

CEN

CONSELHO ESTRATÉGICO
NACIONAL

A REFORMA ESTRUTURAL DO SNS



SUMÁRIO

EXECUTIVO

SITUAÇÃO ATUAL

O SNS - Serviço Nacional de Saúde constituiu um avanço significativo da sociedade portuguesa, após o 25 de Abril de 1974, sendo criado para garantir a toda a população portuguesa o acesso a cuidados de saúde de forma universal e gratuita (tendencialmente gratuita nos dias de hoje).

Esta garantia está expressa na Constituição e é um dos fatores mais marcantes da sociedade portuguesa na área social, pelo que é fundamental que seja uma realidade para todos os portugueses.

É, no entanto, forçoso reconhecer que o SNS se debate, hoje, com problemas gravíssimos que põem em causa a aplicação concreta daquela garantia constitucional.

A falta de acessibilidade ao SNS, que se traduz por elevadas listas de espera tanto para cirurgias como para consultas e a existência de centenas de milhares de portugueses (cerca de 711.000 no final de 2017) sem acesso a médico de família, atinge em especial a população mais desprotegida e vulnerável.

Esta questão da falta de acessibilidade, que se agravou nos últimos 3 anos, nunca foi resolvida pelo SNS em cerca de 40 anos de existência e deu origem a uma situação que, por si só, representa um "grito silencioso" de uma larga parte da população contra a incapacidade do SNS: num país em que há a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde de forma tendencialmente gratuita pelo Estado, existem 2,34 milhões de portugueses que possuem seguros de saúde privados.

Destes, 1,43 milhões possuem seguros de saúde privados pagos por empresas (o que por si só é revelador, pois estas empresas estão dispostas a suportar custos apesar dos seus trabalhadores terem direito a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos), mas existem cerca de 0,91 milhões de portugueses que suportam integralmente os custos dos seus seguros de saúde, o que só pode ser explicado por não encontrarem no SNS a acessibilidade de que necessitam para resolverem os seus problemas de saúde. Se a estes 2,34 milhões acrescentarmos os 1,2 milhões de beneficiários da ADSE e os beneficiários dos restantes subsistemas de saúde substitutivos do SNS, aproximamo-nos dos 4 milhões de portugueses que encontram a solução dos seus problemas de saúde fora do SNS.

Esta realidade gera uma situação de grande desigualdade e de discriminação em relação à população mais desfavorecida que não tem os recursos necessários para evitar os problemas do SNS. Esta situação revela ainda que o preceito constitucional não está a ser cumprido. Existe, já hoje, uma saúde para pobres e uma outra para ricos, os primeiros porque não têm forma de evitar os problemas do SNS e os segundos que pagam para ter alternativa.

Cumulativamente com a falta de acessibilidade, existem outras situações, que atingem igualmente a capacidade do SNS para resolver os problemas da saúde dos portugueses:

- A ineficiência, ou o desperdício, que se regista no SNS, com destaque para a área hospitalar, é estimado, pelo menos, em 20% dos custos totais. Significa isto, por exemplo, em 2018, despendendo o Estado cerca de 10.000 milhões de euros em despesa de saúde, uma diminuição do desperdício poderia representar uma poupança de até 2,0 mil milhões de euros ou então seria possível aumentar os cuidados de saúde nessas percentagens sem acréscimo de custos para o contribuinte.

- A sustentabilidade financeira do SNS pode estar ameaçada a médio prazo dado que as despesas de saúde têm crescido sempre acima do aumento da riqueza nacional (medida pelo PIB) o que se vai agravar inevitavelmente com o envelhecimento da população, com o correspondente aumento das doenças crónicas e o acréscimo de custos da inovação em saúde e do desenvolvimento tecnológico e científico do setor.
- O SNS tem apresentado anualmente défices elevados que têm levado à injeção de capitais, nomeadamente nos hospitais para fazerem face a dívidas contraídas. Esta situação do SNS face aos seus fornecedores tem vindo a agravar-se: entre dezembro de 2015 e julho de 2018, a dívida vencida do SNS (+ de 90 dias) subiu de 853 milhões (M) de euros para 1.248 M, um acréscimo de 46%, sendo a dívida total, neste último mês, de 1.931 M de euros.
- O Tribunal de Contas no seu Relatório de 8 de fevereiro passado, considerou que "a situação económica e financeira do SNS degradou-se de 2014 para 2016 tendo o rácio de endividamento atingindo os 95% no final de 2016".

É urgente salvar o Serviço Nacional de Saúde. A degradação progressiva da sua organização e da gestão sem critério dos recursos que lhe estão afetos põe em causa o pilar fundamental do sistema de saúde.

A reforma do SNS é tanto mais urgente quanto são conhecidos os novos desafios que o confrontam: envelhecimento da população (o consumo de cuidados de saúde é 3,6 vezes maior para os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos); o aumento da incidência de doenças crónicas que representam já 40% da população e 75% dos custos totais do SNS; os custos acrescidos decorrentes da inovação tecnológica, especialmente na imagiologia e medicamentos inovadores; e um crescimento da despesa superior à do crescimento do PIB nacional.

A situação atual do SNS não pode ser ultrapassada apenas através do crescimento dos seus recursos financeiros, dado que sem alterações profundas à sua gestão e organização, a eficiência e o desperdício continuarão a consumir uma parte significativa dos recursos financeiros injetados. A ilustração do que se acaba de referir é dada pelo seguinte facto: há 15 anos as despesas totais do SNS rondavam os 7,3 mil milhões de euros e existia uma lista de espera para cirurgias de cerca de 123.000 pessoas. Em 2018 as despesas totais do SNS são de cerca de 10 mil milhões de euros e existe uma lista de espera de cerca de 231.000 pessoas.

