



SAÚDE

AGENDA MOBILIZADORA 2030|2040

JUNHO 2023



Índice

Mensagem de Luís Montenegro	3
Introdução	4
Uma Saúde de rosto humano	5
O Papel, a responsabilidade e a história do PSD	8
Situação atual	15
O Estado da saúde - Perceção e realidade	15
Cuidados de Saúde Primários	18
Cuidados Hospitalares	19
Cuidados Continuados e Paliativos	20
Em especial, as Doenças Oncológicas	20
Em especial, o aumento da Mortalidade	21
Despesa em Saúde	22
Em especial, a (falta de) sustentabilidade do atual modelo do SNS	24
Capital Humano – a queda de um mito	26
Público Vs. Privado – duas faces da mesma moeda	29
Modelo de financiamento	29
Coberturas Alternativas de Saúde	30
Os ‘Hospitais Privados’	32
As Parcerias Público-Privadas	33
Agenda Mobilizadora Saúde 2030 2040	35
Propostas Urgentes	39
Propostas Estruturais	40



LUÍS MONTENEGRO

Presidente do Partido Social
Democrata

A existência de um sistema de saúde acessível por todos os portugueses, com qualidade e uma resposta temporal conducente com a necessidade dos utentes, é pilar fundamental para a real existência de um verdadeiro Estado Social.

Portugal Democrático, com forte empenho e ação do PSD, construiu um SNS que era sinónimo de organização, de confiança e de justiça social. Hoje, infelizmente, vivem-se tempos de acelerada degradação do SNS. São milhões de portugueses sem médico de família, o tempo de espera para consultas de especialidade essenciais ascendem por vezes a anos, as chefias dos serviços hospitalares demitem-se em bloco, uma após outra, as organizações dos hospitais vão ruindo e os cuidados oferecidos às populações vão perdendo perdendo qualidade.

O acesso à saúde já não é hoje universal. As más decisões do Governo Socialista, aliadas ao adiamento de reformas estruturais fundamentais para o sector, levou à decadência dos serviços de saúde do país. A situação só não é pior e não caiu na total inoperância devida à inexcedível e abnegada dedicação dos profissionais de Saúde.

Hoje existe num país uma saúde para aqueles que têm possibilidade financeira para aceder ao sector privado e outra, muito pior, para aqueles que não dispõem desses recursos.

Quando estamos nas vésperas de celebrar os 50 anos do 25 de Abril, o Estado deixou de conseguir garantir a justiça social na saúde, deixou de dar respostas às justas pretensões dos profissionais de saúde e, acima de tudo, não garante o acesso à saúde a todos os portugueses, não honra um direito constitucional, esta que é uma das maiores conquistas do Portugal Democrático.

Hoje, como sempre, o PSD está ao lado dos portugueses. Com propostas e verdadeiras reformas para o sector da saúde. Um SNS, que tenha o utente no centro da sua ação, que não se alimenta de ideologias, mas que com todo o pragmatismo persegue a missão de oferecer cuidados de saúde a todos os portugueses.

A situação é difícil e urgente, o SNS precisa do PSD. Nós dizemos presente, temos as soluções e o conhecimento, mas acima de tudo uma verdadeira preocupação com Portugal e os portugueses, que nos enche de força para implementar as reformas necessárias por mais difíceis que sejam.

O PSD não desiste da Saúde. O PSD não desiste de Portugal. **O PSD está sempre ao lado dos portugueses.**

Introdução

A Constituição prevê, no seu artigo 64.º, que o direito à proteção da saúde seja realizado "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito", proclamação constitucional na qual o PSD inteiramente se revê.

Com efeito, o acesso de todos os portugueses, independentemente das suas possibilidades financeiras ou origem geográfica, aos cuidados de saúde assegurados pelo Estado, constitui uma pedra basilar do nosso sistema de solidariedade social, assim como uma condição indispensável à sociedade justa e humanista que o Partido Social Democrata defende.

Passados mais de quarenta anos desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é hoje consensual que o nosso serviço público de saúde, de marcada filiação 'beveridgiana', constitui uma das maiores realizações do regime democrático português.

Verdade é que, atualmente, após mais de sete anos de desinvestimento e da ausência de medidas de melhoria da eficiência e da equidade do SNS, bem como de medidas estruturais com impacto no longo prazo, o acesso atempado e universal a cuidados de saúde de qualidade é cada vez menos, infelizmente, uma realidade no nosso país.

Ciente das suas responsabilidades enquanto pilar do regime democrático, o Partido Social Democrata expõe neste documento a sua visão sobre o atual estado da Saúde e propõe medidas que permitam garantir a sustentabilidade do sistema público e, acima de tudo, melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Rejeitando preconceitos e quimeras ideológicas, preconizamos um sistema de saúde inclusivo, humanizado, assente numa Política de Saúde que previna a doença evitável e promova a saúde, que invista na literacia dos cidadãos e, acima de tudo, que não crie barreiras no acesso dos portugueses aos cuidados de saúde.



UMA SAÚDE DE ROSTO HUMANO

Cortar com uma visão socializante e estatizante do SNS é um imperativo nacional.

1. A AMBIÇÃO: TOP 10 DOS SISTEMAS DE SAÚDE EM 2040

Nos últimos 20 anos Portugal estagnou no comparativo internacional de sistemas de saúde. A satisfação dos cidadãos com o sistema de saúde está abaixo da média da OCDE (67%), o tempo de acesso a tratamento por cancro é um dos piores da UE (EHCI 2018) e o 17.º lugar no World Index of Health Innovation (2022) relega Portugal para a cauda dos países desenvolvidos.

É imperioso definir um novo objectivo agregador e mobilizador com efeitos multiplicadores no desenvolvimento humano, económico e social de Portugal: **colocar o sistema de saúde português entre os 10 melhores do mundo em 2040, tendo como meta intermédia o top 15 internacional em 2030.**

2. O CORTE COM A ORIENTAÇÃO TRADICIONAL DO SNS

A extraordinária evolução científica e tecnológica na área da saúde contrasta com um modelo rígido, politicamente manietado sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que constitui um estrangulamento vital para a concretização de melhores resultados de saúde aos cidadãos.

A recente versão da Lei de Bases da Saúde, aprovada com apoio da extrema-esquerda constitui um retrocesso civilizacional assinalável que urge romper com determinação e visão de futuro. A pandemia de COVID-19 veio assinalar o século XXI com um novo paradigma de saúde pública - sistemas flexíveis e integrados assentes numa forte base comunitária e preventiva poupam vidas e melhoram a qualidade de vida global da população.

A manutenção durante 10 anos de governação socializante de um serviço nacional da doença com acesso pela porta da urgência hospitalar produziu o esgotamento dos profissionais de saúde e tempos clinicamente ultrapassados para consultas e cirurgias, com prejuízo redobrado para os idosos e cidadãos com menores recursos.

Sem regulação efectiva de qualquer componente do sistema de saúde, o **Estado não garante hoje Médico de Família a mais de 1.7 milhões de portugueses.** Apesar de promessas repetidas, o nível de investimento público efectivamente executado na área da Saúde atingiu mínimos históricos com a "geringonça" PS/PCP/BE, impossibilitando a incorporação no SNS de inovação técnica e tecnológica.

A propalada autonomia hospitalar esbarra diariamente em cativações e entraves burocráticos de toda a ordem na gestão de recursos humanos ou materiais. A rede pública hospitalar e de cuidados de saúde é antiquada e permanece desarticulada da área social, com remendos sucessivos de curto-prazo como tem sido evidente na actuação da direcção executiva do SNS.

O corte com esta orientação do SNS é absolutamente vital para o futuro da Saúde em Portugal - um corte com a desigualdade, com a ineficiência e com desumanidade de um sistema de saúde preso a ditames ideológicos anquilosados.

3. UM SISTEMA COMPETITIVO PARA SATISFAÇÃO DOS DOENTES

Os portugueses pagam directamente do seu bolso mais de 35% da despesa anual de Saúde para, além dos impostos cobrados que financiam o SNS. Mais de 3,1 milhões de portugueses optam hoje por um seguro de saúde para conseguir liberdade de escolha e resposta célere dos prestadores de saúde.

O esforço individual e coletivo para uma saúde de qualidade é desproporcionado em relação aos resultados obtidos – é possível diminuir o desperdício e as múltiplas ineficiências do sistema de saúde através de mecanismos de contratualização, comparação de resultados e competição regulada entre os sectores público e privado na prestação de cuidados de saúde.

Uma efetiva complementaridade entre os sectores público, privado e social exige contratos-programa transparentes e uma supervisão funcional de alto nível sempre que o financiamento público esteja envolvido. A garantia constitucional de acesso universal aos cuidados de saúde deve ser cumprida com recurso a todos os meios públicos, privados e sociais existentes e devidamente articulados, num sistema competitivo que premeia a eficiência e a qualidade da resposta de saúde aos cidadãos.

4. OS INDICADORES HOLÍSTICOS DE QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS

O caos organizacional do sistema de saúde português retirou a pessoa concreta e o respetivo horizonte de saúde pessoal do centro da ação da política de saúde. A pandemia Covid-19 demonstrou quão longe estavam as estruturas centrais monstruosas e burocráticas do Ministério da Saúde da realidade concreta das populações e só a intervenção militar conseguiu salvar uma operação de vacinação mandatória com resposta efetiva ao nível local e nacional.

Recolocar a prioridade da medicina preventiva e as boas práticas multidisciplinares de promoção da saúde e bem-estar dos cidadãos é essencial para uma mudança paradigmática que assenta numa visão holística da qualidade de vida de cada cidadão, com impacto sensível nas prioridades financeiras da política de saúde.

A partilha de responsabilidades com as pessoas e as famílias em áreas de enorme impacto de saúde como as doenças cardiovasculares, a diabetes ou o cancro aumenta a coesão social e a satisfação dos doentes e cidadãos em geral pela participação plena nos objeti-



vos de qualidade de vida individuais e colectivos.

Além da esperança média de vida à nascença, que deverá aumentar até 2050 para os 100 anos de idade, queremos atingir maior tempo livre de doença e menores incapacidades decorrentes da boa gestão de doenças crónicas – em suma, a promoção da saúde em indicadores holísticos de qualidade de vida perceptíveis e partilhados pelos cidadãos portugueses.

No mesmo sentido devem ser revistas as medidas dirigidas em especial a pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crónica incapacitante: a definição de novos indicadores de qualidade de vida com a participação direta das associações de doentes respectivas deve projetar uma perspetiva inclusiva e de ganhos efetivos de saúde.

5. CUIDADOS DE PROXIMIDADE

A evolução desejável da rede de cuidados de saúde primários através de USF deve aproximar a resposta de saúde à escala da pessoa e das comunidades locais. Mas importa ir mais longe e de forma mais profunda numa nova rede de cuidados de proximidade assentes numa rede efetiva de saúde e apoio social.

Na área social, a certificação e auditoria dos lares, centros de cuidados continuados e hospitais de retaguarda com o requisito obrigatório de equipas médicas e multidisciplinares permanentes – com a devida progressão na carreira profissional – em articulação estreita com as unidades públicas de saúde constitui a evolução desejável através de contratos-programa plurianuais com as Misericórdias e o sector social. Novas estruturas de cuidados continuados integrados tanto para a população pediátrica como população idosa deverão ser implementadas, através de novas parcerias entre os hospitais públicos e privados, USF e centros de saúde e as Misericórdias ou entidades de ação social.

Na área da saúde, propomos o alargamento conceptual e funcional de equipas clínicas de proximidade, englobando cirurgia de ambulatório, consultas de medicina e enfermagem familiar, consultas de especialidade, cuidados de saúde mental, cuidados domiciliários e cuidados paliativos. Para este efeito, propõe-se uma nova rede de Centros Ambulatoriais em articulação com as comunidades intermunicipais e as estruturas de saúde preexistentes. O fortalecimento prioritário da rede de cuidados paliativos pediátricos e de adultos deve ser integrado em protocolos dinâmicos de apoio domiciliário e cuidados ambulatoriais.

O reforço do envolvimento municipal e intermunicipal não pode ser concretizado de forma *ad hoc* e casuística sob pena de aumentarmos o fosso de desigualdade social entre a população residente nos municípios economicamente mais desfavorecidos. Pelo contrário, o planeamento estratégico em saúde deve envolver o Ministério da Saúde, as Secretarias Regionais dos Açores e da Madeira, as CCDR e as Comunidades Intermunicipais. Importa alinhar esforços coerentes em torno de objectivos claros, mensuráveis e partilhados por todos os intervenientes institucionais, num quadro de maior participação e diferenciação das responsabilidades dos Municípios.

O Papel, a responsabilidade e a história do PSD

Desde a sua criação, o PSD esteve sempre na linha da frente do desenvolvimento do SNS, preconizando uma visão global do sistema e com uma preocupação sempre centrada nas pessoas destinatárias do direito à proteção da saúde, nunca esquecendo os profissionais, a organização e a gestão responsável de recursos, sempre longe de serem ilimitados.

Com efeito, já em 1979, o PSD preconizava um SNS assente num "sistema misto, procurando a melhor articulação possível entre o sector estatal e o sector privado (...), tendo em conta três grandes princípios: primeiro, aproveitamento, tão completo quanto possível, das estruturas existentes; segundo, criação de medidas tendentes à coordenação, integração e regionalização dessas mesmas estruturas; terceiro, presença clara e inequívoca de que a estatização generalizada não é a medida adequada à necessária rendibilidade dos serviços e profissionais de saúde".

Esta visão do PSD relativamente à saúde, assumida logo aquando da apresentação parlamentar do Projeto de Lei n.º 261/I, - mas ainda tão atual -, consubstanciou-se, ao longo das décadas seguintes, em inúmeras medidas fundamentais para o desenvolvimento do SNS, enquanto serviço universal no nosso país.

Assim, durante os governos do PSD, muitos centros de saúde e hospitais públicos foram construídos, tendo igualmente sido criadas inúmeras novas valências em serviços de saúde já existentes, o que muito contribuiu para dotar o SNS de uma rede infraestrutural bem distribuída pelo território de Portugal continental.

Para além disso - ou também por causa disso - os indicadores de saúde melhoraram de forma muito significativa nos períodos de governação social-democrata, de que são expressivos exemplos as taxas de mortalidade materna (TMM) e infantil (TMI) e a esperança média de vida (EMV), como *infra se* indica:

	Sá Carneiro, Balsemão, Soares, Cavaco Silva		Durão Barroso, Santana Lopes		Pedro Passos Coelho		António Costa
	1980	1995	2002	2005	2011	2015	2020
TMM	19%	8,4%	6,1%	2,7%	5,2%	7,0%	20,1%
TMI	24,3%	7,4%	5,0%	3,5%	3,1%	2,9%	2,4%
EMV	71,1	75,4	77,0	78,2	79,8	80,6	80,7

FONTE: PORDATA | (por 100 mil)

Foi também principalmente graças à intervenção do PSD que a gestão clínica em regime de parceria público-privada (PPP) na saúde foi experimentada com inegável sucesso, o que demonstrou as virtualidades de um modelo que representou uma mudança de paradigma e uma nova forma de gestão no SNS, ao ponto de serem seguidas por anteriores governos socialistas, que lançaram várias novas PPP.

