

PORTUGAL

1. Situação e principais tendências

Sublinhando as debilidades estruturais da economia, a taxa de crescimento média do PIB em 2001-2006 foi inferior a 1% ao ano (0,4% em 2005). A taxa de emprego total diminuiu de 68,4% em 2000 para 67,5% em 2005. Contudo, as metas de Lisboa estão ainda ao alcance e os objectivos intermédios para as taxas de emprego das mulheres e dos trabalhadores mais velhos foram atingidos em 2005 (61,7% e 50,5%, respectivamente). A taxa de desemprego aumentou de 4% em 2000 para 7,6% em 2005, com um impacto significativo no desemprego dos jovens e de longa duração. Em 2005, a taxa de abandono escolar precoce continuava extremamente elevada, situando-se nos 38,6%, e os níveis de escolaridade dos jovens registavam valores muito baixos (48,4%). Estes dois indicadores sobre a educação apresentam valores que colocam Portugal muito abaixo da média da UE. O risco de pobreza após transferências sociais (20% em 2004) e as desigualdades na distribuição dos rendimentos (rácio de 8,2 em 2004) são das mais elevadas na UE. As crianças e os idosos constituem as categorias mais expostas ao risco de pobreza.

Segundo as previsões, Portugal deverá enfrentar, nas próximas décadas, um envelhecimento demográfico mais acelerado do que a maioria dos Estados-Membros da União Europeia. O rácio de dependência dos idosos deverá aumentar de 25,2%, em 2004 para 58,1%, em 2050. As despesas com os regimes de pensões públicos representavam 11,1% do PIB em 2004, prevendo-se um aumento de 9,7 pontos percentuais até 2050. A esperança de vida à nascença (74,9 para os homens e 81,5 para as mulheres em 2004) está ligeiramente abaixo da média de UE¹, revelando um aumento significativo desde 1995 (71,6 e 78,7) e uma evolução regular ao longo do tempo (63,8 e 70,3 em 1971). A esperança de vida com boa saúde (59,8 e 61,8 em 2003) estava abaixo da média da UE em 2003², tendo-se mantido estável desde 1995 para os homens, com uma ligeira redução para as mulheres. A mortalidade infantil (4 em 2004) está próxima da média da UE (4,5), tendo passado de 77,5 em 1960 e 7,5 em 1995. A mortalidade perinatal (5,1 em 2003 e 4,4 em 2004) está próxima da média da UE, registando uma redução substancial em relação aos 41,1 de 1960.

2. Abordagem estratégica global

Para enfrentar as debilidades estruturais e promover a coesão social, Portugal identificou **cinco grandes desafios**: (i) prosseguir o desenvolvimento económico, alicerçado num reforço da competitividade e da consolidação orçamental, operando as necessárias mudanças nos factores estruturais que induzem maior coesão social; (ii) reduzir significativamente os níveis de pobreza, nomeadamente combatendo as situações extremas e persistentes de pobreza e exclusão social e prevenindo a reprodução de desigualdades; (iii) reformar o sistema de protecção social para garantir a sua eficiência, adequação e sustentabilidade financeira; (iv) melhorar o acesso a serviços sociais, nomeadamente, a cuidados de saúde e de longa duração, e a equipamentos sociais de qualidade, como meios de promoção de uma vida activa saudável e de conciliação entre a vida familiar e profissional; (v) melhorar a eficácia da governação nos processos de concepção, implementação e avaliação das políticas.

Portugal melhorou consideravelmente a sua abordagem estratégica, concentrando-se num pequeno conjunto de prioridades essenciais que respondem aos grandes desafios em termos bastante abrangentes. Ainda que não cubra a multitude de problemas existentes, a estratégia

¹ A média da UE em 2004 era de 75,8 e 81,9 para os homens e as mulheres, respectivamente.

² A média da UE em 2003 era de 64,5 e 66 para os homens e as mulheres, respectivamente.

tem potencialidades para produzir um impacto significativo na coesão social, desde que aplicada com determinação e seja apoiada por todos os intervenientes, numa perspectiva de longo prazo. A maior parte das medidas de inclusão social identificaram os recursos financeiros necessários, estabeleceram metas quantificadas e indicadores de acompanhamento. A estratégia ganharia em credibilidade com a fixação de metas globais para as principais prioridades políticas.

