Estratégias para a Saúde

IV. Objectivos para o Sistema de Saúde

3) Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença

(Versão Discussão)

Plano Nacional de Saúde
2011–2016

Alto Comissariado da Saúde

Ministério da Saúde

ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE

IV.3) OBJECTIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE – REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

INTRODUÇÃO **2**
SITUAÇÃO ACTUAL **8**
ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA **12**

INTRODUÇÃO

RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde tem a responsabilidade do estado de saúde e da protecção do cidadão e família, quanto ao peso financeiro e social da saúde e da doença.

- O Sistema de Saúde deve ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger o cidadão, a família e os cuidadores informais na promoção da saúde, prevenção da doença e no acesso a cuidados de saúde que incluem a reabilitação e os cuidados paliativos;
- O Sistema de Saúde desenvolve os serviços e intervenções com base em critérios de custo-efectividade e sustentabilidade, de forma a obter o maior retorno em ganhos em saúde e valor económico e social com os recursos disponíveis;

CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:
Justiça Social, Protecção Social, Solidariedade

A saúde é um capital humano e social inestimável, inter-dependente de outros como a educação e a riqueza. Mas, ao contrário destes, a saúde não pode ser acumulada.

A doença representa um custo acrescido, quer em custos directos (por ex, medicação e exames complementares) quer em indirectos (por ex, ausências ao trabalho e perda de produtividade).

A solidariedade e justiça social significam que o peso da despesa é distribuído justamente de acordo com a capacidade de contribuir e que as famílias não devem ficar empobrecidas como resultado de doença ou da utilização dos serviços de saúde (The Tallinn Charter, WHO, 2008).

IMPACTO DOS CUSTOS NA SAÚDE

O custo do tratamento pode ter impacto negativo no acesso e nos ganhos em saúde. Grupos socioeconómicos mais desfavorecidos têm menos capacidade para aceder aos cuidados se tiverem de os pagar no momento da utilização (ACS, Pereira e Furtado, 2010).

A redução desse impacto contribui para a obtenção de ganhos em saúde através de:

- *Redução de diferenças sociais, económicas e educacionais nos comportamentos promotores da saúde e de prevenção da doença;*
- *Acesso e continuidade a cuidados que previnam a perda do capital individual de saúde e promovam o regresso à vida activa e produtiva;*
- *Reabilitação e integração do cidadão com incapacidade temporária ou permanente, de modo a alcançar, o mais precoce possível, o seu potencial de saúde e de participação económica e social;*

São políticas de redução de impacto:

- Isenção de custos directos
- *Na protecção de grupos que se encontram abaixo de um limiar sócio económico que dificulta o acesso aos cuidados de saúde.*
- Comparticipação das despesas
  - *Na protecção de grupos vulneráveis, prevenindo que o empobrecimento devido a situações de doença.*
  - As despesas directas, sobretudo em doentes crónicos, em desempregados e nos idosos, são o principal factor de catástrofe financeira associada à doença, precipitante de probreza (Health in times of global economic crisis, WHO-Euro, 2009) e ocorre nos que mais necessitam de cuidados (Primary health care, WHO, 2008). As despesas directas não comparticipadas pelo estado (*out-of-pocket*) constituem as mais lesivas e impeditivas de acesso e devem ser reservadas a cuidados não essenciais.

SUSTENTABILIDADE E GANHOS EM INVESTIMENTO

A sustentabilidade do Sistema de Saúde implica um equilibrio entre as necessidades de saúde, a capacidade para resposta (através de serviços, intervenções e políticas) e a provisão dos recursos necessários.

Nesta perspectiva, o Sistema de Saúde como REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA:

- Intervém nas *janelas de oportunidade* de prevenção e promoção da saúde,

diminuindo os custos em saúde, produtividade e despesa pela intervenção tardia;

- Consegue maior retorno, mais equitativo, em ganhos de saúde, aproximando os socio-económicamente mais vulneráveis dos que têm melhores condições. O potencial de saúde de todos é maximizado.
- Reduz o desperdício, os cuidados de saúde e intervenções menos eficazes e com menor custo-benefício, mobilizando os recursos para cuidados com maior retorno.

