

Policy Paper

**QUE SOLUÇÕES PARA A SUSTENTABILIDADE E MELHOR PERFORMANCE DO
SNS? Dois pequenos passos para a mudança**

novembro 2023

PEDRO PITA BARROS

BPI | FUNDAÇÃO “LA CAIXA” PROFESSOR OF HEALTH ECONOMICS, NOVA SCHOOL OF BUSINESS AND
ECONOMICS.

CATARINA DELAUNAY

MEMBRO DO OBSERVATÓRIO DE SAÚDE E SOLIDARIEDADE DA SEDES & CICS.NOVA; NOVA FCSH



QUE SOLUÇÕES PARA A SUSTENTABILIDADE E MELHOR PERFORMANCE DO SNS? Dois pequenos passos para a mudança

SUMÁRIO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrenta atualmente importantes desafios, sobretudo a nível da acessibilidade a cuidados de saúde (por parte dos utentes) e da eficiência na organização dos serviços e gestão dos recursos (por parte dos prestadores públicos). Não obstante as dificuldades operacionais observadas no terreno, é, todavia, de salientar que o SNS continua a ser o principal prestador de serviços de saúde, inclusive dando resposta a situações limite como foi o caso da pandemia da COVID-19, e a beneficiar da confiança da população. Torna-se, pois, urgente propor medidas concretas e cirúrgicas, de carácter micro, com base em indicadores e evidências (incluindo *outcomes* em saúde) e com o envolvimento dos próprios profissionais de saúde na procura de soluções, sobretudo no que respeita à formulação estratégica e planeamento da prestação de cuidados de saúde. Acresce que é internacionalmente reconhecido, inclusive pela Organização Mundial de Saúde, que o recurso à metodologia de avaliação de impacto na saúde – para avaliar os impactos de projetos, programas-piloto, planos e inclusive políticas no sector da saúde – constitui uma ferramenta relevante para a tomada de decisão. Foi com este pano de fundo que se elaborou o presente *policy brief*¹.

¹ Dados atualizados Abril de 2023.

1. DIAGNÓSTICO: DOIS GRANDES DESAFIOS

O ponto de partida para a apresentação de “dois pequenos passos” foi a identificação de dois problemas que não tenham sido resolvidos na última década, e procurar soluções que não passem por produção legislativa (pelo menos, num primeiro passo). As escolhas recaíram sobre a atribuição de um médico de família a todos os residentes em Portugal, e a sustentabilidade financeira dos hospitais do SNS, avaliada pelo estrangulamento financeiro dos hospitais do SNS (que gera ele próprio maior despesa, num ciclo que se repete desde que há dados para o acompanhar mensalmente).

1.1. O DESAFIO DO ACESSO GENERALIZADO A CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No ano em que se comemoram 43 anos sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), afigura-se urgente repensar o modelo de prestação de cuidados de saúde no sentido de dar resposta aos múltiplos e complexos desafios introduzidos pela recente transição sociodemográfica e epidemiológica.

Não obstante melhorias assinaláveis observadas no que respeita a indicadores gerais quanto à saúde e à qualidade de vidas dos cidadãos, que comparam muito favoravelmente com outros países da União Europeia, como sejam a esperança média de vida, a mortalidade prematura, a mortalidade infantil ou a prevalência de doenças infecciosas, para as quais a resposta dada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em muito contribuiu, surgem, todavia, novas necessidades em saúde a que importa atender.

Ao longo das últimas décadas, temos vindo a assistir a um aumento da esperança média de vida a par da crescente prevalência de doenças não transmissíveis (nomeadamente degenerativas, cardiovasculares, hipertensão, neoplasias e diabetes, entre outras) que – à exceção do caso particular da pandemia da COVID-19 – superam em muito as doenças infecciosas. Como resultado destas tendências, temos em Portugal uma população bastante envelhecida, com inúmeras comorbilidades, sobretudo associadas a doença crónica, e que é igualmente atravessada por desigualdades socioeconómicas, de inserção territorial e de literacia em saúde.

Neste contexto, os cuidados de saúde primários fornecem cuidados abrangentes, contínuos e de forma articulada com outro tipo de cuidados (ex. hospitalares ou continuados). São, por essa razão, essenciais para impulsionar os cuidados preventivos na população, tratar aqueles que necessitam de cuidados, reduzir a necessidade de hospitalizações, mitigar as desigualdades em saúde e, inclusive, ajudar as pessoas a tornarem-se mais ativas na gestão da sua própria saúde. Apresentam, assim, o potencial de melhorar a eficiência dos sistemas de saúde e os resultados de saúde para todas as pessoas, independentemente do seu nível socioeconómico, para além de tornar os sistemas de saúde centrados nas necessidades e preferências das pessoas. É geralmente reconhecida a importância de uma robusta rede de cuidados de saúde primários para o bom desempenho de um sistema de saúde, sendo que Portugal tem, em termos internacionais, uma boa estrutura de cuidados de saúde primários.

No entanto, em termos globais, de acordo com um relatório² recente (embora prévio à pandemia da COVID-19) colocam-se importantes desafios políticos aos países da OCDE visto que os cuidados de saúde primários não estão a alcançar todo o seu potencial. Daí decorre a necessidade de introduzir mudanças, nomeadamente a nível de novos modelos de organização dos serviços, melhor coordenação entre prestadores, melhor uso das tecnologias digitais e utilização eficiente de recursos e incentivos.

Acresce que existem hoje, em Portugal, desafios significativos no que concerne ao acesso, com o número crescente de utentes sem atribuição de médico de família, numa tendência do último ano que inverte uma evolução favorável desde meados da década anterior. No final de 2021, mais de 1,1 milhões de portugueses não tinham médico de família atribuído, correspondendo a 10,9% do total de inscritos no SNS³. A situação tem vindo assim a agravar-se e, de acordo com a entidade reguladora do sector⁴, a percentagem de utentes inscritos com médico de família diminuiu 2.9 pontos percentuais entre 2017 e 2021. De acordo com dados mais recentes, referentes a outubro de 2022, e publicados no Portal da Transparência, o problema da falta de médicos de família já atinge mais 1,3 milhões (1.376.068) de utentes do Serviço Nacional de Saúde. A situação mais grave verifica-se nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, e Algarve. Existem assim fortes assimetrias regionais no que respeita à percentagem de utentes sem médico de família atribuído, embora a tendência geral tenha sido de crescimento. A que se deve então estas grandes discrepâncias a nível do território nacional?