Foi ainda com governos do PSD – desde Sá Carneiro a Passos Coelho, passando por Cavaco Silva e Durão Barroso – que se deram relevantes contributos para o robustecimento e agilização do SNS, assim como para a melhoria da qualidade, efetividade e acessibilidade do direito à proteção da saúde, como a seguir se exemplifica:

VIII GOVERNO CONSTITUCIONAL

FRANCISCO PINTO BALSEMÃO

(1981-1983)

- **Criação da carreira de enfermagem;**
(Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro)
- **Concessão de autonomia administrativa e financeira ao SNS;**
(Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro)
- **Criação das administrações regionais de saúde;**
(Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho)
- **Regulação das carreiras médicas;**
(Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto)

X, XI, XII GOVERNOS CONSTITUCIONAIS

ANÍBAL CAVACO SILVA

(1985-1995)

- **Regulamentação das condições de exercício do direito de acesso ao SNS, estabelecendo uma correta e racional repartição dos encargos entre o Estado e entidades terceiras, legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos;**
(Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março)
- **Aprovação da lei de gestão hospitalar, introduzindo princípios de natureza empresarial na atividade hospitalar;**
(Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro)
- **Aprovação da primeira Lei de Bases da Saúde, perspetivando a proteção da saúde, não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados;**
(Lei n.º 48/90, de 24 de agosto)
- **Revisão do regime das taxas moderadoras, consignando as receitas arrecadadas ao SNS, com vista ao aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos;**
(Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril)
- **Aprovação de um novo estatuto do SNS, superando a dicotomia – do ponto de vista médico e organizativo – entre cuidados primários e cuidados diferenciados;**
(Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro)

XV GOVERNO
CONSTITUCIONAL

JOSÉ MANUEL DURÃO BARROSO

(2002-2004)

- **A aprovação do novo regime de gestão hospitalar, acolhendo e definindo um novo modelo de gestão hospitalar e dando expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial;**
(Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro)
- **A revisão da rede de cuidados de saúde primários, traduzindo a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, pudessem coexistir entidades de natureza privada e social orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos;**
(Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril)
- **A criação da Entidade Reguladora da Saúde, contribuindo para a clarificação e separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e financiador;**
(Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro)

XIX GOVERNO
CONSTITUCIONAL

PEDRO PASSOS COELHO

COELHO

- **Revisão da política do medicamento, promovendo o acesso por parte dos consumidores a medicamentos a custos comportáveis, através de uma baixa generalizada dos respetivos preços e de uma efetiva abertura do mercado aos medicamentos genéricos, cuja quota de mercado (unidades) subiu 16 pontos percentuais, de 31% (2011) para 47% (2015);**
(Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro)
- **Aprovação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagrando o direito e regulando o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos e definindo a responsabilidade do Estado nessa área;**
(Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro)
- **Aprovação de um novo regime jurídico das convenções, adotando um modelo mais flexível, possibilitando-se que aquelas tenham um âmbito regional ou nacional e que possam ser celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico;**
(Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro)
- **Aprovação de um novo regime de articulação do Ministério da Saúde e o SNS com as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), bem como o estabelecimento do regime de devolução, às Misericórdias, dos hospitais pertencentes a essas entidades e nacionalizados nos anos 70**

XIX GOVERNO
CONSTITUCIONAL

**PEDRO PASSOS
COELHO**

do século XX;

(Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro)

- **Criação do Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas;**
(Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho)
- **Aprovação dos princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, reforçando a importância dos contributos da enfermagem na promoção da saúde e prevenção da doença;**
(Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto)
- **Alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras a menores de 18 anos, aumentando o número de isentos**

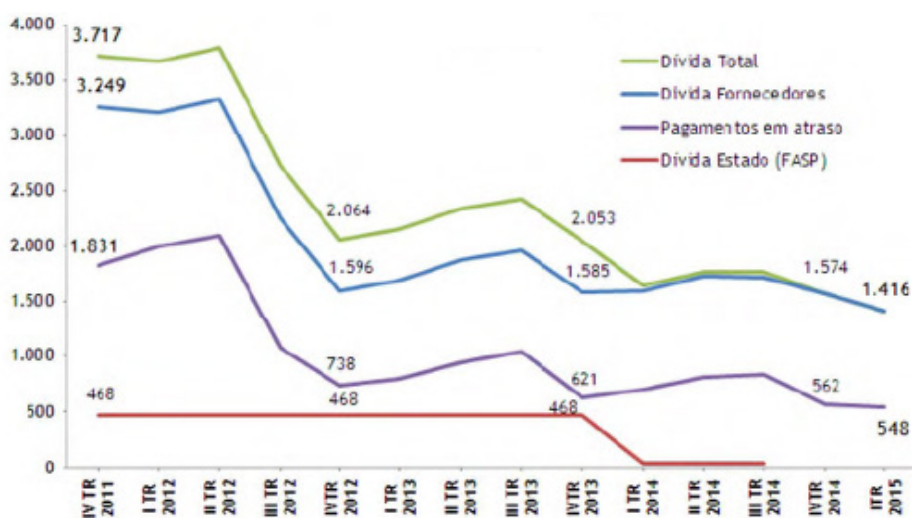
- Abertura de 88 novas Unidades de Cuidados na comunidade, 166 novas Unidades de Saúde Familiar de modelo A e passagem de 61 USF de modelo para modelo B;
- Aumento do número de utentes servidos por USF em 40%, de 3,4 milhões, em 2011, para mais de 5 milhões, em janeiro de 2015;
- Abertura de sete novos estabelecimentos hospitalares, quase a um ritmo de um novo a cada 6 meses (Hospitais de Vila Franca de Xira, de Beatriz Ângelo, em Loures, de Amarante, de Lamego e da Guarda, Centro de Reabilitação do Norte e Centro Materno-Infantil do Norte);
- Melhoria de serviços de urgência existentes: SUB Moimenta da Beira, Figueira da Foz, Garcia de Orta, Santa Maria, Leiria, Faro, Portimão, Penafiel, Cova da Beira, Gaia/Espinho, Guarda, Portalegre, Santarém, Évora, Norte Alentejano, Castelo Branco, Nordeste, S. João, Tâmega e Sousa, Alto Minho e Estefânia;
- Reforço dos recursos humanos do SNS, pela contratação, entre 2012 e 2015, de 6.921 médicos e 4.544 enfermeiros;
- Redução da despesa das famílias e do Estado com medicamentos [entre 2011 e 2014, a poupança conseguida na área do medicamento no mercado do SNS foi de - 252 milhões de euros (-11,9%), tendo os encargos do SNS sido reduzidos em 156 milhões de euros (-11,7%) e os encargos dos utentes em - 96 milhões de euros (-12,0%)];
- Disponibilização de um medicamento inovador para o tratamento da Hepatite C, o que permitiu a cura a mais de 10 mil doentes só até 2018;
- Regularização de dívidas do SNS, reduzindo o stock da dívida em 2,4 mil milhões de euros (de 3,7 mil milhões de euros para 1,3 mil milhões de euros), principalmente por via do pagamento de dívidas a fornecedores, evitando o corte do fornecimento de produtos ao SNS (ameaça da farmacêutica Roche em cortar o fornecimento de medicamentos a crédito a 23 hospitais em 2011).

Cabe ainda destacar, finalmente, de entre as medidas tomadas pelo último executivo do PSD para aumentar a acessibilidade dos portugueses aos cuidados de saúde assegurados pelo Estado, as seguintes:

- Redução do número de utentes do SNS sem médico de família atribuído, de 1,8 milhões, em 2011 (1.819.248), para pouco mais de um milhão, no final de 2015 (1.044.945);
- Aumento da percentagem de utentes inscritos com médico de família de 83,4%, em 2011, para 89,7%, em 2015;

Os quadros seguintes evidenciam a evolução e a variação da dívida do SNS:

Dívida total, a fornecedores, ao Estado e pagamentos em atraso (EM MILHÕES DE EUROS)



FONTE: ACSS, 2015

Variação acumulada da dívida total face a dezembro de 2011

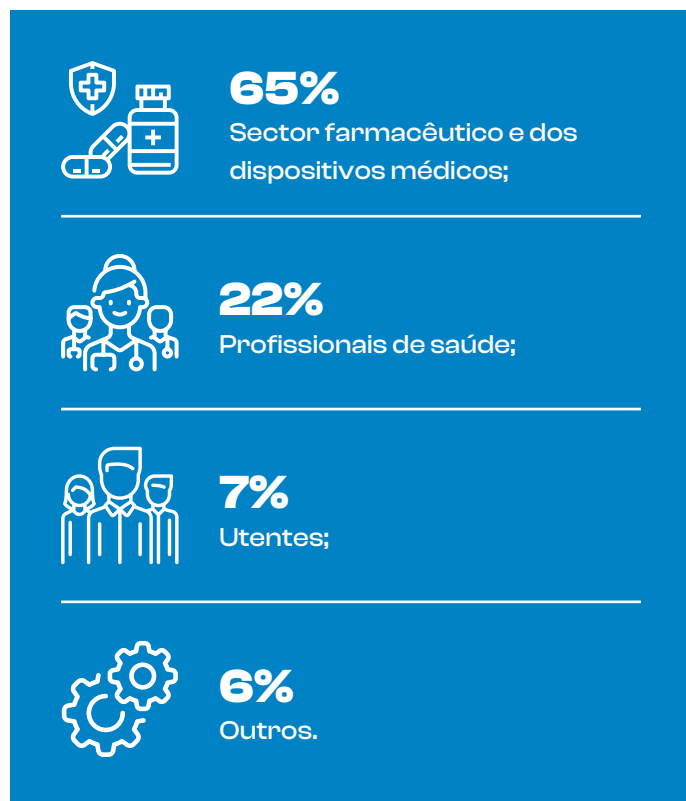


FONTE: ACSS, 2015

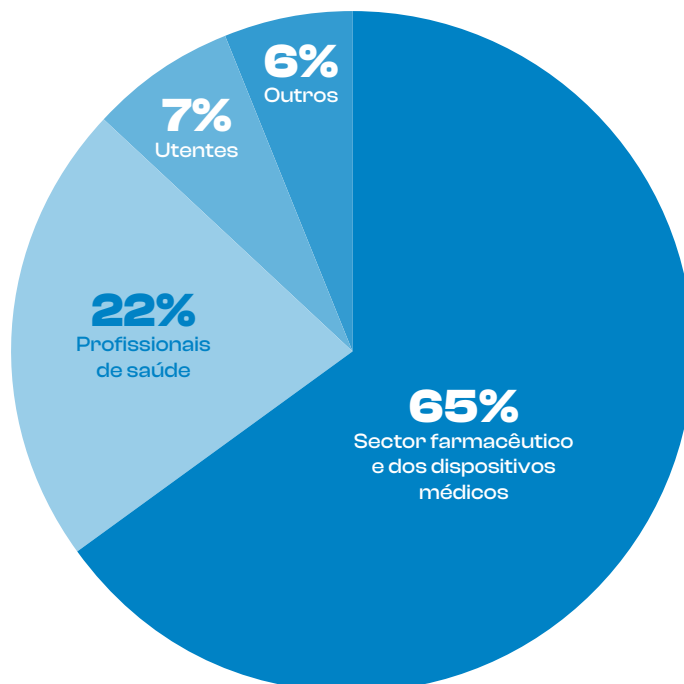
É ainda de recordar que as políticas supramencionadas foram alcançadas durante o período de resgate financeiro da chamada 'Troika' (FMI, CE e BCE), fruto do desastre governativo do Partido Socialista sob a liderança de José Sócrates, que conduziu o nosso país para uma situação de pré-bancarrota.

E a verdade é que, apesar das tremendas exigências financeiras então impostas ao País, foi possível apostar nas reformas da saúde sob a liderança do PSD.

E vale também a pena lembrar que cerca de dois terços das medidas adotadas no contexto do *programa de ajustamento* incidiram sobre o lado dos *stakeholders* mais fortes do SNS (farmacêuticas, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, farmácias e grossistas), tendo a repartição do esforço de ajustamento sido a seguinte:



Equidade do esforço de ajustamento: repartição do esforço (2011-2014)



Em resultado de tudo quanto se acabou de expor, este último governo do PSD criou as condições que permitiam ao SNS um funcionamento que seguisse uma trajetória conducente a uma situação de sustentabilidade, muito embora fosse ainda necessário prosseguir as reformas que garantissem a melhor resposta possível do SNS aos desafios que já então se lhe colocavam (tecnologia, inovação, envelhecimento demográfico, recursos financeiros disponíveis, etc.).

Infelizmente, porém, nos últimos 7 anos o referido caminho foi interrompido pelos governos do Partido Socialista, encontrando-se o **SNS novamente mergu-**

lhado numa difícil e profunda crise, para a qual muito contribuíram as decisões políticas erradas e eivadas de preconceito ideológico, não só a já referida ausência de reformas, mas também a incapacidade de perceção do sistema de saúde como um todo, tudo agravado por uma pandemia tão inesperada quanto indesejada.

Com efeito, a COVID-19 ampliou de forma dramática as insuficiências e fragilidades do SNS, muito embora os problemas estruturais já existissem antes e se tenham até agravado nos anos seguintes à pandemia.

Os exemplos seguintes evidenciam bem o estado caótico e de verdadeira pré-rutura em que o SNS atualmente se encontra:

- Encerramentos e rutura no funcionamento de serviços de urgência hospitalares;
- Aumento das listas de espera para cirurgia, consultas médicas e exames clínicos;
- Degradação das condições assistenciais da prestação de cuidados de saúde;
- Multiplicação das demissões de responsáveis clínicos hospitalares;
- Saída de profissionais competentes e experientados do SNS (só em 2022 saíram do SNS quase 1.500 médicos e 1.800 enfermeiros).

Neste contexto, caberá novamente ao PSD o papel e a responsabilidade de encontrar as soluções de futuro para reformar o SNS e salvar o serviço público de saúde, devolvendo aos portugueses a confiança neste tão importante pilar da Justiça Social.



Situação atual I

O Estado da saúde - Percepção e realidade

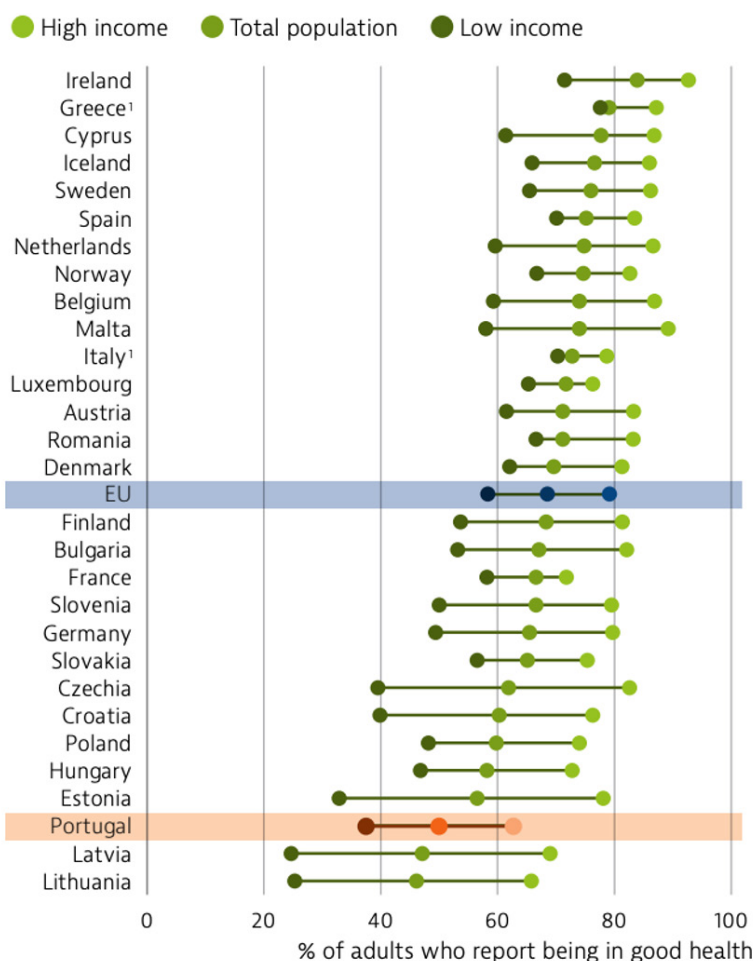
Ao fim de mais de 7 anos de governação do Partido Socialista, o SNS enfrenta, cada vez mais, uma situação de degradação acelerada, quase de colapso, em que é indelmentável a desorganização de muitos serviços de saúde, a falta de liderança do Governo e a gestão desastrosa do capital humano do SNS. Os profissionais de saúde, apelidados de "heróis" durante a pandemia rapidamente, foram entretanto "esquecidos" pelo governo socialista.