A capacidade para melhorar os cuidados e serviços de saúde e as necessidades crescentes de saúde determinam que o Sistema de Saúde diriga os recursos para o cumprimento das expectativas sociais e obtenção de ganhos em saúde, através de planeamento e políticas como tipos de serviços, tempos de espera, isenções e co-participações.

O crescimento da despesa *per capita* em cuidados de saúde decorre da introdução de novas tecnologias e da procura crescente de cuidados e menos da maior prevalência das doenças crónicas (Pedro Pita Barros, 2008), e não é necessáriamente acompanhada de resultados em saúde.

INFLUÊNCIA DE PERÍODOS DE CRISE ECONÓMICA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Períodos de crise propiciam, na sociedade e nas instituições, abertura à mudança mas aumentam a vulnerabilidades social e económica à doença e ao seu impacto.

Também o padrão de comportamentos de saúde e de prevenção da doença pode modificar-se nestes períodos. Na perspectiva do Sistema de Saúde, a crise económica (Health in times of global economic crisis, WHO-Euro, 2009) é determinante, podem esperar-se os seguintes comportamentos:

- *As despesas privadas decrescem como resultado de menor rendimento familiar;*
- *As despesas públicas decrescem por menor retorno fiscal e necessidade de realizar investimentos impulsionadores da economia;*
- *Os investimentos em saúde são adiados ou redireccionados para a manutenção dos níveis de serviços.*
- *A utilização dos serviços de saúde taxados decresce, com um aumento de recorrência ao Serviço Nacional de Saúde subsidiado e sem custos directos.*
- *Aumentam as diferenças no acesso e na qualidade dos serviços e há redução da capacidade de resposta adequada às necessidades de saúde.*

REDUÇÃO DO IMPACTO DA DOENÇA

O Sistema de Saúde deve proteger o cidadão vulnerável, concentrar-se nas áreas mais efectivas e que retornam maior valor em saúde e ser agente económico inteligente quanto ao investimento, despesas e empregabilidade (Health in times of global economic crisis, WHO-Euro, 2009).

Reforço do Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença:

- Redução do impacto económico e social da doença;
- Garantia de cuidados de saúde de qualidade, assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias;
- Complementaridade e concorrência de serviços públicos e privados
- Valorização social e económica da saúde e do sistema de saúde

O pagamento dos cuidados de saúde é efectuado por diferentes vias: impostos directos e indirectos; contribuições para subsistemas de saúde, públicos ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos directos efectuados no momento do consumo (taxas moderadoras) (Pita Barros, 2008). Uma elevada proporção de pagamentos directos limita a acessibilidade aos cuidados de saúde e coloca um peso indevido nos agregados familiares mais pobres.

Existem igualmente questões acerca de acesso duplo aos serviços de saúde. O acesso aos cuidados básicos é universal para todos os residentes e da competência do SNS, financiado publicamente e maioritariamente através de receitas tributárias. No entanto, perto de um quinto da população tem acesso a privados e convencionados, através de subsistemas de saúde, distribuídos em função da categoria profissional ou emprego. Esta cobertura pode ter como resultado o facto de alguns indivíduos terem um acesso mais rápido e mais fácil aos serviços de saúde (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

Embora seja necessário complementar a protecção social com o financiamento é inevitável identificar os grupos excluídos ou vulneráveis e desenvolver mecanismos sociais específicos (Primary health care, WHO, 2008) e abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde através de políticas intersectoriais (MSAH - Finland, 2001).

CONCORRÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS

Os sistemas de saúde devem encontrar equilíbrios entre interesses tendencialmente divergentes: especialização *versus* concentração de recursos, acessibilidade *vs* liberdade de escolha, informação assimétrica *vs* responsabilidade individual, interesse do doente *vs* interesse da instituição com recursos limitados e/ou de fins lucrativos.

A resposta de serviços de saúde surge com a co-existência de vários sistemas de saúde, que competem entre si e que alargam o leque de oferta ao cidadão: SNS, cuidados privados, seguros de saúde, entre outros, que será tanto variado quanto maior o seu poder económico.