Utentes sem médico de família

	04/2021	12/2021	04/2022	12/022
Norte	2,6%	2,8%	1,9%	2,7%
Centro	5,1%	6,5%	8,2%	9,6%
Lisboa e Vale do Tejo	16,2%	20,3%	23,9%	26,4%
Alentejo	6,3%	9,6%	11,9%	15,8%
Algarve	14,2%	16,1%	17,1%	19,5%

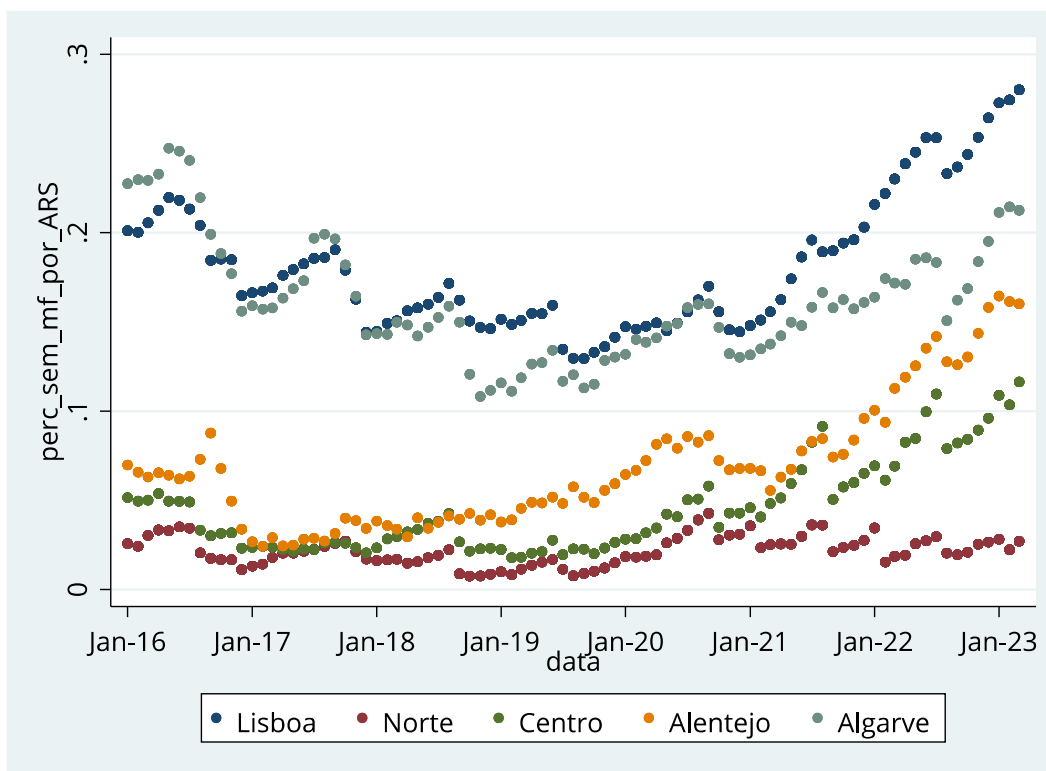
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da ACSS.

O gráfico abaixo mostra as tendências, a nível regional, da evolução da percentagem de utentes sem médico de família atribuído, no período compreendido entre Janeiro de 2016 e Janeiro de 2022.

² Realising the Potential of Primary Health Care – OECD Health Policy Studies (30 de maio de 2020): <https://www.oecd.org/health/realising-the-potential-of-primary-health-care-a92adee4-en.htm>

³ Fonte: Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021, Relatório nº 7/2022, Conselho das Finanças Públicas, p. 11.

⁴ Monitorização sobre acesso a Cuidados de Saúde Primários no SNS (ERS): https://www.ers.pt/media/f3vjniey/os_252372_2022_deas-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-acsp.pdf



Fonte: elaboração própria, com base em dados da ACSS.

Torna-se assim fundamental garantir que todos os cidadãos tenham acesso, de forma continuada, a uma Equipa de Saúde Familiar, numa lógica de proximidade e de cuidados personalizados, adequados a cada perfil, percurso individual e fase do ciclo de vida. Tal envolve uma nova solução ou modelo que se assegure, com qualidade, uma maior multiplicidade de respostas, incluindo cuidados de saúde oral e saúde visual, psicologia clínica e nutrição, e permitindo igualmente o atendimento a necessidades de saúde não programadas, no sentido de evitar o recurso inapropriado a urgências hospitalares diferenciadas, que consomem desnecessariamente recursos ao Estado.

Como tal, a promoção da saúde e a garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde passa obrigatoriamente por uma forte aposta nos Cuidados de Saúde Primários⁵ como pedra basilar e porta de entrada no sistema, o que envolverá mudanças estruturais⁶. Sem esse

⁵ De acordo com a OCDE, a crise da COVID-19 demonstrou a importância de se colocar os cuidados de saúde primários no centro dos sistemas de saúde, tanto para gerir um aumento inesperado de procura quanto para manter a continuidade do atendimento a todos os cidadãos. Vide *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic – POLICY BRIEF* (10 de Fevereiro de 2021): <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>

⁶ Para uma melhor compreensão da situação portuguesa em matéria de organização de cuidados primários, consultar os seguintes documentos:

Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro (que aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C): <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>

investimento e reestruturação planeada e baseada em evidências, não é possível fazer face aos crescentes desafios que se perfilam no sector.

1.2. O DESAFIO DA EFICIÊNCIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem revelado significativas ineficiências na gestão dos seus recursos (financeiros, materiais e humanos), traduzindo-se em custos acrescidos daí decorrentes. As causas dessas ineficiências prendem-se sobretudo com questões mais gerais de governança do sistema, mas também com a própria inadequação das ferramentas de gestão hospitalar. Salienta-se, entre outros aspetos, a importância de garantir a transparência dos mecanismos de contratualização, a inexistência de um sistema de monitorização e avaliação de desempenho, o elevado peso burocrático e complexidade dos processos de gestão ou a falta de autonomia e excessiva politização das equipas dirigentes.

Afigura-se pertinente referir as recentes alterações introduzidas no que respeita aos instrumentos de gestão, nomeadamente com a aprovação do despacho⁷, que apenas entrará em vigor no início do próximo ano, que dá maior autonomia aos hospitais do SNS em termos de orçamento, de mapa de pessoal e plano de investimentos. Estão previstos planos de atividade e orçamento para cada ano, mas também plurianuais, a três anos, sem necessidade de mecanismos adicionais de aprovação. No entanto, ter contratos programa aprovados e assinados durante o ano a que dizem respeito é pouco útil. Acresce que, ao atribuir-se no início do ano um orçamento que se sabe que irá ser insuficiente (suborçamentação), cria-se dificuldades à boa gestão (leia-se gestão eficiente), criando disfuncionalidades na gestão e, ao mesmo tempo, justificando-se que sejam necessárias verbas adicionais de reforço.

Um sistema ineficiente torna-se incapaz de gerar melhorias de produtividade que possibilitem a libertação de recursos passíveis de serem investidos em áreas críticas como seja a retenção, reconhecimento e recompensa do talento (seja a nível dos profissionais de saúde ou das equipas de direção) ou a inovação em saúde (como é o caso do acesso a inovação terapêutica⁸ e tecnológica para além da inovação organizacional). Ganhos em eficiência e produtividade, com as correlativas poupanças de recursos, permitem garantir o investimento necessário na própria sustentabilidade do sistema.