Sem capacidade de resposta, os centros de saúde são cada vez menos uma alternativa e as urgências hospitalares a tornarem-se cada vez mais um caos. A pandemia apenas tornou isto tudo visível para todos, tendo

levado a um profundo esgotamento físico e mental dos profissionais de saúde. Só a dedicação, o brio e o profissionalismo dos trabalhadores do setor da saúde têm permitido, ainda, evitar males maiores no acesso dos portugueses ao SNS.

Em 2019, antes da pandemia de COVID-19, apenas cerca de metade da população portuguesa com mais de 16 anos afirmava estar de boa saúde. Mesmo admitindo que estes resultados possam refletir questões culturais, já que a percepção sobre o que é *estar saudável* se altera de país para país, a referida percepção dos portugueses não deixa de ser paradigmática da situação da saúde em Portugal.

Portuguese people rate their health lower than most EU citizens



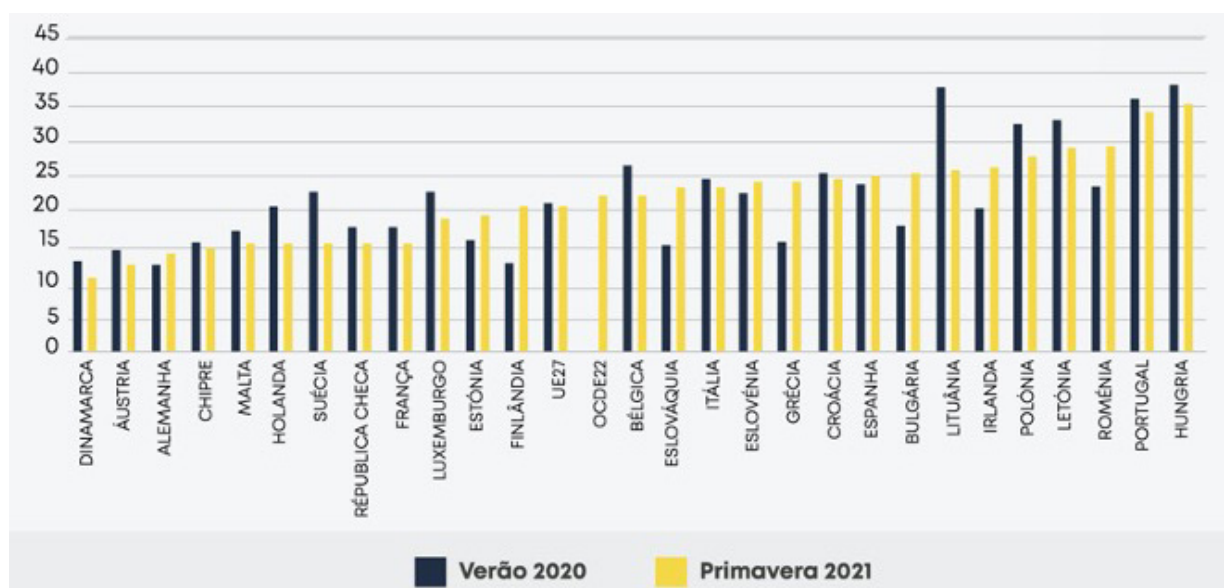
FONTE: Eurostat Database, based on EU-SILC (data refer to 2019).



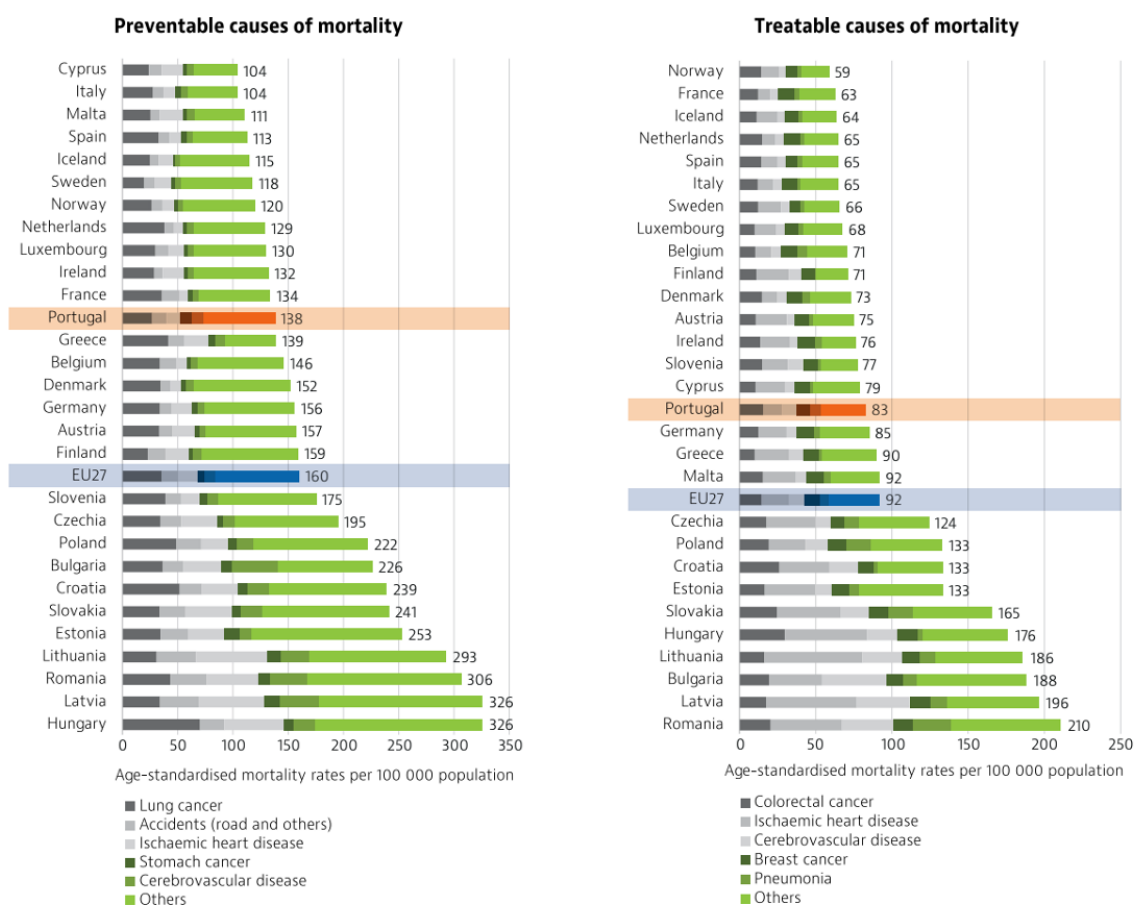
Mas, se a perceção da situação de saúde dos portugueses não é positiva, também a realidade não é melhor, já que, entre nós, existe um atraso na prestação de serviços muito maior do que a média registada nos países europeus, assim como uma eficácia mais baixa, quer em termos de prevenção, quer de tratamento.

Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde durante a pandemia por país, UE27 e OCDE 22 (%)

[Adaptado de Eurofound (2021) e (OECD, 2021)]



Portugal has lower levels of preventable and treatable mortality than the EU average



Note: Preventable mortality is defined as death that can be mainly avoided through public health and primary prevention interventions. Treatable mortality is defined as death that can be mainly avoided through health care interventions, including screening and treatment. Half of all deaths for some diseases (e.g. ischaemic heart disease and cerebrovascular disease) are attributed to preventable mortality; the other half are attributed to treatable causes. Both indicators refer to premature mortality (under age 75). The data are based on the revised OECD/Eurostat lists. Source: Eurostat Database (data refer to 2018, except for France 2016).

Como os gráficos acima claramente demonstram, houve vidas que se perderam e perdas significativas na qualidade de vida dos cidadãos, como consequência direta das insuficiências do SNS.

Não surpreende, assim, que o número de reclamações apresentadas pelos utentes dos serviços de saúde aumente continuamente, como estudos recentes o têm demonstrado.

Assim, por exemplo, o número de reclamações apresentadas à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2021, cresceu significativamente em relação a 2018

(+24%) e 2019 (+18%), os dois anos anteriores à pandemia, tanto em termos absolutos como por 100 mil habitantes, atingindo o valor mais alto dos últimos anos. Só no primeiro semestre de 2022, o número de reclamações recebidas pela ERS aumentou 33,9% face ao período homólogo de 2021¹, sendo o acesso aos cuidados de saúde o tema que mereceu mais queixas.

¹1.º semestre 2022: 50.694; 1.º semestre 2021: 37.872.

O quadro seguinte evidencia a realidade que se acabou de descrever:

	2018	2019	2020	2021
Número de reclamações	20.936	21.973	17.894	25.907
Número de reclamações por 100.000 habitantes	212	223	182	263
Acesso a cuidados de saúde	8.957	10.476	14.162	23.067

FONTE: ERS, INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO - Acesso a Cuidados de Saúde Primários, outubro 2022)

Cuidados de Saúde Primários

Em março de 2023 havia 10.560.614 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários do SNS, cerca de 1,6 milhões dos quais (1.603.113) sem *Médico de Família*, mais meio milhão (558.168) do que no final de 2015, em que havia cerca de um milhão de utentes sem MF (1.044.945), um agravamento na ordem dos 50%.

Esta situação, além de significar uma clamorosa quebra da promessa do Primeiro-Ministro de 2016, segundo a qual "2017 é, de uma vez por todas, o ano em

que todos os portugueses terão um médico de família atribuído", evidencia bem o descalabro que afeta o SNS, incapaz de evitar o entupimento das urgências hospitalares que a falta de acesso aos cuidados primários nelas provoca.

Aliás, no início de 2023, apenas 85,1% dos utentes inscritos nos cuidados primários tinham MF atribuído, 4,6 pontos percentuais (p.p.) menos do que em 2015 (89,7%):

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (fevereiro)
Porcentagem de utentes com MF	89,7%	92,1%	92,7%	93,0%	92,7%	91,6%	88,8%	85,5%	85,1%

FONTES: Relatório de Acesso 2021; BI da Reforma dos CSP, Março 2022

Note-se que, só na região de Lisboa e Vale do Tejo, o número de utentes do SNS sem MF, em março de 2023 (1.093.468), ultrapassava, em quase 50 mil, o de utentes sem MF em todo o território de Portugal continental no final de 2015 (1.044.945).

A esta falta de cobertura da população por médicos de família acresce a quebrada atividade assistencial nos cuidados primários registada desde a pandemia, a qual, atualmente, está ainda longe de compensada.

Assim, entre 2019 e 2021 realizaram-se menos 6,2 milhões de consultas médicas presenciais nos centros de saúde, o que representa uma quebra de 30%. É certo que, após uma acentuada diminuição do volume de consultas médicas presenciais realizadas em 2020 (-39% comparativamente com 2019), em 2021 houve um aumento de 14% face àquele ano, mas, apesar disso, o número de consultas médicas presenciais manteve-se inferior à pandemia.

O quadro *infra* comprova as situações que se acabaram de referir:

	2017	2018	2019	2020	2021
Consultas médicas presenciais nos CSP	20.255.685	20.583.549	20.715.472	12.732.253	14.557.006
Consultas médicas no domicílio	185.781	191.781	197.515	130.458	156.914
Consultas enfermagem presenciais nos CSP	18.292.211	19.019.453	20.230.518	16.664.324	27.362.522

FONTES: Relatório de Acesso - 2021; ERS, Informação de Monitorização, Outubro 2022; Dados do Portal da Transparência do SNS e do BI CSP, analisados pela *MOAI Consulting* para a OM, APAH e Roche

Cuidados Hospitalares

Entre 2019 e 2021 realizaram-se menos sete mil consultas médicas hospitalares no SNS (2019: 12.420.101; 2021: 12.413.119), uma evolução que agrava a quebra de 10% verificada em 2020.

Igualmente entre 2019 e 2021 tiveram lugar menos 58 mil primeiras consultas hospitalares (2019: 3.574.567; 2021: 3.516.516), uma quebra de 1,6%.

Recentemente, o Governo fez noticiar que, até novembro de 2022, os hospitais do SNS realizaram um total de 11,8 milhões de consultas, 3,3 milhões das quais correspondendo a primeiras consultas, valor que, mesmo que seja o mais elevado dos períodos homólogos desde 2013 e represente um acréscimo de 3,1% em relação ao mesmo período de 2021, permanece ainda muito aquém do necessário para se recuperar o terreno perdido durante a pandemia.

Assim, em diversos hospitais públicos e especialidades médicas, milhares de doentes têm de esperar muito além do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) por uma primeira consulta hospitalar, havendo mesmo casos de espera de mais de três anos.

Por sua vez, entre 2019 e 2021 verificou-se uma estagnação do número de cirurgias realizadas no âmbito do SNS, com um aumento de 0,7%, que não compensa minimamente a quebra de 18% verificada em 2020, ano em que foram realizadas menos 114 mil cirurgias do que em 2019 (2019: 628.282; 2020: 514.000; 2021:

629.889).

A agravar o que se acaba de referir, em 2021, por comparação com 2015, houve um agravamento de 7,5% no número de doentes em lista de espera para cirurgia (2015: 197.401; 2021: 212.189).

Relativamente aos serviços de urgência hospitalares do SNS, verificou-se uma acentuada degradação nos últimos anos, proliferando as situações de funcionamento sem condições mínimas, até de qualidade, quer para doentes quer para profissionais, sucedendo-se os casos de encerramentos temporários de urgências, principalmente nas especialidades de ginecologia e obstetrícia e de pediatria, mas também já noutras especialidades médicas.

Igualmente nos últimos anos e, principalmente, desde 2022, multiplicaram-se as situações de doentes obrigados a esperar horas infindáveis nas urgências hospitalares - como tem sucedido, por exemplo, nos Hospitais de Santa Maria, S. José, Loures, Amadora-Sintra, Vila Franca de Xira, Barreiro-Montijo, Faro, Santarém, Setúbal ou Penafiel - com casos de espera de 14 e mais horas e doentes amontoados em macas nos corredores ou mesmo no chão, urgências sobrelotadas e sem capacidade de resposta, face à enorme procura que também a falta de resposta dos cuidados primários agrava.

Em matéria de internamentos sociais, em março de 2022 encontrava-se mais de um milhão de pessoas com alta clínica nos hospitais do SNS, um aumento de 23% relativamente às cerca de 850 que permaneciam inapropriadamente internadas em 2021. Segundo o

Ministério da Saúde, no final de janeiro de 2023 ainda havia 665 na referida situação, a maioria (433), aguardando a integração numa estrutura residencial e os restantes (232) em cuidados continuados.

Cuidados Continuados e Paliativos

No final de 2022, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) dispunha de 9.552 camas para internamento, tendo crescido ao ritmo médio anual de 386 camas, uma diminuição de 25% relativamente às 519 camas abertas anualmente pelos governos do PSD, entre 2011 e 2015.

Por sua vez, entre 2019 e 2022, o número médio de utentes a aguardar vaga para entrar na RNCCI aumentou 88% no País, com destaque para a região do Algarve, onde o número de utentes a aguardar vaga para entrar na RNCCI aumentou 207% no período referido.

