ANTÓNIO LÚCIO BAPTISTA

Da Sorte ao Sistema

Ensaio sobre a reforma da saúde em Portugal

VidaEconómica

ÍNDICE

Dedicatória 7

Nota prévia 9

Introdução 15

Parte I – O sistema real

- Capítulo 1 – Quem cuida 29
- Capítulo 2 – Quem paga 37
- Capítulo 3 – O bolso do doente. Pagar duas vezes 45

Parte II – Os nós

- Capítulo 4 – Um SNS desenhado para outro século 53
- Capítulo 5 – Duplicar e triplicar. O preço do desperdício 61
- Capítulo 6 – As ULS e a integração que ainda não aconteceu 69
- Capítulo 7 – As pessoas. Não faltam apenas médicos. Falta tempo ... 73
- Capítulo 8 – Listas de espera e urgências 81

Parte III – Propostas

Capítulo 9 – O Estado como financiador e regulador 91

Capítulo 10 – Informação e resultados..... 97

Capítulo 11 – Cuidar dos saudáveis..... 103

Capítulo 12 – Inovar a partir do terreno 111

Capítulo 13 – E se funcionasse?..... 119

Conclusão – Da sorte ao sistema 125

Notas e fontes 131

Bibliografia..... 137

DEDICATÓRIA

À minha família, pela presença, pela paciência e pelo caminho partilhado.

NOTA PRÉVIA

Este livro começou por ser uma frase.

Disse-a pela primeira vez em Lisboa, em 2019, quando defendi que o Serviço Nacional de Saúde estava desadaptado à realidade do século XXI. Voltei a ela em Coimbra, em 2024, resumindo-a em três palavras que provocaram mais discussão do que eu esperava: Portugal tem sorte.

Escrevi-a depois num artigo para a Vida Económica. E percebi que uma frase, por mais provocadora que fosse, não chegava. Era preciso explicar o que queria dizer com ela, mostrar onde vejo essa sorte e, sobretudo, perguntar por que razão, dispondo Portugal de tantos recursos, tantos profissionais, tantas instituições e tantas formas de financiamento, continuamos a ter tantos doentes à espera.

Escrevo este ensaio como médico. Não como político, nem como economista da saúde, nem como gestor, nem em nome de qualquer instituição. Escrevo a partir de mais de cinquenta anos de medicina e de uma experiência profissional que me permitiu conhecer o sistema de saúde por vários lados.

Formei-me no Porto quando o Serviço Nacional de Saúde ainda não existia. Especializei-me em cirurgia cardiotorácica no Hospital de São João. Trabalhei em hospitais universitários de Joanesburgo e conheci outras formas de organizar a medicina. Em Portugal, exerci no sector público, no sector social e no sector privado. Trabalhei no hospital, na urgência, no bloco operatório, nas Misericórdias, em grandes instituições privadas e no consultório.

Esta diversidade de experiências não me deu respostas para tudo. Deu-me, porém, a possibilidade de observar os mesmos problemas a partir de lugares diferentes.

Vi excelentes cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde e vi as suas limitações. Vi instituições privadas extraordinariamente organizadas e outras que reproduzem defeitos que habitualmente atribuímos ao sector público. Vi o valor das Misericórdias e do sector social. Vi a importância das farmácias. E vi, ao longo de toda a minha vida profissional, algo que por vezes desaparece quando se discute a saúde apenas através de grandes organizações: a importância da relação directa entre o médico e o doente.

O médico que exerce em prática liberal, no seu consultório, não é apenas mais um prestador privado. Representa uma das formas mais antigas e mais humanas de exercer medicina: conhecer a pessoa, acompanhá-la ao longo do tempo, assumir responsabilidade pela sua orientação e construir uma relação de confiança que nenhuma estrutura administrativa consegue substituir.

Hoje, numa fase diferente da minha vida profissional, exerço sobretudo em consultório e em pequenas clínicas. Essa proximidade devolveu-me, de forma muito clara, uma dimensão essencial da medicina: a relação directa entre médico e doente, a continuidade, o conhecimento da pessoa para além do episódio clínico e a responsabilidade pessoal de a orientar.