A questão da ineficiência prende-se igualmente com a prevalência de défices orçamentais e de dívida estrutural do SNS, decorrente da sua total dependência do Orçamento de Estado (as

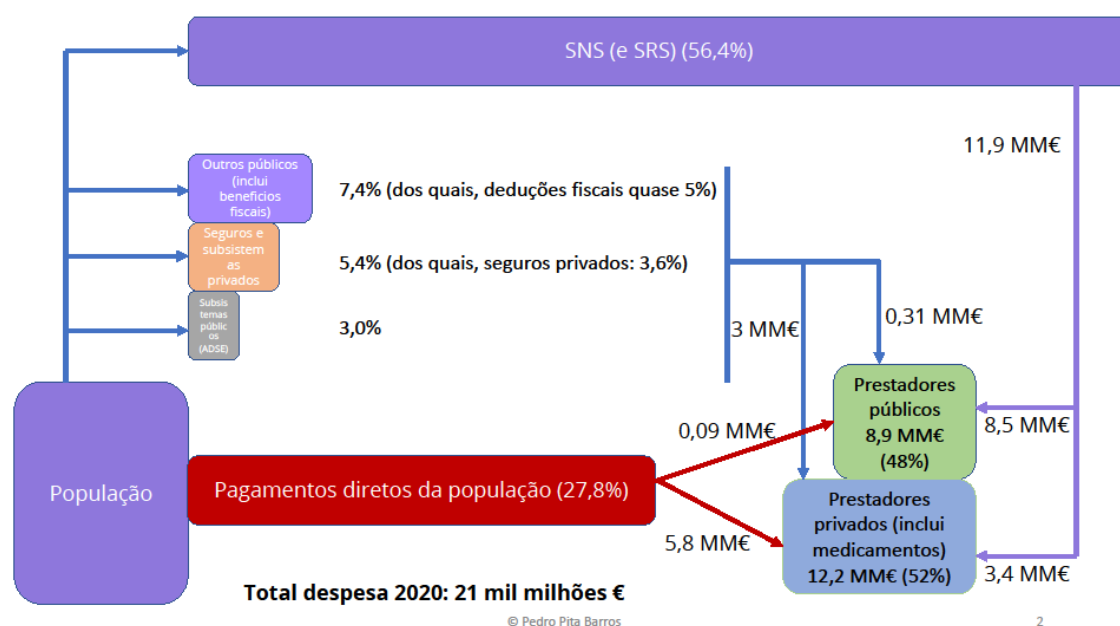
Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2022 (ACSS): https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf

⁷ Despacho n.º 12745/2022, de 3 de novembro (Define o processo de operacionalização dos instrumentos previsionais de gestão dos estabelecimentos de saúde com natureza de entidade pública empresarial integrados no Serviço Nacional de Saúde): <https://dre.pt/dre/detalhe/doc/12745-2022-202986398>

⁸ Portugal continua a revelar atrasos no acesso a inovação comparativamente a outros países da União Europeia. De acordo com o Relatório da Primavera 2019 do Observatório dos Sistemas de Saúde (pp. 139-140), o tempo para acesso à inovação terapêutica em Portugal era cinco vezes mais longo do que na Alemanha, o país com o melhor resultado a nível europeu no período considerado (de 2015 a 2017).

transferências do OE representam 98,8% do total das transferências e subsídios correntes). De acordo com o último relatório do Conselho de Finanças Públicas⁹, o saldo orçamental do SNS foi negativo em todo o período analisado (2014-2021), com um valor acumulado de -4,0 mil M€, sendo que o maior défice ocorreu em 2021 (-1,1 mil M€). A taxa de crescimento médio da despesa (4,4%/ano) tem sido superior ao da receita (3,5%/ano), sendo que o maior diferencial foi registado em 2021 (6,3 p.p.). Acresce que, como consta do referido relatório, “tanto a despesa como a receita apresentaram desvios desfavoráveis face ao orçamentado, destacando-se o contributo decisivo do desvio na despesa para o défice de 1,1 mil M€ do SNS em 2021” (p. 38).

No entanto, não podemos interpretar este cenário como decorrente da escassez de recursos investidos no sector público da saúde em Portugal uma vez que, entre 2015 e 2022, passou-se de um orçamento de 9 mil milhões para 15 mil milhões de euros, embora correspondendo a menos atividade e a menores resultados. Trata-se, ao invés, de maior nível de despesa nominal, mas sem a correspondente melhoria dos resultados assistenciais e da capacidade de resposta às necessidades da população. Este aspeto prende-se igualmente com a secção anterior na medida em que, por exemplo, a ausência de resposta a nível de cuidados primários conduz ao elevado consumo de urgências hospitalares e incremento dos respetivos gastos associados, verbas essas que poderiam ser investidas em setores com maior criação de valor em saúde, como seja a área da inovação terapêutica.



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Conta Satélite da Saúde, INE.

O facto de a despesa do SNS ter sido superior à receita ao longo de todos os anos do período em análise, tem obviamente repercussões negativas a nível da capacidade de resposta do sistema, tanto no que respeita à gestão de fornecedores (com atrasos significativos no

⁹ Fonte: *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021*, Relatório nº 7/2022, Conselho das Finanças Públicas.

pagamento dos mesmos e consequentes dificuldades na negociação dos preços e condições), como no que se refere à capacidade de planeamento a médio e longo prazo das equipas de gestão (dada a sua falta de autonomia e fraco grau de responsabilização), que se repercute igualmente na ausência de investimento (em edificado, equipamentos, recursos humanos, formação, inovação, etc.).

2. Um olhar comparado: benchmark internacional

2.1. Sobre medidas para assegurar a acessibilidade a cuidados de saúde primários

O acesso universal, rápido e de qualidade a cuidados de saúde primários tem constituído uma preocupação constante a nível do mundo ocidental e sobretudo entre os países da União Europeia.

De acordo com o estudo elaborado por *The Commonwealth Fund*¹⁰, que avaliou o desempenho dos sistemas de saúde de onze países (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos), alguns exemplos concretos de políticas de saúde eficazes nesta matéria são o norueguês (sistema de saúde público considerado um dos mais eficientes do mundo) e o holandês (sistema misto público-privado). Na Noruega, onde os cuidados de saúde primária são organizados e financiados a nível municipal, a Lei dos Direitos do Paciente (1999 Patient and User Rights Act) garante que todos os habitantes têm igual acesso a cuidados de saúde de qualidade e estabelece o direito de receber atendimento num prazo específico. Acresce que, no âmbito dos contratos com os clínicos gerais, existe a obrigatoriedade destes de fornecerem serviços de emergência fora do expediente, em regime de rotação. No caso dos Países Baixos existe a exigência de que os médicos de clínica geral forneçam, anualmente, pelo menos 50 horas de atendimento após o expediente para poderem manter as licenças médicas.