O Sistema de Saúde engloba instituições e organizações prestadoras de cuidados de saúde, com objectivos e naturezas próprias:

- O Serviço Nacional de Saúde, estatal, com a responsabilidade da protecção da saúde individual e colectiva.
- As Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde (Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro).
- As organizações de saúde com fins lucrativos.

Numa perspectiva de complementaridade, contrastam-se objectivos, vantagens e eventuais limitações tipificadas:

	Serviço Nacional de Saúde	**IPSS com objectivos de Saúde**	**Organizações de Saúde com fins lucrativos**
Objectivos	• Assegurar a resposta às necessidades de saúde, de acordo com a responsabilidade do Estado e usando os recursos deste.	• Responder a necessidades específicas de grupos de população, mobilizando e criando recursos sociais.	• Obtenção de receitas através da resposta a necessidades de saúde.
Vantagens	• Responsabilidade colectiva e individual. • Integração de serviços de saúde. • Foco na satisfação da população/comunidade.	• Foco na adequação dos cuidados a grupos específicos. • Capacitação de grupos com necessidades específicas na construção de cuidados • Foco na satisfação de subgrupos.	• Oferta de serviços diversificada e ampliação da liberdade de escolha. • Liberdade de organização e gestão • Acesso a serviços e a tecnologias inovadoras • Foco na satisfação individual.
Limitações	• Tipificação dos cuidados prestados • Gestão dos recursos com a perspectiva de bem social	• Oferta limitada de cuidados • Capacidade reduzida para a prestação de cuidados dispendiosos	• Distribuição limitada de riscos, susceptibilidade individual às despesas e uso de limites para as despesas.

VALORIZAÇÃO SOCIAL E ECONÓMICA DA SAÚDE E DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde deve demonstrar aos outros sectores e à sociedade que, serviços de saúde acessíveis e com elevada qualidade, são uma forma efectiva e eficiente de prevenir e reduzir a pobreza e as desigualdades sociais. Investimentos e promoção da equidade contribuem para o desenvolvimento económico com coesão social.

Para além do seu valor intrínseco, a saúde contribui para o bem-estar social através do seu impacto no desenvolvimento económico, competitividade e produtividade (The Tallinn Charter, WHO, 2008).

RASCUNHO

SITUAÇÃO ACTUAL

LEGAL, NORMATIVO, REGULAMENTAR E ESTRATÉGICO

O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover está constitucionalmente consagrado (Artigo 64º do Capítulo dos direitos fundamentais, Constituição da República Portuguesa, 2005), numa dupla dimensão: a saúde individual e a colectiva – saúde pública (Provedor da Justiça, 2008).

O Estado Português caracteriza-se pelos princípios do Estado Previdência e de bem-estar social. Desempenha as funções de promoção e protecção da saúde dos cidadãos e garante a coesão social. A Constituição do Estado Português (VII Revisão Constitucional, 2005) e a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79) determinam que os serviços de saúde são universais e tendencialmente gratuitos.

O SNS é definido como o conjunto ordenado e hierárquico de instituições públicas e prestadores oficiais de cuidados. Posteriores alterações à Lei de Bases da Saúde introduziram alterações no que toca à gratuitidade do acesso ao sistema e ao reconhecimento explícito do papel do sector privado.

FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O pagamento dos cuidados de saúde em Portugal é feito por diferentes vias: impostos directos e indirectos (IRS, IRC e IVA); contribuições para subsistemas de saúde, públicos (e.g. ADSE) ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos directos efectuados no momento do consumo (taxas moderadoras) (Pita Barros, *in* Escoval, 2008)

ESTRATÉGIAS PARA O CIDADÃO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Para o cidadão portador de deficiência, o Instituto Nacional de Reabilitação, I.P., desenvolve acções de acordo com o reconhecimento da dignidade, integridade, liberdade e dos seus direitos fundamentais, promovendo a transversalidade das questões relacionadas com a deficiência nas várias áreas de actuação política (Lei nº38/2004e Lei nº46/2006). Um dos instrumentos utilizados é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) cujo objectivo é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (DGS, 2004).