Em 2021, o número de camas em cuidados paliativos ascendia a 403, apenas mais 29 do que as 376 camas existentes em 2018, o que traduz um ritmo de crescimento anual de apenas 9 camas para as pessoas que necessitam de cuidados paliativos.

De referir, finalmente, que o Plano de Recuperação e Resiliência prevê a criação de "mais 5.500 camas até 2025, para um total de 15.052, sendo certo que o financiamento e sustentabilidade das mesmas estão longe de assegurados.

Em especial, as Doenças Oncológicas

Estima-se que, em 2020, tenha havido menos 100 mil diagnósticos de cancro e menos 400 mil rastreios de doenças oncológicas, por comparação com o ano anterior, tendo o cancro causado a morte a mais de 28 mil pessoas em Portugal.

Entre 2019 e 2021 houve menos 18% de mulheres com mamografia realizada, menos 13% de mulheres com col-

pocitologia (citologia do colo do útero) e menos 5% de utentes com rastreio do cancro do colon e reto efetuado.

A diminuição nos últimos anos, relativamente a 2019, no diagnóstico precoce da doença oncológica nos estabelecimentos prestadores de CSP, não foi compensada, em 2021, como *infra* se evidencia:

	2017	2018	2019	2020	2021
Mulheres com mamografia nos últimos 2 anos	708.402	737.441	818.990	670.145	708.045
Mulheres com colpocitologia atualizada	1.139.651	1.156.695	1.218.458	1.082.804	1.055.961
Utentes com rastreio do cancro do cólon e reto	1.482.563	1.634.709	1.770.310	1.654.034	1.706.898

Em 2021, nos IPO, o tempo de espera máximo das cirurgias oncológicas muito prioritárias foi ultrapassado em 68% dos casos, o mesmo sucedendo com 30% das cirurgias oncológicas realizadas nos IPO de Coimbra, Lisboa e Porto.

Em 2021, nas cirurgias "muito prioritárias", as intervenções fora dos TMRG agravaram-se de forma considerável, com 960 em 1415 intervenções classificadas como mais urgentes a não cumprirem o tempo máximo de espera de 15 dias, o que representa 68%, face aos 59% registados em 2019 e 2020.

De referir, por último, que, atualmente, a generalidade dos especialistas receia que o impacto dos atrasos se vá sentir ainda até pelo menos 2027 ou 2028, principalmente devido a diagnósticos tardios decorrentes de uma insuficiente referenciação dos cuidados de saúde primários, bem como da incapacidade de resposta de muitos serviços hospitalares e do próprio receio que muitas pessoas sentiram, principalmente nos anos de 2020 e 2021, em contrair Covid-19, o que também contribuiu para um menor diagnóstico.

Em especial, o aumento da Mortalidade

Nos últimos três anos, a mortalidade em Portugal situou-se sempre acima dos 120 mil óbitos, o que representa um aumento médio de cerca de 8% relativamente aos três anos anteriores. Facto é que a Covid-19² não explica todo o aumento da mortalidade, já que essa doença só causou uma pequena percentagem dos óbitos registados nos últimos três anos.

Já a taxa de mortalidade materna atingiu, em 2020, os 20,1 óbitos por 100 mil nascimentos, o nível mais elevado dos últimos 38 anos, sendo que, de 2017 para 2018, Portugal passou de 10,4 para 19,5 mortes de mulheres devido a complicações da gravidez, parto e puerpério, por cada cem mil nascimentos.

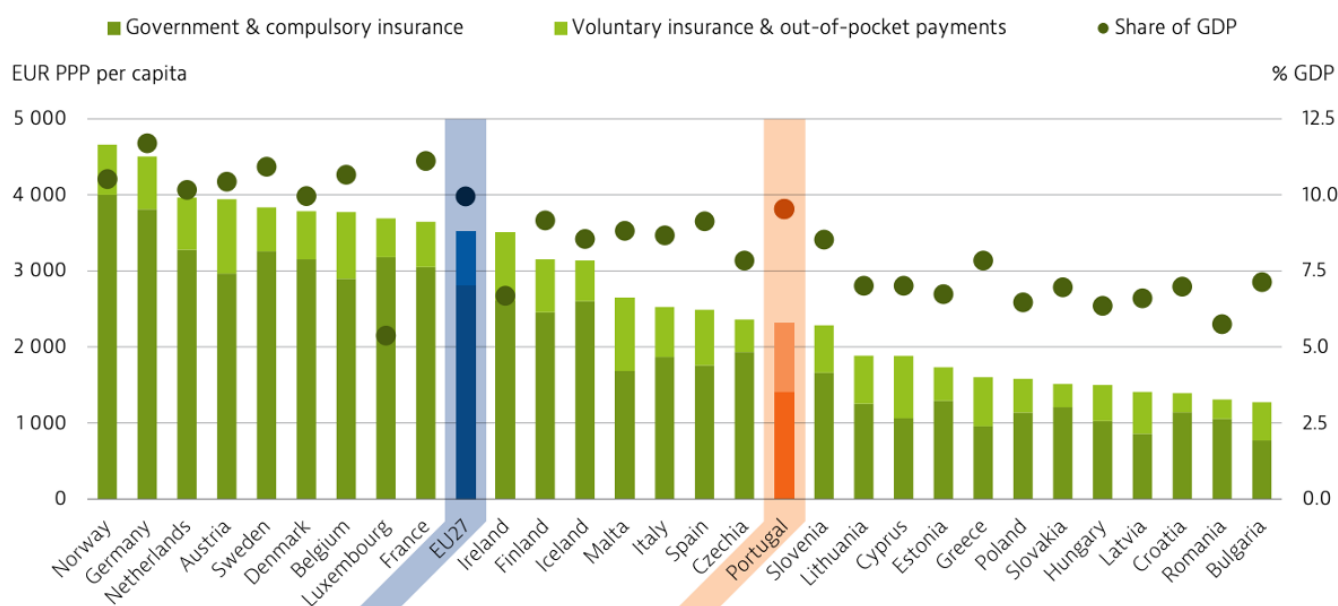


² A Covid-19 foi responsável pela morte de 26.215 pessoas, entre março de 2020 e março de 2023, assim distribuídos: 1.º ano: 16.380 óbitos; 2.º ano: 4.741 óbitos; 3.º ano: 5.094 óbitos.

Despesa em Saúde

A despesa com a saúde em Portugal é mais baixa que a da média europeia, particularmente se considerarmos em exclusivo para o investimento público em saúde, uma realidade que, apesar de indesejável, por si só não justifica a quebra de serviço existente.

Health spending per capita and as a share of GDP in Portugal remains below the EU average



Note: The EU average is weighted.
Source: OECD Health Statistics 2021 (data refer to 2019, except for Malta 2018).

Apesar de o governo do Partido Socialista repetir incansavelmente a narrativa de que aumentou a despesa pública e o investimento no SNS, quando se analisa a execução orçamental, facilmente se percebe o logro de se propagandear um aumento que está longe de se verificar na realidade.

No que se refere à despesa de investimento no SNS, até 2019, a mesma foi sempre inferior à executada em 2015, como o quadro *infra* indica:

INVESTIMENTO NO SNS	Passos Coelho		António Costa		
	2015	2016	2017	2018	2019
Investimento Orçamentado	239	216	228	301	370
Investimento Executado	163	116	110	132	156
Taxa de Execução	68%	54%	48%	44%	42%

FONTE: Dados UTAO / Valores em milhões de euros

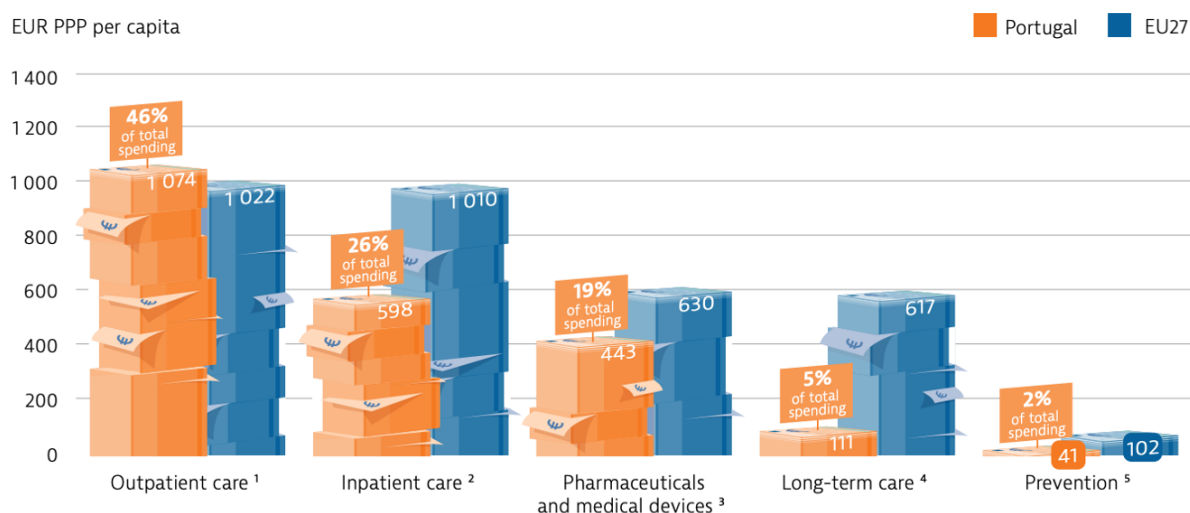
Relativamente a 2022, prevendo embora o Orçamento do Estado aprovado um investimento de 509 M€ para a totalidade do ano no SNS³, os últimos dados disponíveis indicam que o investimento executado nesse ano ascende, apenas, a 230 M€, o que corresponde a um grau de execução de apenas 45%.

Acresce, no que se refere à despesa, que "Orçamento do Estado (OE) para 2023 coloca o peso da despesa

em saúde, no conjunto das despesas públicas, no valor mais alto da última década. Porém, grande parte deste esforço está associado a efeitos preço, não se antecipando um aumento significativo da capacidade de prestação de cuidados de saúde."⁴

A distribuição de custos em saúde em Portugal difere bastante da média europeia, especialmente no que toca a prevenção e cuidados de longo prazo.

Portugal is the EU country dedicating the biggest share of its health budget to outpatient care



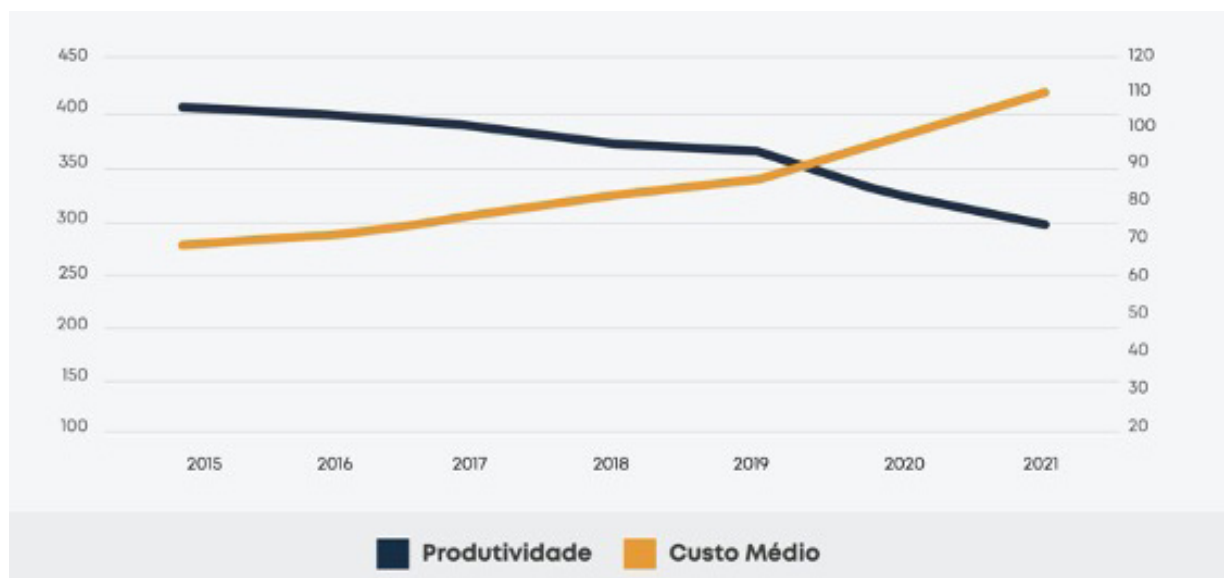
Note: The cost of health system administration are not included. 1. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 2. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 3. Includes only the outpatient market; 4. Includes only the health component; 5. Includes only spending for organised prevention programmes. The EU average is weighted.
Sources: OECD Health Statistics 2021, Eurostat Database (data refer to 2019).

³ Note-se que, até novembro de 2022, o investimento inicial previsto ascendia a 589 M€.

⁴ Observatório da Despesa em Saúde da Nova SBE.

O SNS padece de uma crescente baixa de produtividade e do consequente aumento de custo, como a figura *infra* ilustra:

Evolução da produtividade (serviços por profissional) e do custo médio por serviço, no SNS



No que se refere à despesa corrente privada com a saúde⁵, em 2021 a mesma ascendeu a cerca de 6,8 MM€, um aumento de 14,7% relativamente ao ano anterior, sendo Portugal um dos países da OCDE onde os gastos diretos das famílias são mais elevados.

E vale a pena lembrar que, já em 2019, segundo dados da OCDE, em Portugal 31% da despesa em saúde era totalmente paga pelos indivíduos, quando acediam a serviços de saúde, uma percentagem que representa o dobro da média europeia, e é apenas ultrapassada por países como a Bulgária, Letónia, Grécia e Malta.

Em especial, a (falta de) sustentabilidade do atual modelo do SNS

A sustentabilidade do SNS constitui um tremendo desafio que o sistema público de saúde enfrenta há décadas, o qual tem sido e continuará a ser agravado principalmente pelos seguintes fatores, que tenderão a agravar-se ainda mais:

- Envelhecimento demográfico;
- Aumento da esperança de vida e da incidência das doenças crónicas;
- Aumento da diferenciação clínica e da inovação terapêutica e tecnológica;
- Subfinanciamento crónico dos hospitais e centros de saúde;
- Insuficiente investimento na modernização de instalações e equipamentos, bem como no reforço e valorização dos profissionais;
- Politização e partidarização dos lugares de direção técnica superior e intermédia.
- Ausência de políticas de saúde conducentes a uma diminuição efetiva da carga de doença nas comunidades.

⁵ A despesa corrente privada com a saúde é aquela que as famílias suportam, além daquilo que já pagam através dos seus impostos, o designado *out-of-pocket*



Esta falta de sustentabilidade do atual modelo de financiamento e gestão do SNS é continuamente evidenciada nos défices do sistema público de saúde e na acumulação de dívidas e pagamentos em atraso aos seus fornecedores externos.

Exemplo do que se acaba de afirmar foi ainda oferecido em dezembro de 2022, quando o Governo injetou 1.022 M€ no SNS para pagamento de dívida vencida das

instituições públicas de saúde, a fim de fazer face aos pagamentos em atraso (*arrears*) dos hospitais EPE, que se acumulavam em novembro de 2022 e ascendiam já a 871 M€. De resto, apesar desse pagamento extraordinário, em janeiro de 2023 as dívidas e os prazos médios de pagamento do SNS permaneciam muito elevados⁶, conforme o quadro seguinte demonstra:

	Dívida Total	Dívida Vencida (em incumprimento)	Prazo Médio Pagamento (<i>arrears</i>)
Fornecedores Externos	1.750 M€	757 M€	140
Medicamentos	718 M€	364 M€	190
Dispositivos Médicos	342 M€	132 M€	192

FONTES: Portal do SNS, Dívida e Prazo Médio de Pagamento a fornecedores, 7.2.2023; sites da Apifarma e da Apormed

De destacar que o valor da dívida total do SNS, existente em novembro de 2022 (2.471 M€), foi a mais elevada desde janeiro de 2014⁷, o mesmo sucedendo com a dívida vencida (1.567 M€), cujo montante apenas foi superado em novembro de 2017 (1.583 M€)⁸.

