

Análise de duas propostas para o sistema de saúde português: PSD e Iniciativa Liberal¹

Janeiro de 2024

Céu Mateus
Maria Rita Paiva Pessoa
Mário Ribeiro
Pedro Pita Barros

¹ O presente texto corresponde à opinião dos autores, em exercício de cidadania, sem refletir necessariamente qualquer posição ou opinião das instituições com que se encontram afiliados.

Index

1 Introdução.....	5
2. A Proposta do PSD	6
2.1 Considerações gerais	6
2.2 Os profissionais de saúde	6
2.3 Redefinição do modelo organizativo e de gestão do SNS.....	8
2.4 Formação em Gestão em Saúde e Ordens Profissionais	8
2.5 Maior poder de decisão aos doentes	9
2.6 APP de dados clínicos pessoais SNS	9
2.7 Desempenho do sistema de saúde português em contexto internacional.....	10
2.8 Inovação em saúde.....	10
2.9 Criação de um fundo para a inovação em saúde.	10
2.10 Metas de despesa em cuidados de saúde e pagamento diretos das Famílias	11
2.11 Alargamento da ADSE a outros grupos populacionais.	11
2.12 Orçamentos plurianuais para as unidades de saúde do SNS	12
2.13 Os pagamentos diretos das Famílias	12
2.14 Check-up anual.....	12
2.15 Metas de saúde.....	13
2.16 A irrelevância da taxa de mortalidade materna.....	13
2.17 Natalidade	14
2.18 Médico de família para todos	14
2.19 A criação de mais unidades de saúde familiar modelo B (USF-B).....	16
2.20 Criação do médico de família digital.....	16
2.21 Responder ao flagelo da falta de Saúde Mental: Implementação de um cheque-psicólogo.	17
2.22 Acesso a medicamentos em farmácias comunitárias	18
2.23 Redução das idas aos serviços de urgência hospitalar	18
2.24 Acabar com as listas de espera.....	20
2.25 Concorrência entre centros de responsabilidade integrada (CRI) pública, privada e social.....	21
2.26 Novo estatuto dos Hospitais Centrais Universitários.....	21
2.27 Criação de uma rede de centros ambulatoriais.....	22
2.28 Ranking nacional ERS	22
2.29 Pagamentos a fornecedores externos	22
2.30 Cuidados paliativos ao domicílio e no setor social	23

3. A proposta da Iniciativa Liberal	24
3.1 Considerações gerais	24
3.2 Direito à saúde	25
3.3 Direito de livre escolha	25
3.4 Políticas de saúde	26
3.5 Os profissionais de Saúde	26
3.6 Regulação técnica e regulação económica em saúde	27
3.7 Liberdade de escolha do cidadão	28
3.8 Inovação em saúde.....	29
3.9 Descentralização e autarquias locais	30
3.10 Saúde digital: registos de saúde eletrónicos.....	30
3.11 Espaço europeu de dados de saúde	30
3.12 União Europeia.....	30
3.13 Financiamento do sistema de saúde.....	31
3.14 SUA-Saúde: entidade ou sistema?.....	31
3.15 Subsistemas de saúde – um novo papel.....	32
3.16 Custos do Sistema de Saúde organizado em Subsistemas	35
3.17 Serviço público de saúde e SNS enquanto conjunto de prestadores públicos	36
3.18 Financiamento versus prestação.....	36
3.19 Proteção financeira	36
3.20 Equidade no acesso a cuidados de saúde.....	36
3.21 Seguros de saúde privados.....	37
3.22 Fragmentação	37
3.23 Taxas moderadoras	38
3.24 Saúde Pública	38
3.25 Literacia em saúde	40
3.26 Equidade no acesso a cuidados de saúde.....	40
3.27 Sistemas Locais de Saúde.....	40
3.28 Complementaridade público-privado.....	41
3.29 Concorrência entre prestadores.....	41
3.30 Prestadores públicos de cuidados de saúde	41
3.31 Diversidade de prestadores.....	41
3.32 Relações contratuais prestadores - subsistemas.....	42
3.33 Cuidados de saúde baseados no valor	42
3.34 Listas de espera ou tempos de espera?	42

3.35 Organização em redes especializadas.....	42
3.36 Cuidados continuados e cuidados paliativos.....	43
3.37 O modelo dos Países Baixos.....	43
3.38 A velocidade da reforma.....	48
4. Considerações finais	49
4.1 O que deve ser adicionado nas propostas	49
4.2 O que pode ser melhorado nas propostas	49
4.3 Aspetos positivos que merecem maior desenvolvimento	50

1 Introdução

1. Durante o ano de 2023, o PSD e a Iniciativa Liberal apresentaram ideias e iniciativas para o sistema de saúde e para o Serviço Nacional de Saúde. O documento apresentado pelo PSD intitula-se “Saúde Agenda Mobilizadora 2030|2040”¹ e o documento apresentado pela Iniciativa Liberal intitula-se “Projeto de Lei nº 859/XV/1.^a – Aprova a Lei de Bases do Sistema Universal de Acesso à Saúde, procedendo à revogação da Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro”² (o qual é completado com “Lei de Bases do Sistema Universal de Acesso à Saúde – SUA Saúde 1. Contexto 2. Perguntas Frequentes (FAQ)).”³
2. O debate sobre propostas dos partidos políticos frequentemente esgota-se nos dias subsequentes à sua apresentação. Contudo, é útil para discussões e opções futuras fazer uma análise mais detalhada sobre o conteúdo das propostas, tanto mais que se aproxima um momento de eleições legislativas.
3. Assim, apresentam-se de seguida diversas observações sobre as propostas divulgadas por estes dois partidos. Estas propostas foram suportadas por documentos publicamente disponibilizados pelos partidos que as apresentaram, e como tal permitem uma reflexão com base nesses documentos.
4. A reflexão realizada inclui comentários bem como perguntas que consideramos relevantes para uma cabal compreensão do teor e do (potencial) alcance das propostas.
5. A sistematização da discussão pode ser feita ou por análise de cada proposta ou por análise de cada assunto, e dentro dele de cada proposta. Para facilitar a leitura, optou-se por apresentar os comentários e perguntas referentes a cada proposta em separado, pois não há uma perfeita sobreposição de temas entre propostas. A proposta do PSD apresenta ideias dentro de uma continuidade do Serviço Nacional de Saúde, enquanto a proposta da Iniciativa Liberal (IL) defende uma transformação do Serviço Nacional de Saúde noutra forma de organização do sistema de saúde português.

¹ Partido Social Democrata (2023) Saúde. Agenda Mobilizadora 2030|2040 (disponível [aqui](#))

² Iniciativa Liberal (2023) Projeto de Lei 859/XV/1: *Aprova a Lei de Bases do Sistema Universal de Acesso à Saúde, procedendo à revogação da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*

³ Iniciativa Liberal (2023) Lei de Bases do SUA Saúde - Perguntas Frequentes (disponível [aqui](#))

2. A Proposta do PSD

2.1 Considerações gerais

6. O conjunto de propostas do PSD para a área da saúde tem boas ideias, ideias partilhadas com o Governo e o PS, e ideias pouco detalhadas, sobre as quais não é possível ter ainda um julgamento sobre os seus efeitos.
7. O foco principal das ideias apresentadas está no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde enquanto conjunto de entidades públicas que prestam cuidados de saúde.
8. A nova “Agenda” do PSD assenta no princípio da competição “leal” /regulada entre sector privado e público, com expectativa de melhoria de resposta aos problemas de saúde da população.

2.2 Os profissionais de saúde

9. Na questão dos profissionais de saúde e da sua relação com o SNS, a proposta menciona os três aspetos cruciais de condições remuneratórias, e de trabalho de forma mais geral, de diversidade e flexibilidade no tipo de contratos possíveis, e na necessidade de uma perspetiva de desenvolvimento profissional ou de carreira. Falta, no entanto, adicionar uma visão de longo prazo, com os desafios e soluções possíveis para horizontes de médio e de longo prazo.
10. Inevitavelmente, os detalhes das contas e das regras a aplicar nas relações contratuais serão cruciais, e não há sobre isso muito que seja dito (num desenvolvimento dessas ideias, será útil ter uma quantificação de quanto custa, mas também de que tipo de gestão e planeamento será exigido às unidades de saúde do SNS).
11. A proposta estrutural número 9.2 (“9.2. Contratos médicos de 35 horas semanais no SNS.”) defende a passagem para 35h semanais dos contratos médicos. Este grupo profissional é o único que, na sua maioria, permanece com contratos de 40h semanais. No entanto, devido à carência ainda sentida neste setor poderá não haver viabilidade desta proposta. De acordo com o relatório de Recursos Humanos em Saúde de 2022⁴, a passagem das 40h para as 35h semanais resulta numa redução em cerca de 12% de tempo de trabalho por profissional, implicando um aumento do trabalho suplementar ou de novas contratações.
12. As propostas estruturais número 9.7 e 9.8 (“9.7. Criação do inventário de todos os profissionais de saúde e garantir o acompanhamento da sua evolução com detalhe e

⁴ Pita Barros, P & Costa, E. *Recursos Humanos em Saúde*. NOVA Health Economics & Management Knowledge Centre, 2022. (disponível [aqui](#))

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 supramencionado, esta nova unidade irá assegurar um planeamento profissionalizado do talento humano do SNS a médio e longo prazo.”), defendem a criação do inventário de todos os profissionais de saúde e garantir o acompanhamento da sua evolução. É proposto também a criação da *Up.Saúde* (unidade de planeamento e valorização dos profissionais de saúde) com base na informação dada pelo inventário. Pode ser defendido que esta será uma ferramenta para que entidades públicas possam aumentar a satisfação dos profissionais de saúde, por permitir um melhor enquadramento e planeamento entre as vontades e competências com as necessidades, ajudando ao ajustamento entre a procura e oferta de profissionais de saúde. Contudo, pode igualmente ser considerado que a ferramenta em si não levará necessariamente a maior satisfação sem o planeamento adequado, serve apenas para aumentar conhecimento sobre o estado actual.

13. As propostas estruturais número 9.9 e 9.10 (“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.”) asseguram a formação contínua do profissional do SNS, incluindo curso de gestão e liderança para os que ocupam posições de chefia. É importante compreender se está incluído nestas propostas a formação profissional e académica.
14. Canais de comunicação para ouvir os médicos (“9.6. Canais de comunicação permanentes com vista a “ouvir” diretamente quem trabalha no terreno, suas expectativas e ambições”) parecem, em teoria, uma boa ideia para medidas mais macro. No entanto, melhorar a *cultura de trabalho* dentro dos serviços é um tema muito pouco pensado/ considerado (valorização real, diária, dos profissionais). É sem dúvida um problema mais transversal. A *Wellcome Trust*⁵ fez um trabalho interessante sobre a cultura da academia e investigação; acreditamos que é importante para refletir e que é ‘traduzível’ para esta geração de médicos (e outros profissionais de saúde) e a cultura de trabalho atual.

⁵ Wellcome Trust (2020) *What Researchers Think About the Culture They Work In*. Reino Unido (disponível [aqui](#))

2.3 Redefinição do modelo organizativo e de gestão do SNS

15. As propostas estruturais números 19.3, 19.4 e 19.5⁶ envolvem uma redefinição do modelo de gestão das unidades de prestação de cuidados de saúde do SNS, nomeadamente, a consideração dos Sistemas Locais de Saúde. Os Sistemas Locais de Saúde (SLS) surgiram pelo Decreto de Lei nº156/99, 10 de Maio, possibilitando uma maior flexibilidade de articulação entre hospitais (públicos/privados), cuidados de saúde primários e outras instituições de saúde da mesma área geográfica, permitindo a partilha de recursos, e potenciando a oferta.
16. A Lei de Bases da Saúde nº 95/2019, de 4 de setembro, mais especificamente as Bases 8 e 9⁷, possibilitam um maior compromisso entre autarquias locais e os sistemas locais de saúde. Reforçando que estes são constituídos pelos serviços e estabelecimento do SNS e demais dimensões públicas com intervenção direta ou indireta na saúde, permitindo na respetiva área geográfica, a promoção da saúde, continuidade dos cuidados e racionalização dos recursos (Lei nº95/2019, de 4 de setembro).

2.4 Formação em Gestão em Saúde e Ordens Profissionais

17. Embora seja referida a avaliação de desempenho dos profissionais como ponto central na melhoria de qualidade dos cuidados, não é referida a criação de incentivos para gestores. Ao contrário do proposto (15.3 *“Envolvimento da Ordem dos Médicos, da Ordem dos*

⁶ “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.”

⁷ “Base 8 **Autarquias locais**

1 — As autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva, nos termos da lei.

2 — A intervenção das autarquias locais manifesta-se, designadamente, no acompanhamento aos sistemas locais de saúde, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde.

Base 9 **Sistemas locais de saúde**

Aos sistemas locais de saúde, constituídos pelos serviços e estabelecimentos do SNS e de- mais instituições públicas com intervenção direta ou indireta na saúde, cabe assegurar, no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação dos cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.”