Na sequência do cumprimento da Convenção da Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNUDPD), as acções desenvolvidas dão seguimento à recente Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020, "*Compromisso renovado a favor de uma Europa sem barreiras*". Esta estratégia europeia visa essencialmente a capacitação das pessoas com deficiência para que possam usufruir de todos os seus direitos numa base de igualdade com as outras e a eliminação dos obstáculos na vida diária (INR, 2010).

Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF) (Resolução do Conselho de Ministros nº97/2010). Atribui especial importância à área da promoção dos direitos e da qualidade devida das pessoas com deficiências e incapacidades. Dá continuidade a um planeamento de políticas públicas, transversal a vários ministérios, que combatam a discriminação e garantam a participação activadas pessoas com deficiências e incapacidades nas várias esferas da vida social.

ESTUDOS E FONTES DE CONHECIMENTO

No conjunto dos países europeus da UE, Portugal tinha o valor mais elevado de desigualdade nos rendimentos (Gini Index de 43,3 para o ano 2000) (Förster M, D'ercol MM, 2005. "Income Distribution And Poverty *in* OECD Countries in The Second Half Of The 1990s". OECD Social, Employment And Migration Working Papers No. 22. Mackenback J et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Eng J Med, 2008, 258: 2468-81).

DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE

À semelhança da maioria dos países desenvolvidos, as despesas totais em saúde em Portugal, tanto em percentagem do PIB como *per capita*, têm aumentado significativamente na última década. No entanto, nos últimos anos, uma quantia desproporcional deste aumento teve origem em fundos privados que originam uma diminuição da percentagem dos gastos financiados pelo sector público. As despesas privadas em saúde em percentagem do total das despesas em saúde manteve-se de um modo consistente acima da média da UE-15 (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

DESPESAS DIRECTAS EM SAÚDE

Os gastos privados directos (co-pagamentos e partilha de custos) representam valores acima de um quinto do total (20%), enquanto a maioria dos países da UE-15 têm taxas abaixo de 17%, sendo que a OMS propõe uma taxa de 15% ou inferior como a mais eficaz na protecção de gastos familiares catastróficos (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

Verifica-se que 8% das famílias no quintil de rendimentos mais baixos declararam que gastam mais de 40% das despesas não alimentares em cuidados de saúde e medicamentos (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

COBERTURA DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE

A sobreposição da prestação de cuidados entre serviços públicos e privados não pode ser entendida de uma forma simples, dado que o cidadão com seguro de saúde mantém contribuições para o SNS e direito de acesso. Cerca de um quinto da população tem dupla cobertura de seguro através de subsistemas de saúde, em função da categoria profissional ou emprego, de que resulta um acesso mais rápido e mais fácil aos serviços de saúde (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

RASCUNHO

IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS NA SAÚDE

Portugal mostra uma elevada taxa de desigualdade relacionada com o rendimento, na utilização de serviços médicos: último lugar na utilização das consultas de especialidade e penúltimo nas consultas de médicos de família (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010).

ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE PROTECÇÃO ECONÓMICA E SOCIAL

Têm vindo a ser desenvolvidas um conjunto de respostas sociais e económicas na doença que pretendem minimizar as barreiras que impedem os cidadãos de aceder aos cuidados de saúde e que a sua condição socioeconómica se não deteriore em função do seu estado de saúde.

TAXAS MODERADORAS

O impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços é relativamente pequeno pelas diversas isenções e propósito essencialmente regulador da procura.

O sistema de isenções (Decreto-lei nº 38/2010) baseia-se em dois critérios que reduzem a selectividade no benefício que pretendem: incapacidade económica e gravidade da doença. Pessoas com elevados rendimentos não têm justificação para a isenção e pessoas com baixos rendimentos não estão enquadradas nesses benefícios (Correia de Campos, 2008).

