



Saúde - Sustentabilidade com Qualidade

Garantir a todos o direito à Saúde



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Portugal 2020: Saúde

A política de saúde deve ser enquadrada numa lógica de prevenção e responsabilidade e orientar-se para a promoção da saúde e a qualidade de vida, rompendo com a abordagem tradicional, essencialmente curativa, centrada na prestação de cuidados de saúde.

Para garantir o direito à saúde dos que menos têm é necessária uma estratégia política e uma nova atitude atribuindo e exigindo mais responsabilidade aos cidadãos, à sociedade em geral e, também, às empresas e aos profissionais do sector.

A estratégia de intervenção política deverá focar-se na obtenção de ganhos de saúde sustentados, num quadro de equidade e eficiência acrescidas, contendo a tendência de crescimento das despesas com a saúde que subiram em Portugal, nos últimos 15 anos, mais do que o produto interno bruto, a um ritmo superior ao da OCDE.

A manter-se o crescimento da despesa de saúde, ao ritmo verificado nos últimos anos, será posta em causa, inevitavelmente, a sustentabilidade do sistema de saúde tal como hoje está concebido, gerido e é financiado. De acordo com um estudo da OCDE, e se nada for feito, os custos com a saúde poderão representar, em 2020, em média, 16% do PIB.

Por outro lado, tendo em conta as previsões da União Europeia, em 2050 Portugal terá 32% da população com mais de 65 anos, com graves consequências no que diz respeito ao consumo de cuidados de saúde.

Na estruturação da política de saúde não podemos, por isso, ignorar os determinantes sociais com que Portugal se confronta, designadamente a redução drástica da natalidade, o aumento da esperança média de vida e a cultura que se generalizou de acesso à saúde.



O envelhecimento da população portuguesa é uma contingência certa e séria a médio prazo e será um factor adicional de pressão sobre os custos do sistema, pelo aumento e agudização das doenças crónicas e o sobrecusto dos cuidados de saúde com a idade.

O actual sistema de saúde tem deficiências graves de gestão, fomenta o desperdício e não mobiliza os recursos humanos. Por isso, a sustentabilidade do SNS não pode continuar a ser assegurada por recurso a mais impostos quando ainda existe uma enorme oportunidade para que sejam sanadas as ineficiências e irracionalidades do sistema ao nível da organização, da gestão e da prestação.

O dilema, a dificuldade, é estarmos perante um sector que sofre uma fortíssima e crescente pressão sobre a procura e uma economia de recursos finitos e escassos. Só existem dois caminhos: alterar a política ou assistir à degradação dos cuidados de saúde para a população mais carenciada. É o que este Governo tem feito, por omissão de uma política estruturada para o sector e obcecado em medidas que hostilizam as pessoas e os profissionais. O PSD rejeita este caminho.

Importa, por isso, garantir a equidade e a qualidade no acesso aos cuidados de saúde aos cidadãos através de:

- Organização mais racional do sistema;
- Cooperação eficiente e transparente entre o sector público, financiador, prestador e regulador, e o sector privado essencialmente prestador;
- Gestão eficiente dos recursos, dos meios e dos processos; d) controlo e divulgação da qualidade técnica dos cuidados;
- Articulação estreita entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e continuados;
- Uniformização e partilha de informação médica;
- Competição justa e transparente dos operadores públicos e privados que favoreça a liberdade de escolha do cidadão;



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

- Participação e envolvimento das ordens profissionais e dos respectivos colégios na escolha das melhores e mais racionais práticas e soluções clínicas e terapêuticas e forte aposta na prevenção e no rastreio e referenciação da doença;

A Saúde é um bem tão fundamental e um direito tão precioso que merece, como nenhum outro sector de actividade, uma orientação política e uma prática ética superior.

Centrar a discussão da política de Saúde na natureza privada ou pública das entidades que prestam os cuidados de saúde é redutor face à dimensão e complexidade dos temas que devem ser o centro da discussão da política de saúde. Em boa verdade, o financiamento das despesas com a saúde, sendo predominantemente público, também é assegurado por fontes privadas. Por sua vez, no que toca à prestação de cuidados no âmbito do financiamento do serviço público, a par da rede pública de prestação coexiste e participa uma vasta gama de prestadores privados, cuja contribuição tem vindo a ganhar um crescente relevo e utilidade social.

Assim o Estado, enquanto provedor e financiador do serviço público de saúde, deve orientar-se para adquirir as prestações de cuidados de saúde a uma pluralidade de operadores de acordo com o princípio da competência em termos da qualidade dos serviços prestados e das condições de preço.

Para o PSD, o centro da política de saúde não é a opção entre a prestação executada pelo Estado ou pelos Privados, mas sim a Pessoa e as fragilidades a que está exposta, temporária ou definitivamente, em razão da sua falta de saúde. Por essa razão o PSD defende uma política de saúde de base redistributiva que discrimine positivamente os cidadãos, em função da sua capacidade financeira.

Ao Estado o PSD exige uma conduta duplamente exemplar: exemplar na forma como assegura a prestação de cuidados de saúde e exemplar na gestão do dinheiro dos contribuintes e na respectiva prestação de contas.

Aos fornecedores do sistema o Estado deve exigir competência e rigor no cumprimento das condições contratuais. Aos cidadãos, sejam beneficiários ou prestadores, o Estado deve exigir responsabilidade individual e social.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Ao Estado incumbe, entre outras, as importantes tarefas de:

- Regular, fiscalizar e assegurar a transparência;
- Prevenir os conflitos de interesse; moderar a conduta dos agentes e actuar tempestiva e repressivamente sempre que haja risco do interesse público ser subalternado ou prejudicado por interesses individuais, corporativos e económicos.

Defende-se a preservação da componente prestadora do Estado, como meio de garantir e tornar mais eficaz e eficiente a capacidade de intervenção e regulação do mercado da saúde.

A Saúde é um valor precioso que tem a particularidade de seduzir e reunir interesses delicados, complexos e por vezes conflitantes: os doentes, vulneráveis, as elites científicas e profissionais; o poderoso sector farmacêutico. Por causa das suas multifacetadas funções, o Estado negligencia o seu papel nuclear: a gestão e fiscalização global do sistema.

O Estado, no exercício de um poder que o legitima para redistribuir a riqueza, cobrando a uns para assistir outros, tem que garantir rigor, justiça e transparência. Deve concentrar-se na regulação, na avaliação e na fiscalização económica e da qualidade clínica protegendo, equilibradamente, os direitos das Pessoas e dos Contribuintes. Deve promover a saúde a um custo eficiente contrariando interesses económicos exacerbados e a utilização indevida ou pouco escrupulosa do sistema.