Enfermeiros e da Ordem dos Economistas na formação avançada de Gestão em Saúde.”), não se crê que haja necessidade de garantir (ainda mais) envolvimento das Ordens Profissionais nos currículos de formação avançada em gestão da saúde (sendo aliás peculiar admitir que as Ordens Profissionais ligadas à saúde terão o conhecimento técnico necessário específico da área da gestão; note-se que se trata de dar formação em gestão a profissionais de saúde, e não de dar formação em medicina, enfermagem ou conhecimento de outra área técnica da saúde a gestores). Faz certamente mais sentido, até para fomentar inovação curricular, que as Ordens Profissionais da área da saúde possam pronunciar-se, ou dar selo de aprovação ou reconhecimento, a cursos apresentados, do que estarem envolvidas diretamente na criação desses cursos de formação.

2.5 Maior poder de decisão aos doentes

18. As estratégias de dar poder de decisão aos doentes podem ter impacto positivo⁸ e ser até consideradas boa prática clínica. Pode (há quem argumente que deve) ser aplicado em todas as fases relevantes para a saúde, desde a investigação clínica, aos cuidados e ao desenho de políticas públicas. Dar mais força às associações de doentes (que reunisse no Fórum proposto⁹, por exemplo), seria potencialmente uma boa forma de agir dentro deste objetivo.

2.6 APP de dados clínicos pessoais SNS

19. As propostas estruturais números 14.1, 14.2 e 14.3¹⁰ carecem de melhor esclarecimento, pois já existe a APP SNS24, que contempla exames complementares de diagnóstico, receituário, medicação habitual, boletim de vacinas, entre outros. Não será viável o surgimento de uma nova APP. Parece pertinente o aperfeiçoamento da APP SNS24, garantindo o acesso a toda a informação clínica. É necessário e essencial melhorar os sistemas de informação e a interoperabilidade com a aplicação SNS24, garantindo a passagem correta de toda a informação clínica.

⁸ Bombard, Y, Baker, GR, Orlando, E *et al.* Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Sci* 13, 98 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z> e Birkeland S, Bismark M, Barry MJ, *et al.* Is greater patient involvement associated with higher satisfaction? Experimental evidence from a vignette survey. *BMJ Quality & Safety* 2022; 31:86-93.

⁹ “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.”

¹⁰ “14.1. Aplicativo pessoal para dados clínicos individuais. 14.2. Interoperável entre SNS e prestadores privados ou sociais. 14.3. Permissões autorizadas pelos utentes.”

2.7 Desempenho do sistema de saúde português em contexto internacional

20. Não se percebe de forma clara que implicações pretende o documento retirar da apresentação do gráfico apresentado na página 17, retirado do relatório *State of Health in the EU - Portugal - Country Health Profile 2021*¹¹, onde o próprio título refere que Portugal tem uma taxa mais baixa de doenças preveníveis e tratáveis (pelo menos em comparação com países que gastam mais em cuidados de saúde *per capita*, como a Alemanha e Dinamarca, elucidativo que boa saúde vai para além do acesso a cuidados de saúde).

2.8 Inovação em saúde

21. Embora se desconheça o trabalho do HealthCluster Portugal /AICEP e do que poderão exportar¹², há algumas dúvidas quanto a esta aposta em inovação. Se o compromisso for mesmo investir em inovação, seria lógico aproveitar os recursos (humanos/ organizacionais) já existentes: apoiar financeiramente as instituições e universidades públicas de investigação em saúde para fazer este trabalho, com base numa compreensão e conhecimento dos mecanismos de inovação em saúde em Portugal¹³.

2.9 Criação de um fundo para a inovação em saúde.

22. Esta ideia¹⁴ já foi explorada no Reino Unido, sem sucesso evidente¹⁵, na medida em que facilmente se podem gerar situações em que são gastos fundos em inovação de pouco valor terapêutico adicional.

¹¹ European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, *State of health in the EU. Portugal - Country Health Profile 2021*. Publications Office of the European Union, 2021 https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chpptenglish.pdf

¹² "18.1. Concertação transversal com AICEP e Health Cluster Portugal."

¹³ Filipa Breia da Fonseca, Pedro Pita Barros e António Bensabat Rendas, *Inovação em Saúde por Quem a Pratica*, Almedina, 2022.

¹⁴ "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 "

¹⁵ Veja-se [BMJ 2014;349:g5524](#) e Dixon P, Chamberlain C, Hollingworth W. Did It Matter That the Cancer Drugs Fund Was Not NICE? A Retrospective Review. *Value Health*. 2016 Sep-Oct;19(6):879-884. doi: 10.1016/j.jval.2016.04.001.

2.10 Metas de despesa em cuidados de saúde e pagamento diretos das Famílias

23. O PSD propõe um aumento dos gastos em saúde, ou pelo menos, aponta para tal ao referir os gastos atuais serem mais baixos que a média da OECD. Embora não seja certo que esta métrica em si seja central para avaliar o sistema de saúde, cerca de 30% deste gasto é suportado diretamente pelas famílias em pagamentos diretos (*out-of-pocket payments* – OPP) (o próprio relatório faz referência a esta percentagem). Não é claro se a proposta consiste em defender aumento do gasto por parte do Estado em cuidados de saúde, ou como se pretende reduzir os pagamentos diretos das Famílias.

2.11 Alargamento da ADSE a outros grupos populacionais.

24. Se a ADSE for vista como parte das relações laborais entre o Estado e os seus trabalhadores, como parece ser entendimento geral, então não fará muito sentido essa abertura global¹⁶.

25. Além disso, o desenvolvimento de uma solução mutualista não é impedido formalmente, pelo que a ausência de outras “ADSE” que não estivessem ligadas a profissionais do sector público deve fazer pensar que, provavelmente, haverá problemas com soluções mutualistas.

26. Pelo menos, dois problemas potenciais devem ser analisados e resolvidos antes de qualquer proposta concreta: *a) as regras atuais do mutualismo permitem um funcionamento ágil e saudável de uma entidade mutualista dedicada à cobertura de riscos de saúde? b) qual a dimensão mínima crítica para que essa entidade possa sobreviver?* Depois de respondidas estas questões, outras existem, de natureza técnica, que podem inviabilizar que se alcancem os objetivos pretendidos, ou, eventualmente pior, que não se acaulem efeitos perversos.

27. A proposta estrutural número 21.2 defende uma equipa multidisciplinar do Ministério da Saúde, Finanças e Segurança Social, dedicada a criar a forma de evoluir o modelo de ADSE para seguro universal de Saúde. Este modelo de seguro universal de Saúde, sendo universal, vai ser aplicado a toda a população portuguesa? De aderência voluntária ou obrigatória? Numa tentativa de aproximação ao modelo Bismarkiano? Há, pois, a necessidade clarificação do que é realmente pretendido.

¹⁶ “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.”

2.12 Orçamentos plurianuais para as unidades de saúde do SNS

28. Esta é outra proposta partilhada com o PS e falada há vários anos. Haverá que resolver as questões técnicas associadas com a criação do Orçamento do Estado em cada ano, para o que parece existir então consenso alargado.
29. A proposta estrutural número 1.3¹⁷ define a diminuição do prazo médio de pagamento a fornecedores para 120 dias, como forma elementar de justiça, mas também como meio de negociação e poupança. De acordo, com os dados disponibilizados pelo portal da transparência do SNS, no ano de 2022, o prazo médio de pagamento mínimo era de 9 dias e o máximo era de 268 dias. Destes, apenas 72 instituições de saúde a nível nacional apresentaram 120 dias ou menos de prazo médio de pagamento a fornecedores, num universo de 223 instituições.

2.13 Os pagamentos diretos das Famílias

30. O problema dos pagamentos diretos das Famílias representarem uma fatia tão grande dos gastos em saúde em Portugal não é verdadeiramente tratado em nenhuma das propostas (PSD e IL), quer para diminuir os gastos nos medicamentos, quer nas consultas externas de especialidades. Fará sentido estudar atualmente onde são concentrados estes gastos, de que forma estão distribuídos por quintis de rendimento, se cobertos por seguros privados, etc. A informação mais recente do Inquérito às Despesas das Famílias, realizado pelo INE, e que se espera esteja brevemente disponível, permitirá esta análise.

2.14 Check-up anual

31. Na lógica de desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, a promoção de um *check-up* anual de cada cidadão¹⁸ é uma proposta que permite colocar essa ideia mais presente junto das pessoas, mais do que falar em literacia em saúde, ou alteração de hábitos de vida (que virão depois, na sequência de uma maior atenção das pessoas). A proposta de *check-ups* anuais 'com livre escolha' pode não ser custo-efetiva em muitas situações (pessoas jovens, sem doenças crónicas), e parece ser um ponto mais ideológico do que baseado na evidência.

¹⁷ "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."

¹⁸ "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."

32. Pode também ser argumentado que representa um retrocesso na medicina mais personalizada, centrado na pessoa e nas suas necessidades específicas, avaliadas pelos profissionais. Um fenómeno interessante é o aumento da satisfação dos utentes com estas medidas, e o contrário quando se alteram tempos de exames; por exemplo – veja-se o rastreio do Vírus do Papiloma Humano (HPV, principal causador de cancro do colo do útero) no Reino Unido, quando foi alterada a citologia de 3 em 3 anos para teste genético de 5 em 5 (sendo este último mais efectivo¹⁹), levantou alguma celeuma²⁰.

2.15 Metas de saúde

33. A definição de metas nacionais de cancro e tempo livre de doença²¹ parece ter potencial de impacto positivo, no entanto, são metas que não são atingíveis apenas com melhorias de cuidados de saúde - falta a definição de políticas públicas de saúde para atuar na prevenção e não apenas no diagnóstico ou tratamento.

2.16 A irrelevância da taxa de mortalidade materna

34. Parece fazer pouco sentido que o aumento na taxa de mortalidade materna do ano 2020 seja usado como indicador de insucesso governativo na saúde, quando se trata de frequências absolutas tão baixas (19 mortes em 2020), e com causas externas, não necessariamente por falhas nos serviços.

¹⁹ Recomendações da organização Mundial da Saúde: WHO recommends DNA testing as a first-choice screening method for cervical cancer prevention (n.d.) World Health Organization.

²⁰ Gilham C, Sargent A, Kitchener HC, et al. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2019 Jun. (Health Technology Assessment, No. 23.28.) (disponível [aqui](#))

²¹ "3.1. Consensualização com a 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."

2.17 Natalidade

35. Fica a curiosidade de saber como se pretende aumentar a natalidade em parturientes com menos de 35 anos de idade²². Será que se consideram medidas para diminuir o “*gender pay gap*” como forma de ajudar às decisões de natalidade da população residente em Portugal?
36. Surge também a questão se pode ser argumentado que a baixa natalidade seja consequência das falhas no SNS. Quanto às restantes propostas dentro deste ponto, também não fica claro quanto irão, eventualmente, contribuir para evitar o envelhecimento demográfico. É desejável que as pessoas vivam mais anos, com qualidade de vida (e consequentes reduções nos gastos do SNS). O foco deve ser aumento de QALYs – anos de vida ajustados para a qualidade de vida/ longevidade saudável (mais uma vez, atuação na prevenção parece central para os objetivos traçados). As Estruturas Residenciais para Idosos (ERPis) são importantíssimas, mas parecem ter problemas de recursos humanos e não é claro o seu efeito na longevidade.

2.18 Médico de família para todos

37. Pretende-se alcançar o objetivo de cobertura de toda a população residente por médico de família através da contratualização direta com médicos, seja no público, privado ou social. Atualmente (novembro de 2023), a existência de aproximadamente 1,7M de utentes sem acesso a médico de Saúde Geral e Familiar, torna imperativo a resolução deste problema, seja com recurso apenas ao setor público, ou em serviço de complementaridade com o setor privado e social.
38. O recurso apenas ao setor público para a resolução deste problema, a curto/médio prazo, parece algo inexecutável, tendo em conta a carência já sentida. Desta forma, o recurso a outros prestadores de cuidados de saúde para garantir que um maior número de utentes adquira acesso a médico de família em tempo oportuno, parece ser inevitável. No entanto, falta perceber em que moldes irão ser realizados os contratos com o setor privado e social. Devem ser também contempladas soluções temporárias, dentro do SNS, de acesso a médicos de família.
39. O direito à saúde, que deve ser entendido como direito de acesso a cuidados de saúde, é um direito fundamental, descrito na Constituição da República Portuguesa, que deve ser salvaguardado independentemente das crises económicas, sociais e políticas. A contínua

²² “2.1. Esforço nacional concertado para aumento da natalidade, em especial de parturientes < 35 anos de idade.”

existência de discrepâncias no acesso e equidade refletem assim o insucesso de políticas que têm sido aplicadas nos mais diversos programas políticos ao longo dos últimos anos.

