

# Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016

## 4.3. Objetivo para o Sistema de Saúde - Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença

(JANEIRO 2012)



**Plano Nacional de Saúde  
2012-2016**



## 4.3. REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

4.3.1. CONCEITOS.....	2
4.3.2. ENQUADRAMENTO .....	10
4.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA .....	14
4.3.4. VISÃO PARA 2016 .....	20
4.3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

### 4.3.1. CONCEITOS

#### RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

1. O SdS não se ocupa apenas da melhoria do estado de saúde dos indivíduos e das populações, mas também de proteger indivíduos e famílias do peso financeiro e social da saúde e da doença. Para este efeito e no respeito pelos valores e princípios sociais do SdS, este tem a responsabilidade de:

- Ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger social e economicamente o cidadão, a família e os cuidadores informais na promoção da saúde, prevenção da doença, no acesso a cuidados de saúde que incluem a reabilitação e os cuidados paliativos;
- Desenvolver os seus serviços e intervenções com base em critérios de custo-benefício e sustentabilidade, de forma a obter o maior retorno em GeS, valor económico e social com os recursos disponíveis.

**CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:**  
*Justiça Social, Proteção Social, Solidariedade*

#### CONCEITOS E PRINCÍPIOS

2. A saúde é um capital humano e social inestimável, interdependente de capitais, como a educação e a riqueza. Mas, ao contrário destes, a saúde não pode ser acumulada.
3. A doença representa um custo acrescido para a maioria das pessoas, quer em cuidados diretos (por exemplo, medicação e exames complementares de diagnóstico), quer em custos indiretos (por exemplo, ausências ao trabalho e perda de produtividade, acesso aos cuidados médicos).
4. 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 da doença e da utilização dos serviços de saúde (WHO. The Tallinn Charter, 2008).
5. A proteção social universal é um meio fundamental para alcançar a equidade, melhorar a saúde e reduzir os riscos de doença que podem gerar a pobreza (WHO. Primary health care, 2008).



**REDUÇÃO DO IMPACTO DOS CUSTOS NA SAÚDE** .6. O custo do tratamento pode constituir um obstáculo ao acesso, à equidade e aos GeS, pois grupos socioeconómicos mais desfavorecidos terão menos capacidade para aceder aos cuidados de saúde se tiverem de pagar os cuidados no momento da sua utilização (Pereira *et al*, 2010).

.7. Pode considerar-se impacto dos custos dos cuidados de saúde a dois níveis:

- Na proteção de grupos socioeconómicos desfavorecidos, ou seja, aqueles que se encontram abaixo de um limiar que dificulta o acesso aos cuidados de saúde;
  - *Encontram-se neste grupo as políticas de isenção de custos diretos com a saúde;*
  - *As despesas diretas, sobretudo em doentes crónicos, os desempregados e os mais idosos, são consideradas o principal contribuidor para a situação de catástrofe financeira associada à doença, ou seja, um fator precipitante de pobreza (WHO Europe, 2009), ocorrendo nos que mais necessitam de cuidados de saúde (WHO. Primary health care, 2008). As despesas diretas não comparticipadas pelo Estado ('out-of-pocket expenses') constituem as mais lesivas e impeditivas de acessos aos cuidados de entre os mais desfavorecidos, e devem ser reservadas para acesso a cuidados não essenciais.*
- Na redução do impacto dos custos em saúde nos cidadãos socioeconomicamente vulneráveis, prevenindo que as famílias possam empobrecer devido a situações de doença. Encontram-se neste grupo as políticas de comparticipação das despesas em saúde.

.8. A proteção do impacto dos custos dos cuidados de saúde pode contribuir para a obtenção de GeS através:

- Da redução do impacto das desvantagens socioeconómicas e educacionais nos comportamentos promotores da saúde e de prevenção da doença;
- Da proteção do acesso e da continuidade de cuidados de saúde, garantindo cuidados de qualidade que previnam a perda do capital individual de saúde e que promovam o regresso à vida ativa e produtiva logo que possível;
- Da reabilitação e integração do cidadão com incapacidade temporária ou permanente, de modo a alcançar, o mais cedo possível, o seu potencial de saúde e de participação económica e social.

**SUSTENTABILIDADE E GANHOS EM INVESTIMENTO** .9. A sustentabilidade do SdS implica a procura de um equilíbrio satisfatório entre as necessidades de saúde, a capacidade para corresponder a estas necessidades (através de serviços de saúde, intervenções e políticas), e provisão de recursos necessários. A secção sobre 'SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE' do PNS debruça-se sobre este tema.

.10. Na perspetiva da sustentabilidade e dos ganhos em investimento, o SdS é tanto mais capaz de REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA quanto:

- Consiga intervir nas janelas de oportunidade para a prevenção e promoção da saúde, diminuindo os custos em saúde, produtividade e despesa acrescida pela intervenção tardia;
- Consiga maior retorno, mais equitativo, em GeS, aproximando a história de saúde dos cidadãos socioeconomicamente mais vulneráveis dos que têm melhores condições. Desse modo, o potencial de saúde de todos é maximizado;
- Reduza o desperdício, os cuidados de saúde e intervenções menos eficazes e com menor relação custo-benefício, mobilizando esses recursos para cuidados com maior retorno.



.11. Dada a capacidade crescente para melhorar os cuidados e serviços de saúde, e as necessidades de saúde indetermináveis, todos os sistemas de saúde tentam dirigir os seus recursos ao cumprimento das suas expectativas sociais e na obtenção de GeS, colocando limites, regras e políticas (por exemplo, tipos de serviços, tempos de espera, isenções e co-participações, etc.). De um melhor uso dos recursos, e da capacidade de gerar e mobilizar recursos, surge a possibilidade de reduzir o grau de racionamento e aumentar a capacidade de obter GeS com maior equidade.