ENQUADRAMENTO

O Serviço Nacional de Saúde foi evoluindo positivamente, nos últimos 30 anos, dando resposta a uma situação sanitária preocupante e cujos resultados não podemos deixar de reconhecer: o aumento da esperança média de vida de 20 anos, no último século, e a redução da taxa de mortalidade infantil (nº mortes/1000 habitantes) que, nas últimas duas décadas, passou de 24,3 para 3,5, uma taxa inferior à média Europeia, não obstante haver excepções como o caso dos Açores que têm uma taxa de 6,3. Mas, como sempre acontece, quando se parte de um patamar exíguo, a prestação dos cuidados de saúde foi orientada, pela pressão da doença, numa lógica especialmente curativa e a distribuição espacial dos investimentos públicos foram, por vezes, decididos em razão da força e do voluntarismo político local, de que são bom exemplo alguns hospitais construídos em estreita proximidade.

Desta situação, resultou uma distribuição das estruturas e dos recursos do Serviço Nacional de Saúde de racionalidade duvidosa e sem ter em conta:

- As especificidades territoriais;
- As características epidemiológicas das populações;
- A equidade de acesso à saúde. Aliás, o actual Governo não tem tido escrúpulos em agravar este desequilíbrio ao encerrar serviços sem garantir a alternativa adequada às populações e desvalorizando regiões cujo desenvolvimento fica, fatalmente, comprometido. O resultado destas políticas sectoriais isoladas, indiferentes ao interesse económico e social do "todo" Nacional, tem impactos difíceis de reverter.

O actual sistema de saúde é um modelo misto, complexo e pouco coerente, disputado na prestação de cuidados de saúde pelos sectores público, privado e social, (através de convenções próprias que podem ser transaccionadas num mercado paralelo entre operadores sociais e privados) individualmente ou em parceria, e suportado financeiramente pelo SNS, subsistemas públicos e privados, seguros voluntários de saúde e co-participações que foram agravadas nos últimos quatro anos.

Assim para além da suposta cobertura universal da população portuguesa através do SNS, 20 % a 25% da população está protegida complementarmente por outros subsistemas, cada um com as suas particularidades. Esta situação tem levado



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

à duplicação de estruturas, meios e recursos que, globalmente, representam uma sobrecapacidade instalada. Em contradição a procura, mal assistida, reflecte sem equívocos, uma estrutura cara e inadequada para responder às necessidades do País. Na prática, tal corresponde a uma dupla tributação por um serviço previsto na lei como de livre acesso.

Neste momento o Ministério da Saúde não tem o conhecimento exaustivo e sistematizado da oferta total de cuidados de saúde (publica+privada+social) incluindo os equipamentos, em estado adequado de utilização, nem tão pouco a sua adequabilidade às necessidades da população.

A falta de planeamento, de clareza de regras e a demissão do Estado enquanto decisor que deve agir em antecipação, permitiu a existência dum sistema em que as entidades públicas e as empresas privadas do sector sejam, alternadamente e/ou simultaneamente, concorrentes, parceiros, fornecedores e clientes, exercendo ainda o Estado a função de regulador.

Foi consensualmente reconhecido, pelos profissionais de saúde ouvidos pelo IFSC, que as estruturas hospitalares estão subutilizadas e que o Estado contratualiza com o sector privado a prestação de serviços a que teria capacidade de responder, não fosse a falta de critério no investimento, a deficiente gestão e a cultura de desperdício instalada no sector público (60% das consultas de especialidade são feitas no sector privado por escassez de oferta do SNS!).

É por isso que as conclusões da Entidade Reguladora da Saúde são preocupantes. Denunciam uma fraude, generalizada, nas convenções na ordem dos 20% dos serviços convencionados. Este relatório relativo ao ano de 2006 não teve por ora a reacção que se impunha por parte do Governo, o que, tendo em conta o custo das convenções estimado em 850 milhões de euros (10% das despesas totais do SNS) é, no mínimo, censurável.

Trinta anos após a criação do SNS, estamos confrontados com a necessidade de tomar decisões que assegurem a viabilidade e sustentabilidade financeira do SNS. As actuais condições de financiamento, administração e desempenho não constituem uma base sólida para enfrentar as pressões que se antecipam para a Saúde.



O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema de Saúde Português encontra-se ainda fortemente marcado pela estrutura e concepção originais do SNS que assentava num modelo monopolista e de acentuado pendor burocrático-administrativo.

Na presente década, por iniciativa dos Governos do PSD, mais precisamente no período de 2003-2004, foram feitas várias alterações no sentido de romper com a estrutura original do SNS e adequar o serviço público de saúde aos desafios actuais. Mas este esforço foi interrompido e deu lugar a uma conduta política errática, responsável por um ambiente de desânimo e de desmotivação verdadeiramente preocupantes.

Em matéria de prestação de cuidados, o actual SNS é composto por 73 Hospitais e 346 Centros de Saúde, no qual trabalham 118.500 pessoas, das quais cerca de 29 mil são médicos e 38 mil são enfermeiros. Esta estrutura assegurou no ano de 2007, 33 milhões de consultas e 576 mil cirurgias.

Contudo, a oferta dos cuidados de saúde (recursos humanos e técnicos disponíveis) é profundamente assimétrica no território nacional, havendo variações de 60% a 90% nos coeficientes de apreciação mínimos e máximos, mesmo depois de excluídos os casos atípicos de Lisboa, Porto e Coimbra, (em Lisboa e Porto há 6 médicos/1000 habitantes e no Alentejo 1,6/1000 habitantes).

Apesar das melhorias verificadas na saúde da população há uma preocupação crescente quanto aos níveis da despesa e uma evidência de desperdícios na utilização de recursos públicos que representam uma perda irre recuperável para o país e para a sustentação do sector.

O SNS é caro, ineficiente, ineficaz, injusto e desadequado às justas e visíveis exigências dos cidadãos e não cumpre integralmente a sua missão: prestar, em tempo útil, a todos os cidadãos, o acesso a cuidados de saúde de qualidade prestados com humanismo.

A estrutura do SNS é de uma complexidade excessiva, permitindo a coexistência de vários modelos jurídicos, tanto nos hospitais como nos estabelecimentos de cuidados primários, que dificulta a uniformização de procedimentos e a



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

agregação e comparabilidade de dados, essenciais a um sistema que consome 10% da riqueza nacional e, por isso, se pretende bem regulado e otimizado na utilização de recursos.

A coexistência de vários modelos, a diversidade de fontes de financiamento e de vários modelos de contratualização, prejudica a análise e comparação rigorosa das despesas do sector e o seu acompanhamento no tempo.

