que um quadro de referência de avaliação está em vigor e de acordo com as medidas tomadas para a implementação do plano" [15]. Isto é, deveria estruturar-se mais como um Performance Framework.

Terceiro Ciclo

A Alta Comissária da Saúde, Professora Maria do Céu Machado, supervisionou a fase final do segundo ciclo, solicitou a sua avaliação e deu início ao terceiro ciclo técnico que, com a extinção do Alto Comissariado da Saúde (ACS), foi terminado na DGS. No ACS este processo foi fortemente participado e enriquecido por um conjunto de pareceres técnicos encomendados pela equipa de coordenação. [16,17,18,19]

Para o PNS 2011-2016 [20] foram considerados quatro eixos estratégicos, que se expressam em orientações estratégicas, que devem permitir a consecução de ganhos em saúde através da adoção de quatro objetivos estratégicos, que refletem um conceito alargado de saúde, onde é fundamental a perspectiva de intersectorialidade e de determinantes de saúde, que vão para além



Figura 2 – Modelo teórico do PNS 2004-2010

Autoria: Ferrinho P. 2010, não publicado.

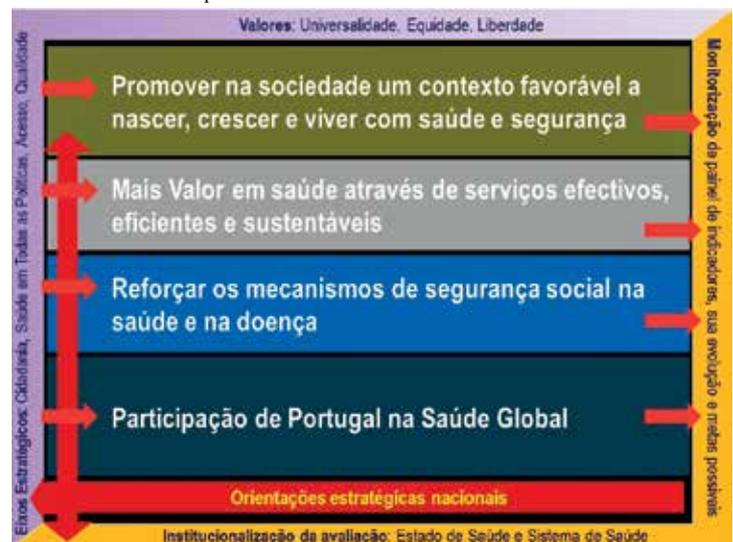


Figura 3 – Proposta de Modelo Teórico para o PNS 2011-2016 [21]

da capacidade de resposta e de ação dos organismos e serviços do Ministério da Saúde (MS) ou das próprias instâncias governativas (Figura 3).

Atualmente o PNS, coordenado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), encontra-se em versão revista e prolongada a 2020 de acordo com os documentos internacionais de política de saúde: *Health 2020* [22], *Health for Growth* [23], *Horizon 2020*³.

PIDDAC

O PNS é complementado pelo PIDDAC (Programa de In-

1 - Planeamento estratégico no setor da saúde é o conjunto de orientações definidoras das estratégias para, de uma forma coerente e consonante com políticas vigentes, e através de programas ou projetos, obter ganhos em saúde num certo espaço e em determinado período.

2 - Gestão estratégica é o conjunto estruturado e interativo do planeamento estratégico, organização estratégica, direcção estratégica, controlo estratégico e desenvolvimento organizacional estratégico.

3 - O Programa Europeu para reforçar a ERA – European Research Area - com grande relevância para a investigação em saúde.

vestimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central) atualmente coordenado pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde). O MS publica, de forma irregular, listas de equipamentos de alta tecnologia existentes no país e sua localização de forma a permitir identificar défices de acesso a alta tecnologia. A aquisição de equipamentos para o SNS carece da autorização prévia do MS. O planeamento de infraestruturas hospitalares e de ambulatório não está sistematizado, assim como o planeamento de recursos humanos é limitado à definição de *numerus clausus* para admissão à universidade para algumas licenciaturas, como a de medicina, à abertura de vagas para os internatos complementares, e à abertura de concursos para recrutamento de acordo com vagas institucionais. Observa-se uma maldistribuição de recursos que levaram a tentativas *ad hoc* de recrutamento no estrangeiro e à emergência de uma política de incentivos para atrair profissionais para regiões deficitárias [24].

Em relação ao PES em Portugal, começa a emergir alguma literatura relevante [7, 8, 18, 21, 25].

Políticas e Planeamento da Saúde na Europa

No outono de 1998 o Comité Regional da OMS na Europa adotou um plano de saúde até 2020 com 21 metas, e revisto em 2012 [22]. De uma forma global, pretende-se maximizar os ganhos em saúde em todos os Países europeus. O quadro de referência identifica duas metas principais: promover e proteger a saúde ao longo do ciclo de vida; e reduzir a incidência de doenças e acidentes e aliviar a dor e sofrimento que lhes estão associados.

Este Plano de Saúde Europeu tem por base moral três valores básicos: a saúde como um direito humano básico; equidade em saúde na base de uma responsabilidade coletiva ativa; e participação e responsabilidade em relação às atividades dos cuidados de saúde (CS).

Para a implementação do Plano reconhecem-se 4 tipos de atividades: multidisciplinares; gestão do desempenho; soluções coordenadas; participação social.

Este Plano é a base de muitos dos atuais PNS analisados neste relatório.

Estudos prévios de PNS na Europa

Numa das raras publicações sobre avaliação de estratégias nacionais de saúde na Europa, de Inglaterra, Fulop et al. (2000) [75], realçam:

- A estratégia nacional como um núcleo ao qual são adicionadas outras estratégias;
- A adoção das estratégias nacionais por iniciativas como as Cidades Saudáveis;
- A valorização da ação intersetorial;
- O incremento de ações de promoção da saúde;
- A nível central é enfatizada a necessidade de:

Articulação com a ação governativa;

Coordenação e facilitação da implementação;

Comunicação;

Apoio de uma base evidencial para uma implementação efetiva;

Cativação de recursos;

- Implementação partilhada com sociedade civil e governo local;

O que resulta em muitos modelos de implementação.

Em 2005, Ferrinho, numa análise não publicada do PE em 17 países europeus, apresenta os seguintes resultados:

- Todos definiam áreas prioritárias: pelo menos 50% dos planos nacionais europeus incluíam: solidariedade/coesão social, equidade, ciclo de vida, saúde mental, doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, violência e acidentes e ambiente sustentável;
- Todos identificavam metas de saúde (embora nem todos tivessem metas *smart*⁴);
- Todos tinham planos de monitorização;
- 11 Apresentavam planos para infraestruturas;
- 9 Especificavam planos de financiamento;
- Só metade fazia referência a valores orientadores;
- Só 1 foi aprovado como lei e 2 tinham partes legisladas.

Os horizontes temporais dos planos estratégicos de saúde variavam entre os 4 e os 22 anos; 12 dos 17 planos analisados tinham um horizonte temporal igual ou superior a 10 anos.

Outro estudo não publicado pelo ACS de Portugal (2010), apresentado no 3º Fórum Nacional de Saúde, comparou os PNS de 5 países europeus: Reino Unido (RU) (Escócia, Inglaterra), Estónia, Finlândia, Noruega e França. Os PNS do RU enfatizavam o acesso, os cuidados centrados no cidadão, o combate às desigualdades em saúde, a liberdade de escolha e a gestão da doença. O RU e a Noruega abordaram as questões de participação dos cidadãos nos sistemas de saúde. A Estónia e a Noruega enfatizavam o estabelecimento de indicadores nacionais de qualidade. A Estónia realçava ainda a saúde ambiental e ocupacional e o *ehealth*. Posteriormente este estudo foi alargado a 12 países e publicado no microsite do PNS⁵

Objetivos

Com este documento pretende-se uma comparação dos diferentes PNS dos países Europeus da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE).

O estudo centra-se na comparação do processo de planeamento e de documentos estratégicos de política de saúde (âmbito nacional) dos países europeus da OCDE, por exemplo PNS, Estratégias Nacionais, entre outros.

Material e métodos

O estudo incide sobre os 24 países europeus da OCDE (Caixa 1) com documentação do processo de planeamento ou documentos de política de saúde disponíveis publicamente em espanhol, francês, inglês ou português.

É um estudo documental comparativo [26]. A pesquisa bibliográfica recorreu a motores de busca da Google e do Pubmed utilizando como palavras chave (em espanhol, francês, inglês ou português) os nomes dos países e "política(s) de saúde", "estratégia(s) de saúde", "plano(s) nacional(is) de saúde", "plano(s) estratégico(s) de saúde" e "planeamento".