A coesão social é um dos principais desafios do Programa Nacional de Reforma (Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego 2005-08 - PNACE na designação portuguesa). O relatório de execução do PNACE em 2006 revela progressos substanciais na incorporação de algumas das prioridades e medidas do Método Aberto de Coordenação (MAC) na área da inclusão social. O capítulo dedicado ao emprego identifica agora prioridades partilhadas, como o aumento dos níveis de qualificação da população, a conciliação da vida profissional e familiar e o desenvolvimento de políticas de activação para as pessoas excluídas do mercado de trabalho. O capítulo intitulado «Plano macroeconómico» inclui a temática da reforma dos sistemas de saúde e de protecção social para garantir a respectiva sustentabilidade e adequação, enquanto o capítulo «Plano microeconómico» estabelece as intervenções ao nível dos factores estruturais que contribuem fortemente para reproduzir padrões de exclusão social.

A governação da estratégia foi melhorada, mercê do reforço dos mecanismos de coordenação política e da participação acrescida dos principais intervenientes. O Fórum Não Governamental para a Inclusão Social deu aos intervenientes em questão uma oportunidade real de contribuírem para o processo desde o início. O potencial contributo das redes sociais locais não foi plenamente explorado para aproveitar os seus conhecimentos das realidades locais e a sua experiência. O relatório poderia ter apresentado orientações mais estratégicas em matéria de igualdade entre homens e mulheres, em estreita coordenação com as estruturas nacionais responsáveis por esta matéria. A recolha de dados relacionados com o género pode ser melhorada e o relatório poderia ser mais específico na identificação de medidas para avaliar o impacto das políticas propostas em homens e mulheres.

3. Inclusão social

3.1 Principais tendências

A economia continua a ser estruturalmente débil, com um modelo de desenvolvimento assente em actividades não especializadas e de mão-de-obra intensiva, que proporcionam salários baixos e empregos de pouca qualidade, o que induz baixos níveis de produtividade e um elevado número de **trabalhadores pobres** (11,4% em 2003). A difícil situação orçamental, com um défice das contas públicas equivalente a 6% do PIB em 2005, uma balança externa altamente deficitária e um elevado nível de endividamento no sector privado, condicionou fortemente a retoma económica.

O desemprego dos jovens decresceu de 42,2% em 2000 para 36,1% em 2005 (40,5% para os homens e 31,4% para as mulheres). Contudo, a taxa de emprego das mulheres continuou a aumentar, passando de 60,5% em 2000 para 61,7% em 2005.

O **desemprego** aumentou significativamente, de 4% em 2000 para 7,6% em 2005, com o desemprego de longa duração a representar agora quase 50% do desemprego total. A taxa de desemprego dos jovens era de 8,8% em 2000, mas aumentou significativamente para 16,1% em 2005 (13,6% para os homens e 19,1% para as mulheres). O mercado de trabalho continua **fortemente segmentado**, com quase 40% das pessoas com emprego a trabalhar com contratos a termo certo ou por conta própria. As disparidades de **género** no emprego e no desemprego

favorecem os homens, mas diminuíram ligeiramente desde 2000. As disparidades salariais entre homens e mulheres no sector privado elevavam-se a quase 25% em 2005.

Embora tenha diminuído desde 2000 (quando atingia os 42,6%), o abandono escolar precoce continua a ser extremamente elevado, com 38,6% em 2005 (46,7% para os homens e 30,1% para as mulheres). O nível de escolaridade dos jovens melhorou, de 42,8 em 2000 para 48,4 em 2005 (40,4 para os homens e 56,6 para as mulheres). Estes dois indicadores estão ainda muito aquém das médias da UE e a situação é particularmente grave para a população masculina, com o fosso entre géneros a acentuar-se desde 2000.