A própria organização do Ministério da Saúde evidencia uma deficiente definição de funções que prejudica o desempenho, permite a sobreposição de actividades e favorece a desresponsabilização, Promove, assim, inevitáveis atropelos e conflitos institucionais como por exemplo, entre as funções de planeamento presentes no Alto Comissariado e DGS; as funções de avaliação repartidas pela ARS, ACSS, ERS e DGS e as funções de fiscalização que são partilhadas pela ERS e IGAS.

Ao contrário do que acontece na generalidade dos países europeus há, no nosso País, uma injustificada concentração dos processos de decisão que são, muitas vezes, alheios e contrários às necessidades locais específicas.

A gestão do SNS é pouco eficiente o que foi recentemente agravado quando o Governo decidiu substituir as 18 sub-regiões de saúde por 74 Agrupamentos de Centros de Saúde. Estes ACES são um verdadeiro retrocesso na modernização e na proximidade ao cidadão como seria desejável para a política de saúde do País. Estas novas estruturas vão concentrar a gestão de milhões de euros atingindo, algumas delas, a dimensão das maiores empresas nacionais. Para mais, vão permitir um volume de nomeações políticas que pode atingir com facilidade as 1600 pessoas (se excluirmos o conselho da comunidade)

Ao mesmo tempo perdem-se ganhos de escala potenciais ao optar pela excessiva pulverização dos centros de decisão. Era desejável o fim das sub-regiões, como patamar burocrático intermédio desnecessário sendo distribuídas as competências colectivas pelas ARS e as competências locais pelos Directores dos Centros de Saúde. Ao aumentar a sua responsabilidade e autonomia promove-se uma gestão flexível e mais racional e uma melhor adequação dos recursos às necessidades das respectivas populações.



A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, executada pelo actual Governo, criou, verdadeiramente, Centros de Saúde de primeira e de segunda classe. Este modelo gera mais desigualdades no acesso e mais desigualdades no tratamento. Hoje, numa mesma região, num mesmo dia, para a mesma necessidade há cidadãos que obtêm cuidados no seu Centro de Saúde (Unidade de Saúde Familiar) e outros, eventualmente vizinhos, que só terão resposta no Serviço de Urgência do Hospital mais próximo. Reconhecem-se os benefícios das USFs, devendo haver mais empenho e investimento na generalização deste tipo de organização dos cuidados primários. Os ACES têm ainda um inconveniente adicional: ao contrário do que se pretendia com as Unidades Locais de Saúde - combater as duplicações e o desperdício através duma cooperação estreita entre as estruturas e os profissionais dos cuidados primários, hospitalares e continuados - os ACES promovem, novamente, um ambiente separatista e antagonista, contrário ao interesse do doente e do contribuinte.

As despesas reais de saúde cresceram em Portugal, nos últimos 15 anos, sempre mais do que o PIB e a um ritmo relativo superior ao da OCDE. A despesa total em saúde é superior a 10% do PIB (duplicou em 10 anos) o que contrasta, por excesso, com a média dos países da OCDE de 8,9%. Só a componente da despesa pública representa mais de 70% desse valor atingindo 26% da despesa corrente do Estado, em cada ano. Em sentido contrário se manifesta a despesa *per capita* que é cerca de 75% da média dos países da OCDE (ppc), o que evidencia o enorme impacto da reduzida dimensão do PIB nacional na análise de alguns indicadores.

O aumento sistemático das despesas de saúde tem vindo a ocorrer em todos os Países da EU embora o aumento em Portugal tenha sido sempre, desde 1995, superior à média europeia. Segundo a OCDE este aumento resulta da combinação dos seguintes factores:

- Aumento da esperança média de vida;
- Aumento do rendimento médio *per capita*;
- Progresso tecnológico e científico;
- Aumento da cobertura pública de cuidados de saúde.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

As listas de espera na rede pública hospitalar contam com cerca de 660 mil pessoas, 180 mil para cirurgia e 474 mil pessoas para consultas hospitalares. Há mais de 500 mil pessoas sem médico de família e a apreciação do *Euro Health Consumer Index*, de 2008 coloca Portugal em:

- 26.º lugar, numa lista de 31 países, no que se refere ao sistema de cuidados de saúde;
- Penúltimo lugar no tempo de espera para tratamento;
- 27.º lugar, numa lista de 30 países, no tratamento da diabetes.

As listas de espera em oncologia são superiores a 4 meses e a falta de cobertura dos meios de radioterapia - que existem apenas em 8 hospitais de Lisboa, Porto, Coimbra, Vila Real e Barreiro - foi agravado pelo Governo que decidiu denunciar 30% dos protocolos celebrados com serviços privados para a prestação destes cuidados, congelando a decisão do anterior Governo de abrir unidades de radioterapia em Aveiro, Braga, Bragança, Évora, Faro, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu, até ao início de 2007. Uma actuação absolutamente incompreensível e desumana.

A divergência de desempenho e resultados de Portugal em relação a outros países é desanimadora e estranha-se, ainda mais, porque não tem paralelo quando fazemos comparações equivalentes ao nível da despesa pública afecta à saúde nos respectivos países. Portugal converge na despesa e diverge nos resultados alcançados.

O Serviço Nacional de Saúde tem um problema grave de gestão de recursos e de meios. Existem outras razões mais particulares para explicar a situação contudo a sua referência num trabalho que não pretende ser exaustivo poderia tornar-se imprópria e injusta para os milhares de profissionais de competência e ética irrepreensíveis que existem no sistema.

O crescimento sustentado da despesa de saúde acima do crescimento do PIB anuncia, a prazo, a insustentabilidade do SNS tal como hoje está concebido, gerido e é financiado.

Se nada de significativo for feito, o momento da ruptura apenas depende da evolução combinada de poucas variáveis. Registam-se os seguintes dados:



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

- Segundo um estudo previsional da OCED, em 2020, os custos com a saúde podem representar em média 16% do PIB o que, no caso de Portugal, será insustentável uma vez que os actuais 10% já absorvem mais do que a totalidade da receita de IRS;
- Segundo as previsões da União Europeia, em 2050, Portugal terá 32% da população com mais de 65 anos (hoje 17%). O consumo de cuidados de saúde em pessoas com esta idade é 3,6 vezes maior ao do resto da população da OCDE. As pessoas com 75 anos, em relação a uma de 25 anos, consomem mais 700% do gasto dos Hospitais, mais 100% do gasto em ambulatório e domiciliários e mais 72% do gasto em produtos farmacêuticos.