.12. Nesta perspetiva, a utilização racional e eficiente dos recursos, bem como a capacidade de gerar e distribuir estes, é condição necessária para a capacidade dos sistemas de saúde obterem GeS. Este aspecto é tão mais importante quanto o crescimento da despesa *per capita* em cuidados de saúde é muito mais determinado pela introdução de novas tecnologias e pelo crescimento da procura de cuidados, do que pelo aumento da prevalência das doenças crónicas (Pita Barros, 2008), e não sendo necessariamente acompanhada de resultados adicionais em saúde.

**INFLUÊNCIA DOS PERÍODOS DE CRISE ECONÓMICA NOS SISTEMAS DE SAÚDE** .13. Períodos de crise propiciam, na sociedade e nas instituições, abertura à mudança mas aumentam a vulnerabilidades sociais e económicas à doença e ao seu impacto.

.14. Também o padrão de comportamentos de saúde e de prevenção da doença pode alterar-se nestes períodos. Na perspetiva do SdS, face a situações de crise económica (WHO Europe, 2009), podem esperar-se os seguintes comportamentos:

- Acresce a vulnerabilidade individual e social e crescem as desigualdades entre ricos e pobres. O número de pobres aumenta, sendo as crianças e os idosos os mais vulneráveis. Os mais pobres adoecem mais e apresentam pior saúde que os mais ricos, enquanto estes vivenciam o fenómeno inverso: adoecem menos e apresentam níveis de saúde mais elevados (WHO Europe, 2010);
- 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 redirecionados 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 diretos;
- Aumentam as diferenças no acesso e na qualidade dos serviços e há redução da capacidade de resposta adequada às necessidades de saúde. A satisfação com os serviços pode diminuir.

.15. Nos períodos de crise económica os SdS devem focar-se em proteger aqueles com maiores necessidades e vulnerabilidades sociais e económicas; concentrarem-se nas áreas onde são mais efetivos e onde devolvem maior valor em saúde; serem agentes económicos inteligentes, em termos de investimento, despesas e empregabilidade



(WHO Europe, 2009).

#### PERSPETIVAS CHAVE PARA O REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA.

##### REDUÇÃO DO IMPACTO ECONÓMICO E SOCIAL DA DOENÇA

.16. O pagamento dos cuidados de saúde é feito por diferentes vias: impostos diretos e

##### QUADRO 4.3.1 - PERSPETIVAS CHAVE PARA O 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 dos Serviços Públicos e Privados;
- Valorização social e económica da saúde e do Sistema de Saúde.

indiretos; contribuições para subsistemas de saúde, públicos ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos diretos efectuados no momento do consumo (taxas moderadoras) (Pita Barros, 2008). Uma elevada proporção de pagamentos diretos limita a acessibilidade aos cuidados de saúde e coloca um peso indevido nos agregados familiares mais pobres.

.17. Existem igualmente questões acerca de dupla cobertura dos serviços de saúde. Os serviços de saúde básicos com cobertura para todos os residentes em Portugal são prestados através do SNS, que é financiado publicamente e maioritariamente através de receitas tributárias. No entanto, perto de um quinto da população tem, igualmente, uma cobertura de seguro através de subsistemas de saúde, que estão 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 (WHO Europe, 2010).

##### GARANTIA DE CUIDADOS DE SAÚDE ASSEGURADOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE E O NÍVEL ECONÓMICO DAS FAMÍLIAS

.18. Embora seja necessário complementar a proteção social com o financiamento é sempre necessário:

- Identificar os grupos excluídos ou vulneráveis e desenvolver mecanismos sociais específicos (WHO. Primary health care, 2008);
- Abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde através de políticas intersectoriais aos vários níveis (Health 2015. Public Health Programme. Finland, 2001).

##### CONCORRÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS

.19. Os SdS têm de encontrar equilíbrios complexos entre interesses tendencialmente divergentes: generalização *versus* especialização e concentração de recursos; acessibilidade *versus* liberdade de escolha; decisão fiduciária e informação assimétrica *versus* responsabilidade individual; interesse do doente *versus* interesse da instituição com recursos limitados e/ou de fins lucrativos.



Numa perspetiva de complementaridade, contrastam-se os objetivos, vantagens e eventuais limitações, necessariamente tipificadas, destes 3 conjuntos:

<b>QUADRO 4.3.2. – COMPARAÇÃO DE TIPOS DE ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.</b>			
	<b>SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</b>	<b>IPSS COM OBJETIVOS DE SAÚDE</b>	<b>ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COM FINS LUCRATIVOS</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem por objetivo assegurar a resposta às necessidades de saúde através de cuidados de saúde e efetivação de políticas de saúde, de acordo com a responsabilidade do Estado e usando os recursos deste.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem como objetivo responder a necessidades específicas de grupos de população, mobilizando e criando recursos sociais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem como objetivo a obtenção de receitas através da resposta a necessidades de saúde.</li></ul>
<b>VANTAGENS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsabilidade pelas necessidades em saúde coletiva e individual;</li><li>• Integração de serviços de saúde;</li><li>• Foco na satisfação da população / comunidade.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Foco na adequação dos cuidados às necessidades e expectativas de grupos específicos;</li><li>• <i>Empowerment</i> de grupos com necessidades de saúde específicas na construção de cuidados próprios;</li><li>• Foco na satisfação de subgrupos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferta de serviços diversificada e ampliação da liberdade de escolha;</li><li>• Liberdade de organização e gestão, sendo responsáveis por propor serviços e cuidados que justifiquem a sua sustentação e valor económico;</li><li>• Possibilidade de oferecer serviços e acesso a tecnologias inovadoras sem demonstração de custo-efetividade, na perspetiva social.</li><li>• Foco na satisfação individual.</li></ul>
<b>LIMITAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipificação dos cuidados prestados;</li><li>• Gestão dos recursos sob uma perspetiva de bem social.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferta limitada de cuidados, e integração com os restantes cuidados;</li><li>• Capacidade reduzida para a prestação de cuidados dispendiosos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sem distribuição ou distribuição limitada de riscos, suscetibilidade individual às despesas e uso de tectos para as despesas pré-pagas em saúde.</li></ul>

