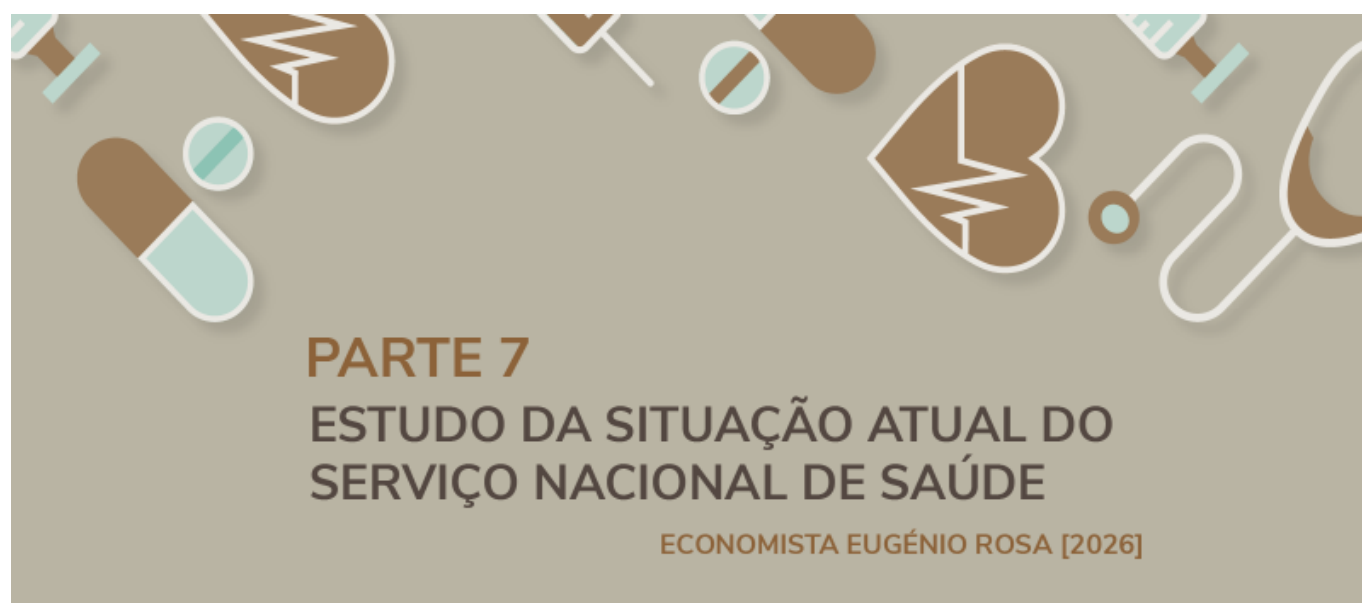


Estudo “A explosão do negócio privado lucrativo da saúde em Portugal à custa do SNS” – Parte 7

15 Julho, 2026



Esta é a 7ª e última parte deste estudo. Depois de um exaustivo trabalho de pesquisa, o economista Eugénio Rosa apresenta os seus contributos e propostas para uma reflexão que assuma, a cada dia, maior importância.

Contributos e propostas para a reflexão e debate sobre a crise do SNS com o objetivo de formular medidas para a enfrentar.

Definição de um financiamento técnico, transparente e realista para o SNS

1. O financiamento do SNS deve **deixar de** assentar em **decisões políticas conjunturais** com envelopes financeiros fixados arbitrariamente pelo Ministério das Finanças subordinado à obsessão do défice, com base na repetição automática dos valores do ano anterior, recorrendo a reforços extraordinários no final do ano e à suborçamentação crónica.

O orçamento deve ser construído com base nas necessidades reais da população, na atividade assistencial necessária, nos custos efetivos, nos recursos humanos indispensáveis e no investimento estrutural, também ele necessário.