Depois de décadas em estruturas hospitalares complexas, reconheço ainda melhor o valor dessa medicina de proximidade. Não substitui o hospital, nem as equipas multidisciplinares, nem a tecnologia de que

a medicina moderna precisa. Mas recorda-nos aquilo que todas essas estruturas existem para servir: uma pessoa concreta, diante de um profissional em quem confia.

A medicina moderna exige hospitais, equipas multidisciplinares, tecnologia e organizações complexas. Mas começa sempre no mesmo lugar: uma pessoa procura ajuda e outra pessoa, com conhecimento e responsabilidade, procura ajudá-la. É também desse lugar que escrevo.

A tese deste livro cabe numa frase deliberadamente simples: Portugal tem sorte.

Dizer que Portugal tem sorte não é negar a crise. É reconhecer que a reforma não começa num terreno vazio: muitas das peças já existem, mas estão dispersas, sobrepostas e, demasiadas vezes, inacessíveis a quem precisa delas.

Tem um Serviço Nacional de Saúde que transformou profundamente o país e que continua a ser a espinha dorsal do sistema. Tem hospitais privados modernos. Tem Misericórdias com séculos de experiência. Tem clínicas e consultórios distribuídos por todo o território. Tem uma rede de farmácias de enorme proximidade. Tem laboratórios, centros de diagnóstico, profissionais qualificados, subsistemas, seguros e várias fontes de financiamento.

Isto não significa que Portugal tenha recursos ilimitados, nem que não existam carências importantes. Existem. Faltam profissionais em determinadas regiões e especialidades. Faltam enfermeiros. Existem desigualdades territoriais, limitações financeiras e dificuldades de acesso que seria absurdo negar.

A sorte a que me refiro é outra: já temos muitas das peças de que precisamos.

O problema é que demasiadas vezes essas peças trabalham lado a lado e não em conjunto. O doente passa do centro de saúde para o hospital, do hospital para uma clínica, da clínica para um laboratório, do laboratório para uma Misericórdia e, por vezes, volta a encontrar o mesmo médico em várias dessas portas. Mas a informação não o acompanha.

Os exames repetem-se. Os processos recomeçam. O tempo perde-se. E o próprio doente acaba muitas vezes por pagar do seu bolso aquilo que não conseguiu obter a tempo por outra via.

É dessa realidade que nascem a Dona Rosa e a Dona Maria, que aparecem nestas páginas. Não existem com esses nomes. Mas conheci muitas Donas Rosas e muitas Donas Marias ao longo da vida.

O problema que procuro discutir neste livro não é apenas o funcionamento de cada instituição. É o percurso do doente entre elas.

Por isso, este ensaio não é contra o SNS. Pelo contrário. Considero o Serviço Nacional de Saúde uma das maiores conquistas da democracia portuguesa e acredito que deve ser protegido. Mas proteger uma instituição não significa impedir que mude.

Também não é um livro a favor dos privados por princípio, nem do sector social por tradição. É um livro a favor de um sistema em que se utilize melhor aquilo que o país já tem.

Defendo que o Estado seja um garante forte do acesso universal, um financiador responsável, um comprador competente e um regulador exigente. Defendo que possa utilizar, quando isso for adequado e estiver sujeito às mesmas regras de qualidade e transparência, capacidade pública, privada, social e de profissionais em prática liberal.

Defendo que o doente possa participar na escolha de onde e por quem é tratado, quando existam alternativas clinicamente adequadas. Defendo que a informação clínica acompanhe o doente, em vez de ficar fechada dentro de cada instituição. Defendo que os resultados sejam medidos e conhecidos.

Defendo que devolvamos aos médicos e aos restantes profissionais tempo para aquilo que só eles podem fazer, retirando-lhes burocracia desnecessária e usando melhor as equipas e a tecnologia. E defendo uma ideia que me acompanha desde cedo e que se tornou uma espécie de nota de missão pessoal: tratar os doentes, cuidar dos saudáveis.