20. A existência destes 'conflitos' dentro do próprio SdS é a razão pelo qual este não pode ser entendido apenas na perspetiva de uma simples lógica de mercado, e pela qual o desempenho e qualidade das instituições e dos profissionais deve ser demonstrado, contribuindo para a sua *accountability* e valor social.



.21. A diversidade de respostas surge com a co-existência de vários sistemas de saúde, que competem entre si e que alargam o leque de oferta ao cidadão. No âmbito do SdS, podem-se diferenciar 3 conjuntos de instituições e organizações prestadoras de cuidados de saúde, com objetivos e naturezas próprias:

- O Serviço Nacional de Saúde, com o objetivo de efectivar, por parte do Estado, a responsabilidade de proteção da saúde individual e coletiva (Lei n.º 11/93);
- As Instituições Particulares de Solidariedade Social com objetivos de saúde (Lei n.º 48/90) (Decreto-Lei n.º 119/83);
- As organizações de saúde privadas com fins lucrativos.

**VALORIZAÇÃO SOCIAL E ECONÓMICA DA SAÚDE E DO SISTEMA DE SAÚDE** .22. Para além do seu valor intrínseco, a saúde contribui para o bem-estar social através do seu impacto no desenvolvimento económico, competitividade e produtividade (WHO. The Tallinn Charter, 2008).

.23. O SdS deve demonstrar aos outros sectores e à sociedade que serviços de saúde acessíveis e com elevada qualidade são uma forma efetiva e eficiente de prevenir e reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, e que os investimentos inteligentes na saúde, como promoção da equidade, contribuem para o desenvolvimento económico com coesão social.



**QUADRO 4.3.3. - OPORTUNIDADES DECORRENTES DO REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA:**

**PARA O CIDADÃO:**

- i) O cidadão tem o Sistema de Saúde, quer público, quer privado na sua perspetiva solidária ou mutualista, como recurso e garantia sólida e continuada de apoio social na saúde e na doença, confiando que a sua saúde será protegida independentemente da sua situação social ou económica, e que este não empobrecerá devido às necessidades de cuidados de saúde;
- ii) O cidadão tem expectativas informadas e realistas sobre os custos reais e esperados dos seus cuidados de saúde, bem como uma perceção do componente solidário que constitui os seus cuidados de saúde;
- iii) O cidadão faz uso adequado dos recursos para apoio social e económico, ajudando a reduzir as iniquidades em saúde e é apoiado neste processo pelas instituições e profissionais de saúde.

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iv) O profissional torna-se agente mais capaz e com mais potencial para promover o *empowerment* ao considerar as dimensões sociais e económicas da sua decisão e da sua atividade, e um recurso mais útil ao cidadão;
- v) As organizações confiam nos profissionais o bom juízo e a boa gestão de recursos, reduzindo as barreiras administrativas e financeiras e investindo na sua atividade.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- vi) A instituição participa mais do contrato social, e obtém maior reconhecimento social, ao incluir objetivos de apoio social e económico nas suas atividades, monitorizar e avaliar do impacto, divulgando resultados e partilhando boas práticas;
- vii) A instituição consegue melhores resultados de eficiência e GeS ao incluir uma perspetiva social e económica na sua atividade, ao reduzir o impacto destes fatores no acesso, qualidade, continuidade de cuidados e resultados em saúde.

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- viii) Maior valor social decorrente da oportunidade e capacidade do Sistema de Saúde identificar e apoiar as situações de carência social e económica, numa perspetiva intersectorial e aos vários níveis (nacional, regional, local);
- ix) Ao reduzirem-se as iniquidades, decorre maior retorno GeS, económico e social, reforçando o valor da solidariedade social;
- x) Incorporação de expectativas realistas e responsáveis sobre a capacidade e a resposta do sistema de saúde, dos recursos possíveis e sua distribuição pelos gradientes sociais, bem como do valor acrescentado de investimentos na saúde;
- xi) Maior autonomia dos agentes do sistema de saúde, ao associarem preocupações com a gestão e distribuição de recursos à redução das desigualdades e ao apoio social e económico dos cidadãos.





**QUADRO 4.3.4. – AMEAÇAS AO REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA:**

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Processos demasiado burocráticos, garantistas e complexos de obtenção de apoio social e financeiro;
- ii) Apoios insuficientes quer no âmbito, duração e montante, para cumprirem os seus objetivos e responderem às necessidades.

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iii) A ação e as implicações sociais e económicas da decisão e da atividade dos profissionais de saúde devem ser entendidas como fora do âmbito da sua responsabilidade profissional e social, e como tendo objetivos meramente economicistas;
- iv) Baixa perceção do real impacto dos determinantes socioeconómicos no percurso de saúde e de doença do cidadão individual;
- v) Dificuldade em manter-se atualizado, identificar, aconselhar ou referenciar situações de carência social e económica;
- vi) Instrumentalização dos serviços de saúde com fins da obtenção ilegítima de apoios sociais e económicos.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- vii) Baixa valorização e incentivo de ações institucionais conducentes a um melhor apoio social e económico;
- viii) Dificuldade em monitorizar e avaliar do impacto de intervenções institucionais.

