Álvaro Almeida
Diretor Executivo do SNS

"É necessário reforçar as competências de coordenação operacional do SNS"

Considerando que a Direção Executiva do SNS deve ser "uma estrutura coordenadora do SNS, responsável por monitorizar e avaliar o seu funcionamento e identificar e desenvolver oportunidades de melhoria a nível da gestão e organização do SNS", nesta entrevista **Álvaro Almeida** aborda a criação da instituição e alinha os eixos para o seu funcionamento e evolução. O responsável defende que a DE-SNS "não se pode substituir aos Conselhos de Administração locais, apenas deve coordenar a sua atuação de modo a assegurar que as decisões de uma unidade não vão afetar negativamente a gestão das outras unidades".

O processo de criação da Direção Executiva do SNS (DE-SNS) foi relativamente complexo, e a estabilização das suas competências e estrutura parece longe de estar consolidada. De resto, o modelo Inglês, que de alguma forma inspirou a criação da DE-SNS em Portugal, está numa profunda alteração identitária e previsivelmente será extinto para integrar o "Department of Health and Social Care", implicando um aumento significativo do pendor político na gestão do NHS. Qual a sua visão para a DE-SNS e quais deverão ser as suas principais atribuições? E como se conjugará o puzzle de atribuições com as restantes entidades centrais (ACSS, SPMS, DE-SNS)?

De facto, as competências e a estrutura da DE-SNS não estão estabilizadas. O Governo tem a intenção de simplificar a estrutura da DE-SNS e reforçar a sua missão para as competências de coordenação operacional do SNS. Tal deverá materializar-se na aprovação de novos estatutos para a DE-SNS, que esperamos possam ser aprovados em breve.

Para compreendermos o que deve ser a DE-SNS, recordemos o passado recente. Até 2022, no SNS existiam estruturas com responsabilidade de coordenação operacional, que asseguravam a boa interligação entre as diversas instituições que compõem o SNS, que eram as ARS. Agora que as ARS foram extintas (de facto, e brevemente de jure), vamos ter o SNS sem coordenação operacional?

Recordo que o SNS inclui 39 ULS, 3 IPO, a RNCCI, a RNCP, entidades do setor social com Acordos de Cooperação, unidades em PPP, unidades privadas convencionadas… Alguém concebe que seja possível que o SNS funcione sem que exista uma estrutura que coordene as relações operacionais entre todas estas instituições?

Essa é a minha visão para a DE-SNS: uma estrutura coordenadora do SNS, responsável por monitorizar e avaliar o seu funcionamento, e identificar e desenvolver oportunidades de melhoria a nível da gestão e organização do SNS. A DE-SNS deverá ter como missão gerir o SNS num modelo descentralizado, bottom up. A gestão corrente deverá ser de proximidade, complementada por uma gestão central que atua quando existem efeitos externos (quando as decisões de gestão de uma unidade afetam a gestão de outra unidade) e na identificação e promoção de boas ▸





práticas de gestão. A DE-SNS não se pode substituir aos Conselhos de Administração locais, apenas deve coordenar a sua atuação de modo a assegurar que as decisões de uma unidade não vão afetar negativamente a gestão das outras unidades. As principais atribuições da DE-SNS deverão ser a coordenação operacional, a monitorização e a avaliação de todas as unidades que compõem o SNS, incluindo as instituições privadas e sociais que prestam serviços ao SNS, garantindo a equidade no acesso e a coerência da resposta em todo o território. Deve igualmente substituir o papel de proximidade anteriormente assegurado pelas ARS, garantindo a existência de uma instância nacional de planeamento e de coordenação integrada, mas com atenção às realidades locais.

