

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2012
OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE



CRISE & SAÚDE
UM PAÍS EM SOFRIMENTO

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE
OPSS

Relatório de Primavera 2012

Crise & Saúde

Um país em sofrimento

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e a Universidade de Évora



Obra patrocinada pelo OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES), com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Capa: imagem concebida com base numa fotografia de Teodoro Briz

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
Nota introdutória	3
2. CRISE, SAÚDE E TROIKA	5
2.1 As causas da crise	7
2.2 Efeitos da crise na saúde	15
2.3 Saúde nas políticas públicas	26
2.4 A intervenção da Troika	29
3. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE	33
3.1 Governação da Saúde em tempo de crise - Ação do Ministério da Saúde.....	35
3.2 Enquadramento das medidas de curto prazo em políticas de saúde	48
3.2.1 Saúde e estratégia de saúde	48
3.2.2 Transformação do sistema de saúde	55
3.2.3 Desenvolvimento organizacional do SNS – (cuidados de saúde primários e hospitais)	59
3.2.4 Serviços de saúde (acesso, qualidade dos cuidados de saúde, política do medicamento e política das profissões)	59
3.2.5 Financiamento e contratualização	
3.2.6 Qualidade da governação	69
3.3 Copagamentos e taxas moderadoras. Um novo modelo de financiamento?	x
3.4 Perceções dos Profissionais de Saúde no terreno	x
4. APROFUNDAMENTO DE ASPETOS ESPECÍFICOS	127
4.1 Plano Nacional de Saúde e “Estratégias” Locais de Saúde	129
4.2 Financiamento e contratualização	136
4.3 Acesso	145
4.4 Política do medicamento	163
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	198
6. BIBLIOGRAFIA	203
ANEXOS	219
ANEXO 1. Abordagem metodológica	221
ANEXO 2. Avaliação 2011	224
ANEXO 3. Relatórios de Primavera anteriores	225
ANEXO 4. Colaboradores e Conflito de Interesses	226
ANEXO 5. Investigadores Fundadores do OPSS	228

LISTA DE QUADROS

1	Acordo do Governo com a APIFARMA	38
2	Exemplos da necessidade de um enquadramento em políticas de saúde para as medidas de contenção de gasto e racionalização	44
3	Resumo das medidas da Troika para os cuidados de saúde primários	62
4	Boa governação da saúde: o que é?	102
5	Dificuldades de acesso por parte dos utilizadores das USF, relativas a transporte, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	114
6	Dificuldades de acesso por parte dos utilizadores das USF, relativas às taxas moderadoras, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	114
7	Dificuldades com aquisição de medicamentos por parte dos utilizadores das USF, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	115
8	Dificuldades com a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica por parte dos utilizadores das USF, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	115
9	Motivos de manifestações de insatisfação dos utilizadores das USF, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	115
10	Abandono dos serviços por parte dos profissionais das USF, segundo a perceção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual	116
11	Satisfação em relação ao momento atual da reforma	117
12	Satisfação em relação à atuação do Ministério da Saúde e ACSS	117
13	Satisfação em relação à atuação das ARS	118
14	Satisfação em relação à atuação dos ACES	118
15	Satisfação em relação à atividade das USF	118
16	Satisfação em relação à contratualização	119
17	Indicadores económicos	122
18	Trascições relativas ao PNS nos programas de governo	130
19	Programas prioritários	131
20	Conhecimento e aplicação do PNS/ELS no âmbito local	132
21	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos ...	133
22	Percentagem de crianças, com 6 anos completos, que realizaram o exame global de saúde	134
23	Reforma da Saúde Pública	135
24	Previsões oficiais para 2012	138
25	Evolução do financiamento do SNS	139
26	Média do tempo de espera dos operados com neoplasia malignas (em dias)	158
27	Indicadores de acesso a cuidados de saúde	160
28	Produção hospitalar	161

LISTA DE FIGURAS

1	Evolução das taxas de juro a 10 anos das dívidas soberanas dos países europeus (1994 a 2008)	7
2	Grau de cumprimento/ incumprimento por países dos critérios do pacto de estabilidade e crescimento, entre 2000 e 2010	8
3	Evolução das taxas de juro das dívidas soberanas a 10 anos e países europeus: - (1994 a 2009) - 1	8
4	Evolução das taxas de juro das dívidas soberanas a 10 anos e países europeus: - (1994 a 2009) – 2.....	9
5	Evolução das taxas de juro a 10 anos das dívidas soberanas dos países europeus (2010 a 2012)	10
6	PIB/capita, EU27 = 100	10
7	Desigualdades da distribuição de rendimentos	11
8	Índice de competitividade global (2011-2012)	12
9	Qualidade da governação em cinco países europeus: Estas diferenças substanciais já são conhecidas pelas instituições europeias, pelo menos desde 2001	13
10	Taxa de natalidade nos países da EU27	13
11	Índice de capital social = confiança social X cap. auto-organização	14
12	Relação entre doença mental e endividamento das pessoas	16
13	Relação inversa entre suicídios e mortalidade por acidentes rodoviários	17
14	Taxa de desemprego e taxas de suicídio na Suécia e Espanha, 1980-2005	17
15	Prevalência da infeção por VIH em consumidores de drogas injetáveis na Grécia entre 2002 e 2011 ...	18
16	Modelo de dinâmica das doenças infecciosas	19
17	Incapacidade em manter as casas quentes - Prevalência em função do nível de pobreza	20
18	Excesso de mortalidade significativa da população com 65 e mais anos	21
19	Choque económico e social pós União Soviética: Evolução da mortalidade na Estónia, entre 1989 e 2000, por nível educacional	22
20	Despesa pública em saúde e crescimento	23
21	Suicídios ultrapassam mortes por acidente	24
22	Evolução dos principais indicadores assistenciais	24
23	Crise leva a mais recurso a drogas	24
24	Atropelamentos com fuga	25
25	Visão conjunta integrada e prospetiva das políticas públicas	28
26	Sumário das medidas do MdE com a Troika (junho, 2011)	32
27	Leitura do documento da OCDE Health Systems Priorities when Money is tight, à luz do modelo prospetivo de análise	32
28	Sumário das medidas do MdE com aTroika (junho, 2011)	36
29	Impacto da crise nas políticas e saúde – 1	41
30	Impacto da crise nas políticas e saúde – 2	42
31	Impacto da crise nas políticas e saúde – 3	43
32	Componentes de uma política de saúde	45
33	Políticas de saúde como enquadramento	45
34	Anos saudáveis aos 65 anos, países europeus, 2009	48
35	População com 65 e mais anos reportando boa saúde países europeus, 2009	48
36	Combinaria um emprego em tempo parcial com parte da sua reforma?	49
37	Consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 e mais anos: litros <i>per capita</i>	50
38	Taxa de mortalidade padronizada de doenças relacionadas com álcool, antes dos 65 anos	50
39	Novas infeções VIH em consumidores de drogas injetáveis	50
40	Mortalidade por cancro colo-retal de 2000 a 2009	51
41	Programas prioritários 2004-2010 e 2012	53

42	Programas verticais: os silos do planeamento em saúde	53
43	Modelo das estratégias locais de saúde	54
44	Das organizações de saúde aos processos de cuidados	55
45	Estudo europeu sobre literacia em saúde	56
46	Reforma dos cuidados de saúde primários	59
47	Descentralização dos ACeS	63
48	Análise das taxas moderadoras da população com mais de 65 anos que frequentaram os cuidados de saúde primários na região do Alentejo	71
49	Normas Clínicas – Graus de Recomendação e Níveis de Evidência	73
50	Doentes em tratamento de hemodialise crónica por tipo de prestador	76
51	Incidência de IRCT de acordo com o tipo de fornecedor de diálise	76
52	Prevalência dos tratamentos de doença renal terminal	77
53	Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório versus hospitalar (2010-2011)	80
54	Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)	81
55	Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)	82
56	Evolução do consumo de ADO por classe ATC em DDD / 1.000 hab. / dia, 2004-2011	83
57	Evolução do mercado de antidiabéticos orais, 2004-2011	83
58	Evolução do mercado de ansiolíticos, SNS, 2002-2011	84
59	Evolução do mercado de ambulatório de antidepressivos, SNS, 2002-2011	85
60	Rácio enfermeiros/médicos nos países europeus, 2008	91
61	Evolução do orçamento do SNS	92
62	Evolução da despesa corrente em saúde, pública e privada	93
63	Medidor de cumprimento e pontuação final	94
64	Distribuição dos rendimentos	104
65	Nova legislação espanhola sobre copagamentos nos serviços públicos de saúde	106
66	Pedido de reembolso de taxas moderadoras	108
67	Falsas taxas moderadoras em Portugal	109
68	Depressão	113
69	Ansiedade	114
70	Evolução das perceções dos Diretores Executivos, relativamente à contratualização nos ACeS	120
71	Grau de desenvolvimento do plano local de saúde	124
72	Relação entre contratualização interna das unidades funcionais do ACES e os objetivos de saúde a nível local	124
73	Grau de desenvolvimento dos observatórios locais de saúde	125
74	Papel do observatório local de saúde na divulgação de informação em saúde	125
75	Relação entre a contratualização interna e os objetivos de saúde	135
76	Grau de desenvolvimento do plano local de saúde	135
77	Evolução de indicadores económico-financeiros da saúde	136
78	Média do tempo de espera dos operados não neoplasia malignas (em meses).....	154
79	Média do tempo de espera dos operados com neoplasia malignas (em dias).....	155
80	Análise das taxas moderadoras da população com mais de 65 anos que frequentaram os cuidados de saúde primários na região do Alentejo	159
81	Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório versus hospitalar (2010-2011)	166
82	Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)	168
83	Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)	168

84	Evolução do consumo de ADO por classe ATC em DDD / 1.000 hab. / dia, 2004-2011	170
85	Evolução do mercado de antidiabéticos orais, 2004-2011	170
86	Evolução do mercado de ansiolíticos, SNS, 2002-2011	172
87	Evolução do mercado de ambulatório de antidepressivos, SNS, 2002-2011	173
88	Evolução da % de receitas eletrónicas sobre o total	186
89	Distribuição da % de receitas manuais mencionadas como exceção (Novembro 2011)	187

Um país em sofrimento

Crise já deixou 16 mil jovens sem trabalho

Publicado em 2010-08-12
ALEXANDRA FIGUEIRA

Portugal
20% das pessoas ajudadas por instituições não come uma vez por semana
Económico com Lusa
21/11/10 15:10

Fome
Pedidos de ajuda ao banco alimentar aumentaram 124 por cento este ano

30.05.2009 - 09:04 Por Andreia Sanches

Nove em dez desempregados são contratados a prazo

Estimativas. Em apenas três meses, o Banco de Portugal duplicou a previsão de destruição de emprego em 2012, para 170 mil. Carlos Costa contradiz Pedro Passos Coelho: economia não cresce em 2013

30 Março

PASSOS COELHO CONTRADIZ GARANTIA DE VÍTOR GASPAR E CARLOS MOEDAS
Subsídios de férias e de Natal só voltam a ser pagos em 2015 e de forma gradual

Agências de trabalho recrutaram 87 mil

Temporário. Cerca de 75% dos trabalhadores ganham menos de 600 euros e 25% o salário mínimo. Contratos duram 3,9 meses

Falência de empresas disparou 45% este ano

Insolvências. Mais de 1600 empresas fecharam portas no primeiro trimestre, a 17 por dia. Maioria está situada no Norte e ligada aos sectores da construção e

29-03-2011 às 10:55

Mais de 700 famílias perderam a casa este ano

Menos 700 mil crianças a receber abono de família em dois anos

Quebra. Além da diminuição do número de beneficiários, a prestação regista também o valor médio mais baixo dos últimos quatro anos: 40 euros. Sociólogos e famílias dizem que natalidade está em causa

Nova taxa nos produtos alimentares vai ter impacto sobre consumidores

Alimentação. Indústria agroalimentar considera que se trata de um caso de dupla tributação

15-06-2011 às 09:19

Misericórdias: Cada vez mais crianças e jovens nas cantinas



Construção e imobiliário perderam mais de 400 empregos/dia

Correio da Manhã, 10 Junho 2012

Já ninguém quer encher o depósito

Combustíveis. Preço da gasolina sobe hoje 1,5 cêntimos/litro e gasolina multi-energias, um novo recorde

Aumentos fazem baixar consumo

INCUMPRIMENTO

Famílias já entregaram 1750 casas aos bancos

por PAULA CORDEIRO 27 Maio 2011

“O preço da água vai ter de subir”

Tarifas Assunção Cristas diz que é preciso equilíbrio para esbater diferenças no pagamento do serviço entre regiões do litoral e do interior

Fiadores de empréstimos são novo grupo de sobre-endividados

Crédito. Deco recebeu 17 novos pedidos de ajuda por dia: 10% são pessoas que garantiram créditos

Crédito malparado renova recorde nas famílias e nas empresas

Crise

Bancos alimentares estão a perder capacidade de resposta

22.04.2012 - 09:35 Por PÚBLICO

A cada hora que passa uma casa é devolvida ao banco

1. INTRODUÇÃO

Nota Introdutória

O título do presente relatório “**Crise & saúde. Um país em sofrimento.**”, (d)enuncia de forma deliberada e inequívoca as circunstâncias em que foi elaborado.

Quem conhece as questões da saúde sabe bem como este setor é particularmente sensível à degradação das condições económicas e sociais de um povo. É sensível por fazer parte da linha da frente na assistência e proteção de todos os cidadãos, é sensível por ser facilmente afetado por decisões cujo impacto não é avaliado em todas as suas consequências (habituais num clima de forte pressão de redução de custos) e é, ainda, sensível por não poder falhar.

O Relatório de Primavera 2012 foi elaborado à luz das ideias forças anteriormente referidas e à luz do que entendemos dever ser a missão do Observatório Português dos Sistemas de Saúde. A sua análise e compreensão devem também orientar-se por este enquadramento.

Coordenação Executiva: Ana Escoval, Manuel Lopes e Pedro Lopes Ferreira

Coordenação Científica: Constantino Sakellarides

2. CRISE, SAÚDE E TROIKA

2.1 As causas da crise

Introdução

Portugal está a atravessar uma crise financeira económica e social muito séria.

O mesmo acontece com a Grécia e a Irlanda e, mais recentemente, com a Espanha e a Itália. Apesar de uma forma menos notória, esta crise atinge também outros países europeus da zona Euro (como a Holanda, a França e a Estónia) e fora dela (como a Hungria).

Uma crise desta importância afeta necessariamente a saúde e o sistema de saúde do país (ver explicação mais adiante). Por isso, o que se vai passar na saúde depende, em grande parte, da qualidade e da oportunidade da resposta à crise instalada. Uma resposta adequada a esta crise não pode deixar de depender do entendimento rigoroso das suas causas.

Esta é uma crise desencadeada pelos sistemas financeiros, que convergiu com graves falhas na gestão do Euro, que atingiu mais intensamente países económica e socialmente mais frágeis. A situação foi agravada pela inadequação das respostas nacionais, europeias e internacionais.

Fatores externos

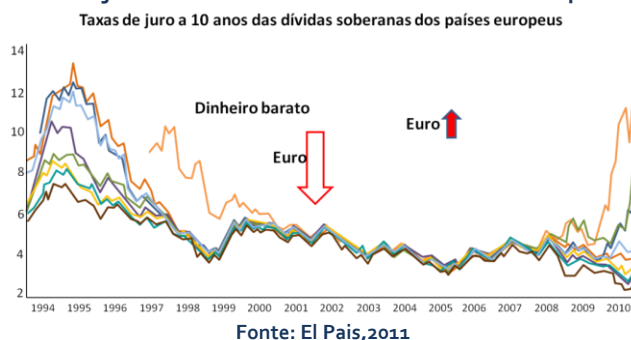
Nos seus aspetos mais gerais, existem hoje poucas dúvidas sobre os fatores que desencadearam e têm sustentado esta crise.

A convergência das taxas de juro das dívidas soberanas conseguida pela introdução do Euro (Figura 1) foi ameaçada por um conjunto complexo de fatores:

- i) uns intrínsecos à ecologia da moeda única (falta de coordenação económica e de homogeneidade fiscal, papel limitado do Banco Central Europeu, valorização do Euro em relação ao Dólar, falta de antecipação sobre os efeitos de economias muito díspares no seio de uma mesma moeda sem adequados instrumentos comuns de governação económica);
- ii) outros não específicos da economia Euro (promoção intensa de empréstimos com “dinheiro barato”).

Esta é uma crise grave que afeta seriamente a saúde dos portugueses. Para uma resposta adequada à crise é indispensável conhecer as suas causas. É importante conhecer os fatores “externos” e “internos” que desencadearam e sustentam a atual crise.

Figura 1 - Evolução das taxas de juro a 10 anos das dívidas soberanas dos países europeus (1994 a 2008)



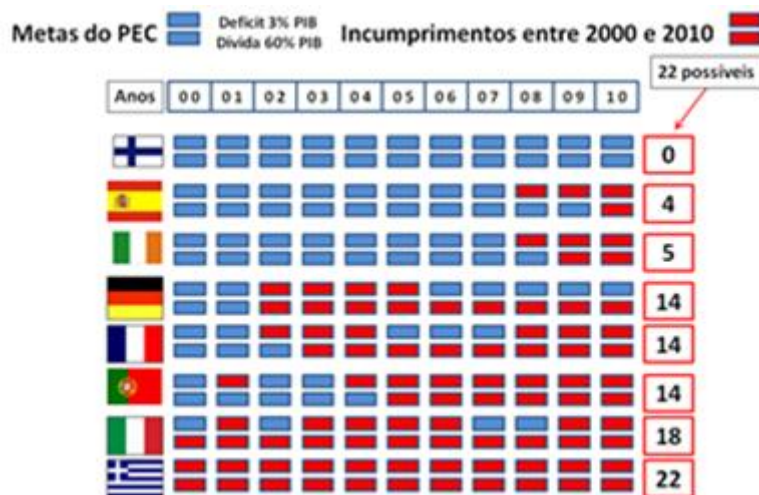
Para assegurar a estabilidade da zona Euro, a União Europeia (UE) adotou critérios precisos para o *deficit* (3% do PIB) e para a dívida pública (60% do PIB).

A Figura 2 mostra o grau de cumprimento/incumprimento dessas metas por parte de países membros da UE, durante os 11 anos que mediaram entre 2000 e 2010. Como foi possível tão elevado nível de incumprimento e por que é que ele foi aparentemente tão bem tolerado? A resposta a esta pergunta é fundamental para compreender as causas da crise em curso.

Em 2008, a chamada crise financeira do “subprime” e as suas consequências imediatas ou mais tardias obrigou alguns governos europeus a financiar com fundos públicos a crise nos seus sistemas financeiros. A Comissão Europeia (CE) anuiu a um aumento do endividamento dos estados membros para esse fim (Figura 3).

O que explica a tolerância e inação de ações antecipatórias das autoridades europeias face ao avolumar dos sinais de crise?

Figura 2.-Grau de cumprimento/ incumprimento por países dos critérios do pacto de estabilidade e crescimento, entre 2000 e 2010



Fonte: Eurostat, 2011

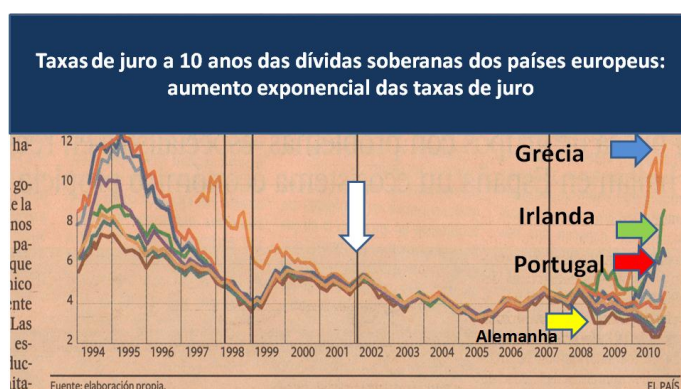
Os primeiros sinais da crise do refinanciamento das dívidas soberanas não foi o aumento súbito das taxas de juro da dívida grega, mas a diminuição dessas taxas para a Alemanha e a Holanda (2009). Face às incertezas que se aproximam, os fluxos financeiros buscam portos seguros (Figura 3).