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- ix) Dificuldade na obtenção e cruzamento de dados que permitam identificar barreiras socioeconómicas no acesso, qualidade, continuidade e resultados em saúde, bem com identificar grupos socioeconomicamente vulneráveis ou medir do impacto na saúde de políticas sociais ou da redistribuição de recursos;
- x) Dificuldade em medir o retorno em GeS, económicos ou sociais decorrentes do investimento em medidas conducentes à redução das iniquidades e no apoio a situações socioeconomicamente vulneráveis;
- xi) Discussão política e social sobre o papel do Sistema de Saúde nas garantias e no apoio social e económico demasiado centrado nos princípios, valores e ideologias político-sociais, sem tradução em decisões equilibradas e sustentáveis, de maior retorno em GeS e na economia, respeitadoras das reais capacidades do país.



## 4.3.2. ENQUADRAMENTO

### LEGAL, NORMATIVO, REGULAMENTAR E ESTRATÉGICO

**DIREITO CONSTITUCIONAL** .1. Cada indivíduo deve aspirar pelo melhor estado de saúde possível, como um direito humano fundamental (ONU, 2000). O direito à saúde é enquadrado nas obrigações de Portugal enquanto membro da ONU, UE, da OMS e da OCDE.

.2. O direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover está constitucionalmente consagrado (Artº 64º. Constituição da RP. 2005) numa dupla dimensão: a saúde individual e a coletiva – saúde pública (Provedoria de Justiça. Lisboa, 2008).

.3. O Estado Português caracteriza-se pelos princípios do Estado Providência e de bem-estar social. Desempenha as funções de promoção e proteção 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.

**LEI DE BASES DA SAÚDE** .4. 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 (Lei n.º 48/90, Lei n.º 27/2002).

**FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL** .5. O pagamento dos cuidados de saúde em Portugal é feito por diferentes vias: impostos diretos e indiretos (IRS, IRC e IVA); contribuições para subsistemas de saúde, públicos (e.g. ADSE) ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos diretos efetuados no momento do consumo (taxas moderadoras, co-pagamentos) (Pita Barros, 2008). O modelo de financiamento do SNS assenta, tradicionalmente, nas receitas dos seus impostos (Provedoria de Justiça. Lisboa, 2008).

**DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE** .6. 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 setor público. As despesas privadas em saúde em percentagem do total das despesas em saúde mantiveram-se de um modo consistente acima da média da UE-15 (WHO Europe, 2010).

**DESPESAS DIRETAS EM SAÚDE** .7. Os gastos privados diretos (co-pagamentos e de 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 sendo a mais eficaz na proteção contra gastos familiares em cuidados de saúde catastróficos (WHO Europe, 2010).



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

**COBERTURA DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE** .9. 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 pode resultar um acesso mais rápido e mais fácil aos serviços de saúde (WHO Europe, 2010).

**IMPACTO DOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS NA SAÚDE** .10. Portugal mostra uma elevada taxa de desigualdade relacionada com o rendimento na utilização de serviços médicos. Entre os 13 países da UE-15 ficou classificado em último lugar na desigualdade relacionada com o rendimento na utilização das consultas de especialidade e em penúltimo nas consultas de médicos de família (WHO Europe, 2010).

**ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE PROTEÇÃO ECONÓMICA E SOCIAL** .11. 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.

**OFERTA DE SERVIÇOS COM ATENÇÃO À EQUIDADE** .12. Em Portugal, nos últimos anos, o SNS tem expandido a sua oferta de serviços com atenção à equidade. São exemplos:

- O Programa Nacional de Saúde Oral, destinado a crianças, jovens (até aos 16 anos), grávidas e idosos (beneficiários complemento solidário para idosos), comparticipa serviços de saúde oral privados com a distribuição de cheque-dentista; O apoio à procriação medicamente assistida (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS);
- A implementação das Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), unidades funcionais dos ACES, implementadas com a reestruturação organizacional dos Cuidados de Saúde Primários, permitindo a definição de um perfil de serviços comunitários mais alargados.

**TAXAS MODERADORAS** .13. Como estratégia, moderação e promoção do acesso adequado aos serviços, o impacto das taxas moderadoras como possível barreira económica no acesso e utilização dos serviços necessários pretende ser relativamente pequeno, o que se deve às diversas isenções e a um propósito essencialmente regulador da procura, ao constituírem um valor abaixo do custo real do serviço.

- O sistema de isenções de taxas moderadoras nos serviços de saúde baseia-se em quatro critérios que reduzem a seletividade no benefício que pretendem: incapacidade económica; prestação de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados; grupos particularmente vulneráveis (como grávidas e parturientes ou crianças até 12 anos); e grupos benévolos (Decreto-Lei nº



113/2011).

- COMPARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS, MCDT E TRANSPORTE** .14. Como medida de proteção económica 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 nº 118/92, Decreto-Lei nº 129/2009)], aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como apoio ao transporte de doentes (Despacho nº 19264/2010).
- SUBSÍDIOS E APOIOS SOCIAIS GERAIS** .15. 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, o complemento por dependência e os benefícios associados a despesas de saúde, como por exemplo deduções fiscais.
- SUBSÍDIOS E APOIOS SOCIAIS NA MATERNIDADE E PATERNIDADE** .16. Existem instrumentos e recursos de apoio familiar na área do suporte social e económico na saúde e na doença que contribuem para garantir equidade em fases particularmente vulneráveis do ciclo de vida, como seja durante a gravidez, após o parto ou na adoção, como sejam 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.
- RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA O IDOSO** .17. Para o cidadão sénior existem instrumentos de apoio socioeconómicos específicos, nomeadamente o complemento solidário para idosos, com cobertura suplementar específica para medicamentos e outras necessidades de saúde.
- .18. No sentido de uma organização e responsabilidade da sociedade civil estão constituídas comissões que se dedicam a áreas específicas de ação na saúde do idoso, como sejam: 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 (Ferrinho *et al*, 2010).
- RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA O TRABALHADOR** .19. No contexto da segurança no trabalho existem apoios e recursos socioeconómicos, designadamente: os subsídios por incapacidade resultante de doença profissional e o subsídios por acidente de trabalho.
- PROGRAMAS E APOIO DE INSERÇÃO** .20. Um dos instrumentos de apoio, quer financeiro quer técnico, na contratação de pessoas com especiais dificuldades de inserção, são os programas e medidas específicas, designadamente: Contrato Emprego-Inserção; Contrato Emprego-Inserção+; Programa Empresas de Inserção; Programa Vida-Emprego; ou ainda programas e medidas dirigidas especificamente à integração de pessoas com deficiência (IEFP, 2010).
- RESPOSTAS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA** .21. O Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P. (IEFP), proporciona, em adição ao conjunto de apoios que atribui no âmbito dos programas e medidas ativas de



---

**O CIDADÃO COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE** emprego de caráter 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 nº 290/2009).

**ESTRATÉGIAS PARA O CIDADÃO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA** .22. Para o cidadão portador de deficiência, o Instituto Nacional de Reabilitação, I.P. (INR), desenvolve ações 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, apoiada no suporte legislativo existente (Decreto-Lei nº 38/2010).

- Um dos instrumentos utilizados neste contexto é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) do indivíduo, cujo objetivo 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 (OMS, DGS, 2004);
- Na sequência do cumprimento das obrigações incumbidas ao abrigo da Convenção da Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNUDPD), as ações 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 deficiências 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);
- Outro instrumento de articulação é a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF) (Resolução CM nº 97/2010). 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 ativa das pessoas com deficiências e incapacidades nas várias esferas da vida social.

**ESTUDOS E FONTES DE CONHECIMENTO** .23. O INE realiza anualmente, desde 2004, o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) no quadro do Regulamento relativo às estatísticas do rendimento e das condições de vida na Comunidade (EU-SILC). O inquérito incide sobre o rendimento e as condições de vida da população residente no País, incluindo um conjunto de observações relativas à autoapreciação do estado de saúde, à existência de problemas de saúde de longa duração e à falta de acesso a consultas de medicina e de medicina dentária. A recolha de dados sobre a existência de problemas de saúde de longa duração concorre para o cálculo anual do indicador Esperança de vida saudável (*Healthy Life Years*).



.24. Estes indicadores podem ser desagregados por variáveis demográficas (sexo, idade), nível educacional, situação laboral e escalão de rendimento.

.25. A OCDE, no seu relatório *Your Better Life Index*, indica que, em 2010, 66% dos adultos no quintil com maior rendimento autoapreciava a sua saúde como 'boa' ou 'muito boa', percentagem que reduzia-se para 33% no quintil com pior rendimento. Esta desigualdade na autoapreciação do estado de saúde colocava Portugal em último lugar dos países da OCDE quanto às desigualdades sociais associadas ao rendimento (OCDE, 2012).

.26. 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 *et al*, 2005).

.27. Verifica-se em Portugal, tal como noutros países, valores mais elevados de doença auto-reportada nos grupos com desvantagem económica e social, que não é associada a uma utilização mais frequente do SNS, mesmo quando essas pessoas têm isenção de taxas. Esta utilização não depende também em exclusivo, da existência de serviços. Estas desigualdades parecem ser mais acentuadas nos sem-abrigo e dos alcoólicos (Santana, 2002).

**AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES** .28. 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).

.29. Um dos desafios para o SdS português é o de consolidar e continuar a melhorar os recentes GeS, em conjunto com a melhoria da equidade em saúde e a maior capacidade de resposta às expectativas dos portugueses através da adequação dos serviços às necessidades da população saúde (WHO Europe, 2010).

### 4.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

**A NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA** .1. **Reforçar os mecanismos de solidariedade e apoio social na promoção da saúde e na resposta a necessidades temporárias ou permanentes de saúde**, com foco nos que mais necessitam.

- Seguir e definir políticas de comparticipação e de contenção de custos, compras de serviços de cuidados de saúde, produtos farmacêuticos e de reabilitação, que reduzam as despesas em saúde diretas e indiretas e respeitem o gradiente da capacidade socioeconómica do cidadão e das famílias, com foco particular nas doenças crónicas, raras, incapacitantes de forma prolongada e doenças com elevados custos de tratamento;
- Rever os elementos mais regressivos do sistema de financiamento de modo a melhorar a equidade na saúde. Deve ser dada uma atenção particular às barreiras económicas à



acessibilidade aos cuidados de saúde, como um nível relativamente elevado de pagamentos diretos nos serviços e de comparticipações em Portugal que poderão requer políticas de redução do seu impacto, em especial para as famílias mais desfavorecidas;