A pesquisa bibliográfica incidu particularmente sobre os sites da OCDE, da OMS (*European Observatory on Health Systems and Policies e Country Planning Cycle Database*), da União Europeia (*Eurostat*) e dos ministérios da saúde de cada país.

Os documentos identificados foram arquivados para análise desde que o período temporal da política/plano/estratégia incluísse os anos de 2010 ou mais recentes.

A apreciação das estratégias nacionais de saúde inclui uma revisão de cada estratégia global em si e, se possível, o seu alinhamento com o quadro de referência para o desenvolvimento nacional, as suas ligações com os processos orçamentais, os elementos relacionados com estratégias específicas multissetoriais e subsetoriais/estratégias específicas da doença. Isto implicou a apreciação de um portefólio de documentos e não de um único documento.

A análise destes documentos é feita recorrendo a um quadro lógico[27, 28] e à análise de conteúdo dos documentos seleccionados.

Informação secundária, geralmente de carácter complementar à análise dos documentos seleccionados, foi extraída de vários estudos da OCDE e, em particular, do *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Resultados

Os resultados (detalhes em anexos 1.1 a 1.3 entregues a pedido) comparam a estrutura de governação da saúde, os processos de planeamento e os "ingredientes essenciais" das estratégias nacionais, tentando enquadrá-las na diversidade de conjunturas dos países.

O desenvolvimento de políticas/estratégias/PNS tem sido feito de acordo com um de 3 modelos: centralizado (Eslovénia [29], Eslováquia [30], Estónia [31], Grécia [32], Hungria [33], Irlanda [34], Islândia [35], Polónia [36], Portugal [24]), descentralizado (Dinamarca [37], Espanha [38], França [39],

Caixa 1. Países europeus da OCDE

Alemanha	Espanha	Finlândia	Hungria	Luxemburgo	República Checa
Áustria	Eslováquia	França	Irlanda	Noruega	Reino Unido
Bélgica	Eslovénia	Grécia	Itália	Polónia	Suécia
Dinamarca	Estónia	Holanda	Islândia	Portugal	Suíça

Caixa 2. Horizonte temporal das estratégias/PNS

Dinamarca 2013-2016 [53]	Finlândia 2012-2015 [58]	Itália- 2011-2013 [63]
Escócia 2007-2012 [54]	França de 5 em 5 anos [39]	Noruega 2011-2015 [64]
Eslováquia 2014-2030 [55]	Hungria 2007-2013 [59]	Polónia 2007-2015 [65]
Eslovénia 2013-2023 [56]	Inglaterra 2010-2015 [60]	República Checa 14-20 [66]
Estónia 2009-2020 [57]	Irlanda 2013-2025 [61]	Suécia 2013-2020 [67]
Espanha (de 3 a 12 anos dependendo da região autónoma) [38]	Islândia 2020 [62]	Suíça 2011-2020 [68]

Reino Unido [40, 41, 42, 43], Suécia [44], Suíça) ou partilhado entre as autoridades centrais e as regionais e/ou locais (Alemanha [36], Áustria [45], Bélgica [46], Finlândia [47], Holanda [48], Itália [49], Noruega [50], República Checa [51]).

Os sistemas de serviços de saúde (SSS) podem ser agrupados nas seguintes categorias [52]: Serviço Nacional de Saúde (Dinamarca [37], Espanha [38], Finlândia [47], Grécia [32], Islândia [35], Noruega [50], Portugal [24], RU [40, 41, 42, 43], Suécia [44]); Seguro Nacional de Saúde (Irlanda [34], Itália [49]); Seguro Social de Saúde (Alemanha [36], Áustria [45], Luxemburgo, Suíça); Sistema de Base Social Misto (Eslovénia [29]); e Seguro Social de Saúde Estatal (Bélgica [46], Eslováquia [30], Estónia [31], França [39], Holanda [48], Hungria [33], Polónia [36], República Checa [51]). A componente liberal dos sistemas de serviços de saúde (SSS) tem vindo a aumentar, no entanto, neste momento nenhum SSS pode ser classificado como seguindo um modelo maioritariamente liberal (privado) [52]. Os países da antiga esfera de influência soviética evoluíram geralmente de um modelo tipo Semashko para modelos tendencialmente bismarckianos.

Os 18 PNS ou estratégias com horizontes temporais definidos definem períodos de vigência que vão de 3 a 17 anos (Caixa 2).

A referência ao nível de aprovação não é frequente. Podemos inferir que as estratégias de saúde da Eslováquia [30], Eslovénia [29], da França [39] e da Noruega [50] são aprovadas pelo parlamento nacional. Nos outros países os *loci* de decisão parecem estar colocados dos órgãos de governação executiva da saúde a nível mais ou menos central, conforme for o caso. A expectativa é, geralmente, que as estratégias/PNS sejam implementados com os recursos próprios dos stakeholders

4 - S –specific, m – measurable, a – achievable, r – relevant, t – time bound.
5 - <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-2016.pdf>

envolvidos, embora alguns Estados cativem recursos para apoiar a implementação de alguns objetivos (Polónia [36]) ou para intervir na correção de desigualdades regionais através de fundos solidários (Itália [49]).

Tendências recentes no PES Europeu

Com a compreensão de que intervenções sobre situações agudas a jusante, através do SSS, são uma resposta pouco efetiva para resolver os grandes desafios de saúde, os governos estão a deslocar a atenção do seu planeamento de um foco maioritariamente nos CS (um foco que mantém a sua importância nas preocupações generalizadas na Europa com os custos dos CS e com a sustentabilidade dos SSS) para uma abordagem mais centrada nos determinantes sociais e na saúde em todas as políticas.

Nota-se também a tendência de reforçar os poderes do Estado central no que diz respeito ao planeamento e regulação

do setor. Esta tendência reflete a preocupação generalizada nos estados europeus com o acesso universal, as desigualdades em saúde, a capacidade de responder em tempo útil a diretivas europeias e a projectos [1] de colaborações transfronteiriças.

No entanto, existem experiências recentes de reforço das responsabilidades municipais no setor da saúde, em países como a Holanda [48] e nórdicos [44, 47], que podem ter relevância para Portugal.

Valores e princípios [69] orientadores

O PES nos países europeus é feito num contexto em que os Estados Membros (EM) da União Europeia (EU) interiorizaram valores como acesso universal a CS de qualidade, equidade, e solidariedade e que se refletem nas políticas comuns de saúde. A Comissão Europeia (e o Tribunal Europeu) tem influenciado o planeamento nacional através de orientações

Caixa 3. Fórum para o Desenvolvimento e Implementação de Objetivos de Saúde na Alemanha [70]

O Fórum para o Desenvolvimento e Implementação de Objetivos de Saúde na Alemanha desenvolveu-se face a solicitações de que as políticas de saúde deveriam estar alinhadas com objetivos, prioridades e metas nacionais. Estas seriam também um meio importante de informar o público interessado. O Fórum consensualiza metas de saúde mensuráveis e exemplares. Exemplar significa que não há exigência de identificar de forma abrangente todos os problemas prioritários, mas que o desenvolvimento e a implementação de metas devem ser inicialmente testados usando algumas metas de saúde precisas, alargando paulatinamente o número de metas quando e se relevante. As metas devem:

- Ser orientadas para o cidadão e para o doente
- Ser orientadas orientadas para a doença, incluindo prevenção
- Promover a igualdade de acesso
- Promover a Integração nos serviços e cuidados de saúde
- Fortalecer a auto-ajuda
- Promover a igualdade de género
- Ser baseadas na evidência

Este processo reforça o estabelecimento de metas de saúde como um instrumento complementar para a definição de políticas de saúde de amplitude nacional, sempre que possível com referência orientações internacionais.

O foco inclui a determinação de metas, objetivos de enquadramento e submetas para os temas trabalhados. Estes incluem "Diabetes", "Cancro da mama", "Redução do Consumo de Tabaco", "Crescer com Saúde: Nutrição, Movimento, Superar o Estresse", "Depressão" e "Aumentar a responsabilidade pela saúde e soberania do paciente".