UMA REFORMA ASSENTE NUMA MUDANÇA DE PARADIGMA

A fonte de inspiração dessa mudança está no histórico das políticas adotadas pelo PSD nas últimas três décadas e na orientação aprovada no seu último Congresso Nacional:

A promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar dos portugueses não se compadece com visões ideológicas da oposição entre público e privado. Teremos de entender o Serviço Nacional de Saúde a partir de uma visão integrada, cooperativa e pragmática dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, públicos, privados ou da economia social.

Em todo o domínio da prestação de cuidados de saúde, mas com especial incidência na rede de cuidados hospitalares, o princípio orientador terá de ser o da qualidade dos serviços prestados e só depois o da quantidade. Este princípio aplica-se quer à contratualização, quer à avaliação rigorosa das prestações que não poderá ignorar o grau de satisfação dos doentes.

A reforma estrutural do SNS deverá colocar as pessoas no centro da sua finalidade e ter como objetivo último o cumprimento da Constituição da República que determina o acesso aos cuidados de saúde de todos os Portugueses, de forma equitativa, justa e tendencialmente gratuita, o que hoje não acontece.

A concretização deste objetivo passa pela instituição de uma nova visão e estratégia do Serviço Nacional de Saúde que deverá assentar em três pilares – público, privado e social – no qual o Estado continua a ser o elemento central e maioritário, mas cuja função primeira é o cumprimento da Constituição, o que pode ser feito pela sua própria ação ou pelo recurso a outros prestadores, contratualizados por esse mesmo Estado.

Existe, já hoje, uma saúde para pobres e uma outra para ricos, os primeiros porque não têm forma de evitar os problemas do SNS e os segundos que pagam para ter alternativa.

Cerca de 4 milhões de portugueses podem escolher entre diferentes ofertas de cuidados de saúde. O problema está em saber porque é que se mantêm excluídos desse poder os outros 6 milhões. Importa, pois, assegurar que esta maioria aceda atempadamente aos cuidados de saúde de que necessita. Superar esta desigualdade só é possível com gradualismo reformista e consenso entre as diferentes forças políticas e sociais.

Assim, nesta nova visão do SNS, o Estado continua a ter o papel fundamental, mas desenvolve com os outros prestadores uma complementaridade e cooperação inteligentes, com o propósito último de garantir a resolução dos problemas de saúde de todos os Portugueses.

Esta nova visão do Serviço Nacional de Saúde garantirá a transparência da ação e desempenho das unidades geridas por prestadores contratualizados, através da divulgação pública, regular e sistemática de indicadores de desempenho e satisfação do serviço prestado.

A cooperação e articulação de todos os parceiros prestadores permite a comparação e competição entre eles a favor do utente, uma afetação de recursos mais eficiente, com custos mais baixos para o Estado e para o contribuinte, um aumento da acessibilidade da população aos cuidados de saúde, sem perda de qualidade dos cuidados prestados e um poder acrescido de escolha por parte dos cidadãos.

Nesta nova visão e estratégia do Serviço Nacional de Saúde, desprovida de tabus ideológicos, o Estado continua a garantir o direito da população ao acesso tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, como hoje, sendo indiferente para os utentes se a unidade de saúde a que recorrem é gerida pela iniciativa pública, privada ou social.

A população será beneficiada com a melhoria de cuidados de saúde e o Estado, tanto quanto o contribuinte, beneficiarão do impacto positivo de custos mais eficientes. O que importa é que o sistema de saúde sirva a população e o país e não se é público ou privado.

Esta reforma estrutural, "do lado curativo" terá que ser acompanhada paralelamente por um esforço acrescido ao nível da prevenção da doença e da promoção dos estilos de vida saudáveis, com especial atenção para os grupos etários mais jovens e para o contexto escolar. Mais do que um Ministério da Doença, pretendemos conceber um verdadeiro Ministério da Saúde e do Bem-Estar.

1.

**A Situação da Saúde em Portugal.
Diagnóstico dos Principais
Problemas**

2.

**A Necessidade de uma Reforma Estrutural
do Serviço Nacional de Saúde**

3.

**Principais Pilares da Reforma Estrutural do
Serviço Nacional de Saúde**

1. A Situação da Saúde em Portugal

O SNS-Serviço Nacional de Saúde constituiu uma das maiores realizações, no campo social, da sociedade portuguesa, após o 25 de Abril de 1974, tendo sido criado para garantir a toda a população o acesso a cuidados de saúde de forma universal e gratuita tendencialmente gratuita nos dias de hoje.

Esta garantia está expressa na Constituição, sendo um dos adquiridos decisivos da sociedade portuguesa, que importa preservar e defender. Neste pressuposto é fundamental que seja uma realidade para todos os portugueses.

É, no entanto, forçoso reconhecer que o SNS se debate, hoje, com gravíssimos problemas, nomeadamente de acessibilidade, a qual não está garantida, de forma equitativa, para toda a população, penalizando sobretudo os grupos sociais mais desfavorecidos.

O diagnóstico que fazemos dos principais problemas do SNS pode sintetizar-se nos seguintes pontos:

1.1. Acessibilidade

1.1.1. Listas de espera para cirurgias

Segundo um Relatório recente do Governo¹, sobre o acesso aos cuidados de saúde no SNS, a acessibilidade dos doentes a cirurgias registou um significativo agravamento, como o demonstram os exemplos seguintes:

- O tempo médio de espera dos doentes para cirurgia aumentou de 2,9 meses, em 2015, para 3,1 meses, em 2017²;
- **A lista de espera para cirurgia aumentou de 197.401 doentes inscritos, em 2015, para 231.250 inscritos, em 2017.**

O Tribunal de Contas³, num Relatório de outubro de 2017, concluiu que, no período de 2014-2016, se verificou uma degradação do acesso dos utentes a cirurgias programadas no SNS, constituindo um dos mais graves exemplos o aumento da *"proporção de utentes que permaneciam em lista de espera para cirurgia para além do tempo máximo de resposta garantida, particularmente no caso dos utentes propostos para cirurgia com problemas do foro oncológico"*(p.48).