Figura 3- -Evolução das taxas de juro das dívidas soberanas a 10 anos e países europeus: - (1994 a 2009) - 1



Fonte: adaptado de El Pais

Figura 4 - Evolução das taxas de juro das dívidas soberanas a 10 anos e países europeus: - (1994 a 2009) - 2



Fonte: adaptado de El País

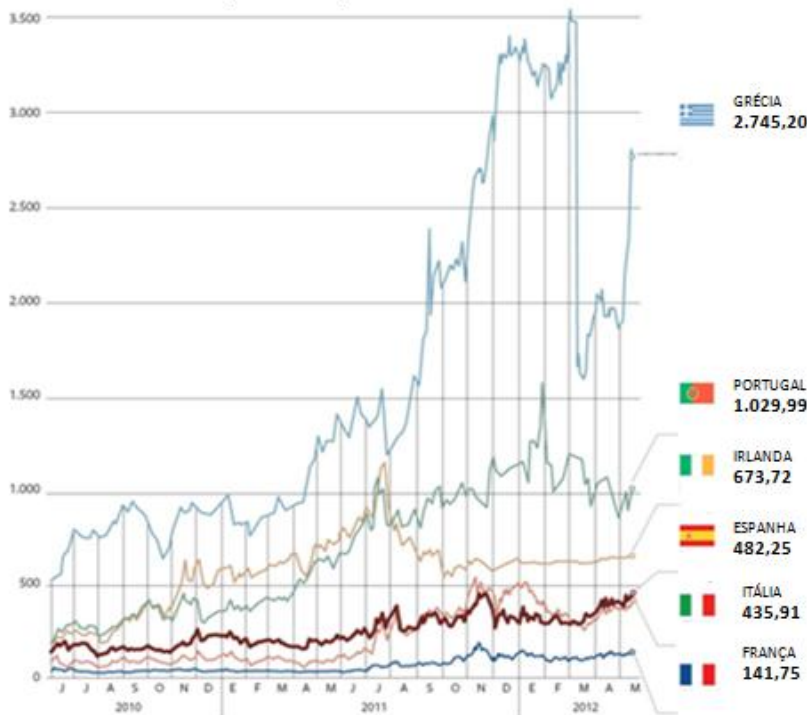
A súbita incapacidade da Grécia, primeiro, e da Irlanda e Portugal, depois, de refinanciar as suas dívidas, obrigou estes países a recorrer a pedidos de financiamento extraordinário junto da EU, BCE e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Estes pedidos são concedidos na base de “*memoranda de entendimento*” (MdE) que explicitam o compromisso dos governos destes países em executar um vasto conjunto de medidas conjunturais e estruturais nos mais diversos setores de atividade (Figura 4).

No caso específico da saúde estes *memoranda* não têm os mesmos objetivos e estrutura para aqueles três países. O entendimento com a Irlanda não tem nenhum programa específico para a saúde; é o Ministério das Finanças que discute com a Saúde que medidas terá que adotar para contribuir para os compromissos financeiros que o país assumiu. No caso da Grécia, o memorando de entendimento com a *Troika* (CE, BCE e o FMI) requer uma reforma profunda do sistema de saúde. Em Portugal, o programa acordado com a *Troika* não implica uma reforma do sistema de saúde, mas aponta para um vasto conjunto de medidas de racionalização e melhoria da eficiência a vários níveis do sistema.

Mais recentemente, a Espanha e a Itália têm também experimentado crescentes dificuldades no refinanciamento das suas dívidas (Figura 5) e na realização dos objetivos do pacto de estabilidade. O grave problema da banca espanhola ilustra como uma crise sistémica se cristaliza em “fogos” nacionais difíceis de debelar.

O refinanciamento das dívidas públicas e privadas é um processo habitual em todos os países. O aumento súbito e severo das taxas de juro destas dívidas torna os devedores extremamente vulneráveis e dependentes.

Figura 5 - Evolução das taxas de juro a 10 anos das dívidas soberanas dos países europeus (2010 a 2012)



Fonte: El Pais, 2012

Taxas de juro a dez anos utilizando como referência as taxas de juro alemãs.

Fatores internos

Portugal cresceu economicamente muito pouco na última década, desde que se integrou no Euro. Durante este período só a Itália e o Haiti cresceram menos que Portugal. Isso não permitiu a esperada “convergência” com os países mais desenvolvidos da Europa (Figura 6).

Figura 6 - PIB/capita, EU27 = 100

Luxembourg	283	Czech Republic	80
Netherlands	134	Slovakia	74
Denmark	125	Estonia	65
Ireland	125	Hungary	64
Austria	125	Poland	62
Sweden	123	Lithuania	58
Germany	119	Latvia	52
Belgium	118	Romania	45
Finland	116	Bulgaria	43
United Kingdom	113	Norway	179
Euro area	108	Switzerland	146
France	107	Iceland	110
Spain	101	Croatia	61
Italy	100	Turkey	48
Cyprus	98	Montenegro	40
Greece	89	Former Yugoslav Republic of Macedonia	35
Slovenia	87	Serbia	35
Malta	83	Bosnia and Herzegovina	30
Portugal	81	Albania	29

Fonte: Eurostat, 2009



Os múltiplos apoios recebidos da UE durante este período e o endividamento de sectores público e privado não proporcionaram investimentos de que resultasse uma economia mais competitiva (suficientemente capaz de produzir bens transacionáveis exportáveis) e uma sociedade mais justa (Figuras 7 e 8).

Figura 7 - Desigualdades da distribuição de rendimentos



Fonte: OCDE, 2011

Figura 8 - Índice de competitividade global (2011-2012): Portugal (45) abaixo da Irlanda (25), da Espanha (36) e acima da Grécia (89)

Country/Economy	SUGINDEXES							
	OVERALL INDEX		Basic requirements		Efficiency enhancers		Innovation and sophistication factors	
	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score
Switzerland	1	5.74	3	6.18	2	5.53	1	5.79
Singapore	2	5.63	1	6.33	1	5.58	11	5.23
Sweden	3	5.61	4	6.06	7	5.33	2	5.79
Finland	4	5.47	5	6.02	10	5.19	4	5.56
United States	5	5.43	36	5.21	3	5.49	6	5.46
Germany	6	5.41	11	5.83	13	5.18	5	5.53
Netherlands	7	5.41	7	5.88	8	5.29	9	5.30
Denmark	8	5.40	8	5.86	9	5.27	8	5.31
Japan	9	5.40	28	5.40	11	5.19	3	5.75
United Kingdom	10	5.39	21	5.60	5	5.43	12	5.17
Ireland	25	4.77	37	5.20	28	4.67	23	4.65
Iceland	30	4.75	31	5.31	33	4.57	21	4.67
Chile	31	4.70	29	5.37	34	4.54	42	3.88
Oman	32	4.64	20	5.62	45	4.33	44	3.87
Estonia	33	4.62	27	5.41	36	4.52	37	3.98
Kuwait	34	4.62	34	5.25	67	4.05	66	3.51
Puerto Rico	35	4.58	41	5.09	35	4.53	29	4.32
Spain	36	4.54	38	5.18	32	4.56	33	4.03
Portugal	45	4.40	44	5.00	39	4.42	38	3.98
Indonesia	46	4.38	53	4.74	56	4.18	41	3.90
Cyprus	47	4.36	32	5.26	46	4.32	48	3.83
Hungary	48	4.36	55	4.72	42	4.39	52	3.75
Lebanon	89	3.95	109	3.97	64	4.06	78	3.43
Greece	90	3.92	80	4.36	65	4.06	81	3.39
El Salvador	91	3.89	87	4.31	96	3.71	106	3.14

Fonte: TTTCI, 2011

Crescimento económico e sistemas de proteção social

A falta de crescimento económico faz, só por si, com que a percentagem dos gastos sociais no PIB cresça também (em valor absoluto). É evidente que não há progressos na proteção social sem crescimento económico.

A história europeia do último século também parece demonstrar que não há crescimento económico sustentável sem coesão social. Deve atentar-se, por isso, no crescimento económico e na proteção social como duas faces da mesma moeda e olhar com particular atenção para aqueles fatores que influenciam negativamente quer o desenvolvimento económico quer a boa gestão dos sistemas de proteção social:

- pouco apego ao conhecimento;
- limitado espírito empreendedor nos setores económico e social;
- baixo nível de capital social;
- enraizados dispositivos de captura do bem público por interesses particulares;
- redes de troca de favores em detrimento da promoção do mérito.

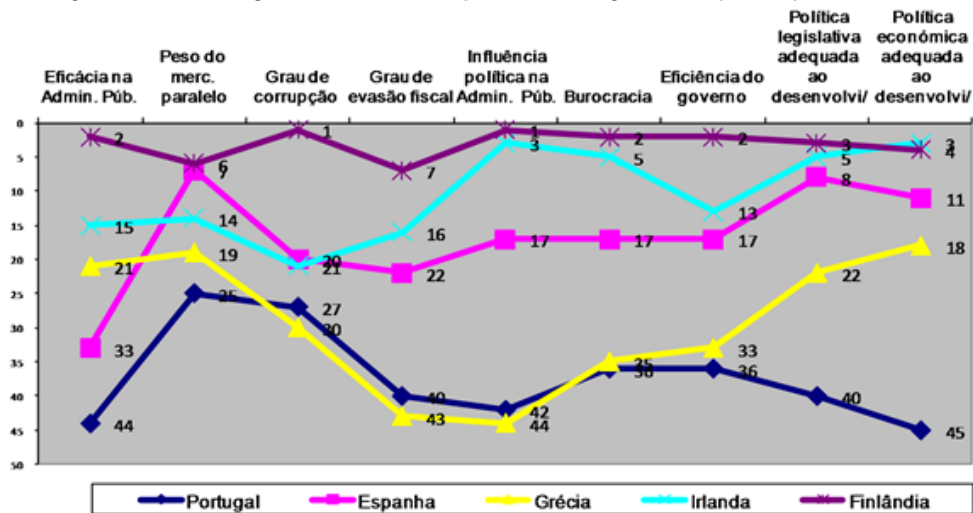
O desenvolvimento económico e social encontra-se na encruzilhada de instrumentos de boa governação e da transição cultural que aqueles podem facilitar. As figuras 9, 10 e 11 ilustram algumas destas preocupações.

Assim, na Figura 9 compara-se a posição de Portugal com a de outros países no que respeita à qualidade da governação e, na Figura 10, expõe-se a baixa natalidade de Portugal, que continua a descer – que, associada à crescente emigração dos portugueses mais qualificados, pode tornar-se numa ameaça para o crescimento económico e para a sustentabilidade dos sistemas de proteção social. Por fim, a Figura 10 evidencia o baixo índice de capital social de Portugal, constituindo uma limitação quer para as dinâmicas de crescimento económico quer para as de proteção social.

O crescimento económico e desenvolvimento social terão que ser analisados em conjunto como duas faces da mesma moeda.

Difícilmente se identificam na última década no país medidas de promoção da qualidade da governação que respondam às limitações publicitadas no início da década. Estes factos são bem conhecidos pelas instituições europeias.

Figura 9 - Qualidade da governação em cinco países europeus:
Estas diferenças substanciais já são conhecidas pelas instituições europeias, pelo menos desde 2001



Fonte: Relatórios do World Competitiveness Yearbook, 2001, pelo Institute for Management Development (IMD)

Figura 10 - Taxa de natalidade nos países da EU27:
Portugal com uma das mais baixas taxas de natalidade da Europa, continuando a diminuir

	1980	1990	2000	2003	2009
EU-27	:	:	:	1.47	1.60
BE	1.68	1.62	1.67	1.66	1.84
BG	2.05	1.82	1.26	1.23	1.57
CZ	2.08	1.90	1.14	1.18	1.49
DK	1.55	1.67	1.77	1.76	1.84
DE	:	:	1.38	1.34	1.36
EE	:	2.05	1.38	1.37	1.62
IE	3.21	2.11	1.89	1.96	2.07
EL	2.23	1.40	1.26	1.28	1.52
ES	2.20	1.36	1.23	1.31	1.40
FR	1.95	1.78	1.87	1.87	1.98
IT	1.64	1.33	1.26	1.29	1.42
CY	:	2.41	1.64	1.50	1.51
LV	:	:	:	1.29	1.31
LT	1.99	2.03	1.39	1.26	1.55
LU	1.50	1.60	1.76	1.62	1.59
HU	1.91	1.87	1.32	1.27	1.32
MT	1.99	2.04	1.70	1.48	1.44
NL	1.60	1.62	1.72	1.75	1.79
AT	1.65	1.46	1.36	1.38	1.39
PL	:	2.06	1.35	1.22	1.40
PT	2.25	1.56	1.55	1.44	1.32
RO	2.43	1.83	1.31	1.27	1.38
SI	:	1.46	1.26	1.20	1.53
SK	2.32	2.09	1.30	1.20	1.41
FI	1.63	1.78	1.73	1.76	1.86
SE	1.68	2.13	1.54	1.71	1.94
UK	1.90	1.83	1.64	1.71	1.96

Fonte: Eurostat, 2009

Figura 11 - Índice de capital social = confiança social X cap. auto-organização:
Espanha tem cerca de metade do valor da Irlanda; Portugal e a Grécia cerca de metade do valor da Espanha

Country	Most people		Social Trust x Vol.Org		
	N	Can be trusted			
Sweden (SE)	993	0.65	0.93	2.80	1.82
Denmark (DK)	1010	0.75	0.90	2.38	1.79
Netherlands (NL)	1026	0.62	0.84	2.21	1.37
Finland (FI)	1032	0.61	0.76	1.53	.93
Luxembourg (LU)	384	0.31	0.78	1.87	.58
United Kingdom (UK)	1290	0.36	0.56	1.06	.38
Ireland (IE)	1067	0.34	0.59	1.07	.36
Austria (AT)	995	0.33	0.59	1.02	.34
Belgium (BE)	960	0.30	0.58	1.14	.34
Germany (DE)	1505	0.34	0.56	0.98	.33
Slovenia (SI)	1023	0.24	0.57	0.94	.23
France (FR)	982	0.22	0.56	0.90	.20
Spain (ES)	1001	0.36	0.29	0.46	.17
Estonia (EE)	991	0.33	0.37	0.53	.17
Malta (MT)	493	0.22	0.44	0.73	.16
Italy (IT)	1031	0.22	0.33	0.48	.11
Cyprus (CY)	466	0.19	0.39	0.60	.11
Portugal (PT)	1048	0.24	0.25	0.32	.08
Czech Republic (CZ)	1110	0.17	0.36	0.47	.08
Hungary (HU)	991	0.25	0.21	0.26	.07
Slovakia (SK)	1295	0.16	0.38	0.42	.07
Greece (EL)	1009	0.18	0.26	0.31	.06
Latvia (LV)	984	0.15	0.27	0.35	.05
Lithuania (LT)	1005	0.14	0.22	0.28	.04
Romania (RO)	986	0.17	0.19	0.24	.04
Bulgaria (BG)	870	0.20	0.16	0.18	.04
Poland (PL)	1020	0.10	0.25	0.34	.03
EU15	15297	0.33	0.51	0.93	.31
EU25	24774	0.30	0.47	0.82	.25
NMS10	9390	0.15	0.28	0.38	.06
Total	27008	0.29	0.45	0.80	.23

Fonte: Eurobarómetro, 2004

Principais conclusões

O baixo nível de riqueza, as dificuldades de crescimento económico e as acentuadas desigualdades na distribuição dos rendimentos em Portugal, a inoperância da administração fiscal e o clientelismo do sistema político grego, os riscos associados à enorme bolha imobiliária espanhola, a dívida externa italiana e as fragilidades financeiras do crescimento económico irlandês, são há muito conhecidos pelas instituições e governantes europeus.

Pese embora os riscos associados a estas limitações e à necessidade de as superar, elas não são as causas da atual crise. Elas têm feito parte de uma realidade europeia conhecida, com beneficiários que viram vantagens em as tolerar. Repentinamente, em condições adversas, passaram a ser motivo de discriminação e exclusão, que traem o espírito da construção europeia.

Os principais determinantes da crise em curso são de natureza sistémica e têm a sua origem na falta de regulação dos mercados financeiros e nas limitações da arquitetura e de gestão do Euro acima referidas. A isto há que acrescentar os efeitos da nova economia global induzida pelas potências emergentes.

Se esta crise tem um importante impacto na saúde, é importante conhecer as suas causas e como as superar. Restam poucas dúvidas de que os efeitos desses determinantes sistémicos foram agravados pela resposta tardia, insuficiente e inadequada das instituições europeias. É, urgentemente, necessária uma nova e mais verdadeira narrativa sobre a crise europeia, centrada na precisão histórica da co-responsabilidade e numa perspetiva futura de cooperação europeia entre países soberanos. Esta não é uma questão teórica e distante dos desafios da saúde. A narrativa da "culpa e castigo" tem particular incidência sobre a saúde e os sistemas de saúde.

São também destas coisas que é feita a história dos povos. Todos os povos.

A discriminação e a exclusão não fazem parte do espírito da construção europeia. Esta, far-se-á através de "realizações concretas que darão lugar objetivamente à interdependência, a interesses mútuos e ao desejo de ação conjunta".

Declaração Schuman (1950) que anunciou os princípios subjacentes à criação da "Comunidade do Carvão e do Aço".

Na altura em que se prevê a entrada em vigor em 2013 de um espaço europeu de cuidados de saúde, a degradação dos sistemas de saúde dos países do sul não pode deixar de constituir motivo de especial preocupação.

2.2 Efeitos da crise na saúde

Existe uma vasta e crescente base de conhecimento sobre os efeitos de uma crise socioeconómica na saúde. Para além dos efeitos negativos, existem alguns efeitos “protetores”, por exemplo, o facto de existir menos circulação automóvel resulta em menos acidentes e seus consequentes efeitos negativos.

Dos trabalhos mais relevantes e recentes sobre esta temática é importante referir os seguintes:

- STUCKLER, D. *et al.* - Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. **Lancet**. 378 : 9786 (July 2011)124- 125.
- MLADOVSKY, D. *et al.* - Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in Europe. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office For Europe, 2011.
- McKEE, M. - Responding to the economic crisis : Europe's governments must take account of the cost of health inequalities. **Journal Epidemiology Community Health**. 65 : 5 (May 2011) 391.
- UNIVERSITY MEDICAL CENTRE ROTTERDAM. DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH - Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach: EUROTHINE: final report. Rotterdam, The Netherlands: Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam, 2007.
- ECONOMOU, A.; NIKOLAOU A. - Are recessions harmful to health after all? : evidence from the European Union. **Journal of Economic Studies**. 35 : 5 (March 2007) 368-84.

Em resumo pode dizer-se que a forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores:

- situação socioeconómica, de saúde e proteção social à partida;
- intensidade da crise;
- oportunidade e qualidade das respostas.

A proteção contra os efeitos negativos da crise deve assentar nas políticas ativas de emprego, na proteção contra o endividamento, numa política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde.

