



**O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS: CARACTERIZAÇÃO,
CLASSIFICAÇÃO E PERSPECTIVAS**

***THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE: CHARACTERIZATION,
CLASSIFICATION AND PERSPECTIVE***

 **Alexandre Morais Nunes**

Doutor em Administração da Saúde, Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal
anunes@iscsp.ulisboa.pt

Resumo: O sistema de saúde português é reconhecido internacionalmente pelo seu Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito para todos os cidadãos. Como qualquer sistema de saúde, o português envolve, no seu governo, aspectos políticos, económicos e de prestação de cuidados, desde o ingresso do paciente, à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação. O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde português depende de um orçamento, da estratégia política, dos modelos de gestão e de uma gama de serviços disponíveis, desde a atenção primária, aos cuidados hospitalares e aos cuidados continuados de reabilitação. A organização de todo o sistema é um desafio para os gestores, conta com o seu melhor gerenciamento, exige profissionais dedicados e qualificados e necessita de um contínuo investimento em tecnologia, nos sistemas de informação e na inovação terapêutica. O presente artigo pretende caracterizar o Serviço Nacional de Saúde português, demonstrar seu funcionamento, apresentar seus principais pontos críticos e as estratégias que estão em curso para obter melhores cuidados de saúde e resultados de gestão.

Palavras-chave: Portugal. Serviço nacional de saúde. Gerenciamento. Financiamento. Prestação de cuidados. Inovação e investimento.

Abstract: The Portuguese health system is recognized internationally by the National Health Service, universal and generally free of charge for all citizens. Like any health system, the portuguese involves, in its governance, political, economic and care components that articulate with one another and characterize the way care is provided from admission, prevention, diagnosis and even treatment and rehabilitation.

The Portuguese National Health Service depends on a budget, on the political strategy, on the administration models and on the whole set of services and availability from primary care, hospital care and continued care. The organization of this whole system is a challenge for managers and has the best management capacity, requires dedicated and qualified professionals and still needs a continuous investment in technology, information and communication system and therapeutic innovation. In this article, we intend to characterize the Portuguese National Health Service, demonstrate its functioning, present the main critical points and the strategies that are underway to achieve better health care and management.

Keywords: Portugal. National health service. Management. Financing. Caregiving. Innovation and investment.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Nunes, A. M. (2020, set./dez.). O serviço nacional de saúde português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Rev. gest. sist. Saúde*, São Paulo, 9(3), 499-516.
<https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>.



1 Introdução

A saúde em todo o mundo é sentida intensamente pela população, que dá grande importância, ao nível individual e coletivo, porque só com uma população saudável se pode desenvolver um país (Nunes & Nunes, 2016).

Durante várias décadas, Portugal viveu num regime político ditatorial conhecido como Estado Novo. Passados esses anos e instalada novamente a República, foi necessária uma profunda intervenção para melhorar a saúde dos portugueses, que tinham várias necessidades e os piores indicadores da Europa, onde se destacava uma elevada taxa de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida, problemas de desnutrição e desigualdade social no acesso. Só os mais ricos tinham o poder económico para acessar aos cuidados de saúde (Simões, 2004). Por estes motivos foi repensado o modelo de prestação do sistema de saúde. Assim, a assistência à saúde em Portugal foi resguardada pela Constituição da República, que desde 1976 garante o direito de acesso a todos os cidadãos (Campos, 2003).

O sistema de saúde português é um sistema misto que integra um conjunto de prestadores privados e públicos, que prestam cuidados de saúde aos pacientes, através de um Serviço Nacional de Saúde (Fernandes & Nunes, 2016).

O Serviço Nacional de Saúde português foi um importante passo para o desenvolvimento e uma conquista civilizacional que ocorreu no ano de 1979 (Lei nº 56/79, de 15 de setembro). Esse sistema de saúde público tem uma cobertura universal, que se destina a toda a população, e proporciona cuidados gerais que cobrem todas as necessidades. Relativamente ao financiamento, este sistema no seu início era totalmente gratuito. No entanto, embora continuando a ser financiado pelo Estado através do seu Orçamento anual, desde 1982 foi incluído um pagamento aos usuários, conhecido como taxa moderadora, passando-se a considerar o SNS com uma tendencial gratuidade (Fernandes & Nunes, 2016).

