

SAÚDE E AÇÃO SOCIAL

Grupo de Trabalho Saúde e Ação Social _ 5/11/2021

Coordenador: Nadim Habib

Relator: Catarina Delaunay

A – SAÚDE

Introdução

Nos 40 anos decorridos desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Sistema de Saúde Português (SSP) tem gerado melhorias significativas na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos, que comparam muito favoravelmente com os resultados de outros sistemas de saúde. Os progressos assinaláveis observados nesse período nos principais indicadores de saúde, como sejam a esperança média de vida, mortalidade prematura, mortalidade infantil, ou prevalência de doenças infecciosas, permitem que o sistema de

saúde português apresente resultados ao nível dos países mais desenvolvidos (que devem sempre servir como referência e termo de comparação).

Não obstante as conquistas importantes do SNS, a última década tem sido muito mais desafiante. O SNS desenhado nos anos setenta permitiu resolver muitos dos problemas da saúde do passado, mas está pouco preparado para enfrentar os desafios de saúde de hoje ou amanhã.

Primeiro, porque o elevado desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico verificado nas últimas décadas, espoletou uma transição epidemiológica e demográfica. Assistimos, ao longo das últimas décadas a um aumento progressivo da esperança média de vida dos cidadãos e da prevalência de doenças não transmissíveis. Na verdade, muito antes da pandemia por COVID-19, estava já em curso uma outra pandemia silenciosa, responsável por mais de 70% das mortes prematuras em Portugal: a pandemia das doenças relacionadas com os estilos de vida. Ao contrário da COVID-19, essa pandemia já dura há décadas e se queremos combatê-la, mudanças estruturais no SNS tal como o conhecemos são urgentes. Portugal é hoje um país mais envelhecido, com desigualdades sociais persistentes e com carga de doença mais pesada. Como resultado, o sistema de saúde enfrenta mais doenças crónicas e doentes com mais comorbilidades.

Segundo, porque o sistema continua organizado com base numa lógica de planeamento central, com instituições centrais (que governam e regulam o sector público, privado e social), instituições intermédias (Administrações Regionais de Saúde), que fazem a ponte entre os órgãos de gestão central, e entidades prestadoras de cuidados de saúde às populações, gerando uma complexidade desnecessária e consequente entropia na tomada de decisão. Em grande parte, esta complexidade e entropia resulta da indefinição dos modelos de governança desejáveis para o SSP: entre a centralidade e

a descentralização da tomada de decisão e entre a relação entre o setor público e os setores privado e social.

Um mundo de evolução científica acelerada, com uma população mais qualificada que necessita cuidados personalizados e próximos, exige um sistema de saúde mais simples e mais ágil. Este fenómeno não é exclusivo a Portugal. Prova disso é o facto de “a necessidade urgente de simplificação drástica do sistema” ter sido identificada enquanto prioritária no plano de reforma do Serviço Nacional de Saúde Inglês¹.

O SNS está desenhado e organizado para desafios que já não existem e, consequentemente, tem dificuldade em lidar com os desafios que enfrenta hoje. Existem desafios de acesso, com um número significativo de portugueses com acesso limitado a serviços de saúde. Existem desafios de eficiência num sistema aparentemente incapaz de gerar melhorias de produtividade que permitem libertar recursos para investimentos críticos. Um sistema sem capacidade de melhorar o acesso e a produtividade enfrenta naturalmente desafios sérios de financiamento, que, por sua vez, acabam por tornar o sistema pouco atrativo para o talento tão necessário para cumprir a sua missão.

¹ *Better health and care for all: A 10-point plan for the 2020s (Darzi et al. 2018)*

Diagnóstico: Desafios do SNS

Acesso

Existem hoje **desafios significativos de acesso**, com mais de 900 mil portugueses sem atribuição de médico de família. Em 2019, 39% das consultas de especialidade e 22% das consultas urgentes ultrapassaram os tempos máximos de resposta. No final de 2019, havia mais de 245.000 pessoas em lista de espera para cirurgia, das quais 50.000 a ultrapassar os tempos máximos de espera, e 22 hospitais do SNS não estavam a cumprir os tempos máximos de espera para cirurgias oncológicas prioritárias. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) os desafios de acesso em 2018 já eram “um problema sistémico e não circunscrito a um número reduzido de prestadores”². Os desafios em termos de acessibilidade são ainda mais agravados pelo desequilíbrio a nível territorial, sendo de destacar as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade (como é o caso do Alentejo, por exemplo).³

As promessas de acesso alargado a cuidados de saúde oral, visual e mental continuam por cumprir, bem como o acesso a cuidados continuados e paliativos.

Como consequência, cerca de 3 milhões de portugueses têm hoje seguro de saúde, e recorrem de forma generalizada ao sector privado por falta de resposta do SNS. Existem ainda cerca de 1,5 milhões de portugueses que escolhem o sector privado através de outros subsistemas de saúde, como a ADSE.

² *Informação de Monitorização Tempos de Espera no SNS – Janeiro a Maio de 2018*

(https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2518/ERS_-_Tempos_de_espera_Mai.2019_publicar_.pdf)

³ Palma, Pedro., Marques da Costa, Eduarda, Marques da Costa, Nuno. (2017). Disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade: os casos do Alentejo (Portugal) e Navarra (Espanha). In: Soares, Beatriz Ribeiro... [et al.] (coord.). *Construindo cidades saudáveis: utopias e práticas*. Uberlândia (MG): Assis Editora, pp. 453-487

Finalmente, existe o problema menos visível de acesso a inovação terapêutica e tecnológica. Portugal continua a mostrar atrasos de acesso a inovação em comparação com outros países da União Europeia. De acordo com os dados que constam do 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). Enquanto que a Alemanha teve uma média de espera de 119 dias entre a autorização de introdução no mercado de medicamentos inovadores e o acesso pelos doentes, Portugal demorou 634 dias (o que equivale a quase dois anos). Comparativamente a Espanha, considerado um mercado comparável e próximo, Portugal apresentava um desempenho 1,6 vezes pior, com a demora média espanhola situada abaixo dos 400 dias.

Eficiência

O SNS tem demonstrado **ineficiências significativas na gestão dos seus recursos**. Múltiplos estudos indicam que os custos com elas relacionadas podem totalizar até €2.5 mil milhões por ano, ou seja, perto de 25% do orçamento de custos do SNS em 2019. Estas ineficiências têm causas múltiplas:

Governança:

- Os mecanismos de contratualização são pouco transparentes, não incentivam a eficiência e tendem a ignorar os *outcomes* de saúde.
- Ausência de ferramentas de reconhecimento e recompensa do desempenho;
- Falta de autonomia na gestão conduz à potencial desresponsabilização das equipas de direção;

- Excessiva politização das estruturas de gestão hospitalar, que resulta em fraca qualidade de gestão e decisões orientadas para o curto prazo.

Ferramentas de gestão inadequadas:

- Não existe um único sistema de monitorização e avaliação de desempenho, tornando difícil o controlo de eficiência e a disseminação de melhores práticas.
- A existência de múltiplas ferramentas informáticas e dados não harmonizados tornam a gestão diária mais complexa;
- Excessiva burocracia e complexidade nos processos de gestão com consequências negativas na produtividade e, conseqüentemente, nos custos.

O recente relatório do Tribunal de Contas sobre as PPPs na saúde confirmou os desafios de eficiência no SNS, concluindo que a gestão privada de quatro Hospitais gerou poupanças efetivas para o Estado de cerca de €203 milhões e recomendando, nomeadamente, a aplicação e a monitorização dos indicadores de desempenho de resultados previstos nos contratos de PPP a todos os hospitais do SNS e a generalização da aplicação e monitorização dos inquéritos de satisfação dos utentes e dos profissionais e dos sistemas de gestão da qualidade, previstos nos contratos de PPP, a todos os hospitais do SNS. Sem uma governança e ferramentas de gestão adequadas aos desafios que enfrenta, o SNS não será capaz de gerar os ganhos de eficiência necessários para continuar a investir no seu futuro, nomeadamente em termos de sustentabilidade financeira.

Financiamento

Os dados da Direção-Geral de Orçamento demonstram claramente o **persistente subfinanciamento do SNS**. Entre 2011 e 2019, o cumulativo das transferências do Orçamento do Estado para o SNS foram inferiores à despesa do SNS em mais de €10,5 mil milhões. Segundo o Conselho de Finanças Públicas, “a prevalência destes défices orçamentais e de dívida estrutural indicia que o SNS necessitará de fundos adicionais para efeitos de satisfação das necessidades de saúde da população e coloca desafios de sustentabilidade financeira...”

Além do impacto imediato na capacidade de resposta do sistema, este subfinanciamento tem tido consequências negativas na gestão de fornecedores (com atrasos significativos no pagamento dos mesmos e consequentes dificuldades na negociação dos preços e condições), na capacidade das equipas de gestão para construir e cumprir planos a médio / longo prazo e na incapacidade de realizar o necessário investimento (edificado, equipamentos, etc.) ou até mesmo a sua mera renovação.

Dado a sua dependência do Orçamento do Estado, o Ministério de Saúde tem sofrido de um excessivo controlo da parte do Ministério das Finanças. As políticas financeiras que caracterizaram a última década (cativações, aprovações obrigatórias pelo Ministério das Finanças, etc.) não só minaram as hipóteses de o sistema de saúde cumprir com as suas promessas, mas, igualmente preocupante, geraram uma incerteza que transformou o planeamento a médio e longo prazo numa missão impossível. Com planos irrealistas e uma gestão sem autonomia, não tem sido possível apostar num sistema de saúde robusto e com capacidade de resposta alinhada com as necessidades do país.

Não obstante alguns esforços para atribuir mais verbas à Saúde, a realidade da última década tem sido a quebra sistemática das “promessas” relacionadas com financiamento. O efeito cumulativo debilitou gravemente os ativos do SNS e colocou

(ainda) mais longe os objetivos essenciais: melhorar a *performance* do sistema, a motivação dos profissionais de saúde e a qualidade da experiência do doente.

Recursos Humanos

Nenhum plano para a saúde pode ignorar o papel central que os profissionais de saúde têm na garantia de prestação de serviços de saúde de qualidade e na evolução do sistema. A melhoria significativa do SSP resulta do trabalho, dedicação e excelência dos profissionais de saúde, que todos os dias dão o seu melhor para a prevenção e o tratamento da doença, garantindo a qualidade proporcionada pelo SNS.

Infelizmente, e em grande parte por causa dos desafios de acesso, eficiência e de financiamento, mas também por modelos de regulação e de governação conflitantes, muitos profissionais de saúde foram perdendo motivação e envolvimento nas últimas décadas, e hoje, encontram-se desmotivados, mal remunerados e sem perspetivas de progressão de carreira.

Ao longo da década passada e, em consequência da limitação de recursos do SNS, verificou-se um aumento significativo de trabalho administrativo alocado aos médicos; a insuficiência de médicos em algumas especialidades; menos estabilidade das equipas clínicas; menos formação vocacionada para enfermeiros, e, deixou-se para “mais tarde”, a importância dada às *soft skills* e ao trabalho de equipa do pessoal auxiliar. Tudo isto, juntamente com a estagnação salarial e as próprias disparidades a nível remuneratório, resultou numa combinação explosiva de excesso de horas de trabalho, decréscimo de produtividade e aumento exponencial da frustração e desmotivação dos profissionais de saúde.

Um outro problema a nível de recursos humanos é o baixo nível de autonomia que muitos profissionais de saúde têm relativamente à gestão e estratégia das suas equipas.

Consequentemente, há pouca capacidade para ajustar práticas às necessidades locais e a introdução de práticas inovadoras é tendencialmente mais difícil. Estes fatores, não só geram um efeito negativo na motivação dos profissionais de saúde, como também constituem uma barreira à adoção e disseminação de potenciais boas práticas dentro do sistema de saúde. O envolvimento de profissionais de saúde na formulação estratégica e planeamento da prestação de cuidados de saúde, bem como no recrutamento, gestão e liderança das suas equipas é crucial para melhorar os resultados e a inovação.

Qualquer política de Recursos Humanos para a saúde deve ser desenvolvida tendo em conta que medidas potenciadoras de produtividade e inovação são, necessariamente, o resultado da experimentação e desenvolvimento de novas formas de trabalhar e colaborar. Tal requer o desenvolvimento de competências de gestão, mas também a garantia de que existe tempo para dedicar à inovação organizacional, à melhoria nos processos de trabalho e à formação médica especializada.

Recomendações

Primeiro: Garantir o fundamental

1. Garantir e melhorar o acesso

O acesso a cuidados de saúde deve ser baseado no respeito pelos direitos individuais dos cidadãos. Tal como consagrado na Constituição da República Portuguesa, o Estado tem de garantir o direito à proteção na saúde através da organização de serviços que permitam responder às necessidades dos cidadãos em tempo adequado e num contexto de qualidade.

O acesso deve ter como elemento central as necessidades de saúde dos cidadãos identificadas pelos próprios ou pelos profissionais de saúde garantindo que todos os cidadãos, residentes no território nacional, tenham acesso a cuidados de saúde de proximidade baseados na disponibilização de uma equipa de saúde (médico e enfermeiro de família).

Os cidadãos que optarem por não utilizar os serviços públicos não deverão ser discriminados podendo aceder às diferentes componentes do sistema com iguais direitos e garantias. Os direitos de acesso deverão estar regulados em termos de tempos máximos de resposta garantida. Ao Estado cumpre a obrigação de assegurar a resposta adequada, em tempo certo e em conformidade com as necessidades identificadas.

O SNS tem como primeira responsabilidade dar resposta às necessidades dos cidadãos. Por essa razão, sempre que essa resposta não puder ser assegurada pelo SNS, o utente ficará habilitado a recorrer a outras unidades integrantes do próprio SNS ou, na comprovada impossibilidade deste, ao setor convencionado social ou privado com quem o Estado tenha definidos protocolos ou acordos. Mas este modelo organizativo não prescinde de instrumentos legais que protejam o financiamento do SNS para cumprir a sua missão.

Em nenhuma circunstância deverá o cidadão ser prejudicado, nos seus direitos de acesso, devendo os encargos com essa prestação ser imputados à entidade responsável pela não satisfação das necessidades do utente nos prazos definidos na lei ou nos termos determinados pelo médico de família ou assistente.

O enquadramento legal atualmente existente deverá ser revisto e atualizado tendo em vista a salvaguarda dos direitos de acesso e de proteção na saúde a todos os cidadãos, independente da sua condição económica e social. Os prazos definidos na lei deverão ter carácter de compulsivo cumprimento, por parte das entidades que integram o SNS, ou de outras com ele convencionadas, as quais complementarmente deverão assegurar a resposta às necessidades identificadas a cada um dos cidadãos.

2. Assegurar acesso precoce, mais próximo e mais abrangente

É crítico reforçar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários e de proximidade no sentido de abranger toda a população a nível nacional, garantindo o direito de acesso à proteção da saúde, consagrado no plano constitucional.

Os cidadãos deverão ter acesso a uma Equipa de Saúde Familiar de forma adaptada ao seu percurso individual de saúde e fase do ciclo de vida.

O acesso aos cuidados de saúde primários deverá ser facilitado através de uma melhor adaptação dos horários e do recurso às novas tecnologias de informação, nomeadamente, aos serviços de telessaúde e de teleassistência.

Os cuidados de proximidade deverão assegurar uma maior multiplicidade de respostas nomeadamente em cuidados de saúde oral e saúde visual, psicologia clínica e nutrição, permitindo igualmente o atendimento a necessidades de saúde não programadas, evitando desse modo o recurso inapropriado a urgências hospitalares diferenciadas.

Deverá prosseguir, com reforço de meios, a reforma iniciada em 2016 relativa à implementação da Hospitalização Domiciliária através da formação específica de profissionais e de equipas do apoio aos utentes e às famílias bem como da criação de incentivos para melhoria dos processos e procedimentos às instituições hospitalares.

3. Acesso à inovação terapêutica e tecnológica

Os cidadãos deverão ter acesso à inovação terapêutica e tecnológica de qualidade, em tempo útil e em função das suas necessidades específicas. As autoridades regulamentares deverão cumprir, escrupulosamente, os prazos definidos na lei para se pronunciarem pela admissão ou introdução no mercado dos medicamentos e tecnologias que acrescentem valor comprovadamente efetivo.

4. Um sistema assente em talento

Seja qual for o plano para a saúde, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na garantia de prestação de serviços de saúde de qualidade e na melhoria do próprio sistema.

É fundamental proporcionar aos profissionais de saúde perspetivas realistas de uma carreira com algum grau de previsibilidade. Isto inclui, por exemplo, uma remuneração competitiva, bem como oportunidades de crescimento, de aprendizagem e de desenvolvimento profissional.

O foco deve ser o de proporcionar aos profissionais de saúde, carreiras desafiantes e estruturadas. É essencial que estes profissionais possam planear o seu percurso de aprendizagem e comprometer-se, contribuindo, assim, para a consolidação e sustentabilidade do talento dentro do SNS.

A estruturação das carreiras deverá passar por introduzir níveis salariais mais justos, dignos e competitivos, regularmente ajustados às condições económicas e ao mercado. Deverão ser instituídos rácios adequados de *staff* por serviço, de acordo com as melhores práticas internacionais, permitindo uma melhor distribuição do talento e, conseqüentemente, níveis de produtividade mais altos. Finalmente, todos os profissionais de saúde devem ter acesso a um plano de formação que permita o seu desenvolvimento consistente, aconselhamento, e outras formas de apoio para mitigar o *stress* e o *burnout*.

Vários estudos têm mostrado que as entidades prestadoras de cuidados de saúde produzem melhores resultados quando envolvem os profissionais de saúde nas decisões de gestão das suas unidades. Garantindo que estes profissionais contribuem diretamente para as decisões estratégicas e operacionais, o sistema pode crescer com mais alinhamento e autonomia e, logo, mais ágil e flexível. Isto significaria um voto na

estratégia e no planeamento, um voto na orçamentação e um voto nas futuras decisões de investimento.

Organizar para a agilidade e produtividade

1. Cuidados Primários

Apesar de funcionar de forma deficiente e abaixo das suas potencialidades, a existência de uma rede universal de Cuidados de Saúde Primários é um grande trunfo do SNS Português.

Uma aposta forte nos Cuidados de Saúde Primários como base do SNS, com a generalização das Unidades de Saúde Familiares (USFs), sujeitas a regimes de contratualização indutores de melhores resultados em saúde e de melhor acessibilidade, é a melhor forma de defender e promover a saúde dos portugueses e de garantir a sustentabilidade do SNS.

Um sistema de saúde organizado com base nos cuidados primários, experts na orientação informada dos utentes, favorecerá uma maior articulação ou integração, inclusive a nível organizacional, entre cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, evitando uma excessiva lógica hospitalocêntrica e a duplicação de custos.

2. Liberdade de escolha

Favorecer a concorrência ou competição interna, permitindo a entrada no sistema de unidades prestadoras do sector privado e social (efeito *best practices, benchmarking*), no sentido de possibilitar a comparabilidade com base nos resultados e assim assegurar a eficácia, a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados de saúde. Para isso é

fundamental incentivar a coexistência, de forma articulada e institucional, da presença de prestadores públicos, privados e sociais.

Resulta também numa autorização, de forma gradual, proporcional e flexível, do aumento da oferta de cuidados, pelas entidades prestadoras de serviços de saúde, objeto de preferência manifestada pela população e diminuição/encerramento da oferta daquelas que, de forma continuada, sistemática, forem preteridas por má “performance” (com avaliação específica e objetiva). Para tal é fundamental que o Estado promova uma avaliação da qualidade clínica a médio prazo dos cuidados prestados e do respetivo tempo de resposta. Essa avaliação deve ser feita por entidade independente, que envolva representantes dos intervenientes mais significativos no processo da saúde e que disponibilize essa informação aos cidadãos (ex. resultados nas grandes patologias em termos de diagnóstico e tratamento) num quadro de rigor e transparência.

Liberdade de escolha para os doentes implica, naturalmente, um sistema que financia o doente ao invés dos prestadores de serviços de saúde, permitindo que vá ao sector privado convencionado quando o SNS não lhe dá resposta atempada ou de qualidade suficiente. Este reforço do poder do utente permitirá determinar quais as instituições que prestam cuidados de qualidade suficiente para integrarem o SNS (independentemente de serem públicas ou privadas). A concorrência saudável entre instituições de saúde não só promoverá a excelência, mas é um mecanismo forte para identificar entidades sem a qualidade e eficiência exigido por um sistema do século XXI.

3. Uma gestão mais autónoma e responsabilizada

É imperativo dar maior autonomia técnica, operacional e de gestão orçamental⁴ às administrações dos hospitais públicos e reforçar a governança, no sentido de se alcançar uma maior eficiência do sistema (bem com controlo e redução dos custos de saúde e combate ao desperdício), exigindo igualmente uma maior responsabilização (*accountability*) das equipas dirigentes, que devem ser orientadas por objetivos e sujeitas à avaliação de desempenho e ao controlo de resultados.

A gestão operacional deve ser delegada a profissionais qualificados, selecionados no mercado de emprego através de concurso público ao invés de nomeação política, e com incentivos de gestão baseados em resultados. Finalmente, os Conselhos de Administração devem incluir membros com formação clínica de forma a assegurar o alinhamento entre objetivos de eficiência e as melhores práticas clínicas.

Para que as equipas locais consigam desenhar e implementar estratégias de prestação de cuidados de saúde, as políticas de controlo financeiro excessivas e centralizadoras devem ser reduzidas ou mesmo eliminadas.

A remoção destas limitações permitiria um modelo de governança mais transparente e com melhores práticas de gestão, bem como o envolvimento de profissionais de saúde no planeamento estratégico e na gestão das respetivas unidades.

Em última análise, esta mudança de paradigma permitiria a construção de métricas mais adequadas para monitorizar a prestação de cuidados de saúde assim como os respetivos resultados.

⁴ *Ter maior liberdade para contratação de pessoal, para aquisição de bens e serviços, para gastar excedentes.*

4. Organizado para enfrentar os desafios de amanhã

É sabido que Portugal tem um especial problema demográfico⁵, dos mais complicados do mundo. O aumento da esperança média de vida é um excelente resultado dos avanços do SNS, mas o envelhecimento da população tem um impacto significativo em algumas matérias específicas, das quais a mais relevante é a da despesa com cuidados de saúde.

De acordo com os dados do último relatório do Ageing Group⁶, em Portugal estima-se que a despesa em saúde tenha que aumentar de 5,7% do PIB em 2019 para 7,2% em 2050, ou seja, qualquer coisa como mais 3 mil milhões de euros por ano (aos preços e ao PIB de 2020).

De acordo com este estudo (e outros que o corroboram), para além das despesas em saúde, propriamente dita, o envelhecimento da população também implicará um aumento de 0,4% do PIB em 2050, o que equivale ao dobro da despesa atual, ou seja, cerca de 800 milhões de euros.

A estrutura atual do Ministério da Saúde (MS) não responde eficazmente aos desafios demográficos relacionados com o envelhecimento da população e o aumento do índice de dependência, e, por outro lado, as diversas competências estão repartidas por diversos organismos públicos, com distintas tutelas e orientações, o que não permite uma abordagem eficaz, atempada, socialmente responsável e financeiramente sustentável. O exemplo da resposta em tempo de COVID19 tornou por demais evidente a falta de coordenação entre o MS e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), a necessidade de profissionais de saúde para acompanhamento dos

⁵ Diz o INE que entre 2018 e 2080 “Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. O número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões.”
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2

⁶ https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en

mais idosos institucionalizados, a ambiguidade de conceitos entre Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI), instituições de saúde, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e outros. A situação de pandemia mais não fez do que evidenciar um problema estrutural que tende a agravar-se, pelo que esta pode ser a oportunidade de fazer uma reforma com amplo impacto social imediato e profundas melhorias a médio e longo prazo, de que se podem destacar, entre outras:

- Adequar as estruturas para dar uma resposta adequada aos milhões de portugueses que terão idade mais avançada e necessidades específicas;
- Assumir o envelhecimento como uma prioridade em termos de políticas públicas;
- Assegurar o financiamento adequado às necessidades de uma população mais envelhecida;
- Promover o combate ao desperdício e à cultura do descartável;
- Motivar todos os profissionais para a necessidade de uma maior consciência de proteção ambiental na sua atividade e proporcionar mais formação nesta área. A redução do impacto ambiental dos cuidados de saúde é uma medida promotora de mais saúde.

O Programa do Governo do atual executivo defende que para “Garantir a qualidade de vida na terceira idade: por um envelhecimento saudável” será de, nomeadamente, “Promover respostas de saúde e bem-estar integradas e inteligentes, através da aposta na cooperação entre o SNS e a Segurança Social”⁷. Tendo em conta a situação atual e a experiência das últimas décadas, afigura-se claro que uma melhor cooperação não é suficiente e que a solução passa por atribuir ao Ministério da Saúde atribuições até aqui assumidas pelo MTSSS. Assim, o Ministério da Saúde deve ter a tutela sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

⁷ <https://www.portugal.gov.pt/gc22/programa-do-governo-xxii/programa-do-governo-xxii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>. Pág 125

Por outro lado, as matérias do Subsistema de Ação Social (componente do Sistema de Proteção Social de Cidadania da Segurança Social) que digam respeito aos idosos devem passar para o novo Ministério da Saúde. Note-se que este subsistema é o que contempla, nomeadamente, “o desenvolvimento de serviços e equipamentos sociais ou de programas de combate à pobreza” (Lei de Bases da Segurança Social - Lei nº 4/2007, de 16 de janeiro). Neste sentido, a cooperação com as instituições particulares de solidariedade social no que respeita ao acompanhamento dos idosos e a definição de unidades que possam responder aos seus problemas de saúde deve ser contratualizada pelo novo Ministério da Saúde⁸.

5. Transformação digital na saúde

O futuro do sistema de saúde português passa pela transformação digital para a saúde. A intervenção da tecnologia no apoio à prestação de cuidados de saúde tem sido crescente, tanto a nível administrativo como clínico (graças à desmaterialização e centralização de informação), constituindo uma alavanca de transformação do sistema de saúde.

A emergência sanitária da pandemia da COVID-19 teve um efeito potenciador na necessidade de implementação de produtos e serviços de *eHealth*, no sentido de ultrapassar os constrangimentos impostos pelo distanciamento e pela disrupção de cuidados, embora o caminho da transição digital já tivesse sido anteriormente iniciado⁹. Acresce que o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) prevê, até 2024, um investimento na transição digital da saúde no valor de 300 milhões de euros.

⁸ *Tal obrigará também a alguma revisão da al. c) do nº 2 do art 14º Lei Orgânica MTSSS relativa às competências do Instituto da Segurança Social “c) Desenvolver a cooperação com as instituições particulares de solidariedade social e exercer, nos termos da lei, a sua tutela, bem como desenvolver a cooperação com outras entidades”.*

⁹ *De acordo com os dados divulgados pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, através do Centro Nacional de TeleSaúde (CNTS), desde 2016 até ao dia 31 de janeiro de 2020, o SNS registou mais de 100.000 teleconsultas.*

No entanto, para além das promessas em papel, é fundamental a implementação efetiva e a curto prazo de um conjunto de medidas que permitam concretizar a digitalização para o sector da saúde no sentido de dar resposta aos desafios nas seguintes áreas:

- **Acesso:** incentivando a telessaúde, mediante a generalização de ferramentas e a instalação de equipamentos a nível da infraestrutura tecnológica nacional que permitam melhorar a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade e em regime de maior proximidade; melhorando as interfaces digitais entre os doentes e os serviços de saúde, em termos de consultas, exames e/ou pagamentos; apostando na promoção da literacia digital quer dos profissionais de saúde quer dos utentes.
- **Organização:** garantindo a interoperabilidade entre os sistemas de informação da saúde; apostando na uniformização e integração dos registos nacionais, juntamente com uma maior articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde e a centralização da informação, com o foco colocado no doente/utente; simplificando e uniformizando os processos de comunicação entre entidades prestadoras de cuidados de saúde, fornecedores e entidades pagadoras, para além do estabelecimento de infraestruturas e sistemas uniformizados e resilientes de gestão de dados de compras, de acordo com os princípios da transparência e viabilidade financeira.
- **Eficiência:** reforçando os sistemas para a simplificação de procedimentos, com ganhos em eficiência e rapidez, com a consequente mitigação do desperdício de recursos, representando assim uma mais-valia para todo o sistema de saúde; normalizando os registos informáticos para controlo e medição de resultados em saúde (avaliação custo/efetividade dos tratamentos de acordo com o tipo de patologia), com base em Value Based Healthcare (VBH) e Real World Evidence (RWE).

- Segurança: garantindo a salvaguarda da proteção absoluta da privacidade ao nível do acesso, circulação, armazenamento, tratamento, gestão e aplicação dos dados pessoais em saúde, bem como assegurando a cibersegurança.

Garantir Financiamento

Necessidade de ter um Orçamento de Estado para a Saúde mais robusto e independente dos ciclos económicos, garantindo o reforço e a estabilidade do financiamento do sector.

- Financiamento plurianual para permitir planeamento a longo prazo e estabilidade na evolução da gestão;
- Separar financiamento da prestação de serviço de saúde do financiamento de instituições (*Money follows the patient*);
- Aposta e investimento na investigação científica e no desenvolvimento tecnológico, libertando fundos e atribuindo mais financiamento;
- O SNS deverá ser provido de uma entidade própria que assegure o planeamento estratégico de infraestruturas e equipamentos e a avaliação de políticas. Tendo em conta os sucessivos períodos de restrição orçamental verificados nos últimos anos, seria importante alocar meios de investimento extraordinários que permitissem a renovação das infraestruturas existentes e a substituição de equipamentos técnicos e tecnológicos nas diferentes unidades que integram o SNS. Para além da modernização da rede de Centros de Saúde adaptados aos novos tipos de resposta, seria fundamental o lançamento de novas unidades hospitalares de carácter estratégico para o país.

B - SOLIDARIEDADE E AÇÃO SOCIAL

A questão que se coloca é que, por um lado, o atual Ministério da Saúde (MS) não responde eficazmente aos desafios demográficos, nomeadamente os relacionados com o envelhecimento da população e o aumento do índice de dependência, e, por outro lado, as diversas competências estão repartidas por diversos organismos públicos, com distintas tutelas e orientações, o que não permite uma abordagem eficaz, atempada, socialmente responsável e financeiramente sustentável. O exemplo da resposta em tempo de COVID19 tornou por demais evidente a falta de coordenação entre MS e

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), a necessidade de profissionais de saúde para acompanhamento dos mais idosos institucionalizados, a ambiguidade de conceitos entre ERPI, instituições de saúde, RNCCI e outros. A situação de pandemia mais não fez do que evidenciar um problema estrutural que tende a agravar-se, pelo que esta pode ser a oportunidade de fazer uma reforma com amplo impacto social imediato e profundas melhorias a médio e longo prazo, de que se podem destacar, entre outras:

- **Criação de um novo Ministério da Saúde e da Transição Demográfica**
- **Políticas de Natalidade**
- **Políticas de coesão territorial**

1 - Racional da criação de um Ministério da Saúde e da Transição Demográfica

1.1 - A questão demográfica em Portugal

É sabido que Portugal tem um especial problema demográfico¹⁰, dos mais complicados do mundo. O aumento da esperança de vida é um excelente resultado dos avanços do sistema de saúde e também do desenvolvimento (condições de alimentação, salubridade, literacia, etc), mas o envelhecimento tem impacto significativo em algumas matérias, das quais a mais relevante é a da despesa com cuidados de saúde.

De acordo com os dados do último relatório do Ageing Group¹¹, em Portugal estima-se que a despesa em saúde tenha que aumentar de 5,7% do PIB em 2019 para 7,2% em 2050, ou seja, qualquer coisa como mais 3 mil milhões de euros por ano (aos preços e ao PIB de 2020).

De acordo com este estudo (e outros o corroboram), para além das despesas em saúde, propriamente dita, o envelhecimento da população também implicará um aumento de 0,4% do PIB em 2050, o que equivale ao dobro da despesa de hoje, ou seja, cerca de 800 milhões de euros.

Também no recente Relatório do OE 2021 se regista em termos de sustentabilidade das políticas que “No longo prazo, o ajustamento orçamental permanente necessário para estabilizar o rácio da dívida em percentagem do PIB, calculado a partir do indicador S2, indica a necessidade de ajustamento orçamental relacionado com a situação orçamental inicial (1,7 p.p.) e, com menor peso, com os custos relacionados com o envelhecimento (0,8 p.p.).”

Fica claro que entre as despesas relativas ao envelhecimento se realçam as necessidades adicionais em termos de Saúde, mas também de Cuidados de Longa Duração, como se pode observar no quadro seguinte:

¹⁰ Diz o INE que entre 2018 e 2080 “Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. O número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões.” https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2

¹¹ https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en

Quadro 6.7. Indicadores de sustentabilidade de médio e longo prazo — S1 e S2 — para Portugal

(pontos percentuais do PIB)

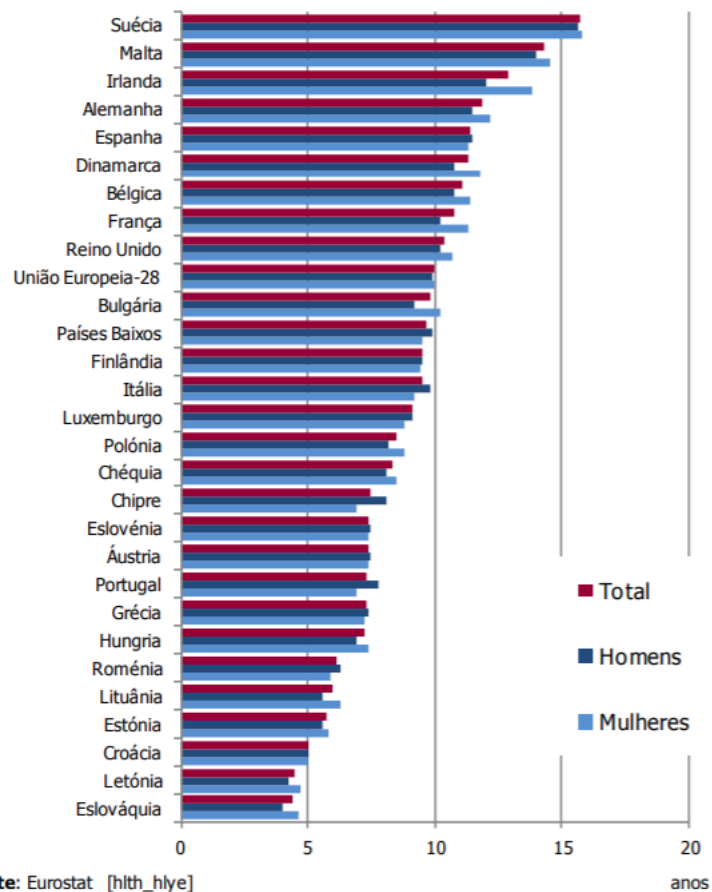
	S1		S2	
	Ministério das Finanças	Comissão Europeia Cenário políticas invariáveis	Ministério das Finanças	Comissão Europeia Cenário políticas invariáveis
Indicadores - total	6,8	2,3	2,4	0,3
1. Posição orçamental inicial	-0,3	..	1,7	..
2. Custo de atrasar o ajustamento	1,5
3. Ajustamento necessário para estabilizar o rácio da dívida	4,9
4. Ajustamento adicional devido a custos c/ envelhecimento	0,6	..	0,8	..
Pensões	0,5	..	-1,0	..
Saúde	0,5	..	1,7	..
Cuidados de longa duração	0,1	..	0,6	..
Educação e desemprego	-0,5	..	-0,5	..

Nota: «..» = Não disponível.

Fonte: Ministério das Finanças e Comissão Europeia — Country Report Portugal 2020, fevereiro 2020.

Por outro lado, é sabido que Portugal compara mal com os parceiros europeus em termos de anos de vida saudável aos 65 anos. Os últimos números registam que em Portugal uma pessoa aos 65 anos apenas tem em média 7,3 anos de vida saudável enquanto a média europeia é de 10 anos e a Suécia ultrapassa mesmo os 15 anos (mais do dobro de Portugal):

Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo, UE-28, 2018

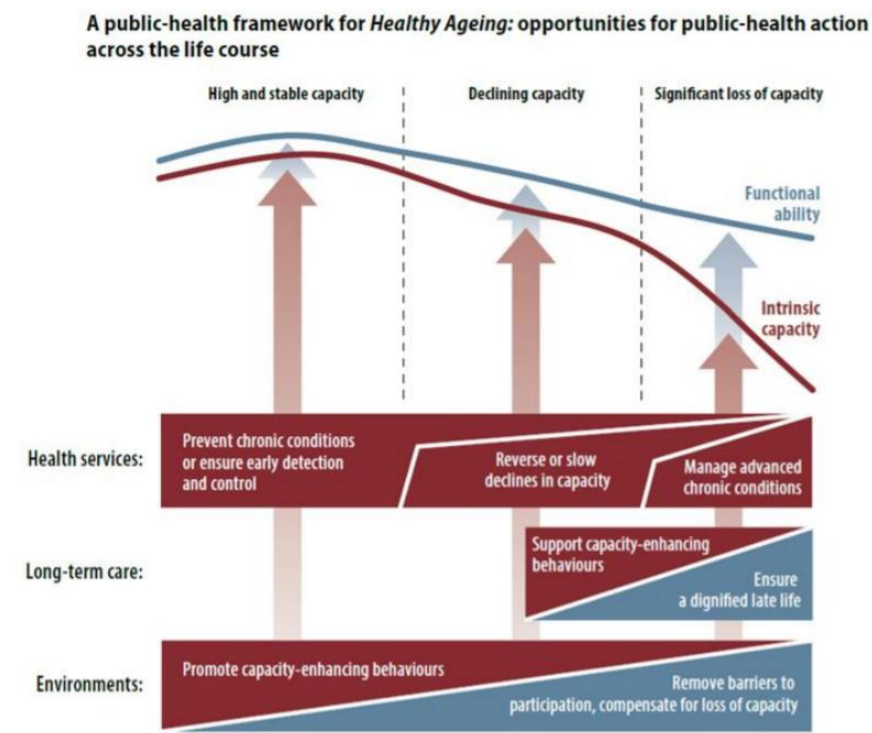


Face a esta realidade e aos impactos tão profundos que se preveem, Portugal deve responsabilmente:

- Assumir o envelhecimento como uma prioridade em termos de políticas públicas;
- Assegurar o financiamento adequado às necessidades de uma população mais envelhecida
- Adequar as estruturas para dar uma resposta adequada aos milhões de portugueses que terão idade mais avançada e necessidades específicas.