40. As propostas estruturais número 7.1 e 7.2²³ apresentam uma barreira para a sua conceção. A falta de interoperabilidade entre sistemas informáticos (público, privado e social) não possibilita a circulação total e eficiente da informação clínica, do receituário e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Assim, não parece ser viável a curto prazo, a escolha voluntária de médicos de família no setor privado e social por parte dos utentes sem médico de família e o alargamento da rede de utentes com médico de família por via digital. No entanto, poderá ser um dos caminhos a seguir, enquanto não se consegue proceder à formação e fixação de médicos de família em número suficiente para cobrir todo o território nacional.
41. A proposta estrutural número 7.3²⁴ parece ser uma solução mais eficaz, de aplicabilidade imediata. Apenas carece da realização de protocolos entre as várias instituições (SNS24, USF e Parceiros privados). Este protocolo, deverá ser centralizado numa das instituições (SNS24?) que procederá à posterior triagem clínica e geográfica, reencaminhando a consulta digital para o local mais apropriado. É imperativo a existência de um número único de contacto, de forma a facilitar o acesso por toda população no território nacional.
42. A atribuição de médico de família para teleconsultas pode ser uma excelente forma de otimizar recursos existentes. No entanto, é necessário avaliar a distribuição demográfica e geográfica desta falta; não é claro que possa ser uma resposta adequada para todos os utentes que necessitam de acompanhamento por um médico de família. Do mesmo modo, há sérias dúvidas que uma aplicação digital para este fim (APP) fosse utilizada por grande parte da população mais idosa (que é precisamente quem tem maior necessidade de acompanhamento), sobretudo para partilha de dados clínicos, que requerem altos níveis de proteção.
43. Outras questões podem ser levantadas: será vantajoso para os prestadores privados? Não iria incentivar mais prestadores a saírem para o sector privado, assumindo aumento de procura e melhores condições oferecidas? Qual o custo esperado destas medidas? Antes da sua aplicação, será de toda a utilidade conhecer estas respostas, para que os objetivos pretendidos sejam realmente alcançados, e da forma menos onerosa possível.

²³ “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.”

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

2.19 A criação de mais unidades de saúde familiar modelo B (USF-B)

44. A proposta estrutural número 20.1²⁵ reforça a passagem das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) para Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B. Esta é uma ideia partilhada com o Governo, sendo que generalizou a USF-B como o modelo privilegiado. Segundo dados disponibilizados pelo Governo, até junho de 2023, existiam cerca de 304 UCSP, 340 USF modelo B e 268 USF modelo A. Na mesma linha da proposta apresentada pelo PSD, de generalização das USF modelo B, o atual Ministro da Saúde e a Direção Executiva do SNS, definiram como objetivo a passagem de todas USF modelo A (268 USF) para modelo B até ao final do presente ano, permitindo o alargamento da lista de utentes por Médico de Família, no valor máximo de 250 mil utentes. Segundo o governo, esta medida vai implicar um encargo efetivo de 90 milhões de euros inerentes aos acréscimos remuneratórios. Comparativamente com a proposta apresentada pelo PSD, esta última permitiria o crescimento de um maior número de USF modelo B, com a passagem de 304 UCSP. No entanto, o modelo de atividade de uma UCSP é distinto do modelo praticado numa USF, sendo por isso, uma proposta mais morosa e complexa que carece de um maior período para a sua execução. Ainda assim, quanto à passagem de todas as UCSPs para USF modelo B, é natural levantarem-se algumas reservas: a) o que irá acontecer às pessoas sem médico de família nas UCSP? Será o aumento das listas de utentes por médico de família suficiente? 2. Será mesmo esta forma de gestão e pagamento por desempenho a melhor maneira de garantir qualidade (Ryan *et al.* 2016²⁶)?

2.20 Criação do médico de família digital

45. A proposta de um médico de família digital é interessante, sendo evidente que não pode ser resposta para as necessidades de todas as pessoas, pelas características que terão (ver discussão acima, ponto 2.18). A utilização de meios digitais (teleconsultas, mas também telemonitorização) permite que o médico e o doente não precisem de coincidir no mesmo espaço físico para terem uma relação útil. Contudo, duas questões, pelo menos, precisam

²⁵ “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.”

²⁶ Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet*. 2016 Jul 16;388(10041):268-74. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00276-2

de ser resolvidas: *quando o doente precisar de observação física, como e onde se concretiza? E qual a relação de trabalho, relação contratual, do médico de família digital com o SNS?*

2.21 Responder ao flagelo da falta de Saúde Mental: Implementação de um cheque-psicólogo.

46. Corresponde às propostas estruturais números 23.1, 23.2, e 23.4²⁷. De acordo com INE (2021) 24,3% da população com 16 ou mais anos reportou ter sentido um efeito negativo na sua saúde mental com a pandemia COVID-19. Os profissionais de saúde não estão isentos à deterioração da saúde mental. Também nestes grupos profissionais, existiu um agravamento preocupante no pós-pandemia, com os profissionais de saúde a mostrarem sinais de *burnout* elevados²⁸. Desta forma, a existência de estratégias que visam diminuir o impacto negativo na saúde mental são consideradas positivas. No entanto, levantam-se algumas considerações.
47. A proposta estrutural número 23.1 remete para o reforço da oferta existente, sem mencionar de que forma é que este será feito: se através da contratação de recursos humanos (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros com especialidade em saúde mental) ou se através do estabelecimento de parcerias com o setor privado e social, através do cheque-psicólogo.
48. A proposta estrutural número 23.2 refere “Definir a carreira específica do psicólogo clínico no SNS”. No entanto, esta já se encontra regulamentada através do Decreto-Lei nº 241/94, de 22 setembro. Pode pressupor-se uma revisão da carreira do psicólogo clínico com a implementação desta proposta?
49. Com a atual aposta nas Unidades Locais de Saúde (ULS), foi realizado um plano de organização dos serviços de psicologia nas ULS entre a ordem dos psicólogos e a DE-SNS, maximizando a articulação e capacidade de resposta nos cuidados de saúde primários.
50. A proposta estrutural número 23.4 visa reforçar a capacidade instalada no contexto escolar em matéria de acompanhamento psicológico ou por referência com os cuidados de saúde primários e hospitalares. No seguimento do plano de organização dos serviços de

²⁷ “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. 23.4. Reforçar a capacidade instalada em contexto escolar para intervir em matéria de acompanhamento psicológico ou referência para a rede de cuidados de saúde primários ou hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas para este efeito.”

²⁸ Pita Barros, P & Costa, E. Recursos Humanos em Saúde. NOVA Health Economics & Management Knowledge Centre. 2022. Disponível [aqui](#).

psicologia nas ULS, podem ser um excelente veículo de complementaridade entre as várias instituições, promovendo a centralidade dos cuidados no utente jovem. Duas apostas de dois partidos políticos de fácil cooperação e fortalecimento.

2.22 Acesso a medicamentos em farmácias comunitárias

51. Uma proposta partilhada pelo atual Governo é o acesso a medicamentos de dispensa hospitalar através da rede de farmácias comunitárias. É certamente uma ideia que fará o seu caminho, embora se deva ter a noção que, muito provavelmente, irá exigir verbas adicionais para a sua concretização, e que terá de ser definido se essas verbas são canalizadas para os hospitais (agora, unidades locais de saúde na sua maioria), que posteriormente remuneram as farmácias, ou se estas últimas serão pagas diretamente por alguma entidade do SNS. Será necessário saber se a dispensa é decidida por contrato bilateral entre cada farmácia e cada hospital, ou se é obrigatória ao abrigo de um acordo global, ou imposição legal. Também a ausência destes detalhes é partilhada.

2.23 Redução das idas aos serviços de urgência hospitalar

52. O número de episódios de urgência em Portugal tem sido tradicionalmente elevado para a capacidade instalada, provocando grandes dificuldades no acesso a estes cuidados. De acordo com o relatório de acesso aos cuidados de saúde da ACSS (2021)²⁹, Portugal apresentou 5.196.340 episódios de urgência no ano 2021, representando um aumento de 14,1% quando comparado com o ano anterior. A percentagem de episódios de urgência dentro do tempo previsto pela Triagem de Manchester foi apenas de 75,5% no ano de 2021, ainda assim, menos 2,2% do que no ano anterior. No entanto, o mesmo relatório demonstra um aumento de 1,6% de atendimentos urgentes com prioridade verde, azul ou branca, entre o ano 2020 e 2021, com respetivamente 42,5% e 44,1% (ACSS, 2021). Representando quase 45% de todos os episódios de urgência, é imperativo uma ação que vise a sua diminuição da forma mais precoce possível.

53. Afirmar que se vai ou quer eliminar as situações de casos “azuis” e “verdes” nas urgências hospitalares será provavelmente fonte de frustração e incapacidade de resolver o problema. O problema não está nas cores da triagem, dado que será quase inevitável que haja algumas situações de “azuis” e de “verdes”; a classificação é atribuída depois de uma primeira observação no hospital, e antes dessa observação não será possível à pessoa saber

²⁹ Ministério da Saúde. Relatório Anual de Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. 2021

exatamente que situação tem e a sua gravidade. O objetivo de reduzir a utilização das urgências é adequado, mas necessita de mais atenção do que apenas falar em “azuis” e “verdes”, até porque cria pressão para que depois na própria avaliação feita seja tudo mais “amarelo”. Exemplo das dificuldades em utilizar as atuais classificações é dado pela análise de Patrícia Alves Rocha³⁰, em que mesmo doentes avaliados pela linha SNS24 e em consulta de cuidados de saúde primários são classificados como “azuis” ou “verdes” na triagem da urgência hospitalar.

54. A proposta estrutural número 4.1³¹ indica a reorganização dos serviços de urgência com atendimento distinto de azuis e verdes, através de referenciação obrigatória para médico de família após episódio de urgência, pretende contribuir para esta redução do uso dos serviços de urgência.
55. Na proposta apresentada pelo PSD, fica por esclarecer se o utente que é triado com azul e verde é consultado por algum médico ainda no serviço de urgência, ou se é imediatamente referenciado, e de que forma é realizada a referenciação, seja através de sistema informático (*qual sistema? Existe capacidade de interoperabilidade para agendamento de consulta imediato em todo o SNS?*) e em que período útil deverá ser realizado este reencaminhamento.
56. A proposta estrutural número 4.2³² defende a existência de programa piloto para aplicação de equipas dedicadas em serviço de urgência Básica e Médico-Cirúrgica. É importante clarificar o conceito de programa piloto para aplicação de equipas dedicadas em serviços de urgência, porque estas já existem. Atualmente, todos os grupos profissionais que compõe o serviço de urgência (enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) já são equipas dedicadas, exceto a classe profissional médica. Será mais correto falar em criação de equipas médicas dedicadas ao serviço de urgência quando se aborda este tema. Será neste grupo profissional que existem maiores carências na cobertura dos serviços de urgência, que atualmente é feita maioritariamente pelos chamados médicos “tarefeiros” (especialistas e não especialistas) sem vínculo contratual com as instituições de saúde. Será nesta ótica que equipas médicas dedicadas podem ser uma solução. No entanto, alguns dos problemas que têm surgido de forma sistemática nos serviços de urgência do SNS, nem sempre envolvem os médicos “tarefeiros”, mas sim outras especialidades médicas (ginecologia/obstetrícia; pediatria, entre outros) que dão apoio ao serviço de urgência.

³⁰ Alves da Rocha, P. A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal. Tese de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa, 2020. Disponível [aqui](#).

³¹ “4.1. Reorganizar os serviços de urgência com atendimento físico distinto de azuis e verdes – referenciação obrigatória para Médico de Família após episódio de urgência.”

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

2.24 Acabar com as listas de espera

57. A proposta do PSD pretende acabar com as listas de espera. Leia-se, em rigor, terminar com os tempos de espera injustificados, uma vez que o problema não é a existência de lista de espera, mas o tempo de espera que resulte em consequências negativas para a pessoa que procura cuidados. A proposta pretende alcançar este objetivo através da contratualização direta com o setor social, privado e público, de forma a diminuir as listas de espera que ultrapassem os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), seja para consultas, cirurgias ou exames complementares. Esta diminuição acontece através da correção das insuficiências e alargamento do sistema SIGIC.
58. As duas primeiras propostas urgentes apresentam um denominador comum: o desequilíbrio no acesso a cuidados de saúde. O défice apresentado é transversal às diversas áreas e especialidades médicas e cirúrgicas. O Sistema Integrado de Gestão de inscritos para Cirurgia (SIGIC) é apresentado como solução para o cumprimento dos TMRG. Este propõe o alargamento do sistema SIGIC a áreas não cirúrgicas, como consultas de especialidade médica hospitalares, cuidados de saúde diferenciados nos cuidados de saúde primários e meios complementares de diagnóstico, através da amplificação do modelo de *vouchers*.
59. . O impacto que a pandemia de COVID-19 teve no agravamento das listas de espera nos anos 2020 – 21 não é objeto de discordância. Apesar de não estar explícito no relatório do Tribunal de Contas (2020), o agravamento acentuado do número de dias de espera para primeira consulta de especialidade no ano 2020 foi de 171 dias, e considera-se ter como causa principal os desequilíbrios provocados pela pandemia por COVID-19. A atividade cirúrgica eletiva sofreu. É referido também que, baseado em estimativas, cerca de 109 mil cirurgias ficaram por realizar devido à pandemia por COVID-19, sendo que a mediana do tempo de espera³³. No último relatório de acesso aos cuidados de saúde da ACSS (2021) é demonstrado que 21% de todas as consultas foram fora do TMRG, sendo que 5% destas foram realizadas em entidades não SNS.
60. Perante a pressão sentida no SNS nos últimos 3 anos, devem ser criadas/ estabelecidas novas formas de gestão que visem dar resposta ao direito constitucional, de direito à saúde em tempo aceitável e oportuno. Nesse sentido, a generalização do sistema de SIGIC, através da atribuição de vouchers nas diversas áreas clínicas, pode contribuir para o cumprimento do direito, salvaguardando a saúde de todos os utentes. Não obstante, é necessária a revisão dos preços contratualizados, de forma a garantir a manutenção do interesse por parte do

³³ Tribunal de Contas. Relatório nº5/2020 OAC. COVID-19. Impacto na atividade e no acesso ao SNS. 2020 Disponível [aqui](#).

setor privado e social, na aplicação deste modelo. Só assim será possível captar o interesse e motivação do setor privado e social para este serviço de complementaridade.