A seleção dos temas exemplares é pragmática. Isto significa que além da especialização científica, os processos de participação formal e de consenso são muito importantes. A "abordagem pragmática" baseia-se no pressuposto de que a priorização não pode ser nem um processo puramente científico nem puramente participativo, mas exige uma mistura de ambos: A base científica ajuda a esclarecer o sentido e a razão das metas. A base consensual e participativa minimiza falhas de implementação atribuíveis à falta de vontade e de cooperação dos envolvidos. Para além dos critérios científicos (mortalidade, morbidade, visibilidade do problema, vulnerabilidade, existência de procedimentos e instrumentos para melhorar o problema, mensurabilidade) foram também considerados fatores económicos (custos), éticos, normativos (igualdade de oportunidades na saúde, cidadania e participação do paciente) e critérios pragmáticos (significado do problema na população e na política nacional, existência de protagonistas preparados para os implementar).

O órgão de decisão central do Fórum é a Comissão. A Comissão é pluralista, isto é, consiste num grande número de protagonistas relevantes do setor da saúde. A Comissão toma decisões sobre a abordagem fundamental e reverte os resultados em recomendações políticas. Um órgão muito importante é o Grupo de Gestão que faz as recomendações para a orientação e a organização do programa e as estruturas do trabalho da Comissão. A, trabalho especializado técnico, ou seja, o desenvolvimento de metas e submetas é realizado em Grupos de Trabalho (GT). Em cada GT existe representação de técnicos do ministério central e dos órgãos regionais e locais, de especialistas temáticos, de médicos, de agências de implementação, instituições de financiamento, organizações de serviços, associações de doentes, grupos de autoajuda, cientistas ...).

O Fórum deixa também recomendações para as medidas a tomar, algumas das quais são muito detalhadas e outras que não passam de um esboço de uma área de operação. Isto dá aos protagonistas e instituições que ainda não participam no Fórum a oportunidade não só para participar na implementação das medidas, mas também para contribuírem com propostas concretas, que ajudem na concretização dos objetivos de enquadramento, das metas e das submetas. O Fórum aposta na avaliação dos resultados e das medidas, o que dá indicações sobre a sua contribuição para a consecução da meta. Foi decidido que a avaliação deveria ser formativa e sumativa.

A avaliação formativa permite que o conhecimento adquirido no âmbito da avaliação seja útil para quaisquer outras implementações de medidas ou pacotes de medidas. A avaliação formativa é, assim, realizada durante a execução das medidas como um "Processo de melhoria contínua". Isto permite adaptações e modificações rápidas a estas mesmas medidas. Um "efeito colateral"

A avaliação sumativa consiste em comparações pré e pós (comparação da questão em avaliação - estrutura, resultado, processo - antes e depois da execução da medida). O objetivo da avaliação sumativa é a verificação do grau de realização de todo um conjunto de medidas.

O processo de planeamento e análise da avaliação é realizado por um Conselho Consultivo de Avaliação, pelos executores das medidas e por especialistas em a avaliação (avaliadores). O Conselho Consultivo de Avaliação desenvolve o conceito de avaliação e estabelece as regras fundamentais (critérios de avaliação, âmbito da avaliação formativa, obrigações documentais e de informação, tais como relatórios de execução, etc.), que devem ser consideradas durante a execução da avaliação. Isto assegura que a avaliação possa ser executada de forma consistente e de acordo com normas uniformes em todos os diferentes subáreas. O Conselho Consultivo de Avaliação, para além dos especialistas tecnicamente comprovados, inclui representantes dos GT e dos executores.

e indicadores, e com a partilha de boas práticas. Tem implementado medidas de solidariedade, como o apoio ao desenvolvimento de colaborações transfronteiriças.

A nível nacional, as referências aos valores orientadores estão frequentemente explicitadas; como a referência a valores e princípios de dignidade humana, necessidade & solidariedade, de custo-efetividade e dos cuidados de saúde primários (CSP) na Suécia [44]. Noutras políticas, estratégias e planos de saúde, como na Irlandesa [61], vêem-se referências a solidariedade, equidade, universalidade e acesso, sustentabilidade, intersectorialidade, proporcionalidade, transparência, participação e a saúde como um direito. Estes valores estão alinhados com os do Plano de Saúde Europeu 2020 que tem por base moral três valores básicos: a saúde como um direito humano básico; equidade em saúde na base de uma responsabilidade coletiva ativa; e participação e responsabilidade em relação às atividades dos CS [22].

Esta preocupação com os valores contribui para reforçar a soberania dos doentes num pacote de preocupações sobre direitos, acesso a mecanismos de reclamação, transparência e oportunidades de escolha.

PES nos sistemas bismarckianos e beveredgianos

O planeamento, como o conhecemos em Portugal, é característico de SSS beveredgianos. Nos sistemas bismarckianos o planeamento é mais um processo negocial entre financiadores, prestadores e angariadores (*purchasers*) de serviços, com uma participação variável das organizações profissionais e de doentes.

PES nos países de sistema tendencialmente bismarckiano

Nos países tendencialmente de **seguro social obrigatório (bismarckianos)** o planeamento é partilhado entre uma miríade de organizações, com separação entre reguladores, financiadores, angariadores e prestadores que, de acordo com regras mais ou menos claras, contratualizam o acesso a pacotes variáveis de serviços. Acesso que se quer universal para alguns pacotes considerados essenciais.

Tradicionalmente, o enfoque dos processos de planeamento nestes sistemas incide sobre a definição de pacotes de ser-

Caixa 4. Recomendação do Ministério da Saúde para planear a força de trabalho em Inglaterra [71]

Para planear a força de trabalho é precisa uma articulação clara entre práticas de RH e da prestação de serviços de alta qualidade. Um documento orientador foi elaborado pelo Departamento de Saúde em conjunto com parceiros interessados na saúde e na assistência social, incluindo empregadores, a Associação do Governo Local e uma variedade de interesses locais e nacionais.

O documento sugere um quadro de referência para se desenvolverem estratégias locais de RH nas organizações do SNS inglês. Não pretende cobrir todas as eventualidades, nem tem caráter "obrigatório", sendo sempre necessária a adaptação às circunstâncias locais e às características da organização. A estratégia deve ser sempre baseada numa análise cuidadosa, informações atualizada e boas práticas reconhecidas. Dá-lhe a conhecer algumas das ferramentas que podem ser necessárias para responder ao desafio.

viços e das condições de acesso aos diferentes pacotes (pacote básico universal, pacotes para diferentes fases do ciclo de vida, pacotes específicos para pessoas com deficiências, pacotes mais diferenciados contra pagamento extras, etc.).

É um processo complexo, participado (incluindo frequentemente a participação de doentes e cidadãos), em que o poder está frequentemente mais ou menos distribuído entre os níveis central, regional e local, com uma forte participação institucional (de reguladores, financiadores, angariadores, prestadores e utilizadores).

O governo central reserva-se pelo menos o poder para estabelecer as regras de funcionamento do sistema, regras essas que definem a forma como os serviços se desenvolvem, organizam e são acedidos.

Os pacotes de serviços ou são estabelecidos com base em rácios e regras de capitação (sem referência ao estado de saúde das populações (caso da Eslováquia [30]) ou com referência a prioridades e metas de saúde, (caso da Alemanha, ver caixa 3).

PES nos países de sistema tendencialmente beveredgianos

Nos países tendencialmente **beveredgianos** os processos de planeamento estão menos institucionalizados. As situações variam desde:

- Ausência de planeamento (como na Grécia [32]),
- Ausência de planos formais, mas com orientações/recomendações detalhadas e frequentes do poder político e das suas agências técnicas de apoio (como na Inglaterra) (Caixa 4),
- Planos de saúde pública (como na Suécia [67]), e
- Planos abrangentes (de CS, de saúde pública e de saúde em todas as políticas) (como na Estónia [57]).

A um documento fulcral, podem estar associados documentos de naturezas várias: planos estratégicos específicos (por exemplo para o VIH), programas [1] de trabalho, recomendações, regulamentos, normas técnicas, legislação específica, etc. De entre estes, realçamos a emergência de documentos estratégicos sobre saúde global, em países como a Alemanha [72], Noruega [73] e Suíça [74]. Em Portugal os PNS têm realçado algumas das responsabilidades de Portugal na saúde global.

Nestes sistemas, mais do que nos bismarckianos, debate-se qual o *locus* mais relevante para colocar a responsabilidade pelo planeamento. Os poderes locais argumentam que as autoridades nacionais não são as mais adequadas, pela sua tendência de realçar um enfoque mais a jusante, na prestação de cuidados, com objetivos mais imediatistas do que em objetivos de saúde com um horizonte alargado [75].

PES nos sistemas beveredgianos

Os processos de planeamento podem ser operacionalizados pelos serviços de saúde, em comissões técnicas nomeadas para o efeito, ou por um misto de serviços e comissões, com ou sem o apoio dos mais diversos processos de consulta, dos quais damos alguns exemplos nas Caixas 5 a 7.