O **risco de pobreza** após transferências sociais (20% em 2004) e **as desigualdades na distribuição dos rendimentos** (rácio 8,2 em 2004) são das mais elevadas na UE. A população mais idosa (em especial as mulheres) e as crianças constituem as categorias mais atingidas pela pobreza. Em 2004, **as despesas com a protecção social** representavam 24,9% do PIB, longe da média de UE de 27,3%.

3.2 Principais desafios e prioridades

O relatório identifica seis riscos multidimensionais e sistémicos que afectam fortemente a inclusão em Portugal: (i) pobreza infantil e pobreza dos idosos; (ii) insucesso escolar e abandono escolar precoce; (iii) baixos níveis de qualificação; (iv) participação diminuta em acções de aprendizagem ao longo da vida; (v) info-exclusão; (vi) desigualdades e discriminação no acesso aos direitos das pessoas com deficiência e dos imigrantes. Estes riscos foram substanciados com estatísticas e análises circunstanciadas.

Para lhes fazer face, foram definidas três grandes prioridades: (i) combater a pobreza das crianças e dos idosos, através de medidas que assegurem os seus direitos básicos de cidadania; (ii) corrigir as desvantagens nos níveis de qualificações como meio de prevenir a exclusão e interromper os ciclos de pobreza; (iii) ultrapassar as discriminações, através da integração das pessoas com deficiência e dos imigrantes.

A abordagem estratégica global parece adequada e concentrada num conjunto claro e não exaustivo de prioridades, com um enfoque crescente nos aspectos operacionais. Contudo, as complementaridades entre as acções em curso e as medidas propostas não são claras (designadamente as interacções entre o Projecto "Bairros Críticos» e os Contratos de Desenvolvimento Social e o trabalho desenvolvido pelas redes sociais locais). As sinergias entre as três vertentes do método aberto de coordenação poderiam ter sido mais desenvolvidas. As necessidades específicas dos mais vulneráveis (designadamente os imigrantes e os sem-abrigo) no que diz respeito, por exemplo, ao acesso a cuidados de saúde, não são adequadamente tratadas. Acresce que é sabido que as transferências sociais têm um impacto ínfimo na redução da pobreza em Portugal. O relatório poderia ter desenvolvido mais a forma como a reforma da segurança social irá colmatar esta grave lacuna.

Portugal deu uma resposta positiva aos desafios identificados no relatório conjunto de 2006, criando mecanismos para integrar a dimensão da inclusão social em iniciativas políticas de relevo e estabelecendo ligações estreitas com as reformas empreendidas no âmbito do processo de Lisboa. Houve ainda um importante esforço para racionalizar a extensa lista de medidas, por vezes sobrepostas e redundantes, e ao mesmo tempo dar-lhes maior clareza, atribuindo responsabilidades, estabelecendo calendários de execução e afectando recursos financeiros. Estes esforços têm de ser prosseguidos e melhorados, mediante, por exemplo, a fixação de prazos concretos e de uma monitorização clara e mensurável, assim como indicadores de impacto para as várias prioridades. As medidas para corrigir as desigualdades na distribuição dos rendimentos não são suficientemente explicadas. O relatório não analisa a forma como os Fundos Estruturais vão apoiar as medidas propostas.

3.3 Medidas políticas

Reduzir a pobreza infantil e a pobreza dos idosos constitui uma importante prioridade política, com medidas transversais como os instrumentos de activação do Rendimento Social de Inserção e os Contratos de Desenvolvimento Social, assim como medidas específicas para cada um destes grupos-alvo. As metas para reduzir a pobreza infantil incluem o reforço da protecção às famílias monoparentais, abrangendo 200 000 titulares do abono de família e o cumprimento dos compromissos de Barcelona em matéria de cuidados à infância. Para os **idosos**, as medidas incluem o Complemento Solidário para Idosos, a fim de se chegar a um rendimento mínimo de 4 200 euros ao ano. Ainda que as medidas e as metas iniciem desenvolvimentos muito positivos que contribuem claramente para a consecução dos objectivos, não são suficientes para reduzir de forma significativa a pobreza.