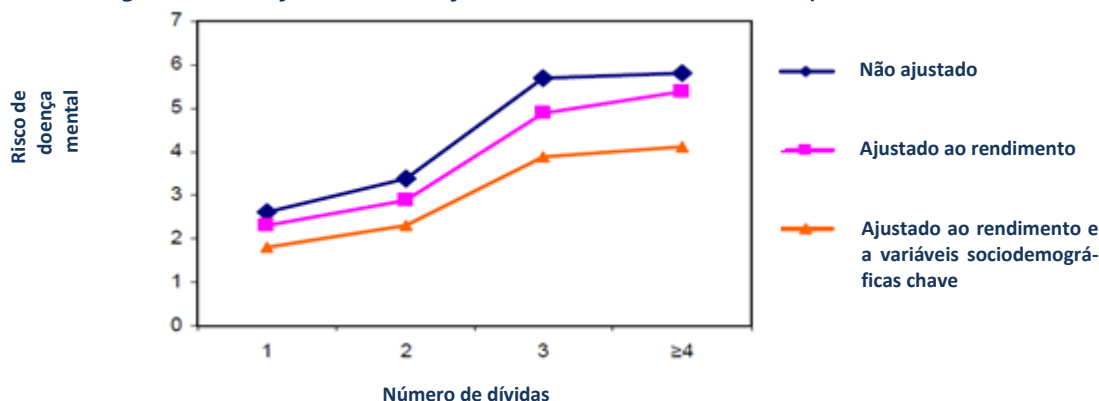
A intervenção precoce neste âmbito é fundamental, quanto mais cedo se intervier melhor. Porém, em Portugal as primeiras respostas são apresentadas três anos depois do início da crise e cerca de um ano após o seu profundo agravamento (recessão intensa pós *Troika*): reunião de peritos sobre suicídio (Abril), endividamento da habitação e programa emprego-jovem (Maio-Junho).

Os efeitos da crise na saúde dependem (1) da situação à partida, (2) da intensidade da crise e (3) da oportunidade e qualidade da resposta

Crise e saúde – efeitos precoces

Os efeitos da crise socioeconómica, nomeadamente, na saúde mental são bem conhecidos. As principais manifestações são precoces e caracterizam-se por perda de autoestima, depressão-ansiedade e risco de comportamentos suicidas. No desencadear destas manifestações o desemprego e endividamento têm um papel particularmente importante (Figura 11).

Figura 12 - Relação entre doença mental e endividamento das pessoas



Fonte: Adaptado de Khang; Lynch; Kaplan, 2005.

Como se pode observar na figura 12, o risco de doença mental aumenta com o crescente endividamento das pessoas.

De seguida, enunciam-se breves referências de exemplos que documentam o efeito da crise socioeconómica em diversos países.

Grécia

- KENTIKELINIS, A. *et al.* - Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy. **Lancet**. 378 : 9801 (October 2011) 1457-1458.

Na Grécia entre 2007 e 2009 os suicídios aumentaram 17%. Estima-se que tenham aumentado 25% em 2010 em relação a 2009, mais 40% na primeira metade do 2011, em relação a igual período do ano anterior. Supõe-se também que a principal causa para esta evolução tenha a ver com a dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar.

Coreia do Sul

- KHANG; Y.; LYNCH; J.; KAPLAN, G. - Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. **International Journal of Epidemiology**. 34(2005) 1291-1301.



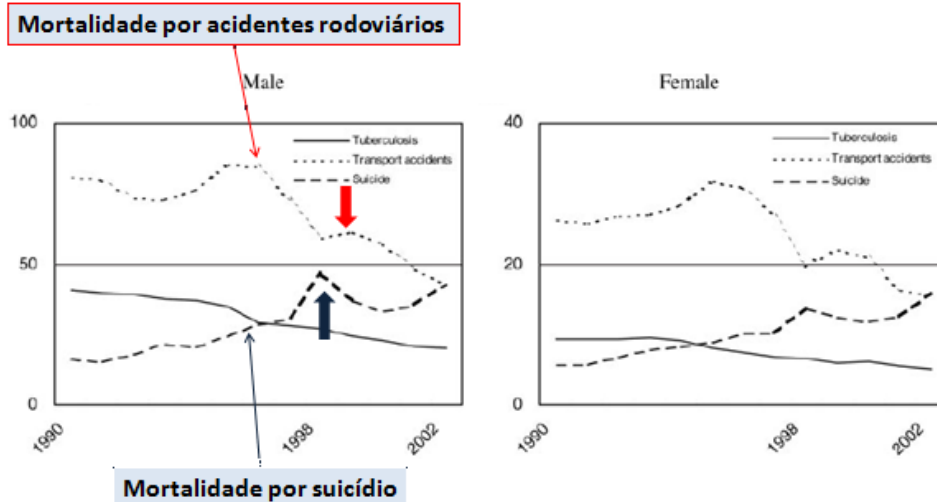
Desemprego e endividamento afetam a saúde mental das populações.

Respostas necessárias à proteção da saúde mental:

- Mais proteção social
- Políticas ativas de emprego
- Suporte familiar
- Respostas ao endividamento
- Políticas relativas ao alcoolismo

Na Coreia do Sul durante a crise económica da segunda metade da década de 90, observou-se uma relação estreita e precoce entre recessão, desemprego e suicídio (Figura 13). O impacto da crise económica na mortalidade específica traduziu-se numa redução dos acidentes rodoviários e num aumento das taxas de suicídio.

Figura 13 - Relação inversa entre suicídios e mortalidade por acidentes rodoviários



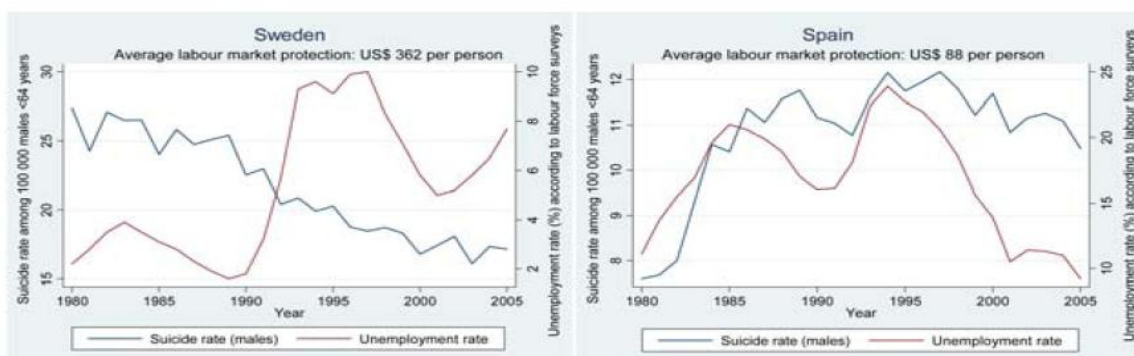
Fonte: Adaptado de Khang; Lynch; Kaplan, 2005.

Espanha - Suécia

- STUCKLER, D. *et al.* - The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis. *Lancet*. 374 : 9686 (July 2009) 315-323.

Tanto na Suécia como em Espanha no período compreendido entre 1980 e 2005 verificaram-se crises económicas com aumento do desemprego. No entanto, ao contrário do que aconteceu em Espanha, na Suécia o aumento do desemprego não teve como consequência o aumento dos suicídios – isso deveu-se essencialmente ao forte sistema de proteção social sueco. (Figura 14).

Figura 14 - Taxa de desemprego e taxas de suicídio na Suécia e Espanha, 1980-2005



Fonte: Stuckler et al., 2009

Comportamentos de risco e doenças transmissíveis

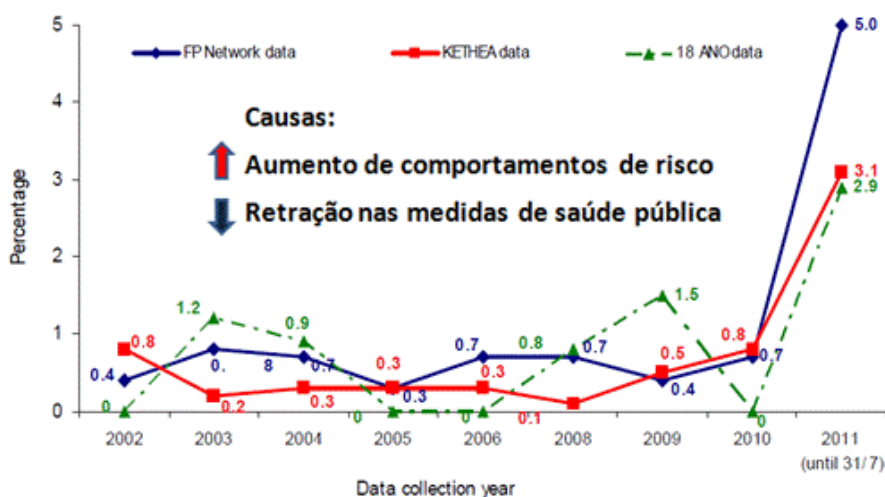
Os exemplos vindos recentemente da Grécia são impressionantes.

Particularmente notória tem sido a evolução das infeções por VIH dos consumidores de drogas injetáveis (Figura 15). Neste país registou-se um considerável aumento da prevalência de infeção pelo vírus da SIDA nos toxicodependentes que se infetam propositadamente, em consequência do aumento de comportamentos de risco e da retração nas medidas de saúde pública.

"We're starting to see some worrisome and alarming signs that are not just from the financial crisis but seem directly linked to austerity. "A 50 per cent rise in HIV, a doubling of homicides and death rates, a massive increase in heroin use and prostitution, there are even reports of people deliberately self-infecting with HIV to get access to public benefits".

David Stuckler, Dublin, 2011

Figura 15 - Prevalência da infeção por VIH em consumidores de drogas injetáveis na Grécia entre 2002 e 2011 (Dados recolhidos por três "sistemas sentinela" diferentes)

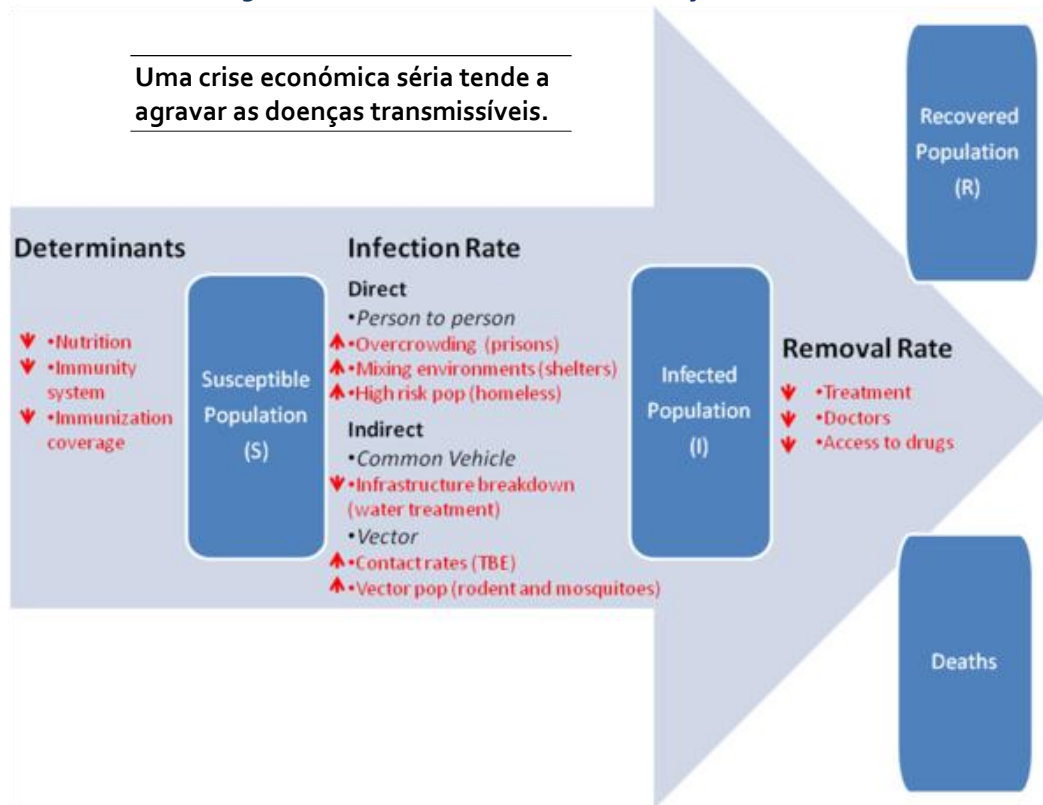


Indicam-se seguidamente duas das referências bibliográficas mais recentes sobre esta a relação entre as crises económicas e as doenças transmissíveis:

- RECHEL, B. *et al.* - Economic crisis and communicable disease control in Europe : a scoping study among national experts. **Health Policy**. 103 : 2-3 (2011) 168-175.
- SUHRCKE, M. *et al.* - The impact of economic crises on communicable disease transmission and control : a systematic review of the evidence. **PLoS ONE**. 6 : 6 (June 2011) e20724.

Nesta revisão bibliográfica identificaram-se 30 estudos que demonstraram um agravamento das doenças transmissíveis em consequência de uma crise económica. As principais causas apontadas para esse agravamento foram o aumento da transmissibilidade resultante do empobrecimento das condições de vida, pior acesso aos cuidados de saúde e menor adesão à terapêutica (Figura 16).

Figura 16 - Modelo de dinâmica das doenças infecciosas



Fonte: Suhrcke et al., 2011

Riscos ambientais

O relatório abaixo referido é particularmente importante nesta temática:

- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Environmental health inequalities in Europe. Bonn : WHO European Centre for Environment and Health. WHO Regional Office for Europe, 2012.

Está comprovado que a capacidade de manter as casas aquecidas (ou de arrefecê-las) varia substancialmente de país para país, e está relacionada com o nível socioeconómico das pessoas (Figura 17). Sabe-se que a exposição às temperaturas externas é dilatária para a saúde.

No início deste ano observou-se em Portugal, assim como noutros países europeus um aumento da taxa de mortalidade entre as pessoas

mais idosas. A Eurosurveillance publicou uma primeira comunicação sobre este tema:

- MAZICK, A. et al - Excess mortality among the elderly in 12 European countries, February and March 2012. Eurosurveillance.17: 14 (Abril 2012)

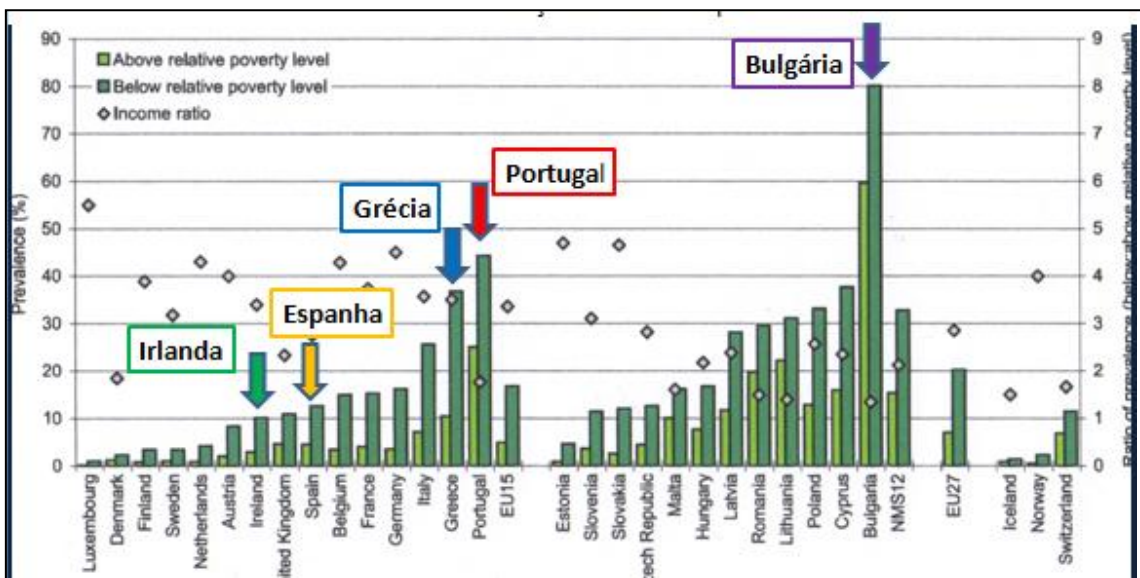
As principais conclusões foram as seguintes:

"In February and March 2012, excess deaths among the elderly have been observed in 12 European countries that carry out weekly monitoring of all-cause mortality. These preliminary data indicate that the impact of influenza in Europe differs from the recent pandemic and post-pandemic seasons. The current excess mortality among the elderly may be related to the return of influenza A(H3N2) virus, potentially with added effects of a cold snap" (Figura 18). Não foi estabelecida nenhuma relação entre a crise económica e este excesso de mortalidade de inverno. Contudo, não foram estudadas as diferenças socioeconómicas dos padrões da mortalidade.

Registou-se um excesso de mortalidade significativa na população com 65 e mais anos em diversos países.

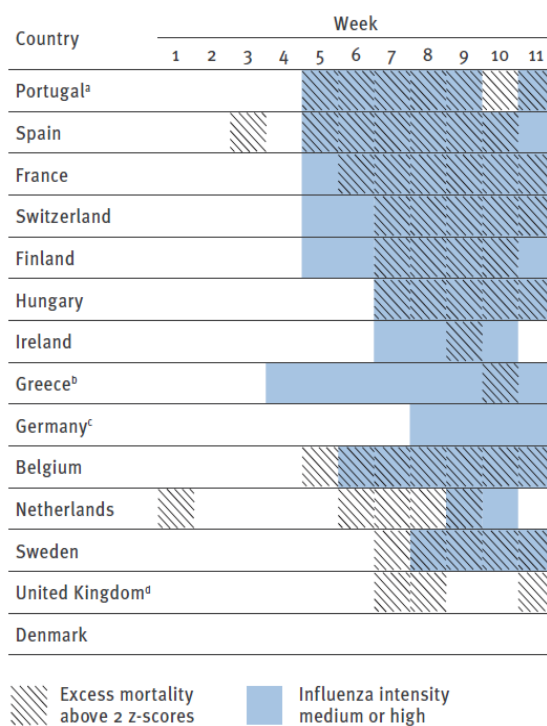
É importante realçar que o estudo também revela que somente em Espanha e Portugal se observou um excesso de mortalidade significativa para o grupo etário dos 15 aos 64 anos.

Figura 17 - Incapacidade em manter as casas quentes - Prevalência em função do nível de pobreza



Fonte: Environmental health inequalities in Europe, WHO 2012

Figura 18: Excesso de mortalidade significativa da população com 65 e mais anos

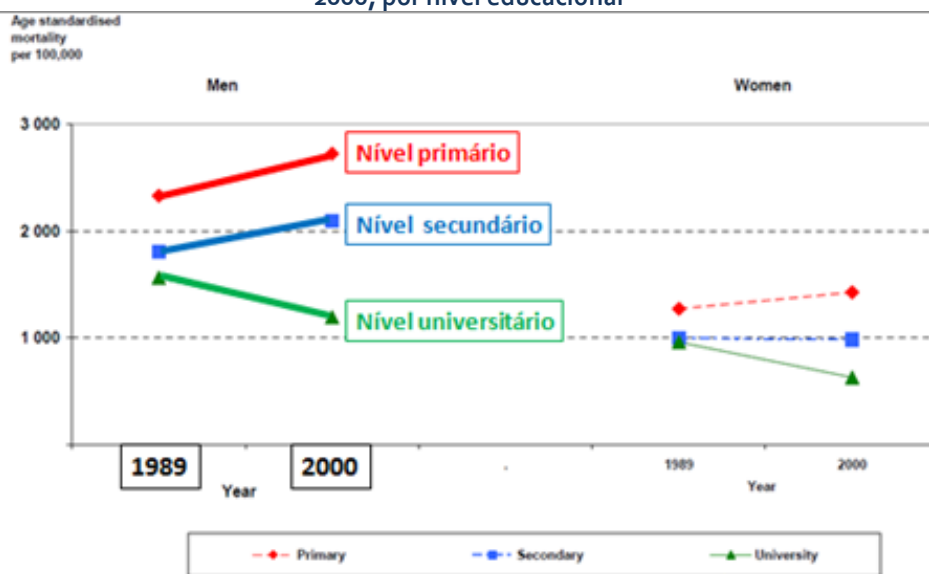


Fonte: EuroMOMO in Mazick, A. et, al, 2012

Mortalidade Geral

As modificações significativas na mortalidade geral são detetáveis em situações de crise económica prolongada, como se verificou na Estónia após o colapso da União Soviética. Como se pode observar na Figura 19, este efeito tem um nítido diferencial socioeconómico.