Portugal confronta-se com novos factores determinantes da política de Saúde como sejam:

- A redução da natalidade, em resultado das mais baixas taxas de fecundidade da EU;
- O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população;
- O surgimento da doença crónica que, já atinge mais de 40% da população;

Estes determinantes não podem ser ignorados no desenho da política de saúde, até porque agravam o seu custo. Por razões éticas, políticas e ideológicas o PSD rejeita qualquer solução ou modelo que fomente um sistema de saúde bom para os que podem pagar e uma assistência sofrível para os que não têm essa possibilidade. Há cuidados que queremos que permaneçam, sempre, universais e tendencialmente gratuitos.

É precisamente esta determinação de querer reforçar, e não reduzir, a equidade no acesso à saúde que torna incontornável o estudo do financiamento do serviço nacional de saúde, que tem sido, umas vezes adiado e outras, indevidamente invocado.

A sustentabilidade financeira não pode continuar a ser conseguida à custa de mais dinheiros públicos para um Sistema que, objectivamente, fomenta o desperdício, não coordena políticas, não avalia resultados e que vai “fechando” o País, a régua e esquadro, reduzindo os direitos e protecção da saúde dos cidadãos. Em suma, políticas redutoras e visões passadistas têm conduzido cronicamente ao agravamento da equidade no acesso, em geral, descurando a salvaguarda da equidade territorial e negligenciando a equidade intergeracional.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

O FINANCIAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

A análise do financiamento do sistema de saúde e a introdução de alterações ao seu modelo, implica abordar o “direito à saúde” nos termos em que está consagrado na Constituição da República.

A actual redacção resulta duma revisão, efectuada em 1989, que veio alterar a versão originária que estabelecia um ...“serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”, por uma definição, agora, condicionada: ... ”um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

A nova redacção veio pôr fim a anos de polémica, quanto às implicações e alcance do termo gratuito, e de confronto interpretativo quanto à constitucionalidade das taxas moderadoras. Só terminou quando o Tribunal Constitucional fixou, por acórdão, a conformidade legal daquelas taxas com o fundamento da sua intenção meramente dissuasora de excessos na utilização dos serviços de saúde e sem qualquer intuito de introduzir a comparticipação do utente no custo do cuidado prestado.

O actual artº64 permitiu, não obstante a singularidade da expressão “tendencialmente gratuito”, o consenso dos juristas quanto ao propósito da norma, ou seja, eliminar a regra da gratuitidade definitiva e absoluta que vigorava desde 1975. Hoje a Constituição determina que a gratuitidade do sistema de saúde é para ser aplicado tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, e com prudência e ponderação, de forma a não comprometer o equilíbrio das contas públicas nem os direitos das gerações futuras.

Mas, ainda assim, o tema do co-pagamento dos cuidados de saúde continua a ser tabu e a ser tratado com enorme preconceito, como é evidente pela recente introdução de “taxas moderadoras” para cirurgia e internamento como se fosse necessário dissuadir alguém a não abusar do recurso a esses actos médicos. Trata-se, objectivamente, da introdução de um sistema de co-pagamento, variável, em função dos rendimentos.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Este expediente, de forma e de linguagem, distorce a percepção da realidade por parte dos utentes e tem consequências perniciosas para o sistema e para as contas públicas, uma vez que tende a desresponsabilizar os seus beneficiários. A verdade é que o sistema de saúde não é gratuito, nem sequer tendencialmente gratuito, como se verá.

A despesa de Saúde

A despesa de saúde representa em Portugal 10,2% do PIB que compara com a média da OCDE de 8,9% e de 9,25% da EU 15 sendo apenas ultrapassado pela Alemanha, Bélgica e França. No entanto a análise da despesa de saúde, per capita e em ppp, seja total ou pública, coloca Portugal em posição comparativa contrária, isto é, em último lugar.

É difícil fazer um juízo rigoroso da suficiência e eficiência da despesa de saúde por comparação com outros países porque são muitas e diversas as variáveis e porque é grande o desfase temporal entre a despesa incorrida e os resultados alcançados. Mas podemos, ainda assim, comparar o desempenho alcançado ao nível da saúde dos cidadãos. Os dados comparativos de 2005 mostram que, à excepção da taxa de mortalidade infantil - em que Portugal ocupa o 4º melhor lugar - temos um pior nível de saúde: menos esperança de vida à nascença e maior taxa de mortalidade evitável, sem negar uma evolução muito favorável nos últimos 15 anos.

A despesa total de saúde é de cerca de 15 mil milhões euros por ano, ou seja, um custo aproximado de 3.000 euros/ano por cada Português empregado, ou seja, o nº daqueles, que em primeiro lugar, participam no financiamento da Saúde.

Quanto ao peso da despesa privada no total da despesa de saúde, é importante sublinhar algo que muitos portugueses não percebem: as famílias portuguesas custeiam directamente, através de seguros privados e de co-participações, cerca de 30% das despesas de saúde o que, tendo em conta a existência de um serviço nacional de saúde de cobertura universal, significa, em parte, uma dupla cobertura dos riscos de doença. Dito de outro modo, o valor dos prémios de seguros privados, cerca de 500 milhões/ano, representa uma das medidas de ineficiência do sistema de saúde. Com efeito, e tendo em conta que os cidadãos alocam racionalmente os seus rendimentos, isto significa que a qualidade oferecida pelo SNS não é suficiente face à importância relativa atribuída pelos cidadãos à saúde.

Não sendo possível dizer, com total rigor, que a despesa de saúde em Portugal é excessiva, pode concluir-se, com alguma certeza e tendo em conta alguns exemplos recentes, públicos e privados, que:

- É possível otimizar a despesa de saúde;
- Os portugueses suportam directamente cerca de 30% da despesa de saúde;
- Existem dificuldades e desigualdades no acesso;
- Existem profundas desigualdades na qualidade dos serviços prestados;
- Há falta de prevenção e de rastreio devidamente referenciado;
- Há falta de articulação entre os cuidados primários e hospitalares;
- Existem, em simultâneo, estruturas sobredimensionadas e serviços sem capacidade de resposta;
- Há facturação de convenções para serviços que o Estado tem capacidade subutilizada mas faltam convenções para a prestação de cuidados oncológicos, nomeadamente radioterapia.

No último relatório da OCDE sobre preços de medicamentos, Portugal é o décimo país que mais gasta em medicamentos *per capita*, bem acima do rácio dos Países mais desenvolvidos, (2% do PIB que compara com a média da OCDE de 1,5%).

No fundo, verifica-se um défice de gestão do sistema no seu todo e, também, das unidades prestadoras, que propicia um volume de custos evitáveis nomeadamente por falta de planeamento, descoordenação, falta de partilha e uniformização de informação e procedimentos, por falta de contratualização de objectivos e de avaliação de desempenho e também por um problema grave, e difícil de reverter, que é a falta de reconhecimento de mérito aos gestores do sistema por parte dos profissionais de saúde. Esta situação foi profundamente agravada pelo actual Governo que cometeu o erro grosseiro de ignorar que os profissionais de saúde são chave para a qualidade, eficácia e sustentabilidade do sistema.