Para combater a escassez de profissionais e as desigualdades regionais em termos de atribuição de médico de família à população residente, vários países implementaram medidas e reformas.

De acordo com o documento acima referido, na Austrália, o governo federal oferece aos clínicos gerais – que são profissionais autónomos – incentivos financeiros para exercerem a prática em áreas rurais e remotas. São pagos principalmente com base numa taxa por serviço por meio do modelo Medicare Benefits Scheme (MBS), embora também possam receber financiamento de uma iniciativa baseada em desempenho, designada de Programa de Incentivos à Prática (*Practice Incentives Program*). A escassez de recursos humanos é colmatada através do recurso a profissionais formados no estrangeiro. O governo federal também incentiva a coordenação de cuidados multidisciplinares financiando grandes clínicas multidisciplinares de clínicos gerais, conhecidas como Super Clínicas, e através do estabelecimento de Redes de Saúde Primárias, com o objetivo de melhorar a coordenação, eficiência e eficácia dos cuidados.

¹⁰ 2020 International Profiles of Health Care Systems (edição de Dezembro de 2020):
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>

Na mesma linha, o *Health Systems and Policy Monitor (HSPM)* do *European Observatory of Health Systems and Policies*¹¹, refere o caso da Roménia que, face ao número insuficiente ou até mesmo inexistência de médicos de família em determinadas localidades e no sentido de aumentar o acesso a cuidados básicos de saúde, permitiu, em 2019, a estes profissionais abrirem até dois consultórios em localidades diferentes, além do seu consultório principal, e desde 2022, inclusive na mesma localidade, se for em área rural e obtiverem a aprovação da autoridade de saúde pública distrital (DPHA). Os médicos de família (ou os seus funcionários) devem prestar assistência médica pelo menos 10 horas por semana em cada unidade adicional. De igual modo, o Programa do Governo para 2021–2024 inclui o compromisso de melhorar e alargar a prestação de cuidados de saúde primários e de ambulatório no sentido de reduzir a pressão sobre os hospitais e assim diminuir os gastos. Os médicos de família foram autorizados a prestar serviços adicionais (que anteriormente eram apenas prestados por especialistas) e incentivados a oferecer mais serviços preventivos e de cuidados domiciliários (por exemplo para acompanhamento de pacientes crónicos), pelos quais serão reembolsados. Em 2021, face à escassez de médicos de família, o Ministério da Saúde eslovaco estabeleceu como metas, por um lado, a definição de áreas geográficas com baixos níveis de médicos de família e o estabelecimento de ferramentas para apoiar o estabelecimento e desenvolvimento de ambulatórios e, por outro, uma adaptação dos regulamentos para apoiar e incentivar (com subsídios) os clínicos gerais que queiram ir trabalhar para áreas mal servidas.

Recentes alterações ocorreram também na Grécia, onde, em maio de 2022, a promulgação da Lei nº 4.931/2022 (“Doctor for all, equal and quality access to the services of EOPYY and Primary Health Care and other emergency provisions”) substituiu o sistema de cuidados de saúde primários introduzido em 2017 por um modelo de parcerias público-privadas (PPPs). Para além da reestruturação administrativa e organizacional, a reforma do sistema de cuidados de saúde primários visa ainda, entre outros aspectos, melhorar as instalações e modernizar o equipamento médico dos centros de saúde e conceber um novo sistema de compensação homogénea para os profissionais de saúde que permita cooptar mais médicos de família.

A Itália também introduziu reformas, com a publicação, em 22 de junho de 2022, do Decreto Ministerial n.º 77/2022, relativo à definição de novos modelos e normas para o desenvolvimento dos cuidados primários no Serviço Nacional de Saúde. Uma das principais novidades consistiu na abertura de mais de 1350 Centros Comunitários de Saúde financiados com recursos do Plano Nacional de Recuperação e Resiliência. Espalhados por todo o país e abertos 24/7, são estruturas físicas a que os cidadãos podem aceder para satisfazer as suas necessidades de saúde e de cuidados, servindo como modelo organizacional de cuidados de proximidade.

2.2. Sobre medidas para melhorar a performance do sistema

Os *rankings* dos sistemas de saúde têm constituído um dos focos nas últimas duas décadas, especialmente para a questão da *performance*. É de salientar “Health Systems: Improving Performance” (2000), da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde, “The Most efficient Health Care” (2014), divulgado pela Bloomberg e “Mirror, Mirror 2021, Reflecting

¹¹ Link: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/romania-2016/increasing-access-to-primary-health-care>

Poorly: Healthcare in the United States Compared to Other High-Income Countries” (2021), publicado pela *Commonwealth Fund*.

Tendo em mente que a formulação e reforma das políticas de saúde exige primeiramente uma compreensão ampla do desempenho de um sistema de saúde nas suas diversas funções (governança, financiamento, produção de recursos e prestação de serviços), o *European Observatory on Health Systems and Policies* lançou recentemente um instrumento de avaliação para ajudar os países na difícil tarefa de cumprir as metas políticas e responder aos desafios do século XXI nestas matérias¹².

3. Pequenos passos para grandes mudanças: propostas

3.1. Proposta de novo modelo de USF a partir de uma abordagem *bottom-up*

Sobre a cobertura da população residente por médico de família, é possível apontar várias regularidades: a) evolução desta cobertura sempre aquém das promessas políticas (que coincidem com os princípios técnicos aceites para um sistema de saúde que garanta acesso universal e uso adequado de cuidados de saúde); b) inversão da tendência de melhoria dessa cobertura no último ano, apesar de se formarem especialistas em medicina geral e familiar e de se abrirem diversos concursos de recrutamento. A abordagem burocrática de “abrir concursos” e esperar que todos os novos médicos (ou uma maioria) queiram entrar para o SNS, e nenhum dos que está atualmente no SNS queira sair, falhou; c) o modelo das USF pode beneficiar de um revisitar dos seus princípios face à experiência acumulada, face às ideias e preferências de novas gerações de profissionais de saúde e face aos desenvolvimentos tecnológicos (clínicos e não clínicos) que ocorreram nos últimos vinte anos; e, d) é sentida pressão política para dar uma resposta a este problema. Embora por vezes a discussão se tenda a centrar no modelo C de USF (contratação de equipas de médicos, a trabalhar no sector público ou no sector privado) e na sua capacidade de atrair para trabalhar no SNS médicos que optaram pelo sector privado.

O modelo das USF, adotado há 17 anos, foi gerado a partir de uma reflexão liderada pelos profissionais de saúde, em particular, por médicos especialistas em medicina geral e familiar, que depois de uma experiência piloto (regime remuneratório experimental), elaboraram uma proposta e roteiro de implementação de uma abordagem baseada em equipas mais pequenas, mais próximas da população, e com sistema remuneratório com uma componente variável de acordo com o desempenho. Os bons resultados obtidos com esse processo sugerem e motivam que se retome o modo como a criação das USF foi feita, com um trabalho prévio *bottom-up*. Evitando a arrogância de propor um ou vários novos modelos de USF por decreto iluminado a partir de gabinetes oficiais, é proposto pensar em ter um processo acelerado de reflexão sobre possibilidades.