Figura 19 - Choque económico e social pós União Soviética: Evolução da mortalidade na Estónia, entre 1989 e 2000, por nível educacional



Fonte: Leinsalu et al.

Doenças crónico-degenerativas

Existe evidência sobre a relação entre o sofrimento mental, sobretudo em situação de crise económica prolongada, e as suas repercussões físicas, influenciando o sistema cardiovascular e imunológico. Podem verificar-se acréscimos de risco de hipertensão arterial, enfarte do miocárdio e acidente cerebrovascular, diabetes e infeções. Este efeito é ainda mais demarcado nas classes sociais menos favorecidas (SESPAS, 2011).

As seguintes referências abordam mais aprofundadamente estas questões:

- MACKENBACH et al. - Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. **The New England Journal of Medicine**. 358 (2008) 2468-81
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUS PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITÁRIA. Comunicado de la sociedad española de salud pública y Administración sanitaria (SESPAS): El impacto en la salud de la población de la crisis Económica y las políticas para abordarla. Barcelona : SESPAS, 22 de febrero de 2011.
- MARMOT, MG. - How will the financial crisis affect health? **BMJ**. 338 (April 2009) doi: 10.1136/bmj.b1314

Serviços de saúde – acesso e qualidade

O exemplo da Irlanda

A análise, feita pelos investigadores do Trinity College de Dublin, da relação entre a crise económica e saúde assenta no conceito de Resiliência. Há três tipos de resiliência:.

- Resiliência protetora
Numa primeira fase, o país tentou (e conseguiu) proteger o sector da saúde dos cortes orçamentais (Figura 20).
- Resiliência adaptativa
Numa segunda fase, com a intervenção da *Troika*, a Irlanda deixou de conseguir excluir o setor da saúde dos cortes orçamentais e apostou nos ganhos de eficiência. Adaptou-se à situação fazendo mais, com os mesmos recursos, conseguindo ganhos de eficiência notáveis. Feita esta adaptação, com a persistência da situação orçamental preocupante, já se começa a entrar numa fase em que os cortes orçamentais começam a afetar a resposta dos serviços.



Imagem de apresentação dos investigadores do Trinity College no Seminário *Crises and Health in Europe*.

Após um período de ganhos de eficiência, já não há mais margem para emagrecimento.

Thomas e Keegan, 2012

Resiliência transformadora

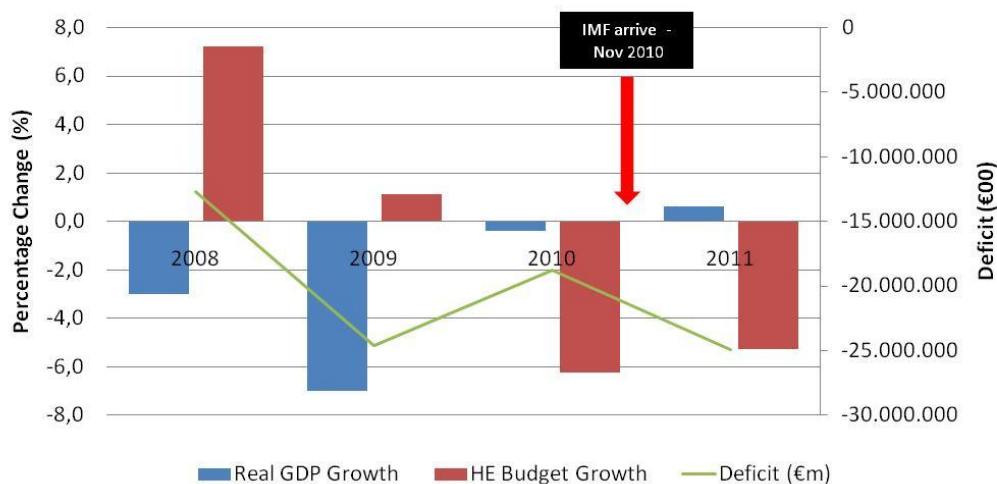
A resiliência transformadora consiste essencialmente em aproveitar a crise, para transformar o sistema. Neste sentido, a Irlanda procurou tirar proveito desta crise para anunciar e procurar realizar reformas importantes:

- estabelecer um seguro público para o universalismo,
- reforma dos cuidados de saúde primários;

Porém, nas circunstâncias atuais, não conseguiram progressos satisfatórios em nenhum destes objetivos.

Enquanto foi possível, a Irlanda protegeu o sector da saúde dos cortes orçamentais. No entanto a partir da intervenção da *Troika*, não foi possível continuar a excluir o setor da saúde das medidas restritivas (Figura 20).

Figura 20 - Despesa pública em saúde e crescimento



Fonte: adaptado de Thomas e Keegan, 2012

Portugal

Em Portugal, não dispomos de um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde. Deste modo, não é possível acompanhar com dados objetivos os reais efeitos da crise na saúde dos portugueses. Apresentam-se alguns exemplos que ilustram os efeitos da crise na saúde veiculados pela comunicação social.

De acordo com dados do INE, em 2010 os valores do suicídio (1101) foram mais elevados do que os acidentes com transportes (1015) (Figura 21).

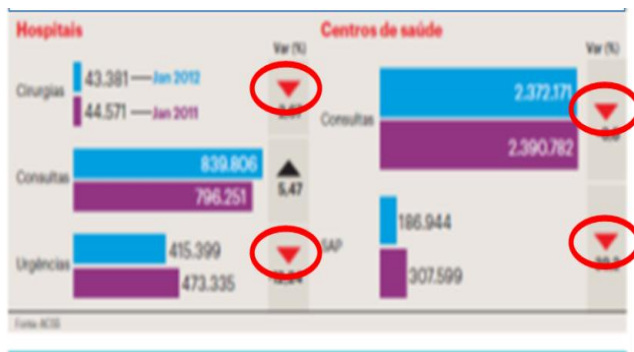
Figura 21 - Suicídios ultrapassam mortes por acidente

2008	
Acidentes transporte	1070 (815H, 255M)
Suicídio	1038 (794H, 244M)
2009	
Acidentes transporte	1064 (838H, 226M)
Suicídio	1025 (803H, 222M)
2010	
Acidentes transporte	1015 (772H, 243H)
Suicídio	1101 (836H, 265M)

Fonte: INE

No que diz respeito à evolução dos principais indicadores assistenciais nos hospitais (cirurgias, consultas, urgências) e nos centros de saúde (consultas, SAP) existem algumas indicações de que pode haver uma diminuição da produção (Figura 22).

Figura 22 - Evolução dos principais indicadores assistenciais



Relativamente aos comportamentos de risco, o presidente do Instituto da Droga e da Toxicod dependência declarou na comunicação social, que a crise está a provocar um aumento do “consumos de desespero” de droga em ex-toxicod dependentes e a um aumento do pequeno tráfico para ganhar dinheiro (Figura 23).

Figura 23 - Crise leva a mais recurso a drogas

Crise leva a mais recurso a drogas

JOÃO GOULÃO
 INST. DROGA E TOXICODPENDÊNCIA

A crise está a provocar um fenómeno de “consumos de desespero” de droga entre ex-toxicod dependentes desempregados e pode levar a um maior número de traficantes que recorram a esta atividade como “forma de sobrevivência”. As palavras são de João Goulão, presidente do Instituto da Droga e Toxicod dependência.

Foi publicitado o relatório anual da segurança rodoviária, apesar da sinistralidade rodoviária ter vindo a diminuir desde 2008, os valores dos atropelamentos com fuga aumentaram consideravelmente pela primeira vez em 2011 (Figura 24).

Figura 24 - Atropelamentos com fuga

Atropelamentos com fuga subiram 22,8%

Relatório. Em 2011 houve mais pessoas a perderem a vida colhidas por automóveis

RUTE COELHO

Os atropelamentos com fuga, que tinham vindo a diminuir desde 2008, subiram de forma assinalável em 2011, segundo o relatório anual da Autoridade Nacional da Segurança Rodoviária, ontem divulgado. Assim, se em 2010 tinham sido registados 311 atropelamentos com fuga, em 2011 esse número aumentou para 382. Significa uma subida de 22,8%.

Os atropelamentos são a única exceção na tendência que começou a verificar-se no ano passado de diminuição da sinistralidade rodoviária, como resulta da leitura do relatório anual da ANSR.

Em comparação com 2010 verificou-se um aumento do número de mortos (113, mais 14 mortos do que em 2010, um acréscimo de 13,5%) e de feridos graves (483, mais 30 que em 2010, uma subida de 6,2% face ao ano anterior) em

com fuga, com ou sem vítimas mortais, nunca pode ser aplicada prisão preventiva ao condutor responsável porque são considerados crimes negligentes e não crimes com dolo ou intenção", explicou fonte judicial ao DN na edição de 14 de março.

Os arguidos ficam a aguardar julgamento em liberdade. O perigo de fuga não é critério suficiente para a preventiva, nestes casos.

DADOS

MENOS ACIDENTES

• Em relação a 2010 houve menos 2895 acidentes com vítimas, uma redução de 8,1%. Houve também uma descida de 7% nas vítimas mortais (menos 52).

COLISÃO

• O choque entre veículos é o acidente mais frequente e repre-

O OPSS, no capítulo "Perceções dos Profissionais de Saúde no terreno", aprofunda mais estas temáticas relacionadas com os efeitos da crise na saúde, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde.

2.3 Saúde nas Políticas Públicas

Condicionamentos externos sobre a saúde e o sistema de saúde

O Memorando de Entendimento com a *Troika* (MdE) afeta a saúde e o sistema de saúde português de múltiplas formas:

- Efeitos do empobrecimento, do desemprego e edividamento sobre a saúde das pessoas;
- Pressão da diminuição do gasto público com a saúde sobre o funcionamento dos serviços de saúde;
- Impacto e diminuição das disponibilidades financeiras das famílias (menos rendimentos, maior custo de vida) e dos copagamentos nos serviços públicos de saúde (falsas taxas moderadoras).

Neste contexto existe uma pergunta fundamental:

- Na elaboração e adoção das medidas que constam do MdE foi tido em linha de conta o seu impacto na saúde e o bem-estar dos portugueses? (*Health Impact Assessment*)
A resposta é obviamente não.
- No entanto, é razoável pensar que as decisões relativas à adoção das referidas medidas (face a eventuais alternativas – prazos para a consolidação orçamental e para a diminuição da dívida e do deficit, níveis de apoio financeiro e respetivas taxas de juro) teriam sido também analisadas sob o ponto de vista dos seus efeitos previsíveis sobre a saúde e o bem-estar dos portugueses.

De facto, um dos mais importantes objetivos daqueles que têm preocupado nas últimas décadas, a nível europeu, com a viabilidade e o sucesso das políticas de saúde tem sido superar a situação, tão frequente como inaceitável, de se tomarem decisões de natureza financeira (e sobre outras políticas) sem cuidar de saber quais os seus efeitos sobre a saúde das populações, para só tardiamente reconhecer os efeitos negativos dessa omissão.

Esta necessidade óbvia para a viabilidade das políticas de saúde foi pela primeira vez reconhecida no Tratado da União Europeia de Maastricht (1992), quando se explicita no seu artigo 27, que “*a preocupação pela proteção da saúde deve informar todas as políticas da Comunidade*”. Este princípio foi adotado para o conjunto das políticas sociais pela “cláusula social” do tratado de Lisboa (2007).



A adoção de qualquer política pública significativa deve tomar em linha de conta o seu impacto sobre a saúde.

Os tratados da UE e a sua estratégia de saúde, e as declarações sobre a boa governação da saúde, subscritas por todos os países europeus no âmbito da OMS aderem a esta noção.

Como foi possível às instituições europeias integradas na Troika ignorarem este princípio?

Este mesmo princípio é claramente expresso na Abordagem Estratégica para a Saúde (2008-2013) da União Europeia e faz parte da Carta de Tallinn (2008) aprovada no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS) por todos os países europeus.

Como foi possível às instituições europeias integradas na *Troika* ignorarem este princípio?

É razoável que as instituições europeias integradas na *Troika* tenham como primeira e única consideração assegurar o conforto dos credores da dívida portuguesa sem qualquer preocupação em assegurar princípios fundamentais da construção Europeia e dos tratados que a enquadram?

É natural que na altura da elaboração inicial do MdE, a conjuntura de crise aguda de refinanciamento requeira decisões financeiras imediatas que porventura não se compadecem com outro tipo de considerações.

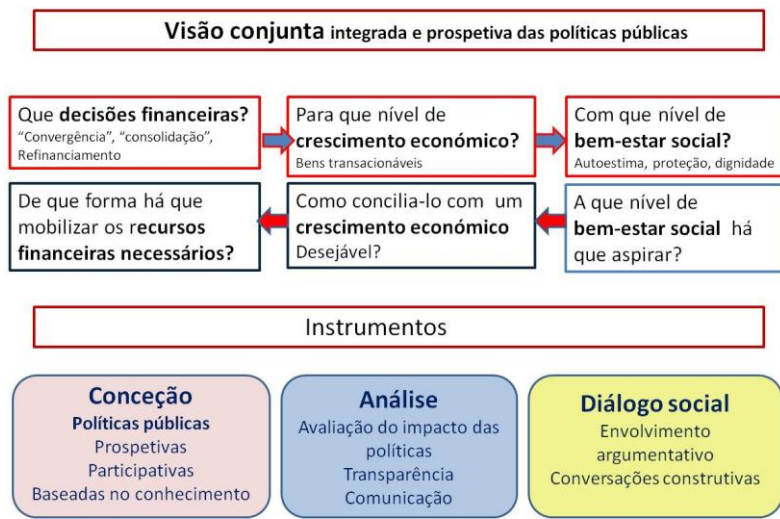
No entanto, é mais difícil de compreender a ausência da aplicação destes princípios 6 ou 12 meses depois, como se observa em Portugal, e ano e meio ou dois anos depois como ocorre, respetivamente, na Irlanda e na Grécia.

De facto há duas formas de pensar o papel das políticas de saúde no conjunto das políticas públicas:

- 1- Ceder às pressões dos interesses financeiros (nacionais e internacionais) socialmente mais poderosos: tomar decisões de interesse financeiro, vendo depois quais são as suas consequências no crescimento económico e “no fim de tarde” o carro vassoura recolhe e trata o sofrimento humano e social causado (Figura 23);
- 2- A alternativa parece clara: governar olhando conjuntamente e simultaneamente para as alternativas de natureza financeira, as exigências de crescimento económico, as necessidades de proteção social e as aspirações de desenvolvimento humano (Figura 25). Não se trata de condicionar de forma rígida e irrealista umas coisas às outras, mas sim tomar decisões mais inteligentes, informadas por análises antecipatórias do impacto esperado de uma política pública nas outras.



Figura 25 - Visão conjunta integrada e prospetiva das políticas públicas



Fonte: elaboração própria

2.4 INTERVENÇÃO EXTERNA – Memorando de entendimento com a *Troika*

Aspetos gerais

A súbita incapacidade de refinanciar a dívida portuguesa levou ao pedido formal de apoio financeiro às instituições europeias e ao FMI. Este apoio financeiro, para superar a inacessibilidade aos mercados financeiros, causada por um conjunto de circunstâncias atrás resumidas, trouxe consigo o MdE com a *Troika*.

Cerca de um ano depois da elaboração do MdE, e de inúmeros debates sobre o mesmo, com realce para aqueles que foram organizados pelo Instituto de Direito Económico, Financeiro e Fiscal (IDEFF), o tipo de avaliação que mais consistentemente recolhe o conteúdo desses debates pode ser resumido em pelo menos quatro dimensões: (i) Em que circunstâncias foi elaborado; (ii) Quem o elaborou; (iii) De que tipo de entendimento se trata; (iv) Qual é a sua lógica e fundamentação; (iv) De que forma é revisto.

(i) Em que circunstâncias foi elaborado?

É um facto que o MdE foi elaborado num curto período de tempo, pois tratava-se de obter os “apoios financeiros” de que o país passou a necessitar urgentemente. No entanto, se as suas reconhecidas limitações fossem especialmente atribuíveis à urgência com que foi elaborado, então seria de esperar que aquelas seriam necessariamente revistas nas suas reavaliações subsequentes.

(ii) Quem o elaborou?

Numa situação em que o país se encontra intervencionado – dando azo a falar-se de uma governação “interna” e outra “externa” – então seria importante saber que medidas são propostas por que parte, com que fundamento (transparência), quais aquelas medidas em que há um genuíno consenso entre as partes em contraposição com aquelas que são impostas por uma delas (legitimidade). Só assim podemos ajuizar a natureza do acordo e do compromisso que o país assumiu.

(iii) De que tipo de entendimento se trata?

O entendimento pode ser visto de duas perspetivas: (i) a obrigatoriedade de executar as medidas (mesmo não concordando com as mesmas); e (ii) o comum acordo sobre a bondade das medidas a executar.

EUROPEAN
ECONOMY

Memorando de
Entendimento
entre o Governo português
e a *Troika*

The Economic Adjustment Programme
for Portugal



CONFERÊNCIA
VAMOS AVALIAR A
TROIKA!

Outubro de 2011

“Ao afirmar que temos o direito de discutir a Troika e o seu programa... recusamo-nos a ser cúmplices de uma cultura de resignação e desistência”.

Eduardo Paz Ferreira
Presidente do IDEFF

A Troika “errou nos juros que aplicou ao país, no tempo de ajustamento proposto, na falta de medidas para estimular a economia, nas privatizações que impôs, na quantidade de dinheiro que emprestou”.

Nicolau Santos
Economista e jornalista

O “entendimento” de que somos forçados a tomar estas medidas quer dizer que estamos de acordo com elas?

(iv) Com que lógica e fundamentação?

Diagnóstico exclusivamente nacional

Na análise económica do MdE o país é uma “ilha” (o mesmo acontece com os documentos similares elaborados para a Irlanda e a Grécia). Não existem categorias como ‘mercados financeiros internacionais’ e a sua falta de regulação, nem ‘zona Euro’ com importantes falhas sistémicas e débil governação. A redução do diagnóstico exclusivamente às “falhas” internas resulta necessariamente num tratamento exclusivamente interno para um problema com fortes incidências globais e europeias.

Prescrições severas sem fundamentação técnica

Daqui resulta uma prescrição severa para o país (recessão, desemprego, mal-estar social) e também para a saúde dos portugueses com múltiplas e justificadas interrogações em termos da sua fundamentação técnica.

Prescreveu-se com uma presunção de infalibilidade que desencoraja qualquer avaliação objetiva.

Modelo de gestão de mudança não explicitado e “acultural”

Não é evidente a sustentação teórica de uma gestão de mudança que constitui uma “cirurgia externa” estranha ao tecido socio-cultural do país.

(v) De que forma é revisto?

Não é uma revisão no sentido de ir avaliando e aperfeiçoando o MdE de modo a reajustá-lo à realidade nacional e internacional, aprendendo com a experiência vivida dentro e fora do país. É muito mais um exame do seu grau de cumprimento.

(vi) Quais são as vantagens e inconvenientes de implementar medidas há muito necessárias através da força de um compromisso externo (external driver)?