Caixa 5. Planejamento de "Irlanda Saudável" [61]

Irlanda Saudável foi informado pelo feedback de um extenso processo de consulta dentro do Governo, o setor da saúde e da sociedade pública e privada mais ampla. Reflete a experiência internacional e a evidência do que determina a saúde e reflete as melhores práticas de como priorizar e investir em saúde, concretamente em benefícios de saúde sustentável a longo prazo. Propõe uma mudança necessária para uma abordagem mais ampla e inclusiva para a governação em saúde, movendo-se para além do serviço de saúde, através de autoridades nacionais e locais, envolvendo todos os setores da sociedade, e os cidadãos. Incide sobre como reorientar os recursos existentes, acelerando o progresso de iniciativas já existentes e criando programas novos e inovadores. *Irlanda Saudável* descreve os mecanismos de apoio que garantam a efetiva cooperação entre o setor da saúde e outras áreas do Governo e dos serviços públicos relacionados com a proteção social, as crianças, indústria, segurança alimentar, educação, transportes, habitação, agricultura e ambiente. Convida o setor privado e voluntário à participação através de parcerias bem apoiadas e mutuamente benéficas. Fornece uma abordagem para a implementação, utilizando os recursos existentes da forma mais eficaz, com melhores evidências e melhor acompanhamento e avaliação. Rumo a um futuro mais saudável, exigirá do Governo compromisso social, tempo, planeamento e liderança forte para assegurar uma aplicação consistente. Vai apoiar os irlandeses a fazerem escolhas mais saudáveis no seu dia-a-dia, em ambientes sustentáveis que promovem a saúde.

Caixa 6. Desenvolvimento e revisão dos PNS da Islândia [35, 62]

Durante os anos 1996-2000 uma comissão nomeada pelo Ministro da Islândia para a Saúde e Segurança Social trabalhou sobre a revisão de um plano de saúde que estava em vigor desde 1991. Esta revisão teve em conta a política da OMS sobre Saúde para Todos e os planos de saúde de outros países, por um lado, e a política pública e uma revisão de muitos aspetos do tema de saúde na Islândia, por outro. O anteprojeto para um PNS até 2010 foi apresentado na Convenção Islandesa de Cuidados Nacionais de Saúde, em março de 1999, após o que foi enviado para comentários para diretores de centros de saúde, profissionais, grupos de interesse e outras partes interessadas. As suas respostas e várias outras sugestões que surgiram na Convenção foram incorporadas no PNS. O Comité que trabalhou na elaboração do Plano de Saúde escolheu enfatizar metas de saúde a longo prazo, relacionadas com melhorarias no estado geral de saúde da população. O Instituto de Estudos Económicos foi contratado para realizar uma análise de custo/benefício do Plano. As suas principais conclusões foram que, caso as metas do Plano de Saúde sejam atingidas, deve ser possível reduzir o custo anual para a sociedade em largos milhões de coroas islandesas. Para atingir estes objetivos é necessário, em alguns casos, a realização de despesas, enquanto para outros bastará a reorganização do sistema. O PNS 2010 teve uma revisão intercalar em 2005.

Caixa 7. Processo de inovação nas políticas de saúde na Noruega [50]

Ideias para novas políticas podem ter origem tanto dentro como fora do sistema político. Para ideias que são mais controversas ou que possam resultar em mudanças substanciais, o governo muitas vezes nomeia uma Comissão especial de peritos para obter a sua opinião sobre o tema. A Comissão emite um relatório oficial (relatório oficial norueguês, conhecido como NOLI) para o governo. O ministério responsável (o processo político é semelhante para todos os setores e, no caso das políticas de saúde do ministério responsável é o MS) considera a questão e poderá decidir prosseguir a ideia e submetê-la a consulta pública ou a abandoná-la. Durante o processo de consulta, o ministério envia um projeto de política para indivíduos e organizações que são suscetíveis de ser afetadas pela política. Após o processo de consulta, o ministério decide se deve ou não prosseguir o seu trabalho sobre o projeto. Se a decisão for afirmativa, um projeto é então considerado pelo Conselho de Estado (ou seja, o Conselho de Ministros). A política é posteriormente submetida ao Parlamento, quer como uma proposta (no caso do orçamento do Estado ou de atos legislativos, um projeto de lei) ou como um relatório (ou seja, um Livro Branco). O Parlamento envia-o para um das suas subcomissões permanentes, que por sua vez fazem a sua recomendação ao Parlamento para análise, numa discussão plenária. O Parlamento pode aceitar a proposta (que leva à sua promulgação, se é um ato, ou a adoção, no caso de um Livro Branco), propor emendas ou rejeitá-la. Se a política for aceite, o ministério torna-se responsável pela sua implementação e avaliação.

Caixa 8. Participação pública na Dinamarca [37]

Na Dinamarca a participação dos pacientes ocorre de três formas: (1) através de grupos de pacientes organizados, a nível nacional, regional ou local; (2) por meio de "conselheiros" de pacientes; e (3) indiretamente, através de feedback dos inquéritos nacionais e regionais.

1. Os grupos de pacientes existentes, entre 200 a 300, são muitos, formados em torno das preocupações sobre doenças específicas ou problemas de saúde, tais como doença cardíaca, cancro, artrite, diabetes ou esclerose. Desde meados da década de 1990, muitos desses grupos têm explicitamente assumido posições públicas sobre políticas de saúde como uma função importante. Estes grupos são muito ativos e influenciam o debate público. Apresentam o ponto de vista dos doentes, disponibilizam informação, ajuda e apoio relacionados com a saúde e a doença, e prosseguem o diálogo com as autoridades competentes em todos os níveis. Os grupos maiores, mais conhecidos e mais bem financiados têm um historial forte de envolvimento em política de saúde, muitas vezes em coligação com prestadores de cuidados.

Em pequeno número, com pessoal não remunerado voluntário, existem associações de doentes inteiramente ao nível das bases e que trabalham de forma independente do setor profissional dos CS. Para eles, portanto, o desafio de navegar nas diferentes estruturas de tomada de decisão nos níveis nacional, regional e municipal, é de ter uma influência maior não é de todo fácil.

Os grupos maiores são apoiados por um grande número de membros e orçamentos operacionais, que lhes permitem manter uma equipe profissional de apoio. Estas organizações são geralmente convidadas a participar em audições parlamentares relevantes para as suas causas e preocupações, o que só raramente acontece em relação às organizações de menor dimensão.

Pacientes Dinamarqueses é uma organização guarda-chuva de outras 15 associações de doentes na Dinamarca, representando 830 000 membros. O seu objetivo é contribuir para um sistema de saúde de padrão internacional centrado no paciente. Desenvolve uma política baseada no conhecimento documentado e coopera com as autoridades, instituições de pesquisa e outras organizações de saúde no desenvolvimento do sistema de saúde do futuro com base nos interesses dos pacientes. A organização trabalha com um grande número de questões de políticas de saúde; entre as mais proeminentes no momento estão a prestação integrada de CS, reabilitação, segurança do paciente e envolvimento do utente.

2. Cada região tem um sistema de orientação do paciente. A principal tarefa do sistema é a orientação dos pacientes para prestadores adequados e escolha do tratamento, na denúncia e em relação a regras de compensação e às listas de espera. Os orientadores e solucionadores de problemas são geralmente enfermeiros que trabalham em estreito diálogo com os pacientes, familiares e funcionários das unidades sanitárias. Estatutariamente são obrigados a assumir atitudes neutras e imparciais.

3. O Inquérito Nacional das Experiências dos Doentes (Landsdækkende Undersogelser af Patientoplevelser) é um inquérito por questionário para avaliar as experiências dos pacientes com o sistema de saúde dinamarquês. Tem sido realizada com regularidade desde 2000 (2002, 2004, 2006, 2009). Desde 2009, é realizado anualmente, com âmbito nacional. Poucos meses após a alta ou uma visita a um hospital, são enviados questionários postais para pacientes que preencham os critérios de inclusão.

Participação dos cidadãos

Nos processos de planeamento Beveredgianos a participação dos cidadãos, dos doentes e da sociedade civil são

uma preocupação (caixas 8 e 9), tal como para o planeamento nos sistemas bismarckianos.

Caixa 9. Participação de organizações de doentes na Holanda [48]

Há um grande número e variedade de organizações de pacientes na Holanda, com dois grupos distintos: os genéricos, organizações que defendem os interesses dos utilizadores gerais de serviços de saúde; e organizações categóricas que reúnem os pacientes de uma condição ou doença específica.