Aquele Tribunal detetou ainda, entre 2015 e 2016, um aumento do tempo médio de espera de 6 dias até à cirurgia (+7%), de 88 para 94 dias. Tenha-se em conta que, no mesmo período, o tempo médio de espera por cirurgia, nos hospitais protocolados⁴ (fora da rede pública do SNS), era inferior a 50 dias.

¹ "Relatório Anual sobre o acesso a Cuidados de saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de saúde (SNS) e Entidades Convencionadas – ano 2017"

² Importa recordar quem 2002, o tempo médio de espera para cirurgia se situava nos 5,5 anos, tendo esse número descido para 8,6 meses, em 2005, e os já referidos 2,9 meses, em 2015 (p. 248).

³ "Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção (Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde)."

⁴ Os hospitais protocolados recebem os doentes com vouchers do SIGIC.

Todos estes valores deverão ser lidos com a maior cautela quando aquela instituição denuncia que “as iniciativas centralizadas, desenvolvidas pela administração central do sistema de saúde, em 2016, de validação e limpeza das listas de espera (...) do universo das unidades hospitalares do SNS, incluíram a eliminação administrativa de pedidos com elevada antiguidade, falseando os indicadores de desempenho reportados”. Neste contexto, conclui o TC que “a qualidade da informação disponibilizada publicamente, pela ACSS.IP, sobre as listas de espera não é fiável” (p. 3).

Esta situação foi, aliás, agravada por decisões erradas do atual Governo, quando em 2016 fez a opção política de interromper a emissão automática de vales de cirurgia pelo SIGIC, cujo efeito se traduziu num aumento dos tempos de espera para os doentes, conforme salientado pelo Tribunal de Contas no aludido Relatório⁵.

A agravar o que acaba de se referir, acresce que por força das restrições do Ministério das Finanças muitos hospitais do SNS, de Norte a Sul do País, são obrigados a cancelar cirurgias por falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, bem como por falta de material, verificando-se, ainda, graves dificuldades de acesso a tratamentos e medicamentos.

1.1.2. Listas de espera para consultas

Em sede de consultas de especialidade, o já referido relatório do Tribunal de Contas⁶ dá igualmente conta de se ter verificado, no período de 2014-2016:

- Um aumento do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar de 115 dias (2014 e 2015) para 121 dias (2016), o que “interrompeu a tendência de redução dos tempos que se observava desde 2011”;
- Um aumento do “incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos de 25% em 2014 para 29% em 2016, invertendo a tendência de melhoria que se verificava desde 2011 (31% nesse ano)”(p. 11).

Igualmente o mencionado Relatório governamental, sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde no SNS, demonstra que:

- A percentagem de consultas hospitalares realizadas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) diminuiu de 74%, em 2015, para 72%, em 2017;
- O número total de consultas médicas, nos cuidados de saúde primários, diminuiu de 29.335 milhares, em 2016, para 29.191 milhares, em 2017;
- O número total de consultas de enfermagem, nos cuidados de saúde primários, diminuiu de 20.054 milhares, em 2015, para 18.756 milhares, em 2017.

⁵ “Em 2016, o incentivo à internalização da produção cirúrgica, com o objetivo de maximizar a utilização da capacidade efetiva disponível dentro do perímetro do SNS, traduziu-se em maiores tempos de espera para os utentes” (Rel. TC cit., pág. 19)

⁶ “Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção (Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde). De notar que este Relatório concluiu, ainda, que “A qualidade da informação disponibilizada publicamente, pela ACSS, IP, sobre as listas de espera não é fiável, devido a falhas recorrentes na integração da informação das unidades hospitalares nos sistemas centralizados de gestão do acesso a consultas hospitalares e cirurgias, bem como devido às iniciativas centralizadas”.

Os elevados tempos de espera para consultas médicas⁷ - o tempo médio global de espera para a primeira consulta hospitalar é de cerca de 4 meses - são uma realidade que atinge a maioria dos hospitais do SNS, verificando-se mesmo situações absolutamente inaceitáveis, de que se oferecem os exemplos seguintes:

- **Oftalmologia:** 1046 dias no Hospital de Chaves;
- **Ortopedia:** 886 dias no Hospital de Lamego e 581 dias no Hospital da Guarda;
- **Pneumologia:** 592 dias no Hospital São João, no Porto;
- **Neurocirurgia:** 560 dias no Hospital de Faro.

1.1.3. Cobertura da população por médicos de família

No final de 2017, existiam 711.081 utentes do SNS sem Médico de Família (MF) atribuído, contra 1.044 milhares em 2015, o que traduz uma redução anual de cerca de 166 mil utentes sem MF por ano, um decréscimo assinalável, mas muito insuficiente face ao alcançado pelo anterior Executivo⁸.

De referir, ainda, que, no primeiro trimestre de 2018, existiam mais de 136.000 crianças e jovens, com menos de 18 anos, sem MF atribuído.

1.1.4. Insuficiente resposta das redes de cuidados continuados e paliativos

Entre 2015 e 2017, a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) registou um aumento de 691 camas, de 7.481 para 8.172, o que traduz um aumento anual de 343 lugares de internamento, um número muito inferior à expansão da rede verificada entre 2011 e 2015⁹.

De referir que, em todo o caso, o número de camas da RNCCI permanece ainda muito insuficiente, correspondendo a pouco mais de metade das necessárias no País¹⁰.