Se, por um lado, esta pressão exterior ajuda a ultrapassar resistências crónicas à mudança (diminuindo o seu custo político), por outro lado, a prazo deixa de promover a capacidade do país em explicitar, negociar e implementar, de forma autónoma, as suas políticas públicas, acabando por debilitar o seu sistema político interno.

Programa de saúde da Troika

Entre os três países com MdE com a Troika, Portugal é o país com um sistema de saúde mais bem estruturado e pior financiado (em termos de gastos *per capita* em cuidados de saúde).

Também revela menor grau de racionalidade na utilização dos seus recursos financeiros, humanos e tecnológicos do que a Irlanda, e maior do que a Grécia.



Jean Claude Juncker
Presidente do EuroGrupo

(...) os planos sugeridos à Grécia apostaram apenas no equilíbrio financeiro do país e não no crescimento.

(...) [isso] foi uma falha e essa estratégia explica, em parte, que o país esteja há cinco anos consecutivos em recessão, período no qual a economia grega decresceu 15%.

(...) não houve abertura suficiente para procurar soluções alternativas.

Entrevista ao jornal Kathemerini, Atenas, Março 2012

Quem paga o preço destes equívocos?

Até quando vamos continuar a depender de intervenções externas para superar os desafios de desenvolvimento do país?

Principais objetivos do programa de saúde

Os principais objetivos estão bem explícitos na introdução do programa: *"melhorar a eficiência e efetividade no sistema de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controle da despesa, de modo a obter poupança adicional no setor farmacêutico e reduzir a despesa pública com medicamentos (...) e obter poupança nos custos operacionais dos hospitais."*

As principais medidas do programa de saúde

As principais medidas do "programa da saúde" estão resumidas na figura 24.

Racional de programa – tipologia das medidas

Como se indica na figura 26 as medidas do MdE com a *Troika* podem classificar-se em dois tipos: medidas "primárias" (que obedecem aos objetivos principais do MdE), centradas na contenção de custos e racionalização e se apresentam com um grau razoável de sistematização; e medidas secundárias, de carácter mais avulso, que aparentam ser originárias das autoridades de saúde do país.

Em relação ao grau de fundamentação, contextualização cultural, calendário proposto, aplicam-se aqui as reservas expressas mais acima em relação ao conjunto do MdE.

A figura 27, extraída do RP 2011, mapeia as medidas da *Troika* naquilo que, segundo a literatura da especialidade, vão ser os principais domínios de uma política de saúde.

É evidente, por este mapeamento, que as medidas se concentram em ações de racionalização e contenção de custos, muito enfocados no curto prazo.

Daí a importância destas medidas serem enquadradas, pelo Ministério da Saúde, numa política de saúde explícita, coerente e integradora, dando um sentido e direção clara às medidas que a integram (este tema será desenvolvido mais adiante).

Revisão periódica das medidas da *Troika*

Tal como acima referido, e citando agora Eduardo Paz Ferreira, "(...) a *Troika revisita Portugal não para ajustar o programa em apreciação da sua adequação à evolução económica, mas antes para se certificar que as medidas estão a ser cumpridas...*".



Grécia: Programa de saúde no MdE requerendo uma profunda reforma estrutural. As instituições gregas têm tido grande dificuldade em responder a tão fortes exigências em tão pouco tempo.



Irlanda: O MdE com *Troika* não inclui um programa de saúde. No entanto, a pressão financeira que impõe começa a ter reflexos negativos no sistema de saúde.

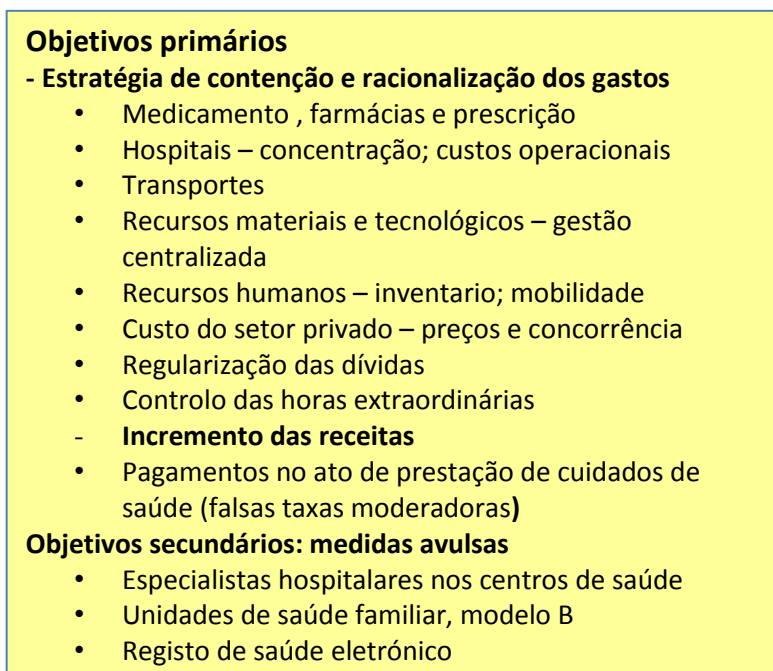


Portugal: Programa de saúde no MdE está centrado em medidas de contenção de custos e racionalização, e está a decorrer de uma forma próxima ao previsto (tema aprofundado em várias secções deste relatório).



Espanha: Não é ainda clara a natureza do não-resgate, mas a atividade já em curso tem significado importantes cortes na saúde (e educação) e a introdução de copagamentos.

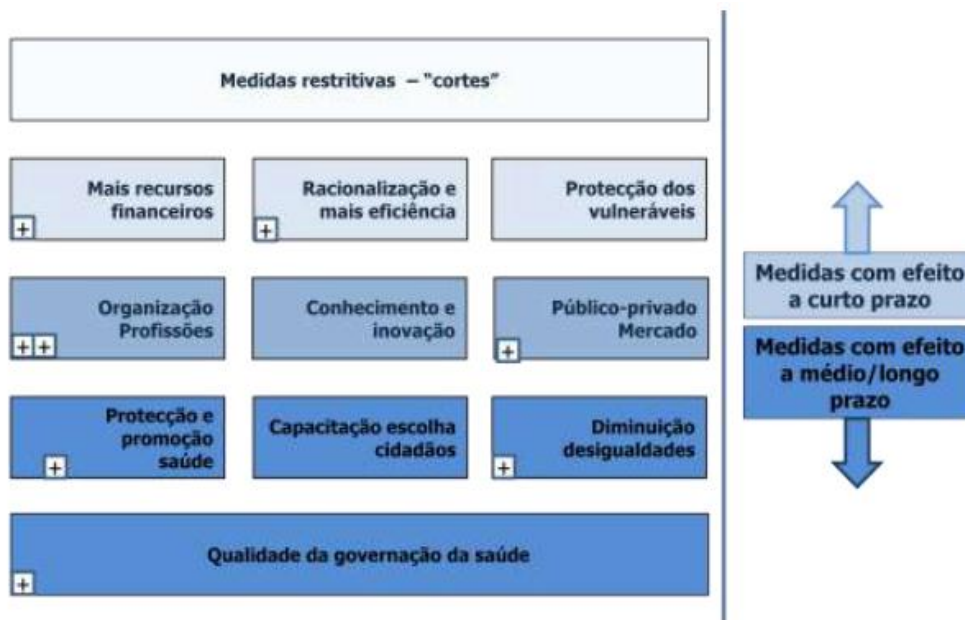
Figura 26 - Sumário das medidas do MdE com a Troika (junho, 2011)



A *Troika* não revisita Portugal trimestralmente para avaliar a justeza da evolução do programa, mas “examinar” o país quanto ao seu cumprimento.

Comentário: Não se entende o interesse e a intenção de introduzir algumas das medidas avulso acima indicadas: Torná-las “mais obrigatórias”

Figura 27. Leitura do documento da OCDE Health Systems Priorities when Money is tight, à luz do modelo prospetivo de análise



3. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

3.1 Governação da Saúde em Tempo de Crise - Ação do Ministério da Saúde

Os últimos 12 meses têm sido particularmente difíceis para o país.

Na análise da governação da saúde, durante este período, há que ter em conta, para além do contexto desflorável já atrás referido, outros fatores igualmente influentes: os antecedentes do sistema de saúde português, a intervenção da *Troika*, e as dificuldades culturais, sociais e instrumentais para gerir um processo de mudança exigente.

Muitos destes aspetos já foram tratados nos capítulos anteriores.

1. Antecedentes

Um dos antecedentes mais problemáticos da governação da saúde do último ano, foi a dívida herdada de cerca de 3.000 milhões de euros no setor da saúde, o que corresponde a mais do que um terço do Orçamento Geral do Estado (OGE) para este setor.

Endividamento é um assunto particularmente sério pela justa pressão dos credores para serem ressarcidos das dívidas pendentes (muitas delas desde há muito), por se tratar de verbas importantes retiradas da economia do país, e porque o endividamento tem sérias repercussões quer na gestão das instituições endividadas, quer nas instituições credoras.

Finalmente, há que recordar que o endividamento não deixa também de suscitar justificadas preocupações quanto à persistência dos fatores que estão na sua origem.

2. Intervenção da *Troika*

Uma análise sucinta da lógica e conteúdos do MdE com a *Troika* foi já anteriormente esboçada neste documento. Aqui, recordar-se-á o que é mais relevante neste contexto.

É fácil reconhecer que uma parte das medidas incluídas no MdE com a *Troika* são necessárias e que o país teria beneficiado se estas tivessem sido há muito implementadas.

Endividamento do país e da saúde:

Dívida do Serviço Nacional de Saúde duplicou em apenas três anos

08.06.2012 - 00:01 Por Alexandra Campos



DN ECONOMIA

INÍCIO POLÍTICA DESPORTO CARTAZ VÍDEOS ESPECIAIS GALERIAS ARQUIVO
Portugal Globo Economia Ciência Artes TV & Media Opinião Pessoas

ALBUMENTO
Endividamento das autarquias dispara 13%
por JOÃO CRISTÓVÃO BAPTISTA 14 Outubro 2010



Dívida dos municípios cresceu 615 milhões de euros em 2009. Há pelo menos cem em grandes dificuldades de financiamento.

Economia

PS20 | BVL SA 0,424 -2,304% | BCO ESPSAINT 0,813

Contas públicas

Dívida na Madeira é de 6328 milhões de euros

30.09.2011 - 18:49 Por Sérgio Anibal

Dívidas de empresas públicas vão ser assumidas pelo Estado

Publicado a 21 FEV 12 às 22:58

O secretário de Estado dos Transportes afirmou que as dívidas das empresas públicas do sector serão assumidas pelo Estado e não serão os utentes ou os trabalhadores a pagá-las.



Tudo o que se passa, passa na TSF

Algumas das medidas relativas à Saúde incluídas no MdE são necessárias e o país teria beneficiado se estas tivessem sido há muito implementadas.

Grande parte destas medidas estão fortemente orientadas para a contenção dos gastos e para uma melhor utilização dos recursos da saúde (Figura 28).

Figura 28 - Sumário das medidas do MdE com a Troika (junho, 2011)

<p>Objetivos primários</p> <ul style="list-style-type: none">- Estratégia de contenção e racionalização dos gastos• Medicamento , farmácias e prescrição• Hospitais – concentração; custos operacionais• Transportes• Recursos materiais e tecnológicos – gestão centralizada• Recursos humanos – inventario; mobilidade• Custo do setor privado – preços e concorrência• Regularização das dívidas• Controlo das horas extraordinárias <p>- Incremento das receitas</p> <ul style="list-style-type: none">• Pagamentos no ato de prestação de cuidados de saúde (falsas taxas moderadoras) <p>Objetivos secundários: medidas avulsas</p> <ul style="list-style-type: none">• Especialistas hospitalares nos centros de saúde• Unidades de saúde familiar, modelo B• Registo de saúde eletrónico
--

Do que no entanto é legítimo duvidar, pelas razões atrás expostas, é se é possível, desejável, e isento de sérios riscos implementá-las forçadamente num tão curto espaço de tempo.

O sistema de saúde, em particular, é muito complexo e culturalmente dependente. Por isso, não é suscetível de ser duradoiramente influenciado por uma “engenharia mecânica normativa”, de prazos exíguos, que passa superficialmente por cima das exigências próprias de um processo de transformação real do sistema de saúde.

Não se negam as vantagens óbvias de um “mecanismo de pressão externo” (*external driver*), mas é também importante reconhecer que este também tem importantes inconvenientes a médio e longo prazo.

A concentração destas medidas num prazo excessivamente curto (que tem tudo a ver com a abordagem das instituições europeias em relação às dívidas soberanas de alguns países, e nada a ver com a lógica dos processos de mudança dos sistemas de saúde) dificulta o seu enquadramento por políticas de saúde e instrumentos apropriados de governação da saúde, mas torna esse enquadramento indispensável.

É por demais evidente que a *Troika* está pouco vocacionada para este tipo de considerações. O seu enfoque é naturalmente de uma outra natureza.

3. Ação do Ministério da Saúde – com a Troika e para além da Troika

O cumprimento do MdE na saúde é, necessariamente, um desafio árduo para qualquer governo.

Estas exigentes tarefas deixam pouco espaço e capacidade disponível para muitas outras coisas, entre as quais, a necessidade do enquadramento atrás referida.

Neste contexto, não se pode deixar de levar em consideração que o atual Governo não tem ainda um ano completo de atividade numa conjuntura extraordinariamente adversa. Não é razoável esperar que o Ministério da Saúde tenha já feito tudo aquilo que necessita de fazer neste limitado período de tempo.

O Ministério fez seguramente um considerável esforço, um esforço bem conseguido, para ter nota positiva nas avaliações periódicas da *Troika*, em termos da execução do programa acordado.

No entanto, ao fazê-lo, incorre nas limitações e inconveniências da lógica que enforma o MdE.

Superar essas limitações – especialmente aquelas que decorrem de um inadequado enquadramento em política de saúde – é, em si, outro desafio exigente, mas muito necessário.

Parece também evidente que o Ministério da Saúde privilegiou especialmente aquelas medidas que correspondem aos objetivos primários do MdE. São estas as medidas nas quais a *Troika* está particularmente interessada e que correspondem também às necessidades de contenção de gastos do Governo.

Destacam-se em seguida, de uma forma necessariamente muito sucinta, as iniciativas do Ministério da Saúde no último ano, procurando dar relevo àquelas que menos se sobrepõe ao MdE com a *Troika*.

3.1 Racionalização I

O Ministério desenhou e tem levado a cabo um vasto conjunto de medidas de racionalização no setor da saúde, mais profundo do que aquele contido no MdE com a *Troika*, e já atrás referido, com resultados assinaláveis nalguns domínios. Essas medidas adicionais parecem resultar do compromisso de não acumulação de novas dívidas.

Este processo de racionalização pode ser resumido da seguinte forma:

a) Dívida do setor da saúde

Neste domínio há que ter em conta particularmente o seguinte:

- Lei dos compromissos e pagamentos em atraso;

O conjunto das medidas incluídas no MdE executadas forçosamente num tempo excessivamente curto, e sem um adequado enquadramento em políticas de saúde, representam um sério risco para o futuro do sistema de saúde.

O Ministério desenhou e tem levado a cabo um conjunto de medidas de racionalização mais profundo do que aquele contido no MdE, em cerca de um ano, com resultados assinaláveis nalguns domínios.

- Programa de regularização de dívidas do SNS com o objetivo de baixar, de forma significativa, o *stock* da dívida e melhoria dos prazos de pagamento;
- Reforço do orçamento em 1,5 milhões de euros para pagar, em 2012, cerca de metade da dívida acumulada.

Assegurar 1,5 milhões de euros para pagar, em 2012, cerca de metade da dívida acumulada, constitui um êxito assinalável do Ministério da Saúde.

b) Administração pública

Aqui há que referir o Programa de racionalização da ocupação dos espaços e a reorganização do efetivo de dirigentes dos serviços públicos.

c) Medicamento e farmácia

Este é um setor que tem merecido uma atenção muito especial:

- Prescrição por denominação comum internacional (DCI);
- Monitorização da prescrição de medicamentos;
- Programa do medicamento hospitalar;
- Alteração do sistema internacional para estabelecimento de preços;
- Alteração das margens de lucro das empresas distribuidoras e das farmácias;
- Aquisição centralizada de medicamentos;
- Revisão do sistema de comparticipação de medicamentos (em projeto);
- Maior transparência (Centro de Conferência de Faturas).

Os aspetos relacionados com o medicamento e a farmácia são analisados mais profundamente no ponto 3.2.4.

Neste contexto, merece especial atenção o acordo entre os ministérios da Saúde, da Economia e Emprego, e das Finanças com a indústria farmacêutica (APIFARMA) (Quadro 1).

Quadro 1 - Acordo do Governo com a APIFARMA

<p>Acordo com a APIFARMA</p> <p>Redução de 300 MEUR na despesa pública com medicamentos em 2012</p> <ul style="list-style-type: none">- 170 MEUR no mercado hospitalar e 130 MEUR no mercado ambulatorio- Introdução de medicamentos inovadores nos hospitais <p>Do lado do Governo</p> <ul style="list-style-type: none">- Pagar 60% das dívidas vencidas durante o ano de 2012- Revogar portaria que previa uma redução anual de 6% no preço dos medicamentos, mantendo a revisão anual de preços- Possibilidade de revogar a lei que obriga os medicamentos a trazerem a indicação do preço nas embalagens <p>Do lado da APIFARMA</p> <ul style="list-style-type: none">- Criação de 2 fundos de garantia do cumprimento da poupança de 300 MEUR

d) Processos informacionais

Neste ponto há que referir:

- Desmaterialização crescente de todos os processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados;
- Obrigatoriedade de prescrição eletrónica em todo o tipo de receituário com comparticipação pública;
- Alargamento progressivo da prescrição eletrónica a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As NOCs e outros aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde são tratados com mais detalhe no ponto 3.2.6.

e) Combate à fraude

Têm havido importantes progressos no combate à fraude, facilitada pelos processos informacionais acima referidos. Contudo, observa-se com preocupação, um “sentimento de impunidade” por parte dos agentes envolvidos – a mesma tipologia de facto repete-se em diferentes áreas da saúde.

3.2 Racionalização II

a) Normas de orientação clínica (NOCs)

Iniciou-se e expandiu-se, rapidamente, a elaboração e disseminação de NOCs para os cuidados de saúde, em colaboração com a Ordem dos Médicos.

b) Trabalho técnico de apoio às reformas organizacionais

Estão em funcionamento dispositivos técnicos, de carácter consultivo, que têm como missão a preparação e sujeição à discussão pública de propostas de desenvolvimento organizacional do SNS. Destacam-se:

- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar;
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência;
- Grupo de trabalho para a Carta Hospitalar (Entidade Reguladora da Saúde).

O desenvolvimento organizacional do SNS é apreciado com mais detalhe no ponto 3.2.3.

c) Informação/publicitação sobre o desempenho dos serviços de saúde

O Ministério, no cumprimento daquilo que ficou expresso no Programa do Governo, começou a disponibilizar mensalmente informação sobre a produção/desempenho das instituições públicas da saúde (hospitais, centros de saúde e serviços).

4. Da captura do Estado

Um amplo conjunto de atores socioeconómicos foi-se tornando progressivamente dependente do orçamento da saúde.

Muitos dos produtos e serviços proporcionados por entidades privadas – de caráter lucrativo ou do 3º sector – são úteis para a saúde e representam frequentemente atividades complementares muito relevantes ao setor público.

No entanto, a pressão para expandir essas ofertas para além do que é razoavelmente necessário e suportável, tem sido exercida com êxito, face à incapacidade da governação da saúde de se empenhar num diálogo informado e exigente com os seus clientes mais influentes.

Isto também tem contribuído para que alguns destes fornecedores de bens e serviços se manifestem de forma pouco própria para um *stakeholder* da saúde.