Muitas organizações de doentes, de ambas as categorias, estão sob o guarda-chuva da Federação dos Pacientes e Organizações de Consumidores dos Países Baixos, que combina 26 redes genéricas ou categóricas de âmbito nacional. O foco principal da Federação é o de reforçar a posição dos pacientes e consumidores na área da saúde. Para se tornar membro da Federação, as organizações têm que corresponder a alguns critérios, acima de tudo terem financiamento diversificado sem uma dependência significativa de qualquer uma das fontes. Tem atualmente quatro programas de ação: custos, escolhas, qualidade dos cuidados e clientes. A sua principal atividade é disseminar informações, seja através de um número de telefone ou de publicações diversas. A organização é financiada principalmente por uma fundação para os doentes, pessoas com deficiência e idosos, mas também recebe subsídios do Ministério da Saúde, Segurança Social e Desporto. A organização tem representantes em órgãos consultivos nacionais, tais como Conselho do Seguro de CS e o Conselho de Saúde Pública e Assistência à Saúde.

Prioridades, quadros de referência para o desempenho (performance frameworks) e metas nos SSS beveridgianos

Na tradição de planeamento beveridgiano, a definição de metas tem sido reconhecida como uma mais-valia para priorizar e enfocar as atividades. É reconhecido que as metas devem satisfazer algumas condições, nomeadamente:

- As metas nacionais têm de ser credíveis, ou seja, com base em evidências de qualidade e convincentes;
- Deve ser incentivado o desenvolvimento de metas sub-nacionais para complementar as nacionais;
- As metas, nacionais ou locais, devem contemplar processos e resultados [76, 77, 78, 79].

De entre os processos de planeamento com base em metas, o da Suécia no fim do século passado é merecedor de alguma atenção pela sua relevância para Portugal. [80] A Irlanda adotou uma abordagem baseada num quadro de referência para a acção, orientado para outro de resultados (*outcomes*). [61]

O quadro de referência para resultados de *Irlanda Saudável* define os indicadores de cada objetivo, para orientar o trabalho dos responsáveis pela implementação. Esclarece as prioridades para a melhoria da saúde e bem-estar ao longo do ciclo de vida, e ajuda a concentrar esforços para priorizar ação. Um conjunto de políticas, estratégias e programas governamentais incluem indicadores e metas relacionadas com os quatro objetivos mais globais (aumentar a proporção de pessoas saudáveis em cada fase do ciclo de vida; redução das desigualdades; proteção do público a ameaças à saúde e bem estar; criação de um ambiente com oportunidades para todos os setores da sociedade), nomeadamente a estratégia cardiovascular, alimentação saudável, viajar de uma forma inteligente,



Figura 4 – National Performance Framework do Governo Escocês [54]

estratégia farmacêutica, plano para a inclusão social, uma sociedade livre do tabaco, igualdade do género. Estes indicadores e metas alimentam o quadro de referência de resultados [61].

Na Escócia, não existe um PNS [41]. O MS do governo escocês define (para além de políticas, padrões de referência e recomendações) um quadro nacional de referência para o desempenho (*National Performance Framework*), orientado para resultados (*outcomes*), que serve de referência às autoridades regionais e locais para desenvolverem os seus processos de planeamento. Este quadro de referência substitui a proliferação de prioridades que existia anteriormente. Define cinco objetivos abrangentes (Figura 4).

Estes são suportados por 16 resultados (*outcomes*) nacionais que descrevem com mais detalhes o que o governo escocês quer alcançar ao longo de um período de 10 anos. Progresso sobre estes resultados é medido através de 50 indicadores e metas nacionais. Um número significativo destes resultados e indicadores estão relacionados com a saúde. Uma parte importante do *Performance Framework* são os *Single Outcome Agreements* (SOA) entre o Governo escocês e cada comunidade parceira do planeamento (*Community Planning Partnership* - CPP). Criada no âmbito da nova legislação sobre Governo Local as CPPs têm por finalidade facilitar a colaboração dos organismos públicos com a comunidade, para planear e conseguir melhores serviços públicos. Os SOA são o meio com que as CPP formalizam as prioridades estratégicas para a sua área local, convertem-nas em resultados que querem alcançar, definindo as responsabilidades de cada parceiro, individualmente e em conjunto, de forma a contribuir para os resultados nacionais, com base em objetivos abrangentes (Caixa 7), com metas nacionais que no setor da saúde são denominadas *HEAT*⁶.

6 - HEAT - health, efficiency, access and treatment targets

Caixa 10. Objetivos e metas HEAT na Escócia [54]

Objetivos:

- Melhoria da saúde do povo da Escócia - melhorar a esperança de vida e a esperança de vida saudável;
- Melhorias na eficiência e governança - melhorar continuamente a eficiência e eficácia do SNS;
- Acesso a serviços - reconhecer as necessidades dos pacientes para um acesso mais rápido e fácil aos serviços do SNS;
- Tratamento adequado aos indivíduos – garantir aos doentes serviços de alta qualidade que vão ao encontro das suas necessidades.

Cada objetivo tem um número de metas associadas. Estas metas são medidas a nível nacional e revistas anualmente a nível regional (Boards). Cada board tem um local delivery plan com detalhes sobre como espera executar uma meta em termos da sua trajetória e gestão dos riscos: estes são a base de um "performance contract" anual entre os boards e o governo central. As metas HEAT são revistas anualmente. Uma vez alcançadas torna-se num padrão que deve ser mantido.

Incidência dos conteúdos

A Comissão Europeia (e o Tribunal Europeu) tem influenciado o planeamento nacional através de orientações e indicadores, e com a partilha de boas práticas. Tem implementado medidas de solidariedade, como o apoio ao desenvolvimento de colaborações transfronteiriças, para proteger a população de riscos como a utilização do tabaco ou abuso do álcool, para combater as desigualdades em saúde ou para o combate às ameaças colocadas pelas doenças infecciosas ao envelhecimento e ao encarecimento dos serviços de saúde atribuíveis à evolução tecnológica. Os conteúdos temáticos incidem sobre doenças específicas ou grupos de doenças, os seus determinantes e sobre o SSS.

A abordagem por ciclo de vida está, como em Portugal, bem estabelecida em muitos países. No ciclo de vida os idosos, as mulheres em idade fértil, os homens jovens, o recém-nascido (a problemática do baixo peso à nascença) e os adolescentes têm recebido a atenção de várias estratégias nacionais. Os ambientes doméstico, ocupacional e escolar são também referências estratégicas frequentes.

Doenças específicas ou grupos de doenças

Nos 20 anos entre 1990 e 2010, a carga global de doenças de muitas causas não transmissíveis aumentou, especialmente doenças isquémicas do coração, cirrose, diabetes e doenças músculo-esqueléticas, incluindo dor lombar e dor cervical, e enfermidades mentais. Com as exceções de doença isquémica cardíaca e cirrose, o mesmo foi observado em países da UE e da EFTA e em Portugal; a carga da doença associada a estas duas causas diminuiu durante o período de 20 anos. Outra diferença entre a realidade global e a realidade regional europeia é a maior importância, em 2010 comparativamente a 1990, da toxicod dependência e do consumo excessivo do álcool como causas de morte prematura e de incapacidade nos países da UE e EFTA e Portugal em 2010; mas a perda de saúde atribuível a esses distúrbios aumentaram a um ritmo mais lento na região do que o ritmo global. Nos países da UE e da EFTA, entre 1990 e 2010, viu-se uma diminuição de 50% na mortalidade prematura por acidentes de viação. Em termos do número de anos de vida perdidos devido a morte prematura em Portugal, a doença cerebrovascular, ou acidente vascular cerebral, doença isquémica do coração e os cancros da traqueia, brônquios e de pulmão foram as principais em 2010 [81].