Por outro lado, a despesa de saúde está e estará sujeita a uma enorme pressão no sentido do seu aumento seja pela previsão do aumento da esperança média de vida, seja pela inovação tecnológica ou por via do aumento de rendimento. A OCDE estima que em 2020, dentro de 10 anos, as despesas médias de saúde, no PIB, atingirão os 16% o que, para as contas nacionais, seria completamente inviável.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Temos, pois, a curto/médio prazo um problema de viabilidade do sistema de saúde caso se mantenha a sua concepção e funcionamento e se nada for feito para conter a despesa e para resolver as inúmeras deficiências organizacionais e gestionárias que representam um potencial de poupança se forem enfrentadas com determinação, sem tabus e com o envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde. Estas são as mudanças de atitude que, não custando um centímo, aportam um ganho líquido para o sistema.

Concluindo, existe margem para a obtenção de ganhos de eficiência, sem prejuízo da acessibilidade, através de uma gestão mais competente dos recursos públicos e privados, da cooperação e articulação entre os vários níveis de intervenção clínica, cuidados primários, hospitalares e continuados e da actuação preventiva.

Financiamento

No horizonte de mais de uma década, a despesa com a saúde tenderá a aumentar num quadro de restrições crescentes da despesa pública. Neste contexto, o cenário estratégico de trabalho terá de assentar na premissa segundo a qual, no futuro, não haverá condições para o financiamento público acompanhar o ritmo de aumento da despesa em saúde, tal como já sucedeu no passado. As estatísticas publicadas pela OMS (*Health Statistics Report, 2008*) evidenciam, que a estrutura de financiamento dos diversos países diverge, essencialmente, no peso relativo de cada origem de receita evidenciando-se duas tendências claras:

- Uma correlação estreita e positiva entre a pobreza do país e o contributo da despesa privada no seu financiamento;
- O seguro privado de saúde como principal fonte de financiamento nos países de rendimento alto (55%) e nos EUA (66%), sendo o Reino Unido uma excepção a esta tendência com 86% do financiamento público.

A despesa de saúde em Portugal é financiada predominantemente pela despesa pública, 72,3%, equivalente à média da OCDE que é de 72,4%. No entanto, a decomposição do financiamento privado mostra que, no nosso País, os pagamentos directos das famílias têm um peso substancialmente superior: cerca de 80% contra média da OCDE de 73%.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Portugal tem um sistema de financiamento misto que combina, tal como na generalidade dos países, três principais fontes de receitas:

- Impostos ou taxa específica para o subsistema público;
- Seguros e subsistemas de saúde privados;
- Pagamentos directos dos utentes no momento do consumo (taxas moderadoras e co-pagamentos).

Registe-se, contudo, que dentro destas principais classes de receita existem vários subsistemas, uns que são públicos e outros que são privados.

Ao longo das últimas décadas esta estrutura tem vindo a sofrer algumas alterações na sua composição e na tipologia dos agentes que “pagam” e dos agentes que “prestam”, como é o caso dos recentes seguros privados que vieram alterar o anterior equilíbrio bem como algumas operações de opting-out (substituição da cobertura pública pela privada mediante uma capitação do Estado), que recentemente se vieram a revelar mal sucedidas.

Identificadas as fontes de financiamento alternativas, importa compreender o alcance e as particularidades de cada uma e analisar as consequências políticas e financeiras das alternativas. O objectivo do financiamento é tão só conseguir a combinação óptima de recursos financeiros que responda às prioridades políticas previamente definidas para o sector.

Por isso é essencial começar por definir a política que se pretende para o sector. É dessa definição que resulta a dimensão e optimização das fontes de financiamento tendo em conta o nível de risco que se quer proteger e a política de redistribuição que se quer atingir.

No campo da enumeração dos princípios defende-se um sistema de saúde de acesso universal, centrado no interesse das pessoas, fundado nos princípios da equidade e da solidariedade e orientado para uma gestão eficiente dos recursos e dos meios.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

Na prática o que está em causa quando se fala em modelo de financiamento da saúde não é a introdução de fontes de receita verdadeiramente alternativas mas sim definir: o grau de cobertura que se pretende ver garantido; a existência ou não de seguro voluntário complementar; um verdadeiro seguro social obrigatório ou a recolha através de impostos de doença; a existência ou não de taxas moderadoras e a sua diferenciação em função do rendimento; a promoção ou abolição de benefícios fiscais, etc.

Fica claro, do que foi dito, que discutir o financiamento da política de saúde com base em radicalismos e preconceitos, opondo a ganância do “privado” com o mérito virtuoso do serviço público ou o mito da hipereficiência privada com a “inexorável” ineficiência pública é completamente desajustado face às escolhas que importa fazer, o grau de redistribuição que se pode e quer assumir através do sistema de saúde.

Considerando que o Tribunal de Contas afirmou existir um desperdício de cerca de 25% no SNS reconhece-se que existe dentro do actual sistema um enorme potencial de “auto-financiamento”, pelo que urge dedicar uma atenção muito particular à análise e correcção das causas desse desperdício.



O SISTEMA QUE QUEREMOS

A saúde é um bem essencial que a sociedade tende a valorizar crescentemente e a sua relevância terá cada vez maior expressão no centro das preocupações dos portugueses. O panorama de hoje já dá indicações das tendências futuras e estas irão acentuar-se e materializar-se irreversivelmente.

Os estudos apontam para que na próxima década, as expectativas e os padrões de consumo dos utentes dos serviços de saúde, públicos ou privados, irão ser mais exigentes. Os portugueses quererão melhor acesso, melhor assistência e mais equidade. Vão também pretender beneficiar do contínuo progresso tecnológico e de aceder às mais modernas soluções e práticas terapêuticas. Vão exigir mais informação e dispendo de mais conhecimento vão querer a possibilidade de escolher e de impor as suas preferências.

O sistema de saúde, em geral, e o SNS, em especial, terão que assegurar respostas eficazes e eficientes, para novos perfis de necessidades. Na próxima década a procura de cuidados de saúde vai aumentar em volume, em diferenciação e sofisticação.

“ EM 2050 32% DA POPULAÇÃO PORTUGUESA TERÁ MAIS DE 65 ANOS”. É preciso um sistema de saúde novo adaptado a uma era diferente”. Importa por isso projectar um modelo de reforma diferente que oriente a política de saúde para a promoção da qualidade de vida e para a prevenção da doença desenhando um sistema focado no interesse da pessoa e do doente,

Esta nova abordagem requer uma combinação apropriada de medidas.