Para corrigir as desvantagens em **matéria de escolaridade** foram estabelecidas ligações estreitas com as medidas previstas no PNACE e, em especial, com a iniciativa *Novas Oportunidades*. As metas incluem a redução do abandono escolar precoce para 25%, a redução para metade do insucesso escolar até 2009 e a qualificação de 1 milhão de adultos em idade activa até 2010. As medidas e as metas muito ambiciosas parecem adequadas para actuar sobre o nível de qualificações estruturalmente baixo da população, mas não se concentram nos grupos mais atingidos pela exclusão. Acresce que não incluem dados operacionais, como o controlo de qualidade e os mecanismos de avaliação propostos para garantir o cumprimento dos objectivos da integração social e da empregabilidade.

As pessoas com deficiência e os imigrantes foram identificados como grupos alvo para o combate à discriminação. Para as pessoas com deficiência, as medidas colocam a tónica no alargamento do acesso a bens e serviços e na promoção da integração no mercado de trabalho, como factor de participação social e profissional e de independência económica. As metas incluem a colocação de 4 000 professores de educação especial nos agrupamentos de escolas para apoiar 26 000 crianças e jovens, bem como acções educativas e de formação para 46 000 pessoas com deficiência. Para os imigrantes, foram simplificados os processos de legalização, devendo ser desenvolvida a rede de centros que prestam apoio integrado. As metas incluem dotar as escolas de autonomia para receber adequadamente a 80 000 alunos estrangeiros e abranger 38 500 imigrantes desempregados em medidas activas de emprego até 2008. Ainda que sejam necessárias e oportunas medidas específicas orientadas para estes grupos-alvo, o relatório não explica quais os critérios para seleccionar uns em detrimento de outros (por exemplo, os sem-abrigo, as pessoas em situação de endividamento, os ex-reclusos, os ciganos, etc). Não fica claro como se pretende, com as medidas propostas, produzir efeitos duradouros nestes grupos-alvo.

Uma melhoria significativa em relação aos anteriores planos nacionais reside no facto de terem sido identificados os recursos financeiros necessários para a maior parte das medidas e de as metas quantificadas estarem associadas a objectivos concretos. Contudo, algumas metas pecam por falta de um diagnóstico prévio ou de enquadramento contextual, o que dificulta a compreensão do raciocínio que está implícito à quantificação proposta. A maior parte dos indicadores só permite o acompanhamento de resultados quantitativos, o que torna difícil determinar se as medidas produziram os impactos esperados. Para algumas medidas, existe uma necessidade clara de objectivos operacionais que explicariam a forma como essas medidas seriam postas em prática.

Pese embora o esforço feito para recolher dados relacionados com o género e a preocupação explícita com a integração desta dimensão, as medidas e as metas não traduzem esta preocupação em acções concretas.

3.4 Governação

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social é a entidade responsável pela coordenação e a elaboração da estratégia de inclusão social. A Coordenação Nacional, apoiada por uma Equipa Técnica, responde pela coordenação, a elaboração, o acompanhamento e a avaliação da estratégia. Constituída por Resolução do Conselho de Ministros, a Comissão Inter-Ministerial de Acompanhamento inclui representantes de diversos Ministérios, dos Governos Regionais dos Açores e da Madeira, e do Fórum Não Governamental para a Inclusão Social. Esta comissão é responsável também pelo acompanhamento de todo o processo. Espera-se que as redes sociais locais desempenhem um importante papel na implementação da estratégia de inclusão social.

Pela primeira vez desde o lançamento do método aberto de coordenação na área da inclusão social, a sociedade civil (designadamente as ONG) teve uma oportunidade real de participar activamente na primeira fase de preparação do plano nacional. A Comissão Inter-Ministerial, que no passado se mostrou pouco interveniente, criou condições para reforçar o respectivo papel neste processo. A qualidade da participação dos intervenientes poderia ainda ser melhorada, com o desenvolvimento de mecanismos de coordenação adequados e eficientes no âmbito das redes sociais locais. Durante a fase de programação, as reuniões realizadas com as redes sociais locais tiveram essencialmente um papel informativo, o que significou uma perda das suas experiências e seus conhecimentos da situação no terreno.