¹² Health system performance assessment: a framework for policy analysis - Health Policy Series 57 (Abril de 2022): <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-framework-for-policy-analysis>

Numa frase simples, a proposta resume-se à relevância de ouvir os profissionais de saúde sobre qual a melhor forma de melhorar a rede de cuidados de saúde primários, com o objetivo de todos os residentes em Portugal terem um médico de família atribuído no prazo de três anos.

A solução proposta não tem a ousadia de saber qual é o melhor modelo a adotar, aceitando-se que possam coexistir mais modelos dos que apenas USF-A, USF-B e USF-C. Possíveis modelos alternativos deverão resultar de ideias e de experiências piloto, breves, mas consequentes, originadas pelos profissionais de saúde.

A importância de ouvir os profissionais de saúde é ilustrada por análise de uma amostra de conveniência. Numa plateia de estudantes de medicina, 250 responderam à questão de “quais os fatores mais relevantes para aceitar uma oferta de trabalho no SNS?”, estabelecendo uma ordenação das alternativas, dando 6 pontos à primeira opção, 5 pontos à segunda opção, etc. Se todas as respostas colocassem em primeiro lugar a mesma opção, no final esta teria um valor médio de 6 pontos, a segunda de 5, etc.

Opção	Score
Condições remuneratórias	5,16
Equilíbrio com vida familiar	4,93
Horário de trabalho (não ser tempo completo no SNS)	3,73
Ter autonomia de gestão	2,81
Não ter tarefas administrativas	2,06
Ter tempo protegido para investigação	1,51

Fonte: elaboração própria

O aspeto que se destaca é a relativa proximidade entre os dois primeiros elementos – longe da diferença de 1 ponto que ocorreria se as condições remuneratórias estivessem sempre em primeiro lugar para todos.

Assim, o princípio económico que deve ser contemplado é a presença de flexibilidade de modelos de USF que permita acomodar estas diferenças de preferências como fator de atração e muito provavelmente também como fator de maior produtividade e qualidade do trabalho realizado.

A componente remuneratória será uma condição necessária, mas não é certo que seja suficiente para se alcançar o objetivo de cobertura a 100% (ou perto disso) da população residente por médico de família (ou equipa de saúde familiar).

A proposta de medida é uma proposta de ação que procura um processo de construção desta diversidade de USF, não impondo um modelo único. Esta diversidade deve resultar do conhecimento das preferências dos profissionais de saúde e da comprovação do modelo na prática. Na verdade, nem sequer é um processo novo.

Contudo, é necessário criar o processo pelo qual se dá voz aos profissionais de saúde. Assim, a proposta de medida tem os seguintes passos:

A) Criação de cinco equipas multidisciplinares, a partir de unidades já existentes, envolvendo médicos, enfermeiros e assistentes técnicos de cuidados de saúde primários, em que cada uma elabora, com total liberdade, uma proposta de novo modelo de Unidade de Saúde Familiar (USF) ou melhoria de algum dos modelos existentes ou previstos. A escolha destas cinco equipas será feita mediante candidatura das mesmas, num formato simplificado, de até três páginas de apresentação da ideia central. A apreciação das candidaturas é feita de forma anónima (não se conhecendo os autores de cada proposta) por um grupo de 7 pessoas, especialistas em cuidados de saúde primários, refletindo diversidade profissional e de experiência na elaboração e aplicação de políticas públicas. Deve-se evitar a representação institucional e dar preferência à capacidade técnica de avaliação.

B) As cinco equipas terão seis meses para apresentar as suas ideias, de forma detalhada nas suas componentes técnicas (clínicas, de organização, remuneração e financeiras), e de entre as cinco, três serão escolhidas para a realização de um teste piloto, com a duração de cinco anos, com o novo modelo, com avaliação de continuação ou não ao fim de três anos, sendo os dois últimos anos ou de expansão ou de extinção. Há vantagem, a nosso ver, que as propostas sejam oriundas de equipas já existentes no Serviço Nacional de Saúde, de modo a aproveitar a sua experiência de funcionamento, e por a sua seleção ser mais simples do que se forem consideradas candidaturas externas ao atual universo de unidades do Serviço Nacional de Saúde.

C) A proposta passa por reservar 2,5M€, destinando 150k por ano vezes cinco anos para cada uma das três equipas selecionadas, 25 000€ por ano para equipa de avaliação dos três projetos em simultâneo, comparando com o funcionamento dos modelos existentes. Esta verba assume que as equipas selecionadas são, atualmente, unidades existentes. A criação de novas unidades, com contratação integral de novos profissionais para o SNS, implica, naturalmente custos mais elevados.

D) Em termos de critério de seleção dos projetos, será utilizada a metodologia de avaliação de impacto para comparar as propostas. Mais especificamente, o critério será qual das opções dadas pelas propostas resolve melhor o problema (seguimento de cada residente em Portugal por um médico de família), dentro do teto de 750 000€ por cinco anos por unidade (como projeto piloto). O critério não é, pois, o menor custo, e sim, respeitando o custo, qual o melhor resultado alcançado. No final de três anos, decidir-se-á qual modelo ou modelos – se obtiverem os mesmos resultados – é para alargar a todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

E) A ideia de base da proposta é desenvolver uma abordagem *bottom-up* à resolução do problema e ensaiar soluções, podendo até suceder que, na prática, diferentes soluções consigam alcançar o mesmo resultado. Não é de excluir que possam existir diferentes modelos de organização dentro do conceito global de USF, permitindo a escolha pelos profissionais de saúde do modelo que mais os satisfaz profissionalmente, desde que atingidos os objetivos de efetiva cobertura da população residente em Portugal.

A existência de experiências piloto deve ser conjugada com outras intervenções para assegurar a integral cobertura da população residente em Portugal por equipas de saúde familiar, até que sejam determinados os resultados das experiências-piloto. Esta fase de transição poderá ser assegurada pela criação de mais USF, pela utilização de unidades específicas de natureza temporária para assegurar acesso a cuidados de saúde primários de qualidade a quem não tem médico de família, e/ou pela criação de várias unidades de cada tipo de experiência piloto. Esta

decisão deverá ser preparada e tomada durante o processo de constituição das três experiências-piloto.

O resultado será a existência de um conjunto de opções dentro do modelo USF para os cuidados de saúde primários, que assegura os objetivos de política de saúde com flexibilidade suficiente para refletir as condições específicas de cada local.

Duas questões que é lícito colocar a esta proposta é como resolve o problema imediato dos residentes em Portugal que não têm médico de família atribuído, e porque não é suficiente regular o modelo D de USF e/ou contratar para serviço prestado ao SNS médicos e/ou grupos de médicos, que se encontram atualmente unicamente no sector privado, no que seria um aproveitar instantâneo de “capacidade disponível” no sector privado.