A prestação de cuidados disponível no SNS foi originalmente em dois níveis de cuidados: a atenção primária e a prestação hospitalar (Nunes, 2013). Estas são prestação de cuidados amplas e diversificadas que envolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, com consulta e acompanhamento no domicílio, internação, tratamentos exames complementares de diagnóstico e terapêutica (análises clínicas, anatomia patológica, exames e tratamentos como quimioterapia e radioterapia) (Nunes, 2016).

Como resultado do acompanhamento da saúde dos cidadãos aumentou a expectativa média de vida da população, que juntamente com a redução das taxas de natalidade e fecundidade gerou uma inversão da pirâmide demográfica (Abreu, 2011). Mas, os fatores



demográficos (externos ao sector da saúde) desencadearam novos problemas e desafios como o aparecimento de novas doenças, o aumento das doenças crônicas, o aparecimento de patologias mais graves e causadoras de maior incapacidade, para as quais o sistema de saúde teve de se preparar (Barros, 2013). Esses fatos exigiram uma resposta do SNS, com novas soluções mais complexas e com um maior esforço para atender a todas as necessidades dos cidadãos e garantir a sua base constitucional de acesso universal e geral. Por essa razão, houve uma adaptação do poder político na sua estratégia de saúde e foi iniciada uma reforma na atenção primária, uma reorganização da rede hospitalar pública e um desenvolvimento de novas respostas (Ministério da Saúde, 2007).

De acordo com as novas exigências, foi priorizado os cuidados pós hospitalar com o desenvolvimento de uma resposta de prestação integrada no SNS. Assim, em todo o país foi criada uma Rede de Cuidados Continuados Integrados, que oferece uma resposta aos casos de pacientes que necessitam de reabilitação ou acompanhamento médico para recuperar a médio e longo prazo suas capacidades (Machado & Carvalho, 2012). Mais recentemente foi integrada uma resposta de cuidados paliativos que considera as necessidades do paciente até ao momento final da sua vida (Nunes & Nunes, 2016).

Com o aumento da cobertura, o crescimento das necessidades e a existência de desperdício e ineficiência na utilização dos recursos, foi posta em discussão a sustentabilidade do sistema de saúde que apresentava um elevado custo para o Estado (Campos, 2008; Nunes & Harfouche, 2015). Por essas razões, foram promovidas reformas para tornar o Serviço Nacional de Saúde mais eficiente, sendo prestigiada a adoção de uma tendência europeia de separação do papel do Estado como provedor de fundos e locador da prestação, estabelecendo-se um mecanismo de contratualização entre os gestores das instituições de saúde e o Estado português. Foi igualmente promovida a adoção de práticas de gestão empresarial nos hospitais públicos, a criação das unidades locais de saúde pela fusão de hospitais com a atenção primária e a concessão da gestão de hospitais públicos a grupos privados pelo modelo de parceria público-privadas (Nunes, 2016).

Ao longo dos últimos 37 anos, o Serviço Nacional de Saúde, apesar das limitações financeiras, sempre incentivou o investimento em capital humano e na inovação tecnológica para equipar da melhor forma todas as unidades de saúde, disponibilizando o mais atual conhecimento científico com as mais elevadas tecnologias (Campos, 2008). Assim foram construídos novos hospitais, novos centros de atenção primária (centros de saúde) e foram realizadas obras de remodelação e readaptação (Simões, 2009). Contudo, em todas as reformas,



houve sempre o cuidado de manter as especificidades do setor e o cumprimento da Constituição da República Portuguesa referente ao direito à saúde (Pinto & Aragão, 2003).

Este artigo caracteriza e classifica o o Serviço Nacional de Saúde em Portugal sob uma perspectiva política (reformas e modelos de gestão adotados), econômica (modelo de financiamento e de sustentabilidade financeira) e da prestação de cuidados (tipos e formas de responder às necessidades da população), destacando-se o âmbito da cobertura e dos serviços prestados em cada tipo de atendimento. Além disso, apresentam-se os principais obstáculos e desafios atuais, bem como as perspectivas e propostas futuras para fortalecimento e continuidade do Serviço Nacional de Saúde.