O estabelecimento de Pontos Focais em cada ministério traz um claro valor acrescentado à estratégia e reforça os mecanismos organizacionais e institucionais. Dada a sua importância, estes Pontos Focais precisam de maior apoio, já que a integração da perspectiva da inclusão social exige a adopção de uma abordagem activa em diferentes departamentos governamentais. Com o crescente número de mecanismos de participação e de contribuições de diferentes sectores e diferentes níveis de governação, são maiores os riscos de conflito, concorrência e sobreposições desnecessárias. Em consequência, é essencial que o papel estratégico de coordenação do plano nacional seja reforçado.

Os mecanismos de acompanhamento e avaliação proporcionam um novo modelo de coordenação assente em sistemas de informação à escala nacional e local. Trata-se de um árduo desafio em razão da grande variedade que caracteriza as redes sociais locais em termos da sua capacidade de resposta efectiva. Será um longo processo que necessita de uma abordagem estratégica e participativa clara, em estreita cooperação com as estruturas locais, para tirar partido do trabalho já feito e ao mesmo tempo adaptá-lo aos novos desafios.

4. Pensões

Em 2004, os idosos tinham um nível de vida relativamente próximo do da generalidade da população (77%). As estimativas apontavam para um risco de pobreza na população idosa (28%) superior ao da população abaixo dos 65 anos.

O relatório de 2006 sobre a sustentabilidade colocava Portugal entre os países com risco mais elevado no que se refere à sustentabilidade das finanças públicas, nomeadamente devido ao importante aumento esperado das despesas ligadas ao envelhecimento. Espera-se que Portugal venha a enfrentar uma pressão significativa no seu sistema de finanças públicas resultante do envelhecimento das populações. Segundo as projecções de 2005 do Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento, as despesas públicas com as pensões deverão passar de 11,1% do PIB para 20,8% entre 2004 e 2050. O aumento dos encargos com as pensões é um dos mais altos na UE, de que resulta um grave risco para a sustentabilidade a longo prazo das finanças públicas. De acordo com as projecções do Sub-Grupo de Indicadores do Comité da Protecção Social, as taxas de substituição teóricas deverão manter-se globalmente estáveis. No caso de um

trabalhador que se reforme aos 65 anos após 40 anos de carreira com salário médio, a taxa de substituição líquida manter-se-ia estável, passando de 91% em 2005 para 92% em 2050 (a taxa de substituição bruta desce de 75% para 70%).

O relatório conjunto de 2006 evidenciou progressos em matéria de adequação das pensões e sublinhou a importância de posteriores reformas, em especial no que se refere a medidas para reforçar os incentivos ao prolongamento da vida activa e definir um enquadramento de apoio à constituição de poupanças individuais.

No segundo semestre de 2006, o governo e os parceiros sociais assinaram um acordo sobre a reforma da segurança social. Propostas detalhadas nesta área deverão agora ser aprovadas pelo parlamento. As alterações introduzidas no âmbito da reforma do sistema de segurança social (a nova Lei de Bases da Segurança Social que entrou recentemente em vigor e as novas regras de cálculo das pensões que estão actualmente em discussão pública e deverão ser aprovadas a curto prazo) deverão começar a produzir efeitos no início de 2007, sendo gradualmente faseadas até 2016. A proposta em questão implica mudanças significativas no cálculo das prestações de reforma (designadamente com a introdução de um mecanismo que ajusta as prestações à evolução da esperança de vida) e introduz um novo sistema de indexação para calcular os ajustamentos às prestações de reforma (substituindo o salário mínimo nacional como base de referência). É essencial que a reforma leve ao reforço dos incentivos ao prolongamento da vida activa e contribua para um tratamento mais justo dos beneficiários dos diferentes regimes. A progressiva convergência dos vários subsistemas do regime geral de segurança social (sector público e sector privado) contribuirá não só para uma maior equidade entre os beneficiários, como também para a viabilidade futura do regime. As gerações futuras com carreiras contributivas completas em empregos bem remunerados receberam pensões mais elevadas do que a maioria dos pensionistas actuais que, em média, tiveram carreiras contributivas mais curtas. Neste contexto, resta ver se a modernização dos regimes profissionais permitirá contribuir de forma correcta para a adequação futura dos sistemas, designadamente no que se refere às diferenças entre homens e mulheres. Para ajudar a reduzir os actuais riscos de pobreza, foi dada prioridade ao estabelecimento de um nível mínimo de rendimento para os pensionistas idosos, o qual poderá beneficiar especialmente as mulheres. A nova prestação financiada pelas receitas fiscais, o Complemento Solidário para Idosos, lançada em 2006, será progressivamente alargada a todas as pessoas com mais de 65 anos.