Não pretendo ter razão em tudo. Algumas das propostas deste livro são discutíveis. Algumas terão de ser ajustadas por quem conhece melhor

determinados aspectos económicos, jurídicos, organizacionais ou técnicos. Outras poderão simplesmente revelar-se erradas quando forem confrontadas com a realidade. Não me incomoda.

Um ensaio não é um programa de governo nem um diploma legislativo. É uma tentativa de organizar uma visão, de colocar perguntas e de propor caminhos que possam ser discutidos. Gostaria, sobretudo, que essa discussão se afastasse um pouco da pergunta habitual — quem tem culpa? — e se aproximasse de outra que me parece muito mais útil: o que podemos fazer melhor amanhã?

Há uma pergunta ainda mais simples que atravessa todo este livro e que, ao fim de mais de cinquenta anos de medicina, continua a parecer-me a mais importante: o que é melhor para este doente, aqui, agora?

Se conseguirmos fazer essa pergunta antes de defender uma instituição, uma corporação, um modelo económico ou uma solução administrativa, talvez descubramos que estamos mais perto de um verdadeiro sistema de saúde do que pensamos.

Devo agradecimentos a muitas pessoas. A João Luís de Sousa e à Vida Económica, que mais uma vez acolheram um livro meu. Aos organizadores e participantes dos encontros de Lisboa e de Coimbra, cujas perguntas me obrigaram a pensar melhor. Ao Dr. J. Sá Couto, que lançou a proposta Saúde Fair Cost, e ao Eng. António Ribeiro, com quem a apoiei. Aos colegas, enfermeiros, farmacêuticos e gestores com quem trabalhei. E aos doentes, que foram, sempre, os meus melhores professores.

Portugal tem sorte. Falta transformar essa sorte em sistema.

António Lúcio Baptista

Vila Nova de Cerveira, 2026

INTRODUÇÃO

Uma pergunta simples

Um português que hoje precise de uma consulta de especialidade pode esperar meses. Se tiver seguro, ou dinheiro, pode ser visto em poucos dias, muitas vezes pelo mesmo médico, a poucos quilómetros de casa. Se não tiver, espera, vai à urgência, ou desiste.

Este paradoxo resume o sistema de saúde português. Não faltam hospitais, clínicas, consultórios, farmácias, médicos, nem fontes de financiamento. Portugal reúne uma diversidade relevante de quem cuida e de quem paga. O que falta é pô-los a trabalhar em conjunto, com o doente no centro.

Este ensaio parte dessa pergunta simples: se temos tanto, porque continua o doente à espera?

Um momento de reforma

Em Setembro de 2026, em apenas três dias, a ministra da Saúde falou ao país em três lugares que dizem muito: num jornal, num hospital e no

parlamento. Falou à opinião pública, falou a quem trata doentes e falou a quem faz as leis. Não foram intervenções de circunstância. Juntas, abriram um debate que o país vinha adiando há demasiado tempo: que sistema de saúde queremos, e como lá chegamos.

No artigo de opinião que publicou no Jornal de Notícias, Ana Paula Martins fez o balanço do seu mandato e deixou um aviso: a reforma do Ministério da Saúde não iria agradar a muitos, porque a missão do Governo não era servir corporações nem alimentar agendas. Defendeu que os impostos dos portugueses seriam bem utilizados num SNS que os servisse, e afirmou que a paz tinha regressado às urgências, uma expressão que a Ordem dos Médicos logo considerou exagerada.

Na inauguração de um novo hospital privado, em Sintra, disse que o sector privado é essencial para dar resposta aos utentes em tempo útil. Ao seu lado, o presidente executivo do grupo hospitalar anfitrião disse que o Estado não pode ser o único agente da saúde, e que os privados não se apresentam como alternativa ao Serviço Nacional de Saúde, mas como parceiros.

No parlamento, na audição regimental, a ministra assumiu que o Governo tinha falhado o prazo de publicação do documento que orienta a estratégia e o financiamento das unidades locais de saúde para os próximos três anos, publicado com nove meses de atraso. E explicou o sentido da reforma que prepara: simplificar, desburocratizar, eliminar níveis de decisão, acabar com duplicações, pôr serviços a trabalhar mais juntos do que trabalham hoje.