A resposta genérica a ambas as questões é que soluções de emergência são diferentes de soluções estruturais. Tomando a prestação de serviços de médicos privados, especialistas em medicina geral e familiar, esta “solução” garante o atendimento de utentes do SNS, mas não garante o seu acompanhamento ao longo do tempo pelo mesmo médico (ao longo de vários anos, até mesmo de décadas). Médicos contratados pontualmente e com duração temporal delimitada não têm a possibilidade, por definição da sua relação contratual, de estabelecer uma relação duradoura com os utentes. O problema estrutural não se resume a assegurar uma consulta no próprio dia (ou no dia seguinte) e sim em assegurar um seguimento regular pela mesma equipa de saúde familiar.

Quanto ao modelo C de USF, este tem como base o estabelecimento de um contrato programa entre o SNS e equipas que podem ser do sector público ou do sector privado (com ou sem fins lucrativos). O foco da discussão deste modelo tem sido colocado na ideia de contrato programa como forma de ter objetivos e indicadores acordados. Contudo, para se manter o princípio do cidadão ser acompanhado, ao longo do tempo, por uma mesma equipa, estas relações de contrato programa no modelo C terão de ser mini-Parcerias Público – Privado, no sentido de serem relações de longo prazo (mais de um ou três anos). A exigência técnica que estará associada à elaboração é à gestão diária desses contratos será elevada e é antecipável que surjam problemas de decisão em situações não previstas nos contratos programa, obrigando a que estes contratos tenham de estabelecer cuidadosamente quem decide o quê quando ocorrem contingências não previstas (de que é exemplo a pandemia COVID-19). Sendo um modelo que não é de excluir como possível, não surge como sendo o único admissível ou eventualmente como o mais apropriado. A sua regulamentação cuidada levará tempo, provavelmente tanto como o de experimentar outras alternativas.

A resolução do problema dos residentes em Portugal sem médico de família atribuído, no curto prazo, passa por um conjunto de respostas, temporárias nalguns casos: criação de mais USF-B, desde que alarguem, face ao passado, o número de utentes cobertos nas áreas em que são constituídas, criação de unidades de atendimento rápido para utentes sem médico de família, criação de bolsas de consultas para utentes sem médico de família, com base no médicos de família de um ACES, incluindo todas as unidades (USF e USCP), por exemplo.

As USF modelo C, por serem baseadas em contrato programa, permitem uma maior autonomia organizacional e financeira (dentro dos limites estabelecidos no contrato programa). Dentro deste princípio geral podem então criar-se muitas modalidades diferentes, em princípio.

O elemento fundamental que distingue este modelo C de USF (na formulação geral, ainda não regulamentada no seu detalhe) e outros modelos de USF que possam ser propostos e estabelecidos está na duração esperada da relação contratual e da sua importância para que o cidadão seja seguido pela mesma equipa de saúde familiar pelo tempo suficiente para que se construa uma relação de longo prazo.

No Despacho nº 24101/207 é dito que o modelo C é um “modelo experimental (...) com carácter supletivo relativamente a insuficiências demonstradas pelo SNS (...) face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído” e referindo, entre outras disposições “a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos”, o que introduz implicitamente uma noção de relação duradoura no tempo, mas ao mesmo tempo supletiva.

3.2. Proposta de criação de equipas de emergência de gestão nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A qualidade da gestão hospitalar constitui um elemento fundamental em termos de governança que impacta a *performance* do sistema de saúde, e do SNS em particular, em termos de eficiência, eficácia e sustentabilidade. Pesquisas recentes, relativas ao contexto português no período compreendido entre 2010 e 2020, apontam para a forte influência de determinadas lógicas institucionais, como seja a burocracia, o profissionalismo médico e o “managerialismo”, nas nomeações públicas para o cargo de administrador hospitalar¹³. Acresce que a existência de lógicas estratégicas conflitantes e oportunísticas, enraizadas nos partidos políticos e nos governantes enquanto importantes atores institucionais no sector, complicam as relações de poder que se vão estabelecendo ao longo do tempo. Consequentemente, afigura-se premente uma definição e clarificação dos mecanismos de nomeação e a implementação de estruturas de responsabilização transparentes que permitam promover “a pessoa certa para o lugar certo”.

Este segundo problema está também muito documentado, e foi discutido extensivamente ao longo da última década, embora seja um problema bem mais antigo, com pelo menos duas décadas. Frequentemente designado por suborçamentação, este termo destaca o elemento mais óbvio: se é atribuído um orçamento inicial que se prevê ser insuficiente para pagar as despesas do movimento assistencial previsto, não se pode esperar não ter dívidas e pagamentos em atraso.

Contudo, limitar o problema económico de fundo à falta de orçamento é redutor. Significaria que a solução está em ultrapassar a má vontade de quem não dá verbas suficientes à partida. É por isso necessário ser mais claro sobre qual é o problema de fundo subjacente, escondido até da discussão pública.

¹³ Lourenço, A. (2022). *Hospital management— patient-centered care, CEO appointments and their impact*. Tese de doutoramento, NOVA SBE: <https://run.unl.pt/handle/10362/143397>

A tensão fundamental está na exigência simultânea de os hospitais satisfazerem toda a procura que lhes é dirigida (e não fecharem) e de serem eficientes, no sentido de usarem os recursos indispensáveis à atividade desenvolvida (ou seja, terem boa gestão).

Se a gestão do hospital for isolada de qualquer preocupação financeira, assegurando-lhe que terá sempre todos os fundos que pedir, a despesa realizada tenderá a disparar, sem necessidade de eficiência, seja no evitar de desperdício de recursos seja no realizar de atividades com pouco valor terapêutico, seja na pouca atenção aos preços e custos dos produtos e serviços adquiridos.

Por isso, pagar de acordo com a despesa realizada garante que há sempre mais despesa que é feita (tecnicamente, um modelo de reembolso de custos é indutor de ineficiência e de despesa).

Uma alternativa é estabelecer um orçamento fixo, dentro do qual a unidade de saúde tem que desenvolver a sua atividade, aceitando as consequências negativas de ter custos excessivos se não tiver uma gestão adequada.

Se o orçamento atribuído for desde o início do ano um objetivo inatingível, então a preocupação da gestão será com as consequências. Como o encerrar de atividade não é opção considerada pelo SNS, as consequências são o acumular de dívida (junto das entidades fornecedoras de bens ou serviços que a gestão admite ter capacidade financeira para suportar um dilatar dos prazos de pagamento), havendo posteriormente verbas extraordinárias de regularização dessas dívidas junto de fornecedores. Na prática, torna-se um mecanismo de reembolso de custos, com “intermediários” que cobrarão, naturalmente, preços mais elevados para terem em conta o elevado prazo de pagamentos, e com disfuncionalidades na gestão da unidade.