No que se refere aos cuidados paliativos, a Rede de Cuidados Paliativos (RCP), criada na anterior Legislatura¹¹, dispunha, no final de 2017, de 376 camas nas 27 unidades de internamento de cuidados paliativos então em funcionamento¹², um número claramente insuficiente face às necessidades estimadas, que apontam para a necessidade de 80 a 100 camas de cuidados paliativos por cada milhão de habitantes.

⁷ Nota: idem. Dados de setembro, outubro e novembro de 2017.

⁸ Em 2011 existiam 1.819.248 utentes do SNS sem MF atribuído, número que decresceu para 1.044.945 em 2015, o que traduz uma redução de 774.303 utentes sem MF, que corresponde a uma redução anual de 194 mil (dados do RAACS/SNS – 2017, pág. 84).

⁹ Entre 2011 e 2015, a RNCCI aumentou 2076 lugares de internamento, de 5.405 para 7.481, respetivamente, o que traduz um aumento anual de 519 camas.

¹⁰ Cerca de 15 mil camas.

¹¹ Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos).

¹² Abrangendo quer o setor público (SNS), quer o setor social e solidário da RCP.

1.1.5. Agravamento das condições do SNS para prestar os cuidados de saúde devido à redução do horário de trabalho dos profissionais de 40h para 35 h

A decisão de redução do horário de trabalho dos profissionais de saúde, de 40h para 35h, como cedência ao PCP e BE, originou um agravamento das condições do SNS para prestar os cuidados de saúde aos portugueses.

Este agravamento traduziu-se numa diminuição da capacidade de resposta do SNS, o que veio ainda tornar mais grave a situação do SNS.

1.1.6. Aumento da instabilidade entre os profissionais do SNS

Os quase três anos da atual governação têm sido caracterizados por um permanente arrastamento das negociações entre o Executivo e as organizações sindicais das várias profissões do SNS, designadamente no que se refere às suas carreiras e condições de trabalho.

Esta situação tem gerado sucessivas e crescentes greves por parte dos profissionais do SNS, em particular no caso de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Em 2017 registaram-se 116 mil dias de greves e em 2018, só até ao final do mês de julho, perderam-se já mais 37 mil dias do que no período homólogo de 2017. O agravamento do absentismo decorre ainda das ausências por doença que já levaram à perda de 1,1 milhões de dias de trabalho, até ao final de julho de 2018¹³.

Relativamente aos médicos, verificam-se ainda situações gravemente desmotivadoras para estes profissionais, como os exemplos seguintes evidenciam:

- O atraso verificado no concurso de 700 médicos que terminaram a sua formação nas especialidades hospitalares em abril de 2017, o qual só abriu em março de 2018 e para, somente, 503 vagas, circunstância que levou à desistência de muitos desses profissionais;
- O aumento do número de médicos recém-licenciados que não têm acesso a formação especializada, número estimado, este ano, em 676¹⁴.

Relativamente aos médicos, importa ter também presente que muitos desses profissionais são médicos ainda em formação de especialidade, facto que não permite extrair a conclusão de que o aumento do seu número produziu um correspondente aumento de atividade em condições qualitativamente idênticas.

De referir, finalmente, que, desde 2015, o recurso a prestações de serviços médicos (médicos tarefeiros), aumentou de 80 milhões de euros para cerca de 100 milhões, uma inversão da tendência verificada na anterior Legislatura¹⁵.

Com efeito, no que aos enfermeiros respeita, o aumento de 40.615 para 43.687 verificado nesses profissionais entre 2015 e 2017¹³, destinou-se a compensar a significativa redução das horas de trabalho semanal

¹³ Dados publicados no Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde.

¹⁴ Em 2015, o número de jovens médicos que não tiveram acesso à especialidade foi de 110 e, em 2016, de 158.

¹⁵ O anterior executivo reduziu o recurso às prestações de serviços médicos de 130 milhões de euros, em 2010, para cerca de 80 milhões de euros, em 2015.

disponibilizadas pelos mesmos em face da aplicação do horário das 35 horas¹⁶, objetivo, de resto, não alcançado.

Esse facto foi recentemente destacado pelo último Relatório Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, segundo o qual o aumento de pessoal do SNS, designadamente de enfermeiros, visou, apenas, compensar a redução dos horários de trabalho¹⁷ e não a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É certo que o Governo tem referido um aumento da contratação de profissionais para o SNS, afirmando existirem hoje mais cerca de oito mil profissionais do que há três anos¹⁸. Verdade é que, porém, um número significativo das novas contratações destinou-se, apenas, a compensar a redução dos horários de trabalho das 40 horas semanais para as 35 horas.

1.1.7. Política do medicamento

Portugal é um dos países da Europa com uma comparticipação pública dos medicamentos baixa, sendo, entre nós, a aquisição de medicamentos uma relevante componente das despesas em saúde, na qual os co-pagamentos pelos doentes atingem a maior expressão.

Em 2017, a despesa do SNS com medicamentos, em regime de ambulatório, foi de 1.213,5 milhões de euros, um aumento de 2% relativamente a 2016¹⁹, tendo essa despesa, nos hospitais do SNS, atingido, também nesse ano, o valor de 1.141 milhões de euros, mais 59 milhões que no período homólogo.

De referir, ainda, que, por ausência de medidas por parte do Governo, a quota de mercado dos medicamentos genéricos em volume (unidades) estagnou, como o demonstra o facto de, entre o final de 2015 e o mês de Abril de 2018, a mesma apenas tenha subido 1 ponto percentual, de 47% para 48%, quando se pode estimar que, caso a quota de mercado dos genéricos correspondesse a 55%, o potencial de poupança poderia atingir os 50 a 60 milhões de euros.

Ainda a este respeito, é de realçar que a evolução recente da quota dos medicamentos genéricos não é compatível com a promessa do Governo em atingir uma quota de mercado de 60%, até ao final da Legislatura.