2 Caracterização do Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal, a organização dos serviços de saúde tem sofrido ao longo do tempo, a influência de aspectos políticos, sociais, religiosos e econômicos e foi dando resposta aos problemas de saúde identificados em cada temporada. No entanto, foi com a implementação da Constituição da República Portuguesa, em 1976, que se deu os primeiros passos para a criação de um verdadeiro sistema de saúde público, o Serviço Nacional de Saúde.

2.1 Origem e desenvolvimento do SNS

O Serviço Nacional de Saúde português foi criado em 1979 para responder às necessidades em saúde da população e respeitar os escopos constitucionais, nos quais os cidadãos teriam o direito à proteção da saúde e o dever de defender e promover (artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, 1976).

A Constituição defendia ainda que o direito à saúde seria realizado através de um Serviço Nacional de Saúde universal (para todos os cidadãos), geral (para todas as patologias, condições de saúde ou necessidades) e gratuito (sem custos para o cidadão). Com a emenda constitucional de 1982, foi alterada a questão da gratuidade dos serviços prestados, sendo introduzido um pagamento com o objetivo de moderar a procura, passando a nova redação da constituição a incluir que o SNS é "universal, geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, teria tendencial gratuidade" (Constituição da República Portuguesa, 1989).

Esta alteração se baseou na introdução de taxas moderadoras que funcionam como um pagamento realizado por todos os cidadãos não isentos. Essa medida teria por objetivo



racionalizar o uso dos serviços de saúde, especialmente para o atendimento de urgência que era utilizado como porta de acesso, sem que a gravidade do problema de saúde o justificasse.

A criação do SNS em 1979 veio complementar uma preocupação do Estado em proteger os seus cidadãos. Naquele momento era uma das principais preocupações do Governo português garantir adequadas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais que permitissem a proteção da infância e do idoso, bem como a promoção de hábitos de vida saudáveis, da atividade física e da promoção de uma educação sanitária (Simões, 2009).

Para garantir o direito à saúde, o Estado com a criação do SNS promoveu:

- O acesso para todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica;
- A organização do sistema para a socialização dos custos com os cuidados de saúde prestados;
- A garantia de uma cobertura adequada de centros de atenção primária e hospitais por todo o país;
- A formação de recursos humanos qualificados para todas as unidades de saúde;
- Um processo de cooperação com as unidades privadas e filantrópicas, garantindo que todas dispusessem de adequada qualidade e capacidade para prestação de cuidados de saúde;
- O controle da produção, distribuição e comercialização de produtos farmacêuticos (químicos ou biológicos);
- O acesso facilitado a exames complementares de diagnóstico e de tratamento para todo o país (Simões, 2009).

2.2 Atribuições e cobertura

O sistema público de saúde português garante o acesso a todos os cidadãos nacionais ou estrangeiros que residam ou que se encontrem em Portugal, independentemente da sua condição econômica e social. Este acesso abrange todos os serviços de saúde (envolvendo todos os cuidados integrados), sem restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, o que nunca aconteceu nos 37 anos de existência (Campos, 2007).



No âmbito das atividades em saúde, o Serviço Nacional de Saúde abrange a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Dessa forma, os utentes têm direito às seguintes prestações:

- Cuidados de promoção e vigilância da saúde;
- Cuidados de prevenção da doença;
- Cuidados médicos de clínica geral;
- Cuidados médicos especializados;
- Cuidados de enfermagem (geral e especializada);
- Internação hospitalar;
- Tratamento cirúrgico;
- Transporte de doentes quando indicado;
- Exames complementares de diagnóstico e de tratamento especializados;
- Medicamentos, produtos farmacêuticos e suplementos;
- Próteses, próteses e outros dispositivos;
- Apoio social, em articulação com os serviços de seguridade social (artigo 14 da Lei nº 56/79, de 15 de setembro).

A mesma lei prevê que, nos casos em que não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será fornecido por entidades não integradas no SNS numa base contratual, ou, excepcionalmente, por reembolso direto aos usuários.

Em qualquer das situações, é garantido aos utentes do sistema de saúde público, o respeito pela sua dignidade e a preservação da intimidade da sua vida privada, sendo reconhecidos todos os seus direitos e respeitadas suas crenças, religião e valores. Também é assegurado aos usuários o direito ao sigilo dos profissionais de saúde. A violação deste direito é condenada pela justiça criminal (Lei n.º56/79, de 15 de setembro).