Notas Prévias

- Projectar as políticas de saúde pressupõe considerar, por um lado, as novas determinantes sociais (redução drástica da natalidade, aumento da esperança de vida e as doenças crónicas que já atingem 40% da população) e as contingências económicas e financeiras do País cuja fonte de receitas é relativamente limitada.



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

- Para manter garantido o direito à saúde dos que menos têm e mais precisam é necessária uma nova estratégia política e uma nova atitude da sociedade, que exija mais responsabilidade ao estado, às empresas, aos profissionais do sector e aos cidadãos.
- O poder político tem que ter presente os poderes e a dinâmica de influências que orbitam no sistema de saúde para poder optar com lucidez e com fidelidade aos princípios humanistas. São estes princípios que devem orientar as escolhas e é em nome do seu valor que se deve procurar o justo equilíbrio entre o esforço financeiro do país e as necessidades do cidadão.
- A prevenção da doença evitável e a promoção da saúde são a melhor forma de minimizar o custo do sistema. Veja-se o exemplo da obesidade que justifica bem a nova abordagem que defendemos: calcula-se que os custos directos da obesidade ascendam a 3,5% das despesas totais de Saúde, contudo Portugal apresenta o seguinte panorama: 65% dos adultos tem excesso de peso (15% são obesos) 43% das crianças entre os 7 e os 9 anos tem excesso de peso (11% são obesos) e 31% das crianças com menos de 6 anos sofre de excesso de peso (7% são obesos).
- As regras do mercado, que se defendem para outros sectores da economia, não podem ser aplicadas cegamente ao sector da saúde tal é a sua especificidade e particularidade. A falência do sistema de saúde dos EUA, indutor de custos astronómicos, e tremendas desigualdades sociais, ilustra perfeita e inequivocamente esta realidade.
- Para prevenir este tipo de situações só há um caminho, investir, fortemente, na realização de auditorias de qualidade em todo o Sistema de Saúde.

Uma Nova Abordagem

Promover a Saúde e a Qualidade de Vida - uma nova Estratégia de intervenção:

- Centrar a Política e a Organização da Saúde na pessoa e na promoção de uma vida saudável e cultivar este conceito, transversalmente, em outras áreas de intervenção com destaque para a educação;
- Encarar a saúde como investimento e não como despesa, na medida em que o grau de desenvolvimento de qualquer país depende no nível global de saúde da população e que se trata de um sector da economia forte

gerador de emprego e de coesão social. É, por isso, fundamental estimular a investigação científica e o desenvolvimento industrial nesta área e explorar as oportunidades associadas, por exemplo, o turismo de saúde.

- Recentrar o sistema de saúde no “valor” fornecido ao doente ou seja, conseguir mais saúde por cada euro gasto e basear a competitividade do sistema nos resultados alcançados (*value for money*). Controlar apenas os custos será sempre insuficiente e poderá tornar-se perverso e contrário à defesa da saúde dos cidadãos. O sistema de hoje avalia em função da quantidade, o que se pretende é um sistema que seja avaliado pelos resultados e ganhos de saúde “ A única solução eficaz para o sistema de saúde é aumentar dramaticamente o valor dos cuidados de saúde prestados com o dinheiro que está a ser gasto. Aumentar o valor dos cuidados é algo que apenas pode ser conseguido pelos Médicos (*Redefining Health Care, Michael Porter*).
- Investir na prevenção das doenças crónicas que afectam hoje 40% da população, actuando o Estado de forma activa para contrariar as determinantes evitáveis (sedentarismo, álcool, tabaco, obesidade, etc.) e induzir os estabelecimentos de ensino e as empresas a divulgar e promover hábitos de trabalho e de vida mais saudáveis;
- Cooperar, ou mesmo integrar, as actividades relacionadas com o desporto, o bem-estar (ginásios entre outros), as terapêuticas alternativas, a alimentação e a qualidade nutricional;
- Actuar e investir decididamente no rastreio das doenças que constituem as principais causas de morte precoce: doenças do sistema circulatório; neoplasias malignas, entre outras, mas assegurando a utilidade do rastreio através da referência, acompanhamento e tratamento;
- Investir fortemente no rastreio de todas as crianças em idade escolar para identificar e actuar, tempestivamente, nas principais causas de insucesso escolar desde a visão e audição até à dislexia, défice de atenção e hiper-actividade, Estas últimas são, em simultâneo, causas certas de delinquência, toxicoddependência e alcoolismo.

Propostas

1. **Alargar, progressivamente, o regime de liberdade de escolha, dentro e fora do sistema público,** permitindo ao beneficiário escolher o seu médico, o seu centro de saúde e o seu hospital, seguindo o exemplo bem-sucedido da Dinamarca, que em 2002 estabeleceu a liberdade de escolha entre hospitais públicos e privados com o objectivo de reduzir as listas de espera e incrementar a competição



salvaguardando, naturalmente, as diferenças culturais dos dois povos que são significativas. Neste sistema, passados dois meses desde o momento de referenciação até o início do tratamento, o doente pode optar pelo operador que desejar. Também no Reino Unido foi implementado um processo gradual de liberdade de escolha iniciado em 2000 e que culminou, em 2008, com resultados excepcionais ao nível da redução das listas de espera. Hoje em dia, a demora média não excede mais de 18 semanas entre a consulta de especialidade, o diagnóstico e a cirurgia ou tratamento. Pretende-se, pois, democratizar a liberdade de escolha que já existe em boa parte para os funcionários públicos e para quem a pode suportar, aproveitando os enormes benefícios que um sistema competitivo pode proporcionar.

2. **Clarificar o papel do Estado e separar as suas múltiplas funções desenvolvendo, designadamente, a função de financiador e regulador** com o propósito de garantir o direito dos cidadãos à saúde com equidade, sentido de justiça e humanismo. Hoje, o Estado, acumula funções que se traduzem na representação e defesa de interesses que são, por natureza, antagónicos. Veja-se: funções de financiador; prestador de cuidados; fornecedor; cliente e regulador. Ao acumular tais funções o Estado concorre com o sector privado em condições profundamente desiguais exigindo, aos prestadores privados, regras e procedimentos que não aplica a si próprio nas mesmíssimas condições. O Estado, por um lado distorce a concorrência a seu favor mas, por outro lado, promove a sua ineficiência, recorrendo a prestadores privados sem ter esgotado a capacidade instalada que possui. Esta falta de rigor, de previsão e de gestão resulta sempre em prejuízo do interesse público. Hoje, o Estado, perde quando se compara em eficácia e eficiência; o Estado perde quando se coloca numa posição de dependência perante o sector privado e das classes profissionais; o Estado engana-se e prejudica os contribuintes quando contratualiza serviços a preços que não passam pelo crivo do mercado; o Estado prejudica-se porque não decide com racionalidade. Antes aceita, por inércia, que outros escolham por si ocupando as áreas de negócio mais interessantes sem que lhes seja exigida uma quota-parte de responsabilidade na garantia de equidade e universalidade do sistema. Perde, seguramente, o País ao pagar um sistema que não otimiza a aplicação dos recursos privados e públicos. No contexto de uma nova arquitectura de funções, será promovida a concorrência entre competências e a adopção de modelos inovadores de prestação de serviços, de gestão de unidades de saúde, de financiamento de investimentos físicos e tecnológicos, favorecendo a gestão integrada e em rede de serviços e ofertas diferenciadas de acordo com escalas espaciais adequadas.