No que respeita ao chamado "puzzle de atribuições", a chave está na clarificação de papéis e na cooperação institucional. A extinção das ARS cria a necessidade de uma entidade que assuma plenamente essa função de alinhamento e governação operacional, que não se confunde com a função de controlo financeiro da ACSS. Estou certo que qualquer confusão e indefinição que ainda subsista será eliminada com a publicação dos novos estatutos. Espero que esses novos estatutos consagrem a DE-SNS como o gestor de operações do SNS. Se fizermos a analogia do SNS como

No chamado "puzzle de atribuições", a chave está na clarificação de papéis e na cooperação institucional

um grupo empresarial gerido por uma holding, teremos a função financeira (CFO) da holding assegurada pela ACSS, a função operacional assegurada pela DE-SNS (COO), e o Ministério da Saúde com as funções de Presidente do Conselho de Administração (chairman). Qualquer organização que não incluísse a DE-SNS pecaria por ausência de coordenação operacional, ou, se as funções da DE-SNS fossem assumidas por outra instituição, teríamos uma megaestrutura, e como tal ingerível, com todas as funções de gestão misturadas, contrariamente aos princípios da boa gestão, e que esvaziaria o Ministério da Saúde de capacidade de intervenção.

O funcionamento em rede dos serviços de urgência tem sido bastante irregular nos últimos anos com carências de recursos muito elevadas em determinadas áreas. Tem-se avançado com algumas hipóteses para melhorar o seu funcionamento, designadamente a concentração de urgências e a criação de equipas dedicadas em SU, mas a resposta que efetivamente foi adiante prende-se com o reforço do papel do SNS24 na pré triagem. Acha que será suficiente para que possamos ter um inverno de 2025/2026 menos conturbado que o do ano anterior?

Note que o inverno de 2024/2025 foi muito mais tranquilo que o inverno anterior. E o verão de 2025 também foi mais tranquilo que o de 2024. Apesar das melhorias, subsistem problemas que resultam de uma grande escassez de recursos humanos. Os médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia do quadro do SNS só são obrigados a assegurar metade das horas necessárias para manter todas as urgências de obstetrícia abertas continuamente. Na pediatria também há restrições significativas de recursos humanos. Estes constrangimentos têm impacto direto no funcionamento da rede de urgência, cujo modelo tem revelado fragilidades ao longo dos anos. O reforço do papel do SNS 24, através da pré-triagem clínica e da orientação dos utentes para o nível de cuidados mais adequado, é uma medida muito relevante, que contribui para reduzir a procura inapropriada dos serviços de urgência e, consequentemente, aliviar a pressão sobre estas unidades. No entanto, por si só, não é suficiente para assegurar uma resposta plenamente estável e previsível.

O que está em curso é um processo de mudança na resposta do SNS às situações de urgência em obstetrícia, que inclui: a reorganização da rede de urgência de obstetrícia, que implica necessariamente a redução do número de urgências, pelo menos enquanto o modelo de organização do trabalho em equipa não for revisto, com a consequente alteração das dotações mínimas de médicos, já que não existem médicos suficientes para assegurar o funcionamento de todas as urgências atuais; medidas que incentivem a uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições; reforço da articulação com os cuidados de saúde primários. Só uma abordagem integrada, que combine estas várias dimensões, permitirá melhorar a capacidade de resposta do SNS.

Importa ainda destacar que, nos últimos meses, tem existido um trabalho intenso de coordenação da resposta por parte da Direção Executiva do SNS. Apesar de ainda não estarmos numa situação ideal, foi possível melhorar a capacidade

de resposta. Este trabalho revelou-se essencial para assegurar a prestação de cuidados à população e evitar constrangimentos de maior dimensão, num contexto que se antecipava muito complicado, mas em que o SNS conseguiu responder com resiliência e capacidade.
Naturalmente, continuamos a trabalhar para reforçar ainda mais esta resposta no próximo inverno, com maior planeamento, integração de esforços e coordenação da rede.