⁶ Além de com tendência de agravamento nos primeiros dois meses de 2023. Assim, em março p.p., segundo dados da Apifarma, a dívida vencida do Estado às empresas fornecedoras de medicamentos ascendeu a 813 M€ e a dívida vencida a 476 M€. Já os dados da Apormed revelam que a dívida vencida do Estado às empresas fornecedoras de dispositivos médicos ascendeu a 356 M€ e a dívida vencida a 169 M€.

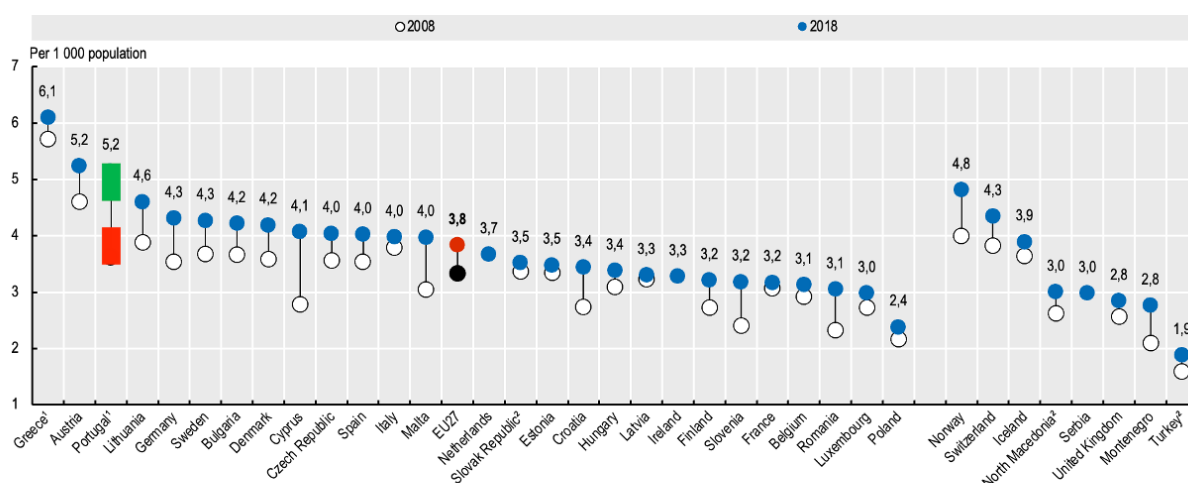
⁷ O primeiro mês em que esta informação é disponibilizada no Portal do SNS.

⁸ Fontes: Síntese de Execução Orçamental, da DGO, Dezembro de 2022.

Capital Humano – a queda de um mito

Poder-se-ia pensar que a situação se deve a um défice de recursos humanos, mas a verdade é que a quantidade *per capita* de médicos em Portugal está bastante acima da média europeia, como o quadro *infra* ilustra:

Practising doctors per 1000 population, 2008 and 2018 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted.

1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).

2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

Já no SNS, apesar de o Governo sustentar que, em 2022, havia mais de 153 mil profissionais, dos quais mais de 30 mil médicos e cerca de 50 mil enfermeiros, facto é que tal não evidencia necessariamente um reforço da força de trabalho no setor público da saúde, como bem o comprovam o aumento das listas e dos tempos de espera para consultas e cirurgias, apesar do significativo crescimento das horas e da despesa com trabalho suplementar e prestações de serviços médicos (tarefeiros).

Acresce que se verifica presentemente uma absoluta falta de transparência sobre a composição de toda a força laboral que assegura o funcionamento diário do SNS, situação agravada pela inexistência de um Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde, apesar de aprovado na lei há já 8 anos.

Ora, um governo que desconhece os detalhes profissionais de cada colaborador do Sistema de Saúde não só desconhece como têm evoluído essa força laboral⁹, como não conseguirá planear adequadamente as presentes e futuras necessidades de capital humano para o país¹⁰, com prejuízo para as unidades de saúde, para os próprios profissionais e, naturalmente, para o doente.

Vale a pena ter presente que, em 2021, o SNS pagou 388 M€ em trabalho suplementar, tendo os profissionais de saúde realizado 22 milhões de horas extraordinárias nos hospitais e centros de saúde, sendo que 8 milhões das quais respeitam a trabalho médico.

⁹ Nomeadamente sobre o balanço líquido entre entradas e saídas de profissionais em função dos respetivos graus de diferenciação.

¹⁰ E, por exemplo, um especialista com 30 anos de experiência que seja substituído por um recém-licenciado, ou até um recém especialista, não pode ser considerado uma substituição líquida como tem advogado o Ministério da Saúde.

Estima-se ainda que, só no segundo semestre de 2022, o trabalho suplementar dos médicos tenha subido para 108 M€, uma derrapagem de 46% face aos 74 M€ despendidos com essa rubrica no período homólogo de 2019.

Por sua vez, os encargos do SNS com prestações de

serviços médicos subiram de cerca de 90 M€, em 2015, para 119 M€, em 2019 (último ano antes da pandemia), estimando-se que tenham derrapado para 136 M€, em 2022.

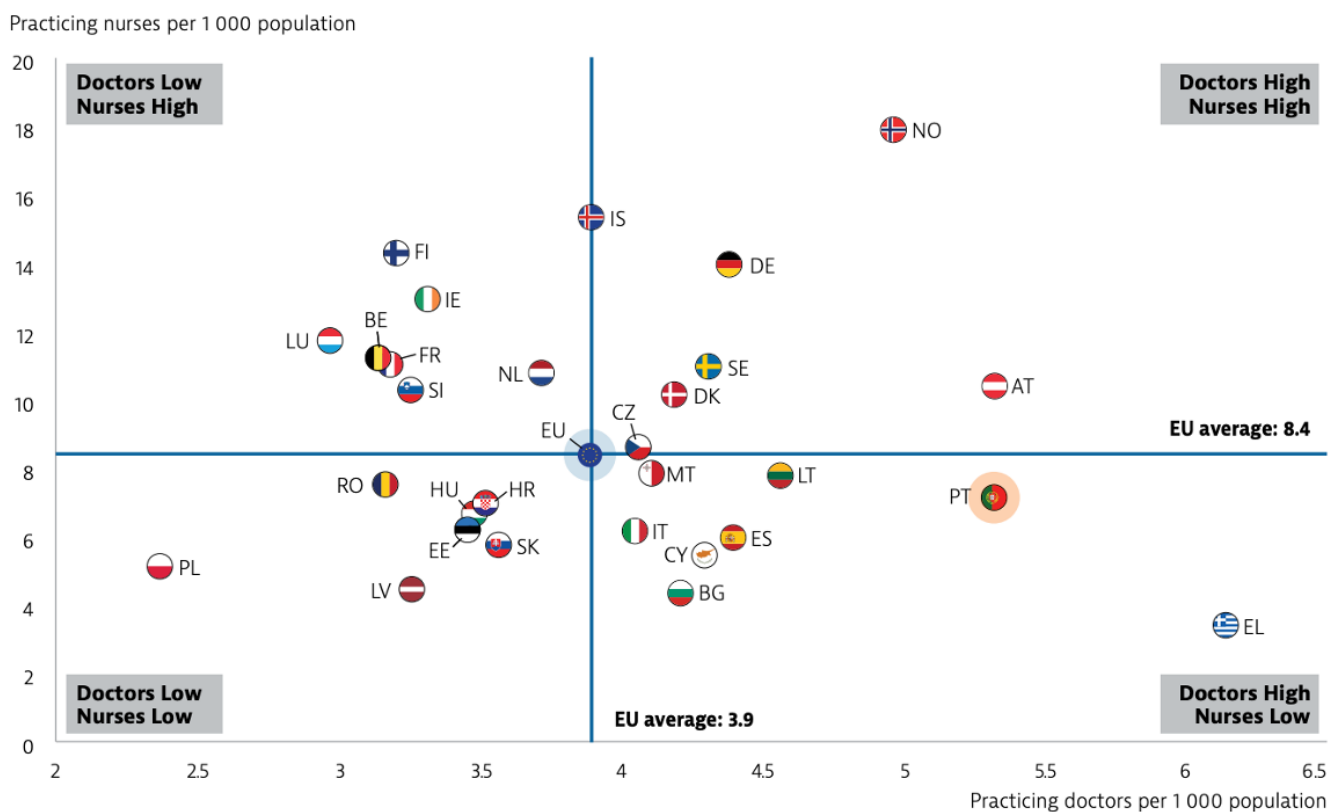
O quadro seguinte, utilizando já os valores finais disponíveis, ilustra o que se acaba de referir:

ENCARGOS DO SNS COM PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS MÉDICOS								
Ano	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
M€	130,0	90,0	97,8	98,1	105,3	118,8	138,5	142,0

FONTES: Administração Central do Sistema de Saúde

Em termos de enfermeiros, Portugal regista uma escassez relativamente à Europa, como a figura *infra* evidencia:

The number of nurses in Portugal remains below the EU average



Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30 % in Portugal). In Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospitals. Source: Eurostat Database (data refer to 2019 or the nearest year).

Estudos científicos têm demonstrado que grande parte das contratações no SNS, desde a alteração do horário de trabalho das 40 horas semanais para as 35 horas, terão principalmente servido para manter a capacidade assistencial do sistema público de saúde¹¹, já que aquela redução obriga à contratação de um novo profissional por cada sete que têm o seu horário laboral reduzido.

A tradução em esforço financeiro terá sido para recuperação, não para expansão de capacidade, sendo abusivo interpretar que tenha existido um aumento de capacidade de prestação de cuidados de saúde. É ainda de notar que a verdadeira interpretação está, neste momento, vedada, considerando que a informação pública disponibilizada não permite aferir o número total de horas de trabalho do SNS.

A atual insuficiência do número de profissionais de saúde no SNS encontra, também, expressão no crescente número de declarações de *escusa de responsabilidade*, instrumento que principalmente os médicos e enfermeiros utilizam para denunciar a falta de condições que têm para prestar cuidados de saúde adequados e de qualidade aos utentes do SNS.

Assim, no ano de 2022 foram entregues, na Ordem dos Médicos, cerca de mil declarações de *escusa de responsabilidade* por parte de médicos do SNS, muitas das quais subscritas por vários clínicos, o que faz admitir que o número de profissionais de saúde seja superior àquele e possa mesmo ultrapassar ascender a vários milhares.

Já o número de declarações de *escusa de responsabilidade* apresentadas pelos enfermeiros ultrapassou as 7500, também em 2022, um número seis vezes superior a 2021.

¹¹ Relatório de Recursos Humanos em Saúde de 2022 da Cátedra em Economia da Saúde

Público Vs. Privado - duas faces da mesma moeda

Modelo de financiamento

Na União Europeia, apenas cerca de 28% da despesa em saúde era financiada pelos Governos em 2019, enquanto que, no nosso País, esse valor atingia os 58%, sendo o peso do Estado na saúde em Portugal apenas ultrapassado por oito países, três deles nórdicos.

Por outro lado, o peso de sistemas de contribuição obrigatórios e de seguros de saúde voluntários é quase irrelevante entre nós, não obstante o facto de ser esse o método de financiamento mais comum nos países da União Europeia.

Certo é que a percentagem de despesa paga pelas famílias (o já referido *out-of-pocket*), atinge no nosso País os 31%, o que representa o dobro da média europeia e é, apenas, ultrapassada por países como a Bulgária, Letónia, Grécia e Malta.

Current healthcare expenditure, analysed by source of financing, 2019

	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts	Voluntary health insurance schemes	Financing schemes of non-profit institutions serving households	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payments	Rest of the world (non-resident)
EU (*)	28.2	51.5	3.9	0.5	0.5	15.4	0.0
Belgium	22.0	54.8	5.0	0.0	:	18.2	0.0
Bulgaria	10.4	50.2	0.8	0.5	0.3	37.8	0.0
Czechia	13.0	88.8	0.2	3.6	0.3	14.2	:
Denmark	83.3	0.0	2.5	0.1	:	14.2	0.0
Germany	6.5	78.1	1.4	0.9	0.4	12.7	0
Estonia	8.1	66.4	0.3	0.2	1.1	23.9	0.0
Ireland	74.0	0.6	11.8	:	1.9	11.7	:
Greece	28.6	31.2	4.7	0.1	0.2	35.2	0.1
Spain	66.6	4.0	7.2	0.4	:	21.8	:
France	5.5	78.2	6.4	0.0	0.6	9.3	:
Croatia	5.2	76.7	6.6	0.0	0.0	11.5	:
Italy	73.8	0.2	2.1	0.2	0.5	23.3	:
Cyprus	42.1	14.4	11.5	1.4	0.0	30.6	:
Latvia	60.8	:	3.5	0.1	0.0	35.6	:
Lithuania	8.2	58.2	1.3	0.0	0.1	32.3	0.0
Luxembourg	4.7	80.3	3.1	1.0	0.0	9.6	1.3
Hungary	8.6	59.8	1.7	1.2	0.6	28.2	0.0
Malta (*)	63.5	0.0	2.2	0	0.0	34.3	0.0
Netherlands	6.5	76.2	5.3	0.0	1.5	10.6	0.0
Austria	30.5	44.8	5.2	1.7	0.2	17.7	0.0
Poland	9.9	61.8	6.2	1.1	0.8	20.1	0.0
Portugal	58.6	2.4	7.7	0.1	0.8	30.5	:
Romania	15.4	65.0	0.4	0.2	0.1	18.9	:
Slovenia	4.2	88.6	14.3	0.1	1.2	11.7	0
Slovakia	2.4	77.4	:	0.9	0.2	19.2	:
Finland	63.9	13.9	2.0	0.4	2.3	17.5	:
Sweden	84.9	0.0	0.7	0.1	0.5	13.9	:
Iceland	82.9	0.0	0.0	1.7	0.0	15.5	:
Liechtenstein	17.2	47.8	12.6	0.3	0.6	21.6	0.0
Norway	85.8	0	0.0	0.0	0.3	13.9	0.0
Switzerland	22.5	44.3	7.0	0.4	0.6	25.3	0.0
Bosnia and Herzegovina	2.5	67.7	0.4	0.0	0.0	29.4	0.0

(*) 2019 EU calculated with 2018 Malta data

(*) 2018 data

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

eurostat 

Coberturas Alternativas de Saúde

Apesar do financiamento do sistema de saúde ser essencialmente público, cerca de 50% dos portugueses – mais de 5 milhões – dispõem de uma segunda cobertura de saúde (subsistemas de saúde e regimes privados de seguro voluntário de saúde), o dobro da proporção de há somente cinco anos.

Com efeito, em 2017, apenas cerca de 25% da população portuguesa estava abrangida por um subsistema de saúde ou por um regime de seguro voluntário de saúde.