Ao que se acaba de referir acresce a crescente ocorrência de situações de faltas de medicamentos nas farmácias comunitárias, estimando-se que, atualmente, por escassez de disponibilidades, apenas cerca de 63% das receitas prescritas possam ser satisfeitas de imediato.

¹⁶ Se os 40.615 enfermeiros do SNS, com o horário de trabalho de 40 horas, prestavam, em 2015, 1.624.600 horas semanais, em 2018, os 43.687 enfermeiros, com o horário de 35 horas, prestarão 1.529.045 horas semanais, o que perfaz uma diminuição de 95.555 horas de trabalho semanal por parte desses profissionais. De notar que, mesmo a serem contratados 2.000 novos enfermeiros, como Governo recentemente anunciou, as horas prestadas pelos mesmos ascenderão a 1.599.045, o que significa menos 25.555 horas de trabalho semanal do que em 2015 (fonte: *Retrato da Saúde - 2018, SNS*).

¹⁷ OPSS, Relatório Primavera - 2018: "De 2015 a 2017 verificou-se uma tendência de crescimento dos efetivos de enfermagem com um valor superior ao crescimento médio de efetivos no SNS: 7,2% e 4,6% respetivamente. Em todo o caso, este aumento não se refletiu proporcionalmente no aumento do trabalho de enfermagem (a variação das horas contratualizadas foi 0,1%), sendo a razão mais plausível a redução do período normal de trabalho aplicável aos profissionais em funções públicas das 40 horas para as 35 horas semanais. Significa, portanto, que o aumento nominal destes profissionais em 2 anos - na ordem dos 3.000 - apenas terá permitido colmatar o efeito da alteração à legislação laboral, não tendo tido reflexo na maior disponibilidade destes profissionais" (pág. 79).

¹⁸ Segundo o documento do MS, *Retrato da Saúde - 2018, SNS*, o número dos profissionais do SNS aumentou de 126.212, em 2015, para 134.113, em 2018 (Fevereiro), o que representa um aumento de 7.901.

¹⁹ A despesa do SNS com medicamentos em ambulatório foi, em 2016, de 1.189,8 milhões de euros (*INFARMED: "MONITORIZAÇÃO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS - MEIO AMBULATÓRIO*, Dezembro de 2017).

1.2. Ineficiência

Estima-se que a ineficiência no SNS poderá representar um desperdício nunca inferior a 20%.²⁰.

Significa isto que, por exemplo em 2018, despendendo o Estado cerca de 10.000 milhões de euros em despesas de saúde, uma acentuada diminuição do desperdício poderia significar uma poupança de até 2,0 mil milhões de euros, mantendo o mesmo nível de cuidados às populações ou, o que seria mais desejável, aumentar esses cuidados, na proporção correspondente, sem acréscimo de custos para os contribuintes.

Estima-se, igualmente, que cerca de um terço da totalidade das despesas em saúde em Portugal é pago pelas famílias, o que representa um esforço muito acima da média dos países da OCDE. Só no que se refere aos medicamentos, Portugal é um dos países com maior consumo *per capita* de fármacos no contexto da OCDE²¹.

O Relatório recente "EURO HEALTH CONSUMER INDEX"²², reportado ao ano de 2017, e que compara os sistemas de saúde europeus, concluiu que na sua maioria, os 12 melhores países (designados por "green countries") possuem sistemas de saúde nos quais o Estado garante aos seus cidadãos cuidados de saúde, mas não os produz ou produz apenas em parte, e não é, praticamente, o único produtor, como em Portugal²³.

As deficiências na organização e sobretudo na gestão dos recursos do SNS são fatores críticos que estão na base dos problemas identificados.

As questões essenciais desta situação têm a ver fundamentalmente com:

- Falta de autonomia, especialmente das unidades hospitalares
- Falta de envolvimento e motivação dos profissionais de saúde
- Não responsabilização por objetivos pelas equipas de gestão, nomeadamente nos hospitais, devido à gestão praticada.
- Falta de planeamento e controlo.
- Falta de uma avaliação efetiva de desempenho ligada a incentivos para os profissionais.

²⁰ Uma auditoria do Tribunal de Contas ao SNS, realizada em 2003, concluiu mesmo que havia 25% de desperdício. Estudo, mais recente, em vias de publicação, aponta para valores ainda superiores a este.

²¹ Portugal: 2% do PIB ; OCDE: 1,5%.

²² O EHCI quantifica e estabelece o "ranking" de 35 países europeus, em 6 áreas: 1. Patient rights and Information (right to second opinion, patient rights, etc.); 2. Accessibility (waiting times for treatment); 3. Outcomes (infant mortality, cancer survival, etc.); 4. Range and reach of services provided (equality of health systems, informal payments to doctors, etc.); 5. Prevention (smoking prevention, vaccination, etc.); 6. Pharmaceuticals (access to new drugs, antibiotic per capita, etc.). Portugal obteve 747 pontos, situa-se nos países intermédios, que pontuam entre 600 e 800 pontos. Os países considerados melhores (Green Countries), 12 num total de 35, têm um "score" de mais de 800 pontos num máximo de 1.000 pontos.

²³ Conclusão no Euro Health Consumer Index 2017 - "Bismarck systems beats Beveridge systems: now a permanent feature". Isto é, nos 12 melhores países deste "ranking" a grande generalidade dos respetivos sistemas de saúde é de cariz "bismarckiana" ou seja o Estado garante mas não produz os cuidados de saúde (ou fá-lo apenas em parte) ao contrário dos sistemas "beveridgeianos", em que o Estado é praticamente o único produtor e financiador dos respetivos sistemas.