3 A prestação de cuidados de saúde (serviços de saúde)

A prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde é realizada por instituições públicas pertencentes ao Estado e por instituições privadas ou sociais quando não há capacidade de resposta, ficando os encargos por conta do Estado (Nunes, 2016).

As atividades de saúde que integram o SNS dividem-se pela atenção primária (realizada em agrupamentos de centros de saúde), cuidados hospitalares (realizada em hospitais e centros



hospitalares) e cuidados continuados e paliativos (realizados em unidades próprias ou no domicílio do paciente).

3.1 Atenção primária

A prestação de cuidados no âmbito da atenção primária deverá ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde.

O foco principal da atenção primária é o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção da doença num contato direto com a pessoa inserida na comunidade (Alves, 2014; Saltman, Rico, & Boerma, 2006). Para cumprir essas funções, existe uma equipe de saúde constituída por médico (médico de família), enfermeiro, analistas, psicólogo e assistentes técnicos e operacionais (Barreiro, 2005).

Primeiramente prestada em centros de saúde, a atenção primária ao longo dos 37 anos do sistema de saúde foi evoluindo o seu modelo de organização. Atualmente a atenção primária está organizada em agrupamentos de centros de saúde (ACES), que integram vários centros de saúde e um conjunto de unidades funcionais para um atendimento mais próximo do cidadão em diferentes pontos do país (Pisco, 2007). Essas unidades foram implementadas tendo em conta o perfil da população e as necessidades em saúde. As principais unidades funcionais são:

- Unidades de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro; Pisco, 2011).

Atualmente em Portugal existem 48 ACES que cobrem uma população aproximada de 9,2 milhões de pacientes.

4.2 Cuidados de saúde hospitalares

Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde são estabelecimentos de saúde polivalentes que oferecem um vasto conjunto de serviços diferenciados para uma assistência médica curativa e de reabilitação, incluindo atividades como:

- Internação hospitalar (hospitalização);



- Consultas de especialidade médica;
- Sessões de hospital de dia (para realização de tratamentos);
- Atividade cirúrgica (em regime de internação ou ambulatório);
- Serviço de urgência/emergência;
- Amplo sistema tecnológico para realização de exames complementares para diagnóstico e tratamento (Harfouche, 2012).

O paciente em Portugal pode ir aos cuidados de saúde hospitalares entrando pela porta da urgência/emergência ou através do encaminhamento pelo médico de família presente nas unidades de atenção primária (Nunes, 2016).

O objetivo da prestação destes cuidados é servir os cidadãos com qualidade, satisfazendo todas as suas necessidades. Por isso, todas as unidades de cuidados de saúde hospitalares estão dotadas de profissionais de saúde qualificados e treinados em todas as áreas de especialidade (ERS, 2012).

Os hospitais do SNS funcionam em rede. Isso acontece nos casos em que quando um hospital tem dificuldade em dar resposta imediata a um problema de saúde de um paciente, efetua logo uma transferência para um outro hospital do sistema, por critério de proximidade e de capacidade imediata de resposta. Este sistema tem apenas um ano, foi criado pelo atual Governo e é conhecido como "Livre Circulação e Acesso no Serviço Nacional de Saúde". Por isso, a rede hospitalar portuguesa tem uma ampla cobertura das necessidades da população, todas as especialidades médicas e exames, sem necessidade de recorrer a outro país para realizar qualquer tratamento (Portugal, 2016).

Os excelentes resultados dos hospitais portugueses resultaram de uma reforma no modelo de gestão que dura há 15 anos. Nesse processo, os hospitais foram sujeitos a um processo de empresarialização (adoção de uma prática de gestão empresarial), sendo progressivamente transformados em Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Nunes, 2016). Na continuação da reforma, foi implementada uma política de fusão de unidades hospitalares nas regiões mais povoadas constituindo-se os Centros Hospitalares de grandes dimensões para otimizar os recursos até então subutilizados e promover a eficiência. No entanto, nas regiões mais rurais e com maiores problemas de saúde foram criadas unidades locais de saúde que acoplaram hospitais e unidades de atenção primária na mesma administração (Campos, 2008; Nunes, 2016; Nunes & Harfouche, 2015).



Atualmente, a rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde é composta por 44 hospitais, incluindo 20 centros hospitalares e 8 unidades locais de saúde.