COMPARTICIPA-ÇÃO DAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS, MCDT E TRANSPORTE

Como medida de protecção existe a comparticipação parcial ou total de medicamentos (e.g. comparticipação total dos medicamentos genéricos aos indivíduos com rendimento mensal inferior ao salário mínimo [Decreto-Lei n.º 129/2009]), aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como apoio ao transporte de doentes.

SUBSÍDIOS E APOIOS SOCIAIS GERAIS

Dos recursos individuais de apoio social e económico na doença, salienta-se a reforma e pensão por invalidez, o subsídio de doença de curta ou longa duração (incapacidade temporária, o complemento por dependência e os benefícios associados a despesas de saúde como por exemplo deduções fiscais.

Existem instrumentos e recursos de apoio familiar na área do suporte social e económico na saúde e na doença que contribuem para garantir equidades, nomeadamente: o subsídio social por risco clínico durante a gravidez e por interrupção de gravidez e riscos específicos; o subsídio de maternidade; o subsídio de assistência à família, entre outros.

PROGRAMAS E APOIO DE INSERÇÃO

Um dos instrumentos de apoio, quer financeiro quer técnico, na contratação de pessoas com especiais dificuldades de inserção, são os programas e medidas específicos, designadamente: Contrato Emprego-Inserção; Contrato Emprego-Inserção+; Programa Empresas de Inserção; Programa Vida-Emprego; ou ainda programas e medidas dirigidos especificamente à integração de pessoas com deficiência. (IEFP, 2010).

RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA O TRABALHADOR

No contexto da segurança no trabalho, existem subsídios por incapacidade resultante de doença profissional e por acidente de trabalho.

RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA O IDOSO

Para o cidadão sénior, o complemento solidário para idosos, com cobertura suplementar específica para medicamentos e outras necessidades de saúde.

No sentido de uma organização e responsabilidade da sociedade civil estão constituídas comissões que se dedicam a áreas específicas de acção na saúde do idoso, como sejam (ACS, Ferrinho e Rêgo, 2010): a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência; e a Comissão de Acompanhamento do Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007.

RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA O CIDADÃO COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

O Instituto de Emprego e Formação Profissional, IP proporciona, em adição ao conjunto de apoios que atribui no âmbito dos programas e medidas activas de emprego de carácter geral (alguns dos quais apresentam majorações ou condições específicas para pessoas com deficiências e incapacidades), um conjunto de instrumentos de apoio específicos, de natureza técnica e financeira, previstos no Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades (Decreto-Lei n.º 290/2009).

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E MONITORIZAÇÃO AVALIAÇÃO

A Saúde em Portugal deve ser alvo de reformas para, num quadro de sustentabilidade, continuar a garantir a qualidade dos cuidados prestados e assegurar a competitividade da cadeia de valor envolvente (Health Cluster Portugal, 2010).

Um dos desafios para o Sistema de Saúde português é o de consolidar e continuar a melhorar os recentes ganhos em saúde, em conjunto com a melhoria da equidade em saúde e a maior capacidade de resposta às expectativas dos portugueses (Portugal Health System, WHO-Euro, 2010), através da adequação dos serviços às necessidades da população.

ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

Incrementar a racionalização da afectação de recursos para a saúde, de modo a conseguir ganhos em saúde com maior custo-efectividade.

A melhoria do desempenho de um sistema de saúde com recursos limitados deve ter a capacidade de seguir opções estratégicas para afectação de recursos, em áreas onde são mais eficazes.

O estado deve assegurar a resposta às necessidades de saúde individuais e das populações, segundo as suas funções de financiador, regulador, administrador e prestador de cuidados. Essas garantias devem ser concretidas no:

- *Acesso efectivo e equitativo aos serviços que cubram as necessidades básicas de saúde, expresso em termos critérios mínimos e óptimos de distância aos serviços, tempo de espera de acesso, qualidade, custo e continuidade de cuidados;*
- *Política de acesso a tecnologias em saúde racionalizada em termos de custo-efectividade, maximização do uso dos recursos, e distribuição equitativa de base geográfica;*
- *Política de intervenções promotoras da saúde que minimizem as necessidades de saúde, diminuam o efeito do envelhecimento populacional e promovam o estado de saúde e a coesão social;*

Reforçar os mecanismos de solidariedade social na resposta a necessidades temporárias e continuadas de saúde, com foco nos que mais necessitam.