O Ministro da Saúde tem-se mostrado frequentemente surpreendido pelo grau de captura do Estado (e dos interesses gerais que ele representa) pelos múltiplos e fortes interesses particulares que operam na área da saúde.

O OPSS chamou a atenção, no seu Relatório de Primavera de 2011, para a necessidade de assegurar que as medidas incluídas no MdE não viessem a sofrer, na sua implementação, dos efeitos de uma capacidade diferenciada de resistência por parte dos atores socioeconómicos envolvidos.

A insatisfação manifesta na comunicação social por alguns desses atores, por um lado, e a análise objetiva da implementação das medidas do MdE com a Troika, por outro, indicam que o Ministério da Saúde tem resistido invulgarmente bem a essas pressões.

A menor resistência aos interesses instalados depende, não só, da pobreza dos instrumentos de direção estratégica da administração para fazer face a esses interesses, mas também, do elevado preço político, “não imediatamente evidente”, que essa resistência acarreta. Quanto menos sofisticados são os instrumentos de direção estratégica, mais elevado é o risco político em que se incorre.

5. Aspetos críticos da realidade atual e da ação do Ministério da Saúde.

A recessão económica, o acentuado aumento do desemprego, o aumento da carga fiscal, o agravamento dos preços dos serviços inevitáveis (a eletricidade e os transportes), a diminuição das remunerações da função pública e dos pensionistas, o empobrecimento das pessoas, novos obstáculos ao acesso aos cui-

A análise da implementação das medidas do MdE e a insatisfação manifesta na comunicação social por parte de alguns atores socioeconómicos de saúde, indica que o Ministro da Saúde tem resistido invulgarmente bem às pressões desses setores.

Em Fevereiro de 2012 um laboratório farmacêutico informou o Ministério da Saúde que deixaria de fornecer medicamentos aos hospitais devedores.

A empresa NephroCare Portugal, SA, detentora das unidades de diálise, vai deixar de tratar, já a partir de Novembro, os doentes renais portadores de infeção pelo vírus da hepatite B. A denúncia foi feita hoje pelo Sindicato Independente dos Médicos (SIM) que considera a medida “rude, drástica e prepotente”.

24.10.2011 Publico

As 56 corporações de bombeiros do distrito de Lisboa vão suspender, a partir de junho, o serviço de transporte de doentes não urgentes contratado pelo Ministério da Saúde, avançou hoje o presidente da federação dos bombeiros de Lisboa.

26.05.2012 SIC Noticias

Uma análise mais detalhada sobre a qualidade da governação da saúde pode ler-se no capítulo 4.

-dados de saúde (transportes e falsas taxas moderadoras), e o agravamento das condições de trabalho nos serviços de saúde, conjugam-se para criar condições de vida penosas e de sofrimento em amplas camadas da população portuguesa.

Nestas circunstâncias, o ponto de partida de uma política de saúde teria que ser a análise precoce do impacto esperado/previsível da crise económica e social (incluindo o conjunto das medidas do MdE) na saúde das pessoas e no sistema de saúde.

Já foi anteriormente referida a importância desta noção de análise de impacto (*Health Impact Assessment*) para as políticas de saúde, no conjunto das políticas públicas.

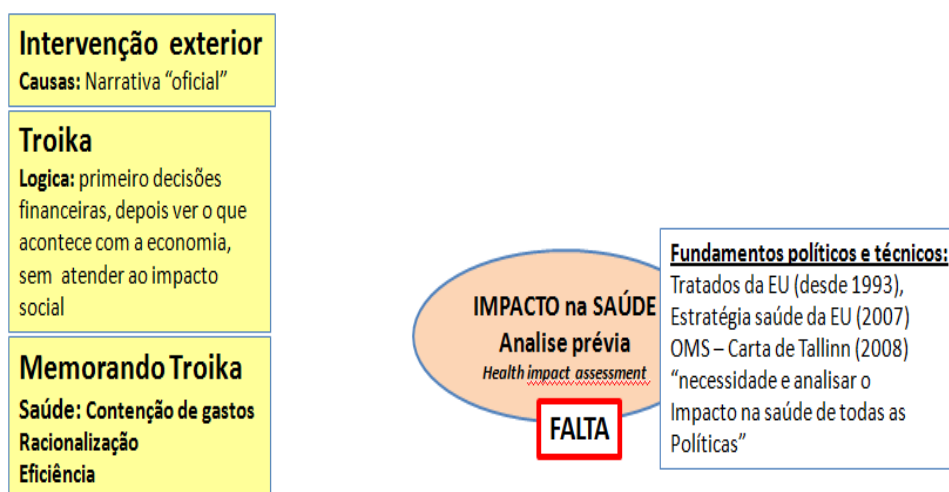
Agora, é tempo de avaliar as consequências da ausência de uma análise deste tipo (como é o caso de Portugal) no comportamento do sistema de saúde (Figura 29):

- **1. Ausência de um sistema de monitorização e alerta precoce sobre os efeitos da crise na saúde.** Esta monitorização teria que incidir, em especial sobre aspetos relacionados com os efeitos do desemprego (ou o receio de perder o emprego) e do súbito empobrecimento, como são a depressão e as tendências suicidárias, o agravamento dos comportamentos de risco (álcool e toxicodependências, principalmente), o abandono de medidas preventivas e processos terapêuticos que não causem problemas imediatos, as dificuldades de acesso aos cuidados e às tecnologias da saúde.

O OPSS solicitou aos Ministérios da Saúde informação sobre a existência de um tal sistema de monitorização. Não obteve resposta. O OPSS não encontrou nenhuma indicação de que tal sistema exista.

Na conjuntura que o país tem atravessado, o ponto de partida de uma política teria que ser a análise precoce do impacto esperado da crise económica e social na saúde das pessoas e no sistema de saúde português.

Figura 29: Impacto da crise nas políticas e saúde - 1



- 2. Falta de uma resposta precoce a esses efeitos, através de estratégias e programas locais que integrem os serviços de saúde e a ação social.

Nas presentes circunstâncias seria de esperar que os Centros de Saúde, em estreita colaboração com a ação social e outros dispositivos de proximidade, fossem mobilizados para desenvolver estratégias locais integradas para responder ao tipo de desafios, acima referidos.

O OPSS solicitou ao Ministério da Saúde informação sobre a existência deste tipo de estratégias locais. Não obteve resposta.

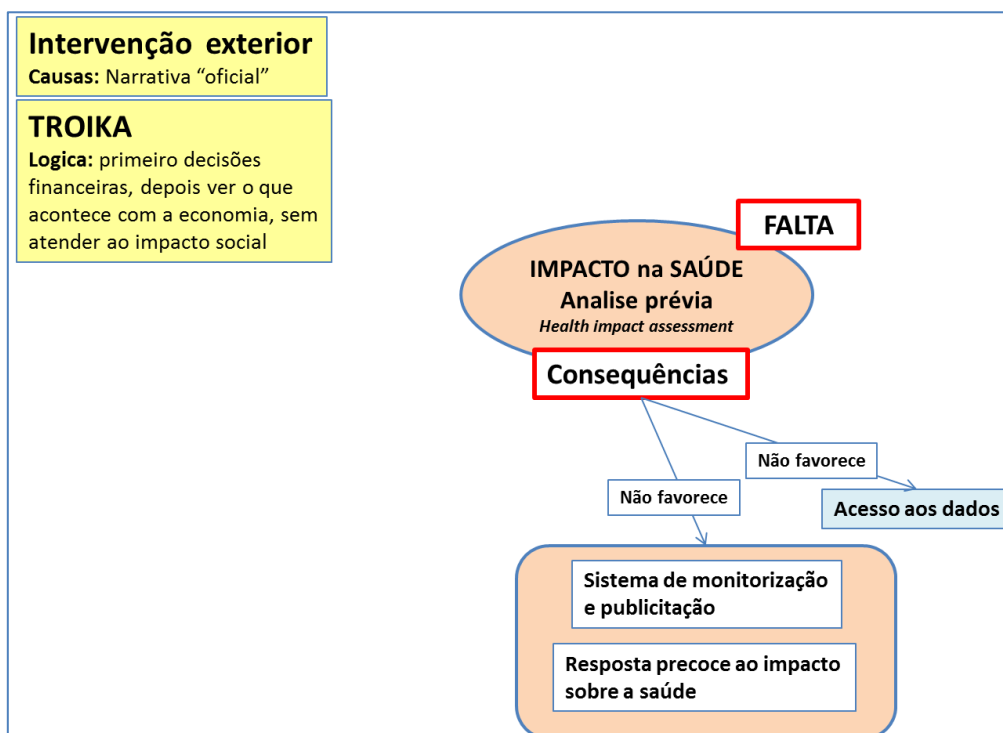
O OPSS não encontrou nenhuma indicação de que tais estratégias existam.

- 3. Atitude passiva em relação à análise de dados sobre a situação da Saúde e conseqüente resistência em trabalhar e proporcionar os mesmos.

Continua a predominar uma cultura de baixa utilização de análise e comunicação nas decisões da administração.

O OPSS solicitou, atempadamente, ao Ministério da Saúde a cedência de dados necessários às suas análises. Embora este ano tenha sido adotada uma coordenação para a resposta por parte do Ministro da saúde, os organismos responderam tardiamente, de forma limitada ou não responderam de todo.

Figura 30 - Impacto da crise nas políticas e saúde - 2



- 4. A falta de uma verdadeira política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e contenção de gastos e que minimize os seus efeitos negativos. Isto significa o enquadramento do conjunto de medidas pontuais numa política explícita, coerente e integradora, dando sentido a uma visão de conjunto das medidas que enquadra, perceptível para os atores de saúde, com a intenção de os mobilizar para ações de interesse comum.

Essa política integraria os seguintes elementos (Figura 31):

- Estratégia de Saúde: Não há ainda um novo Plano Nacional de Saúde;
- Desenvolvimento organizacional do SNS: O desenvolvimento da reforma dos cuidados de saúde primários tem aspetos preocupantes.
- Transformação do sistema de saúde (Processo de cuidados, cidadania e literacia): Não parece estar na agenda do Ministério da Saúde;
- Acesso aos cuidados de saúde: Sem atender suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento;
- Qualidade dos cuidados de saúde: Alguns aspetos carecem de uma atenção particular, e necessitam de ser integrados numa política de qualidade;
- Política para as profissões de saúde: Não existe;
- Qualidade da governação: é necessário um grande investimento em novos instrumentos da governação da saúde;
- Financiamento: Constrangimentos de causas conhecidas;
- Contratualização: Necessita de uma revisão estratégica urgente, amplamente participada;

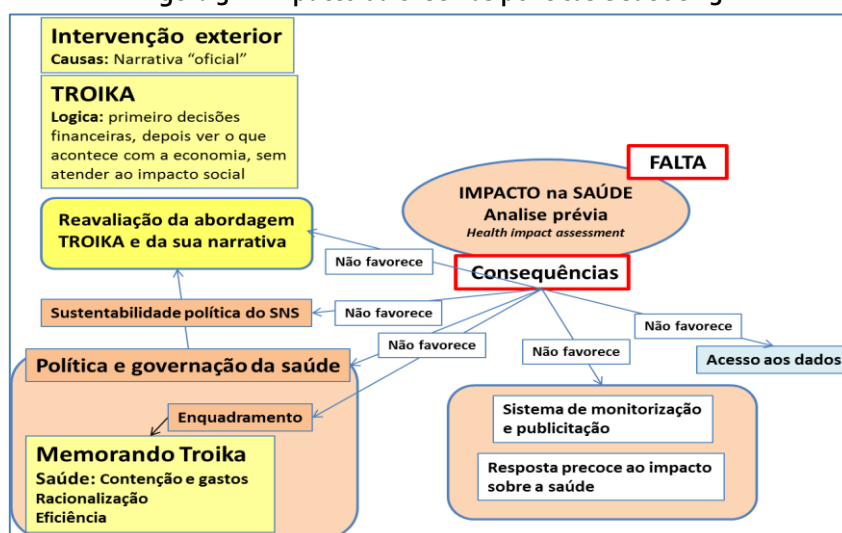
Alguns exemplos selecionados são apresentados no Quadro 2.

Os vários elementos deste enquadramento político são apreciados com mais detalhe no capítulo 4.

As práticas de “racionamento implícito” sob intensa pressão para contenção dos gastos são uma das maiores ameaças à qualidade dos cuidados de saúde, nas atuais circunstâncias.

Este tema é tratado com mais detalhe no capítulo 4.

Figura 31 - Impacto da crise nas políticas e saúde - 3



Quadro 2 – Exemplos da necessidade de um enquadramento em políticas de saúde para as medidas de contenção de gasto e racionalização

- As medidas relativas ao **medicamento** seriam favorecidas por um enquadramento da política do medicamento centrado no acesso e na boa utilização do medicamento;
- As **medidas contensão de gastos nos transportes dos doentes** não seriam possivelmente tão gravosos se fossem enquadradas em políticas locais de acessibilidades;
- Os **cortes nos orçamentos hospitalares** seriam menos suscetíveis de resultarem em racionamento implícito - que tendem a ocorrer em clima de intensa contenção de gastos por parte dos atores envolvidos, sem que para isso existam orientações explícitas - se fossem articulados com uma forte mobilização das direções clínicas num contexto de uma política para a qualidade em saúde;
- A **racionalização dos serviços hospitalares** faria mais sentido se, em vez de se centrar individualmente em cada serviço, fosse pensada em termos do papel de cada serviço num processo contínuo de cuidados que os relaciona necessariamente uns com os outros (contribuindo assim para a transformação do sistema de saúde na direção certa);
- Os projetos relativos à **informação** fariam seguramente mais sentido e teriam melhor prognóstico se fossem bem “localizados” numa estratégia de informação de saúde, peça fundamental de um Plano Nacional de Saúde;
- A continuidade do desenvolvimento das **unidades de saúde familiar** seria mais segura se fossem perspectivadas numa reforma com uma forte base social de apoio nas profissões da saúde e na população em geral, salvaguardando os princípios de proximidade das organizações e autonomia com responsabilidade das profissões, adaptados inteligentemente às circunstâncias atuais;
- A **angariação de médicos no “mercado tipo custo/hora”** não teria eventualmente que ser assim se, para além da desvalorizada “gestão dos recursos humanos da saúde”, existisse uma verdadeira **política para as profissões da saúde**;
- O conjunto das medidas em curso teria uma disposição menos **fragmentária** se fosse identificável uma **“função de análise e direção estratégica”** que não deixaria de ter como ponto de partida a análise do impacto sobre a saúde das pessoas e sobre o sistema de saúde das medidas restritivas em curso.

▪ **5. Não facilita a sustentabilidade política do sistema de saúde**

Como foi referido no capítulo anterior, e será novamente explicitado aqui mais adiante, só a visão conjunta das políticas públicas e avaliação dos eventuais impactos de umas em relação às outras, explicitado num diálogo social adequado assegura a sustentabilidade política do sistema de saúde.

▪ **6. Não facilita uma reavaliação realista do MdE com a Troika.**

As dificuldades do sistema de saúde português aumentarão significativamente sem a reavaliação do conjunto de medidas do MdE com a *Troika*. Este será muito mais difícil sem uma análise dos impactos da crise na saúde e sem um claro enquadramento em políticas de saúde das medidas inscritas neste Memorando. Reavaliação não é sinónimo de um juízo sobre o seu grau de cumprimento.

Figura 32 – Componentes de uma política de saúde

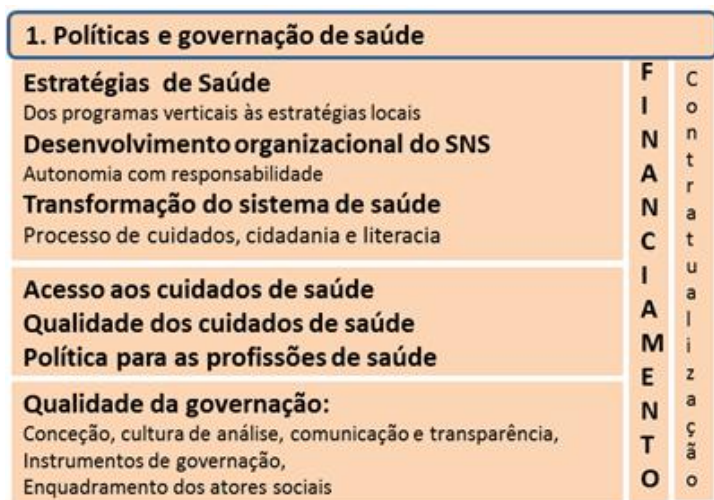
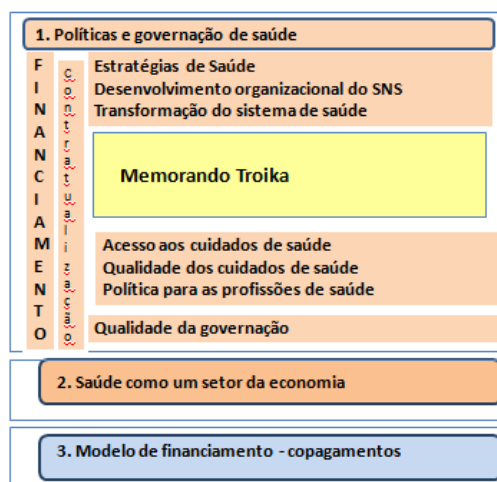


Figura 33 – Políticas de saúde como enquadramento



6. A questão da sustentabilidade do SNS

O OPSS analisa os processos de governação da saúde e não toma posição sobre as agendas políticas.

No entanto, para poder analisar os processos de governação necessita de identificar as agendas políticas que lhes dão forma. Esta é frequentemente uma tarefa difícil e delicada. A principal razão dessa dificuldade reside no facto das agendas políticas na saúde, como noutros domínios, nem sempre serem explícitas. Os juízos associados à identificação de agendas políticas implícitas situam-se num território ou fronteira onde a análise académica das políticas públicas e dos processos de governação se move com considerável desconforto.

É com estas reservas que o OPSS aborda a questão da sustentabilidade do SNS.

Este tema é abordado segundo duas dimensões distintas:

- A racionalização de procedimentos e de gestão dos recursos da saúde é uma importante contribuição para a sustentabilidade financeira do SNS: aliviar o substancial peso da dívida pública no setor da saúde, baixar gastos excessivos e injustificados com medicamentos e MCDTs, resolver a duplicação desnecessária de serviços, e gerir com melhor racionalidade a distribuição dos recursos humanos e materiais da saúde, são aspetos fundamentais para a sustentabilidade financeira do SNS.

Durante o último ano, o Ministério da Saúde tomou um vasto conjunto de medidas nesse sentido, que contribuiu fortemente para a sustentabilidade financeira do SNS.

- No entanto, a noção de sustentabilidade financeira do SNS tem que ser integrada numa ideia de ordem superior que é a da sua sustentabilidade política.

Pode dizer-se que tem ocorrido um conjunto de situações que afetam negativamente a sustentabilidade política do SNS:

- Insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS:
Barreiras ao acesso; percepção de racionamento implícito; estigmatização associada com o recurso ao estatuto de pobreza; e reconhecimento de que é mais conveniente utilizar serviços privados (por efeito das falsas taxas moderadoras e do fecho de serviços públicos próximos).
- Desmotivação dos profissionais:
Diminuição de remunerações (sem correspondência no setor privado e que portanto favorecem a transferência de um para o outro); pressão para formas de racionamento implícito decorrente da intensidade do clima de contenção de gastos; e gestão de “recursos humanos” que ignora os princípios básicos de uma política para as profissões.
- Ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS:
Falta de previsão e resposta ao impacto da crise; falta de enquadramento em políticas de saúde das medidas de racionalização; e falta de uma estratégia de saúde – reflexo nas reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares.
- Sinais de uma agenda não-universalista:
Pagamentos (falsas taxas moderadoras); e a ideia da carteira de serviços.
Risco de se perder um consenso mínimo sobre a saúde em tempo de crise muito profunda.