5. Cuidados de saúde e cuidados prolongados

5.1. Cuidados de Saúde

Descrição do sistema: O Serviço Nacional de Saúde (SNS) garante cobertura universal. No âmbito do SNS, os cuidados de saúde primários (medicina geral e familiar, promoção e prevenção) são prestados através de uma rede de centros de saúde e de unidades móveis, bem como de entidades privadas com e sem fins lucrativos que prestam cuidados aos utentes do SNS. No âmbito do SNS, os médicos de clínica geral referenciam os doentes para os cuidados especializados, operando como *gatekeepers*. Os cuidados de especialidade são prestados em serviços hospitalares ambulatoriais e por entidades privadas convencionadas com o Ministério da Saúde. O SNS garante a maioria dos internamentos (74% das camas hospitalares). A prestação privada de cuidados consiste em: a) diagnóstico, cuidados dentários e terapêuticos, geralmente solicitados através do SNS e b) consultas privadas de especialidade em estruturas privadas para utentes privados. Os médicos do SNS são assalariados, enquanto os médicos que fazem clínica privada são pagos em função do serviço que prestam. O SNS é financiado essencialmente pelas receitas fiscais. Os regimes de participação abrangem os produtos

farmacêuticos, as consultas, os cuidados hospitalares e as visitas ao domicílio. Vários regimes de seguro de saúde, assentes em contribuições patronais e dos trabalhadores, financiam cuidados de saúde para 25% da população (designadamente na função pública e no sector bancário), que acede directamente a qualquer especialista ou hospital reconhecido pelo respectivo regime. Uma parte da população (14,8%) recorre a regimes de seguros voluntários (que garantem prestações em duplicado, suplementares ou complementares). Não obstante a significativa melhoria da situação em matéria de saúde desde os anos de 1970, as autoridades apontam ainda a necessidade de continuar a melhorar o estado de saúde da população mercê de acções de promoção e prevenção. Acresce que, ao reconhecerem a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade, propõem reformar o sistema de cuidados primários de saúde, a fim de o tornar o pilar central do sistema e garantir cuidados (preventivos e curativos) para toda a população, incluindo os grupos mais vulneráveis ou expostos a maiores riscos. O reforço do planeamento e da gestão dos recursos numa perspectiva de «melhor valor», e não apenas de preço mais baixo, é outro dos objectivos da política actual.

Acessibilidade: Despesas privadas substanciais (as participações directas dos particulares representaram 29% do total das despesas de saúde em 2004), elevada dependência de impostos indirectos e a variedade de regimes de seguro social induziram um financiamento regressivo e um acesso aos cuidados que favorece as pessoas com rendimentos mais elevados. A falta de médicos generalistas e de certos especialistas nas zonas rurais e em determinadas regiões, a concentração de recursos nos hospitais, nas grandes cidades e na faixa costeira e a falta de cobertura de certos serviços por parte do SNS (designadamente os cuidados dentários) são referidos como obstáculos ao acesso. Esta situação também interfere com o funcionamento de um sistema nacional de saúde assente nos cuidados de saúde primários e gera uma utilização desnecessária de cuidados hospitalares e de emergência dispendiosos. As crescentes assimetrias sociais e as desigualdades no acesso geraram uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, condições de saúde precárias (tuberculose) e desigualdades ligadas à saúde. A criação do Centro de Atendimento da Saúde permitirá prestar informações e dirigir os utentes para as várias vertentes do SNS. Os Centros de Saúde estão a ser reestruturados, com o objectivo de criar pequenas unidades de saúde familiares (multidisciplinares e autónomas, em condições de prestar um conjunto comum de serviços contratualizados no âmbito do SNS) mais próximas do domicílio ou do local de trabalho dos utentes e mais correctamente sincronizados com os hospitais e as unidades que prestam cuidados prolongados. Um conjunto de mecanismos de eSaúde (portal da saúde, registos clínicos electrónicos, marcação de consultas electrónica, receita electrónica, redes de informação entre entidades prestadoras de cuidados de saúde) e linhas telefónicas directas (designadamente a Linha Pediátrica, a Linha Gripe) visa melhorar o acesso aos cuidados. Para gerir com maior eficácia os tempos e as listas de espera, prevê-se o alargamento a todo o país de um sistema integrado de gestão das listas de espera. Os medicamentos de venda livre podem agora ser adquiridos em diversos locais.