2.25 Concorrência entre centros de responsabilidade integrada (CRI) pública, privada e social.

61. A proposta estrutural número 8.1³⁴ assume a criação de CRI de 2º geração abertas ao setor público, privado e social com equipas em exclusividade de funções.
62. Nesta proposta levantam-se algumas dúvidas, sendo necessário esclarecer em que consistem os CRI de 2º geração, de que forma são desenvolvidos e organizados e se vai existir novamente a possibilidade de dedicação exclusiva nas instituições de saúde ou se esta vai ser aplicada apenas aos CRI de 2º geração. Não obstante, a aposta nos CRI é atual e pertinente. Este é um modelo de gestão que promove a autonomia de equipas de forma a dar resposta às necessidades dos utentes, sendo compensadas pelo seu desempenho, possibilitando a melhoria na capacidade de resposta, melhoria da qualidade dos cuidados prestados e melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.
63. A proposta estrutural número 8.3³⁵ defende a auditoria externa de resultados clínicos e criação de indicadores de gestão. Para existir uma auditoria externa estruturada, coerente e imparcial, esta deve ser aplicada em condições semelhantes. Com base nesta premissa, quando se realiza análise, auditoria e criação de indicadores de gestão, em ambos os setores (público, privado e social) as condições imperativamente devem ser iguais, no que diz respeito à estrutura, organização, recursos materiais, recursos humanos e ferramentas de gestão.

2.26 Novo estatuto dos Hospitais Centrais Universitários

64. As propostas estruturais números 10.4, 10.5, 10.6³⁶ defendem a existência de 30% de tempo dedicado para educação para médicos e enfermeiros durante um período de 3 anos; 50% para ensaios clínicos internacionais durante um período de 5 anos e tempo dedicado para formação contínua e protocolos clínicos.

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

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

³⁶ "10.4. Tempo dedicado 30% para educação médica e enfermagem (3 anos). 10.5. Tempo dedicado 50% para Ensaios Clínicos internacionais (1 a 5 anos). 10.6. Tempo dedicado para formação contínua Protocolos Clínicos (1 a 3 anos)."

65. A carência de recursos humanos irá dificultar a sua implementação. Se for reduzido 30% do horário de enfermeiros e médicos, tal implicaria um aumento de necessidade de horas suplementares ou novas contratações. No entanto, deve ser uma medida encorajada e facilitada pela sua importância, implicando previamente uma melhor gestão das necessidades futuras evitando quebras na qualidade de cuidados prestados.
66. Não é especificado o tempo dedicado para a formação continua e protocolos clínicos, o que na prática acrescenta problemas às dificuldades acima discutidas.

2.27 Criação de uma rede de centros ambulatoriais

67. A possibilidade de criação de uma rede de centros ambulatoriais³⁷ merece ser explorada, pois não é claro o que significa exatamente, e como se ligarão com as restantes unidades do SNS. Havendo também uma intenção de desenvolver sistemas locais de saúde, falta também saber de que forma são organizados dentro desse sistema, com a criação de mais uma rede (além da rede de unidades de cuidados de saúde primários, da rede de cuidados continuados, da rede hospitalar, da rede de cuidados paliativos, da rede de farmácias, da rede de cuidados e apoio sociais associada às autarquias, etc.).

2.28 Ranking nacional ERS

68. A proposta estrutural número 17.3 promove a existência de um ranking nacional com base nos *outcomes*/ indicadores clínicos e de gestão. A realização de *benchmark* e classificação em ranking pode ser um modo de promover competição saudável, permitindo a busca pela eficiência clínica. Permitirá o reconhecimento daqueles que são eficientes e a responsabilização (nem que seja social) daqueles que apresentam piores resultados.

2.29 Pagamentos a fornecedores externos

69. A preocupação com pagamentos a fornecedores externos³⁸ parece importante para garantir poder negocial do Estado e atrair mais fornecedores. Quanto a desburocratizar o processo, não fica claro qual a forma proposta.

³⁷ "Para este efeito, propõe-se uma nova rede de Centros Ambulatoriais em articulação com as comunidades intermunicipais e as estruturas de saúde preexistentes."

³⁸ "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."

2.30 Cuidados paliativos ao domicílio e no setor social

70. A proposta estrutural número 13.3³⁹ para disponibilização de unidades de cuidados paliativos para adultos em todos os hospitais e misericórdias e instituições sociais de retaguarda apresenta várias barreiras para a sua implementação, desde logo, barreiras estruturais (nem todos os hospitais carecem de estrutura física para a sua implementação), barreiras financeiras (podendo ser aplicado fundos do PRR), barreiras de qualificação de recursos humanos (não existe em número suficiente recursos humanos - médicos, enfermeiros e psicólogos - com as qualificações necessárias e adequadas).

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

3. A proposta da Iniciativa Liberal

71. A parte seguinte do presente documento consiste na análise do Projeto de Lei n.º 859/ XV/ da Iniciativa Liberal (IL), que faz a proposta de uma nova Lei de Bases para o sector da saúde, propondo uma transformação profunda com a criação do Sistema Universal de Acesso à Saúde.

3.1 Considerações gerais

72. A nova proposta de Lei de Bases de Saúde da Iniciativa Liberal assenta na separação de funções do Estado na saúde, propondo que a função de prestador dentro do sistema público inclua também entidades/ profissionais do sector privado, indiretamente financiados pelo orçamento de estado (através de dotação a cada subsistema, ajustada ao risco). Tem como objetivos: garantia de acesso Universal; promoção da liberdade de escolha da pessoa; sem listas de espera no acesso a serviços de saúde; e colocar o utente no centro da tomada de decisão.

73. Na Base 7(3) e 7(4)⁴⁰, o princípio afirmado remete para outra legislação. Não é claro o racional para a decisão. Poderá ser por ausência de pensamento estruturado; poderá ser por concordância com a atual situação; poderá ser por depender de regras ao nível da União Europeia (no caso da Base 7(3)).

74. Ao longo do documento, a universalidade do sistema é assegurada, mas não é referido qual o procedimento caso a pessoa não escolha um subsistema (*default*, aleatório...) (ver discussão infra).

75. Seria de esperar deste partido o argumento económico a favor de melhoria da saúde da população, pelo efeito positivo na produtividade e na economia do país⁴¹.

76. Dado o teor das propostas apresentadas, teria sido útil conhecer uma reflexão sobre as agências de contratualização que existiram e foram extintas em Portugal. Em particular, o que podemos aprender com essa experiência para esta proposta?

⁴⁰ "Base 7 Beneficiários 3. A lei regula as condições da referenciação para o estrangeiro e o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços dos beneficiários do SUA-Saúde. 4. A lei regula a assistência em saúde aos beneficiários do SUA-Saúde reclusos em estabelecimentos prisionais ou internados em centros educativos."

⁴¹ OECD. 2019. *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

3.2 Direito à saúde

77. Na p.1, é afirmado que “todas as pessoas têm o direito a cuidar da sua própria saúde”. (i.e., quais são os deveres associados e quais as consequências de não cumprir com o “cuidar da própria saúde”? É credível que uma pessoa que faça *opting-out* (do Serviço Nacional de Saúde, e até opte por “auto-seguro”) tenha de arcar com as consequências (a nível financeiro) se ficar doente e não tiver, por opção própria, um mecanismo de proteção financeira? O que significa em relação aos outros?). Cuidar da sua própria saúde inclui não correr determinados riscos? Fará sentido ter também os deveres de cada cidadão? O tempo da pandemia colocou em destaque que as decisões individuais sobre a própria saúde podem gerar efeitos negativos sobre outros quando se trata de infeções. Apenas a afirmação apresentada no documento é insuficiente para perceber em toda a sua extensão as implicações que lhe estão, ou possam estar, subjacentes.
78. Na Base 2, é afirmado que se “garante que todas as pessoas usufruem do melhor estado de saúde física, mental e social possível”. Tecnicamente, não se pode dar essa garantia, porque o estado de saúde não é um bem, produto ou serviço transacionável. O estado de saúde decorre também de decisões individuais. Pode-se é garantir o acesso às condições que permitam a oportunidade de alcançar o “melhor estado de saúde física, mental e social” que cada pessoa deseje.
79. Ainda na Base 2, é afirmado que o “Estado garante o direito à proteção da saúde”. O Estado, via SUA-Saúde, protege as pessoas das consequências financeiras que decorrem da necessidade de cuidados de saúde. A diferença conceptual está nas implicações quanto aos instrumentos usados para esta proteção.
80. Na apresentação da Base 3, volta a ocorrer uma confusão conceptual sobre o que é saúde e o que é “cuidados de saúde”. Em conjunto com o afirmado em outras bases, levanta uma dúvida global sobre o quadro conceptual de discussão.

3.3 Direito de livre escolha

81. Na p.2, é afirmada a escolha livre do prestador de cuidados de saúde, independentemente da natureza jurídica desse prestador. Embora se perceba o princípio de livre escolha, há que atender à possibilidade da existência de decisões em contexto de risco moral, e em que alguma limitação é ela própria desejada pelo cidadão. Aliás, este ponto acaba por ser reconhecido na segunda parte da afirmação. Na lógica geralmente considerada boa prática de organização de sistemas de saúde, de ter a medicina geral e familiar como primeiro ponto de contacto da pessoa com o sistema de saúde, e referência a partir desta para outras especialidades ou outros prestadores de serviços de saúde, não há livre escolha total (e essa limitação de escolha é positiva para as pessoas).

3.4 Políticas de saúde

82. Na Base 11(5), é dito que a política de saúde deverá também criar as “condições para o desenvolvimento” do sector público (prestador de serviços de saúde), não sendo claro o porquê da diferença de tratamento face ao sector privado (com ou sem fins lucrativos) na prestação de cuidados de saúde.
83. Relativamente à Base 18(4)⁴², tal deverá pertencer às políticas de saúde do Ministério da Saúde.
84. Na Base 19(2)⁴³, deverá ser clarificado como o requisito de “assegurar a todos os que deles necessitam o acesso aos medicamentos com real mais-valia terapêutica, face aos já existentes” se articula com os subsistemas e as suas redes de prestadores.

3.5 Os profissionais de Saúde

85. No Artigo 2º⁴⁴, sobre as carreiras dos profissionais de saúde, será útil saber quando fica definido centralmente e quando deverá ficar a cargo dos prestadores de serviços de saúde (que são quem contrata esses profissionais de saúde). Não é claro se a intenção é abranger todo o sistema de saúde, ou se apenas o SNS - prestação. Neste último caso, com que facilidade este se poderá adaptar à concorrência na contratação dos profissionais de saúde?
86. Na Base 15(7)⁴⁵, a lógica de carreira profissional aplica-se a qualquer profissional que seja contratado, por qualquer prestador, qualquer que seja a sua natureza?
87. Na Base 15(8)⁴⁶, o disposto leva a que o Ministério da Saúde tenha de fazer a macrogestão de recursos humanos de todos os prestadores? Não é claro em que se traduz, se apenas em

⁴² “4. A política do medicamento deve contribuir para a promoção do desenvolvimento médico e científico e contribuir para os ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, promovendo o uso racional dos medicamentos e a utilização de medicamentos genéricos e biossimilares.”

⁴³ “É promovida uma política do medicamento sólida, racional e custo-efetiva, de acordo com os mais elevados padrões técnico-científicos, por forma a assegurar a todos os que deles necessitam o acesso aos medicamentos com real mais-valia terapêutica, face aos já existentes.”

⁴⁴ “Artigo 2.º Regulamentação e Aplicação - O Governo promove, no prazo de um ano, a adaptação da legislação em vigor e a adoção da legislação complementar necessária para o desenvolvimento da presente lei, que contemple, designadamente, os seguintes aspetos: (...) Carreiras dos profissionais de saúde e outras disposições.”

⁴⁵ “Todos os profissionais de saúde que trabalham no Sistema Universal de Acesso à Saúde têm direito a uma carreira profissional que reconheça a sua diferenciação na área da saúde”.

⁴⁶ “O Estado deve promover e incentivar, em todo o Sistema Universal de Acesso à Saúde, uma política de recursos humanos que garanta: a. A estabilidade do vínculo aos profissionais; b. O combate à

recomendações genéricas, se em regras que têm de ser seguidas por todos os prestadores quando se contratam profissionais de saúde.