Nada disto é novo na forma. Cada ministro da Saúde das últimas décadas anunciou a sua reforma, e cada uma teve os seus méritos. O que é novo é o tom e o alcance. Pela primeira vez em muitos anos, quem tutela o SNS reconhece em público que o sistema de saúde português não se esgota no SNS, e fá-lo sabendo que vai desagradar a muitos. É justo reconhecer-lhe esse mérito: a ministra pôs a reforma da saúde no centro do debate público. Este ensaio aceita o convite. Parte desse reconhecimento e procura contribuir para o debate que ela abriu, com a experiência de quem trabalhou nos três sectores.

PARTE I – O SISTEMA REAL

CAPÍTULO 1 – QUEM CUIDA

O mesmo doente, o mesmo médico, quatro portas

Chamemos-lhe Dona Rosa. Tem setenta e poucos anos, vive numa vila do interior, é hipertensa e sofre há anos das pernas. O médico de família, quando o tinha, pediu uma consulta hospitalar. A carta seguiu para o hospital público da sua área, e a Dona Rosa entrou numa lista de espera de muitos meses.

Entretanto, as pernas não esperaram. Uma vizinha falou-lhe de um cirurgião que dava consulta numa clínica privada da cidade. A Dona Rosa foi, pagou do seu bolso e saiu com um pedido de ecodoppler. Fez o exame num laboratório convencionado, porque ficava mais perto e era mais barato. Meses depois, chegou finalmente a vez da consulta no hospital público. Quem a recebeu foi o mesmo cirurgião, que também ali trabalhava. O exame que trazia não estava no sistema do hospital, e foi pedido outro. Quando se decidiu operar, a cirurgia acabou por ser feita no hospital da Misericórdia, ao abrigo de um acordo com o SNS. Aí, voltou a ser vista pelo mesmo médico. E voltou a fazer análises e exames pré-operatórios, porque a informação dos outros sítios não tinha chegado.

CAPÍTULO 2 – QUEM PAGA

Três carteiras e uma conta

Imaginemos um casal de reformados de uma cidade média. Ele foi professor e continua a descontar para a ADSE. Ela trabalhou numa empresa privada e tem um seguro de saúde que um dos filhos lhe paga. Ambos pagam impostos, e portanto financiam o Serviço Nacional de Saúde. E, no entanto, ao fim de cada mês, continuam a pagar do seu bolso os medicamentos, os óculos, o dentista, uma ou outra consulta.

Quando, no início do ano, somam as despesas de saúde para a declaração de IRS, percebem que gastaram mais em saúde do que num mês inteiro de reforma. Estão cobertos três vezes, pelo SNS, pelo subsistema e pelo seguro, e mesmo assim pagam uma quarta vez.

Este casal não é uma excepção. É o retrato de milhões de portugueses. Para perceber porquê, é preciso olhar para o outro lado do sistema: não para quem cuida, mas para quem paga.

CAPÍTULO 3 – O BOLSO DO DOENTE

Pagar duas vezes

A escolha ao balcão

A Dona Maria tem setenta e oito anos e vive sozinha, com uma pensão modesta. É diabética, hipertensa e tem o coração cansado. Sai da consulta com uma receita de cinco medicamentos e vai à farmácia da vila. Ao balcão, antes de pedir o que quer que seja, faz uma pergunta que qualquer farmacêutico português conhece bem: quanto custa isto tudo?

Depois de ouvir a resposta, escolhe. Leva o medicamento da diabetes e o da tensão. Os outros ficam para o mês que vem, ou para quando a reforma chegar. Os óculos novos, que o oftalmologista lhe receitou no ano passado, continuam por fazer. A dentadura que lhe magoa a boca também espera. O dentista, esse, nunca foi coisa do Serviço Nacional de Saúde.

PARTE II – OS NÓS

CAPÍTULO 4 – UM SNS DESENHADO PARA OUTRO SÉCULO

Uma cantina em Lisboa

Em 2019, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar convidou-me para um almoço-debate sobre o futuro da saúde. Decorreu numa cantina universitária, em Lisboa, entre pessoas ligadas à saúde, incluindo uma antiga ministra da Saúde e vários representantes políticos.