4.3 Cuidados continuados

Os cuidados continuados são um nível de atenção de saúde pós-hospitalares. Seu desenvolvimento surgiu da necessidade de dar continuidade à reabilitação dos pacientes.

Criados em 2006, por iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social os Cuidados Continuados Integrados representam:

“Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (artigo 3º, alínea a) do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Os cuidados continuados podem ser prestados no domicílio (residência privada da pessoa) ou em instalação própria do sistema de saúde.

Nos casos de assistência no domicílio, a prestação se faz através da deslocação de equipas de profissionais de saúde que prestam serviços a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internação, mas que requer observação e acompanhamento das equipas de saúde.

No caso dos cuidados prestados em instalações próprias há dois tipos de assistência:

1. No ambulatório, para os casos de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes níveis de dependência que não cumpram os requisitos para ser cuidadas no domicílio ou em regime de internação (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho);
2. Na internação para os casos mais complicados e com necessidades específicas. Nesses casos se distinguem quatro tipos de unidades de acordo com o tempo de internação e especificidades no tratamento:
 - Unidades de convalescença (internação até 30 dias) para os pacientes que necessitam de cuidados específicos de saúde com uma determinada frequência, complexidade que não possam ser prestados no domicílio;
 - Unidades de média duração e reabilitação (internação entre 30 a 90 dias) para os pacientes que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que para esse efeito precisem de um suporte social e de reabilitação



que pela sua especificidade e frequência não podem ser prestados em seu domicílio;

- Unidades de longa duração e manutenção (internação superior a 90 dias), para os pacientes com doenças ou processos crônicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou na instituição onde habitam;
- Unidades de cuidados paliativos¹ (internação sem limite de tempo), para pacientes em situação clínica complexa e de sofrimento, devido a uma doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

4 Modelo de organização e financiamento do sistema de saúde

Em Portugal, o sistema de saúde é constituído pela rede de órgãos e serviços na dependência do Ministério da Saúde (Simões, 2009).

O Ministério da Saúde é o departamento do Governo responsável pela definição e condução da política nacional de saúde, garantindo a implementação e uso sustentável dos recursos e a avaliação dos seus resultados e exerce as funções de regulamentação, planejamento, financiamento, supervisão, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção ao SNS e às restantes entidades integradas ou não no sistema de saúde.

4.1 Modelo de governação do sistema de saúde

O Ministério da Saúde desenvolve suas tarefas através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no sector empresarial do Estado (Ministério da Saúde, 2017).

A gestão do SNS por parte do Ministério da saúde é descentralizada e desconcentrada, visando a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população (Ministério da Saúde, 2017).

¹ Entenda-se por cuidados paliativos todas as prestações de saúde a doentes devido a uma doença grave e/ou incurável em fase avançada, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida" (artigo 3º, alínea b) do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).



Entre as diferentes entidades, é de especial interesse para o Serviço Nacional de Saúde, as estruturas descentralizadas do Ministério da saúde, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

As ARS têm por missão garantir à população, na respectiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro). Em Portugal, existem cinco Administrações Regionais de Saúde distribuídas pelas principais regiões do País: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

As ARS dispõem de serviços desconcentrados conhecidos como agrupamentos de centros de saúde (ACES) e tutelam prestação de cuidados no âmbito da atenção primária e hospitalar não integrada no Sector Empresarial do Estado (Pisco, 2007).

Contudo, no âmbito do SNS, é através da ARS que se faz o planeamento da prestação de cuidados executa a política nacional de saúde e garante o planeamento regional dos recursos humanos, económicos e materiais. Além disso, avalia o desempenho das instituições, assegura a articulação entre a atenção primária e hospitalar e atribuem os recursos financeiros (mediante celebração de contratos) às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro).

O Ministério da saúde tem uma outra estrutura importante, a Administração Central do Sistema de Saúde (órgão de administração direta do Estado). Criada em 2007, é responsável pelo orçamento do SNS e pelo monitoramento dos recursos financeiros e humanos em todo o SNS, bem como pelas instalações e equipamentos, tendo como missão proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde no domínio da contratação da prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro).