88. Na Base 15(10)⁴⁷, qual a necessidade de todos os profissionais de saúde estarem “inscritos na respetiva associação profissional de direito público, caso exista”? Esta obrigação leva a que tenham de pagar quotas (pelo menos).
89. Na Base 16(2)⁴⁸, o que significa “adequado número de profissionais por especialidades”? É satisfação das necessidades do sistema de saúde? Como assegurar esta garantia?
90. A IL defende que a formação conjunta entre as diversas áreas profissionais deve ser reforçada, como forma de estimular o trabalho de equipa e multidisciplinar. Esta é uma medida de extrema relevância perante os desafios encontrados nos dias de hoje no setor da saúde.

3.6 Regulação técnica e regulação económica em saúde

91. Na Base 10⁴⁹, não é claro se há uma separação entre regulação técnica específica do sector da saúde (normas e orientações técnicas clínicas, por exemplo) e a regulação económica (por

precariedade e à existência de trabalhadores sem vínculo; c. O trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde; d. A formação profissional contínua e permanente dos seus profissionais; e. As formas de remuneração e de incentivos financeiros ou de outra natureza, assentes em critérios objetivos de avaliação do desempenho, com base no mérito e nos resultados; f. A conciliação da vida profissional com a vida pessoal e familiar.”

⁴⁷ “Os profissionais de saúde são inscritos na respetiva associação profissional de direito público, caso exista, funcionando a inscrição como registo nacional dos profissionais.”

⁴⁸ “É garantida a formação pós-graduada em todas as áreas de saúde de forma a assegurar a existência de um adequado número de profissionais por especialidades.”

⁴⁹ “Base 10 Acreditação, Regulação e Fiscalização

1. O Estado constitui uma entidade reguladora da saúde, independente e dotada de recursos adequados para exercer, relativamente a todas as entidades que integram o SUA-Saúde, as funções de:
 - a. Autoridade de acreditação de subsistemas e prestadores de cuidados de saúde;
 - b. Autoridade de emissão de normas e orientações técnicas e clínicas;
 - c. Autoridade de fiscalização e supervisão da atividade e do financiamento na área da saúde;
2. A autoridade de acreditação de subsistemas e prestadores de cuidados de saúde procede à elaboração dos requisitos e à análise dos pedidos de acreditação por parte de todas as entidades que integram o Sistema Universal de Acesso à Saúde.
3. A autoridade de emissão de normas e orientações técnicas e clínicas recorre ao mais avançado conhecimento científico e às melhores práticas em termos de eficácia e eficiência terapêutica e tem, ainda, a competência da fiscalização da qualidade no setor da saúde, assente em análises de impacto regulatório rigorosas, indicadores científicos precisos e consultas públicas abrangentes.

exemplo, indução da procura, preços cobrados diretamente aos cidadãos, licenciamento e acreditação de entidades prestadoras de serviços de saúde, análise das condições de concorrência na prestação de serviços de saúde, entre outras). Deveria ser claro que reconfiguração esta Base implica em termos das várias entidades intervenientes neste campo.

3.7 Liberdade de escolha do cidadão

92. É afirmado que a criação de subsistemas que possam ter na sua rede de prestadores públicos, privados, sociais, e cooperativos, conduz à concorrência leal de mercado e a uma consequente melhoria de *'qualidade, eficiência e inovação'*. No entanto, não é claro de que forma são resolvidas as distorções de mercado que advêm da proposta apresentada. Por exemplo, a assimetria de informação entre utente e prestador – o utente não terá, à partida, toda a informação para poder escolher o *'melhor prestador'* (sendo este um conceito em si mesmo subjetivo e difícil de definir).
93. A IL refere também ser essencial possuir liberdade na escolha da equipa clínica sem enfrentar barreiras burocráticas e de limitação arbitrária de recursos. Fica por esclarecer de que forma será realizada a regulação dos recursos e com base em que critérios.
94. Na Base 12(1f)⁵⁰, a escolha do prestador de serviços de saúde não interage com as redes de prestadores definidas pelo subsistema. O crucial é saber se a livre escolha do prestador de serviços de saúde tem de ser coberta pelo subsistema de saúde, o que não será necessariamente o caso, dado o condicionalismo “de acordo com (...) condições de disponibilidade operacional nas redes de prestação”.
95. Na Base 12(3)⁵¹, dado que há a obrigação do cidadão escolher um subsistema, não é claro o que significa “não pode ser discriminado no acesso a cuidados de saúde por ter recusado a celebração de contrato de seguro de saúde”. A interpretação a ter talvez seja a de um prestador de serviços de saúde não poder estabelecer quotas de atendimento por entidade protetora do doente, mas seria um esclarecimento importante.

4. A autoridade de fiscalização e supervisão da atividade na área da saúde tem poderes de fiscalização e supervisão do cumprimento das normas clínicas e financeiras de todo o sistema e do comportamento concorrencial das entidades no mercado.”

⁵⁰ “A escolher livremente e de forma informada, o seu Subsistema de saúde, o seu prestador de serviços de saúde, incluindo a sua equipa clínica, de acordo com os prestadores existentes e condições de disponibilidade operacional nas redes de prestação;”

⁵¹ “Ninguém pode ser discriminado no acesso a cuidados de saúde por ter recusado a celebração de contrato de seguro de saúde, ou a participação em investigação em saúde, ou por ter emitido diretiva antecipada de vontade.”

96. Na FAQ4⁵², a escolha do médico e/ou hospital pode ser feito dentro da rede de cada subsistema, sendo esta uma limitação a uma total liberdade de escolha. É possível que cada subsistema estabeleça condições para uso, pelo utente, de prestadores fora da sua rede própria. Como a rede de cada subsistema será previsivelmente menos ampla que a rede do atual Serviço Nacional de Saúde, e como o SNS tem elementos de escolha dentro de si (o programa Livre Acesso e Circulação), a passagem para um modelo de subsistemas poderá ter uma menor liberdade de escolha face ao atual SNS, pelo menos em algumas situações.
97. Na FAQ5⁵³, a liberdade de ir diretamente a um médico de especialidade (que não seja de medicina geral e familiar) existe, embora o subsistema possa ter uma taxa moderadora na ausência de referência. Esta liberdade terá de ser conjugada com as regras de procura de um prestador fora da rede do subsistema. As regras aplicáveis aos subsistemas deverão tornar claras estas situações.

3.8 Inovação em saúde

98. Na Base 17, é proposto apoiar a investigação. No entanto, não são concretizadas estratégias, sobre as quais existem evidência de efeitos positivos na satisfação e retenção dos profissionais e no avanço dos cuidados. Aparenta ser um chavão (investigação e empreendedorismo) utilizado na proposta sem qualquer intenção de criar um bom ambiente para investigação clínica nas instituições⁵⁴, que não é fácil de identificar nem simples de desenvolver na prática.

⁵² “4/ Vou mesmo poder escolher o meu médico ou hospital? A Liberdade de escolha é um elemento-chave desta proposta. Pode escolher qualquer médico ou hospital que esteja integrado no seu subsistema. Se o médico ou hospital que prefere não fizer parte da rede do seu subsistema, pode mudar de subsistema.”

⁵³ “5/ Posso ir a qualquer médico, de qualquer especialidade? Sim. Porém, é de esperar que, se quiser ser consultado por uma especialidade diretamente sem ser referenciado pelo seu médico de família, tenha de suportar uma taxa moderadora. O recurso ao médico de família como primeiro ponto de contacto e pivot dos cuidados de saúde é assim premiado e congruente com a Definição Europeia da Especialidade de Medicina Geral e Família pela Sociedade Europeia de Clínica Geral/ Medicina Geral e Familiar”.

⁵⁴ Veja-se o relatório: Hex, N, Collins, C, Webb, A, 2019. *Estimate of the economic costs and literature review of the benefits of dedicated research time for Hospital Consultants in the NHS*. York Health Economics Consortium dentro do projecto da *The Academy of Medical Sciences* ‘Enhancing the NHS-academia interface, disponível [aqui](#).

3.9 Descentralização e autarquias locais

99. Na proposta da IL, as intervenções das autarquias locais manifestam-se no acompanhamento aos Sistemas Locais de Saúde.
100. De acordo com o Decreto de Lei nº156/99, 10 de Maio, os Sistemas Locais de Saúde possibilitam uma maior flexibilidade de articulação entre hospitais (públicos/privados), centros de saúde e outras instituições de saúde da mesma área geográfica, permitindo a partilha de recursos, e potenciando a oferta.
101. Esta medida assenta na articulação entre as autarquias e os sistemas locais de saúde, no entanto em toda a proposta da IL, apesar de algumas semelhanças, não corresponde à noção que tem sido usada em Portugal para Sistemas Locais de Saúde.

3.10 Saúde digital: registos de saúde eletrónicos

102. A IL defende que os registos de saúde eletrónicos devem ser centralizados e assentes em plataformas únicas.
103. Apesar de ser uma medida com razão de causa, ainda parece pouco viável a sua implementação. Implicaria a generalização de uma plataforma única de acesso à informação transversal ao público, privado e social. Em vez de uma plataforma única, será melhor garantir a interoperabilidade entre as várias plataformas existentes, que permitem o acesso à informação clínica nos 3 setores.
104. Para além disso, os recursos financeiros necessários à criação e manutenção de uma plataforma única não foram identificados, e podem representar um custo substancial.

3.11 Espaço europeu de dados de saúde

105. Na Base 22 – Dados Pessoais e Informação de Saúde, teria sido natural não ignorar o espaço europeu de dados de saúde e procurar assegurar uma participação ativa de Portugal nas discussões europeias.

3.12 União Europeia

106. A propósito da Base 34 – Relações Internacionais e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, deveria constar uma participação (e uma liderança) no espaço da União Europeia.

3.13 Financiamento do sistema de saúde

107. Segundo a FAQ16, *“O sistema atual só gasta o que as Finanças permitem”*. Tal é factualmente errado. Se assim fosse, os pagamentos em atraso decorrentes de gastar mais do que está orçamentado nunca existiriam (e teriam como provável consequência menor, ou mesmo interrupção, atividade assistencial). Além de haver muita despesa realizada fora do Serviço Nacional de Saúde (diretamente paga por este ou pelo cidadão, via participações).
108. Na FAQ26, sobre o financiamento ajustado pelo risco, é reconhecido que este não evita a necessidade de um fundo de compensação. As atividades indiretas de seleção de riscos dever ser *“neutralizadas”* no contexto do mecanismo de pagamento.

3.14 SUA-Saúde: entidade ou sistema?

109. Na p.3, a entidade SUA-Saúde toma a figura do segurador público, tornada ativa e autónoma. Será formalmente uma ACSS reforçada, segundo estes princípios expressos.
110. Na p.5, o financiamento da entidade SUA-Saúde (SNS proteção/financiamento) é feito por capitação ajustada pelo risco. A definição dessa capitação vai exigir a necessidade de informação para fazer esse ajustamento e, ao mesmo tempo, evitar a seleção pelo risco (ainda que indireta) por parte dos subsistemas. Ao ter de cumprir simultaneamente dois objetivos – dar verbas para o funcionamento dos subsistemas, incluindo a compra por estes de serviços a prestadores de cuidados de saúde, e evitar incentivos para os subsistemas fazerem seleção de utentes (de forma indireta, pois as regras propostas impedem a seleção explícita de utentes, que não podem ser recusados pelos subsistemas).
111. Na Base 4, o SUA-Saúde é definido como o *“conjunto de entidades, regras e recursos que consubstanciam o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde”*, ou seja, o SUA-Saúde é descrito como um sistema. Na verdade, não é esse o papel do SUA-Saúde definido noutras Bases da proposta da IL. O SUA-Saúde é uma entidade que canaliza verbas para redes de prestadores. Em concreto, o SUA-Saúde não vai microgerir os prestadores de serviços de saúde. Segundo a Base 4(3), *“O SUA-Saúde pauta a sua atuação pelos seguintes princípios (...)”*. Daqui decorre uma perplexidade: o SUA-Saúde ou é uma entidade ou é um sistema. Um sistema não tem *“atuação”*, tem equilíbrio dados pelas decisões dos agentes que fazem parte do sistema. Há uma confusão conceptual que é necessário clarificar.

112. Na Base 4(3g)⁵⁵, não está definido o que é sustentabilidade financeira do SUA-Saúde; em particular, será relevante saber se é uma definição similar à apresentada pela Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde em 2006⁵⁶, ou se é uma outra definição.
113. Na Base 4(9)⁵⁷, o SUA-Saúde assegura a existência de sistemas de informação. Não é claro o significado, pois parece apontar para o SUA-Saúde não se remeter apenas a ser pagador dos subsistemas e dever ter um grupo de profissionais próprio que dê seguimento a este princípio (que passa apenas por regulação? Ou envolve intervenção operacional criando e impondo instrumentos informáticos, à semelhança do que faz atualmente a SPMS?).
114. A “marca” SUA-Saúde aparenta ter potencial, algo que pode ser importante na satisfação e confiança dos próprios cidadãos na utilização dos serviços e na sua defesa (veja-se o exemplo da NHS no Reino Unido).

