

Propostas de intervenções políticas para o sistema de saúde português¹

Fevereiro de 2024

António Rendas

Carolina Borges da Cunha Santos

Eduardo Costa

Filipe Costa

Joana Gomes da Costa

Maria Rita Paiva Pessoa

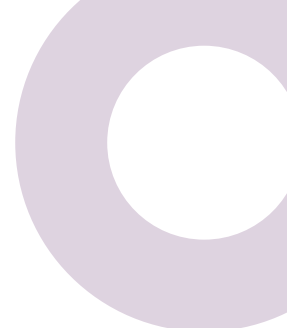
Mariana Videira

Mário Ribeiro

Pedro Pita Barros (Coord.)

Rita Dias Pereira

¹ O presente texto corresponde à opinião dos autores, em exercício de cidadania, sem refletir necessariamente qualquer posição ou opinião das instituições com que se encontram afiliados.



Índice

Introdução.....	3
Saúde Pública	4
1 Criação de incentivos positivos a comportamentos que reduzam a carga de doença crónica no futuro	4
Promoção da Saúde e Prevenção da Doença	6
2 Transição de modelos de cuidados reativos para preventivos.....	6
Cuidados de Saúde Primários.....	7
3 Fortalecimento dos cuidados de saúde primários.....	7
4 Reformas nos cuidados de saúde primários	8
5 Reforço concentrado e sequencial das unidades de cuidados de saúde primários	9
6 Atendimento ao doente agudo nos CSP	10
7 Serviço de atendimento para utentes sem médico de família nos Cuidados de Saúde Primários	11
Cuidados Hospitalares	12
8 Colocação de uma pulseira distintiva nas pessoas com demência quando dão entrada nos serviços hospitalares.	12
Cuidados Continuados	13
9 Reforço da rede pública de serviços de apoio domiciliário	13
Centralidade do cidadão.....	16
11 Revisão do modelo de comparticipação de medicamentos	16
12 Aumentar a proteção financeira da população idosa	17
13 Renovação da lei de atribuição de grau de invalidez para doentes oncológicos	19
Profissionais de Saúde	20
14 Aplicação de um modelo de Gestão Integrada e Previsional de Recursos Humanos nas instituições do SNS	20
15 Cativar e reter profissionais de saúde no SNS através da melhoria das condições de trabalho.....	21
16 Planeamento estratégico da formação pós-graduada.	22
17 Planear estrategicamente os recursos humanos	23
18 Planear a reforma de Recursos humanos do SNS.....	24
19 Definição de um novo enquadramento das relações laborais do SNS com os profissionais de saúde.	25
20 Uniformização e clareza no ordenado, horários e condições contratuais dos médicos.....	25
21 Barómetro de satisfação.....	27
22 Melhoria de carreiras de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde.....	28
Qualidade de gestão	29
23 Alteração do modelo de financiamento	29
24 Criação de um sistema centralizado de regularização de pagamentos em atraso.....	30
25 Independência nas nomeações de dirigentes de unidades do SNS.....	31
26 Redefinição do papel da Ordem dos Médicos e das Especialidades Médicas	32
Digitalização na saúde	33
27 Levantamento de necessidades a utilizadores de sistemas de informação antes do lançamento de caderno de encargos por SPMS	33



Introdução

Num contexto de evolução do sistema de saúde português, com várias transformações em curso no Serviço Nacional de Saúde, e num momento de escolhas eleitorais, consideramos ser útil explicitar ideias para políticas públicas na área da saúde. É um contributo cívico, que se pretende que seja útil. As ideias aqui apresentadas são diversas, na sua generalidade versus detalhe, no seu horizonte temporal imediato, de curto prazo ou de longo prazo, no seu custo político, no seu custo financeiro e na exigência técnica da sua criação e aplicação.

São ideias que não cobrem todas as áreas relevantes de políticas de saúde, mas tocam em aspetos nem sempre reconhecidos pelas decisões públicas. São ideias que reafirmam princípios gerais para o sistema de saúde, e para o Serviço Nacional de Saúde em particular. São ideias que se juntam a muitas outras que surgirão certamente na discussão pública nos próximos tempos.

São o nosso contributo para um debate que deverá, para além de apontar para as questões globais, identificar áreas específicas onde entendemos ser importante atuar. Ao contrário do que sucede nestas fases eleitorais, não pretendemos apresentar soluções, mas sim propostas de ações, identificar os contextos em que se situam e quais as entidades que as podem analisar e resolver, num determinado horizonte temporal.