- Falta de argumentos baseados no estudo atempado do impacto da crise na saúde e na necessidade de uma política de saúde, que inclua a sustentabilidade do SNS para pressionar no sentido da reavaliação global do MdE com a *Troika*: É necessário e urgente integrar as medidas de sustentabilidade financeira numa abordagem mais ampla de sustentabilidade política do SNS (as pessoas – cidadãos e profissionais – querem um SNS).
- Este relatório não inclui nenhuma análise sobre a importância da saúde como setor da economia, contudo o OPSS não quer deixar de fazer uma menção breve ao facto de Portugal ter feito consideráveis progressos, neste domínio, particularmente graças à ação do “Health Cluster Portugal”.



Health Cluster Portugal

A Saúde como um setor da Economia.

3.2 Enquadramento das medidas de curto prazo em políticas de saúde

3.2.1 Saúde e estratégia de saúde

A estratégia de saúde tem como base um adequado conhecimento da situação de saúde do país. Não se pretende apresentar aqui uma análise exaustiva da saúde dos portugueses. Optou-se antes, por salientar um conjunto de ilustrações particularmente significativas.

1. SAÚDE DOS PORTUGUESES

Os principais problemas de saúde tenderam a agravar-se com a atual crise económica e social.

Envelhecimento e saúde

A população portuguesa tem experienciado, ao longo das últimas décadas, um aumento da sua esperança média de vida. No entanto, esse aumento não tem sido acompanhado por um aumento da qualidade de vida.

Enquanto aos 65 anos, um irlandês espera viver (em média) 9 anos saudavelmente, para um português essa expectativa é de somente 6 anos (Figura 34). A diferença é ainda mais marcada para a autoavaliação do estado de saúde. Na Irlanda, 66% da população maior de 65 anos sente-se bem de saúde, comparada com 13% da população portuguesa (Figura 35).

Isto quer dizer que a auto-percepção (subjéctiva) do bem-estar por parte das pessoas, tende a ser ainda mais negativa do que expressam os dados objetivos.

Uma abordagem adequada à saúde no envelhecimento tem que ser necessariamente intersectorial dada a importância dos aspetos económicos, sociais e culturais no processo de envelhecimento.

A esperança de vida dos portugueses à nascença era de 67,1 anos em 1970. Em 2009 é de 79.2 anos.

Os níveis da saúde da população mais idosa devem constituir uma preocupação muito especial da saúde pública portuguesa.

A crise económica afeta particularmente os mais idosos.

Desde o início do ano, eleva-se para uma dúzia o número de idosos encontrados mortos nas suas residências, situações trágicas que lançaram para o topo da ordem do dia a questão do isolamento e a falta de apoio”.

Renascença, Janeiro 2012

Figura 34 - Anos saudáveis aos 65 anos, países europeus, 2009

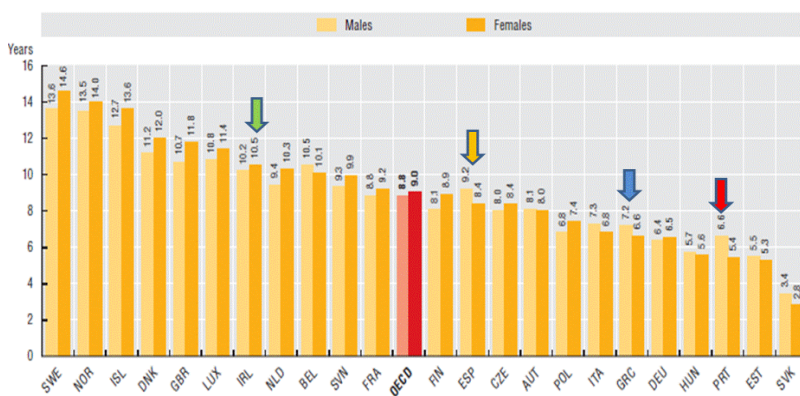
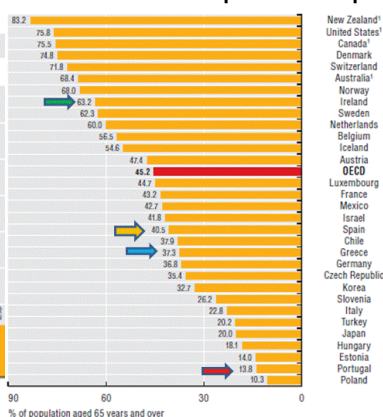


Figura 35 - População com 65 e mais anos reportando boa saúde países europeus, 2009



Fonte: OCDE Health data 2011

Envelhecimento ativo

O envelhecimento, especialmente o envelhecimento ativo, é um dos maiores objetivos da atual saúde pública, mas também um dos seus maiores desafios.

Reconhece-se cada vez mais que as pessoas idosas são um recurso valioso para as suas famílias, comunidades e economias (Europa.eu, 2012).

Neste sentido, as políticas de envelhecimento ativo da população são essenciais, para melhorar a qualidade de vida, e permitir aos cidadãos permanecerem autónomos a maior parte do tempo possível.

As pessoas envelhecem dentro da cultura específica do meio onde vivem. A figura 36 ilustra um desses condicionantes culturais: até que ponto as pessoas reformadas estão dispostas a conciliar a sua pensão com uma atividade profissional em tempo parcial?

Doenças de evolução prolongada

O aumento da prevalência das doenças crónicas está muito relacionado com mudanças culturais e sociais, traduzidas em novos padrões comportamentais (alterações alimentares, redução da atividade física e estilos de vida não saudáveis), no envelhecimento da população, e na crescente urbanização.

Estas são doenças que acompanham a pessoa ao longo de muitos anos, e são usualmente associadas a várias co-morbilidades que afetam a qualidade de vida da pessoa e representam vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados, e gestão da informação e do conhecimento.

A diabetes é um exemplo de uma situação de evolução prolongada. Em Portugal, a sua prevalência tem aumentado rapidamente, em 2006 as estimativas apontavam para 6,5%, e em 2010 os estudos disponíveis já indicavam o valor de 12,4% para a sua prevalência na população portuguesa (INSA 2006; Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

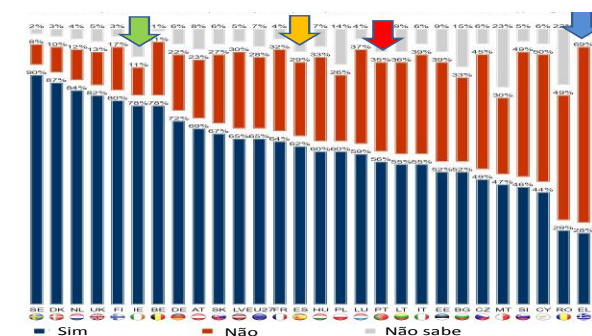
A conjugação da emigração e das baixas taxas de natalidade levam a um envelhecimento mais rápido da população. Este é um desafio para os sistemas de proteção social do país.

Como é que ajudamos as pessoas a permanecerem mais autónomas e ativas à medida que envelhecem?

A prevalência da Diabetes em 2010 era de 12,4 % na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de aproximadamente 991 mil indivíduos.

Observatório Nacional da Diabetes, 2011.

Figura 36 - Combinaria um emprego em tempo parcial com parte da sua reforma?



Fonte: Adaptado de Eurobarometer - Survey Active Ageing 2011

Comportamentos de risco

Sabe-se que as situações de precariedade económica têm efeitos na diminuição da autoestima, deterioração da saúde mental, e na adoção e intensificação de comportamentos de risco. Em baixo são apresentados alguns problemas com expressões preocupantes na sociedade portuguesa.

Portugal apresenta o segundo valor mais elevado nas estatísticas da OCDE relativas ao consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 e mais anos (Figura 37). A taxa de mortalidade associada a doenças relacionadas com o álcool não melhorou ao longo da última década (Figura 38).

No que diz respeito ao número de novas infeções por VIH em consumidores de drogas injetáveis, os valores relativos a Portugal e à Irlanda destacam-se comparativamente aos restantes países da Europa Ocidental (Figura 39).

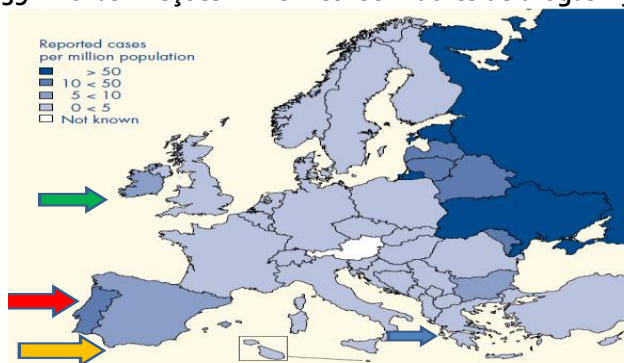
Figura 37 - Consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 e mais anos: litros *per capita* (OCDE, 2011)

Consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 e mais anos	
França (valor máximo)	12,3
Portugal	12,2
Média OCDE	9,1
Indonésia (mínimo)	0,1

Figura 38 - Taxa de mortalidade padronizada de doenças relacionadas com álcool, antes dos 65 anos (INE, 2010)

Taxa de mortalidade padronizada de doenças relacionadas com álcool, antes dos 65 anos (/ 100,000)	
2001	12,8
2004	12,7
2005	11,9
2006	11,1
2007	12,4
2008	13,0
2009	12,9

Figura 39 - Novas infeções VIH em consumidores de drogas injetáveis



Fonte: Adaptado de ECDC/WHO Europe, 2010

Uma crise económica produz impactes detetáveis na saúde física e mental da população, através dos efeitos sociais e comportamentais que induz.

Catalano, 2009

Os impactos da crise na saúde foram desenvolvidos no ponto 2.2

Portugal apresenta um valor preocupante no consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 e mais anos.

A taxa de mortalidade associada a doenças relacionadas com álcool não tem melhorado no decurso da última década.

Os valores de Portugal e da Irlanda relativos a novas infeções de VIH em consumidores de drogas injetáveis, destacam-se comparativamente aos restantes países da Europa ocidental.

Doença oncológica – identificação precoce

A doença oncológica é atualmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, apresentando um elevado impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade.

O cancro colo-retal ilustra bem alguns desafios, sendo o segundo tumor mais frequente em Portugal, apresenta uma mortalidade elevada comparativamente à média dos países da OCDE (Figura.40). É um tumor particularmente passível de diagnóstico precoce.

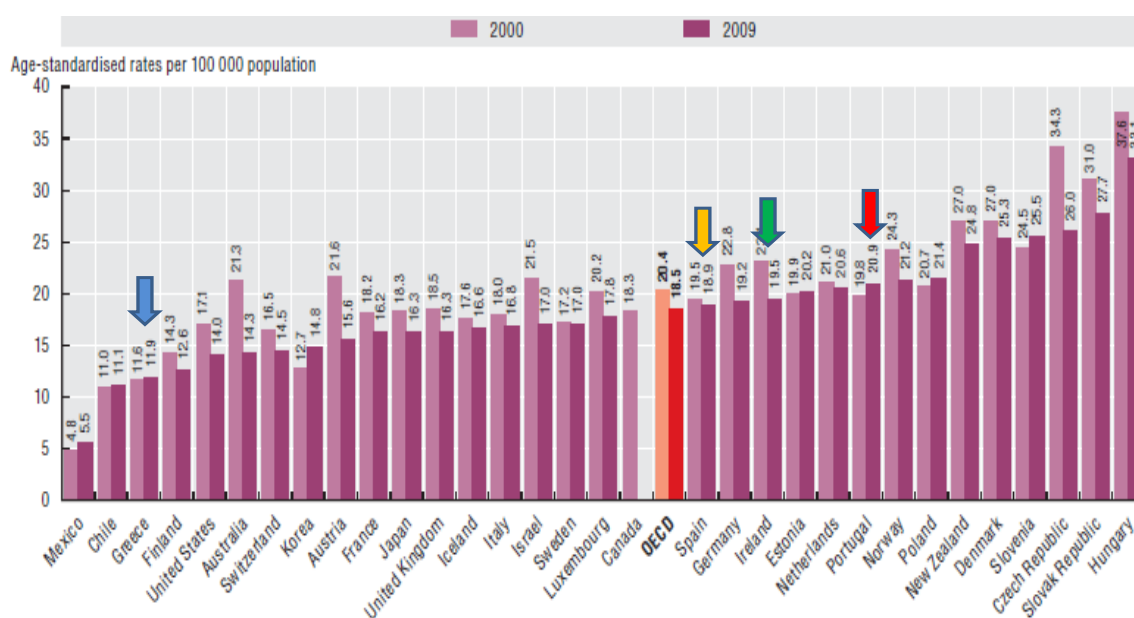
A aposta no diagnóstico precoce é fundamental para aumentar a eficácia do tratamento, diminuir a morbilidade, e aumentar a sobrevivência, assim como, a redução dos custos pessoais e financeiros relacionados ao cancro.

O cancro do colo-retal é o 2º tumor mais frequente em Portugal.

European Cancer Observatory

O diagnóstico precoce é particularmente importante nesta patologia.

Figura 40 - Mortalidade por cancro colo-retal de 2000 a 2009



Fonte: OCDE, 2011

2. EVOLUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS A NÍVEL NACIONAL

A saúde constitui uma condição indispensável ao desenvolvimento social e económico de uma sociedade. No contexto atual da crise financeira, económica e social, a mesma pode estar seriamente comprometida. Esta, pode também ser um momento de grandes oportunidades, na mobilização dos diferentes atores para a construção de uma Estratégia de Saúde para Todos.

Em Portugal (1998) “A saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002” (figura 8) foi o primeiro documento a desenvolver um pensamento estratégico de saúde.

Posteriormente, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi objeto de ampla divulgação e discussão pública (figura.9). Deu-se início em Portugal a um movimento alargado de participação, aos diferentes níveis e estruturas, na construção de um pensamento coletivo sobre uma estratégia de saúde nacional. Mobilizou-se o apoio da Organização Mundial de Saúde para a avaliação do PNS, ao mesmo tempo, que se pediu a esta organização uma análise do desempenho do sistema de saúde portugueses.

Principalmente até finais de 2011, sob a orientação do Alto Comissariado da Saúde (ACS) foram produzidos um conjunto de documentos realizados por grupos de trabalho, no sentido de construir o futuro Plano Nacional de Saúde (2011-2016).

Seria de esperar que pelo tempo e recursos consideráveis disponibilizados e utilizados na elaboração do PNS 2011-2016, que este estaria ultimado em meados de 2010 (pelo menos 6 meses), antes da data prevista para a sua implementação. Um ano depois (meados de 2011), aquando da extinção do Alto Comissariado da saúde, o PNS 2011-2016 ainda não tinha sido ultimado. Cerca de um ano após o início da ação deste governo, continua a não existir um PNS.

Natureza e implementação da estratégia nacional

Na valoração de um PNS é muito importante analisar a sua natureza e as condições que asseguram a sua implementação.

A questão fundamental neste âmbito é perceber como se podem realizar concretamente os objetivos do Plano Nacional de Saúde?

A resposta a esta questão pode dar-se segundo duas perspetivas distintas.

A primeira consiste em pensar que o nível local deve assumir a responsabilidade de promover a implementação de cada um dos programas incluídos no PNS. Nesta perspetiva, o nível local executa

Figura 8. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002



Figura 9. Plano Nacional de Saúde 2004-2010



Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010 (WHO, 2010).

Portugal Health System Performance Assessment (WHO, 2010).

Apesar de todos os recursos colocados à disposição do ACS, este não produziu o PNS (2011-2016).

A ausência de um documento estratégico para a saúde constitui uma lacuna grave, uma vez que a ação política deveria ser reorientada por uma estratégia de saúde nacional, particularmente relevante no momento atual de crise económica e social que se vivencia.

A natureza e as condições que asseguram a implementação do PNS vão ser desenvolvidas no ponto 4.1.

programas, respondendo a um desígnio formatado centralmente, em que cada programa nacional tem o seu “representante” local.

Na segunda perspetiva, o PNS e os programas nacionais constituem referências para a acção local. Neste sentido, a ação deve resultar de uma clara articulação entre estas referências e as necessidades de saúde da comunidade local.

A aprendizagem recolhida nas últimas décadas recomenda que a lógica de desenho e implementação de uma estratégia de saúde deve aproximar-se desta segunda conceção.

Programas verticais: “ os silos do planeamento em saúde”

A interação de proteger e promover a saúde através de programas verticais não corresponde ao atual pensamento de saúde pública. As pessoas e os profissionais de saúde no terreno têm dificuldade em gerir a sua atividade a partir deste tipo de categorias estanques, que interferem com a necessidade de ver o individuo e a comunidade de forma integrada (Figuras.41 e 42).

Necessitamos de estratégias locais de saúde (Figura.43) que utilizando como referência o PNS, atuam efetivamente num conjunto selecionado de dominios que façam sentido localmente.

As pessoas e os profissionais de saúde no terreno têm dificuldade em gerir a sua atividade a partir de programas verticais, que não têm em consideração a natureza integradora da sua atividade.

Figura 41 - Programas prioritários 2004-2010 e 2012

Programas verticais de Saúde-prioritários (Decreto-Lei.n.º 91/2010 de 22 de Julho), PNS (2004-2010)	Programas de Saúde Prioritários (Despacho 3/1/2012, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde)
<p>Coordenação ACS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA; Programa Nacional para a Saúde Mental; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Programa Nacional para as Doenças cardiovasculares 	<p>Coordenação DGS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional para a Diabetes; Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável; Programa Nacional para a Saúde Mental; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Programa Nacional para as Doenças Respiratórias; Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Figura 42 - Programas verticais: os silos do planeamento em saúde

	Doenças respiratórias	Diabetes	Doenças cardiovasculares	Alimentação saudável	Tabagismo	Saúde mental
Legislação				✓	✓	
Financiamento e Contratualização		✓	✓			✓
Acesso a cuidados	✓		✓		✓	✓
Qualidade e continuidade dos cuidados		✓	✓			✓
Comportamentos, literacia e participação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ação no meio físico e social	✓			✓		✓

A introdução de programas nacionais, fora do contexto do PNS, pode ter efeitos contraproducentes para o desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

Figura 43 - Modelo das estratégias locais de saúde



A estratégia local de saúde define-se como o conjunto de metas de saúde, parceiros sociais comprometidos, actividades efectivas na concretização dessas metas, e de recursos existentes ou mobilizáveis capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade (Santos *et al.*, 2010).

Os domínios de acção das estratégias locais de saúde, são seleccionados de modo a proporcionarem um “efeito de alavancagem”. Em vez da adoção de uma abordagem com medidas “independentes”, dirigidas especificamente a problemas particulares é mais vantajoso desenhar convergências, interações e sinergias capazes de proporcionar efeitos que têm um efeito directo sobre aquilo em que se intervém, mas que se repercutem indiretamente por um conjunto mais vasto de problemas de saúde.

O OPSS realizou um estudo, através da elaboração e aplicação de um questionário, a todos os coordenadores das Unidades de Saúde Pública e vogais do conselho clínico de Saúde Pública (N=148), com o objetivo de obter a perceção dos atores locais sobre o grau de conhecimento e aplicação dos programas do Plano Nacional de Saúde a nível local, assim como, analisar o desenvolvimento de planos/“estratégias” locais de saúde. Foram obtidas 45 respostas, o que perfaz uma taxa de resposta 30,40%.

No que diz respeito à perceção do grau de conhecimento dos profissionais de saúde do ACES, relativo aos programas prioritários do PNS 2004-2010, 66,7% dos inquiridos classifica-o como muito insuficiente e insuficiente.