Foi aí que disse, pela primeira vez em público e sem rodeios, uma frase que muitos pensavam mas poucos diziam: o Serviço Nacional de Saúde está desadaptado à realidade do século XXI.

Não era uma frase contra o SNS. Era uma frase a favor dele. Quem a dizia tinha trabalhado em hospitais públicos, tinha visto o SNS nascer e crescer, e sabia o que ele tinha feito pelo país. Mas sabia também que

CAPÍTULO 5 – DUPLICAR E TRIPLICAR

O preço do desperdício

Uma tarde perdida

Terça-feira, duas da tarde, num grande hospital do país. O bloco operatório está pronto: a sala limpa, o material esterilizado, a equipa de enfermagem à espera, o cirurgião disponível. Falta o anestesista, chamado de urgência a outro serviço. A tarde de cirurgias é cancelada. Os quatro doentes que estavam em jejum desde a véspera voltam para casa, e para a lista de espera.

No mesmo dia, noutro serviço, um doente repete as análises e o electrocardiograma que fez há três semanas num hospital privado, porque os resultados não estão no sistema. Na farmácia, uma embalagem de trinta comprimidos é vendida para um tratamento de dez dias. E em casa, uma senhora idosa arruma no armário os comprimidos que um médico lhe receitou e que outro médico, sem saber, lhe voltou a receitar.

CAPÍTULO 6 – AS ULS E A INTEGRAÇÃO QUE AINDA NÃO ACONTECEU

Uma porta, dois mundos

Em Janeiro de 2024, o Serviço Nacional de Saúde viveu a maior reorganização da sua história recente. Os hospitais e os centros de saúde de cada região passaram a estar sob a mesma administração, em unidades locais de saúde. A ideia era simples e boa: o doente não devia sentir a fronteira entre o médico de família e o hospital. Uma só gestão, um só orçamento, um só percurso.

Quase três anos depois, muitos doentes continuam a sentir essa fronteira. A carta do médico de família continua a demorar a chegar à consulta hospitalar. O hospital continua a dar alta sem que o centro de saúde saiba. E a integração que se prometeu no papel ainda não aconteceu, em muitos casos, na vida real.

CAPÍTULO 7 – AS PESSOAS

Não faltam apenas médicos. Falta tempo

Uma visita aos operados

Nos hospitais universitários de Joanesburgo, onde trabalhei como cirurgião, a visita aos doentes operados fazia-se em equipa. A enfermeira-chefe e a secretária clínica asseguravam a continuidade da informação; eu observava, examinava, falava com o doente, decidia e ditava as indicações. O essencial é simples: o tempo médico era usado sobretudo para trabalho médico.

Quando voltava ao gabinete, os relatórios estavam feitos. Apareciam impressos, prontos a rever e a assinar. As notas de alta, as cartas para os médicos assistentes, os pedidos de exames, os registos: tudo o que era burocracia era retirado do médico. As tabelas e os processos dos doentes eram consultados quando era preciso; o resto era trabalho de quem sabia fazê-lo, e fazia-o bem. O meu tempo era para os doentes, para o bloco operatório, para ensinar e para pensar.

CAPÍTULO 8 – LISTAS DE ESPERA E URGÊNCIAS

A noite de Inverno

Todos os Invernos, as imagens repetem-se nos telejornais: macas nos corredores, doentes idosos à espera de horas ou de dias, profissionais exaustos, urgências que fecham por falta de médicos. Todos os Invernos se anuncia um plano de contingência. E todos os Invernos o país percebe que a urgência hospitalar se tornou a porta de entrada de um sistema que não tem outras portas abertas.

Sei, por experiência própria, o que é uma noite de urgência cheia. E sei que grande parte das pessoas que lá estão não deviam lá estar. Não porque não precisem de cuidados, mas porque precisavam de outros cuidados, noutro lugar, mais cedo.

PARTE III – PROPOSTAS

CAPÍTULO 9 – O ESTADO COMO FINANCIADOR E REGULADOR

Três papéis, um só actor

Em Portugal, o Estado acumula três funções centrais na saúde: financia, regula e presta cuidados. Esta acumulação não é, por si só, um erro, mas exige mecanismos fortes de separação de responsabilidades e avaliação.