- Investir nos cuidados de proximidade que permitem ao doente manter-se próximo da casa, minimizando os gastos com deslocações e faltas ao emprego (Pereira *et al*, 2010);
- Adotar uma carta de princípios de apoio a mecanismos pré-pagos que garantam a gratuitidade tendencial da prestação e a solidariedade financeira e intergeracional num espírito de sustentabilidade financeira do SNS, de responsabilização do cidadão e de valorização do contrato social;
- Desenvolver liderança e investir na capacitação para incorporar a saúde em todas as políticas e fortalecer os mecanismos para uma coordenação interministerial e uma acção intersectorial centrada no reforço do suporte social e económico na saúde e na doença. Várias são as parcerias que permitem potencializar as respostas existentes, como são exemplos:
  - *MTSS, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersectoriais estruturadas e sustentáveis que promovem um aumento dos GeS e a redução das desigualdades (e.g. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);*
  - *Organismos privados com fins não-lucrativos, como as Misericórdias, Associações e Organizações Não-Governamentais, que funcionam como parceiro fundamentais numa estrutura de suporte social e económico na saúde e na doença.*
- A nível internacional, os países têm procurado reforçar os mecanismos de solidariedade social existentes através de vários tipos de respostas (WHO. Primary health care, 2008) (NHS, 2009), nomeadamente: subsídios e pensões para os mais necessitados (International Labour Organization, 2005) (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001); financiamento por seguros sociais pré-pagos (Correia de Campos, 2008) (Pita Barros *et al*, 2008); medidas intersectoriais de combate ao desemprego e reintegração na vida ativa; saúde ocupacional para indivíduos com incapacidade (Health in Germany, 2008); apoio aos cuidadores informais de idosos e cidadãos dependentes (Ministério da Saúde, 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 setor da saúde e da segurança social, especificamente: na área da cooperação e incentivos ao trabalho das ONG's e IPSS (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001) para apoiarem os mais vulneráveis de forma mais próxima (WHO. Primary health care, 2008). Estas respostas estão geralmente centradas em pessoas com doenças crónicas, incapacitadas, em grupos vulneráveis e/ou crianças (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001) (Health in Germany, 2008). Por exemplo, na Bélgica, os agentes locais do setor da saúde e de suporte social foram agrupados em 11 fóruns temáticos: 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. O Chile desenvolveu um programa de proteção social que envolve 3 componentes: apoio psicossocial direto, 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 (WHO. Primary health care, 2008).*

**2. Priorizar 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 próxima e em primeira linha e para a libertação de recursos nos cuidados hospitalares.**

- Desenvolver a expansão adequada e custo-efetiva da Telemedicina como um meio de promoção e capacitação dos cuidados de proximidade, de contenção dos custos de transporte de doente, e resposta mais célere e com melhor bem-estar dos doentes, que são assim tratados mais perto de casa (Pereira *et al*, 2010);
- Investir num sistema/rede de cuidados domiciliários que permita às pessoas idosas manterem-se apoiadas em casa, de forma o mais independente e autónoma possível.

**3. Especificar os serviços mínimos e desejáveis, em termos de tipo de serviço, distância e tempos de acesso, a serem assegurados pelo SNS, como base para a definição da resposta do Serviço Nacional de Saúde, políticas de convenções e necessidade de articulação com os serviços de saúde não públicos.**

- Face a cenários de incerteza na evolução económica, é responsabilidade do MS e dos níveis de planeamento regional e local, estabelecer cenários de orçamentação prospetivos que garantam a manutenção dos serviços essenciais e principais opções estratégicas com maior retorno de GeS, bem como uma política de investimentos variável e fundamentada em avaliação da tecnologia em saúde;
- Esclarecer o âmbito de ação para o setor privado através de regulamentação adequada: desenvolver e garantir o cumprimento dos requisitos da apresentação de resultados ao público, adesão a normas de qualidade e segurança, regras para o emprego duplo dos profissionais de saúde e mecanismos de pagamento recompensando a melhoria do desempenho nos sectores público e privado;
- Há que evitar, na medida do possível, opções com consequências a médio-prazo que constituem ameaças, como (WHO Europe, 2009):
  - *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 transação (por exemplo, repetição de exames complementares de diagnóstico);*
  - *Compromisso da qualidade, com o conseqüente diminuição da segurança do doente e menor custo-efetividade dos cuidados, diminuindo a confiança nos serviços;*
  - *Diminuição indiscriminada das despesas, que focam sobretudo no custo, e não no valor do serviço, mantendo as ineficiências previamente existentes;*
  - *Desinvestimento nos recursos humanos, com desmotivação, diminuição da formação, redução da produtividade e saída de profissionais de maior valor;*
  - *Desinvestimento nas atividades de prevenção e de saúde pública custo-efetivas para proteger os serviços curativos.*
- O MS deve explicitar quais os serviços, tratamentos e atividades que constituem o núcleo do serviço público e que devem ser protegidos, sobretudo em tempos de crise.





- *A cobertura e tempos de acesso a esses serviços deverão ser monitorizados;*
- *A participação estatal de serviços complementares poderá ser realizada para aqueles cujo acesso é condicionado por motivos econômicos, poderá fazer uso de serviços privados convencionados e poderá ser variável consoante os recursos financeiros disponíveis;*
- *Poderão existir especificidades regionais e locais neste perfil de serviços essenciais, desde que justificadas em termos de saúde pública.*
- **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 de recursos, recorrendo a:**
  - *Mecanismos de aquisição de competências e redistribuição de responsabilidades entre os vários grupos profissionais (por exemplo, em protocolos de triagem e de seguimento);*
  - *Redução do investimento em tecnologia sofisticada e infra-estruturas não essenciais ou redundantes com baixo valor acrescentado;*
  - *Informação regular e advocacia para com os representantes dos vários intervenientes, sejam grupos profissionais, de doentes, cidadãos, prestadores de serviços ou indústria;*
  - *Descentralização da gestão e da decisão de racionalização dos recursos, mantendo o foco nos resultados em saúde, acesso, qualidade e envolvimento do cidadão;*
  - *Concentração de serviços comuns, de modo a maximizar a custo-efetividade dos recursos e a qualidade, mantendo o acesso;*
  - *Certificação e normalização de procedimentos clínicos e apoio à tomada de decisão clínica e de gestão, com foco na qualidade e segurança, acompanhada de monitorização e avaliação de situações anómalas.*
- **Reforçar o cumprimento dos padrões mínimos pelos prestadores públicos e privados e assegurar a apresentação pública de resultados em relação a um conjunto de indicadores de resposta e de desempenho.**