- **Financiamento baseado nas necessidades reais da população.** A distribuição de recursos pelas Unidades Locais de Saúde deve considerar o envelhecimento, a carga de doença, a pobreza, o isolamento, a dispersão geográfica.
 - **Planeamento realista da atividade assistencial.** O SNS deve prever de forma rigorosa as consultas, as cirurgias, as urgências, os exames complementares de diagnóstico, a atividade nos cuidados de saúde primários, nos cuidados continuados, nos cuidados paliativos e na saúde mental.
 - **Custos calculados com base em dados reais.** Os custos devem refletir os GDH, case-mix, complexidade e severidade clínica, diferenciação hospitalar, custos reais de funcionamento.
 - **Planeamento obrigatório do investimento que deve ser executado.** O orçamento deve incluir os equipamentos, os blocos operatórios, camas, infraestruturas, digitalização, sistemas de informação, manutenção, renovação tecnológica.
2. **Distribuição transparente e objetiva do orçamento pelas Unidades Locais de Saúde.** A distribuição do financiamento deve obedecer a regras públicas, critérios técnicos, indicadores verificáveis e mecanismos transparentes. **Deve acabar** a arbitrariedade, o favorecimento político e a opacidade na distribuição dos recursos
 3. **Propostas orçamentais obrigatórias pelas Unidades Locais de Saúde.** Cada ULS deve apresentar um plano de atividades, necessidades financeiras e de profissionais, plano de investimento, necessidades tecnológicas. O planeamento deve ser nacional, técnico, descentralizado e contratualizado.
 4. **Negociação obrigatória entre Unidades Locais de Saúde, Direção Executiva e Ministério da Saúde.** As metas assistenciais e financeiras devem resultar de negociação técnica real. **Nenhuma ULS deve ser obrigada** a cumprir objetivos impossíveis, a aumentar a produção sem financiamento, a assumir novas responsabilidades sem os meios adequados e a fazer pagamentos privados por atos médicos.
 5. **Contratos-programa plurianuais obrigatórios.** Os contratos programa devem ser assinados antes do início do ano e não como acontece atualmente. Devem ter um horizonte plurianual e definir a atividade, financiamento e investimento. Deve garantir previsibilidade financeira e assegurar estabilidade de gestão.
 6. **Desagregação do orçamento por serviços e unidades funcionais.** Cada serviço deve conhecer o orçamento disponível, objetivos assistenciais, recursos atribuídos, metas de produção, responsabilidades. Não deve ser apenas um “instrumento para inglês ver”.
 7. **Contratos internos de gestão com responsabilização efetiva.** Devem existir contratos internos entre as administrações e os diretores de serviço, unidades funcionais e coordenação clínicas com objetivos claros, metas sustentáveis, recursos definidos e, claro, avaliação periódica.
 8. **Responsabilização efetiva em todos os níveis da governação do SNS.** A responsabilização deve existir nas administrações hospitalares, na Direção Executiva, na ACSS, nos Ministérios da Saúde e das Finanças. **Não pode existir responsabilização** das ULS quando o subfinanciamento, os atrasos, as insuficiências de meios resultam das decisões centrais (Governo).
 9. **Monitorização contínua, pública e transparente do SNS.** A execução financeira e assistencial deve ser monitorizada mensalmente, trimestralmente e anualmente. Os cidadãos devem ter acesso público ao orçamento, à dívida, às listas de espera, aos pagamentos, à produção assistencial e aos tempos de resposta.
 10. **Calendarização obrigatória das transferências financeiras do Estado.** O Estado deve cumprir regras financeiras rigorosas perante o SNS: calendário anual obrigatório, transferências automáticas nas datas fixadas, proibição de atrasos discricionários, compensação financeira automática por incumprimento. O estado não pode financiar-se à custa da tesouraria dos hospitais.
 11. **Proibição do financiamento do SNS através de dívida elevada, estrutural e permanente a fornecedores externos só possível com orçamentos realistas.** O SNS não pode continuar a sobreviver através de atrasos, a acumular uma enorme dívida estrutural, a funcionar em asfíxia permanente, a estrangular os pequenos fornecedores. O recurso sistemático à dívida representa a falha estrutural do modelo atual.
 12. **Avaliação anual de desempenho, responsabilização efetiva e divulgação efetiva.** Deve incluir o

desempenho financeiro, acesso, produção, qualidade, tempos de resposta e cumprimento de metas de desempenho financeiro:

- avaliação financeira e assistencial integrada
- avaliação da atividade realizada
- avaliação das listas de espera
- comparação entre planeado, contratado e realizado
- monitorização contínua dos gestores
- planos obrigatórios de correção
- substituição de equipas de gestão em incumprimento reiterado
- demissão por incapacidade comprovada