Várias são as parcerias que permitem potencializar as respostas existentes, nomeadamente:

MTSS, contribuindo para o desenvolvimento de acções intersectoriais estruturadas e sustentáveis que promovem um aumento dos ganhos em saúde e a redução das desigualdades (e.g. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);

Misericórdias[1], parceiros elementares numa estrutura de suporte social e económico na saúde e na doença.

A nível internacional, o reforço dos mecanismos de solidariedade social tem sido procurado de forma variada (WHO, Primary health care, 2008) (NHS - UK, 2009: subsídios e pensões (ILO, 2005) (MSAH - Finland, 2001); financiamento por seguros sociais pré-pagos (Simões et al, 2008) (Correia de Campos, 2008); medidas intersectoriais de combate ao desemprego e reintegração na vida activa; saúde ocupacional para indivíduos com incapacidade (RKI-FSO, 2008); apoio aos

[1] São organizações independentes, não-lucrativas, cuja missão passa por um carácter de solidariedade e caridade, desenhando um papel importante na prestação de cuidados de saúde (primários, secundários e terciários) e apoio social. Trata-se de um serviço privado convencionado (Pita Barros et al, 2008).

cuidadores informais de idosos e cidadãos dependentes (PNS-Brasil, 2007); entre outros.

A maioria dos países opta por reforçar o papel dos cuidados de saúde primários, assim como recorrer a abordagens intersectoriais enfatizando o papel dos agentes locais do sector da saúde e da segurança social, especificamente: na área da cooperação e incentivos ao trabalho das ONG´s (MSAH - Finland, 2001) e IPSS para apoiarem os mais vulneráveis (WHO, Primary health care, 2008). Estas respostas estão geralmente centradas em pessoas com doenças crónicas, incapacitadas, em grupos vulneráveis e/ou crianças (MSAH - Finland, 2001) (RKI-FSO, 2008).

Ex: Bélgica - ajuda legal, apoio e segurança de menores; serviços para jovens e adolescentes; cuidados infantis; minorias culturais étnicas; pessoas portadoras de deficiência; idosos; habitação; trabalho e emprego; pessoas que vivem de "rendimento crítico"; e saúde. Para o período 2008-2013, foram identificados quatro temas, num processo bottom up: habitação sustentável, acesso a cuidados de saúde, limiares mais reduzidos para acesso a direitos sociais e optimização do crescimento e desenvolvimento.

Chile - apoio psico-social directo, apoio financeiro e prioridade no acesso a programas sociais. Este programa tem como alvos prioritários as crianças dos 0 aos 18 anos, o reforço das mães que trabalham e a inserção das mulheres no mercado de trabalho (Primary health care, WHO, 2008).

Prioritizar o acesso e a qualidade da resposta dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, Cuidados Comunitários e de Saúde Pública, como base para a satisfação de necessidades de saúde e libertação de recursos para os cuidados hospitalares.

Organizar as políticas de saúde pública numa lógica de prioritização por custo-efectividade, incremento da equidade e impacto nos ganhos em saúde.

A utilização de uma estratégia de promoção de saúde é garantia de equidade em saúde. Para atingir este objectivo, torna-se necessária uma sólida implantação da população num meio favorável, com acesso à informação e a estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis (Carta de Ottawa, 1986).

Em Portugal nos últimos anos o SNS tem expandido a sua oferta de serviços através de vários modelos. São exemplos de boas práticas: o Programa Nacional de Saúde Oral[2] que comparticipa serviços de saúde oral privados a grupos vulneráveis com a distribuição de cheque-dentista; o apoio à procriação medicamente assistida (Sistema FERIS, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS); o PAEIS (Programa de Apoio ao Investimento em equipamentos sociais), cujo financiamento provém dos jogos sociais; a implementação

[2] É destinado a crianças, jovens (até aos 16 anos), grávidas e idosos (beneficiários complemento solidário para idosos).

das Unidade de Cuidados Saúde[3] Personalizados permitindo a definição de um perfil de serviços comunitários mais alargados; entre outros.