3. **Articular e reorganizar os cuidados primários, pré-hospitalares, hospitalares e continuados redefinindo o seu âmbito, funções e procedimentos.** Determinar o nível de serviço e estabelecer o quadro de meios e recursos necessários para cada nível de cuidados tendo em conta que:

- A cooperação e articulação entre níveis de serviços são obrigatórias;
- É permitida a mobilidade dos profissionais entre nível de cuidados e, sobretudo, não esquecer que o centro da acção médica é o doente;
- É criada a ficha clínica única em registo físico e disponível *online*.

A gestão dos meios e dos recursos deve ser otimizada através da sua rigorosa combinação adoptando para cada caso a solução mais eficiente e eficaz. O objectivo é aumentar a qualidade dos cuidados prestados e reduzir o custo global por via da redução da “taxa de inapropriação das admissões hospitalares”. Alguns exemplos de medidas simples:

- Alargar o horário de funcionamento das unidades de cuidados primários para reduzir recurso às urgências hospitalares;
- Profissionalizar o socorro pré-hospitalar através da criação da carreira de técnicos de emergência (mantendo uma rede integrada de VMERs, que confere qualidade adicional ao sistema);
- Reduzir a sobrelotação de doentes internados idosos por recurso a unidades de cuidados continuados (as pessoas com mais de 65 anos representam 50% do nº de altas de 30 dias e de reinternamentos, que duplicaram nos últimos anos).

4. **Reforçar o estatuto do médico de família** atribuindo-lhe a função efectiva de gestor clínico para que tenha capacidade de intervenção, participação e decisão no encaminhamento do doente durante todo o percurso dentro do sistema. Para isso a comunicação entre os vários níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados) deve ser maximizada e gerida pelo médico de família de forma a eliminar custos desnecessários, como os decorrentes da duplicação de actos médicos e de exames complementares de diagnóstico. O médico de família, conhecedor próximo e privilegiado da situação clínica do doente, do seu

enquadramento familiar e da oferta disponível de cuidados e recursos de saúde (públicos e privados), pode desempenhar um papel central na racionalização do sistema de saúde porque pode escolher, para cada situação, a combinação óptima de factores e recursos para a resposta pretendida. Entende-se que os médicos de família, pela posição e conhecimento próximo que têm dos doentes, têm sido subaproveitados por um sistema que parece ignorar as vantagens de coordenar e integrar a prestação dos cuidados primários, hospitalares e continuados. Um sistema que tem promovido o divórcio entre os médicos de família e os especialistas hospitalares. Não se compreende, por exemplo, a falta de empenho do actual governo em implementar as denominadas Unidades Locais de Saúde que, em boa parte, recolhem a concordância conceptual de vastos sectores da sociedade.

5. **Unificar os sistemas e subsistemas de saúde públicos, uniformizando, pelo melhor comparador, as participações e regalias e eliminando o tratamento diferenciado dos cidadãos.** As razões que, em tempo, justificaram uma protecção adicional a algumas classes profissionais estão ultrapassadas não havendo, hoje, justificação para discriminar, naturezas de funcionários por via do apoio na doença. As políticas sociais, devem ser transparentes e concretizadas garantindo o acesso ao direito à saúde, não permitindo, a diferenciação qualitativa desse mesmo direito.
6. **Identificar, estudar e inventariar as necessidades em Saúde, definir prioridades e seleccionar, de forma sistemática, as soluções que melhor lhes respondem, em termos de custos e de resultados.** O conhecimento desta informação é essencial para que as entidades públicas e privadas, que operam no sector possam, em tempo adequado, fazer as suas opções e decisões de investimento, desde as infra-estruturas, aos equipamentos, aos recursos humanos e medicamentos, até aos produtos financeiros. Esta atitude informativa por parte do poder político é, só por si, indutora da racionalização de custos e por isso de eficiência do Sistema. Em função deste levantamento, o Estado deve rever o sistema de gestão e de abertura de vagas, para médicos de família e de especialidade, assegurando uma combinação mais eficiente dos recursos e uma distribuição territorial mais adequada das especialidades médicas. Devem ser previstas as futuras necessidades de profissionais de saúde para adequar a oferta à procura. Falta de profissionais dificulta o acesso atempado a cuidados de saúde, enquanto o excesso de profissionais pode reduzir a qualidade do sistema e introduzir desvios de consumo, com aumento da despesa. É fundamental, também, lembrar a lei

de Roemer, que afirma que *"a bed built is a bed filled"*, querendo significar que a oferta gera a procura e por isso o desenvolvimento dos Cuidados Continuados deve ser acompanhado de medidas que impeçam a sua utilização abusiva ou o abandono hospitalar de familiares mais ou menos idosos. O Estado não pode nem deve assumir a responsabilidade de todos os idosos de Portugal.

7. **Criar um sistema de informação económico-financeira no sentido de ter dados agregados para o SNS e estabelecer normas rigorosas de consolidação das contas públicas do sector.** Há anos que o TC vem apontando inúmeras deficiências no sistema de apuramento das contas que impedem conhecer, com rigor, a dimensão financeira e patrimonial do sector público. Na verdade, sem um registo fiável e um método consistente de contabilização e consolidação de contas, não é possível avaliar os impactos das políticas públicas muito menos ter um retrato verdadeiro da evolução comparativa das contas da Saúde ao longo dos anos. Registe-se apenas, como exemplo, os hospitais públicos que, em 2006, por terem saído do SPA para serem transformados em EPE, passaram a ser financiados por contratualização de serviços. Esta alteração formal envia qualquer comparação e interrompe a análise e avaliação numérica das políticas de saúde. Pretende-se criar um Sistema que facilite o conhecimento da realidade económica e financeira do sector integrando toda a informação orçamental e financeira dos serviços e das entidades que integram o SNS o que inclui, naturalmente os hospitais do SEE. Entende-se que a transparência da informação é a peça chave para a concretização de um Sistema de Saúde justo, eficiente e eficaz. Torna-se necessário criar e desenvolver mecanismos que permitam a recolha, tratamento e divulgação da informação e utilizar critérios e registos contabilísticos analíticos que permitam a comparação rigorosa dos custos reais dos serviços prestados, públicos versus privados, e uma tabela de preços que permita imputar custos aos utentes de saúde e aos mais diversos níveis.
8. **Promover a qualidade dos gestores e despartidarizar as nomeações para cargos técnicos e de gestão.** A auscultação realizada pelo IFSC a muitos profissionais do sector deixa claro o desconforto e falta de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde face aos gestores e administradores designados pelo Ministério da Saúde. Em muitos casos a pouca qualificação, a falta de experiência e a utilização indevida das prerrogativas políticas que lhes são atribuídas, são verdadeiramente um obstáculo, constituem a razão de graves problemas de gestão e um factor de desmotivação para os profissionais. Torna-se indispensável