02 de fevereiro de 2024

Saúde Pública

1 Criação de incentivos positivos a comportamentos que reduzam a carga de doença crónica no futuro

Justificação: Nota prévia: os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários (CSP) têm pouco impacto na alteração dos comportamentos dos seus utentes, mesmo que com acompanhamento regular. Os CSP têm um papel central na gestão da doença e diagnóstico precoce, menor na prevenção de doença futura (ou 'promoção da saúde'), e nisto, as políticas de saúde (pública) têm maior impacto e devem ser consideradas separadamente, mesmo que integradas com os resultados da saúde da população. Para além do efeito positivo que a diminuição das desigualdades socioeconómicas teria na saúde da população, outros incentivos à adopção de hábitos saudáveis podem ser mais custo-efetivos a longo prazo (redução da carga da doença evitável em serviços de saúde – foco nas doenças que causam maior morbilidade/mortalidade - doenças cardiovasculares, obesidade):

- Criação de incentivos fiscais 'positivos': embora a 'sugar tax' esteja genericamente a ter bons resultados nos países onde tem sido implementada e avaliada, não deixa de ser penalizadora. Medidas de redução de impostos ou a criação de mecanismos de apoio para os consumidores e produtores locais (agricultura sustentável), em alimentos não processados, que incentivassem a sua produção e consumo podem ter um efeito benéfico na população.
- Dificultar o acesso a produtos nocivos (não apenas por aumento de impostos ou proibição), como álcool e tabaco (e neste último, bom caminho tem sido feito), por ex., com restrição de locais de venda e maior fiscalização de venda a menores. Importantíssimo considerar a opinião pública e fazer uma boa campanha de marketing destas medidas.
- Flexibilização de horário laboral/ presença no local de trabalho, sobretudo para camadas socioeconómicas mais baixas – não é possível fazer boas escolhas para a saúde quando a jornada de trabalho (deslocação + horário laboral) é de 12h diárias e se recebe o salário mínimo, por exemplo.
- Investimento na mobilidade nas cidades e vilas: transportes públicos, bicicletas e zonas pedonais com espaços verdes e de convívio (veja-se o ótimo exemplo de Barcelona). Tem múltiplos efeitos; diminui a poluição, aumenta a atividade física diária em algumas camadas, promove utilização comunitária de espaços, que tem alguma evidência comprovada de efeito na saúde mental.

Entidades envolvidas: Direção-Geral da Saúde (DGS) e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (necessário na monitorização e modelização de efeitos de políticas públicas na saúde das populações; deveria haver sempre uma avaliação independente prévia ao desenho das políticas, bem como de identificação de problemas e prioridades). Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, Governo,

Municípios, Indústria e empresas dos diferentes sectores

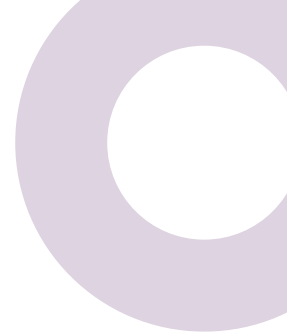
Calendarização de aplicação da proposta: Longo-prazo: 24 meses - 5 anos - continuamente (ir revendo prioridades e adaptando políticas consoante resultados em saúde da população, e medidas aplicadas noutros países)

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
elevada	elevada	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? INSA-Direção-Geral da Saúde (DGS), Ministérios

Proposta por [Maria Rita Paiva Pessoa](#)



Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

2 Transição de modelos de cuidados reativos para preventivos

Justificação: O SNS está maioritariamente direcionado para a resolução de condições de saúde utilizando terapêutica farmacológica, no entanto esquece-se muitas vezes das questões preventivas e da poupança que essas medidas podem trazer. Esta medida tem como objetivo promover medidas preventivas, apostando o investimento no evitamento ou atraso do aparecimento de doença e não na terapêutica.

Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, DGS, CSP, Farmácias comunitárias, Entidades sociais

Calendarização de aplicação da proposta: Horizonte temporal de longo prazo.

Preparação de projeto piloto para uma ou duas condições.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Ministério da Saúde

Proposta por [Joana Gomes da Costa](#)



Cuidados de Saúde Primários

3 Fortalecimento dos cuidados de saúde primários

Através de mais acesso a médicos de família e reencaminhamento de situações menos graves para centros de saúde/médicos de família.

Justificação: Gerar menor afluência aos hospitais.

Entidades envolvidas: DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: curto prazo.

Dificuldade de concretização:

técnica	política		custo
elevada	média		médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS)

Proposta por [Rita Dias Pereira](#)



4 Reformas nos cuidados de saúde primários

Fazer com que os cuidados de saúde primários sejam um verdadeiro ponto de acompanhamento da saúde de todas as pessoas.

Justificação: Introdução de medidas já utilizadas noutros contextos, como *task-shifting* e *skill-mixing* nas equipas de saúde. Recorrer a meios digitais e telefónicos para acompanhamento de alguns utentes (para a população mais jovem, em situações que permitam controlo e gestão à distância).

Garantir maior autonomia às equipas, e, no caso das USF, melhorar o sistema actual de avaliação por desempenho, para que não se foque apenas em doenças prioritárias, nem em métricas com efeito pouco claro na saúde dos utentes. No caso dos resultados destas métricas serem menos positivos, ter de dar resposta após identificação do problema (formação, mais recursos, etc).