As cinco principais causas de DALY em Portugal foram lombalgia, síndrome depressivo major, quedas, dor cervical, e outras perturbações músculo-esqueléticas. As cinco principais causas de DALY em 2010 foram a dor lombar (tendência crescente), a doença vascular cerebral ou acidente vascular cerebral (tendência decrescente), a doença isquémica do coração (tendência decrescente), a diabetes (tendência crescente) e quedas (tendência crescente). Os aci-

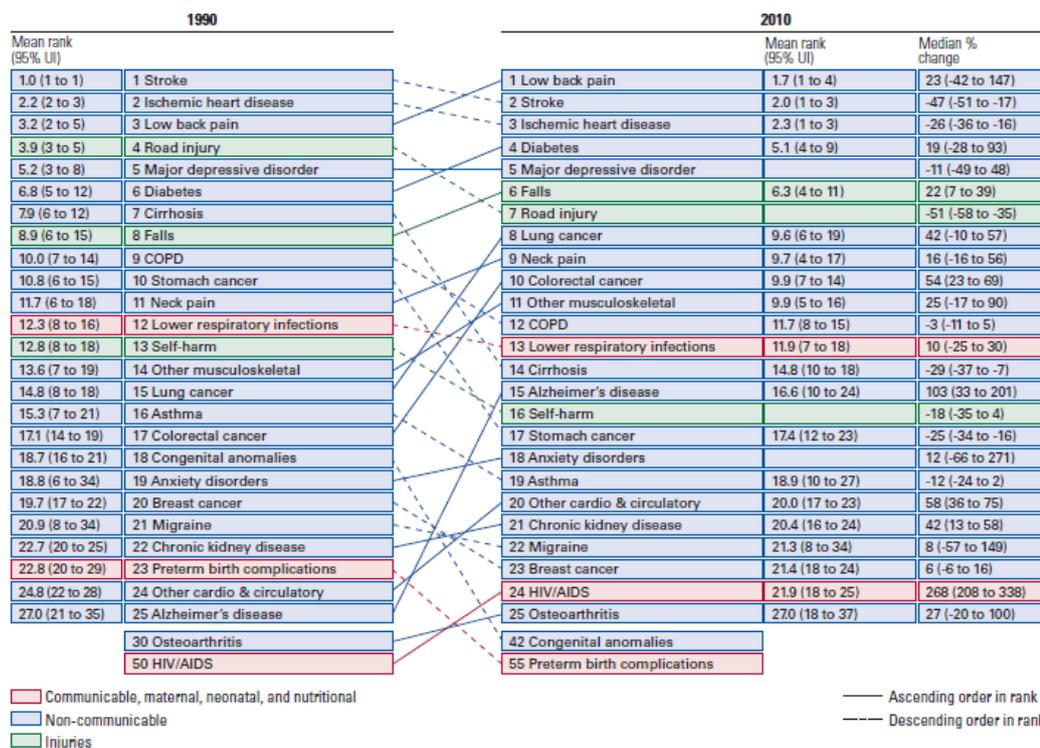


Figura 5 – Mudanças nas 25 principais causas de DALY em Portugal 1990-2010 [81]

dentos de viação mostraram o maior decréscimo de DALY, caindo em 51% entre 1990-2010 (Figura 5) [81].

Nas seguintes doenças/enfermidades Portugal compara desfavoravelmente com a média europeia em termos de anos de vida perdidos: cancro colo-retal e do estômago, infeções respiratórias baixas, diabetes, doença renal crónica e acidentes de viação (Figura 6).

Não é portanto surpreendente que os PNS europeus partilhem com Portugal a preocupação das doenças não transmissíveis e da saúde mental. A preocupação com as doenças musculoesqueléticas tem sido menos notória tanto nos PNS portugueses como nos europeus. Os PNS europeus mostram uma preocupação crescente com as incapacidades motoras e outras e com as doenças raras, uma realidade menos presente no PNS português.

Estas tendências de morbidade e mortalidade confirmam dados observados em relatórios sobre a saúde dos Portugueses desde a década de 90 do século passado [82, 83,84].

São ainda de realçar referências à dor, à obesidade e à saúde oral.

Determinantes da carga de doença observada

Como para os EM da UE e da EFTA, no geral, os três fatores de risco que representavam para a carga mais doença em Portugal eram riscos alimentares, hipertensão arterial e índice de massa corporal elevado. Os principais fatores de risco para crianças menores de 5 anos e adultos de 15 a 49 anos foram tabagismo e uso de álcool, respetivamente, em 2010. O tabagismo como fator de risco para as crianças tem sido devido à exposição passiva ao fumo [81]. Estes são fatores abordados nos

PNS europeus e de Portugal, onde se confirma a sua relevância em 3 estudos publicados desde a década de 90 [82, 83, 84].

Desigualdades em saúde

Se há um tema que merece realce que quase universal nas estratégias de saúde revista, é o reconhecimento da importância crescente das desigualdades em saúde. Este reconhecimento nem sempre se reflete nas estratégias adotadas. Destas realçamos as dos países nórdicos [53, 58, 64, 67] e as de países descentralizados [38, 63, 64] em que o Estado se reserva algum espaço para intervir no sentido de reduzir as desigualdades regionais.

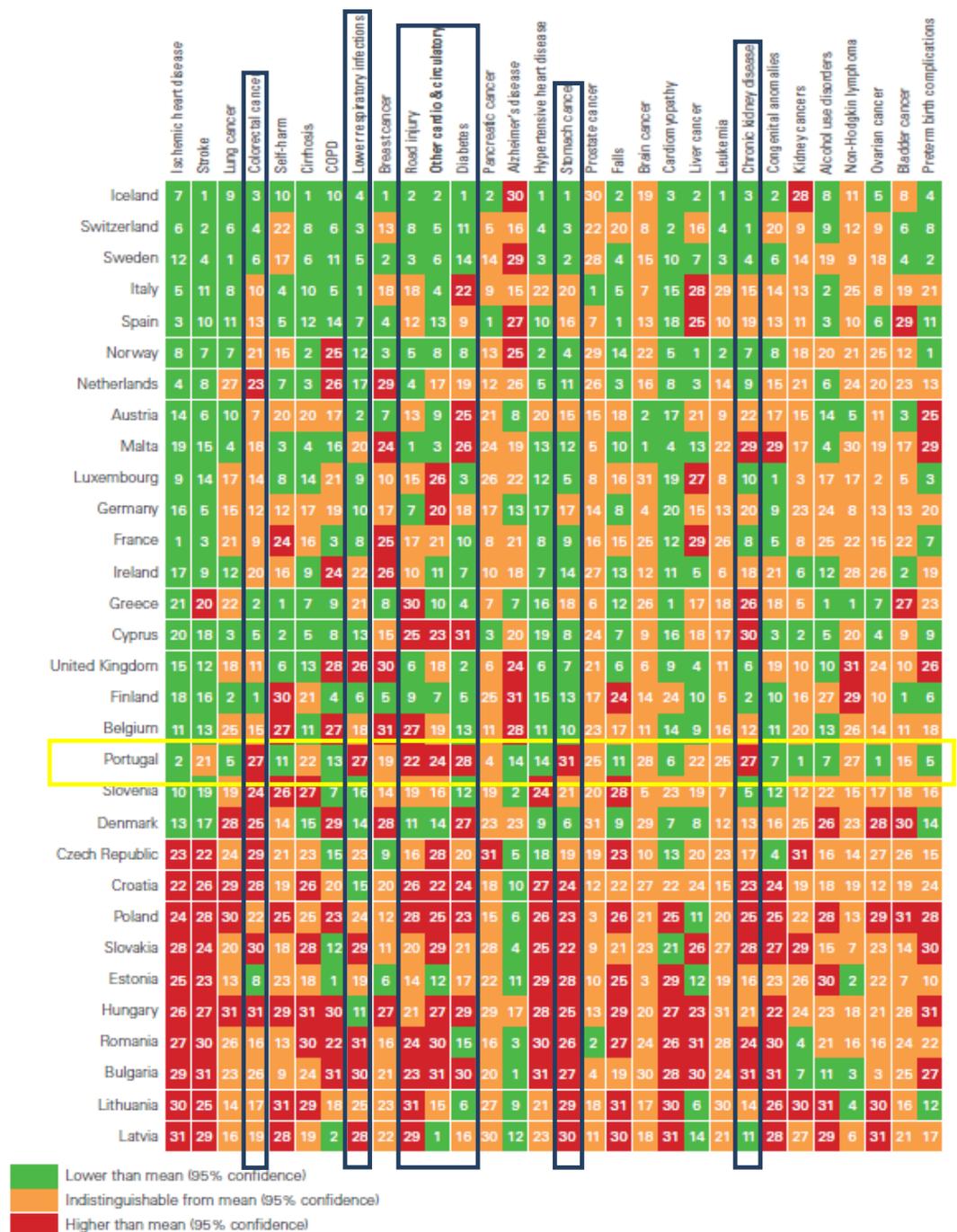


Figura 6 – Principais causas de anos de vida perdidos dos países da EU e EFTA em comparação com a média Europeia [81]

Intervenções sobre os SSS

Referindo-nos ao quadro lógico explicitado no Quadro 1, verificamos que os temas lá identificados referentes ao financiamento e sustentabilidade dos SSS, à governação e gestão, à avaliação e monitorização, a elementos estruturantes como os recursos humanos e tecnológicos, à cobertura universal, à orientação para a pessoa/cidadão e em relação à saúde em todas as políticas são, todos eles, temas muito presentes nas estratégias/PNS analisados, como no PNS português.