Especificar os serviços mínimos e desejáveis, quanto a tipo de serviço, distância e tempo de acesso, a serem assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde, como base para a definição do Serviço Nacional de Saúde, politicas de convenções e articulação com os serviços de saúde não públicos.

O MS deve explicitar, através de acordo entre os vários intervenientes, quais os serviços, tratamentos e actividades que constituem o núcleo do serviço público e que devem ser protegidos, sobretudo em tempos de crise. Poderão existir especificidades regionais, desde que justificadas. A cobertura e tempos de acesso a esses serviços deverão ser monitorizados. A comparticipação estatal de serviços complementares poderá ser realizada para aqueles cujo acesso é condicionado por motivos económicos e é variável consoante os recursos financeiros disponíveis.

Face a cenários de incerteza na evolução económica, é responsabilidade do MS e dos níveis de planeamento regional e local, estabelecer cenários de orçamentação prospectivos que garantam a manutenção dos serviços essenciais e principais opções estratégicas com maior retorno de ganhos em saúde, bem como uma política de investimentos variável e fundamentada em avaliação da tecnologia em saúde. As opções que constituem ameaças, devem ser evitadas como (Health in times of global economic crisis, WHO-Euro, 2009):

i) *A redução do acesso e aumento das listas de espera, por menos eficiência (menos serviços por unidade de custo), exacerba a situação de doença, e incentiva ao recurso aos privados, com diminuição da poupança e da satisfação e aumenta os custos de transacção (por exemplo, repetição de exames complementares de diagnóstico);*

ii) *Compromisso da qualidade, com menos segurança do doente e menor custo-efectividade dos cuidados, diminuindo a confiança nos serviços;*

iii) *Diminuição indiscriminada das despesas, focadas no custo e não no valor do serviço, mantendo as ineficiências previamente existentes*

iv) *Desinvestimento nos recursos humanos, com desmotivação, menos formação, redução da produtividade e saída de profissionais;*

v) *Desinvestimento nas actividades de prevenção e de saúde pública custo-efectivas.*

É da responsabilidade do MS, e das suas instituições, a revisão de planos e programas que mantenham a acessibilidade e a qualidade dos serviços, mesmo em cenários de redução

[3] Unidades funcionais dos ACES, implementadas com a reestruturação organizacional dos CSP proveniente da Reforma de 2005.

de recursos, recorrendo a:

i) Mecanismos de aquisição de competências e redistribuição de responsabilidades entre os vários grupos profissionais (por exemplo, em protocolos de triagem e de seguimento);

ii) Redução do investimento em tecnologia sofisticada e infra-estruturas não essenciais com baixo valor acrescentado;

iii) Informação regular e advocacia para com os representantes dos vários intervenientes, sejam grupos profissionais, de doentes, cidadãos, prestadores de serviços ou indústria;

iv) Descentralização da gestão e da decisão de racionalização dos recursos, mantendo o foco nos resultados em saúde, acesso, qualidade e envolvimento do cidadão;

v) Concentração de serviços comuns, de modo a maximizar a custo-efectividade dos recursos e a qualidade, mantendo o acesso;

vi) Certificação e normalização de procedimentos clínicos e apoio à decisão clínica e de gestão, com foco na qualidade e segurança, acompanhada de monitorização e avaliação de situações anómalas.

É responsabilidade do MS a incorporação de "medidas verdes" de sustentabilidade energética e ambiental nas suas instituições, aproveitando cenários de mudança. São exemplos a transformação de serviços "paper-less", circuitos de reciclagem, ou medidas de eficiência energética.

Implementar sistemas de informação, monitorização e notificação / referenciação de situações de desvantagem sócio-económica, de despesas com cuidados de saúde e de dificuldades no acesso e continuidade de cuidados derivados de limitações sócio-económicas.