IDENTIFICAR BOAS PRÁTICAS E CONSTRANGIMENTOS

As carências na resposta do SNS não se têm concentrado exclusivamente nos SU. As maiores carências no acesso a cuidados de saúde estão concentradas nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Nestas regiões observam-se percentagens significativamente superiores de inscritos sem médico de família atribuído, bem como listas de espera para consulta hospitalar e para cirurgia além do tempo clinicamente aceitável mais expressivas. Como é que a Direção Executiva do SNS olha para as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre as diferentes regiões?
As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre regiões são uma realidade que não podemos ignorar.
O SNS enfrenta carências que, embora se façam sentir em todo o território, são particularmente expressivas em regiões como Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.
Este problema tem raízes históricas e estruturais. A formação dos médicos, tanto em medicina geral e familiar como nas diversas especialidades hospitalares, faz-se no terreno, em unidades de saúde que dispõem de profissionais com capacidade formativa. Ora, a região de Lisboa e Vale do Tejo tem, historicamente, menor disponibilidade de recursos humanos para funções de ensino e supervisão, o que se traduz numa capacidade formativa reduzida.
Se a capacidade formativa é menor, formam-se menos médicos na região, perpetuando-se um ciclo difícil de quebrar.
Naturalmente, poder-se-ia equacionar a transferência de médicos formados noutras regiões para Lisboa. Porém, na prática, isso não é simples. Um médico que conclui a sua formação especializada tem, regra geral, perto de 30 anos, muitas vezes já com a sua vida e família estabilizadas no local onde realizou o internato. Há, portanto, uma resistência natural e compreensível à mobilidade, o que agrava a dificuldade em fixar profissionais em Lisboa e Vale do Tejo e em outras regiões mais carenciadas como o Alentejo e o Algarve.
A Direção Executiva do SNS tem plena consciência desta situação e considera que a redução das desigualdades regionais é uma prioridade estratégica. Para tal, temos vindo a trabalhar em várias frentes: no reforço da capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, através da criação de novas Unidades de Saúde Familiar e da mobilização de equipas de proximidade; no alinhamento da resposta hospitalar, com a expansão de consultas e cirurgias em regime de produção adicional, sobretudo nas áreas de maior carência; no reforço das unidades das regiões com maior carência, através das vagas carenciadas; e no desenvolvimento de modelos de mobilidade de profissionais, que permitam apoiar de forma temporária as regiões mais pressionadas.
Importa ainda sublinhar o trabalho de coordenação nacional levado a cabo pela Direção Executiva, que tem procurado assegurar uma gestão mais equitativa dos recursos disponíveis, com mecanismos de planeamento e monitorização que permitem identificar atempadamente os maiores constrangimentos e atuar de forma direcionada.
Estamos conscientes de que não se trata de um problema de resolução imediata, mas de um processo gradual, que exige medidas estruturais e consistentes.

Passou-se já mais de um ano e meio desde a generalização das Unidades Locais de Saúde no SNS e até à presente data não são conhecidos estudos sobre o impacto desta alteração no SNS nos vários planos. Que visão tem a DE para o modelo de organização de cuidados, e em particular, da relação entre os vários níveis de cuidados?
O modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS) não é novo no SNS. Já existiam experiências anteriores, que foram objeto de avaliação e estudos, permitindo identificar ganhos, mas também dificuldades. A diferença está na sua generalização a todo o país, aplicando o mesmo modelo independentemente da realidade de cada região, o que naturalmente coloca desafios maiores, seja pela diversidade populacional, seja pela distinta capacidade instalada das instituições.
É hoje notório que o processo de generalização das ULS a todo o país foi realizado de forma precipitada, sem ponderar, nem precaver, as dificuldades de implementação do modelo. Sabemos que o modelo de financiamento que foi adotado não consegue adaptar-se às diferentes características das unidades, sendo particularmente penalizador para as ULS que incluem os hospitais mais diferenciados. Sabemos também que o modelo é excessivamente centrado no hospital: ao integrarem-se os ACES nos Centros Hospitalares, que mantiveram ▸



a sua administração, subalternizou-se os cuidados de saúde primários, invertendo-se a lógica do sistema; passamos de um sistema de proximidade, onde os cuidados de saúde primários eram o centro, para um sistema centrado no hospital, o que desvaloriza a prevenção da doença e a promoção da saúde, reduzindo a eficiência e aumentando os custos do sistema.
Por isso, a prioridade da Direção Executiva do SNS neste momento é minimizar os problemas causados por uma reforma mal concebida, corrigindo os erros onde é possível intervir. Como sempre, a DE-SNS tem o foco em monitorizar e avaliar de forma sistemática o funcionamento das ULS, identificar boas práticas, mas também os constrangimentos, apoiando as instituições para que consigam dar resposta às necessidades das populações.