3.15 Subsistemas de saúde – um novo papel

115. Na p. 3, não é totalmente claro da exposição se os subsistemas podem ter prestação direta de cuidados de saúde, ou se têm de construir uma rede de prestadores externos ao subsistema. Há vantagens e desvantagens em cada opção, que deveriam ser discutidas. Embora seja dito que os subsistemas não podem rejeitar inscrições de utentes, há efeitos de autoseleção que podem ser induzidos, através da escolha de prestadores incluídos na rede que cada subsistema decide ter.
116. Na p. 4, fica a dúvida sobre se os subsistemas não deveriam ter a sua dotação definida pela SUA-Saúde?
117. Ainda na p. 4, a ideia de subsistema público assente da ADSE terá de resolver algumas inconsistências na sua formulação. A ADSE é uma mutualidade para os trabalhadores do Estado. Será preferível ter uma mútua nova (e eventualmente extinção ou integração da ADSE atual, se essa for a escolha dos seus beneficiários). Abrir a ADSE a outros que utentes que não sejam trabalhadores do Estado tem de levar forçosamente a uma revisão da gestão da ADSE como instituto público de gestão partilhada. Mesmo para os novos subsistemas que

⁵⁵ “Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos disponíveis”.

⁵⁶ Ministério da Saúde, 2007. Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Disponível [aqui](#).

⁵⁷ “O SUA-Saúde assegura a existência de sistemas de informação que permitam o acesso a dados clínicos, de forma colaborativa entre subsistemas, setores e profissionais de saúde, com a aplicação dos mecanismos necessários para mitigar os riscos inerentes à existência destes sistemas.”

se pretende criar, deverá ser feito um novo regime para a atividade das mútuas em Portugal, dado que a descrição apresentada para os subsistemas se aproxima mais dessa figura do que da figura de companhia seguradora a atuar no mercado privado. Aqui poderá ser útil olhar para a experiência de mútuas a operar no mercado segurador português, e perceber se esse papel poderá evoluir para o de subsistema, ou não.

118. Outra questão em aberto é se todos os subsistemas terão igual acesso aos prestadores públicos. É uma opção que está disponível, ou são obrigados a fazê-lo? (de outro modo, como é contornado o problema para o SNS enquanto prestador se os subsistemas não quiserem usar o SNS como prestador de serviços de saúde?).
119. A IL defende que em cada um dos subsistemas, o valor a pagar pelo utente será o mesmo. Se um subsistema, apostar em cuidados de saúde mais diferenciados e por isso, com maior encargo orçamental, será que a bolsa de compensação pelo risco é suficiente? Não favorece a procura por cuidados de saúde menos diferenciados? Se os prestadores são livres de escolher que tipo de cuidados vão fornecer, com base nas redes de cuidados exigidas com esta proposta, não vai promover um menor número de cuidados diferenciados dos que já existem? Diz que poderá existir consignação da receita fiscal, a curto prazo. Durante quanto tempo? Haverá um limite máximo ao valor da consignação?
120. Na Base 6(3)⁵⁸, é imposto o mandato de adesão de um cidadão a um subsistema. Importa também definir o que sucede se os cidadãos não fizerem explicitamente essa escolha. Deveria prever-se uma distribuição aleatório desses cidadãos pelos diferentes subsistemas, de forma que nenhum cidadão ficasse sem ter cobertura.
121. A Base 6 – “Subsistemas de saúde” provavelmente deveria estabelecer os pressupostos e mecanismos de extinção de subsistemas.
122. Da Base 6 (e anteriores), não é claro se um subsistema pode ser detido integralmente por donos ou acionistas estrangeiros, que decidam usar como prestadores de serviços capacidade de prestadores estrangeiros.
123. Na Base 8 – “Responsabilidade do Estado”, é afirmada a responsabilidade do Estado em “assegurar que os subsistemas são adequadamente financiados”. Qual o significado exato desta base? Em particular, admite que se os subsistemas não forem economicamente eficientes, tendo perdas recorrentes, terão de sair do sistema de saúde (e remetendo para as condições de extinção de um subsistema, que deveria figurar numa outra base)?

⁵⁸ “Todas as pessoas terão de aderir a um Subsistema de Saúde à sua livre escolha”

124. Na Base 9(2)⁵⁹, porque é o Ministério da Saúde que garante aos subsistemas um valor *per capita*? Não deveria ser esse o papel do SUA-Saúde enquanto entidade? A definição de um valor *per capita* ajustado para o risco implica a recolha e o tratamento de informação individual sobre o percurso do cidadão no sistema de saúde ao longo de um período temporal (tipicamente um ano), sendo claro que departamento no Ministério da Saúde terá este papel técnico.
125. Na FAQ7⁶⁰, trata, de forma mais clara que nas Bases, a exclusão do sistema. Os subsistemas não podem negar-se a admitir utentes. Para os utentes de muito elevado custo que serão tratados pelos subsistemas, fará sentido ter um fundo de compensação para estes casos. Sugere-se o estudo do Fundo de Alto Custo⁶¹ estabelecido na Colômbia, como exemplo prático de fundo (ou câmara de compensação).
126. Segundo a FAQ11⁶², deverá ser criada uma situação automática para as pessoas que não cumpram o seu dever de *"estar obrigatoriamente inscrito num subsistema de saúde"*. Uma distribuição aleatória de cidadãos não inscritos poderá ser usada neste contexto (permitindo depois um prazo de um mês, por exemplo, para os cidadãos alterarem a escolha introduzida pelo mecanismo aleatório de atribuição inicial).
127. De acordo com a FAQ27⁶³, é importante a possibilidade de falência dos subsistemas, com a garantia dos utentes transitarem para outro subsistema. Poderá, num processo de

⁵⁹ "O Estado, através do ministério responsável pela área da saúde, garante aos Subsistemas de Saúde e aos setores contratualizados um financiamento transparente, por meio de um valor per capita que tenha em conta as condições sociodemográficas e de risco das pessoas."

⁶⁰ "7/ Alguém pode ser excluído do novo sistema? Não, ninguém poderá ser excluído. Nenhum subsistema pode excluir ou recusar a adesão de uma pessoa, seja sob que critério for (idade, género, rendimento ou condições clínicas pré-existentes, ou qualquer outro). Importa ainda destacar que a proposta contempla que indivíduos em situação de desemprego, inativos, apátridas ou refugiados não serão excluídos. Ainda, cidadãos portugueses a residir e trabalhar no estrangeiro poderão ter acesso aos subsistemas de saúde em Portugal. O mesmo acontecerá com cidadãos estrangeiros a residir legalmente em Portugal serão altamente aconselhados a aderir a um subsistema - ou individualmente, ou via empregador. O critério de adesão é residência e não, necessariamente, a nacionalidade. Assim, ninguém ficará excluído."

⁶¹ Disponível em (República da Colômbia): <https://cuentadealtocosto.org>

⁶² "11/ A adesão a um subsistema é obrigatória? Sim. O acesso aos cuidados de saúde que a Iniciativa Liberal propõe é universal e obrigatório. Pressupõe que todos os cidadãos devem estar obrigatoriamente inscritos num subsistema de saúde."

⁶³ "27/ E se um subsistema se torna insolvente? Note-se que, atualmente, o SNS entra em falência sempre que não cumpre as suas obrigações, por exemplo, quando gera longas filas de espera. Pretendemos mitigar esse risco com o sistema proposto. Assim, os subsistemas serão sujeitos a regras prudenciais, relativas, por exemplo, ao seu nível de capitalização que promovam a sua solvência de forma sustentada, bem como estão sujeitos a forte regulação e fiscalização independentes. Por outro lado, assegurar-se-á o financiamento sustentável dos subsistemas. Em todo o caso, a liberdade para concorrer no mercado acarreta responsabilidade para os subsistemas em causa, que podem, teoricamente, ficar insolventes. Em caso de insolvência, os outros subsistemas aceitarão os utentes que ficaram sem oferta, com o auxílio, se

falência, ocorrer um duplo pagamento, que terá de ser acautelado em termos de os utentes não ficarem desprotegidos e do Estado / SUA-Saúde / SNS-financiador ir buscar o que for possível dessa verba que seja necessária ao subsistema em falência.

128. Na FAQ31⁶⁴, sobre a oferta dos subsistemas, é dito que a oferta será a mesma em todos. Porém, o que será igual é a cobertura base definida. Elementos adicionais de cobertura e a rede de prestadores poderá ser diferente. Estes serão elementos de concorrência entre subsistemas. Poderão vir a ser iguais, ou não, dependendo das decisões e da competência de gestão de cada subsistema.

3.16 Custos do Sistema de Saúde organizado em Subsistemas

129. A IL refere que os custos totais diretos com a saúde (público e privado) implicarão um aumento de despesa de 1% do PIB. Existem medidas de controlo de despesa dos subsistemas sobre os prestadores, que são pagos com base na produção. Os custos *out of pocket* (pagamentos directos pelos utentes) nos Países Baixos são de 10,6% e em Portugal são de 30,5%. Os subsistemas têm receitas fixas (valor *per capita* ajustado ao risco). Se os prestadores e os subsistemas quiserem ganhar mais, terão de aumentar a captação de novos utentes (aumentando o nível de satisfação) e reduzir mais custos (mantendo o nível de satisfação). A existência de uma câmara de compensação para os subsistemas permite compensar aqueles que vão assumir maior risco.

130. Fica por esclarecer qual a previsão de custos *out of pocket* que os utentes em Portugal terão com a passagem para um sistema de saúde organizado em subsistemas. Adicionalmente, não são referidos os custos para a sua implementação, qual a previsão de contribuições que irão ser feitas pelos utentes através dos subsistemas. Este modelo de subsistemas assenta na autonomia e financiamento por produção, podendo ser realizado um paralelismo, numa escala diferente, com os Centros de Responsabilidade (CRI) Integrada, que têm como objetivo melhorar o acesso e as condições remuneratórias dos profissionais de saúde, através do cumprimento ou não dos objetivos contratualizados.

necessário, de novo financiamento ajustado ao risco do novo cenário de beneficiários. Pode também existir uma reestruturação do subsistema, quando possível. Havendo maior transparência, será mais fácil antecipar o problema, bem como fazer uma melhor gestão do mesmo e resolvê-lo. Além disso, está garantido direito dos utentes em escolher outro subsistema e encontrar uma solução para os seus problemas de saúde.”

⁶⁴ “31/ Os subsistemas irão oferecer todos a mesma coisa? Ou alguns subsistemas podem oferecer mais coisas? A oferta será a mesma. Mas a prática concreta poderá ser diferente. Alguns subsistemas poderão oferecer acessos a consultórios, clínicas ou hospitais diferentes, ou ter uma política de taxas moderadoras diferente, mais ou menos vantajosa (ainda que igualmente controlada).”

131. Por fim, deverá ser clarificado quem ou como é financiada a câmara de compensação. Uma possibilidade é através de uma correta definição das contribuições dos subsistemas para essa câmara de compensação.⁶⁵

3.17 Serviço público de saúde e SNS enquanto conjunto de prestadores públicos

132. Na p.4, a proposta pretende que o SNS garanta o “serviço público”, embora não esteja definido o que significa e quanto tem de ser pago para que esse serviço público exista. Em particular, se é definido um contrato base que é usado por todos os subsistemas com valores que garantam a sustentabilidade financeira do SNS – prestação.

3.18 Financiamento versus prestação

133. Da Base 2(5)⁶⁶, não é claro do que se está a falar, se da prestação se da componente de seguro. Aparenta existir alguma mistura de planos (prestação e seguro/financiamento).

3.19 Proteção financeira

134. Da Base 3(5)⁶⁷, é necessário definir o que se entende por “responsabilização partilhada”, dado que em alguns contextos tal é entendido como implicando responsabilização financeira dos utentes.

3.20 Equidade no acesso a cuidados de saúde

135. Coberturas adicionais optativas, pagamento de taxas moderadoras, e taxas para acesso a especialidades médicas poderá manter (ou agravar) as iniquidades existentes⁶⁸ de acesso

⁶⁵Barros PP. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. J Health Econ. 2003 May;22(3):419-43. doi: 10.1016/S0167-6296(02)00119-4.

⁶⁶ “Os subsistemas de saúde asseguram a prestação da generalidade dos cuidados de saúde, havendo intervenção pública apenas quando os subsistemas não suprem uma determinada necessidade;”

⁶⁷ “É assegurada a responsabilização partilhada de todos os intervenientes, incluindo o utente maior e capacitado, sobre os vários aspetos e fatores da saúde, nomeadamente o uso racional de recursos, de princípios de eficiência, da solidariedade e da sustentabilidade.”

⁶⁸ van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006 Jan 17;174(2):177-83. doi:

a diagnóstico precoce (e consequente resultado) / cuidados de saúde no geral. Por exemplo, uma pessoa de rendimento médio/ médio-alto poderá optar por pagar a taxa moderadora dentro do seu subsistema para ir a um especialista e não utilizar o seu seguro de saúde (que continua a existir, segundo a proposta), sobrecarregando o sistema.

3.21 Seguros de saúde privados

136. Na Base 31⁶⁹, do que está sobre os seguros privados de saúde, é ambíguo se estes poderão ser uma alternativa aos subsistemas, isto é, se uma seguradora poderá evoluir ou adquirir um subsistema existente.
137. Segundo a FAQ22, não é admitido que as seguradoras privadas possam ter segurados em regime de *opting out*, alternativa a cobertura por subsistema. Importa clarificar na Base qual a situação pretendida.

3.22 Fragmentação

138. Na Base 2(6)⁷⁰, a “lógica descentralizadora” não é clara a que respeita, se a referência é a prestação de serviços de saúde ou é a proteção financeira. Em qualquer caso, parece ter o potencial para “fragmentar” e com isso criar problemas de funcionamento no sistema de saúde.