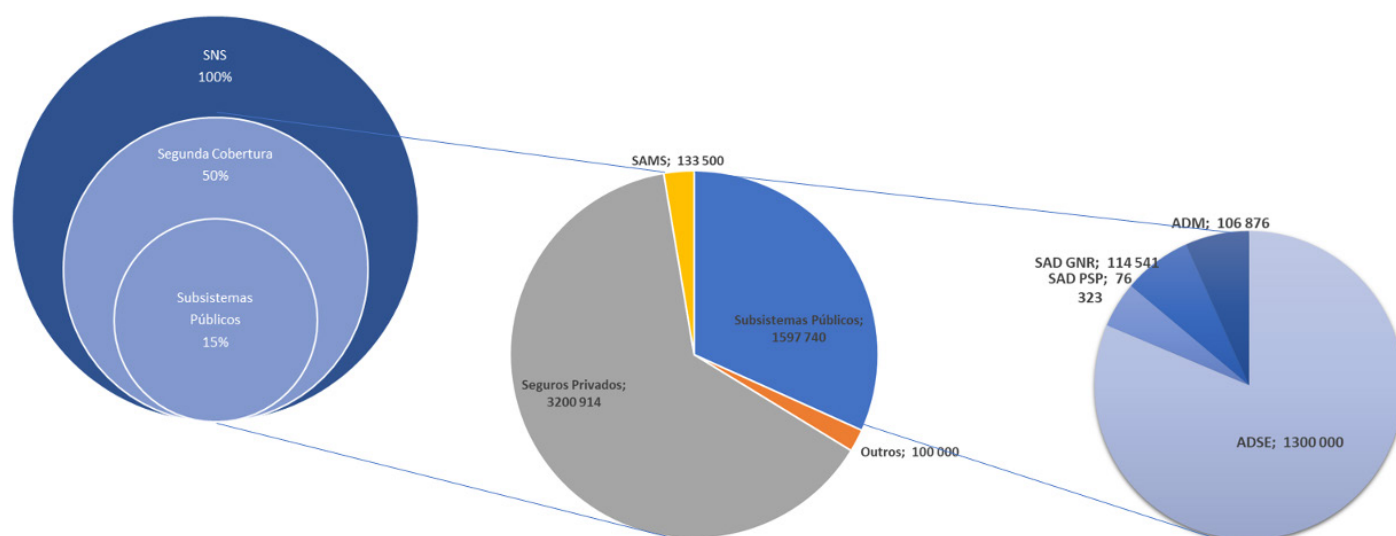
Acima de tudo, esta tendência é a infeliz demonstração de uma significativa quebra de confiança dos cidadãos na capacidade do SNS para prestar uma resposta atempada, no caso de doença do próprio ou de um familiar.

Mais, importa destacar que, já aos dias de hoje, há famílias em Portugal que enfrentam situações de stress financeiro ou mesmo de bancarrota por terem de procurar cuidados de saúde no setor privado ou no estrangeiro, face à ausência de resposta a tratamentos de primeira linha no momento atual do SNS.

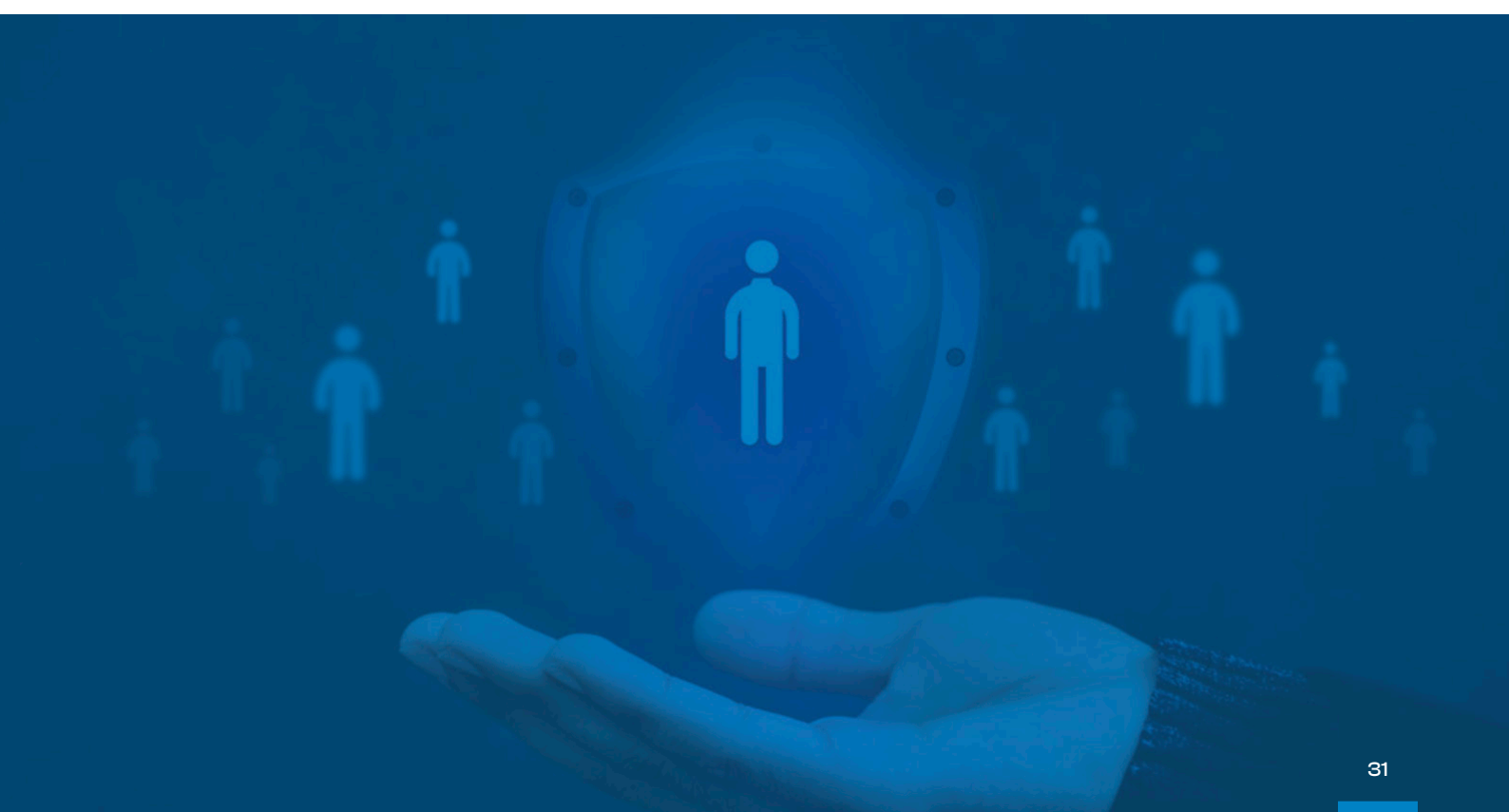
O quadro e a figura *infra* evidenciam o número de portugueses com subsistemas de saúde e regimes privados de seguro voluntário de saúde:

	Seguros Privados	Subsistemas Públicos	SAMS	Outros
Aderentes	3.200.914	1.597.740	133.500	100.00

FONTE: Associação Portuguesa de Hospitalização Privada



FONTE: Associação Portuguesa de Hospitalização Privada



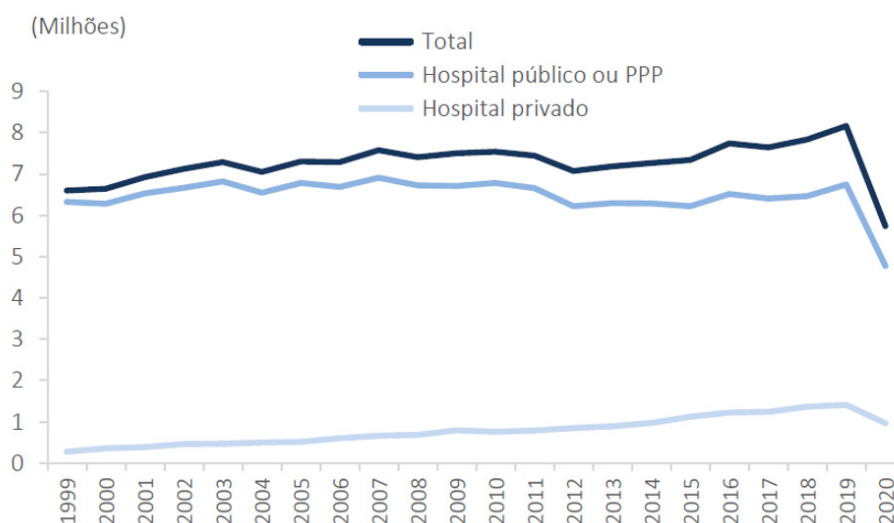
Os ‘Hospitais Privados’

Dados do INE indicam que, em 2020, existiam em Portugal 241 hospitais, dos quais 128 privados e 113 públicos ou em regime de PPP.

Em termos de atividade, os hospitais privados asseguram:

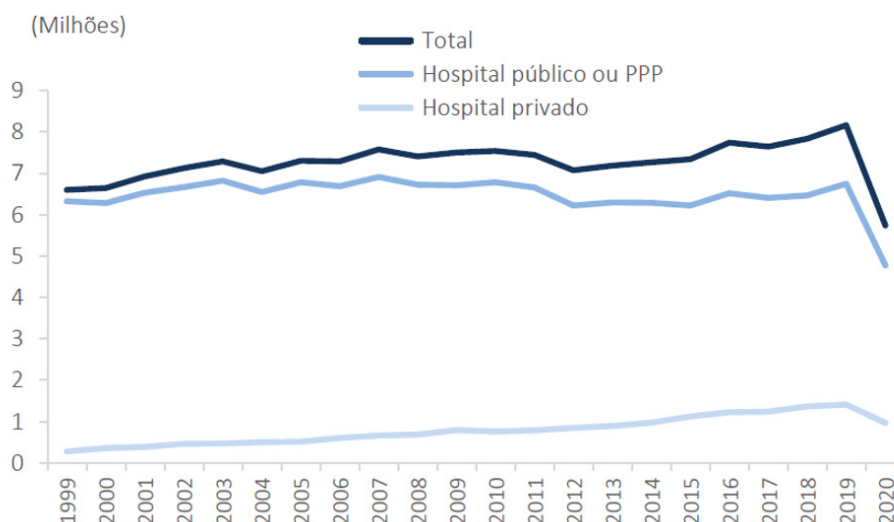
- Mais de 960 mil atendimentos de urgência, o que representa mais de 17% do total nacional, como a figura *infra* indica:

Atendimentos em serviço de urgência segundo a natureza institucional, 1999-2020



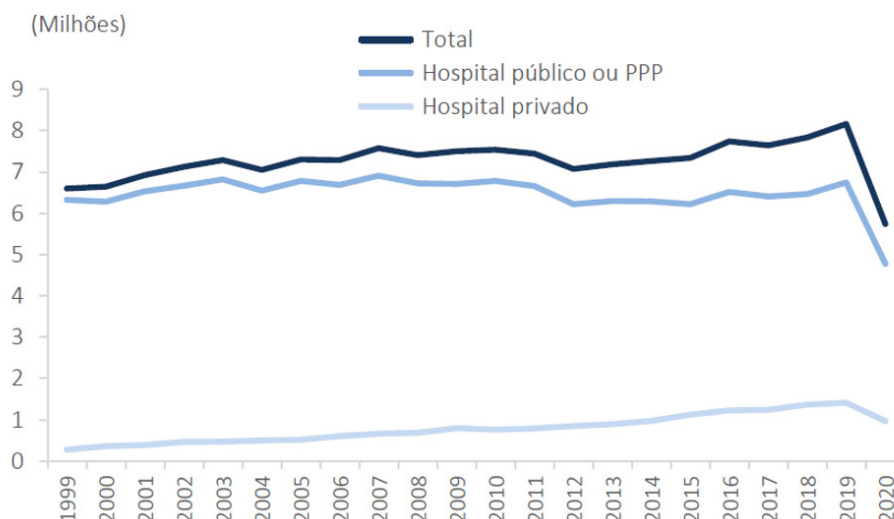
- Mais de 6,4 milhões de consultas, o que corresponde a mais de 35% do total nacional, como *infra* se evidencia:

Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



- Mais de 260 mil cirurgias, o que corresponde a mais de 30% do total nacional, como *infra* se comprova:

Cirurgias (exceto pequenas cirurgias)



O quadro seguinte contém ainda os principais indicadores sobre a evolução da atividade hospitalar privada entre os anos de 2019 e 2021:

	Cirurgias	Consultas	Urgências	Partos	Diárias	RX	Eco	TAC	RMN	N' cirurgias SIGIC
2019	185 587	7 003 299	1249 539	11039	569 743	1268 879	1284 688	416 746	260 934	14 361
2020	167 311	6 111 107	822 006	11943	511 552	988 577	1058 412	377 830	254 120	14 712
2021	205 983	7 987 080	971 899	12 218	585 456	1283 508	1415 087	529 166	346 706	13 274

FONTE: Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

As Parcerias Público-Privadas

Os principais objetivos do modelo de PPP, na construção e gestão de hospitais públicos foram:

- Ter novos hospitais a funcionar no calendário previsto (sem derrapagem temporal);
- Não assumir custos acrescidos com os então famigerados "trabalhos a mais" (sem derrapagens financeiras);
- Conseguir investimento e operação mais baratos do que se executados diretamente pelo Estado (Custo Público Comparado);
- Obter ganhos de eficiência e poupança para o Estado (*Value for Money*).

Através do modelo PPP, os parceiros privados do Estado investiram mais de 460 milhões de Euros em novos equipamentos hospitalares, conforme o quadro *infra* indica:

	Hospital Braga	Hospital Cascais	Hospital Loures	Hospital VFXira
Investimento	160	90	115	101
Camas	705	277	424	280

Passadas duas décadas desde o início do processo dos Hospitais em regime de PPP, pode concluir-se que a generalidade dos objetivos que presidiram a essa opção política foi atingida, tendo o Estado obtido inclusivamente mais vantagens do que as inicialmente previstas.

Com efeito, nos últimos anos existiram no SNS quatro hospitais PPP, cuja construção foi concluída nos prazos previstos, que foram dotados de equipamentos modernos e com um grau de diferenciação adequado, funcionando ainda com níveis elevados de eficiência, qualidade e satisfação dos utentes.

Os 'hospitais PPP' foram devidamente licenciados e constituíram, inquestionavelmente, as instituições de saúde acompanhadas e auditadas de forma mais sistemática e exaustiva, designadamente em termos clínicos, financeiros, de garantia de acesso e de cumprimento de procedimentos.

De referir, aliás, que, recentemente, o Tribunal de Contas publicou um relatório síntese sobre as PPP hospitalares no SNS, no qual concluiu, designadamente que:

- "As PPP hospitalares geraram poupanças para o Estado";
- "As PPP hospitalares foram genericamente mais eficientes do que a média dos hospitais de gestão pública comparáveis e estiveram alinhadas com o desempenho médio do seu grupo de referência quanto aos indicadores de qualidade, eficácia e acesso";
- "Os utentes dos Hospitais geridos em PPP estão protegidos por padrões de qualidade mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos hospitais de gestão pública";

- A poupança estimada pela UTAP, nos períodos de execução analisados, foi de € 203,3M, face ao cenário de internalização da produção em unidades hospitalares de gestão pública comparáveis. A consideração do período total de execução dos contratos tenderá a produzir valores superiores para a poupança estimada do Estado";
- "Tendo em conta o *Value for Money* apurado pela UTAP, os estudos foram favoráveis à continuidade de todas as PPP na vertente da gestão clínica".

Face a este desempenho e os termos em que os hospitais PPP foram geridos, não surpreende que o Tribunal de Contas tenha recomendado "a aplicação e a monitorização dos indicadores de desempenho de resultados previstos nos contratos de PPP a todos os hospitais do SNS".

Ora, não só tal não sucedeu, como o Estado deixou, inclusivamente, de apostar seriamente nessas eficientes experiências de gestão, esquecendo também de aplicar aos seus próprios estabelecimentos exigências equivalentes às aplicáveis aos privados e mantendo os consabidos e históricos atrasos nos pagamentos aos fornecedores externos do SNS.