Gera-se um círculo vicioso para o qual é necessário encontrar uma solução. A solução tem que promover uma mudança no modo de funcionamento. Em particular, tem que originar um diferente enquadramento para que uma melhor gestão das unidades de saúde possa ter lugar, repondo de alguma forma a “disciplina” que, no contexto geral dos mercados, é exercida pela ameaça de “saída” – falência e encerramento – como força que leva à procura de eficiência pela gestão da organização. Como o encerramento de hospitais do SNS não é uma opção política, a decisão mais próxima desse efeito é a substituição de equipas de gestão. Contudo, no caso dos hospitais do SNS há um conjunto de circunstâncias que tornam difícil estabelecer uma relação direta entre o desempenho financeiro e a qualidade de gestão: o hospital tem que servir toda a procura de serviços de saúde que lhe seja solicitada pela população (com exceções de referenciação técnica que estejam definidas), que pode ter flutuações aleatórias, totalmente fora da influência das equipas de gestão; o hospital do SNS não define as suas receitas; o hospital tem que internamente gerar um equilíbrio entre as decisões da hierarquia administrativa (que disponibiliza recursos internamente ao hospital) e as decisões da hierarquia médica (que solicita e usa recursos para tratar doentes).

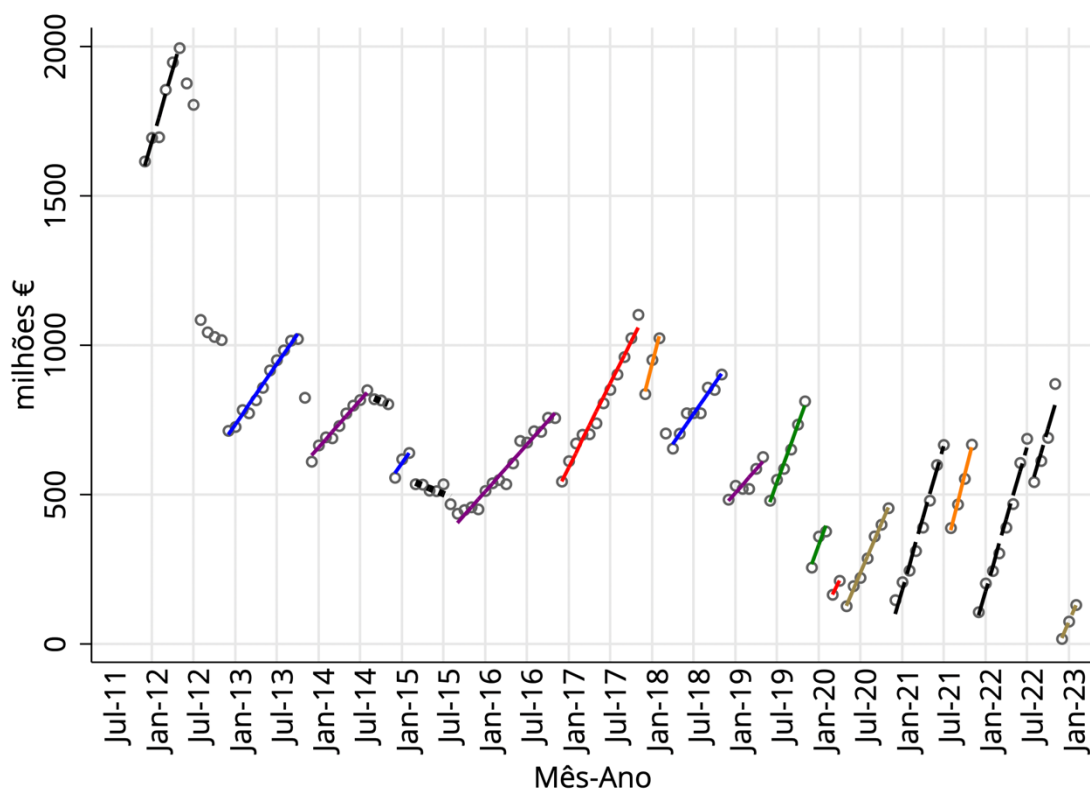
Assim, quando há sinais de um desempenho económico-financeiro deficiente, tal poderá dever-se mais a um tipo de fatores ou a outro. Tomando como indicador sumário os pagamentos em atraso, por estar facilmente disponível para os hospitais do SNS, garantindo por isso transparência e credibilidade, o problema que se coloca é como interpretar a informação dada por esse indicador.

Um crescimento continuado e acentuado dos pagamentos em atraso por parte de um hospital pode resultar de insuficiente orçamento inicial, mesmo que o hospital tenha eficiência de gestão, ou pode ser consequência de gestão ineficiente, ou mesmo surgir da existência

simultânea destes dois efeitos (como se argumentou antes, orçamentos irrealistas face à atividade assistencial previsível do hospital conduzem a ineficiências de gestão).

Para estabelecer a causa da evolução desfavorável dos pagamentos em atraso, é necessário uma análise detalhada do funcionamento do hospital, feita por uma equipa externa e independente. Equipas internas encontrarão facilmente justificações para os resultados tidos.

Desde que há dados regularmente disponíveis sobre os pagamentos em atraso dos hospitais do SNS que se assiste a ciclos de crescimento de pagamentos em atraso – transferência extraordinária de verbas para regularização. Estes ciclos, recorrentes nos dados dos últimos dez anos e fazendo parte de uma tradição mais longa no SNS, resultam de uma suborçamentação inicial (com a presunção de controle da despesa dos hospitais) que se traduz em pagamentos em atraso, que geram no final ainda mais despesa (que é regularizada ocasionalmente, frequentemente no final do ano para que a imagem do *stock* de pagamentos em atraso seja mais favorável nesse momento). Num exemplo simples, se um hospital tiver uma despesa de 130 num ano, que em condições de funcionamento eficiente para a atividade assistencial exigida teria uma despesa de 110, receberá 90 no ano seguinte como orçamento de partida (suborçamentação), as disfuncionalidades criadas pela falta de verbas e os preços mais elevados que são inevitavelmente cobrados por fornecedores que sabem que poderão ter de esperar um ano ou mais pelo pagamento, bem como desinteresse da gestão em procurar atingir objetivos irrealistas, levam a que a despesa efetiva seja 140, com 50 de pagamentos em atraso, que serão regularizados em parte por transferência extraordinária.



Fonte: elaboração própria, com base em dados da Direção-Geral do Orçamento

Há assim que introduzir mecanismos de credibilização da boa gestão, que passam, como tem sido reconhecido, por atribuição de orçamentos iniciais para os hospitais que sejam realistas face à atividade assistencial exigida, e utilização cabal dos instrumentos de gestão preconizados, incluindo apresentação e aprovação em tempo devido de planos de atividades e orçamentos, conjugados com maior autonomia para os hospitais que demonstrem maior capacidade de gestão. Estes aspetos são conhecidos e reconhecidos. A aplicação destas ideias a um grupo selecionado de hospitais estava mesmo presente no Orçamento do Estado para 2020, e o recente Despacho n.º 12745/2022, de 3 de novembro, vai precisamente nesse sentido.