10.1503/cmaj.050584. Marreiros Bago d'Uva, T. (2010). Equidade no Sector da Saúde em Portugal. In J. Simões (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percorso Comentado*

⁶⁹ “Seguros de Saúde 1. Os seguros privados de saúde são de adesão voluntária. 2. A subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos. 3. Os estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação. 4. Os seguros de saúde estão sujeitos a regulação prudencial e comportamental adequada, bem como a um regime de supervisão intrusivo e independente.”

⁷⁰ “Distribuição das atribuições e competências entre as autarquias locais e as regiões autónomas, numa lógica descentralizadora”.

3.23 Taxas moderadoras

139. Da Base 30⁷¹, o papel das taxas moderadoras deverá ser deixado às decisões das redes de prestadores e aos subsistemas, nos contratos, acordos e convenções que estabeleçam.
140. A IL incentiva uma utilização das taxas moderadoras para a utilização responsável e racional dos serviços de saúde, o que aparenta limitar a liberdade dos subsistemas na sua definição (até como instrumento competitivo).
141. Pode colocar-se a questão de saber se as taxas moderadoras realmente racionalizam o acesso aos serviços de saúde. De acordo com o último relatório de Acesso a cuidados de Saúde de 2022, 6 milhões de utentes estão isentos de pagarem taxas moderadoras. O mesmo relatório afirma que as despesas médias com as taxas moderadoras caíram consideravelmente, não apresentando peso significativo nas despesas em saúde.
142. Com este nível de isenção das taxas moderadoras, é fácil admitir que desempenham um papel de moderação de procura com pouco valor terapêutico associado. É relativamente claro que as taxas moderadoras só deverão estar presentes quando se tratar de serviços cuja decisão sobre o uso se deve exclusivamente a quem tem de pagar a taxa moderadora.

3.24 Saúde Pública

143. Na Base 23 - "Saúde Pública", seria expectável ter uma definição de saúde pública, visto que não é evidente que haja uma definição global consensual.

⁷¹ "Base 30 Taxas Moderadoras

1. É incentivada uma utilização responsável e racional dos serviços de saúde, através da cobrança de taxas moderadoras. 2. A lei estabelece os respetivos valores e limites de aplicação, bem como a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade. 3. A lei deve prever que a cobrança de taxas moderadoras não é aplicável aos cuidados de saúde primários e sempre que a origem da referência for o SUA-Saúde, nos demais cuidados de saúde. 4. As taxas moderadoras não devem ser encaradas como uma forma de financiamento do Sistema Universal de Acesso à Saúde"

144. Em concreto, no elemento Base 23(5)⁷², qual a relação com os sistemas de vigilância internacionais, nomeadamente a nível da União Europeia (de que são exemplos, o ECDC⁷³ e a mais recente HERA – *Health Emergency Preparedness and Response Authority*)⁷⁴.
145. São poucas as referências à melhoria da saúde da população pela promoção de ambientes saudáveis, de políticas públicas de saúde que visem a prevenção de doença e aumento de qualidade de vida. Embora haja forte evidência que a carga da doença nas populações é em grande parte por causas preveníveis e/ou evitáveis (comportamentais e estilos de vida)⁷⁵, e não apenas por falta de acesso a cuidados, não existe uma proposta concreta de melhoria da ação/ competências/ investimento na Saúde Pública.
146. Nos pontos acrescentados à Base sobre a Autoridade de Saúde, é estabelecida a independência entre as funções da autoridade de saúde e os serviços de saúde; pode ser argumentado que *independência* não é desejável neste caso. Promove, potencialmente, uma visão sectorial da saúde, onde o estudo da saúde das populações não é tido em conta para indicadores clínicos, e que os indicadores clínicos não são incluídos na vigilância epidemiológica (que deve ir para além das doenças infecciosas).
147. A proposta da IL confere também ao Instituto Nacional de Saúde (INSA) novas responsabilidades, sendo que se pode questionar sobre a sua capacidade de assumir papéis adicionais sem ter um modelo de financiamento adequado e uma gestão preparada para essas novas tarefas, para as desempenhar de uma forma efetiva e eficiente.
148. Onde é referido que “*deve ser desenvolvido um sistema de vigilância de saúde pública*”, da forma descrita, deve reconhecer-se que este já existe, mas é seriamente subfinanciado, sem grande visão estratégica, no que é possível aperceber em termos da informação pública disponível.

⁷² “Deve ser desenvolvido um sistema de vigilância de saúde pública, nos termos da lei, que permita identificar, avaliar, gerir e comunicar, de forma transparente e rigorosa, situações de risco relativamente a doenças transmissíveis e outras ameaças para a saúde pública, bem como ter sistematicamente preparados e atualizados planos de contingência face a situações de emergência ou de calamidade pública e determinar as medidas temporárias necessárias à proteção da saúde pública.”

⁷³ Website da Agência Europeia de Prevenção e Controlo de Doenças, em: <https://www.ecdc.europa.eu/en>

⁷⁴ Autoridade Europeia de Preparação e Resposta a Emergências de Saúde Pública. Mais informação no website da Comissão Europeia, disponível [aqui](#).

⁷⁵ Veja-se Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*. 2010 Nov 20;376(9754):1775-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61514-0. Veja-se, igualmente: Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5;358(23):2468-81. doi: 10.1056/NEJMsa0707519.

149. Em particular, há desconhecimento sobre quem define as prioridades para a vigilância. Qual a intervenção, se alguma, de várias entidades como a DGS, o INSA, ou até mesmo o CNS? E avaliação das políticas em saúde (ciclo diagnóstico – monitorização – avaliação)? E quem faz as análises económicas independentes? Tanto quanto é possível conhecer da informação publicamente disponível, não é claro que o INSA disponha de competências na área de análise económica.

3.25 Literacia em saúde

150. Na Base 14 - “Literacia para a Saúde”, deverá ser considerada uma entrada para a necessidade de curadoria da informação para combater problemas de desinformação e de informação falsa. Adicionalmente, há diversas entidades a trabalhar no tema, cujos contributos devem ser considerados na definição de estratégias neste campo.

3.26 Equidade no acesso a cuidados de saúde

151. Na Base 11(2c)⁷⁶, deverá ser equidade (igualdade de acesso para igual necessidade) e não apenas igualdade (atendendo ao que aparenta ser o espírito deste ponto).

3.27 Sistemas Locais de Saúde

152. Na Base 33⁷⁷, fala-se em sistemas locais de saúde, mas o conceito e o que representa no sistema de saúde é na ligação entre as várias entidades (SUA-Saúde, subsistemas, prestadores de cuidados de saúde) não se encontra definido na proposta.

⁷⁶ “A igualdade no acesso e na realização das prestações de saúde e a não discriminação das pessoas, nomeadamente em razão da sua situação económica, condição social, sexo, género, orientação sexual, ascendência, etnia, língua, idade, constituição genética, deficiência, estado de saúde, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, nível de instrução ou local de residência;”

⁷⁷ “A intervenção das autarquias locais manifesta-se, designadamente, no acompanhamento aos sistemas locais de saúde, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde”

3.28 Complementaridade público-privado

153. Na p.1, é referida a “*complementaridade entre prestadores*”. Essa complementaridade entre prestadores tem que significado? “Reserva de mercado” para cada tipo de prestador? Um tipo de prestador só pode fazer o que outros não fizerem? Estando as alternativas disponíveis para escolha da pessoa, estarão necessariamente em concorrência. A existência de liberdade de escolha por parte da pessoa significa que pode optar por um prestador em vez de outro, o que tecnicamente é uma situação de concorrência e não de complementaridade. Complementaridade surgiria, na prestação, quando um serviço ou produto de saúde tivesse necessariamente de ser acompanhado por outro, ou quando um serviço ou produto de saúde ocupasse um espaço de uso que não fosse passível de ser preenchido por outro. Não aparenta ser este o espírito da proposta da IL, pelo que é relevante que defina o que entende por complementaridade.

3.29 Concorrência entre prestadores

154. Também não é claro quais serão os incentivos dos prestadores e dos próprios subsistemas (nomeadamente de natureza privada); haverá incentivo na contratação de prestadores (de que forma são contratados?) que reduzam a quantidade de cuidados de saúde, representando assim uma redução nas despesas para os subsistemas?

155. A resposta poderá ser que a eficiência (resultados em saúde/custo) aumenta com a livre escolha, no entanto, as falhas de mercado distorcem os comportamentos dos agentes nestes casos. A concorrência entre prestadores poderá também ocorrer na fase de pertencerem a redes estabelecidas pelos subsistemas ou seguradoras privadas, caso em que estes possuem os incentivos necessários para a recolha e tratamento de informação sobre as condições de prestação de serviços.

3.30 Prestadores públicos de cuidados de saúde

156. Não se compreende bem como seriam enquadrados os prestadores públicos nas redes de cada subsistema e qual seria então a figura jurídica do SNS.

3.31 Diversidade de prestadores

157. Na Base 2, é afirmado que se garante a diversidade de prestadores. Há dúvida sobre como deve ser lida esta garantia: existirão pelo menos dois prestadores de serviços de saúde, para cada tipo de serviços de saúde? Como se assegura essa garantia? Quem pagará

o que for necessário, e em que moldes, para que essa garantia se concretize? Esta diversidade encontra-se diretamente ligada aos elementos anteriores de complementaridade e de concorrência entre prestadores e entre subsistemas.

3.32 Relações contratuais prestadores - subsistemas

158. Relativamente à conjugação das Base 5 e Base 6, é afirmado que os *“os prestadores de cuidados de saúde do SNS podem integrar um ou mais subsistemas”*, depreendendo-se da Base 6 que deverá ser por acordo (contrato) ou convenção. Haverá toda a vantagem ser mais claro sobre as relações contratuais que se espera que sejam estabelecidas.

3.33 Cuidados de saúde baseados no valor

159. Na p.5, é feita referência à *“medição objetiva dos resultados alcançados”*, sendo essencial referir quem tem de o fazer (ou certificar, se for auto-reportada pelos subsistemas).

3.34 Listas de espera ou tempos de espera?

160. Na p.6, a IL pretende que o SUA-Saúde assegure a redução das listas de espera. Aqui o ponto essencial é a redução dos tempos de espera, que é compatível com diferentes dimensões das listas de espera, desde que a capacidade de prestar serviços consiga assegurar a resposta às necessidades existentes em maior ou menor medida.

161. A IL afirma que o tempo de espera, para uma cirurgia geral muito prioritária no Hospital Santa Maria em Lisboa, é de 170 dias, sendo que deveria ser realizada num período máximo de 15 dias. A título de exemplo, a 26 de dezembro de 2023, uma cirurgia geral muito prioritária - doença oncológica e não oncológica_ no mesmo hospital era de 17 dias. Mesmo assim, ultrapassa os 15 dias de TMRG para uma cirurgia muito prioritária. A utilização de exemplos desta natureza poderá depender do dia concreto em que são feitas as consultas à informação disponível publicamente. Em qualquer caso, é reconhecido a importância de uma redução dos tempos de espera no Serviço Nacional de Saúde.

3.35 Organização em redes especializadas

162. Os prestadores, de forma a otimizar os seus resultados, irão, com o patrocínio dos financiadores, organizar-se em especialidades (*“Se não podem ganhar na receita, ganham na eficiência!”*). Propõe a criação de redes de especialidade: redes de maternidades, oncologia

(IPO), redes de ortopedia. Hospitais centrais têm níveis elevados de desperdício e de descontrolo financeiro.

163. A proposta da IL refere a necessidade de funcionar de forma articulada, pela necessidade cada vez maior de cuidar de forma multidisciplinar. No entanto, não explica como se irá realizar essa articulação. Será através de recurso à tecnologia digital? Teleconsulta? Ou realização de protocolos, que promovam o acesso fácil de profissionais de saúde especializados de grandes centros para se deslocarem fisicamente a estas redes de especialidade? Fica a dúvida se continuariam a existir grandes centros multidisciplinares com acesso a todas as especialidades.

3.36 Cuidados continuados e cuidados paliativos

164. Relativamente à Base 26, que trata sempre em conjunto a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, sugere-se o tratamento em separado dessas redes.

165. Em termos operacionais, porque são estas redes tratadas de forma totalmente independente do SUA-Saúde e dos subsistemas? O que impede os subsistemas de oferecer uma cobertura que inclua serviços de cuidados continuados e serviços de cuidados paliativos? Não é claro o que é decisão do Estado (e qual a entidade do Estado envolvida) e o que é decisão dos subsistemas.

166. Em particular, não se percebe a justificação para o financiamento direto dos prestadores destas redes, criando fragmentação adicional dos mecanismos de pagamento e com potencial prejuízo para a continuidade de cuidados.

167. O mesmo tipo de considerações é aplicável à forma como é introduzida e tratada a Rede Nacional de Cuidados a Doenças Raras.

3.37 O modelo dos Países Baixos

168. A grande reforma proposta pela IL assenta em replicar para Portugal a reforma que se fez nos Países Baixos em 2006. É relevante, por isso, conhecer um pouco mais sobre o foi feito e que resultados teve essa reforma (e se os mesmos se adequam à população portuguesa, às suas características e preferências sociais).