As políticas de reforço do suporte social e económico na saúde e na doença devem ser adaptáveis à comunidade, instituição e famílias. Os sistemas de informação serão capazes de monitorizar o impacto sócio-económico da doença e dos cuidados de saúde, promover a intervenção atempada e apoiar na avaliação das políticas. Inclui o cruzamento de dados de várias instituições, a garantia de manutenção da privacidade, capacidade de análise desagregada por determinantes sócio-economicos (como a educação, nível de rendimento individual e familiar, situação laboral), e consideração das várias dimensões de despesas directas e indirectas relacionadas com a saúde.

GERAL

- **Desenvolver liderança e investir na capacitação para incorporar a saúde em todas as políticas e fortalecer os mecanismos para uma coordenação inter-ministerial e uma acção inter-sectorial centrada no reforço do suporte social e económico.**

- **Efectuar uma revisão abrangente dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde e desenvolver sistemas de informação que permitam um reporte periódico e um controlo da equidade.**

- **Valorizar o papel das Autoridades Regionais de Saúde na procura de eficiência e de ganhos de produtividade a nível local através de um melhor planeamento, de acordo com as necessidades das populações servidas. Equilibrar os ganhos de eficiência com a qualidade e melhorias na segurança através de um planeamento optimizado.**

- **Seguir e definir políticas de contenção de custos, compras de serviços de cuidados de saúde e produtos farmacêuticos. Desenvolver políticas de apoio para assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde, tais como recursos humanos em saúde, inovação e investigação e desenvolvimento, assim como políticas de gestão de informação.**

- **Reforçar o cumprimento dos padrões mínimos pelos prestadores públicos e privados e assegurar a apresentação de resultados em relação a um conjunto de indicadores de desempenho e criar uma plataforma para os profissionais de saúde, para partilha de boas práticas e desenvolvimento dos mecanismos para promover a melhoria continua da qualidade dos serviços de saúde.**

- **Esclarecer o âmbito de acção para o sector privado através de regulamentação adequada: desenvolver e garantir o cumprimento dos requisitos da apresentação de resultados ao público, normas de qualidade e segurança, regras para o emprego duplo dos profissionais de saúde e mecanismos de pagamento recompensando o desempenho para os sectores público e privado.**

- **Rever os elementos mais regressivos do sistema de financiamento de modo a melhorar a equidade no financiamento da saúde.**

- **Reduzir as barreiras à acessibilidade económica aos cuidados de saúde. O nível relativamente elevado de pagamentos directos nos serviços em Portugal requer políticas de redução do seu impacto, em especial para as famílias mais desfavorecidas.**

- **Adoptar uma carta de princípios de apoio a mecanismos pré-pagos que garantam a gratuitidade da prestação e a solidariedade financeira e inter-geracional num espírito de sustentabilidade financeira do SNS e de responsabilização do cidadão.**

- **Avaliar os actuais mecanismos de solidariedade e propor reforço ou reforma,**

conforme apropriado.

- **Investir em cuidados de saúde primários, sobretudo através de estratégias de promoção da saúde, de modo a potenciar o níveis de saúde, minimizando o risco de doença e consequentemente a necessidade de ser apoiado pelas respostas sociais.**
- **Investir nos cuidados de proximidade que permitem ao doente manter-se próximo da casa, minimizando os gastos com deslocações e faltas ao emprego (ACS, Pereira e Furtado, 2010).**
- **Investimento num sistema/rede de cuidados que permita às pessoas idosas em casa, manterem-se independentes e autónomas.**
- **Desenvolver estudo de expansão da Telemedicina como um meio de contenção dos custos de transporte de doente, e melhoria do bem-estar dos doentes que são assim tratados mais perto de casa (ACS, Pereira e Furtado, 2010).**

OUTROS

A saúde deve influenciar outros sectores a efectuarem mudanças, podendo influenciar medidas de acção política e estratégica, como seja:

- **Estimular o recurso aos transportes públicos e à protecção de vias para pedestres;**
- **Promover medidas ambientais e reduzir a emissão de gases poluentes;**
- **Aumentar a satisfação dos trabalhadores através da melhoria do acesso a cuidados de medicina no trabalho e incorporação da ergonomia para a promoção da saúde no trabalho e da produtividade.**

RASCUNHO