Contudo, há um elemento em falta, e que será a principal motivação para a proposta que é feita: quando houver, de forma inequívoca, falta de capacidade de gestão, quais os mecanismos para alterar a situação? Em mercados privados, a resposta é extremamente simples. As organizações que não conseguem satisfazer de forma adequada a procura que lhes é dirigida, acabam por a perder, entrar em situação de perda financeira e eventualmente fecharem ou mudarem de atividade. Há um mecanismo de saída das organizações que possuam fraca capacidade de gestão. No caso de hospitais públicos, este mecanismo de saída como forma de pressão para a boa gestão da organização não está presente, nem previsivelmente será possível utilizá-lo, dados os propósitos de garantia de acesso a cuidados hospitalares por prestação direta do Serviço Nacional de Saúde (poderá, obviamente, discutir-se este aspeto, mas dada a sua consensualidade no contexto do sistema de saúde nacional, e a importância de em muitos casos se reconhecer a necessidade de um hospital público em muitas regiões, leva a que se tome como adquirido que existirá sempre uma rede de hospitais do Serviço Nacional de Saúde que não poderá ser encerrada ou diminuída).

A proposta consiste então na criação de um mecanismo de intervenção para eliminar, ou pelo menos mitigar, as situações de fraca capacidade de gestão nos hospitais do SNS.

A) Propõe-se a criação de equipas de emergência de gestão nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

B) Sugere-se adotar igualmente a ferramenta de avaliação de impacto, considerando três opções possíveis: a) manter como está, com reforços extra de verbas no final do ano; b) dar mais autonomia a alguns hospitais (medida que já estava prevista no Orçamento do Estado para 2020, pré-pandemia); c) em casos de aumento de pagamentos em atraso pelo sexto mês consecutivo no top 10% de aumento desses mesmos pagamentos em atraso, então ter uma equipa de intervenção para alteração da forma de gestão como condição para haver transferência de verbas. A equipa de gestão de emergência faz também avaliação sobre o desfasamento entre o orçamento inicial e a despesa prevista em condições de funcionamento de eficiência.

A intervenção destas equipas de emergência para a gestão não implica necessariamente a destituição da equipa de gestão do hospital em análise. Deverá ter como resultado da sua intervenção uma auditoria de processos e da qualidade das decisões de gestão, que deverá terminar em recomendações que podem ir do reforço orçamental do hospital (se depois da análise se concluir que o problema se encontra em orçamento inicial insuficiente para satisfazer os compromissos assistenciais que são exigidos ao hospital) à proposta de substituição integral da equipa de gestão do hospital (quando resultar claro que o orçamento inicial seria adequado em condições de funcionamento eficiente para dar resposta ao movimento assistencial exigido).

A constituição destas equipas de emergência de gestão deverá ficar a cargo da nova Direção-Executiva do SNS. Na situação de não existirem situações de alerta que motivem o seu uso, estas equipas de emergência de gestão fazem o acompanhamento regular dos hospitais do SNS, podendo incluir uma componente da sua atividade como identificação e disseminação de boas práticas seguidas.

Do ponto de vista de funcionamento do SNS, criam um mecanismo de intervenção claro e previsível para lidar com situações de menor qualidade da gestão.

A existência de equipas de emergência de gestão funciona como instrumento de ganhar informação rapidamente sobre o desempenho de um hospital, beneficiando da possibilidade de comparação com outros hospitais do SNS e disseminação de boas práticas de gestão. A sua intervenção deverá resultar numa de três recomendações centrais, ou uma sua combinação: a) reforço de orçamento do hospital, sem condições adicionais (quando for inequívoco que a gestão é eficiente e o problema decorre do orçamento inicial irrealista); b) alteração de processos internos de gestão, com manutenção da mesma equipa de gestão (quando houver sobretudo ineficiência de gestão que possa ser facilmente resolvida); poderá ocorrer reforço de orçamento condicional à adoção de medidas internas de gestão; c) alteração da equipa de gestão, com a nomeação de uma nova equipa (quando a ineficiência de gestão for elevada e exigir uma alteração profunda dos processos seguidos), também neste caso poderá haver uma recomendação de reforço orçamental condicional à adoção de medidas internas.

O papel destas equipas de emergência de gestão não é o de auditoria financeira apenas, é sobretudo de auditoria de processos. Deverão por isso ser constituídas por elementos com diferentes formações (contabilística-orçamental, económica e de gestão, médica).

Com a criação da Direção-Executiva do SNS, esta instituição será, a nosso ver, onde se deverão localizar estas equipas de emergência de gestão.

Há naturalmente diversos detalhes importantes a definir (dimensão das equipas, treino das mesmas, definição da sua atividade de forma mais exaustiva, etc.).

As equipas de emergência de gestão são uma forma de acompanhamento da gestão das unidades do SNS, e estão por isso inseridas no espírito geral que esteve na origem da criação da DE-SNS. Colocam a intervenção de acompanhamento não ao nível da relação entre o Conselho de Administração da unidade e o Diretor Executivo da DE-SNS, e sim num nível abaixo, mais técnico e de maior permanência na unidade de saúde.

As equipas de emergência de gestão devem ser vistas como uma intervenção complementar (e não substituta) de outras iniciativas que sejam tomadas com o objetivo de melhorar a gestão das unidades do SNS. Como exemplo de outras medidas que possuem o mesmo objetivo tem-se a elaboração, avaliação e aprovação de planos de atividades e orçamento em tempo útil (isto é, vários meses antes do início do período a que dizem respeito) e programação plurianual de despesas, ou a proposta, que será fácil retomar, de dar maior autonomia de gestão a unidades que tenham demonstrado maior capacidade de gestão (como constava da proposta do Orçamento do Estado para 2020).

A complementaridade decorre de estas procurarem atuar sobretudo via atribuição de um orçamento inicial adequado, na antecipação que a gestão eficiente decorrerá a partir daí,

enquanto as equipas de emergência de gestão procuram induzir uma pressão para uma gestão eficiente associada a uma maior probabilidade de “saída” (mudança da equipa de gestão).



SOBRE

A SEDES

A SEDES é uma das mais antigas associações cívicas portuguesas, operando, desde 1970, como um “think tank” independente comprometido em pensar Portugal ao centro. A sua missão é promover o desenvolvimento social e económico do país, através de contributos especializados e plurais em vários setores das políticas públicas.

SOBRE

O INSTITUTE OF PUBLIC POLICY

O Institute of Public Policy é um “think tank” independente, sob a forma de associação sem fins lucrativos, cuja missão é contribuir para a melhoria da análise e do debate público das instituições e políticas públicas em Portugal e na Europa, através da criação e disseminação da investigação relevante.

AGRADECIMENTO:

