

SNS EM FOCO  
EXPECTATIVAS  
E REALIDADE





**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

*“O Serviço Nacional de Saúde (SNS) não é uma organização como qualquer outra – incorpora, “geneticamente”, uma dimensão ética, a da inclusão, e outra afetiva, a da pertença – é nosso, património comum de todos os portugueses.”*



# COMPROMISSO SOCIAL CONTRATUAL

# O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS É SUSTENTADO PELO COMPROMISSO

**CENTRALIDADE**

## **Pessoas**

corresponder às necessidades, expectativas e aspirações das pessoas, relativas à sua saúde.

**CENTRO DE GRAVIDADE**

## **Serviço Nacional de Saúde**

que as cuida, serve e empodera

**COMPLEMENTADO**

## **Estratégia Cooperativa Explícita**

Pelo setor privado social e pelo setor privado com fins lucrativos



## Pessoas

- Percurso de vida: proteção e promoção de saúde.
- Gestão integrada dos percursos nos cuidados de saúde.
- Política para as profissões de saúde.



- Organização – o “centro de saúde”
- Contratualização e remunerações do desempenho
- Apoio - Informação, comunicação e inovação
- Direção clínica e de saúde – enfoque nos resultados



- Lei de Bases da Saúde
- Plano Nacional da Saúde – expectativas de bem-estar
- Plano plurianual para o desenvolvimento do SNS
- Gestão autónoma do SNS
- Estratégia cooperativa com os outros setores

COMPROMISSO

CONTEXTO

O QUE FAZER?

COMO FAZER?

Pessoas

Aspetos Críticos

Enquadramento

Governança e Governança em Saúde

- Políticas de saúde para além dos serviços de saúde
- Das organizações às pessoas
- Da lógica dos recursos à dos resultados
- Abordar a complexidade
- Do imediato ao planeamento e direção estratégica
- Nova gestão do conhecimento e processos participativos
- Prospetiva da inovação tecnológica
- Qualificação do Estado
- Cooperação virtuosa entre setores
- Importância do discurso.





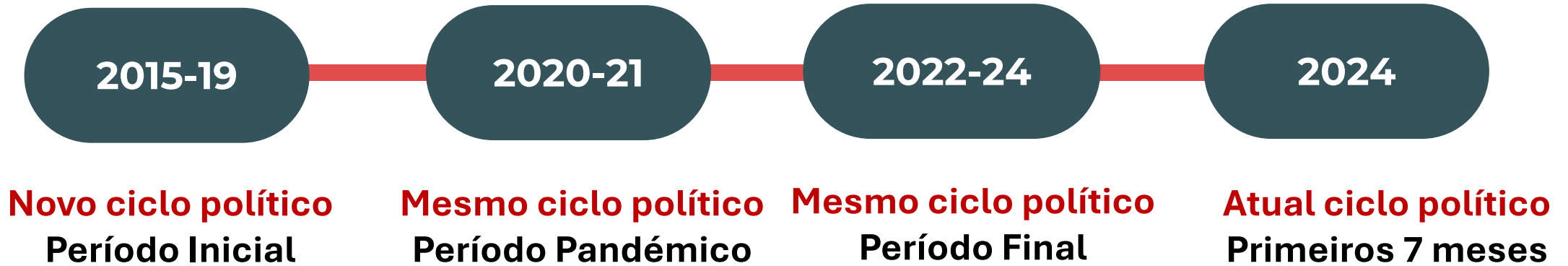
# EXPECTATIVA E REALIDADE - Análise Global



## EXPECTATIVAS E REALIDADE - ANÁLISE GLOBAL 15 CATEGORIAS

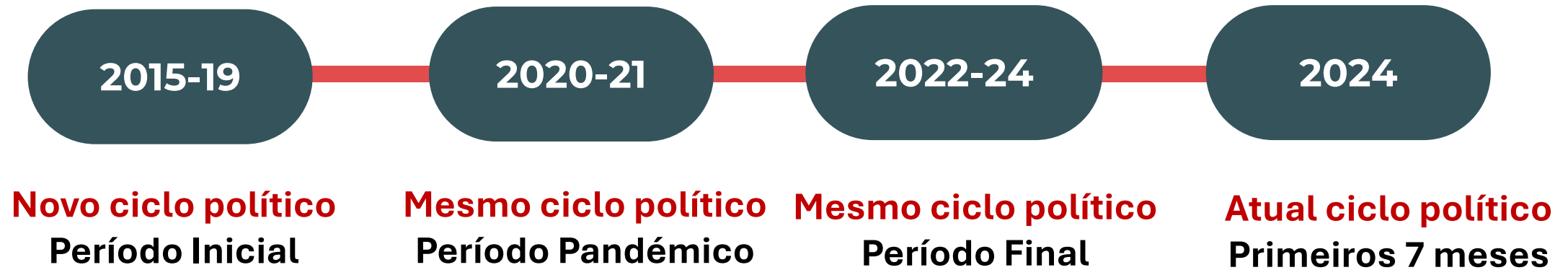
1. Objetivos económico-financeiros e de Bem-Estar
2. Nova Governação da Saúde
3. Plano Nacional de Saúde
4. Autonomia do SNS
5. Quadro Global de Referencia do SNS
6. Política para as profissões de saúde
7. Estratégia cooperativa com setores social e privado
8. Organização e gestão do SNS
9. Contratualização desempenho-remuneração
10. Apoio desenvolvimento do SNS
11. Direção Clínica e de Saúde
12. Acesso a cuidados
13. Integração de cuidados
14. Planos locais de saúde
15. Pessoas, centro de saúde e hospitais

## EXPECTATIVAS E REALIDADE - ANÁLISE GLOBAL



- Comparar as expectativas previamente explicitadas com o que de facto ocorreu nos 3 ciclos políticos acima referidos.

## EXPECTATIVAS E REALIDADE - ANÁLISE GLOBAL



- Esta comparação é feita aferindo a convergência ou divergência da realidade face às expectativas, com base numa classificação em 5 categorias (“semáforos”) para cada uma das 15 categorias analisadas.

## EXPECTATIVAS E REALIDADE - ANÁLISE GLOBAL

- Conforme a expectativa



- Próximo da expectativa



- Abaixo da expectativa



- Desconforme a expectativa



- Não aplicável



### 3. NOVA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

2015-2019



2022-2024



2024

- O investimento num **Portal da Transparência na Saúde** é assinalável.
- Não são evidentes outras iniciativas para uma transformação significativa na governação e governança na saúde.
- **Sem isso não é possível influenciar sistemas sociais complexos, como o da saúde.**

### 3. NOVA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

2015-2019

2022-2024

2024



- Aprovação de um **novo Estatuto para o SNS**, que estabelece a **autonomia da sua gestão** sob a forma de **Instituto Público Especial**.
- Nomeação **DE-SNS com um CV** apropriado para as funções.
- A reforma organizacional do SNS, com a sua descentralização em “Unidades Locais de Saúde”.
- Criação de um **centro de competência em planeamento e políticas públicas** na Administração Pública.

### 3. NOVA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

2015-2019

2022-2024

2024

- Estudo sobre o desenvolvimento do SNS solicitado ao CNS.
- Plano de Emergência e Transformação da Saúde, necessário, mas **metodologicamente e tecnicamente pobre** e de **conteúdos discutíveis**.





## 5. PLANO PLURIANUAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO SNS

2015-2019

2022-2024

2024



- A falta de objetivos explícitos e quantificados para a proteção e promoção da saúde dos portugueses, a centralização da gestão do orçamento do SNS, a cativação de parte desse orçamento, a falta de investimento, contribuíram para:

**a) a ausência de autonomia de gestão** por parte das unidades do SNS.

**b) uma situação incerteza e imprevisibilidade**, que não permite um PPD-SNS.

## 5. PLANO PLURIANUAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO SNS

2015-2019

2022-2024

2024



- Adoção do **Quadro Global de Referencia do SNS** - acabar com a micro-gestão do SNS pelas finanças



- Não se conhece a **fundamentação do objetivos** estabelecidos no Quadro Global de Referência.

## 5. PLANO PLURIANUAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO SNS

2015-2019

2022-2024

2024

- **Quadro Geral de Referência adotado** através de um despacho conjunto da Saúde e das Finanças.
- Mantém **as limitações do anterior**, nomeadamente a ausência de qualquer documentação que **sustente metodologicamente os objetivos adotados**.
- Não parece ter **qualquer reflexo no debate e implementação** da política de saúde. Parece que não existe.



## 12. ACESSO A CUIDADOS

2015-2019

2022-2024

2024



- Continuou-se a observar um incumprimento massivo da **Lei do Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS** (2007).
- Falta de **Monitor efetivo da sua aplicação** não favoreceu a consciência plena do déficit progressivo de profissionais no SNS.

## 12. ACESSO A CUIDADOS

2015-2019

2022-2024

2024



- Sem progresso assinaláveis na cumprimento da Lei do Acesso aos cuidados de saúde do SNS.

## 12. ACESSO A CUIDADOS

2015-2019

2022-2024

2024

- **A prioridade atribuída ao acesso** aos cuidados de saúde é claramente justificável face à situação atual, bem como à oncologia.
- O Estado promover respostas privadas, **previamente inexistentes**, sem antes investir nos cuidados do SNS, não faz sentido.
- Recorrer ao setor privado quando esgotada a capacidade do SNS, é insuficiente. É **necessário investir na expansão dessa capacidade**.



**EXPECTATIVA**

**e**

**REALIDADE**

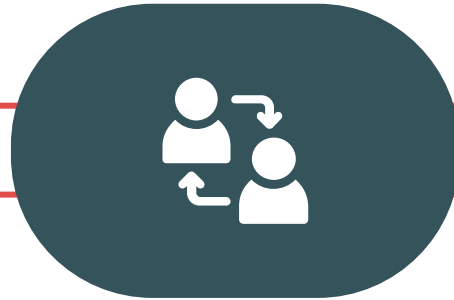
**- Análise Temáticas**



## EXPECTATIVAS E REALIDADE - ANÁLISE POR TEMÁTICAS

**PESSOAS,  
COMUNIDADES E  
SAÚDE LOCAL**

**RESPOSTA À  
DOENÇA AGUDA**



**MULTIMORBILIDADE, PLANO  
INDIVIDUAL CUIDADOS E  
REGISTO SAÚDE ELETRÓNICO**

**QUADRO GLOBAL DE REFERÊNCIA**



- Há **cerca de 50 anos** começou a desenvolver-se a ideia de um SNS centrado nas pessoas, no seu Centro de Saúde e nos apoios hospitalares de que precisam.
- A ideia de “**centro de saúde**” antecedeu a constituição do SNS e marcou a sua originalidade.
- A ideia de “centro de saúde” desapareceu do discurso político e da gestão do SNS.
- Nos documentos estruturantes divulgados pelo Ministério da Saúde (“Plano de Emergência e Transformação na Saúde” e “Quadro Global de Referência do SNS”) está ausente qualquer estratégia de saúde focada na intervenção local.
- Começou-se a designar “centros de saúde” ao que são simples “postos de consulta”.

## Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro

**Publicação:** Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27, páginas 1406 - 1434

**Emissor:** Ministério da Saúde e Assistência

**Data de Publicação:** 1971-09-27

## SUMÁRIO

Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas

- i) reforço do “hospitalocentrismo” que a generalização das ULS está a “fomentar” em desfavor de um aumento da capacidade resolutiva e preventiva dos CS.
- ii) Não desenvolver uma Saúde Local equivale a não investir no aumento da capacidade resolutiva e preventiva dos CS, perdendo-se, assim, a possibilidade de beneficiar das competências de outras profissões de saúde, para além da medicina e enfermagem.
- iii) sobrecarga dos serviços de urgência hospitalares (que os “centros de atendimento clínico” não resolvem)
- iv) aumento da despesa por respostas com custo/benefício mais elevado (perda de eficiência) e por aumento da carga de doença (por desinvestimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças evitáveis).

- O modelo de governação geral do SNS não se alterou nas últimas décadas.
- Mesmo com a criação da Direção-Executiva, com a generalização das ULS e com o fim das administrações regionais de saúde (ARS), o modelo de governação dominante, na sua essência, continuou a ser centralista, de “comando e controle”.
- A governação clínica e de saúde tem um papel determinante na integração e no bom funcionamento das diferentes unidades funcionais dos dois tipos de serviços, centros de saúde e hospitalares – pilotagem.
- Não se compreende que um dispositivo que assegure esta governação, em cada ULS, não exista, ou que não tenha sequer sido pensado.

- Assistimos a uma inversão da lógica.
- Os CAC pretendem reduzir a procura hospitalar. Perante uma realidade em que a bolsa de profissionais finita, obriga a desfalcar ainda mais os CSP.
  - 1)** O risco de introduzir os utentes em circuitos errados, criando portas de entrada que não conduzem àquele que deve ser o percurso do utente.
  - 2)** Duplicação de serviços e indução da procura.
  - 3)** Migração e perda de recursos dos CSP e do SNS.
  - 4)** Desinvestimento nos CSP e canalização do orçamento para respostas desintegradas.
  - 5)** Subversão do modelo de proximidade e de prevenção e promoção da saúde, com reforço da visão hospitalocêntrica.

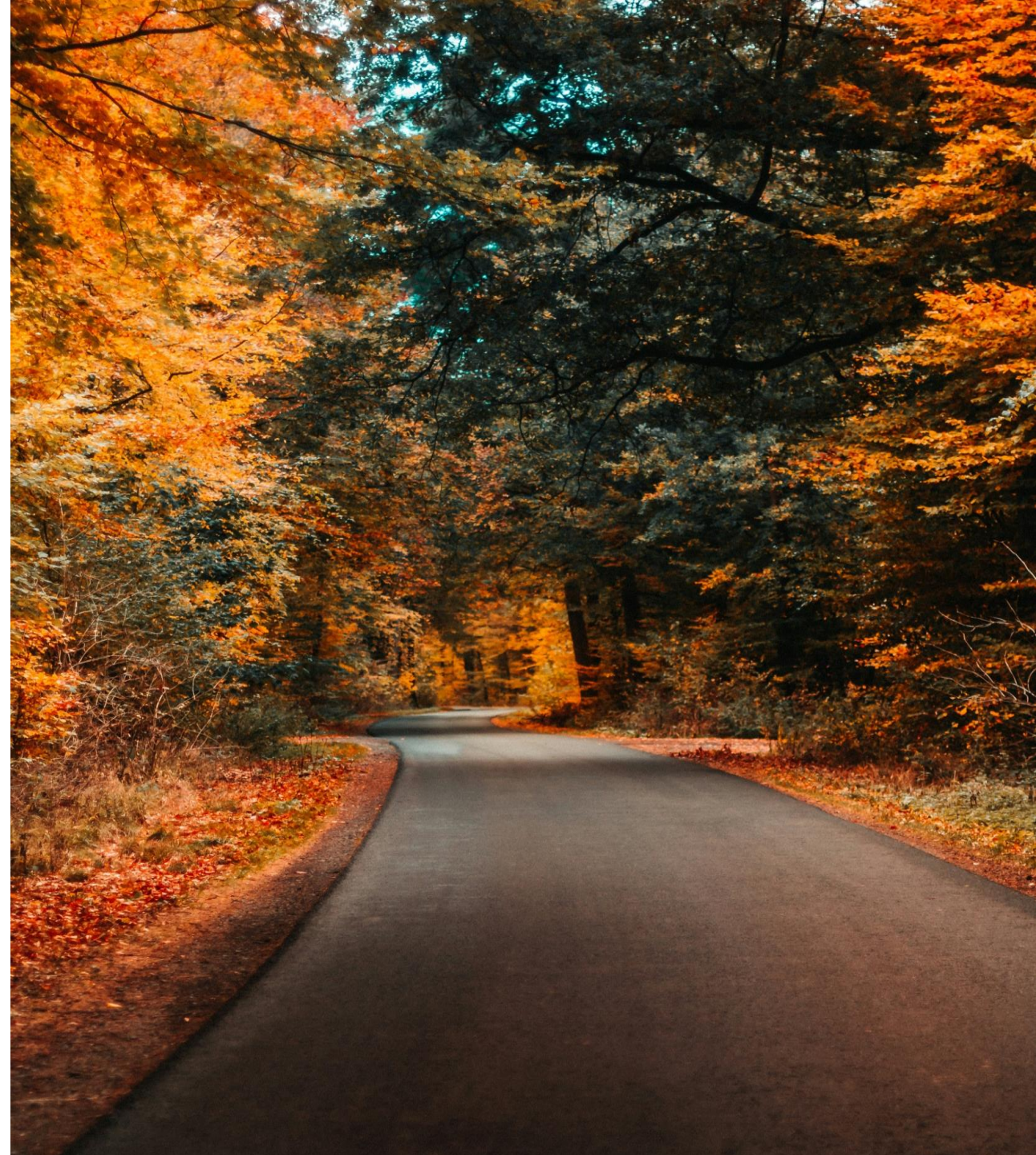
- Definição de Planos Assistenciais Integrados para a agudização da doença crónica (diabetes, DPOC...).
- Via verde MGF, com priorização dos utentes referenciados pelas USF.
- Point of Care e ECG – dotar os CSP de meios de Diagnóstico Rápido.
- Teleconsulta/ teleconsultadoria online – dotar os profissionais do Hospital de tempo dedicado à consultadoria online aos profissionais dos cuidados primários.
- Ligação telefónica direta à especialidade de urgência.
- Otimizar as carteiras adicionais de serviço das USF com resposta à doença aguda não urgente.

- **Em 2009**, foi criado o **primeiro grupo de trabalho para a criação de um Registo de Saúde Eletrónico (RSE)** para os dados de saúde de cada pessoa, facilmente partilháveis com os seus cuidadores.
- **Em 2016**, voltou-se à ideia, agora atualizada pela adoção de um **“Plano Individual de Cuidados”**, de importância crítica principalmente para as pessoas com multimorbilidade. O projeto foi descontinuado, já na parte final do período experimental.
- Importante acrescentar que **a portabilidade da informação de saúde não cumpre por si só o objetivo da integração de cuidados.**
- A interligação entre o PIC e o RSE tem o potencial de transformar a forma como os cuidados de saúde são prestados, especialmente num cenário de envelhecimento populacional e de multimorbilidade crescente, onde a necessidade de uma abordagem personalizada e eficiente se torna cada vez mais evidente.

- Só **há um ano, uma primeira versão**, ainda incipiente desse plano, aparece, pela primeira vez, como parte integrante do OGE de 2024.
- Esta é uma iniciativa muito importante para o futuro do SNS. No entanto, **não é possível localizar qualquer documento que fundamente minimamente as metas** adotadas neste “plano”.
- É de esperar que o **QGR do SNS passe rapidamente** de um estado incipiente e formal, e assuma o seu papel como **plano enquadrador de um efetivo desenvolvimento do SNS**.

# CONCLUSÕES

*“Observa-se um contraste evidente entre a complexidade crescente dos sistemas de saúde e a capacidade de o sistema político gerir as mudanças necessárias. Especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento do SNS.”*





## IMPULSOS TRANSFORMADORES INSUSTENTÁVEIS

### Autonomia Com Responsabilidade

Há **mais de 25 anos**  
introduziu-se pela  
primeira vez um regime  
remuneratório  
associado ao  
desempenho.



contratualização anual é  
disfuncional e processo  
puramente à distância.

## IMPULSOS TRANSFORMADORES INSUSTENTÁVEIS

Autonomia Com  
Responsabilidade

Objetivos  
Desenvolvimento  
Sustentável

O Banco de Portugal divulgou, recentemente, um “índice de bem-estar” que não tem merecido relevância no espaço público



Objetivos **explícitos e quantificados para o bem-estar** são, o enquadramento desejável para os planos de saúde para o país e naturalmente, associar ao objetivos económico-financeiros do OGE.