**4. Incrementar a racionalização da afetação de recursos para a saúde, de modo a conseguir GeS com maior custo-efetividade.**

- **A melhoria do desempenho de um SdS com recursos limitados deve ter a capacidade de seguir opções estratégicas para afetação de recursos, em áreas onde são mais eficazes;**
- **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 concretizadas:**
  - *No acesso efetivo e equitativo aos serviços que cubram as necessidades básicas de saúde, expresso em termos critérios mínimos e ótimos de distância aos serviços, tempo de espera de acesso, qualidade, custo e continuidade de cuidados;*
  - *Numa política de acesso a tecnologias em saúde racionalizada em termos de custo-efetividade, maximização do uso dos recursos, e distribuição equitativa de base geográfica;*
  - *Numa 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.*



- Dever-se-á valorizar o papel das Autoridades Regionais de Saúde e das instituições na procura de ganhos de eficiência e de produtividade com melhor acesso, qualidade e segurança através de um planeamento otimizado a nível local e de acordo com as necessidades das populações servidas.

**.5. Organizar as políticas de saúde pública, programas verticais de saúde e incorporação de tecnologia numa lógica de priorização por critérios de custo-efetividade, incremento da equidade e impacto nos GeS.**

- A utilização de uma estratégia de promoção de saúde desenvolve as garantias de equidade em saúde, uma vez que reduz as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegura a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitar o seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, 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 (WHO, Geneva, 1986).

**.6. Implementar sistemas de informação e monitorização de determinantes socioeconómicos de saúde e de notificação/referenciação de situações de desvantagem socioeconómica, despesas anómalas com cuidados de saúde e de dificuldades no acesso e continuidade de cuidados derivados de limitações socioeconómicas.**

- 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 socioeconómico 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 socioeconómicos (como a educação, nível de rendimento individual e familiar, situação laboral), e consideração das várias dimensões de despesas diretas e indiretas relacionadas com a saúde. Estes sistemas deverão permitir caracterizar a distribuição desigual de fatores socioeconómicos relacionados com os fatores de risco, acesso, qualidade e resultados em saúde;
- Dever-se-á efetuar uma revisão abrangente dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde num modelo de monitorização que permita o reporte periódico e um controlo da equidade.

**A NÍVEL DAS  
INSTITUIÇÕES**

**.7. Assumir, na sua função social, o objetivo de reforçar o suporte económico e social das populações servidas, a traduzir em políticas e serviços institucionais, com foco na acessibilidade, despesas públicas e privadas, capacitação, *empowerment* e resultados equitativos em saúde.**

**.8. Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e *empowerment*, bem como apoio solidário aos cidadãos.**

**.9. Colaboração pró-ativa em grupos sociais e intersectoriais nacionais, regionais e locais com a missão de promover a saúde e o bem-estar de populações vulneráveis.**

**.10. Reforço da articulação com os serviços sociais e recursos sociais das comunidades que servem, numa perspetiva de identificação e encaminhamento de situações de**



carência social e económica com impacto na saúde, de apoio ao episódio de doença, à continuidade de apoio e de cuidados e à reinserção social.

.11. **Monitorização e avaliação do impacto das políticas institucionais na acessibilidade, equidade, despesas e resultados em saúde nas populações que servem**, em geral e de acordo com o nível socioeconómico, bem como disponibilizar essa informação, no respeito pelas garantias legais.

.12. **Informar os cidadãos, a nível geral e individual, dos custos reais com os cuidados de saúde**, como base para a promoção da responsabilidade no uso adequado de recursos e uma consciência da solidariedade subjacente aos serviços públicos de saúde.

**A NÍVEL DOS  
PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

.13. **Incrementar a sensibilidade e ponderar as questões sociais e económicas nas decisões em saúde**, do ponto de vista das implicações para o cidadão / doente, para as suas famílias ou cuidadores, para as instituições e para a sociedade.

.14. **Incluir, de forma sistemática e adequada, a avaliação das condições sociais e económicas na avaliação holística da situação de saúde e de doença**, quer de forma direta, quer associada a implicações nos cuidados prestados (por exemplo, existência de cuidadores informais, adesão à terapêutica, capacidade para manter os cuidados), bem como promover a atualização dos sistemas de informação quanto a estas dimensões.

.15. **Identificar situações de risco ou carência social e económica e referenciar ou aconselhar serviços e recursos de apoio.**

**A NÍVEL DO  
CIDADÃO**

.16. **Conhecer os seus deveres e direitos quanto aos recursos de apoio social e económico na saúde e na doença.**

.17. **Promover os mecanismos de solidariedade e a capacidade de resposta do sistema de saúde**, através da autorresponsabilização pela própria saúde, da sua família e comunidade, uso adequado dos serviços de saúde e envolvimento nas instituições de saúde e organizações de cariz social e de voluntariado.