garantir capacidades profissionais e de trabalho aos gestores e administradores dos Hospitais. Só assim eles podem ser respeitados e reconhecidos pelas equipas técnicas que é indispensável mobilizar se queremos melhorar o sistema de saúde.

9. **Convocar e mobilizar as ordens profissionais do sector**, para que, através dos órgãos próprios e dos respectivos colégios de especialidade, se envolvam e participem, na formulação da Política de Saúde, tanto na perspectiva preventiva como curativa e no estabelecimento de rotinas e de manuais de boas práticas que sirvam de referência e orientação aos profissionais e também permitam a comparabilidade e monitorização de resultados. Defende-se também que a Ordem dos Médicos seja um parceiro activo na acreditação de instituições para determinadas práticas clínicas e na execução de auditorias clínicas ao cumprimento dos requisitos médicos estabelecidos. Pretende-se que no futuro as ordens profissionais aprofundem a sua vertente de carácter ético e social e sejam mais participativas na procura da eficácia e eficiência do sector.
10. **Fomentar uma política de uso racional do medicamento** adoptando medidas que eliminem custos desnecessários e reduzam o desperdício e uso indevido de medicamentos, nomeadamente através de:
 - Acompanhamento estreito do tratamento do doente crónico, através do médico de família;
 - Aumento da quota de mercado de genéricos (em embalagens) que em Portugal é ainda diminuta, cerca de 14%, comparada com 68% da Dinamarca, 65% do Reino Unido e 50% da Holanda.

Atendendo à dimensão do mercado do medicamento (3,3 MM euros) e à diferença de preço médio entre o medicamento de marca e o genérico (em média superior em 30%), podemos estimar uma poupança potencial na ordem das largas centenas de milhões de euros, sendo muito importante o reforço de actuação do INFARMED no acompanhamento e monitorização das medidas, na valorização e promoção continuada da intervenção científica nacional, ao nível dos ensaios clínicos dos medicamentos e na permanente adequação da dimensão das embalagens às necessidades terapêuticas. Por outro lado, Portugal mantém um consumo excessivo e desnecessário de antibióticos que geram um profundo risco de saúde pública. Para ganhar a confiança de todas as partes poderá ser permitido o acesso dos médicos aos resultados do controlo de qualidade do INFARMED aos medicamentos. Será ainda de repensar e analisar as regras do mercado do medicamento, que permitem a aprovação de centenas de "marcas" de genéricos do mesmo princípio activo.

11. O Estado deve **estabelecer um modelo de financiamento**:
 - Transparente, que permita aos contribuintes avaliar a gestão política dos activos públicos;
 - Proporcional e flexível de modo a nunca comprometer ou pôr em risco o acesso dos mais carenciados aos necessários cuidados de saúde;
 - Equitativo nas oportunidades ajustando, se necessário, as co-participações dos utentes em função do seu rendimento. Deve proceder-se a um reordenamento de prioridades na área da saúde hierarquizando os cuidados cobertos pela política de redistribuição, definindo taxas de cobertura e eventual graduação de co-participações em função do rendimento;
 - O financiamento orientado para resultados e em linha com a capacidade dos prestadores para gerir custos e promover qualidade e ganhos de saúde.

12. **Reavaliar o papel da Entidade Reguladora de Saúde**, em independência e capacidade e rever o âmbito da sua actuação abrangendo não só o Sector Privado, mas tratando em igualdade de circunstâncias o Sector Público (exemplo: avaliação das Maternidades Públicas nos mesmos moldes que as Maternidades Privadas, algumas das quais mandadas encerrar). As funções da ERS não poderão conflitar com aquelas que já são da competência das Ordens Profissionais e o seu sistema de financiamento deverá ser reavaliado, para não onerar os pequenos prestadores privados.

13. **Recuperar o papel do Plano Nacional de Saúde (PNS)** como um instrumento estratégico de reforço da intervenção para a promoção de saúde, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde ambiental, educação e promoção da literacia em saúde e protecção das populações em risco. O PNS foi adulterado desde 2005 e transformou-se num instrumento de financiamento dos cuidados de saúde defraudando as expectativas iniciais. Por outro lado, O PNS e os milhões de euros nele investidos nunca foram devidamente avaliados para demonstrar o seu impacto e mais-valia.

14. **Criar um sistema de informação e divulgação pública de resultados**. O objectivo é promover a transparência do sistema e contribuir para a qualidade da prestação de cuidados de saúde através do conhecimento e partilha dos métodos adoptados e dos resultados alcançados. É que hoje a prestação de



INSTITUTO FRANCISCO SÁ CARNEIRO

PORTUGAL 2020

WWW.PORTUGAL2020.PT

"Cabe-nos cada vez mais dinamizar as pessoas para viverem a sua liberdade própria, para executarem o seu trabalho pessoal, para agirem concretamente na abolição das desigualdades. Para isso mais importante que a doutrinação, é levar as pessoas a pensarem, a criticarem, a discernirem"
Francisco Sá Carneiro

cuidados apresenta muitas disparidades ao nível da qualidade, diferindo também muito em razão das instituições prestadoras. Só que a falta de registos e monitorização de resultados impede a divulgação e partilha da informação logo inviabilizando a adoção e recomendação das melhores práticas médicas. Para ilustrar refira-se que em Portugal não existe registo oncológico completo que inclua mortalidade, recidiva local ou sobrevivência no cancro do recto por hospital. Sem estes dados como será possível emitir recomendações, adoptar as melhores práticas, aumentar a taxa de sobrevivência e a redução de custos?

15. **Apostar decididamente na Qualidade.** Recordando William Deming, “Quando as pessoas e as organizações se concentram na qualidade, então a qualidade tende a aumentar e os custos diminuem com o tempo. Porém quando as pessoas e as organizações se focam primeiramente nos custos, então os custos tendem a aumentar e a qualidade diminui com o decurso do tempo”.