REFORÇAR OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SNS

É expectável que o modelo ULS se mantenha de forma generalizada em todo o país, ou podemos esperar a introdução de ajustamentos organizacionais locais, entre estes, por exemplo, com a evolução para centros clínicos universitários?
Como já referi, a generalização do modelo ULS foi realizada de forma precipitada, sem a devida ponderação das dificuldades. Por isso, é importante definir e avaliar outros modelos organizacionais que se adequem melhor às especificidades locais. Em todo o caso, uma eventual alteração do modelo organizativo será uma decisão do Governo, competindo à DE-SNS apresentar as propostas de modelo que considera mais adequadas em cada caso. Há, no entanto, uma linha orientadora na ação da DE-SNS que é relevante neste caso: não há modelos que sejam universalmente bons; temos sempre presente que um modelo que funciona bem num caso, pode não funcionar bem noutro caso (noutra região do país, noutro tipo de cuidados, com outro tipo de profissionais, etc.).

A evidência científica a nível internacional parece não ser particularmente favorável à adoção do regime de parcerias público-privadas na área da saúde. Ainda assim, o Governo manifestou a intenção de concursar a gestão de seis hospitais em regime de PPP, em que para apenas um se prevê a construção de novas instalações. Isto implicará um exercício inovador de equilibrar a gestão pública de ULS, com a gestão PPP de alguns hospitais, não se antecipando o que acontecerá com a gestão dos Cuidados de Saúde Primários da área de influência desses hospitais. Como é que o Diretor Executivo do SNS enquadra este cenário na visão que tem para a organização do SNS?
A evidência científica nacional demonstra que as PPP hospitalares que existiram revelaram-se sempre positivas, com melhores resultados em termos de qualidade e de custo. Não há qualquer evidência credível no sentido contrário. Quer em Portugal, quer em Espanha, o abandono do modelo PPP foi sempre uma opção ideológica sem qualquer fundamento nos resultados das experiências concretas.
As decisões do Governo quanto a novas PPP serão acompanhadas e apoiadas pela DE-SNS. Do ponto de vista da Direção Executiva do SNS, o fundamental é assegurar que qualquer modelo adotado, seja de gestão pública direta, seja em parceria, está ao serviço de um objetivo maior que é o de garantir aos cidadãos o acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e em condições de equidade. O modelo organizativo deve ser entendido como um meio para esse fim. Assim, o que se impõe é um trabalho rigoroso de acompanhamento, monitorização e regulação, que permita avaliar de forma transparente os resultados alcançados e introduzir ajustamentos sempre que necessário.

A Direção Executiva teve um papel menos interventivo na definição do modelo de financiamento dos cuidados de saúde integrados no SNS para o ano de 2025. Gostaria de ver refletidas algumas alterações ao modelo de financiamento que promovessem áreas específicas?
Considero que existem áreas fundamentais onde faria sentido refletir melhor o modelo de financiamento. Um exemplo é o de criar incentivos à manutenção dos serviços de urgência abertos e operacionais, cuja atividade deve ser devidamente valorizada no modelo de financiamento, reconhecendo a sua importância para garantir o acesso. Mais do que criar mecanismos de financiamento, o essencial é assegurar que os instrumentos existentes estão alinhados com as necessidades reais do sistema. Essencialmente, o modelo de financiamento por capitação tem como único instrumento de gestão os incentivos e penalizações. Na minha opinião, deverá ser reforçado o peso desses incentivos e penalizações no financiamento, de modo a reforçar os instrumentos de gestão do SNS.