1.3. Sustentabilidade

1.3.1. Despesa em Saúde

Nos primeiros 15 anos da presente década, as despesas em saúde cresceram em Portugal sempre acima dos aumentos verificados no PIB nacional²⁴. Quer isto dizer que o financiamento do setor da saúde tem absorvido uma proporção crescente da riqueza nacional.

Apesar disso, a despesa total em saúde, em percentagem do PIB, apresentou entre nós uma tendência decrescente nos últimos anos, diminuindo de 9,9% do PIB, em 2009, para 8,9% do PIB, em 2016.

Igualmente a despesa pública em saúde registou, no nosso País, desde 2009, uma queda do seu valor relativo face ao PIB, verificando-se, em 2016, uma diferença de cerca de 0,6 pontos percentuais do PIB face à média da despesa pública em saúde observada nos países da OCDE²⁵.

Assim, em Portugal a despesa total em saúde atinge cerca de 9% do PIB, sendo 6% componente pública e 3% componente privada.

Os efeitos decorrentes do envelhecimento demográfico, da inovação em saúde e do desenvolvimento tecnológico e científico do setor, conduzirão conjugadamente a um significativo aumento das despesas em saúde, gerando riscos de sustentabilidade a médio e longo prazo.

1.3.2. Dívidas do SNS a terceiros

Entre dezembro de 2015 e julho de 2018, a dívida vencida do SNS (+ 90 dias) subiu de 853 milhões de euros para 1.248 milhões, um aumento de 46%, sendo a dívida total, nesse último mês, de 1.931 milhões de euros²⁶.

Os pagamentos em atraso dos hospitais EPE do SNS registaram uma enorme subida: 451 milhões, em dezembro de 2015, para 773 milhões, em junho de 2018, um aumento de 71,4%.

O SNS tinha, em maio de 2018, uma dívida vencida de 633,9 milhões de euros à empresas fornecedoras de medicamentos, ascendo a dívida total a 891 milhões de euros.

Não surpreende, assim, que o Tribunal de Contas tenha considerado, no ano passado, que *"a situação financeira do SNS é extraordinariamente débil"* e que *"a situação económico-financeira do Serviço Nacional de saúde degradou-se de 2014 para 2016 tendo o rácio de endividamento atingido os 95% no final de 2016, refletindo a dependência do Serviço Nacional de Saúde das dívidas a fornecedores"*²⁷.

Também o Tribunal de Contas, num seu recente Relatório sobre situação financeira do SNS, concluiu: *"a recapitalização não tem sido suficiente nem permite a sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde à população no médio e longo prazo"*.

²⁴ Na década 2000/2010, o PIB nacional cresceu, em média, em média, 0,4 %, enquanto que as despesas em Saúde cresceram 1,1%.

²⁵ Despesa pública em Saúde na OCDE: 6,5% do PIB; Despesa pública em Saúde em Portugal: 5,9% do PIB.

²⁶ Portal da Transparência do SNS

²⁷ AUDITORIA À CONTA CONSOLIDADA DO MINISTÉRIO DA SAUDE DE 2015 E 2016, de 8 de fevereiro de 2018.

1.4. Consequência no comportamento da população resultante dos graves problemas do SNS

Os problemas do SNS, em especial da falta de acessibilidade, que nunca foi resolvida em cerca de 40 anos da sua existência, deu origem a uma situação que, por si só, representa um "grito silencioso" de uma larga parte da população contra a incapacidade do SNS.

Num país em que há a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde tendencialmente gratuitos pelo Estado, existem cerca de 2,34 milhões de portugueses que possuem seguros privados de saúde.

De acordo com a Associação Portuguesa de Seguradores, 1,43 milhões de portugueses, possuem seguros de saúde privados pagos por empresas, o que por si só é revelador de uma situação paradoxal, pois estas empresas suportam os custos associados (prémio médio por pessoa segura de 258€, 2017-2018), apesar dos seus trabalhadores terem o direito constitucional a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos.

Existem ainda cerca de 0,91 milhões de portugueses que suportam integralmente os custos dos seus seguros de saúde (prémio médio por pessoa segura de 349€, 2017-2018) o que só pode ser explicado por não encontrarem no SNS a acessibilidade e as respostas que necessitam, em tempo útil, para resolverem os seus problemas de saúde.

Esta situação revela que o preceito constitucional não está a ser cumprido. Existe, já hoje, uma saúde para pobres e uma outra para ricos, os primeiros porque não têm forma de evitar os problemas do SNS e os segundos que pagam para ter alternativa.

Esta realidade gera uma situação de grande desigualdade e de discriminação em relação à população mais vulnerável e desfavorecida.

Aos 2,43 milhões de portugueses que dispõem de seguros de saúde privados poderemos acrescentar os 1,2 milhões de beneficiários da ADSE, não esquecendo outros subsistemas substitutivos do SNS. Este conjunto representa cerca de 40% dos portugueses, ou seja, cerca de 4 milhões que encontram fora do SNS a satisfação das suas necessidades de cuidados saúde.

2. A Necessidade de uma Reforma Estrutural da Saúde em Portugal

2.1. A situação atual do SNS

O SNS encontra-se atualmente incapaz de garantir a acessibilidade a largos estratos da população, principalmente devido a dificuldades de acesso, gerando constantes listas de espera para consultas e cirurgias, bem como a um número ainda significativo da população sem médico de família atribuído, problemas nunca resolvidos desde a sua criação.

O futuro debate em torno da Lei de Bases da Saúde poderá abrir perspectivas favoráveis a um melhor desenvolvimento do SNS. Porém, o diagnóstico que fazemos e as medidas que propomos para superar os problemas do SNS não estão condicionados pelo quadro normativo atual.