4.2 Modelo de financiamento

O Governo propõe anualmente ao Parlamento a concessão ao Serviço Nacional de Saúde de uma dotação orçamental. Esta proposta inclui os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização, garantindo os preceitos constitucionais (Ribeiro, 2009). Para além dos fundos do orçamento geral do Estado, o Serviço Nacional de Saúde tem como fonte de financiamento os pagamentos das taxas moderadoras realizado pelos usuários e ainda os pagamentos de seguros privados, dos



subsistemas de saúde, os pagamentos pelo aluguel das instalações ou de equipamentos e as doações (Barros, Pereira, & Simões, 2007).

Por muitos anos, em Portugal, o financiamento de serviços de saúde era retrospectivo, baseado no histórico e nos valores que os gerentes teriam supostamente dedicado à atividade (Ribeiro, 2009). No entanto, os custos estavam fora de controle, com elevado endividamento colocando em risco a viabilidade do sistema. Para melhorar o desempenho e ter uma maior transparência das contas públicas, a atribuição de fundos às unidades de saúde prestadoras de cuidados (atenção primária, hospitalares, cuidados continuados) passou a ser realizada por meio de um processo de contratualização que envolve o Ministério da Saúde (através da sua unidade de gestão, a Administração Central do Sistema de Saúde) e a Administração Regional de Saúde (Nunes, 2016).

A contratualização da atividade implementada em Portugal, foi um passo muito positivo, que permite:

- Melhorar a eficiência na utilização dos recursos;
- Promover um maior acesso e uma maior disponibilidade de recursos;
- Programar a atividade hospitalar;
- Melhorar o controle financeiro, determinando com maior precisão a despesa do Serviço Nacional de Saúde;
- Promover a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares;
- Reduzir o tempo e lista de espera (Nunes, 2016; Tribunal de Contas, 2009).

Esta contratualização é realizada com cada uma das unidades prestadoras através da assinatura de contratos-programa, nos quais são definidas as atividades a realizar e a respetivo financiamento (Escoval, 2010; Valente, 2010).

Estes contratos obedecem a um conjunto de termos, que são ajustados em função das unidades mais e menos eficientes mas obedecem a uma metodologia base que é definida a cada ano com as experiências dos anos anteriores, para atender às novas necessidades (Gouveia et al., 2006).

A atual metodologia de contratualização obedece a um conjunto de termos de referência para os cuidados hospitalares e atenção primária:

- O processo de contratualização para os hospitais, encontra-se integrado num processo de planeamento a três anos (2016-2019), que unifica o plano de negócios, o plano de desempenho, o plano de ajustamento e as demonstrações financeiras num único



documento. Assim, o contrato apresenta a definição de objetivos, as principais linhas de atividade, os investimentos a aplicar e explicita os ganhos de eficiência e ganhos de produtividade a ser alcançados. Estes contratos são celebrados entre hospitais e o Estado (Ministério da Saúde e Finanças), assumindo cada gestor hospitalar o compromisso de cumprir o acordado sob pena de aplicação de um processo por má gestão, sendo assim promovida a responsabilização (ACSS, 2016a);

- A contratualização com a atenção primária é realizada anualmente e tem por objetivo identificar, monitorar e planejar a resposta necessária para a prestação de cuidados de prevenção da doença e promoção da saúde. Estes contratos estão subdivididos em duas fases: a contratualização interna entre os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e as unidades funcionais e a contratualização externa realizada entre os ACES e a respectiva Administração Regional de Saúde (entidade descentralizada do Ministério da Saúde) (ACSS, 2016b).

No âmbito da contratualização, a ACSS coordena, monitora e controla a gestão dos recursos financeiros do SNS, assegurando a preparação do orçamento e dos contratos com as unidades de saúde (em cooperação com as Administrações Regionais de Saúde). Também é esta mesma entidade que faz o monitoramento, a gestão e o acompanhamento da execução da despesa (Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro).

5 Obstáculos e desafios atuais para os gestores

A crise e a fraca definição de políticas entre 2011 e 2015 provocaram graves problemas no Serviço Nacional de Saúde, gerando desigualdades no acesso, redução da cobertura e desinvestimento tecnológico, científico e em recursos humanos. Esta falta de visão estratégica para o futuro é o principal obstáculo à política de saúde atual, porque a população tem elevadas carências, os equipamentos funcionam mal e não foram renovadas as instalações que se encontram com elevado estado de deterioração (Portugal, 2016).