Quando o Estado é simultaneamente financiador e prestador, existe o risco de aplicar critérios diferentes às instituições que tutela e às que contrata fora do sector público. A resposta não é retirar o Estado da prestação. É assegurar que todos os prestadores, incluindo os públicos, são avaliados com exigência e transparência comparáveis.

A proposta central deste ensaio é, por isso, reforçar o Estado como garante do acesso, financiador, comprador competente e regulador, man-

CAPÍTULO 10 – INFORMAÇÃO E RESULTADOS

A pasta de papéis

Muitos doentes portugueses, sobretudo os mais velhos, andam com uma pasta. Dentro estão análises, relatórios, receitas, radiografias, cartas de médicos. Levam-na a cada consulta, em cada hospital, em cada clínica. É a sua história clínica. Não a que o sistema guarda, mas a que eles próprios carregam, porque sabem que o sistema não a vai encontrar sozinho.

Esta pasta é o símbolo mais simples de um sistema fragmentado. E é também o mais fácil de resolver.

O doente é o dono da sua informação

Os capítulos anteriores mostraram o preço da informação que não circula: exames repetidos, medicamentos receitados sem saber o que outros

CAPÍTULO 11 – CUIDAR DOS SAUDÁVEIS

Uma nota de missão

Desde muito cedo na minha carreira que me acompanha uma nota de missão, escrita em poucas palavras: tratar os doentes, cuidar dos saudáveis. A primeira metade da frase é o que os médicos aprendem a fazer, e o que o Serviço Nacional de Saúde foi construído para fazer. A segunda metade é a que o sistema quase esqueceu.

O SNS é, sobretudo, um serviço nacional de doença. Organiza-se para tratar quem adoece, e fá-lo muitas vezes bem. Mas investe pouco em evitar que as pessoas adoeçam. E, num país que envelhece e onde as doenças crónicas dominam, essa é a escolha mais cara que se pode fazer.

Prevenir é investir

Prevenir é investir em saúde. Nem toda a intervenção preventiva gera uma poupança financeira líquida, e seria simplista prometê-lo. Mas mui-

CAPÍTULO 12 – INOVAR A PARTIR DO TERRENO

A ideia na gaveta

Todos os dias, em cada hospital, centro de saúde e clínica do país, um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta ou um técnico encontra um problema que ninguém resolveu. Um instrumento que não se adapta bem à mão. Um material que magoa o doente. Um circuito que faz perder tempo. Um dispositivo que podia ser mais simples, mais barato ou mais seguro. E, muitas vezes, quem encontra o problema imagina também a solução.

O que acontece a seguir, em Portugal, é quase sempre o mesmo: nada. A ideia fica na cabeça de quem a teve, ou numa folha de papel, ou numa gaveta. Não há a quem a levar, não há tempo para a desenvolver, não há quem ajude a proteger, testar e transformar a ideia num produto. E, sobretudo, não há incentivo. O profissional de saúde é visto como um produtor de serviços de saúde, ou, quando muito, como um investigador de trabalhos teóricos. Raramente é visto como inventor.

CAPÍTULO 13 – E SE FUNCIONASSE?

Uma antevisão: o que se pode esperar

Que aconteceria se este modelo entrasse em funcionamento? Ninguém o pode prever com segurança, e seria pouco sério apresentar resultados como inevitáveis. Podemos, no entanto, identificar efeitos plausíveis e condições necessárias para que ocorram.

Nos primeiros anos, seria razoável esperar ganhos sobretudo no acesso nas áreas em que exista capacidade alternativa disponível e bem contratada, redução de algumas duplicações se a interoperabilidade funcionar e recuperação de tempo clínico com melhor apoio administrativo e tecnológico. É também provável que, numa fase inicial, alguns custos aumentem: contratar capacidade, melhorar sistemas de informação, medir resultados e fiscalizar exige investimento.