Garantir que há uma resposta nos CSP para problemas de saúde não urgentes (em termos de gravidade, não de tempo), mesmo que para utentes não inscritos, retirando pressão das urgências – isto requer também uma boa campanha de informação acessível (meios digitais e não apenas telefónicos, como o SNS24) para que as pessoas saibam o que fazer – ficar em casa, usar máscara, ir à farmácia comunitária, aguardar (em tempo útil) consulta nos CSP, ou dirigir-se às urgências.

Entidades envolvidas: Unidades Locais de Saúde (ULS), Ministério da Saúde

Calendarização de aplicação da proposta: 12-36 meses

Dificuldade de concretização:

Técnica	Política	custo
Elevada	Media	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), Ministério

Proposta por [Maria Rita Paiva Pessoa](#)



5 Reforço concentrado e sequencial das unidades de cuidados de saúde primários

Identificação das unidades de CSP com maiores problemas de fixação de médicos de família e alterar as respetivas condições de trabalho, incluindo número de profissionais envolvidas, numa lógica de resolver primeiro e por concentração de recursos os locais mais problemáticos.

Justificação: A atribuição de médico de família a todos os residentes em Portugal é uma promessa repetidamente feita e repetidamente falhada no seu cumprimento. Em lugar de dar um pouco mais de recursos a todos os locais com dificuldades, sugere-se uma abordagem sequencial de resolução prioritária dos pontos de maiores problemas (menor cobertura por médicos de família), recorrendo a concursos específicos (ou contratações dirigidas) e a modalidades de organização eventualmente temporárias que possuam potencial de resolver, mesmo que provisoriamente, as situações mais difíceis.

Entidades envolvidas: DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: 6 meses após tomada de posse do novo governo, e depois a decorrer nos próximos 3 anos.

Dificuldade de concretização:

Técnica	política	custo
média	média	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? DE-SNS

Proposta por [Pedro Pita Barros](#)



6 Atendimento ao doente agudo nos CSP

Justificação: O atendimento ao doente agudo do SNS requer a marcação de consulta do dia (ou equivalente) do doente junto da sua Unidade de Saúde. Contudo, tal assume que o utente i) se encontra na proximidade da sua unidade de saúde, ii) que o utente tem médico de família atribuído e iii) que o utente consegue contactar a sua unidade de saúde para marcação da consulta. Estes três pressupostos não são por vezes verificados, o que leva a que os doentes se desloquem às urgências hospitalares. Recomenda-se que cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) tenha um serviço de atendimento ao doente agudo não emergente. Este serviço deverá incluir a disponibilidade de meios técnicos de diagnóstico básicos. O atendimento a estes doentes é sujeito a marcação telefónica / online prévia via SNS24 e deverá estar aberto a qualquer utente (independentemente da sua unidade de saúde e de ter ou não médico de Medicina Geral e Familiar (MGF)) e com horário alargado. Esta proposta não substitui a necessidade de existirem consultas do dia / consultas abertas para o doente agudo aceder ao seu médico de família (MdF) e à sua unidade. Contudo, permite um maior acesso e maior flexibilidade dos utentes com vista a uma maior resolutividade dos CSP.

Entidades envolvidas: DE-SNS; ACES

Calendarização de aplicação da proposta: Piloto com 4 ACES em 2024, avaliação e potencial generalização em 2025

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
elevada	média	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? DE-SNS

Proposta por [Eduardo Costa](#)



7 Serviço de atendimento para utentes sem médico de família nos Cuidados de Saúde Primários

Justificação: As respostas dos CSP estão estruturadas assumindo que os utentes têm médico de família atribuído. Contudo, os utentes que não têm MdF atribuído têm um acesso condicionado aos CSP, estando dependentes de respostas pontuais das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Com quase 20% da população sem MdF atribuído, é necessária uma solução que permita qualificar o acesso aos CSP. Em cada ACES deverá ser implementado uma Via-Verde para acesso aos CSP, com atendimento preferencial por enfermeiros e eventual referenciação para MGF. Esta Via-Verde deverá servir para uma resposta à doença aguda (*walk-ins*) e à doença crónica (consultas marcadas e referenciadas por enfermeiros) de utentes sem MdF atribuído. Os recursos desta via-verde devem estar dedicados ao atendimento destes utentes, fora de unidades de atendimento a utentes com médico de família (UCSP e Unidades de Saúde Familiar modelo B (USF-B)).

Entidades envolvidas: DE-SNS, ACES

Calendarização de aplicação da proposta: Implementação de projeto piloto com 4 ACES durante o ano de 2024 Avaliação e potencial generalização das respostas em 2025

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
elevada	baixa	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? De-SNS

Proposta por Eduardo Costa



Cuidados Hospitalares

8 Colocação de uma pulseira distintiva nas pessoas com demência quando dão entrada nos serviços hospitalares.

Justificação: Esta sugestão deriva de um dos recentes casos de desaparecimentos de pessoas idosas. Neste sentido foi levantada uma petição pública e um dos pedidos refere esta medida: "Obrigatoriedade de colocação de uma pulseira distintiva nas pessoas com demência que se encontrarem em situação de vulnerabilidade decorrente da progressão da sua doença, aquando da sua deslocação e permanência em serviços e unidades de saúde, com respeito pelos limites de ordem ética e legal e com vista a assegurar a sua segurança e o seu bem-estar. Deve ser considerada a possibilidade de estas pulseiras conterem um dispositivo de geolocalização e/ou de alarme na saída das instalações hospitalares e de cuidados de saúde, à semelhança do que atualmente existe para recém-nascidos e bebés". É uma medida já utilizada com recém-nascidos, e nesse sentido seria fácil de implementar para mais um grupo. É uma medida simples e que concede uma maior segurança e melhor customização do serviço prestado para este grupo de pessoas vulneráveis. Devemos considerar que para uma população cada vez mais envelhecida, com maior propensão a problemas de demência, esta medida pode contribuir para a segurança deste grupo que está claramente a crescer.