Os portugueses sentiram a falta de acessibilidade, desumanização e perda de qualidade do SNS. No final de 2015, o acesso universal a cuidados de saúde foi deficiente na atenção primária, existindo mais de um milhão de portugueses que não tinha médico de família atribuído e a despesa com a saúde a cargo das famílias foi 32% do total gasto pelo sistema de saúde.



O maior desafio que se coloca aos gestores é proceder à revitalização, à recuperação do acesso, da qualidade e do desempenho do Serviço Nacional de Saúde. Esse é um árduo trabalho que começou em 2016 e que já registra, em apenas 12 meses, grandes progressos com:

- Atribuição de médico de família (atenção primária) a 500.000 pessoas;
- Realização de rastreamento de câncer da mama, colo do útero, cólon e reto;
- Realização de rastreamento da retinopatia diabética;
- Criação de um Registo Oncológico Nacional (RON), para monitoramento dos resultados obtidos com os tratamentos;
- Implementação de cuidados de saúde bucal na atenção primária (fase experimental);
- Redução do valor do pagamento de taxas moderadoras e revisão do regime de isenção, eliminando o pagamento nas urgências aos utentes encaminhados por outros serviços de saúde e aos pacientes doadores de sangue, células, tecidos ou órgãos;
- Isenção do pagamento de taxas moderadoras aos bombeiros.
- Reposição do direito ao transporte não urgente aos pacientes;
- Atribuição de prioridade ao atendimento dos pacientes que sejam referenciados através do médico dos serviços de atenção primária;
- Implementação da prescrição eletrônica de medicamentos (receita sem papel);
- Melhoria da capacidade de resposta na atenção primária, com construção de estruturas, remodelação dos edifícios e contratação de mais médicos e enfermeiros;
- Reconhecimento de 90 Centros de Referência;
- Criadas mais 684 leitos para cuidados continuados;
- Criados cuidados paliativos pediátricos (projeto piloto).

Apesar dos progressos já realizados ainda existem desafios e obstáculos a superar. Há muito a fazer para melhorar o Serviço Nacional de saúde e por isso é urgente continuar a dotar o SNS com maior capacidade para responder às necessidades em saúde, aproveitando e ampliando os recursos existentes, criando novos meios, investindo em equipamento e em capital humano. É necessário prosseguir com as reformas mantendo a cobertura universal na atenção primária para que toda a população tenha médico de família atribuído e dar mais atenção à saúde dos idosos e das pessoas com dependência. Também no campo financeiro um obstáculo a ultrapassar são as limitações econômicas. Para melhorar neste ponto é necessário informatizar todo o sistema, monitorar os recursos e os custos evitando assim os desperdícios e a fraude.



6 Perspectivas e propostas para o fortalecimento do sistema de saúde no país

A política de saúde definida para os próximos três anos tem perspectivas positivas para o Serviço Nacional de Saúde que pretendem prosseguir com a recuperação do desempenho, melhoria do acesso e aumento da qualidade dos cuidados. Para atingir estes objetivos será desenvolvida uma estratégia que contará com a participação de toda a sociedade incluindo o próprio cidadão, o governo, as instituições de saúde e a mídia.

Para fortalecer o sistema de saúde em Portugal serão tomadas medidas concretas de acordo com o planeado pelo Ministério da Saúde em seu programa de governo, que passam por promover um conjunto de medidas de promoção da saúde e de reformas estruturais na prestação de cuidados de atenção primária, hospitalar e de cuidados pós hospitalares (continuados e paliativos).

No contexto da promoção da saúde estão previstas um conjunto de prioridades estratégicas que irão combater os determinantes que põem em risco a saúde e está igualmente prevista a promoção de estilos de vida saudáveis (sector alimentar com a melhoria do estado nutricional, promoção da atividade física e incentivos à cessação do tabagismo).

Na continuidade da reforma da atenção primária está previsto o fortalecimento da contratação de médicos, a informatização de todos os sistemas, a realização de exames como eletrocardiogramas, análises clínicas, a expansão da cobertura de saúde bucal e ocular, a contratação de psicólogos, a criação de novas unidades de saúde familiar e o aumento das respostas no domicílio.