13. **Criação de uma verdadeira carreira médica nacional do SNS.** O SNS precisa de uma carreira médica valorizada, estável e atrativa. Enquanto não existir um sistema credível de avaliação do trabalho dos médicos, promoções automáticas anuais para subir de nível dentro da mesma categoria; Enquanto não existir a realização obrigatória de concursos anuais podendo os médicos com pelo menos três anos na categoria em que estão poderem concorrer e se obtiverem aprovação começarem imediatamente a receber pela remuneração do nível inicial da categoria superior para onde transitarão. A carreira médica continuará a degradar-se contribuindo para a destruição do SNS por incapacidade de atrair, reter e motivar os profissionais.
14. **Integração progressiva dos médicos internos nos primeiros níveis da carreira.** Os médicos internos dos últimos anos de formação já asseguram atividade assistencial diferenciada, assumem responsabilidade clínica e suportam parte crescente do funcionamento hospitalar. Devem ser integrados progressivamente nos primeiros níveis da carreira, com remuneração adequada, com direitos profissionais e com reconhecimento da responsabilidade exercida.
15. **Obrigação de permanência no SNS após conclusão da especialidade.** Os médicos cuja formação especializada foi financiada pelo Estado e realizada no SNS devem permanecer obrigatoriamente no SNS durante um período equivalente ao tempo de formação especializada. **Estado não pode suportar** integralmente os custos da formação, utilizar os recursos humanos para formação, investir em anos de qualificação, utilizar recursos do SNS para aquela formação **para depois perder** imediatamente esses profissionais para o setor privado, grupos económicos, emigração beneficiando outros países. **Devem existir** contratos de permanência, mecanismos de compensação financeira do Estado em caso de saída antecipada e incentivos à permanência no SNS para evitar saídas.
16. **Integração progressiva dos médicos tateiros nos quadros permanentes do SNS.** O recurso sistemático a tateiros representa uma falha estrutural de planeamento, instabilidade organizacional, aumento de custos, fragmentação das equipas, degradação da continuidade assistencial. Os profissionais em regime de prestação de serviços que asseguram necessidades permanentes devem ser integrados progressivamente nos quadros do SNS através de concursos simplificados, de contratação estável, de integração nas carreiras, de valorização remuneratória. O SNS não pode continuar dependente de soluções precárias e temporárias para assegurar funções permanentes.
17. **Redução progressiva da dependência do trabalho extraordinário e tateiros.** O funcionamento normal do SNS não pode depender de horas extraordinárias excessivas, de escalas sucessivamente incompletas, de contratação avulsa, de prestação de serviços temporários por médicos e enfermeiros (contratos a prazo mal pagos e geradores de instabilidade). É necessário reforçar quadros permanentes, estabilizar as equipas de médicos e enfermeiros, melhorar a organização e aumentar a previsibilidade.
18. **Garantia de igualdade de tratamento aos enfermeiros e desbloqueamento no acesso à categoria de enfermeiro especialista.** A entrada inicial de enfermeiros, com a licenciatura, na sua carreira passa a fazer-se no mesmo nível dos restantes técnicos superiores e valorização da carreira por meio do enriquecimento das funções. A abertura obrigatória de concursos e vagas anuais podendo concorrer os enfermeiros que já tenham dois anos de profissão e a especialidade. Na data que sejam aprovados como especialistas passam imediatamente a receber a remuneração do 1º nível da categoria de enfermeiro especialista.