Entidades envolvidas: ACSS, DE-SNS, Ministério da Saúde, ULS e Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO) de Lisboa, Porto e Coimbra.

Calendarização de aplicação da proposta: 2024

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	média	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? ACSS/ DE-SNS /

Ministério da saúde

Proposta por [Mariana Videira](#)



Cuidados Continuados

9 Reforço da rede pública de serviços de apoio domiciliário.

Justificação: Os cuidados de longa duração (CLD) consistem num conjunto de serviços de apoio pessoais, sociais e médicos que garantem que as pessoas com perda, ou risco de perda, significativa de capacidade (devido a doenças ou incapacidades mentais ou físicas) conseguem manter um nível de capacidade funcional compatível com a sua dignidade humana e os seus direitos básicos (WHO, 2022)¹. Os CLD formais são prestados por profissionais qualificados, em contexto domiciliário ou hospitalar. Nos países do sul da Europa, a maioria dos CLD são prestados de modo informal, por familiares ou amigos, independentemente do nível de incapacidade do indivíduo que recebe os cuidados (Barczyk e Kredler, 2019).² Ainda que parte desta disparidade se possa dever a diferenças culturais entre países, a maior/menor dependência de cuidados informais está relacionada com os recursos públicos ou de regimes de seguro obrigatórios canalizados para sistemas de CLD.

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) para 2019, para um conjunto de 27 países, revelam que a despesa pública per capita em CLD em Portugal, em paridade de poder de compra, corresponde apenas a 17,74% da média registada no conjunto de países analisado. Há, por conseguinte, necessidade de reforçar a resposta pública de CLD.

De modo a complementar o aumento da resposta de CLD formais institucionais em curso, deve-se apostar num aumento dos serviços de apoio domiciliário, para situações de menor dependência, já que existe evidência de que as pessoas tendem a preferir receber cuidados formais em contexto domiciliário (Lehnert et al., 2019).³ Em Portugal, os serviços de apoio domiciliário são vistos como um mecanismo

¹ World Health Organization (WHO). (2022, 1 de Dezembro). *Long-term care*. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care> [acedido a 20 de Janeiro de 2024]

² Barczyk, D., Kredler, M. (2019). Long-term care across Europe and the United States: The role of informal and formal care. *Fiscal Studies*, 40(3), 329-373.

³ Lehnert, T., Heuchert, M. A. X., Hussain, K., Koenig, H. H. (2019). Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing & Society*, 39(9), 1873-1913.

crucial para retardar a institucionalização de pessoas dependentes e para melhorar a sua qualidade de vida (Moreira, 2022;⁴ Soares, 2019⁵).

Uma vez que a prestação de cuidados formais de longa duração em contexto domiciliário não se traduz necessariamente numa redução de custos, face a cuidados formais institucionais (Wysocki et al., 2015),⁶ importa proceder a uma análise prévia de custo-benefício para determinar para que níveis de dependência e em que circunstâncias os cuidados de saúde devem ser prestados em contexto institucional ou domiciliário.

Entidades envolvidas: A nível nacional: Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, composta por representantes do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde.

A nível regional: Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), constituídas por equipas multidisciplinares, com representantes da Segurança Social e da Saúde.

A nível local: Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sedeadas nas ULS, constituídas por equipas multidisciplinares, com representantes da Segurança Social e da Saúde.

Calendarização de aplicação da proposta: Primeiros 18 meses da legislatura: Avaliação custo-benefício de serviços de apoio domiciliários e institucionais; Avaliação de necessidades de serviços de apoio domiciliários. Meses subsequentes: expansão da rede de serviços de apoio domiciliários, com base nas necessidades identificadas.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
elevada	elevada	elevado

⁴ Moreira, M. (2022). *O contributo do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos*. [Tese de Mestrado]. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

⁵ Soares, M. (2019). *Serviço de Apoio Domiciliário na Saúde em Portugal*. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

⁶ Wysocki, A., Butler, M., Kane, R. L., Kane, R. A., Shippee, T., Sainfort, F. (2015). Long-term services and supports for older adults: A review of home and community-based services versus institutional care. *Journal of Aging & Social Policy*, 27(3), 255-279.



Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Proposta por [Carolina Borges da Cunha Santos](#)



Centralidade do cidadão

11 Revisão do modelo de comparticipação de medicamentos

(com aumento da comparticipação para grupos socio-económicos desfavorecidos)

Justificação: A despesa com medicamentos é um dos principais determinantes dos pagamentos diretos das famílias, representando uma potencial barreira de acesso a cuidados de saúde. O aumento transversal das comparticipações permite aumentar esse acesso, mas apresenta dificuldades financeiras. Pretende-se por isso o aumento das comparticipações para grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (sujeito a condição de recursos), à semelhança do que foi implementado para beneficiários do CSI, de modo a reduzir as dificuldades de acesso destes grupos.

Entidades envolvidas: Infarmed, Ministério do Trabalho e Segurança Social

Calendarização de aplicação da proposta: Aplicação imediata, monitorização e avaliação passado 1 ano

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	baixa	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta?

Infarmed

Proposta por [Eduardo Costa](#)

12 Aumentar a proteção financeira da população idosa

(em situação de carência económica para despesas com medicamentos comparticipados nas farmácias comunitárias)

Justificação: Os pagamentos diretos em saúde podem constituir uma barreira financeira ao acesso a produtos e serviços de saúde. Portugal é o terceiro país da OCDE em que o peso da despesa direta em saúde na despesa total das famílias é mais elevado: 5,2% (OCDE, 2023).⁷

Uma análise realizada com dados do Inquérito às Despesas das Famílias (2015/2016) do Instituto Nacional de Estatística (que será publicada em breve pela Social Equity Initiative, Nova SBE) revela que os idosos são o grupo etário com uma maior percentagem do rendimento líquido alocado a despesas diretas em saúde, em Portugal. As despesas diretas em saúde são altamente regressivas, já que, entre os idosos, são os mais desfavorecidos que alocam uma maior percentagem do seu rendimento líquido a despesas diretas em saúde.

Entre os idosos, verifica-se que mais de 60% das despesas diretas em saúde são alocadas a medicamentos, aparelhos e material terapêutico. Mitigar as despesas diretas em saúde dos idosos carenciados passa, pois, por conceber políticas que reduzam este grupo de despesas.

Atualmente, para medicamentos comparticipados dispensados em farmácias comunitárias existem quatro escalões definidos no regime geral de comparticipações (90%; 69%; 37%; 15%) (Portaria n.º 195-D/2015). Existem já medidas que atuam no sentido de reduzir as despesas diretas em saúde dos idosos carenciados. Um bom exemplo é o mecanismo criado em 2007 – e que foi recentemente simplificado – que confere benefícios adicionais a utentes de baixos rendimentos que recebem o complemento solidário para idosos (CSI). Entre outros benefícios, idosos elegíveis para este mecanismo ficam automaticamente dispensados do pagamento de 50% da parcela não comparticipada do preço do medicamento.

A medida proposta passa por aumentar o desconto adicional concedido a idosos carenciados, aumentando para 90% o desconto imediato da parcela não comparticipada do preço do medicamento (aplicável apenas a medicamentos comparticipados). Para medicamentos em que já exista (pelo menos

⁷ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE). (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

um) genérico disponível no mercado, o desconto imediato de 90% da parcela não comparticipada do medicamento deverá ser aplicado apenas se o idoso adquirir um dos 5 genéricos com preço mais baixo no grupo homogéneo. Deste modo, incentiva-se uma utilização racional dos medicamentos, já que se promove a escolha de genéricos de preço mais baixo.

Entidades envolvidas: De acordo com o estipulado na Portaria n.º 66/2023, de 6 de março: Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, I. P. (IGFSS); ACSS, INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I. P.; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), Centro de Controlo e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (CCMSNS).

Calendarização de aplicação da proposta: Uma vez que a medida proposta consiste apenas em atualizar um mecanismo de apoio já existente, a medida deverá ser implementada no primeiro trimestre da nova legislatura.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	média	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I. P

Proposta por [Carolina Borges da Cunha Santos](#)



13 Renovação da lei de atribuição de grau de invalidez para doentes oncológicos

Justificação: A renovação tem três secções:

1. Facilitação na atribuição (online): Para doentes ainda vulneráveis, a facilitação da atribuição do grau de invalidez é crucial. Seria fácil passar esta atribuição para um sistema online. Este sistema pode permitir o upload dos documentos necessários, relatório médico, resultado de biópsias etc., que permitiriam validar no prazo de uns dias a veracidade do pedido.
2. Os critérios: Por outro lado, não é clara na atribuição do grau de invalidez. Os critérios definidos são fracos e podem resultar na alocação de pessoas num grau de invalidez errado (observação de exemplo prático que aconteceu a um familiar).
3. Por último, este grau de invalidez influencia maioritariamente benefícios fiscais. A lei não contempla qualquer aplicação direta a nível de trabalho (exceto horas extraordinárias, turnos noturnos etc.), nomeadamente no regresso ao trabalho. Os pacientes saindo dos tratamentos raramente recuperam a 100%. Permanece frequentemente uma debilidade proveniente do próprio tratamento e complicações que se vão manifestando nos anos subsequentes. Nem todos os doentes são iguais, mas a lei devia permitir para doentes com grau de invalidez superiores (como 80%), perante recomendação médica com justificação, uma redução das horas de trabalho obrigatórias do doente.