Nota-se uma preocupação com as questões de qualidade e acreditação⁷, o défice de competências de planeamento, gestão e avaliação (Eslovénia [29] e Grécia [32]); com os CSP e, com a função de *gate-keeping* dos médicos de família (Islândia [35] e Estados da Europa do Leste [85]); com a articulação dos serviços de internamento com o ambulatório; com os cuidados continuados; com a assistência farmacêutica; com o défice de recursos humanos (absoluto e relativo), com a sua remuneração e com a regulação da sua atividade; com as parcerias público-privadas e definição do papel do setor privado; com as TIC e a *ehealth*; com a ação intersectorial; e com o financiamento do SSS.

O valor económico da saúde

O valor económico da saúde e do setor de cuidados de saúde começa a ser explicitamente reconhecido em muitos documentos de política e estratégia de saúde, não só da Comissão Europeia [23], mas também de vários países europeus (Eslováquia [30], Finlândia [48], Hungria [33], Inglaterra [40] e Islândia [35]). No entanto, este reconhecimento não se reflete nas reflexões sobre sustentabilidade dos SSS, em que a abordagem económica é substituída por uma abordagem puramente financeira. Nesta vertente mais económica realçamos as estratégias da Hungria [33] e Polónia [36] que identificam o turismo médico, como uma atividade a valorizar nos SSS e da Islândia que leva em consideração os ciclos anuais de turismo na sua estratégia de saúde. Também na Islândia foi estudado o impacto económico do PNS e estimado que a consecução das suas metas reduziria os custos da doença para a sociedade em cerca de 7,5 15 milhões de coroas [35].

Discussão, conclusões e recomendações

Esta análise comparativa possibilita a identificação de modelos de PE utilizados nos países europeus da OCDE. Em comparação com os modelos observados, o modelo português é um modelo pouco formalizado e pouco institucionalizado, semelhante ao PE observado nos países tendencialmente Beveredgianos, liderado pelo setor da saúde, com um grande enfoque na doença, menos nos determinantes e ainda menos no SSS, que tem sido visto como um campo de atuação mais político que técnico.

A presente análise permite assim realçar diferentes tipos de planeamento. Abel-Smith (1994) argumenta a necessidade

de fazer uma distinção entre o planeamento para a saúde em seu sentido mais amplo e dos serviços de saúde numa visão mais restrita. [86] O primeiro pressupõe o envolvimento de todos os setores e todos os níveis de governo e da sociedade civil. O segundo corresponde a uma visão muitas vezes politizada e com preocupações mais imediatistas. Exemplos do primeiro incluem a Islândia [35]. Do segundo realçamos a Alemanha [36], Áustria [45] e Finlândia [47]. Apesar da tentativa do poder político de chamar a si o planeamento dos serviços de saúde os PNS de Portugal têm tentado abordar o planeamento no seu sentido mais amplo incluindo num mesmo documento, como na República Checa [66], as estratégias para a saúde e para os SSS. A Irlanda [61] e Eslovénia [56] são exemplos de países em que estas duas vertentes ficam documentadas em documentos diferentes.

Torna-se possível verificar que os processos de planeamento são complexos, contemplando ciclos (estratégias a 10 anos), dentro de ciclos diversos (programas quinquenais para diabetes, por exemplo), no interior de outros ciclos (eleitorais) e ciclos mais curtos e previsíveis (orçamento anual). Esta é uma realidade generalizada e algumas publicações [27, 28] realçam a necessidade de um melhor alinhamento destes ciclos. Na prática resulta que as orientações estratégicas para o setor podem ser encontradas em documentos genéricos de política nacional, em compromissos específicos de outros setores e em compromissos específicos do setor da saúde.

Reconhece-se que o reforço do papel dos governos centrais tem sido uma tendência frequente, correspondendo à necessidade de corrigir as desigualdades em saúde, aumentar a capacidade de responder em tempo útil a diretivas europeias e para compensar défices de competências mais ou menos generalizados, geralmente mais marcantes à periferia. Verificam-se, no entanto, algumas experiências de municipalização com interesse para Portugal.

Esta análise comparativa permite contextualizar os objetivos, estratégias, instrumentos e mecanismos do PNS português no âmbito das práticas e estratégias de saúde nos países europeus da OCDE. O PNS português tem sido muito orientado por prioridades com objetivos e metas para cada prioridade, como a maioria dos PNS europeus. Algumas experiências recentes de trabalhar com performance frameworks ligados pelo PE a outcomes frameworks, pode contribuir para inovar a forma como se planeia e torná-la mais eficiente e instrumental como orientadora de estratégias regionais e institucionais e como base dos processos de contratualização. A presente análise reforça o modelo de uma estratégia apoiada por vários documentos estratégicos, táticos ou operacionais: planos, programas, projetos, recomendações, normas, etc. O reforço deste modelo passa pelo alinhamento dos diversos documentos com a estratégia nacional, mantendo a coerência e relevância de conteúdo, de procedimentos e temporal. Por outro lado, identifica o reconhecimento cada vez mais explícito do setor da saúde como um setor importante para garantir o crescimento económico. Isto reflete-se

não só na estratégia europeia Health for Growth Programme [23], mas também nas estratégias de vários países. Permite ainda identificar a saúde global como uma área de crescente importância nas estratégias de saúde dos países europeus. Uma preocupação partilhada com as estratégias de saúde de Portugal, embora em Portugal a integração com as estratégias do Ministério de Negócios Estrangeiros não tenha sido tão bem conseguida como na Alemanha, Noruega e Suíça.

Verifica-se a recorrência na Europa dos vários temas sobre os quais incidem os planos e estratégias nacionais: a eficiência dos SSS; as doenças não transmissíveis; os ambientes; o ciclo de vida, facilitando a aprendizagem de Portugal com as boas práticas dos outros Estados europeus.

Salienta-se a importância atribuída à referência a valores orientadores das estratégias de saúde. Portugal, como a grande maioria dos EM estudados neste relatório, realça valores como solidariedade, equidade, universalidade, sustentabilidade, intersectorialidade, proporcionalidade, transparência, participação e a saúde como um direito, o que contribui para reforçar a soberania do doente/utente.

Torna-se possível identificar a tensão entre sistemas que procuram garantir acesso universal a alguns serviços (geralmente sistemas de tendência bismarckiana) vs. sistemas de acesso universal (como os tendencialmente Beveredgianos).

Com o presente estudo, é possível conhecer formas de reforçar a participação. A participação, elevada muitas vezes à categoria de valor, é reconhecida como da maior importância não só em Portugal, em que os processos participativos têm vindo a ser reforçados e melhorados de ciclo para ciclo de planeamento, mas em muitos outros países que têm conseguido formalizar mecanismos para garantir a participação dos utentes no planeamento (vide exemplos da Alemanha,

Dinamarca, Holanda e Suécia).

Por outro lado, reconhece-se a preocupação generalizada com a sustentabilidade dos SSS. Essa preocupação tem levado geralmente a respostas em termos de reduzir a despesa, aumentar a receita, ou reduzir o desperdício. Nos países tendencialmente bismarckianos a resposta passa pelo ajuste do pacote de benefícios a que se tem direito. Um mecanismo pouco usado nos países tendencialmente Beveredgianos, mas que deveria ser mais seriamente considerado.

Com a presente análise comparativa é possível verificar a nomenclatura confusa quanto ao sentido atribuído a termos como planeamento, políticas, planos, programas, estratégias, etc. Esta situação tinha sido vivida em Portugal durante o segundo ciclo de planeamento [87], mas podemos verificar que é generalizada, realçando a relevância de trabalhar com parceiros europeus para consolidar uma nomenclatura própria. É possível também recolher o défice da capacidade de PES; défice muito realçado na Grécia e Hungria, por exemplo, mas não menos óbvio em Portugal.

Apesar disto, verifica-se que o PES é cada vez mais *value- and evidence-based*, refletindo os imperativos morais, sociais, económicos, epidemiológicos e sanitários para promover e proteger a saúde e garantir o bem-estar da Humanidade.

Agradecimentos

À DGS pelo financiamento do estudo.