Apesar dos importantes ganhos em saúde que o SNS permitiu alcançar para a população portuguesa, continuam a verificar-se insuficiências que não devem nem podem ser ignoradas, fazendo dele:

- Um sistema ineficiente: os custos do SNS são muito superiores àqueles que seriam necessários para prestar os mesmos cuidados de saúde à população, obrigando as famílias e outras entidades privadas a suportarem cerca de um terço das despesas de saúde em Portugal (2017, Pordata);
- Um sistema gestionariamente ineficaz: falta de autonomia das unidades de saúde, em especial das hospitalares, e correspondente desresponsabilização, seja na contratação, valorização e retenção dos profissionais de saúde, seja na aquisição de bens e serviços, quer na organização dos recursos.
- Um sistema injusto: discrimina as pessoas mais desfavorecidas porque não têm acesso a cuidados de saúde alternativos.
- Um sistema desigual: o acesso é desigual entre todos os portugueses e a capacidade de resposta é diferente consoante o local de residência dos seus destinatários;
- Um sistema descontrolado financeiramente: elevados défices e dívidas a fornecedores;
- Um sistema em que existe o risco de sustentabilidade a médio prazo

2.2. Tendência de agravamento futuro, pondo ainda em maior risco as respostas do SNS para a população

A agravar o que se acaba de referir, o SNS está ainda confrontado com realidades que lhe colocam importantes desafios, com destaque para:

- O envelhecimento populacional: o consumo de cuidados de saúde em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é 3,6 vezes maior do que para a restante população; as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, relativamente às com idade até 25 anos, representam sete vezes mais gastos hospitalares, o dobro dos gastos de ambulatório e domiciliários e +72% de gastos de medicamentos;

- O aumento da incidência das doenças crónicas: estas representam atualmente cerca de 75% dos custos totais do SNS e atingem cerca de 40% da população portuguesa;
- A evolução da ciência e da tecnologia, levando a custos acrescidos, em especial na imagiologia e nos medicamentos inovadores;
- O desequilíbrio entre o crescimento do PIB (criação de riqueza) e o crescimento das despesas do SNS, pondo em risco a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Todos os fatores identificados tornam necessária e premente uma reforma estrutural do SNS, assente numa nova orientação estratégica, com alteração das estruturas e de comportamentos, já que não se afigura avisado esperar resultados diferentes com o mesmo tipo de procedimentos.

Com efeito, a situação do SNS não poderá ser invertida através de meras medidas orientadas para a redução de custos, já que nada garante que, no futuro, não se volte a verificar uma situação idêntica à atual, devido à força das corporações, ao poder dos "Lobbies", ao próprio papel do Estado e à ausência de reformas profundas na gestão de recursos humanos no sector público.

A situação em que se encontra o SNS também não pode ser viabilizada apenas através do crescimento dos seus recursos financeiros, dado que sem alterações à gestão e organização do SNS a ineficiência e o desperdício continuarão a consumir uma parte significativa dos recursos financeiros injetados.

A ilustrar esta afirmação, refira-se que há 15 anos as despesas de saúde do SNS rondavam os 7,5 mil milhões de euros e existiam cerca de 123.000 pessoas em lista de espera para cirurgia. Em 2018, as despesas de saúde do SNS são da ordem dos 10,0 mil milhões de euros e existem em listas de espera cerca de 231.000 pessoas.

Com efeito, embora se tenha verificado um subfinanciamento, ao longo dos anos, o problema da saúde em Portugal está, em grande parte, ligado à incapacidade do SNS de prestar em tempo útil, a todos os cidadãos, o acesso a cuidados de saúde humanizados e de qualidade, assim como reduzir a carga de doença, devido à sua organização e gestão que gera uma ineficiência global e descontrolo financeiro.

A questão fundamental prende-se com a necessidade de uma nova orientação estratégica para o SNS, que responda às necessidades da população, protegendo os mais desfavorecidos e vulneráveis, e que seja eficiente e sustentável.

Esta nova orientação estratégica deverá concretizar-se numa reforma estrutural, cujos principais pilares são os seguintes:

3. Principais Pilares da Reforma Estrutural da Saúde em Portugal

Esta reforma estrutural inspira-se no histórico das políticas adoptadas pelo PSD nas últimas três décadas e na orientação aprovada no seu último Congresso Nacional : “A promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem estar dos portugueses não se compadece com visões ideológicas da oposição entre público e privado. Teremos de entender o Serviço Nacional de Saúde a partir de uma visão integrada, cooperativa e pragmática dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, públicos, privados ou da economia social”.

A nova orientação estratégica deverá ter como objetivo central o cumprimento da Constituição no que toca ao acesso aos cuidados de saúde por todos os portugueses, de forma equitativa, justa e tendencialmente gratuita.

Para atingir este objetivo central importa defender a finalidade do SNS como conquista indiscutível do 25 de Abril, mantendo a elevada qualidade dos serviços que os profissionais de saúde têm sido capazes de prestar aos portugueses e garantindo a manutenção e modernização dos equipamentos de acordo com a evolução tecnológica.

A concretização deste objetivo passa por uma nova visão e por uma nova estratégia para o Serviço Nacional de Saúde que deverá assentar em três pilares - público, privado e social – e em que o Estado continua a ser o elemento central e maioritário, mas cuja função primeira é o cumprimento da Constituição, ou seja, **garantir o acesso de todos os portugueses aos cuidados de saúde**, de forma justa e equitativa e tendencialmente gratuita, o que pode ser feito pela sua ação ou pela ação das outras iniciativas – social e privada – contratualizadas pelo Estado.