Entidades envolvidas: Ministério da saúde, Ministério da Segurança Social, de Lisboa, Porto e Coimbra, Associações de doentes.

Calendarização de aplicação da proposta: a definir.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? A definir

Proposta por [Mariana Videira](#)



Profissionais de Saúde

14 Aplicação de um modelo de Gestão Integrada e Previsional de Recursos Humanos nas instituições do SNS

Justificação: Este modelo centra-se em:

Incentivar os serviços das instituições de saúde do SNS a realizarem uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), de periodicidade anual, com o intuito de identificar as principais forças, fraquezas, ameaças e oportunidades.

Identificar e definir as competências e perfis estratégicos dos profissionais de saúde necessários para concretizarem os objetivos institucionais definidos;

Rever e consensualizar o sistema de avaliação de desempenho;

Promover uma gestão eficiente do potencial dos recursos humanos (RH);

Rever e comunicar políticas e sistemas retributivos que permitem estabelecer compensações e benefícios financeiros e não financeiros;

Restruturar políticas de captação de RH, com base numa análise interna e externa das condições de trabalho;

Promover um sistema de desenvolvimento técnico-científico, através da realização de um plano de formação, que engloba a formação estratégica, a formação de atualização e a mentoria.

Promover um sistema de acompanhamento e monitorização;

Estruturar as políticas de desvinculação, através da realização de entrevista de saída.

Entidades envolvidas: ULS; Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS; ACSS.

Calendarização de aplicação da proposta: A aplicação do modelo deverá ser anual.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	baixa	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS

Proposta por [Mário Ribeiro](#)



15 Cativar e reter profissionais de saúde no SNS através da melhoria das condições de trabalho

Justificação: Ouvir os profissionais; garantir que são respeitados os limites de horas extraordinárias, incentivos à dedicação plena, formação acessível e apoiada.

Garantir mecanismos para que os gestores (intermédios e topo) tenham incentivos (por exemplo, prémios anuais para as equipas) para tomadas de decisão custo-efetivas, considerando a satisfação (e retenção) das equipas, resultados em saúde, e satisfação de utentes. Talvez não devam existir nomeações políticas para cargos de topo.

Identificar e reduzir as ineficiências que levam à perda de tempo e cansaço das equipas, nomeadamente na questão de partilha de dados clínicos e informação em saúde – melhorar meios digitais e circulação da informação.

Entidades envolvidas: SPMS, ACSS, Ministério da Saúde, Sindicatos (incluir os internos, muito importante).

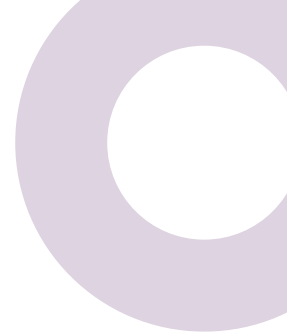
Calendarização de aplicação da proposta: Urgente: 6-24 meses

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? ACSS

Proposta por [Maria Rita Paiva Pessoa](#)



16 Planeamento estratégico da formação pós-graduada.

Justificação: Não acontece apenas injetando milhões ou tostões no sistema. Consegue-se dialogando com as pessoas e com as instituições. Será preciso criar mecanismos de avaliação pública da idoneidade dos locais de formação como sucede, por exemplo, nas instituições universitárias e científicas, em Portugal. É desejável uma muito maior autonomia das instituições nesta matéria e um maior diálogo entre todos os componentes do sistema.

Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Sociedades científicas

Calendarização de aplicação da proposta: 2 anos

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Ministério da Saúde

Proposta por [António Rendas](#)



17 Planear estrategicamente os recursos humanos

Justificação: Portugal precisa de um planeamento estratégico de longo prazo para os recursos humanos na saúde, semelhante ao modelo do Reino Unido.⁸ Este plano deve focar na antecipação das mudanças nas carreiras da saúde e nas necessidades da população, garantindo eficiência e qualidade nos cuidados de saúde. A colaboração entre os ministérios da Saúde e da Segurança Social, bem como a colaboração com organizações sociais médicas, é fundamental para este processo.

Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, Ministério da Segurança Social, DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: 1 ano

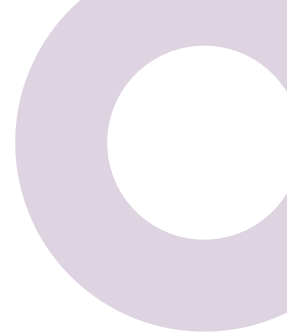
Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	média	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Ordem dos Médicos, com auditorias regulares pelo Ministério da Saúde.