RECONHECIMENTO DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Nos últimos meses a atividade realizada em cirurgia adicional por profissionais do SNS foi bastante mediatizada. A mera hipótese de um profissional do

SNS poder receber mais de 40.000€ por um dia de trabalho fora do seu horário normal chocou todo o país. O regime de produção cirúrgica adicional, tendo um conjunto de virtualidades no combate às listas de espera, não deixa de produzir um conjunto de incentivos potencialmente negativos: ambiente e cultura organizacional concorrencial entre equipas, indução de procura de cuidados, desincentivo à produtividade dentro do horário normal, aumento dos custos com recursos humanos, entre outros. Foi já anunciada a substituição do atual modelo pelo Sistema de Informação Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC). Para quando podemos esperar a introdução deste novo sistema? Podemos esperar que este novo instrumento venha a afastar alguns dos incentivos menos positivos que hoje existem?

O novo sistema (SINACC) encontra-se em fase final de desenvolvimento e irá arrancar em projeto-piloto. Após a validação dessa fase, e realizadas as adaptações que o piloto demonstrar necessárias, será alargado progressivamente a todo o país. O objetivo central deste modelo é precisamente corrigir os incentivos perversos que o regime anterior gerava. Um dos problemas mais evidentes era o facto de ser o próprio serviço que geria a lista de espera a ser depois remunerado para a reduzir, criando um potencial conflito de interesses. Com o SINACC, essa ligação será quebrada, uma vez que a gestão das listas de espera passará a ser feita de forma centralizada e transparente, diminuindo o risco de sobreposição entre atividade programada e atividade adicional. Importa sublinhar que não vamos eliminar a possibilidade de os médicos realizarem cirurgia adicional fora do horário normal, porque ela continua a ser necessária para aumentar a capacidade de resposta. O que o novo sistema fará é garantir que essa atividade não depende daquilo que ficou por fazer no horário normal, mas sim das necessidades reais identificadas no sistema. Em suma, o SINACC permitirá manter a produção adicional como instrumento de combate às listas de espera, mas enquadrado num regime mais justo, transparente e equilibrado, que protege a confiança dos cidadãos e valoriza o trabalho dos profissionais do SNS.

A mesa negocial para a revisão da carreira de Administração Hospitalar está aberta e as negociações com o Governo têm prosseguido.



As decisões do Governo quanto a novas PPP serão acompanhadas e apoiadas pela DE-SNS

Os Administradores Hospitalares foram fundamentais na construção e sedimentação do SNS enquanto direito de todos os portugueses. Qual o papel que o Diretor Executivo do SNS antecipa para os Administradores Hospitalares neste novo enquadramento que o SNS assumiu nestes últimos dois anos?

Os Administradores Hospitalares têm desempenhado, ao longo das últimas décadas, um papel essencial no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, trazendo competências técnicas e conhecimento especializado que permitem garantir uma gestão mais eficiente e orientada para os resultados. Ao longo dos anos, os desafios tornaram-se cada vez maiores e a complexidade do sistema mais evidente. Nesse contexto, considero que o papel dos Administradores Hospitalares é uma peça fundamental, pelo seu contributo técnico e estratégico.

Na sua opinião, quais os cinco maiores desafios que o SNS atravessará nos próximos anos?

O SNS enfrenta um conjunto de desafios estruturais que marcarão a sua evolução nos próximos anos. Destacaria cinco que considero particularmente relevantes:

Em primeiro lugar, a escassez de recursos humanos em áreas críticas, um fenómeno que não é exclusivo de Portugal e que terá de ser enfrentado com medidas de formação, atração e retenção de profissionais.

Em segundo lugar, a necessidade de reduzir desigualdades regionais no acesso, garantindo que cidadãos em diferentes regiões do país tenham condições equivalentes de resposta, tanto em cuidados primários como hospitalares.

Em terceiro lugar, o envelhecimento da população e a prevalência crescente de doenças crónicas, que exigem novos modelos de organização, com maior foco na prevenção, integração de cuidados e apoio de proximidade.

Em quarto lugar, a sustentabilidade financeira, assegurando que o SNS mantém capacidade de resposta, investindo de forma eficiente e ajustada às necessidades em saúde.

E, finalmente, o desafio da inovação e da transformação digital, que deve ser aproveitada para melhorar a eficiência, a gestão da informação e a experiência dos cidadãos. ●