A Rosa Ferrinho pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

Bibliografia

- De Oliveira DDP (2010). Planeamento Estratégico. Conceito, Metodologia, Práticas. Editora Atlas, São Paulo. Brasil.
- Berke P, Godschalk D (2009) Searching for the good plan: a meta-analysis of plan quality studies. *Journal of planning literatures*: 23; 227-240.
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel JB (2009). *Strategy Safari: your complete guide through the wilds of strategic management*, NY: Prentice Hall.
- World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva.
- World Health Organization (1998). *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen.
- Mehry EE (1995). Planeamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planeamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. Razão e Planeamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. Hucitec/Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro. Brasil.
- Craveiro I, Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2): 27-37.
- Ferrinho P et al (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical: 76-87.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Volumes I e II. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.
- Carrolo M, Ferrinho P, Pereira Miguel J (2004). *Consultation on Strategic Health*

7 - Identificado pela OCDE como sendo uma área mercedora de maior atenção em Portugal apesar dos avanços recentes (OECD, 2014)

Planning in Portugal, WHO-Portugal Round Table, 28th and 29th of July 2003. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.

12. World Health Organization (2006). *Portugal – WHO round table consultation on the Implementation of the National Health Plan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e90146.pdf>

13. Ministério da Saúde (2010). *Atlas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.

14. Sicotte et al. (1998). cit in *Avaliação de desempenho do sistema de atenção às urgências do estado de Goiás*. Filho, CG & Trempe N (coord.) (2008). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

15. World Health Organization (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

16. Pereira J, Furtado C (2010). *Acesso e Equidade aos Cuidados de Saúde. Análise Especializada*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.

17. Ramos V, Gonçalves C (2010). *Cidadania em Saúde um Caminho a Percorrer*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.

18. Rego I (2011). *Políticas Públicas Saudáveis*. Tese submetida ao IHMT da UNL para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento. Lisboa.

19. Simões J, Dias A (2010). *Políticas e Governação em Saúde*. In *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percorso Comentado*. Almedina. Coimbra.

20. Ministério da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.

21. Hartz Z, Ferrinho P (2011). *Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. pp 58-79, Capítulo 3 em *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides. Gradiva. Lisboa.

22. World Health Organization (2013). *Health 2020. A European policy framework*

- and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
23. European Commission (2011). Proposal For a Regulation of the European Parliament and of the Council on Establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020.
 24. Pita Barros P, Machado S, Simões J (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 13(4): 1–156.
 25. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 32 (1) 10–17.
 26. Bowen GA (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9 (2): 27 – 40.
 27. International Health Partnership (2009). Joint Assessment of National Health Strategies and Plans. Combined Joint Assessment Tool and Guidelines. WHO. Geneva. www.internationalhealthpartnership.net
 28. World Health Organization and International Health Partnership (2011). Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva.
 29. Albrecht T, Turk E, Toth M, Ceglár J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M, Avdeeva O, van Ginneken E (2009). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition* 11(3): 1-168.
 30. Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M, van Ginneken E (2011) Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition* 13(2):1–200.
 31. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiiwet R, Van Ginneken E (2013). Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(6):1–196.
 32. Economou C (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7):1–180.
 33. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition* 13(5):1–266.
 34. McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E (2009). Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition* 11(4): 1 – 268.
 35. Sigurgeirsdóttir S, Waagfjörð J, Maresso A (2014). Iceland: Health system review. *Health Systems in Transition* 16(6):1–182.
 36. Busse R, Blümel M (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition* 16(2):1–296.
 37. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(2):1 – 192.
 38. García-Armeesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(4):1–295.
 39. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(6): 1– 291.
 40. Seán Boyle (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* 13(1):1–486.
 41. Steel D, Cylus J (2012). United Kingdom (Scotland): Health system review. *Health Systems in Transition* 14(9): 1–150.
 42. O’Neill C, McGregor P, Merkur S (2012). United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. *Health Systems in Transition* 14(10): 1– 91.
 43. Longley M, Riley N, Davies P, Hernández-Quevedo C (2012). United Kingdom (Wales): Health system review. *Health Systems in Transition* 14(11): 1 – 84.
 44. Anell A, Glengård AH, Merkur S (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(5):1–159.
 45. Hofmarcher M, Quentin W (2013). Austria: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(7): 1– 291.
 46. Gerkens S, Merkur S (2010). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(5):1–266.
 47. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 10(4): 1–168.
 48. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E (2010). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(1):1–229.
 49. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A (2014). Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition* 16(4):1–168.
 50. Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(8): 1– 162.
 51. Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F (2015). Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(1):1–165.
 52. Böhm K et al (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Poçicy* 113: 258-269.
 53. Ministry of the Interior and Health (2003) *Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Denmark.
 54. The Scottish Government (2007). *Better Health, Better Care: Action Plan*. Edinburgh.
 55. *Strategický rámec starostlivosti o zdraví pre roky 2014 – 2030*.
 56. *Strategija Razvoja Dejavnosti Javnega Zdravja 2013 – 2023*.
 57. Ministry of Health (2008). *National Health Plan 2009–2020*. Estonia.
 58. Ministry of Social Affairs and Health (2001). *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Helsinki.
 59. The Government of the Republic of Hungary (2007). *The New Hungary Development Plan. National Strategic Reference Framework of Hungary 2007–2013*. Employment and Growth. Hungary.
 60. Department of Health (2009). *NHS 2010–2015: from good to great. preventative, people-centred, productive*. London.
 61. Department of Health (2012). *Healthy Ireland. A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013 – 2025*. Dublin.
 62. The Government of Iceland, Prime Minister’s Office (2011). *Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community. Knowledge, sustainability, welfare*. Reykjavik.
 63. Ministero della Salute (2010). *Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*. Roma.
 64. Ministry of Health and Care Services (2012). *National Health and Care Services Plan (2011–2015). Meld. St. 16 (2010–2011) Report to the Storting (white paper)*. Oslo.
 65. Ministry of Regional Development (2006). *National Development Strategy 2007-2015*. Warszawa.
 66. Ministry of Health (2014). *Health 2020 National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention*. Prague.
 67. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden. *Challenges to the health care of the future. Summary of the National Action Plan for the Development of Health Care*.
 68. Federal Department of Home Affairs, Swiss Confederation (2011). *Health 2020. The Federal Council’s health-policy priorities*. Geneva.
 69. Ferrinho H (1993). *Comunicação Educativa e Desenvolvimento Rural. Edições Afrontamento*. Portugal.
 70. gesundheitsziele.de (2003). *Forum for the Development and Implementation of Health Targets in Germany. Report - Abridged Version - 14 February*.
 71. Department of Health, Workforce Directorate (2005). *A National Framework to Support Local Workforce Strategy Development – A Guide for HR Directors in the NHS and Social Care*. London.
 72. The Federal Government. *Shaping Global Health. Taking Joint Action. Embracing Responsibility. The Federal Government’s Strategy Paper*. Berlin.
 73. Norwegian Ministry of Foreign Affairs (2012). *Global health in foreign and development policy. Meld. St. 11 (2011–2012) Report to the Storting (white paper)*.
 74. Federal Department of Foreign Affairs & Federal Department of Home Affairs (2005). *Swiss Health Foreign Policy*. <http://bit.ly/ygx58i>.
 75. Fulop N, Elston J, Hensher M, Mckee M, Walters R (2000). *Lessons for health strategies in Europe. The evaluation of a national health strategy in England*. *European Journal of Public Health* 10: 11-17.
 76. Bevan G, Hood C (2006). *Have targets improved performance in the English NHS?* *British Medical Journal* 332 (7538): 419-422.
 77. Marinker M (2002). *Health Targets in Europe*. BMJ books. London.
 78. Vários (1999). *Analysing Health Targets in Europe*. Eurohealth. Volume 5 Number 3, Autumn.
 79. Wismar M et al (2008). *Health targets in Europe: learning from experience*. WHO. Copenhagen.
 80. Östlin P, Diderichsen F (2001). *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Policy Learning Curve Series Number 1 (updated version, 2001)*. WHO Europe, European Centre for Health Policy.
 81. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and European Free Trade Association Regional Edition*. WA: IHME. Seattle.
 82. Ministério da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses. Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.
 83. Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto de Situação. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Direção Geral da Saúde*. Lisboa.
 84. Ministério da Saúde (2015). *A Saúde dos Portugueses: perspetiva 2015*. Direção-Geral da Saúde. Lisboa.
 85. Atun R, Menab N, Saluvre K et al. (2006). *Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)*. *Health Policy* 79: 79–91.
 86. Abel-Smith B (1994). *An introduction to health: policy, planning and financing*. Longman. London.
 87. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP (2006). *Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 24 (1): 5-19.