Proposta por [António Rendas](#)

⁸ "Facing the Facts, Shaping the Future: a draft health and care workforce strategy for England to 2027", Public Health England, 2018



18 Planear a reforma de Recursos humanos do SNS

Justificação: Identificar atempadamente, os RH próximos da idade da reforma, com o intuito de promover uma substituição célere e suave, garantindo assim a continuidade da qualidade dos cuidados prestados e ausência de quebras de produtividade e eficiência. Esta identificação deverá ser realizada com um tempo mínimo de 5 anos, de forma a promover o ajuste da capacidade formativa às necessidades identificadas.

Entidades envolvidas: ULS; Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS; ACSS.

Calendarização de aplicação da proposta: Periodicidade anual.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	baixa	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta?

Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS

Proposta por [Mário Ribeiro](#)



19 Definição de um novo enquadramento das relações laborais do SNS com os profissionais de saúde.

Justificação: As relações laborais com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, e as outras profissões de saúde) têm que ser organizadas de forma mais flexível, em três dimensões: a) condições remuneratórias e condições de trabalho imediatas - às negociações com os sindicatos médicos irão seguir-se, com elevada probabilidade, as negociações com as restantes profissões; b) flexibilidade nas modalidades de relacionamento, indo além dos poucos tipos de contrato atuais, para considerar modalidades de trabalho parcial, para permitir outros vários tipos de atividades complementares dos profissionais de saúde; deverá ser precedido de um maior conhecimento das preferências por modalidades alternativas de relacionamento (importância de participação em investigação, desejo de envolvimento em outras atividades, no sector privado ou no sector público, etc); c) criação de um plano de desenvolvimento profissional ao longo do tempo, incluindo os períodos de parentalidade eventual, de atualização profissional, de participação noutras atividades, etc.

Entidades envolvidas: DE-SNS (enquanto entidade que coordena as atividades de prestação de cuidados do SNS), Ministério da Saúde.

Calendarização de aplicação da proposta: até final de 2024, com revisões e atualizações de dois em dois anos. Exigirá uma equipa dedicada ao assunto, seja no acompanhamento das relações laborais dentro do SNS, seja na preparação de negociações, seja na antecipação de tendências e necessidades de planeamento no campo dos recursos humanos em saúde.

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
elevada	elevada	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? DE-SNS

Proposta por [Pedro Pita Barros](#)

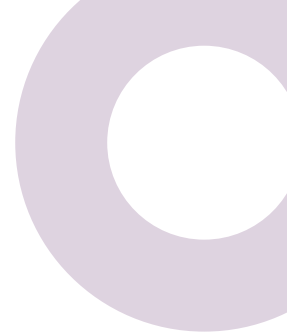
20 Uniformização e clareza no ordenado, horários e condições contratuais dos médicos

Justificação: A assimetria de informação relativa a horários, regimes laborais (exclusividade vs. duplo emprego) e salários tornam difícil a discussão da necessidade de aumentos salariais desta classe.

Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Sindicatos, Hospitais, CSP

Calendarização de aplicação da proposta: 1ª ano (dividido por trimestres)

1T: Estudo de todos regimes contratuais possíveis e respetivas combinações



2T: Cruzamento com horários e localização

3T: Definição do Preço/hora vs. Horários

4T: Verificação e ajustamento de necessidades

2º ano Implementação de ajustamentos horários e salariais pelas necessidades

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Ordem dos Médicos

Proposta por [Joana Gomes da Costa](#)

21 Barómetro de satisfação

Justificação: Realizar um barómetro de satisfação trimestral a todos os RH em saúde, possibilitando o reconhecimento atempado de serviços, instituições e grupos profissionais do SNS com menor taxa de satisfação a nível nacional. Permitirá a atuação precoce, correção de irregularidades e definição de prioridades nas políticas estabelecidas, ambicionando o aumento da satisfação, o aumento da retenção e atração de RH no SNS. É expectável também a existência de um efeito adverso, que culmina na responsabilização das chefias dos serviços, obrigando estas a identificarem e a implementarem mecanismos e políticas locais que promovam a satisfação dos profissionais de saúde.

Entidades envolvidas: ULS; Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS; ACSS.

Calendarização de aplicação da proposta: periodicidade trimestral;

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	baixa	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta?

Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade (DGP) da DE-SNS

Proposta por [Mário Ribeiro](#)



22 Melhoria de carreiras de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde.

Justificação: Há falta de profissionais e falta de motivação.

Entidades envolvidas: DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: 2024

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	média	elevado

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? DE-SNS

Proposta por [Rita Dias Pereira](#)



Qualidade de gestão

23 Alteração do modelo de financiamento

Financiamento das Unidades Locais de Saúde per capita ajustado a complexidade validada para a população portuguesa ao incentivo pela produção de valor (melhores resultados clínicos ao custo mais eficiente para esse atingimento), alargando o atualmente previsto modelo de capitação.

Justificação: A necessidade crescente da avaliação da utilidade dos recursos ativos em saúde leva a uma necessidade estrutural na melhor avaliação da realidade para uma tomada de decisão correta da sua alocação em termos de despesa e investimento. A perceção dos resultados em saúde não pode ser o *driver* de ajuste ao verdadeiro retorno do investimento em saúde, mas sim uma efetiva mensuração dos resultados que interessam aos doentes ao custo adequado para produzir esses mesmos resultados na cadeia de valor por linha de patologia. A capacidade de granularidade de evidência permitirá uma melhor decisão da utilização e investimento em recurso que possam verdadeiramente produzir efeito sobre a nossa única missão em saúde: produzir melhores resultados para os nossos doentes.