## IMPULSOS TRANSFORMADORES INSUSTENTÁVEIS

Autonomia Com  
Responsabilidade

Objetivos  
Desenvolvimento  
Sustentável

PLANAPP

Há 3 anos o governo da República decidiu criar um **“Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas”**.



Desejável que o PLANAPP incluísse nas suas prioridades a importante questão das **“Políticas de Bem-Estar”**.

## IMPULSOS TRANSFORMADORES INSUSTENTÁVEIS

Autonomia Com  
Responsabilidade

Objetivos  
Desenvolvimento  
Sustentável

PLANAPP

Lei nº41/2007  
“lei de garantias”

Há **17 anos**, o Parlamento português aprovou uma importante **legislação sobre o acesso ao SNS**. Todos os anos, o governo publicaria TMRG para consultas, mcdt e intervenções terapêuticas.



“Sistema de alerta” sobre as disfunções não aconteceu – as “garantias” têm sido grosseiramente incumpridas desde então.

- Os fatores que determinam as dificuldades percebidas na saúde não são imediatamente evidentes. Consequentemente, a “personalização das culpas” substitui a indispensável análise sistémica das causas.

### 1 – A QUESTÃO CRÍTICA DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

- O que as pessoas mais valorizam num sistema de saúde é o acesso oportuno aos cuidados de que precisam.
- É evidente que há uma crise de acesso ao SNS e tem como causa principal a incapacidade crescente de atrair e reter profissionais de saúde.
- O governo incluiu, justamente, no seu programa o desenho e implementação de um “Plano de Emergência do SNS”. E deu, também, justo relevo público a esta iniciativa.

## 2 – PLANO de EMERGÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO da SAÚDE

- O PETS foi preparado no curto período de algumas semanas.
- E aconselharia, também, uma inteligente utilização dos recursos técnicos de análise e planeamento do Ministério da Saúde e Administração Pública (DGS, ACSS, INSA e PLANAPP).
- Falta fundamentação do desenho estratégico nas categorias que estruturam o PETS e as insuficiências técnicas dos seus conteúdos.
  - a) A criação 20 USF Modelo C no setor social e privado.
  - b) O estabelecimento de Centros de Atendimento Clínico (CAC) – públicos ou privados.
  - c) A implementação de consultas de cuidados de saúde primários no Hospital de Cascais.

### **3 – A URGÊNCIA DE UM PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO SNS – O “QUADRO GLOBAL DE REFERÊNCIA DO SNS”**

- Sem qualquer esforço patente de aprofundamento e validação da base de evidência das suas metas para 2024, 2025 e 2026.

#### **Este plano é essencial para o desenvolvimento do SNS:**

- adequação e previsibilidade orçamental,
- uma política para as profissões de saúde que permita atrair e reter profissionais no SNS;
- garantia da autonomia de gestão do SNS;
- inovação tecnológica que permita responder aos desafios da atualidade;
- estratégia de cooperação com os setores privados e social e autarquias locais.

### 4 – REFORMA ORGANIZACIONAL DO SNS – A REFORMA DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

- O governo optou, apropriadamente, por não retroceder na reforma organizacional do SNS, através da implementação das Unidades Locais de Saúde. Decidiu antes manter e reforçar processos avaliativos que permitirão, a seu tempo, fazer as correções e ajustamentos necessários.

### 5 – POLÍTICA DE SAÚDE

- É de assinalar a valorização do “Plano Nacional de Saúde” através da iniciativa “PNS em Movimento”.



*“Não há uma boa alternativa à mobilização das pessoas para se interessarem pelo sistema de saúde de que precisam e pelo seu SNS, para que possam promover, apoiar e influenciar uma governação da saúde.”*

*“Os múltiplos atores sociais devem participar em soluções de interesse comum, que concretizem o enorme potencial de inteligência, conhecimento e inovação disponíveis na sociedade atual”*

*“As imperfeições da democracia combatem-se com mais democracia, não com menos”*