Nesta nova visão do Serviço Nacional de Saúde, o Estado continua a ter o papel fundamental, mas terá de desenvolver com os outros pilares uma cooperação inteligente. **Esta cooperação e articulação entre todas as iniciativas – pública, privada e social - permite a comparação e competição entre elas, sempre a favor do utente, uma afetação de recursos mais eficiente, com custos mais baixos para o Estado e para o contribuinte, um aumento da acessibilidade da população sem perda da qualidade dos cuidados prestados e um poder acrescido de escolha por parte dos cidadãos.**

Esta nova visão do Serviço Nacional de Saúde pressuporá a transparência para os portugueses do desempenho das unidades geridas por todas as iniciativas – pública, privada e social – através da **divulgação pública, regular e sistemática de indicadores de desempenho e de satisfação do serviço prestado.**

A contratualização e o pagamento pelo Estado às outras iniciativas, privada e social, de cuidados de saúde, será efetuada **em função dos resultados atingidos no serviço prestado à população** (exigência, por ex., de inexistência de listas de espera, redução de tempos de espera para consultas e cirurgias etc.).

Nos casos em que se opte pela contratualização da gestão de unidades públicas com outras entidades – sociais e privadas – ela decorrerá de concursos públicos cujo caderno de encargos definirá os objetivos e metas a atingir na prestação do serviço público que garantam o acesso aos cuidados de saúde por parte da população nas condições garantidas pela Constituição, visando a melhoria dos cuidados prestados à população e numa gestão mais eficaz dos recursos públicos.

Na vertente pública do Serviço Nacional de Saúde há que mudar o paradigma em termos de gestão:

- motivando as equipas de gestão e os profissionais de saúde;
- garantindo a autonomia de gestão, com fixação contratualizada de objetivos em função das melhores práticas (em termos nacionais e internacionais);
- responsabilizando essas equipas pelos resultados atingidos;
- e criando um sistema de incentivos e de penalizações em função da prossecução dos objetivos previamente definidos.

Estas mudanças a introduzir no Serviço Nacional de Saúde promovem e impulsionam um melhor desempenho contínuo do setor da saúde, quer pela motivação das equipas de gestão e dos profissionais de saúde, através de uma efetiva autonomia e responsabilização, com a atribuição de incentivos (estímulo interno), quer através da transparência e comparação de indicadores de desempenho tornados públicos, abrangendo as iniciativas pública, privada e social, na atuação das unidades de prestação de cuidados de saúde (estímulo externo).

A implementação **desta nova visão e estratégia** do Serviço Nacional de Saúde será feita progressivamente à medida que o Estado adquira e desenvolva as competências necessárias para um maior equilíbrio entre as funções de produtor, empregador e financiador de cuidados de saúde e as de contratualizador e pagador dos serviços prestados em função dos resultados atingidos, quer quantitativa quer qualitativamente, em benefício dos utentes, bem como de controlador e fiscalizador dos cuidados de saúde contratados.

Nesta evolução do setor da saúde (e não revolução) a fiscalização e a regulação assumem uma importância fundamental, ao **garantir a satisfação das necessidades de cada um**, a qualidade do serviço prestado e a sua justa remuneração.

Nesta nova conceção do Serviço Nacional de Saúde, desprovida de tabus ideológicos, o Estado continua a garantir o direito da população ao acesso tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, como hoje, sendo indiferente para os utentes, se a unidade de saúde a que recorrem é gerida pela iniciativa pública, privada ou social. A população será beneficiada com a melhoria da prestação de cuidados de saúde e o Estado, tanto quanto o contribuinte, beneficiarão do impacto positivo de custos mais eficientes.

O que é fundamental é que o Serviço Nacional de Saúde sirva a população em termos de acessibilidade, qualidade e humanização dos cuidados de saúde e que cumpra a garantia prevista na Constituição de dar a acessibilidade aos cuidados de saúde a todos os portugueses, sem exceção, e que o contribuinte tenha a garantia que o Estado tem custos eficientes ao produzir e pagar os cuidados de saúde de que os portugueses necessitam.

De referir a este respeito que a discussão sobre o SNS tem sido centrada erradamente em saber se deverá ser público ou privado: o fundamental é que o sistema de saúde sirva a população e o país e não se é público ou privado.

Esta reforma estrutural, para além de dar resposta ao diagnóstico das doenças e tratamento da população (função curativa do SNS) deverá, também, passar por uma nova estratégia para a prevenção, dando ênfase à responsabilidade individual, à orientação para a promoção da saúde e qualidade de vida, rompendo com a abordagem tradicional, essencialmente curativa, centrada na prestação de cuidados de saúde, e privilegiando as atitudes de prevenção da doença evitável.

Como principais aspetos da estratégia, do lado da prevenção da doença evitável e promoção da saúde, destacam-se os seguintes:

- Investir na prevenção das doenças crónicas, adotando políticas ativas de saúde na prevenção para combater o sedentarismo, o alcoolismo, o tabagismo e a obesidade (adultos e crianças);
- Promover estilos de vida saudáveis acentuando a importância da alimentação, do exercício físico e de uma vida equilibrada, sem excessos;
- Atuar e investir no rastreio das doenças que constituem as principais causas de morte precoce, designadamente doenças do sistema circulatório, neoplasias e patologias cardiovasculares;
- Investir no rastreio, em todas as crianças em idade escolar, de problemas que são também as principais causas do insucesso escolar, designadamente problemas de visão, de audição, de dislexia, de hiperatividade e de défice de atenção;
- Centrar as políticas de saúde na pessoa e na promoção de estilos de vida saudáveis, explicitando a responsabilidade individual e o conceito da pessoa como "*gestor*" da sua própria saúde;
- Investir na literacia em saúde, com um papel fundamental das escolas no caso das crianças;
- Encarar a saúde como um investimento e não como uma despesa;
- Recentrar o sistema de saúde no "*valor*" fornecido ao utente:
 - Mais saúde por cada euro despendido
 - Resultados obtidos
 - Ganhos em saúde

CEN

CONSELHO ESTRATÉGICO
NACIONAL