Qualidade: O Estado garante normas de qualidade nas instituições públicas e privadas. Foi criada uma autoridade independente para questões de qualidade. As medidas nesta área incluem: auditorias, inspecções, acreditação nacional e qualificação de instalações, um programa nacional de segurança para prevenir infecções hospitalares, normas nacionais de orientação, boa prática e gestão clínica e normas de segurança para o pessoal da saúde. Investiu-se no desenvolvimento de sistemas de informação para melhorar o acompanhamento e a avaliação dos processos e dos resultados. A legislação consagrou os direitos dos doentes em matéria de escolha (vista enquanto escolha consciente, compatível com as redes de referenciação e respeitante da utilização dos recursos nacionais). Os planos do governo em matéria de participação dos utentes na gestão dos serviços, enquanto forma de identificar

problemas, procurar soluções e satisfazer os doentes, devem ser acompanhados de perto. As comissões de ética e a carta de ética deverão promover o profissionalismo, as boas práticas e o respeito pelos utentes. As autoridades pretendem também melhorar a coordenação entre os serviços (designadamente através de soluções de eSaúde), garantindo que os cuidados primários, hospitalares e de longa duração são integrados numa rede. O relatório faz referência a diversos sistemas de triagem.

Sustentabilidade a longo prazo: As despesas globais com a saúde (9,8% do PIB e 1903 PPC per capita em dólares em 2004) estão acima da média da UE³ em termos de PIB. As despesas públicas em percentagem das despesas totais (69,7% em 2004) situam-se abaixo da média da UE, embora estejam a aumentar. As projecções do Comité de Política Económica da UE neste domínio sugerem um aumento das despesas públicas da ordem de 0,5 pontos percentuais do PIB até 2050. Neste contexto, uma parte ligeiramente mais importante do financiamento público poderia ser utilizada para melhorar o acesso e garantir a eficácia das políticas de prevenção e promoção. As autoridades apontam como desafios notáveis, a necessidade de dar resposta à ineficácia dos mecanismos de referenciação e da coordenação dos cuidados, as elevadas expectativas dos doentes e o comportamento perverso dos especialistas. Estas lacunas têm provocado uma duplicação dos processos de diagnóstico e um recurso excessivo (dispendioso e desnecessário) aos especialistas, aos cuidados hospitalares e às urgências. As autoridades sublinham que a influência da indústria farmacêutica e o facto de as farmácias operarem em situação de monopólio estão na origem da sobreprescrição de medicamentos e de custos excessivos. Propõem o recurso a medicamentos genéricos, preços de referência, racionalização da medicação, prescrição electrónica e protocolos com a indústria para baixar as despesas farmacêuticas. As autoridades pretendem fazer a separação entre financiador e prestador e estabelecer contratos com todos os hospitais (com maior autonomia, mas sujeitos a uma avaliação periódica) para a prestação de cuidados. É seu objectivo promover complementaridades entre os hospitais e evitar duplicações em cada região. Vai ser introduzido um sistema de aquisições conjuntas. No que se refere ao pessoal, a formação na área da medicina tem sido intensificada e o número de médicos e enfermeiros é próximo da média da UE. Contudo, o número de médicos de clínica geral está desequilibrado em relação ao número de especialistas. Os médicos de clínica geral representam 29,5% do total dos médicos. Acresce que se registou uma diminuição do número de médicos de clínica geral, de 70,1 por cada 100 mil habitantes em 1990 para 55 em 2002. As autoridades estão fortemente empenhadas nas áreas do planeamento de recursos humanos e da formação contínua. Esperam que a promoção em diferentes sectores e de várias formas possa ajudar a reduzir a mortalidade prematura.