- 19. Aumento estrutural das remunerações dos médicos e dos enfermeiros.** O SNS não pode continuar a perder médicos e enfermeiros, a depender do trabalho extraordinário permanente, a competir com o setor privado com salários desajustados. É necessário a valorização estrutural das remunerações, haver progressão remuneratória previsível, diferenciação pela responsabilidade e experiência e remuneração adequada às funções de urgência e de elevada complexidade.
- 20. Regime de dedicação exclusiva voluntária para médicos e enfermeiros que já estão no SNS e obrigatória e valorizada para os novos médicos e enfermeiros.** O SNS deve criar um verdadeiro regime de dedicação exclusiva com proibição de trabalhar no setor privado à semelhança do que acontece com outras profissões da Administração Pública, eliminar a promiscuidade e conflito de interesses que é incentivada pelos baixos salários e que está a destruir o SNS. Utilizando a metodologia do Decreto de Lei nº 73/1990 de exclusividade de Leonor Beleza, a exclusividade devia determinar um acréscimo de 40% na remuneração nos horários de 35 horas por semana e acréscimo de 45% nos horários de 40 horas por semana. A exclusividade visa reforçar a estabilidade das equipas, melhorar a continuidade assistencial, reduzir a promiscuidade e fortalecer o SNS.
- 21. Combate real à promiscuidade e aos conflitos de interesses no SNS.** Devem existir regras rigorosas de transparência e incompatibilidades. Não é aceitável a utilização do SNS para encaminhamento indireto de doentes para o setor privado e também o inverso. Não é aceitável os conflitos de interesse não declarados. Não é aceitável a promiscuidade entre funções públicas e interesses privados. Não é aceitável a utilização de recursos públicos para benefício privado. Devem existir regras claras de incompatibilidades, declaração obrigatória de interesses, fiscalização independente, transparência contratual e auditorias regulares.
- 22. Plano plurianual de recursos humanos do SNS.** O SNS não pode continuar sem planeamento estratégico de profissionais. Deve existir uma previsão nacional de necessidades, um planeamento por especialidade, um reforço das zonas carenciadas com fortes incentivos, uma redução da precariedade (eliminar contratos a prazo e o regime de tarefeiros), valorização das carreiras e estabilização das equipas.
- 23. Garantia de condições de trabalho dignas e sustentáveis aos profissionais do SNS.** A degradação das condições de trabalho ameaça a sobrevivência do SNS. Devem ser garantidos investimento adequado, horários sustentáveis e compatíveis com a vida familiar, descanso adequado, estabilidade, progressão profissional certa e previsível, segurança laboral e redução da exaustão permanente (como acontece atualmente).
- 24. Metas obrigatórias para listas de espera e tempos de resposta.** Os contatos-programa devem incluir metas obrigatórias com incentivos para além delas para consultas, cirurgias, exames, urgências e cuidados de saúde primários. O financiamento e a concessão de incentivos aos profissionais de deve estar associado à melhoria efetiva do acesso, à redução dos atrasos, ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida.
- 25. Transparência pública obrigatória do funcionamento do SNS.** Todos os cidadãos devem poder conhecer nomeadamente da sua Unidade Local de Saúde o orçamento, as dívidas, pagamentos, listas de espera, produção, tempos de resposta e desempenho da instituição. Sem transparência não existe verdadeira responsabilização democrática.
- 26. Proibição de impor novas obrigações sem financiamento correspondente.** Nenhuma ULS deve receber novas metas, novos serviços, novas respostas assistenciais, novas exigências e financiar atos realizados no setor privado.
- 27. Medidas para controlar os enormes gastos em análises e exames complementares de diagnóstico, medicamentos e dispositivos médicos.** Internalizar exames e análises. A aprovação de novos medicamentos deve basear-se em estudos compatíveis e com as melhores práticas terapêuticas existentes e com diferenças positivas clinicamente robustas. Os preços de medicamentos e dispositivos médicos devem ser fixados com base na média dos preços dos países europeus com o PIB per capita próximo do de Portugal e com os preços mais baixos.
- 28. Comentários sobre um Pacto Estratégico para a saúde (deve ser corrigido para Plano Estratégico para o SNS porque sem este, não se poderá pensar em pensar e elaborar um que inclua os grandes grupos económicos privados da saúde e outros prestadores privados. De acordo com a Constituição da república, estes têm uma função de complementaridade.** O SNS não pode continuar

dependente dos ciclos eleitorais, de alternância partidárias, de medidas avulsa, de reformas que mudam com os governos, de conselhos de administração nomeados com base no cartão partidário. Portugal precisa de estabilidade estratégica, compromisso plurianual para a saúde, conselhos de administração nomeados com base no mérito. O Pacto deve envolver o governo, partidos políticos, Presidente da República, profissionais, universidades, Ordens Profissionais e sociedade civil.

29. O SNS deve deixar de viver em gestão de emergência permanente. *Hoje, o SNS funciona em défice crónico, em improvisação, em pressão constante e degradação contínua. Nenhuma organização sobreviveria durante anos nestas condições. Sem reforma estrutural os défices continuarão, os profissionais continuarão a sair, as listas de espera aumentarão e a confiança pública continuará a degradar-se.*

30. Defender o SNS é combater as desigualdades e defender a coesão e a soberania nacional. *O SNS é um pilar de coesão social, uma condição de igualdade, um instrumento de estabilidade nacional, um fator de desenvolvimento económico e uma garantia de dignidade pública. Um país que perde capacidade de garantir cuidados universais fragiliza a sua economia, aumenta as desigualdades, perde coesão e enfraquece a sua autonomia estratégica.*