No campo da prestação de cuidados de saúde hospitalares estão definidas medidas que incidem sobre a gestão hospitalar com a redefinição dos termos dos contratos, a prestação de contas dos gestores pelos seus resultados, a maior articulação entre hospitais, o reforço da ligação com a atenção primária, a contratação de mais médicos especialistas, a aquisição de mais equipamentos, a atualização da tecnologia, a investigação científica e o aumento do número de cirurgias e de primeiras consultas de especialidade, reduzindo assim as listas de espera. Está também previsto para o ano 2017, o início dos projetos de construção de mais quatro novos hospitais.

A resposta dos cuidados continuados de saúde será reforçada com a abertura de mais unidades, aumentando assim o número de leitos e por consequência a capacidade de receber mais pacientes.



Um outro aspeto que contribui para o fortalecimento do sistema de saúde é a luta contra a fraude, que desvia anualmente milhões de euros para o mercado paralelo. Para evitar estas situações será reforçada a supervisão e o monitoramento em todo o sistema.

Considerações finais

O Serviço Nacional de Saúde existente em Portugal, é um dos sistemas de saúde do mundo que tem cobertura total da população, mantidos até hoje. Esta foi uma conquista civilizacional que garantiu ao longo dos últimos 37 anos uma cobertura da população, desde o nascimento até à morte em todos os níveis de cuidados, desde a atenção primária à saúde até os cuidados paliativos.

A sustentabilidade do sistema de saúde foi sempre uma das preocupações do governo e por isso foram realizadas várias reformas, sem nunca por em risco a prestação de cuidados de saúde à população. No entanto, o país atravessa agora uma fase de recuperação de uma crise que levou à intervenção econômica do Fundo Monetário Internacional, que teve efeitos nocivos sobre a saúde da população e no investimento em saúde.

A estratégia e perspectiva futura é de reconstrução, reorganização e de recuperação do que foi perdido, garantindo a cobertura total de cuidados de saúde com profissionais qualificados em número suficiente e com todos os meios necessários para superar, preservar e fortalecer o sistema público de saúde dos portugueses garantindo o acesso aos cuidados, o melhor desempenho e a máxima qualidade.

Referências

- Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado editora.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2016a). *Termos de referência para a contratualização hospitalar.* Lisboa: Ministério da Saúde.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2016b). *Termos de referência para os cuidados de saúde primários.* Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alves, A. (2014). A inovação em Gestão Hospitalar. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). *40 anos de abril na saúde* (pp.273 - 320). Coimbra: Almedina.



- Barreiro, S. (2005). Referenciação e comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 545-553.
- Barros, P., Pereira, J., & Simões, J. (2007). *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina
- Campos, A. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista portuguesa de saúde pública*, 21(1), 23-33.
- Campos, A. (2007). Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de economia*, 80, 9-15.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109, I Série, p.3856.
- Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21, I Série, p.513.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38, I Série, p.1182.
- Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro. Diário da República n.º 33, I Série, 8 de fevereiro, p.760.
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Lisboa: ERS.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7-25.
- Fernandes, A. & Nunes, A. (2016). Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 217-223.
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Diário da República n.º 214, I Série, p.2357.
- Machado, C., & Carvalho, J. (2012). *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(5), 1179-1190.
- Ministério da Saúde (2007). *Plano de contabilidade analítica dos hospitais*. Ministério da Saúde, IGIF (atual ACSS), 3.º Edição, janeiro de 2007.
- Ministério da Saúde (2017). *Lei orgânica*. Recuperado em 01 de janeiro de 2017, em <https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/>.
- Nunes, A. & Harfouche, A. (2015). A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1-8.



Nunes, A. & Nunes, M. (2016). *A saúde em Portugal. Um olhar sobre o distrito de Castelo Branco*. Castelo Branco: Rvj Editores.

Nunes, A. (2013). *Gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Nunes, A. (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Pinto, C. & Aragão, F. (2003). Health Care Rationing in Portugal, a retrospective analysis. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*, 4-12.

Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*, 60-67.

Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841-2852.

Portugal (2016). *Programa do XXI Governo Constitucional*. Lisboa: Governo de Portugal.

Ribeiro, J. (2009), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 65-77.

Simões, J. (2009). *Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.

Tribunal de Contas (2009). *Auditoria orientada à situação económico financeira do SNS. Relatório de Auditoria n.º 54/09-2ª secção*. Processo n.º 32/09, volume I.

Valente, M. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25 - 39.