Assim, apenas com esta capacidade se poderá alinhar um modelo justo de financiamento alocado ao seu resultado com a devida compensação dos que contribuíram para a produção de valor na sua cadeia, pudemos ter um modelo de financiamento mais justo e sustentável.

Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: 2025-2026

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Entidade independente/ DE-SNS

Proposta por [Filipe Costa](#)



24 Criação de um sistema centralizado de regularização de pagamentos em atraso.

Com registo a ser feito pelo hospital ou pela entidade a quem é devido o pagamento. O pagamento é feito de forma centralizada, com vantagem para quem registar mais cedo as entidades credoras, e com penalização financeira do hospital.

Justificação: Os pagamentos em atraso criam disfuncionalidades de gestão. A prática de dar verbas adicionais no final do ano aos hospitais premeia de alguma forma essas dívidas que se arrastam no seu pagamento. A intenção da medida é ter um acompanhamento mais próximo, com reporte das entidades credoras - e quem reportar mais cedo, recebe mais cedo, e sem as verbas passarem pelas entidades devedoras do SNS (antes hospitais, agora ULS) e até eventualmente com a possibilidade de auditorias de gestão, penalização financeira, mudança das equipas de gestão e alteração da carteira de serviços do hospital, em caso de situação continuada de manutenção de pagamentos em atraso. Esta medida tem de ser acompanhada por uma avaliação de desempenho permanente dos hospitais com maiores volumes de pagamentos em atraso.

Entidades envolvidas: DE-SNS, ACSS.

Calendarização de aplicação da proposta: 6 meses para estabelecimento das regras e início de aplicação em janeiro de 2025.

Dificuldade de concretização:

Técnica	política	custo
baixa	média	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? ACSS

Proposta por [Pedro Pita Barros](#)



25 Independência nas nomeações de dirigentes de unidades do SNS

Separação entre instituições médicas e partidos políticos. (i.e., chefias e gerências de hospitais e centros de saúde devem ser contratadas independentemente e não devem ter afiliação política).

Justificação: Incentivar a competência e performance na gestão de instituições médicas. Possibilidade de planeamento a longo prazo por parte de chefias e gestores.

Entidades envolvidas: DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: 2024

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? DE-SNS

Proposta por [Rita Dias Pereira](#)



26 Redefinição do papel da Ordem dos Médicos e das Especialidades Médicas

Justificação: Deve-se separar as funções da Ordem dos Médicos (OM) das dos colégios de especialidade. A Ordem dos Médicos focaria em aspetos profissionais e regulatórios, enquanto os colégios de especialidade geririam a qualidade da formação e prática em cada especialidade médica. Essa separação visa melhorar a gestão da formação médica e agilizar a criação de novas especialidades, como a de emergência médica.

A Ordem deve tratar dos aspetos profissionais, da relação com o empregador ou com a sociedade, e os colégios de especialidade deveriam ser responsáveis pela regulação da qualidade do ato médico e da prática de cada especialidade, desde a formação até à recertificação. Um dos absurdos que o modelo português promove é, por exemplo, a necessidade de todos os colégios da especialidade da OM terem de estar de acordo para que se possa criar uma nova especialidade médica. Isto torna quase impossível criar, por exemplo, a especialidade de emergência médica, algo que existe em muitos países do mundo, desenvolvido e em desenvolvimento, e que poderia ajudar a resolver uma grave falha na prestação de cuidados em Portugal, que é o funcionamento dos serviços de urgência hospitalares.

Entidades envolvidas: Governo

Calendarização de aplicação da proposta: 2 anos

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
média	elevada	baixo

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? Ministério da Saúde

Proposta por [António Rendas](#)



Digitalização na saúde

27 Levantamento de necessidades a utilizadores de sistemas de informação antes do lançamento de caderno de encargos por SPMS

Justificação: Para além da melhoria de sistemas informáticos necessária nas ULS, contemplada no projeto de contabilidade, podia-se fazer um esforço para evitar que sejam publicados cadernos de encargos para sistemas de informação sem audição prévia das necessidades dos agentes que efetivamente utilizam estes sistemas. Esta audição pode ser feita através de entrevistas (mais qualidade de informação mas mais onerosa em termos de tempo e reduzida amostra); inquérito (possibilidade de maior amostra, menos *costly* em termos de tempo, mas em contrapartida pode comprometer a qualidade de informação).

Entidades envolvidas: SPMS, Ministério da saúde, ACSS, DE-SNS

Calendarização de aplicação da proposta: a definir

Dificuldade de concretização:

técnica	política	custo
baixa	elevada	médio

Que entidade deverá fazer o acompanhamento da concretização da proposta? SPMS / Ministerio saúde

Proposta por [Mariana Videira](#)



Health Economics & Management
Knowledge Center