1.2 - A resposta integrada

É a própria Organização Mundial de Saúde que equaciona de forma inequívoca a questão do envelhecimento e a forma como o sistema de saúde e o tratamento de longa duração deve responder às diferentes fases da vida:



No caso português há múltiplas evidências de que as questões do ciclo de vida e do envelhecimento não estão bem enquadradas nem resolvidas, como fica claro:

- i) Pela falta de articulação e diálogo entre as instituições do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social que têm competências no acompanhamento da questão dos mais idosos
- ii) Pelo facto das ERPI's serem uma solução que em muitos casos está desadequada às necessidades dos idosos, nomeadamente pelas suas necessidades em saúde;

- iii) Pela confusão existente entre o conceito de lar e o conceito de unidade medicalizada, sendo que uma ERPI não é uma unidade de saúde (não é suposto ter responsabilidades nem recursos nesse domínio)
- iv) Pela existência de centenas de camas hospitalares de agudos ocupadas exclusivamente por motivos sociais;
- v) Pelo facto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados não ter sido concluída;
- vi) Pela fixação de preços administrativos e não adequados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- vii) Pela resposta socialmente muito útil e generosa mas muito pouco articulada e estruturada em termos nacionais dos cuidados domiciliários;
- viii) Pela existência de centenas de lares ilegais e sem condições
- ix) Pela falta de acompanhamento sistemático das pessoas com (múltiplas) doenças crónicas, adesão à terapêutica, etc
- x) Pela insuficiente avaliação do impacto da medicina física e de reabilitação na mobilidade e na qualidade de vida das pessoas.

Note-se que em 2017 foi apresentada a “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS)”, que resulta de um Grupo de Trabalho Interministerial (criado pelo Despacho n.º12427/2016) mas que é publica, como um documento em papel timbrado da Direção Geral da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde¹².

Este mesmo documento defende (embora numa redação não muito clara) que “a continuidade da readequação do Sistema de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, em particular, é fundamental para o alcance dos objetivos da ENEAS, em consonância com as diversas reformas vigentes no setor (Saúde Pública; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados).” Esta estratégia

¹² <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

“Considera-se da maior urgência” e a sua monitorização ficou da responsabilidade da Comissão Nacional Interministerial para o Envelhecimento Ativo e Saudável mas desconhece-se, à presente data, qualquer relatório de avaliação.

O impacto especial e desproporcionado da COVID19 entre os mais idosos (especialmente com mais de 80 anos) tornou mais evidentes as falhas das políticas públicas relativas ao envelhecimento e as disfuncionalidades da atual estrutura da administração pública para o efeito e, conseqüentemente, exige que as mesmas sejam repensadas e que seja assumido o sentido de urgência que se propalava.

Uma resposta articulada às necessidades do envelhecimento deve suprir os problemas identificados, dar confiança aos mais idosos, proporcionando-lhes condições condignas e um maior número de anos de vida saudável e garantido a sustentabilidade das políticas públicas.

2. Competências e Responsabilidades do novo Ministério da Saúde e da Transição Demográfica

O Programa do Governo do atual executivo defende como que para “Garantir a qualidade de vida na terceira idade: por um envelhecimento saudável” será de, nomeadamente, “Promover respostas de saúde e bem-estar integradas e inteligentes, através da aposta na cooperação entre o SNS e a Segurança Social¹³. Tendo em conta a situação atual e a experiência das últimas décadas, afigura-se claro uma melhor cooperação não é suficiente e que a solução passa por atribuir ao Ministério da Saúde atribuições até aqui assumidas pelo MTSSS.

¹³ <https://www.portugal.gov.pt/gc22/programa-do-governo-xxii/programa-do-governo-xxii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>. Pág 125

Uma das componentes óbvias do novo Ministério da Saúde e da Transição Demográfica deve ser a tutela pela Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Por outro lado, as matérias do Subsistema de Ação Social (componente do Sistema de Proteção Social de Cidadania da Segurança Social) que digam respeito aos idosos devem passar para o novo Ministério da Saúde. Note-se que este subsistema é o que contempla, nomeadamente, “o desenvolvimento de serviços e equipamentos sociais ou de programas de combate à pobreza” (Lei de Bases da Segurança Social - Lei nº 4/2007, de 16 de janeiro). Neste sentido, a cooperação com as instituições particulares de solidariedade social no que respeita ao acompanhamento dos idosos e a definição de unidades que possam responder aos seus problemas de saúde deve ser contratualizada pelo novo Ministério da Saúde¹⁴.

¹⁴ Tal obrigará também a alguma revisão da al. c) do nº 2 do art 14º Lei Orgânica MTSSS relativa às competências do Instituto da Segurança Social “c) Desenvolver a cooperação com as instituições particulares de solidariedade social e exercer, nos termos da lei, a sua tutela, bem como desenvolver a cooperação com outras entidades”