O fim das experiências de gestão clínica privada no SNS, designadamente nos hospitais de Loures, Vila Franca de Xira e Braga, acarretou **uma manifesta e visível degradação na qualidade dos serviços assistenciais prestados, assim como um aumento da insatisfação dos utentes**, bem como um aumento das listas de espera e a uma crescente saída dos profissionais de saúde, situações que têm levado a diversos autarcas socialistas dos referidos concelhos a verberarem a 'nova' gestão pública daquelas unidades hospitalares.

Agenda Mobilizadora Saúde 2030|2040

5 Eixos Estratégicos para uma agenda mobilizadora Saúde 2030 | 2040

1. EQUIDADE | VALOR PARA O DOENTE

O PSD dá primazia ao direito à vida e ao direito à saúde de todos os cidadãos em qualquer parte do território nacional – tanto no continente como nas ilhas – salvaguardando com especial acuidade a inclusão dos mais frágeis e vulneráveis da sociedade portuguesa, designadamente na infância e na velhice, as pessoas portadoras de deficiência ou as pessoas com doença oncológica.

O PSD pretende articular os sectores público, privado e social num sistema integrado que produza valor em saúde para cada cidadão e cada família. Para isso, vai proceder a uma mudança profunda na orientação do SNS apostando em formas inovadoras de contratualização em saúde com equipas clínicas dotadas de autonomia que apostem numa melhoria significativa dos resultados clínicos dos doentes e na referência por protocolo clínico entre os cuidados de saúde primários e as especialidades hospitalares.

Os CRI públicos de 2ª geração, as USF e as equipas e unidades do sector privado deverão competir, reser-

vando ao Estado o papel de regulador atento e interventivo, nomeadamente na certificação das entidades quanto à qualidade técnica e tecnológica, qualificação dos recursos humanos, formação contínua e específica, registos clínicos de performance, complicações e eventos adversos, publicações científicas e indicadores de gestão clínica e financeira.

A garantia de acesso universal aos cuidados de saúde tendencialmente gratuitos e cumprindo os tempos clinicamente recomendados deverá constituir um elemento basilar da nova estratégia de saúde do PSD, incorporando evoluções desejáveis no modelo de acesso equitativo e na utilização de recursos finitos dos contribuintes portugueses e europeus.

2. PROXIMIDADE | MUDAR A PORTA DE ENTRADA NO SISTEMA DE SAÚDE

O PSD vai reorganizar a porta de entrada no sistema de saúde modelando progressivamente os serviços de urgência de agudos numa nova carta hospitalar e



de articulação com os cuidados primários e a rede de assistência social.

A possibilidade do doente escolher o seu check-up anual num protocolo personalizado de cuidados de saúde entre prestadores públicos, privados ou sociais favorece o poder de decisão do cidadão, reforça o diagnóstico precoce e recentra o sistema para o Médico de Família num acompanhamento específico para cada fase do ciclo de vida da pessoa. Serviços de saúde proativos em função da estratificação de risco populacional podem alterar significativamente as necessidades agudizadas de acesso à urgência hospitalar, diminuindo a morbilidade evitável com enorme impacto negativo na qualidade de vida dos cidadãos.

Uma aposta decidida na digitalização da consulta médica com envolvimento direto das Autarquias ao nível local dará uma resposta qualificada crescente com o objetivo de atingir 3 milhões de portugueses em 5 anos. Neste sentido, o registo eletrónico individual de saúde assume um carácter central na relação digital da pessoa com o sistema de saúde, salvaguardando de forma cabal a propriedade e autorização de partilha dos dados clínicos por parte de cada cidadão.

O Médico de Família – seja no sector público, privado ou social e de forma física ou digital – constitui o elo insubstituível de relação dos cidadãos com o sistema de saúde. Com mais poderes, o doente tem igualmente mais deveres na promoção da sua própria saúde e no exercício da sua liberdade de escolha no momento da doença, do tratamento e da reabilitação.

3. INOVAÇÃO | IMPLEMENTAR RESULTADOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE

Uma política de saúde comprometida com os ganhos de saúde para a população: eis uma mudança significativa na atitude e praxis executiva que defendemos para o Ministério da Saúde. Para isso, urge implementar uma cultura de inovação, boas práticas clínicas e melhores tecnologias disponíveis disseminando e partilhando protocolos de atuação com evidência médica e referência entre os vários níveis de cuidados, equipas e instituições de saúde dentro e fora do SNS.

A eficiência global do sistema de saúde deve ser avaliada continuamente na correlação da produção efetiva com os tempos clinicamente recomendados por especialidade ou patologia. O tempo de espera de meses

ou anos em doença incapacitante ou grave constitui um dos piores fatores de desempenho do sistema de saúde, desumanizando o contrato de justiça social e confiança cumprido por todos os contribuintes portugueses.

A introdução de Inteligência Artificial na área da saúde vai sofrer uma aceleração sem precedentes que o sistema de saúde português deve acompanhar de forma segura e com base em evidência médica independente, sob validação das comissões de ética hospitalares e da CNECV sempre que necessário. Na próxima década, conjuntamente com medicamentos inovadores em fase final de aprovação nomeadamente na área oncológica e das doenças degenerativas, o impacto da aplicação de AI nos cuidados de saúde pode assegurar um impacto muito positivo na qualidade de vida da pessoa doente.

A política de recursos humanos e retenção do talento no SNS e no sistema de saúde português deverá merecer uma rutura completa com o panorama atual de desinvestimento humano, de congelamento burocrático das carreiras e de nomeação politizada de dirigentes. Os gestores de instituições de saúde devem possuir obrigatoriamente formação avançada em Gestão por instituições de ensino superior de reconhecido mérito nessa área de especialização do conhecimento económico.

A recentificação plurianual dos profissionais de saúde, administradores hospitalares e quadros técnicos de apoio às estruturas de saúde deve melhorar o "standard of care" em benefício dos doentes e utentes do SNS e globalmente do sistema de saúde, sob supervisão científica e educacional das Ordens profissionais. Os profissionais de saúde deverão ter incentivos e recompensas pela formação contínua adaptada às exigências atuais de produção acelerada de novo conhecimento técnico-científico, processos inovadores de organização e prestação assistencial e incorporação de novas tecnologias.

A linha promissora da digitalização da saúde deverá ser acompanhada por estudos transparentes de custo/benefício (*ex-ante* e *ex-post*) e assumida interoperabilidade para uma gestão eficiente e integrada sem prejuízo da introdução de inovação de produtos e processos na relação médico-doente. O registo eletrónico de saúde deverá ser propriedade de qualquer cidadão residente em Portugal que autorizará as permissões de acesso aos respetivos dados clínicos.

A maior inovação consistirá na redefinição dos objetivos das unidades, departamentos e equipas de saúde em função dos resultados clínicos dos doentes, favorecendo um trabalho multidisciplinar de longo termo com foco na pessoa doente concreta. O PSD pretende explorar e incentivar o conhecimento teórico e prático neste domínio com recurso a boas práticas internacionais, estagios em centros de referência, afiliações científicas e institucionais, partilha de equipas clínicas e reuniões temáticas especializadas por forma a consensualizar, implementar e avaliar as propostas assistenciais nos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Neste sentido, o PSD redefinirá o perfil funcional da DGS, da ACSS, da SPMS e das estruturas regionais (ARS), implicando uma nova abordagem na execução e na avaliação qualitativa e quantitativa dos indicadores de saúde locais, regionais e nacionais. As metas europeias e internacionais mais avançadas, designadamente no âmbito do cancro, diabetes e doenças cardiovasculares deverão ser activamente perseguidas, num esforço coletivo de promoção da saúde da comunidade nacional.

4. CLUSTER | INTEGRAR ACADEMIA + CENTROS DE I&D + EMPRESAS + HOSPITAIS

A aposta no cluster português da Saúde - em especial na área do medicamento, da tecnologia digital e do dispositivo médico - pode tornar Portugal num centro de referência internacional de I&D+I na área biomédica.

O segmento de mercado de eHealth, por exemplo, teve receitas de 95mM Euros em 2022 e estima-se que cresça para mais de 390mM Euros em 2030. Os aplicativos de mHealth representam já um volume anual de negócios superior a 8.8 mM euros só no mercado europeu e vão desde aplicações de nutrição e bem-estar a gestão de doenças crónicas ou diagnóstico por dispositivos como relógios e telefones, com tendência de crescimento exponencial a partir da rede 5G. A competitividade de soluções de iniciativa nacional num mercado mundial em franca efervescência deve merecer atenção redobrada e inaugurar um novo eixo estratégico de trabalho em Saúde.

Neste sentido, será absolutamente necessário definir um novo Estatuto para os Hospitais Universitários - atribuindo tempo protegido obrigatório e cíclico para funções formativas e de investigação de acordo com

modelos internacionais validados além do tempo clínico e assistencial dos profissionais de saúde - e dar vida objetiva e concreta aos Centros Académicos Clínicos em projetos de I&D+I com impacto reconhecível nos resultados clínicos dos doentes e na concepção/validação/produção de bens e produtos.

O aumento de capacidade diagnóstica e terapêutica dos centros de I&D e a articulação muito mais próxima em toda a cadeia de valor entre empresas, laboratórios e centros de I&D, universidades e hospitais pode exponenciar o conjunto de bens e produtos transacionáveis em mercados internacionais crescentemente relevantes bem como introduzir fatores de diferenciação qualitativa no SNS e no sistema de saúde.

A interação com incubadoras científicas e capital de risco internacional neste domínio representa uma nova atribuição institucional do Ministério da Saúde na promoção diligente de parcerias com efeito multiplicador em termos económicos e sociais, liderando a evolução técnica e tecnológica em nichos de oportunidade clínica.

Concertar objectivos estratégicos de vendas ao exterior no sector da saúde e induzir investimento direto estrangeiro em projetos e parcerias no âmbito clínico e das tecnologias de saúde torna mais robusto o cluster português de saúde com externalidades positivas que não podemos continuar a desperdiçar.

5. SUSTENTABILIDADE | INVESTIMENTO REPRODUTIVO E ÉTICO

Os anos erráticos pré e pós-pandémicos ficarão como caso de estudo sobre o desinvestimento estrutural no SNS, o aumento do desperdício e da ineficiência decorrentes de desorganização e desarticulação de cuidados e uma dívida colossal a fornecedores com média superior a 250 dias. O conjunto destes fatores concorreram para o recente impacto negativo - direto e indireto - na qualidade assistencial aos doentes portugueses, em especial sobre todos aqueles que não têm possibilidades de escolha na prestação de cuidados de saúde.

A deriva ideológica de pendor marxista agravada pela impreparação óbvia na pandemia de COVID-19 coartou os tímidos avanços prévios na autonomia descentralizada dos hospitais e das USF, resultando num centralismo atávico e proibicionista que igualizou a baixa pro-

atividade e redundou num prejuízo efectivo para os doentes com tempos de espera clinicamente graves; estamos agora a sentir os efeitos duradouros no aumento da mortalidade por doença oncológica e num inexplicado aumento da mortalidade infantil.

A autonomia de gestão depende inteiramente de uma mudança profunda na cultura organizacional do SNS e do sistema de saúde em Portugal. A reformulação dos Contratos de Gestão hospitalares é, nesta perspetiva, a ponta visível do icebergue; sem uma evolução do quadro legislativo e regulamentar que fomente a sustentabilidade com incentivos reais remuneratórios pela melhoria do desempenho e desempenho clínicos, a nomeação de dirigentes pela competência técnico-científica e de gestão, um modelo de contabilidade analítica que permita a comparação e seleção competitivas de prestadores ou a introdução de boas práticas de procurement ambiental não haverá lugar a uma cultura de sustentabilidade integrada baseada na otimização do investimento e dos recursos disponíveis na Saúde em Portugal.

A fraca execução crónica do investimento planeado pelo SNS corre o risco de se estender ao PRR e novo quadro comunitário de apoio 2030, agravada pela rescatagem de projetos congelados e antiquados em termos de instalações e equipamentos de saúde.

Uma opção estratégica radicalmente diferente apontaria noutra sentida – a elaboração de orçamentos plurianuais para a Saúde com a mobilização concomitante e amplificada de capitais públicos, privados e sociais no tocante ao investimento corpóneo em tecnologia pesada ou na conceção e gestão de projetos diferenciadores de cuidados de proximidade de que são exemplo novos centros ambulatoriais e unidades de cuidados continuados integrados, orientados para os supracitados ganhos sistémicos tanto clínicos e assistenciais como sociais.

A enorme pegada carbónica da indústria e serviços da saúde tem passado ao lado do desafio coletivo de sustentabilidade ambiental, mantendo práticas ultrapassadas de incineração compulsiva de resíduos, de descartáveis excessivos e de compras sem critérios de valorização ambiental. A reciprocidade de políticas transversais de saúde ambiental impõe a adoção de medidas urgentes conforme as regras e compromisso com os objetivos nacionais e internacionais de descarbonização e economia circular.

A sustentabilidade global do SNS e do sistema de saúde português deve ser entendida como uma obrigação ética do Estado no desenvolvimento humano e social da comunidade nacional.



Como medidas prioritárias, o PSD defende e apresentou já, reiteradamente, seja no Parlamento, em contexto de programa eleitoral seja através do Conselho Estratégico Nacional, diversas propostas de melhoria do atual estado do SNS, designadamente:

PROPOSTAS URGENTES

As medidas abaixo são consideradas como de implementação urgente para dar resposta às deficiências com impacto direto na vida dos cidadãos, nomeadamente a falta de médicos de família e os atrasos nas listas de espera no SNS.

Estas medidas devem ser entendidas como tem-

porárias para dar resposta a estas necessidades imediatas. As medidas estruturais apresentadas mais adiante serão capazes de capacitar o SNS com respostas que permitirão cessar estas medidas temporárias a médio-prazo.

As medidas temporárias e urgentes são:



Médico de Família para todos

- Garantir que todos os cidadãos que não tenham um médico de família atribuído e o queiram, consigam ter acesso imediato. Esse aumento da cobertura por médicos com a especialidade de Medicina Geral e Família será feita por via da contratualização direta com médicos, seja nos setores público, social ou privado;

cuidados primários (ex: nutrição, psicologia clínica, dentária...), meios complementares de diagnóstico e terapêutica, através da emissão de *vouchers*, quando os mesmos não se realizem em tempos clinicamente aceitáveis.



Responder ao flagelo da falta de saúde mental

- Portugal apresenta indicadores epidemiológicos e sociais que refletem uma crónica falta de investimento e sensibilização em torno das políticas de saúde mental. Se a realidade era já preocupante, no pós-pandemia vários destes indicadores, e particularmente ao nível dos profissionais de saúde e da população jovem, deterioraram-se substancialmente e devem merecer hoje uma resposta robusta, atempada e que chegue a todos por igual. Nesse sentido, e perante a incapacidade imediata de o Estado dar resposta a esta necessidade de saúde, preconizamos a implementação do cheque-*psicólogo*, permitindo assim ao cidadão aceder, mediante participação pública, a oferta alternativa na área da saúde mental.



Acabar com as Listas de Espera

- Contratualização direta com os setores público, social e privado para acabar com as listas de espera que ultrapassem os limites clinicamente aceitáveis (Tempos Máximos de Resposta Garantida), seja para consultas, cirurgias ou exames complementares. No fundo, tal passará pela correção das insuficiências e alargamento do sistema SIGIC que hoje existe para as listas de espera para cirurgias, aplicando-o às consultas de especialidades médicas hospitalares, cuidados de saúde diferenciados nos

PROPOSTAS ESTRUTURAIS

25 PROPOSTAS QUE MUDAM A SAÚDE EM PORTUGAL

A alternativa política social-democrata para a Saúde assenta numa base programática com os 5 eixos estratégicos já apresentados. Mas, desde já, o PSD pretende avançar para discussão e participação pública um conjunto de propostas integrantes da Agenda Mobilizadora Saúde 2030|2040.