#### 4.3.4. VISÃO PARA 2016

*A capacidade e os compromissos de resposta do Sistema de Saúde, e em particular, do SNS, são claros para a sociedade. Tal expressa-se em tempos de resposta garantidos, despesas e cuidados estimados por doença ou processo patológico, redes de referência por níveis, indicadores de desempenho do sistema de saúde, entre outros. No debate e decisão sobre as opções sociais e políticas, ao nível nacional, regional e local, existe informação de qualidade sobre a capacidade de resposta e desempenho, a adequação do uso dos serviços de saúde, a possibilidade de otimizar o sistema de saúde e sobre o retorno esperado de investimentos adicionais no sistema de saúde. Esta informação não se baseia apenas em dados médios, mas inclui a distribuição segundo as características socioeconómicas e geográficas, com indicadores de desigualdade e de iniquidade e, sempre que pertinente, uma perspetiva intergeracional. A capacidade de resposta e de desempenho, bem como os recursos destinados ao suporte social e económico na saúde e na doença encontram-se associados a indicadores macroeconómicos que traduzem a capacidade económica e de investimento do país.*

***A sociedade está bem informada sobre a capacidade e os compromissos de resposta e capacidade de apoio social e económico do Sistema de Saúde, e como estes estão associados à capacidade económica do país.***

*Existe evidência das barreiras económicas, sociais, culturais ou outras que justificam as desigualdades e iniquidades em saúde. Tal evidência baseia-se em recursos de monitorização e cruzamento de informação a vários níveis, associada a investigação sobre desigualdades e determinantes socioeconómicos da saúde. Esta monitorização permite avaliar o impacto das políticas e instrumentos de apoio social e económico aos vários níveis (institucional, autárquico, regional, nacional), constituir base para a identificação e partilha de boas práticas. As instituições assumem o objetivo de serem promotores de inclusão e coesão social e medem e divulgam o impacto das suas políticas, serviços e colaborações interinstitucionais na redução das desigualdades.*

***Há uma boa compreensão das barreiras socioeconómicas, monitorização das desigualdades em saúde, avaliação de impacto e partilha de boas práticas, pelo que se compreende os GeS, económicos e sociais, decorrentes da redução das iniquidades.***

*Os profissionais de saúde são sensíveis e avaliam as condições socioeconómicas, bem como das implicações socioeconómicas das suas decisões, ao nível do cidadão / doente, cuidadores, instituições e sociedade. Como gestores de recursos, os profissionais de saúde compreendem a sua responsabilidade distributiva de recursos e de capacitação do cidadão ou de cuidadores informais. Dentro da sua responsabilidade profissional são recurso e agentes de informação, referência e apoio social e económico. Os profissionais de saúde recebem informação sobre o impacto económico e social das suas decisões, bem como participam na elaboração e avaliação de orientações e boas práticas que consideram as desigualdades em saúde e os recursos para o apoio social e económico.*

***Os profissionais de saúde consideram a condição socioeconómica na avaliação e na decisão, bem como são agentes informados e promotores de empowerment dos cidadãos e das suas famílias nestas áreas, no âmbito das suas competências.***



#### 4.3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia de Campos, A. Reformas da Saúde – o fio condutor. Edições Almedina. 2008.
- Department of health – National Health Service United Kingdom. NHS 2010–2015: from good to great, preventative, people-centered, productive. 2009.
- Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization Regional Office for Europe. 2010.
- Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF). Resolução do Conselho de Ministros nº97/2010, de 14 de Dezembro.
- 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. OECD Publishing <http://www.oecd.org/dataoecd/48/9/34483698.pdf>
- Health Cluster Portugal. Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal, 2010.
- Health in Germany. Robert Koch Institute – Federal Statistical Office, Federal Health Reporting. 2008.
- Health in times of global economic crisis: implications. World Health Organization Regional Office for Europe. 2009.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P. 2010. Consultado em <http://www.iefp.pt>.
- Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., 2010. Consultado em <http://www.inr.pt>.
- International Labour Organization. Introductory Report: Decent Work – Safe Work. 2005.
- João Pereira e Cláudia Furtado. Análise Especializada sobre Acesso e Equidade aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2010.
- Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Subsecretaria de planeamento e orçamento. Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil. 2007.
- Ministry of Social Affairs and Health, Public Health Committee – Finland. On the Health 2015 Public Health Programme. 2001.
- OCDE, Your Better Life Index. 2012. Disponível em <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, 2004.
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.
- Paulo Ferrinho e Inês Rêgo. Análise Especializada sobre Políticas Públicas Saudáveis. Alto Comissariado da Saúde, 2010.
- Pedro Pita Barros, 2008, in Escoval, A., Financiamento: Inovação e Sustentabilidade. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar - APDH. Lisboa, 2008.
- Pita Barros, P., Machado, S., Simões, J. Health systems in transition – Portugal Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.
- Portugal Health System Performance Assessment. World Health Organization Regional Office for Europe. 2010.



- Portugal. Artigo 64º do Capítulo dos Direitos Fundamentais. Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional. 2005.
- Portugal. Decreto -Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de Maio.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de Outubro.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 38/2010 de 20 de Abril de 2010. Prestações de saúde no âmbito do SNS implica o pagamento de taxas moderadoras. Diário da República, 1.ª série, n.º 76.
- Portugal. Decreto-lei nº 113/2011, de 29 de Novembro
- Portugal. Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro.
- Portugal. Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro.
- Portugal. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.
- Portugal. Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
- Portugal. Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 1ª Série, n.º 214.
- Portugal. VII Revisão Constitucional, 2005.
- Poverty, social exclusion and health in Portugal. Paula Santana. Social Science & Medicine 55 (2002) 33–45.
- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS
- Provedor da Justiça, Relatórios Sociais. Edições Provedoria de Justiça – Divisão de documentação. Lisboa, 2008.
- The right to the highest attainable standard of health. United Nations Organizations. 2000.
- World Health Organization. Primary health care – now more than ever. 2008.
- World Health Organization. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. 2008.