5.2. Cuidados prolongados

Descrição do sistema: As Misericórdias e outras organizações sem fins lucrativos gerem centros de reabilitação, prestação de cuidados prolongados e residenciais. Os centros de dia proporcionam actividades, refeições, serviços de lavandaria, higiene, assistência medicamentosa e consultas em centros de saúde. Existem também lares privados. Foi criada uma estrutura conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade com o objectivo de definir um programa de cuidados prolongados para pessoas dependentes e doentes com patologias crónicas progressivas. Trata-se de uma parceria entre autoridades de saúde, municípios e prestadores públicos, privados e do terceiro sector. O sistema inclui unidades de convalescença integradas em hospitais e outras instituições, unidades de internamento de média duração, unidades de reabilitação, instituições de cuidados

³ Média da UE: 8,8% do PIB e 2376,33 PPC per capita em dólares em 2004.

prolongados, unidades de cuidados paliativos, hospitais de dia, equipas hospitalares que preparam os processos de alta, equipas mistas de prestação de cuidados primários e apoio social em centros de saúde, centros de segurança social e equipas mistas de apoio no domicílio, no hospital ou na comunidade para ajudar e aconselhar na área dos cuidados paliativos. Simultaneamente, as autoridades estão a promover respostas adequadas às necessidades dos idosos em situação de dependência nas diferentes fases de evolução da doença e com problemas sociais.

Acessibilidade: O governo reconhece as lacunas do sistema de cuidados prolongados. O Estado assegura pouco em termos de serviços comunitários e domiciliários, além de que os cuidados se concentram nas grandes cidades. Os lares privados são muito caros e a maior parte das pessoas não tem meios para a eles recorrer. O novo plano visa melhorar o acesso (devendo a sua implementação estar generalizada a todo o território nacional até 2016), lançar campanhas de informação e reforçar a utilização das tecnologias da informação e comunicação (telemedicina e centros de chamadas).

Qualidade: As autoridades consideram que os cuidados residenciais do sector público pecam por falta de qualidade e de recursos. À Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados cabe monitorizar a prestação de cuidados de saúde e a qualidade organizacional. As unidades e as equipas que integram a rede são objecto de avaliação (própria e externa) pela equipa de coordenação regional. O recurso à contratualização deverá clarificar as responsabilidades dos prestadores.

Sustentabilidade a longo prazo: Estão politicamente garantidos os seguintes aspectos: financiamento específico; controlo centralizado da gestão e da repartição dos recursos financeiros; aplicação de modelos de pagamento aos prestadores, adaptados à natureza dos serviços; e avaliação económica e financeira permanente,

6. Desafios

- Acompanhar de perto e avaliar o impacto das medidas relacionadas com o regime de rendimento mínimo, garantindo a efectiva inserção social dos grupos de risco.
- Garantir que os grupos mais afastados do mercado de trabalho beneficiam das medidas de integração, a fim de aumentar os níveis de escolaridade da população, com especial ênfase para o grande número de trabalhadores pobres sem qualificações e para os jovens que abandonam prematuramente o ensino.
- Implementar a reforma dos regimes de pensões, com o objectivo de melhorar a sustentabilidade financeira e garantir a existência de recursos suficientes para pensões adequadas, designadamente através da promoção do prolongamento da vida activa e da definição de estratégias de envelhecimento activo, promotoras de vidas profissionais saudáveis e mais longas em empregos de qualidade.
- Dar resposta à questão do financiamento regressivo nos cuidados de saúde, reduzir os custos dos cuidados para os grupos desfavorecidos, reduzir as disparidades geográficas da oferta e melhorar a provisão de cuidados de longa duração.
- Melhorar a eficácia (designadamente mercê do reforço dos cuidados primários, ajustar a capacidade hospitalar e controlar as despesas farmacêuticas) e implementar políticas

globais para melhorar o estado de saúde da população e reduzir as desigualdades nesta área.