Eis o conjunto de propostas iniciais do PSD que se articulam entre si para uma transformação profunda do SNS num verdadeiro Sistema Nacional de Saúde ao serviço dos cidadãos:

1. ORÇAMENTO PLURIANUAL PARA A SAÚDE

- 1.1. Melhor gestão financeira: exige que se alcance uma maior previsibilidade orçamental e de investimento público do SNS.
- 1.2. Visão de rede e de capacidade instalada: obriga à realização de uma concertação estratégica do plano de investimentos em instalações e equipamentos pesados entre sectores público, privado e social.
- 1.3. Diminuição do prazo médio de pagamento a fornecedores para 120 dias, como forma elementar de justiça, mas também como efetivo mecanismo de negociação e poupança.

2. MELHORIA DA NATALIDADE, DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

- 2.1. Esforço nacional concertado para aumento da natalidade, em especial de parturientes < 35 anos de idade.
- 2.2. Reforço dos protocolos para consolidação de menor mortalidade infantil da EU.
- 2.3. Apoio a casais jovens para técnicas médicas de fertilidade humana, com melhores tecnologias disponíveis no SNS e parceiros privados.

2.4. Implementação de um programa de apoio ambulatório a idosos dependentes, que contribua para melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida, aliviando simultaneamente a pressão sobre as urgências hospitalares e evitando internamentos desnecessários.

2.5. Contínuo investimento nos cuidados informais como suporte adicional.

2.6. Para as pessoas que apresentam um grau de dependência permanente, criação de nova modalidade de resposta pública sob a forma de Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) com apoios permanentes de equipas médicas e de enfermagem - atualmente apenas disponíveis no setor privado.

3. METAS NACIONAIS DE CANCRO E TEMPO LIVRE DE DOENÇA

3.1. Consensualização com as sociedades científicas, parceiros institucionais e estruturas do SNS dos objetivos de saúde nacionais com metas objetivas e mensuráveis, nomeadamente para doença oncológica, doenças cardiovasculares, diabetes e avaliações médico-cirúrgicas prioritários.

3.2. Correlação dos Contratos de Gestão Hospitalar e das Unidades de Saúde Familiar (USF) com os outcomes clínicos e indicadores assistenciais e em especial orientados para maior tempo livre de doença na população maior de 65 anos de idade.

4. URGÊNCIAS SEM AZUIS E VERDES

4.1. Reorganizar os serviços de urgência com atendimento físico distinto de azuis e verdes - referência obrigatória para Médico de Família após episódio de urgência.

4.2. Programas-piloto de equipas dedicadas em Serviço de Urgência Básica e Urgência Médico-Cirúrgica.

7.4. Obrigatoriedade de acesso a Médico de Família nos Seguros de Saúde.

5. CHECK UP ANUAL COM LIVRE ESCOLHA

5.1. Check up anual personalizado por idade e fatores de risco, incluindo o rastreio oncológico plurianual, com total liberdade de escolha para cada cidadão nos sectores público, privado ou social.

6. 20 NOVOS CENTROS DE AMBULATÓRIO

6.1. Implementar 20 novos centros comunitários de saúde de proximidade em articulação com os municípios.

6.2. Criação de programa funcional que integra cirurgias de ambulatório, equipas de cuidados domiciliários, serviços farmacêuticos e consultas externas.

6.3. Gestão contratualizada por objetivos de outcome clínica e valor em saúde.

6.4. Articulação obrigatória com unidades públicas ou privadas de saúde em eventual parceria público-privada de conceção-construção-exploração.

7. MÉDICO DE FAMÍLIA DIGITAL PARA 3M PORTUGUESES

7.1. Possibilidade de escolha voluntária do Médico de Família nos sectores privado ou social com acesso a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, processo clínico e receituário do SNS para os utentes sem Médico de Família.

7.2. Alargamento da rede de utentes com Médico de Família por via digital nos sectores público, privado ou social.

7.3. Consulta digital de urgência através de Saúde24, USF e parceiros privados.

8. CONCORRÊNCIA ENTRE CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADOS (CRI) PÚBLICOS, PRIVADOS E SOCIAIS

8.1. Definição de CRI de 2ª geração abertos ao sector privado e social com equipas clínicas em exclusividade de funções.

8.2. Concursos regionais de prestação de serviços cirúrgicos para doentes em lista de espera com concorrência entre CRI.

8.3. Auditoria externa de resultados clínicos e criação de indicadores de gestão.

9. INVESTIMENTO NO TALENTO HUMANO – REGIMES REMUNERATÓRIOS COM INCENTIVOS DE PRODUTIVIDADE

9.1. Negociação com sindicatos de regimes remuneratórios com incentivos relacionados com produtividade, absentismo e formação contínua.

9.2. Contratos médicos de 35 horas semanais no SNS.

9.3. Flexibilidade horária nos contratos de trabalho no SNS.

9.4. Equipas em dedicação exclusiva nos CRI.

9.5. Carreiras profissionais nos sectores privado e social.

9.6. Canais de comunicação permanentes com vista a "ouvir" diretamente quem trabalha no terreno, suas expectativas e ambições.

9.7. Criação do inventário de todos os profissionais de saúde e garantir o acompanhamento da sua evolução com detalhe e absoluta transparência. Apesar de aprovado em lei em 2014, o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde continua por sair do papel.

9.8. Criar a Up.Saúde - Unidade de Planeamento e Valorização dos Profissionais de Saúde. Com base na informação facultada pelo Inventário supra-mencionado, esta nova unidade irá assegurar um planeamento profissionalizado do talento humano do SNS a médio e longo prazo.

9.9. Assegurar a formação ao longo da vida profissional dos colaboradores do SNS, incluindo cursos de liderança e gestão que serão de frequência obrigatória para quem irá assumir funções de chefia.

9.10. Dois percursos profissionais paralelos. Assumir duas carreiras paralelas, a carreira técnica e a carreira de gestão.

10. NOVO ESTATUTO DOS HOSPITAIS CENTRAIS UNIVERSITÁRIOS

10.1. Melhor integração funcional das componentes assistenciais, educativas e de investigação.

10.2. Centralização da inovação terapêutica.

10.3. Indicadores de produção científica com fator de impacto.

10.4. Tempo dedicado 30% para educação médica e enfermagem (3 anos).

10.5. Tempo dedicado 50% para Ensaio Clínicos internacionais (1 a 5 anos).

10.6. Tempo dedicado para formação contínua Protocolos Clínicos (1 a 3 anos).

10.7. Intercâmbios internacionais para técnicas inovadoras.

11. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COM APROVAÇÃO BIOÉTICA

11.1. Introdução de componentes de Inteligência Artificial na área de diagnóstico e apoio à decisão médica sob supervisão e autorização prévia das Comissões de Ética.

11.2. Organização com Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) de equipa dedicada Inteligência Artificial.

12. INSTITUIÇÕES SOCIAIS COM EQUIPAS CLÍNICAS RESIDENTES

12.1. Responsabilização de direção médica e de enfermagem.

12.2. Equipas dedicadas com contratos individuais de trabalho e carreira profissional incluindo plano de formação individual e institucional.

12.3. Apoio contratual específico de nível local e regional com financiamento municipal e intermunicipal.

13. CUIDADOS PALIATIVOS AO DOMICÍLIO E NO SECTOR SOCIAL

13.1. Extensão de Programas de Cuidados Paliativos Pediátricos com apoio domiciliário.

13.2. Equipas de Paliativos nos novos Centros Ambulatoriais.

13.3. Unidades de Cuidados Paliativos de Adultos em todos os hospitais portugueses e nas Misericórdias e instituições sociais de retaguarda.

14. APP DE DADOS CLÍNICOS PESSOAIS SNS

14.1. Aplicativo pessoal para dados clínicos individuais.

14.2. Interoperável entre SNS e prestadores privados ou sociais.

14.3. Permissões autorizadas pelos utentes.

15. ACREDITAÇÃO DOS CURSOS SUPERIORES DE GESTÃO EM SAÚDE

15.1. Recertificação profissional dos gestores hospitalares.

15.2. Critérios curriculares obrigatórios nas nomeações para cargos executivos SNS.

15.3. Envolvimento da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e da Ordem dos Economistas na formação avançada de Gestão em Saúde.

16. ACESSO AOS MEDICAMENTOS HOSPITALARES NA FARMÁCIA

- 16.1. Reforço da facilidade de acesso aos medicamentos hospitalares.
- 16.2. Otimização da rede local e regional de proximidade, com vista a proporcionar um melhor acesso aos medicamentos.

17. RANKING NACIONAL ERS

- 17.1. Regulação efetiva e tecnicamente competente do sistema de saúde.
- 17.2. Produção de relatórios de boas práticas nacionais.
- 17.3. Produção de rankings nacionais por *outcomes*/ indicadores clínicos e de gestão.

18. INOVAÇÃO EM SAÚDE – AUMENTO 50% EXPORTAÇÕES CLUSTER SAÚDE

- 18.1. Concertação transversal com AICEP e Health Cluster Portugal.
- 18.2. Reforço de investimento direto estrangeiro no sector da Saúde.
- 18.3. Substituição de importações em materiais de apoio médico.
- 18.4. Aposta nos mercados tecnológicos de IA, eHealth e mHealth.
- 18.5. Criação de um Laboratório de Inovação em Saúde, com parceiros que possam acrescentar valor ao SNS, para fomentar a inovação em todo o domínio das atividades do sistema, desde a gestão ao domínio das tecnologias digitais.
- 18.6. Criação de um 'Fundo de Inovação em Saúde': uma fonte de investimento paralelo para assegurar o acesso acelerado aos doentes das terapêuticas que comprovadamente aportem valor em saúde, de acordo com a avaliação do SiNATS.

19. REDEFINIÇÃO DO MODELO ORGANIZATIVO E DE GESTÃO DO SNS

- 19.1. Novo enquadramento legal com reforço da autonomia contratual.
- 19.2. Supervisão de avaliações clínicas e assistenciais prioritários.
- 19.3. Extinção das Administrações Regionais de Saúde, passando os Sistemas Locais de Saúde (SLS) a ser a nova unidade de base territorial do SNS.
- 19.4. Os SLS, que passarão a existir em todo o território continental, serão uma evolução das atuais Unidades Locais de Saúde. Terão uma equipa de gestão com responsabilidade de garantir a saúde e bem-estar da população de um dado território.
- 19.5. Atribuição da necessária autonomia aos SLS, incluindo a liberdade para contratualizar com os setores social e privado, reforçada capacidade de orçamentação plurianual, assente num modelo de incentivos baseados nos resultados de saúde que garantam a redução da doença da população abrangida.

20. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

- 20.1. Assegurar a passagem das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) para USF Modelo B. Os dados clínicos recolhidos ao longo dos últimos 15 anos demonstram que as Unidades de Saúde Familiar de modelo B, assentes numa avaliação de indicadores e em incentivos remuneratórios em função dos ganhos em saúde, produzem efetivamente melhor saúde e maior satisfação da parte dos utentes.
- 20.2. Rever a lista dos indicadores atualmente inscritos de modo a garantir que se removam aqueles que não traduzem a geração de valor para a saúde dos cidadãos
- 20.3. Incluir uma nova filosofia orientada para a redução da carga da doença, incluindo um papel mais relevante para a prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como para o bem-estar populacional.

20.4. Regulamentação das USF Modelo C, modelo que permite que as equipas de saúde possam funcionar num modelo cooperativo contratualizado com o Estado, com vista a atrair profissionais de saúde para regiões mais carenciadas e de difícil atração de talento.

21. EVOLUÇÃO DA ADSE

- 21.1. Extensão programada e facultativa a outros grupos populacionais.
- 21.2. Equipa interdisciplinar com Ministérios da Saúde, Finanças e Segurança Social dedicada a evolução do modelo para seguro universal de Saúde.
- 21.3. Beneficiários definem como usam as verbas que descontam dos salários. A ADSE deve ser transformada num mútua, à semelhança de outros sistemas como o SAMS. Todos os funcionários que usufruem da ADSE descontam 3,5% do seu vencimento para pertencer a este subsistema de saúde. Devem ser os mesmos a tomar as decisões estratégicas quanto ao futuro deste subsistema.

22. VIDA DIGNA E HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- 22.1. Garantir o acesso universal aos cuidados paliativos, incluindo no domicílio.
- 22.2. Definição de procedimentos, métricas e modelos de certificação que incorporem a humanização dos cuidados de saúde permitir a criação de incentivos que a tornem uma prioridade.
- 22.3. Criação de um programa que garanta a cobertura adicional dos tratamentos prescritos aos milhares de pessoas em situação de vulnerabilidade, que optam por não comprar todos os medicamentos que lhes foram prescritos pelo médico por manifesta insuficiência financeira.

23. CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS PORTUGUESES

A doença mental afeta um em cada cinco portugueses, fazendo de Portugal o segundo pior país da UE neste domínio. É uma realidade que urge reverter e a que é fundamental dar resposta imediata.

- 23.1. Reforçar a oferta existente e robustecer a abordagem preventiva.
- 23.2. Definir a carreira específica do psicólogo clínico no SNS, conferindo a esta área profissional o devido reconhecimento, estímulo e capacidade para mitigar as necessidades de saúde, bem como as graves assimetrias, existentes nas várias regiões do país.
- 23.3. Reforçar a implementação de instrumentos validados de rastreio e monitorização de indicadores de saúde mental nos vários níveis de ensino, dado que 75% das perturbações mentais encontram os fatores que as despoletam antes dos 25 anos.
- 23.4. Reforçar a capacidade instalada em contexto escolar para intervir em matéria de acompanhamento psicológico ou referenciação para a rede de cuidados de saúde primários ou hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas para este efeito.

24. DAR PODER DE DECISÃO AOS DOENTES

Dar voz aos cidadãos: nada se consegue de forma plena para os doentes, sem os doentes. A mudança de paradigma que se propõe para o sistema de saúde assenta na ideia fundamental de que o mesmo existe com o fim exclusivo de servir as populações.

- 24.1. Criar um Fórum da Sociedade Civil que sirva de órgão decisor sobre questões fundamentais que possam afetar o funcionamento do sistema de saúde, inspirado por aquilo que se conseguiu fazer na resposta ao VIH/SIDA.
- 24.2. Dar voz aos doentes nos processos de Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS). Devem os doentes participar na definição dos ganhos em

saúde a valorizar e, conseqüentemente, a incentivar e financiar no sistema, incluindo na negociação de preços das tecnologias em saúde.

24.3. Realização periódica de inquéritos de satisfação e outros modelos de recolha de feedback dos utentes do SNS que permitam identificar insuficiências a corrigir e recolher ideias inovadoras fruto da experiência vivida por quem utiliza o sistema.

porção muito superior à média da população. São os chamados doentes superutilizadores que precisam de uma intervenção dirigida que possa melhorar a sua condição de saúde e qualidade de vida.

25.1. Identificar os superutilizadores: ter dados detalhados de cada cidadão sobre a forma que utiliza o sistema de saúde, por via da Agência de Dados em Saúde.

25.2. Diminuir a necessidade dos superutilizadores de recorrer aos cuidados de saúde, libertando recursos para outras necessidades.

25.3. Atribuição de 'Gestor do Doente' personalizado aos superutilizadores identificados, que garante acompanhamento próximo e eficaz

25. GESTOR DO DOENTE E SUPERUTILIZADORES

Estudos internacionais apontam que cerca de 20% dos utilizadores dos sistemas de saúde consomem 80% dos seus recursos. Pela gravidade da doença ou pelas constantes agudizações de doenças crónicas, há doentes que utilizam o sistema de saúde numa pro-

SAÚDE
SAÚDE
SAÚDE

JUNHO 2023