169. A IL refere que quase não existem listas de espera no Modelo de Saúde Holandês. De acordo com o relatório *Health at a Glance Europe 2022*⁷⁸, os Países Baixos, em 2020, apresentaram uma média de 60 dias para a realização de uma cirurgia para as cataratas. Outros exemplos de tempos de espera não negligenciáveis também existem neste país.
170. Sobre as motivações e resultados da reforma nos Países Baixos, é útil recorrer à literatura existente:

“Em janeiro de 2006, os Países Baixos iniciaram uma reforma do seu sistema de saúde baseada nos princípios da concorrência regulada (Enthoven, 1988). Em meados da década de 1970, Alain Enthoven apresentou uma proposta que procurava criar acesso universal e concorrência no sistema de saúde privado dos EUA. Chamada de concorrência regulada ou administrada, na época era a proposta mais sofisticada até então para uma abordagem de "mercado" da política de saúde (Starr, 1982). Os Países Baixos parecem ser o país que mais foi longe na implementação do modelo de Enthoven e das suas ideias sobre a concorrência gerida.

O impacto dessa cultura política, que constitui um elemento importante da chamada democracia de consenso (Lijphart, 1999) e do estilo neocorporativista de formulação de políticas públicas na Holanda (Visser & Hemerijck, 1997; Andeweg et al., 2020), é claramente reconhecível nas reformas dos cuidados médicos e de longa duração. A estratégia do governo sempre foi obter o apoio das principais organizações para as suas reformas, envolvendo-as na formulação de políticas em troca de influência política. Consequentemente, as reformas foram menos radicais do que o governo inicialmente tinha em mente e levaram muito mais tempo do que o previsto. A necessidade de compromisso político estava também estreitamente associada à tradição de governo de coligação na política neerlandesa. As reformas só foram viáveis depois de terem acomodado suficientemente os desejos dos partidos políticos que constituíam a coligação governamental da época. (...)

Conclusões

Os objetivos políticos da reforma consistiam em alcançar um sistema de cuidados de saúde com liberdade de escolha, que oferecesse cuidados de elevada qualidade aos doentes e que fosse acessível a todas as pessoas (acesso universal), baseado na solidariedade e a preços comportáveis do

⁷⁸ OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

ponto de vista financeiro (sustentabilidade financeira). A reforma foi um sucesso? Terminamos este estudo com as seguintes conclusões.

Liberdade de escolha

A reforma aumentou a liberdade de escolha. Os consumidores são livres para escolher sua seguradora de saúde e tipo de plano de saúde. Podem mudar no final de cada ano. Podem também optar por uma franquia voluntária.

- Um grupo restrito de consumidores (jovens, ensino superior, boa saúde) foi o que mais beneficiou da liberdade de escolha.*

A contratação seletiva (que raramente é aplicada) não restringiu a liberdade de escolha.

Acesso universal

O sistema de saúde neerlandês apresenta bons resultados em termos de acesso universal aos seguros de saúde. A Lei do Seguro de Saúde garante a todas as pessoas o acesso ao seguro de saúde. A percentagem de não segurados é muito baixa.

Em comparações internacionais, os cuidados de saúde neerlandeses apresentam pontuações elevadas na dimensão do acesso (OCDE, 2020). Embora a franquia obrigatória tenha sido criticada como uma barreira financeira aos cuidados de saúde, é relativamente baixa em comparação com as de outros países (OCDE, 2020).

O dever de cuidado funciona bem, obrigando as seguradoras a garantir aos seus clientes o acesso a todos os tipos de cuidados de saúde necessários cobertos pela Lei do Seguro de Saúde.

O rápido crescimento do número de TI melhorou o acesso aos cuidados de saúde. No entanto, com algumas exceções, nomeadamente oftalmologia e dermatologia, a quota de mercado destes centros tem permanecido reduzida.

A reforma do mercado não resolveu o problema dos longos tempos de espera em algumas especialidades. A proliferação de TIC (um efeito direto da reforma) pode ajudar a resolver este problema no futuro.

Há alguns indícios de que a introdução e o aumento da franquia obrigatória (desde 2016) tiveram uma influência negativa no acesso aos cuidados de saúde.

Solidariedade

O sistema de saúde neerlandês apresenta bons resultados em termos de solidariedade em matéria de riscos.

A proibição da classificação de risco (classificação de experiência) funciona bem.

O aumento da popularidade dos planos orçamentais e das franquias voluntárias significa alguma seleção de risco adversa e prejudica a solidariedade em relação ao risco.

O sistema de saúde neerlandês apresenta bons resultados em termos de solidariedade de rendimentos. Os prémios são acessíveis, mas exigem subsídios substanciais (subsídio de assistência) para as pessoas com rendimentos mais baixos. O debate político sobre uma distribuição equitativa dos encargos financeiros dos cuidados de saúde nunca parou.

O sistema de equalização de riscos para corrigir diferenças no perfil de risco das seguradoras é sofisticado, mas imperfeito. No entanto, um sistema perfeito é ilusório.

Qualidade dos cuidados

Não existem provas concretas e consistentes de um impacto positivo ou negativo da reforma na qualidade dos cuidados.

A introdução e o desenvolvimento de compras baseadas no valor podem ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados.

Os fornecedores argumentam que a cooperação, em vez da concorrência, é a melhor via para melhorar a qualidade. Existem algumas provas desta afirmação.

Sustentabilidade financeira

• A partir de 2012, o crescimento das despesas tem sido muito moderado, tanto em percentagem como em comparação com outros países. Tal deve-se, em grande medida, aos acordos-quadro coletivos sobre o crescimento das despesas e à abolição das redes de segurança para a perequação dos riscos. O impacto da concorrência de preços é limitado, com uma exceção: a política de preferência das seguradoras na compra de medicamentos sujeitos a receita médica em regime ambulatorio.

O risco dos acordos-quadro é que as baixas percentagens de crescimento durante um determinado período de tempo sejam seguidas por uma nova explosão dos custos (como aconteceu após a viragem do século).

Os elevados custos administrativos constituem um problema grave, mas uma grande parte dos encargos administrativos está relacionada com outros processos, em especial iniciativas de melhoria da qualidade.

• As seguradoras foram obrigadas a constituir reservas substanciais e puderam fazê-lo. Seus buffers são, na verdade, muito maiores do que o necessário.

Os hospitais também acumularam reservas financeiras substanciais, embora haja muita dispersão entre os hospitais.

Com algumas exceções, não há provas de um comportamento substancial de procura de rendas por parte das organizações pagadoras e prestadoras. No entanto, está em curso uma revisão da legislação para combater o comportamento de procura de rendas, tornando mais rigorosos os critérios de licenciamento.”

(tradução automática de partes selecionadas de P. Jeurissen e H. Maarse, The market reform in Dutch health care)⁷⁹

171. Pode-se ainda referir que a mortalidade por causas evitáveis e tratáveis foi inferior em Portugal à média da UE em 2018. No entanto, Portugal ficou atrás de alguns países da UE (como Itália, Espanha e França) em termos de mortalidade evitável, sugerindo que mais poderia ser feito para salvar vidas através da redução dos fatores de risco para as principais causas de morte, como o cancro e as doenças cardiovasculares.
172. Os Países Baixos têm uma das taxas de mortalidade por causas evitáveis e tratáveis mais baixas da UE. A maioria das mortes evitáveis deve-se ao cancro do pulmão, enquanto o cancro colo-rectal e o cancro da mama são responsáveis por 40% das mortes por causas tratáveis. As taxas de mortalidade por isquemias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e pneumonia são das mais baixas da UE.
173. Por fim, nos Países Baixos gasta-se €3.967 por pessoa em saúde em paridade de poder compra e em Portugal gasta-se €2.314; por outro lado, a esperança média de vida à nascença

⁷⁹ Jeurissen, P & Maarse, H. *The Market Reform in Dutch Health Care: Results, Lessons, and Prospects*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2021.

é 81,5 anos nos Países Baixos e 81,1 em Portugal. Não é assim inequívoca a vantagem que, em termos de custo-efetividade, que o sistema dos Países Baixos apresenta.

174. Seria útil ter mais evidência que apontasse no sentido dos resultados antecipados, pelo menos no documento das Perguntas Frequentes. A proposta não apresenta evidência de que a reforma possa obter os resultados antecipados em Portugal.

3.38 A velocidade da reforma

175. No Artigo 2º, é fixado o prazo de um ano para adopção da legislação relevante é uma ambição que provavelmente não seria cumprida. Há que ter um ceticismo adequado à capacidade legislativa em Portugal, pelo que será relevante conhecer o que sucede se esse prazo não for cumprido.

4. Considerações finais

4.1 O que deve ser adicionado nas propostas

176. Ambas as propostas não aprofundam questões importantes de sustentabilidade ambiental (a proposta do PSD faz uma breve referência, sem justificar de que forma as medidas apresentadas trariam melhorias nesta dimensão).
177. A maior integração do sector da saúde com os restantes sectores (Ambiente, Infraestruturas, Agrícola, ...) é um caminho fundamental para uma população saudável, que necessite de menos recursos de cuidados de saúde, e também mais sustentável a nível económico, e não se encontra uma reflexão sobre essa integração.⁸⁰
178. Os documentos de ambos os partidos não discutem o papel dos pagamentos diretos por parte das Famílias, devendo ser esta uma preocupação a ter depois de observar os elevados valores registados em Portugal.

4.2 O que pode ser melhorado nas propostas

179. A proposta da IL procura ser uma mudança mais ampla do sistema de saúde, tendo, contudo, fragilidades conceptuais a serem resolvidas antes de se poder ter uma discussão mais profunda.
180. A preocupação da coexistência na prestação entre operadores do sector público e operadores do sector privado (com e sem fins lucrativos) na prestação de cuidados de saúde está presente em ambos os documentos, sendo que nas várias propostas há necessidade de discussão técnica mais profunda sobre tipos de relacionamento e contratos económicos de diversos tipos.
181. Não são apresentadas medidas verdadeiramente inovadoras e com alguma razoabilidade/ credibilidade para a resolução de um dos problemas mais graves da saúde; a crise nos recursos humanos no SNS tem de ser vista e solucionada a curto e longo prazo, não apenas pela retenção de profissionais, mas também pela 'captação' de novas pessoas. Outras soluções de reorganização de equipas e tarefas (*task-shifting*, diferentes combinações de competências – *skill-mix*, por exemplo), podem ser exploradas, já sendo utilizadas noutros países em que podem servir de modelo. Mesmo que haja, segundo as propostas, maior

⁸⁰ Tenriawaru AN, Yustisia I, Arsyad M, Jamil MH, Kawamura Y. The linkages between health and agriculture sectors through regional expenditure review. *Gac Sanit.* 2021;35 Suppl 2:S596-S600. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.10.093. PMID: 34929909.

recurso à prestação de serviços pelo sector privado (com e sem fins lucrativos), a existência de prestadores públicos continuará a exigir uma abordagem diferente na relação do SNS com os profissionais de saúde que contrata.

4.3 Aspetos positivos que merecem maior desenvolvimento

182. As propostas têm aspetos positivos que devem ter concretização futura, ainda que com alguns cuidados.
183. Como propostas positivas, destacamos a ideia de um ranking nacional de saúde, pelo esforço de sistematização de informação para comparação e identificação de pontos de melhoria das unidades de saúde. A experiência da Entidade Reguladora da Saúde neste tipo de ação deverá ser aproveitada.
184. Encontramos potencial na ideia médico de família digital, que poderá constitui opção para determinadas pessoas. É, porém, essencial não deixar de fora de acesso a serviços de saúde relevantes as franjas da população com menor capacidade de operar com meios digitais. Deverá ser encarada como uma solução complementar, e não como substituição da rede atual de médicos de família, assente nos vários modelos de unidades de cuidados de saúde primários do SNS.
185. A existência de orçamentos plurianuais deverá ser garantida, sobretudo no contexto de necessidade de planeamento das atividades das Unidades Locais de Saúde.
186. A discussão da IL sugere a utilidade da revisão do sistema do mutualismo do seguro de saúde, mesmo que não haja alteração do Serviço Nacional de Saúde como elemento central do sistema de saúde português.
187. Tendo ambas as propostas reconhecido a importância dos recursos humanos, seria de esperar maior detalhe em medidas concretas para resolução duradoura dos problemas que atualmente estão presentes no Serviço Nacional de Saúde.
188. As propostas analisadas falam em prevenção, o que é consensualmente visto como desejável e com impacto positivo na saúde, no entanto não apresentam propostas tangíveis para atingir esse fim. A aposta e investimento na melhoria dos determinantes da saúde, criação de ambientes saudáveis (quer urbanos, quer rurais), acesso a diagnóstico precoce (quando custo-efectivo e baseado em evidência), informação e educação, são aspetos fundamentais na saúde das populações que merecem maior detalhe e concretização.

189. Do mesmo modo, a abordagem “Saúde em todas as políticas” também devia fazer parte da política de saúde, de um modo explícito e integrado⁸¹.

⁸¹ Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. *Health in All Policies in the European Union and its member states*. European Commission, 2006. Disponível [aqui](#).



Health Economics & Management
Knowledge Center