A médio prazo, os efeitos dependeriam da execução. Resultados públicos, liberdade de escolha bem regulada e melhores condições de traba-

CONCLUSÃO – DA SORTE AO SISTEMA

A Dona Rosa, outra vez

Voltemos à Dona Rosa, a doente do primeiro capítulo. Imaginemos o seu percurso num sistema que funcionasse.

O médico de família, ou o médico do consultório onde ela foi, pede uma consulta de especialidade. O pedido entra num sistema que conhece a capacidade de toda a região, pública, privada e social. Se o hospital público não a pode ver no tempo certo, a consulta é marcada automaticamente noutro prestador contratado pelo Estado, sem que ela pague do seu bolso. O ecodoppler é feito uma vez, num laboratório convencionado, e o resultado fica na sua história clínica, visível para todos os médicos que a tratam. Quando se decide operar, a cirurgia é feita onde houver vaga, com regras de contratação comparáveis e resultados exigidos a todos. Ninguém lhe pede de novo o que já foi feito. Ninguém lhe pede que conte outra vez a sua história. O cirurgião tem uma secretária clínica, e o tempo que ganha é para a Dona Rosa, e não para o computador.

NOTAS E FONTES

Os dados citados neste ensaio provêm das fontes seguintes, organizadas por capítulo. As estimativas de custo da Conclusão são do autor.

Introdução

- Intervenções da ministra da Saúde, Setembro de 2026: artigo de opinião no Jornal de Notícias (21 de Setembro), inauguração de um hospital privado em Sintra (Renascença, 21 de Setembro) e audição regimental no parlamento (HealthNews, 23 de Setembro).
- Pagamentos directos das famílias: INE, Conta Satélite da Saúde, Julho de 2026.
- Despesas catastróficas: OCDE e Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Portugal: Perfil de Saúde do País; Acta Médica Portuguesa.
- Camas hospitalares e enfermeiros por habitante: OCDE, Health at a Glance 2025.
- Fórum «Saúde que Futuro», Coimbra, 24 de Fevereiro de 2024: informação dos organizadores, Movimento de Cidadania Democrática e Grupo de Reflexão e Inovação para a Cidadania.

BIBLIOGRAFIA

Do autor

- Baptista, António Lúcio. Inovação para a Mudança / Innovation for Change. Porto: Vida Económica Editorial, 2013.
- Baptista, António Lúcio. O Lugar da Utopia. Porto: Vida Económica.
- Baptista, António Lúcio; Sousa, João Luís de (org.). Conect. Porto: Vida Económica.
- Sá Couto, J.; Baptista, António Lúcio; Ribeiro, António. Fair Cost Health Care – Saúde Fair Cost: Qualidade & Acessível. Documento apresentado às instituições europeias; versão revista e actualizada, Setembro de 2026.
- Baptista, António Lúcio (capítulo). Towards a Better World: Tourism, Pandemic, Climate Emergency and Human Rights. Berlim.
- Baptista, António Lúcio. «O Serviço Nacional de Saúde está desadaptado à realidade do século XXI». Almoço-debate da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Lisboa, 2019.

Portugal tem sorte.
Falta transformá-la em sistema.

Portugal dispõe de uma rara diversidade de respostas em saúde: SNS, setor social, seguros e subsistemas, hospitais privados, consultórios e algumas pequenas clínicas altamente especializadas. Essa diversidade é uma vantagem potencial. Quando bem articulada, amplia escolha, proximidade e inovação; quando mal integrada, transforma-se em fragmentação, duplicação, desperdício e atrasos no acesso.

Neste ensaio, António Lúcio Baptista defende uma reforma centrada no doente e na relação médico-doente. A partir da sua experiência na clínica hospitalar, na medicina liberal, na investigação científica e na inovação, o autor propõe um sistema em que o financiamento siga o doente, a informação clínica circule com coerência e os vários prestadores cooperem sem perder autonomia.

O objetivo não é ter mais sistema, mas melhor cuidado: mais proximidade, mais responsabilidade, melhor uso dos recursos e maior liberdade de escolha para o cidadão.

https://www.grupovidaeconomica.pt

ISBN: 978-989-788-413-9

Visite-nos em
https://www.grupovidaeconomica.pt/pt-pt/livraria-online