Quanto ao modo de implementação do PNS, 46,7% dos inquiridos consideram que o mesmo é realizado, na sua maioria, através de programas nacionais verticais, embora 60% considerem ser a ação conjunta da aplicação dos programas verticais e dos planos locais de saúde a mais adequada.

O grau de implementação do PNS 2004-2010 a nível local é considerado como inexistente e insuficiente por 55,5% dos respondentes.

Relatório da Primavera 2005

Um plano nacional é uma abstracção, são as suas versões locais que contam. A forma como interage o quadro de referência nacional com as estratégias locais é um fator crítico do modelo de implementação.

Relatório Primavera, 2009

São necessárias estratégias de saúde mais próximas das realidades locais, com um forte componente de gestão intersectorial (horizontalmente aos vários sectores sociais e económicos que influenciam a saúde).

A perceção dos atores locais sobre o grau de conhecimento e aplicação dos programas do Plano Nacional de Saúde a nível local são desenvolvidas mais detalhadamente nos pontos 3.4 e 4.1.

3.2.2 Transformação do sistema de saúde

A sustentabilidade do sistema de saúde depende de dois fatores interrelacionados:

- Visão integrada das políticas públicas (questão já tratada):
- Transformação do sistema de saúde no sentido de centra-lo no cidadão, nos processos de cuidados, e nos resultados desses processos de cuidados (Figura 44).

Figura 44 - Das organizações de saúde aos processos de cuidados



A evolução do sistema de saúde requer um novo equilíbrio entre organizações de saúde (verticais) e processo de cuidados de saúde (horizontais). Estes processos de cuidados “atravessam” as distintas organizações com um mínimo de obstáculos para as pessoas. Este caminho implica um enfoque muito especial no resultado desses processos de cuidados (informação e análise horizontal). Também requer o envolvimento das pessoas, provendo a sua literacia e saúde – implicando esta também a capacidade de “navegar” inteligentemente o sistema de saúde.

Em resumo, isto significa adquirir e gerir simultaneamente as organizações de saúde de saúde e os processos de cuidados através dessas organizações.

Porter; Teisberg - Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, 2006.

Porter . The finnish health care system: a value-based perspective. 2009

Será este o momento em que os recursos disponíveis para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, do “sul” e do “norte” da Europa divergem tão marcadamente, o tempo certo para implementar o novo espaço europeu de cuidados de saúde?

Um determinante importante desse processo de transformação é o sistema de informação – saber se este é de base essencialmente organizacional ou se permite igualmente gerir os processos de cuidados transversalmente às distintas organizações.

O “registo de saúde eletrónico” contemplado no MdE com a *Troika* era um importante instrumento nessa direção.

Pela sua importância estruturante, o seu abandono a favor de outra solução requeria uma avaliação detalhada da bondade da ideia e das suas possíveis alternativas, seguida de debate alargado com os múltiplos atores que tem vindo a participar neste processo. Isto porque, este seria um projeto que, pela sua natureza, interessa a todos – não há notícia que isso tenha acontecido.

Literacia em saúde como condição essencial para a transformabilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O envolvimento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, no sector da saúde, contribui para a construção de uma democracia mais participativa e para tornar os profissionais de saúde e as próprias entidades de governação mais sensíveis aos interesses, necessidades, e expectativas dos cidadãos.

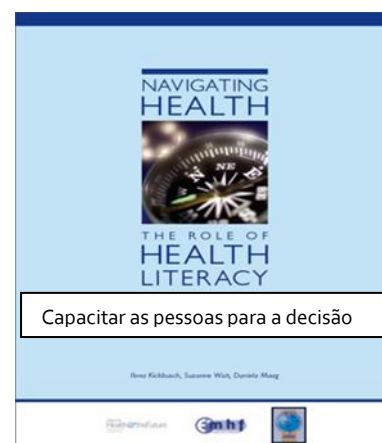
A OMS recomenda que as reformas neste sector sejam centradas nas necessidades e expectativas das pessoas, fazendo com que os pontos de vista e as escolhas (“*voice and choice*”) dos cidadãos influenciem decisivamente a forma como os serviços de saúde são desenhados, se organizam e operam (OMS, 2002).

Em Portugal, para que esta democratização da saúde possa emergir, são necessárias algumas iniciativas exigentes: (i) ao nível do sistema, que se torne mais aberto e transparente, mais conhecedor e próximo das necessidades e expectativas das pessoas; (ii) profissionais de saúde, a responsabilidade na transmissão de conhecimento e parceria nas decisões são de importância crítica; e (iii) cidadãos, que necessitam de adotar uma atitude mais interventiva e interessada naquilo que diz respeito à sua saúde e à saúde da comunidade.

A promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde, e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise.

Tendo em conta a importância que a literacia em saúde tem vindo a adquirir na Europa, um grupo de investigadores europeus, coordenado pela universidade de Maastricht, está a desenvolver um projeto que pretende fazer o diagnóstico dos níveis de literacia em saúde da população europeia – Health Literacy Survey EU (Figura 45).

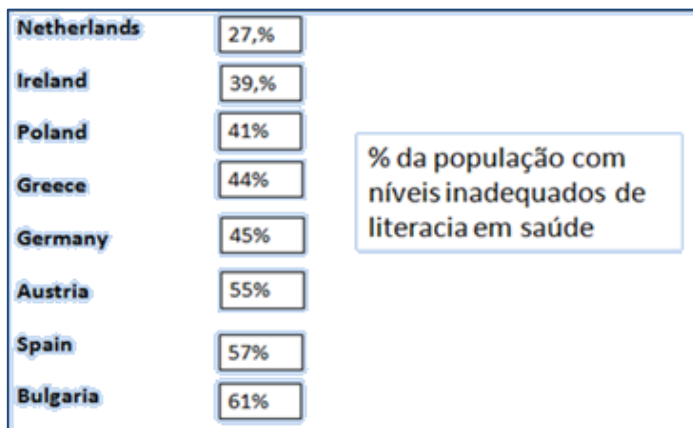
O desafio de um sistema de informação que permite gerir os cuidados de saúde através das distintas organizações interessa a todos.



As situações de evolução prolongada são as mais prevalentes, mais dispendiosas para o sistema de saúde, e a literacia em saúde assume um papel central na sua prevenção.

Um investimento mais significativo na promoção de literacia em saúde levará a uma melhor utilização dos serviços de saúde, a uma diminuição dos comportamentos de risco em saúde, e consequentemente, a uma diminuição dos gastos em saúde.

Figura 45 - Estudo europeu sobre literacia em saúde



Na Holanda cerca de 27% da população tem um nível de literacia em saúde inadequado, enquanto que na Espanha este número é de 57% e na Bulgária de 61%.

Fonte: Kristine Sorensen, 2012

As pessoas com uma literacia em saúde inadequada propiciam custos mais elevados para o sistema e utilizam-no ineficientemente (Howard et al., 2005; Vernon et al., 2007). Estima-se que níveis inadequados de literacia em saúde tenham um custo nacional nos EUA entre os 100 e os 200 mil milhões de dólares anuais. Só a obesidade soma 9,1% dos gastos clínicos, cerca de 147 mil milhões de dólares. Em média, um obeso consome mais 1400 dólares por ano do que uma pessoa com o peso adequado (Finkelstein et al., 2009). Em Portugal, não há ainda evidência sobre esta questão.

Deste modo, importa evidenciar algumas iniciativas portuguesas no âmbito da promoção da literacia em saúde do cidadão:

Programa Harvard Medical School Portugal

Este Programa consiste numa parceria entre a Harvard Medical School e as Escolas Médicas e Laboratórios Associados em Portugal, através da Fundação para Ciência e Tecnologia. Esta parceria tem como objetivo encorajar a cooperação entre as estruturas de ensino e investigação médica nacionais, com aquela que é considerada uma das melhores escolas médicas mundiais.

A informação sobre saúde é disponibilizada para a comunidade em geral através da programação da TSF e da página do Facebook do projeto, e esta é proveniente de todos os parceiros do Programa HMS-PT, Escolas Médicas, Laboratórios Associados, Instituições de Saúde, Sociedades Profissionais, Ordens Profissionais e outros.

Toda a informação é selecionada com base na sua relevância, importância, e atualidade para o cidadão ou para o SNS, sendo avaliada por peritos, selecionadas pela sua independência e integridade.



www.facebook.com/harvardmedicalschoolportugal

Saúde que Conta – Think Tank Capacitação do Cidadão em Saúde

É uma iniciativa que tem como objetivos fundamentais: (i) fazer o ponto de situação da Literacia em Saúde em Portugal, bem como, (ii) analisar e definir estratégias de capacitação em saúde.

Analisando o estado da arte da literacia em saúde em Portugal, os peritos consideram que inadequados níveis de literacia em saúde:

- aumentam a suscetibilidade de adotar comportamentos de risco;
- traduzem-se numa pior condição de saúde, com maiores taxas de morbilidade em doenças como Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Infecção por VIH/Sida;
- refletem-se numa utilização menos eficiente dos serviços de saúde e numa menor utilização de cuidados preventivos, como rastreios oncológicos e taxa de vacinação;
- expressam-se numa maior taxa de hospitalizações e de utilização das urgências hospitalares, e numa autogestão e/ou controlo deficiente na doença crónica.

Deste modo, é necessário desenvolver em Portugal uma estratégia de promoção da literacia em saúde que contemple os seguintes pontos:

- i. A partir dos sistemas de informação, promover o acompanhamento, apoio e cooperação entre os projetos em curso, no sentido de se beneficiarem mutuamente, de partilharem instrumentos de interesse comum e de aprenderem uns com os outros;
- ii. Definir prioridades planeadas para o futuro, nomeadamente que diz respeito à gestão das doenças crónicas;
- iii. Desenvolver metodologias de avaliação - a avaliação surge como o eixo mais relevante no âmbito da definição da estratégia. Esta componente deve ser incluída no desenvolvimento de qualquer estratégia de promoção de literacia em saúde;
- iv. Garantir a sustentabilidade organizacional e financeira dos projectos em curso e a desenvolver;

Todos estes eixos estratégicos devem ser desenvolvidos com a participação dos principais *stakeholders* da saúde.



www.saudequeconta.org

Uma estratégia de promoção da literacia em saúde em Portugal deve fazer-se em 4 eixos:

- Cooperação entre os projetos em curso;
 - Definição de prioridades e planeamento;
 - Desenvolvimento de metodologias de avaliação;
 - Sustentabilidade organizacional e financeira
-

3.2.3 Desenvolvimento organizacional do SNS (cuidados de saúde primários e hospitalares)

A - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – OS RISCOS DE DEGRADAÇÃO DA MAIS IMPORTANTE REFORMA DA SAÚDE DAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Introdução

A reforma dos cuidados de saúde primários tem sido a mais importante e original reforma da administração pública da saúde das últimas décadas.

Esboçada nos finais dos anos 90 e desenvolvida, operacionalizada e difundida a partir de 2005, constituiu um processo de mudança original que se iniciou pelo “descongelamento da periferia” (e não como um processo normativo, hierárquico, de comando-e-controlo) em torno da ideia de unidades de saúde familiar (USF):

Pequenas equipas multiprofissionais que se auto-organizam com autonomia contratualizada, com remuneração pelo desempenho e orientadas para a prestação de cuidados de saúde familiar.

A estas se juntaram logo a seguir outras unidades funcionais (unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados) que, no seu conjunto, vieram a integrar os agrupamentos de centros de saúde ACeS).

Como foi possível levar a cabo esta transformação culturalmente tão improvável?

Começou por um esboço conceptual e instrumental com grande envolvimento de importantes lideranças profissionais amplamente reconhecidas pelos seus pares. Não nasceu nas reuniões das ARS, entre estas e os membros de governo, nem nos gabinetes ministeriais.



Foi o produto do empoderamento das lideranças locais dos cuidados de saúde primários.

Figura 46 - Reforma dos cuidados de saúde primários



A sua implementação real resultou de um forte conjunto de ações de desenvolvimento conceptual, planeamento e operacionalização, sob a forma de um arranjo quase-matricial entre as ARS e uma Equipa de Missão, com capacidade de conduzir um processo de mudança e manter uma forte ligação às lideranças no terreno.

A decisão de optar por uma equipa de missão, cuja utilidade a experiência confirmou, teve como base a constatação de que a Administração de Saúde, pressionada por uma pesadíssima gestão do dia-a-dia, com uma organização tradicional, pouco participativa, com instrumentos de análise, comunicação e mobilização muito limitados, e uma cultura organizacional mais formal do que de inovação, não estaria vocacionada para liderar uma transformação deste tipo.

Com a criação dos ACeS, a reforma entrou decididamente numa fase diferente que requeria uma melhor integração das funções da Missão na administração de saúde (internalização). Isso só resultaria se a função estratégica que exercia a Missão (posteriormente Grupo de Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, no anterior Governo e no atual, Grupo Técnico para o Desenvolvimento Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários) fosse bem articulada com os aspetos mais operacionais da coordenação da reforma (então transferidos para a Administração Central do Sistema de Saúde).

Essa articulação não chegou a funcionar e isso impediu que a reforma se reforçasse, superando nesta nova fase algumas limitações desde há muito identificadas.

A passagem do Grupo de Coordenação Estratégica (na dependência direta do Ministro do anterior Governo) a Grupo Técnico para o Desenvolvimento Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários (de natureza consultiva do atual Secretário de Estado Adjunto e da Saúde) enfraqueceu ainda mais o pensamento e a pulsão estratégica da reforma.

Remeter completamente para a Administração a condução de uma reforma desta natureza numa altura em que ela precisa, mais do que nunca, de um novo impulso de inovação e mobilização das lideranças no terreno, poderá levar a uma progressiva degradação no espírito e práticas próprias desta reforma.

O estudo conduzido no âmbito da Associação Nacional das USFs (USF-AN) em três anos consecutivos (orientado por André Biscaia) ilustra bem esta preocupação (ver ponto 3.4).

O regresso ao puro comando-e-controlo não permitirá prosseguir esta reforma.

O regresso ao puro comando-e-controlo na condução da reforma levará necessariamente à sua degradação.

Passado mais de um ano da data de publicação do Relatório de Progresso do Grupo de Coordenação Estratégica (ver lateral), verifica-se que os males referidos não foram superados.

Unidades de Saúde Familiar - USF

Aquando da publicação do Relatório de Primavera 2011, estavam em atividade 294 USF, 30 candidaturas estavam em avaliação pelas equipas técnicas operacionais e 19 aguardavam aprovação pelas ARS.

A 4 de junho de 2012, cerca de um ano depois, estavam em atividade 326 USF, abrangendo 6241 profissionais de saúde e 4.037.078 utentes o que corresponde a um ganho de cobertura de 525.771.

Contudo, o número de USFs que entraram em atividade até à apresentação do atual Relatório (12), quando comparado com o número do período homólogo de 2011 (15), está longe de corresponder ao forte impulso de desenvolvimento que todos esperavam, tendo em conta os bons resultados conseguidos com o funcionamento das USF (satisfação dos utentes e dos profissionais e redução de custos) e as medidas constantes no MdE da Troika (ver Quadro 3).

Parece, assim, fundamental que se identifiquem os constrangimentos que estão a impedir a entrada em atividade de novas USF e a passagem de modelo A para B nos casos em que os critérios vigentes estão salvaguardados com base no parecer técnico competente.

No que respeita à colocação expedita de jovens recém-especialistas de medicina geral e familiar (MGF) nas USFs, uma medida reiteradamente prometida pelo Ministério da Saúde, ainda não houve medidas concretas relativas à abertura de concursos.

Está em curso uma experiência piloto de atualização dos inscritos nas listas de utentes dos médicos de família. Esta atualização, levada a cabo através da retirada dos não-utilizadores dos serviços há mais de três anos, tem como objetivo permitir a entrada de utentes em lista de espera. Este processo pode suscitar reservas por não se conhecer o que acontece, em termos assistenciais, ao “utentes retirados”, designadamente na garantia de continuarem o seu médico de família. Realça-se, contudo, a iniciativa que, naturalmente, vai ser alvo de uma valiação (vantagens e inconvenientes) antes de ser decidida a sua dessiminação.

Em matéria de acreditação das USF, também se progrediu pouco nos últimos anos.

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP

Na maioria dos casos, estas unidades em quase nada se distinguem da situação anterior à criação dos ACeS. Regra geral não contam com investimentos nas instalações e equipamentos e têm um universo de utentes, exagerado.

As transformações que dependiam da vontade, da iniciativa, da energia, do brio e do talento dos profissionais foram feitas. As que implicavam mudar a lógica, os hábitos e os processos anquilosantes da administração ainda estão por fazer, havendo em alguns aspetos regressão a atitudes e práticas centralistas conflituantes com a reforma dos cuidados de saúde primários

Relatório de Progresso do Grupo de Coordenação Estratégica da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Abril 2011)

Novas USF continuam a abrir (12 até 4 de junho) – um número ligeiramente inferior ao mesmo período do ano passado.

A rápida colocação de recém-especialistas de medicina geral e familiar contribui para a redução do número de cidadãos sem médico de família. Ela não está a ser feita de uma forma expedita.

A atualização das listas de utentes dos médicos de família, salvaguardando os cuidados que o processo requer, pode beneficiar os utentes do SNS.

Necessitam de se aproximar de formas de funcionamento mais consonantes com os princípios da reforma, num processo em que a contratualização terá que ter um papel particularmente ativo.

Quadro 3 - Resumo das medidas da Troika para os cuidados de saúde primários

Memorando de Entendimento (maio/junho 2011)	Reforçar os serviços de cuidados de saúde primários, reduzindo as visitas desnecessárias à urgência e a consultas da especialidade, através de: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do nº de USF com particular enfoque no modelo de remuneração misto (Modelo B); • Certificação de que o novo sistema leva à redução de custos e a uma prestação mais efetiva; • Criar um mecanismo que garanta a presença de médicos de família nas áreas com maior necessidade, levando a uma distribuição mais equitativa dos médicos de família pelo país.
Primeira revisão (setembro 2011)	Sem introdução de novas medidas concretas, mas com reforço das medidas delineadas no memorando.
Segunda revisão (dezembro 2011)	Além das medidas anteriores, foram introduzidas as seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Transferir recursos humanos dos serviços hospitalares para os cuidados primários e reconsiderar o papel dos enfermeiros e de outras especialidades na prestação de cuidados, • Aumentar em pelo menos 20% o número máximo de utentes por médico de família nos centros de saúde e 10% nas USF.
Terceira revisão (março 2012)	Além das medidas anteriores, deve alargar-se a avaliação do desempenho a outras unidades de cuidados primários, nomeadamente às UCSP.

Unidades de Cuidados na Comunidade - UCC

O número de UCC que entraram em atividade evoluiu de 14 em 2009, para 58 em 2010 e para 82 em 2011. Durante os primeiros cinco meses de 2012 iniciaram atividade 6 UCC. Por esta evolução, temos que concluir que, no período em análise, também não foi dado o impulso necessário ao desenvolvimento destas unidades funcionais. E, no entanto, os efeitos da crise económica sobre a saúde das populações, o progressivo envelhecimento destas e a crescente prevalência das doenças crónicas degenerativas, justificam claramente um forte investimento nas unidades de cuidados na comunidade.

Os efeitos da crise económica sobre a saúde das populações, o progressivo envelhecimento destas e a crescente prevalência das doenças crónicas degenerativas, justificam claramente um forte investimento nas unidades de cuidados na comunidade.

Unidades de Saúde Pública – USP

Foi iniciada a sua reorganização através da concentração de serviços o que facilita o incremento de áreas fundamentais, como a vigilância epidemiológica e o observatório local de saúde. Contudo, o aprofundamento necessário ao desenvolvimento desta reorganização não tem merecido a atenção devida dos poderes regional e central (ver cap 4- Plano Nacional de Saúde e “Estratégias” Locais de Saúde).

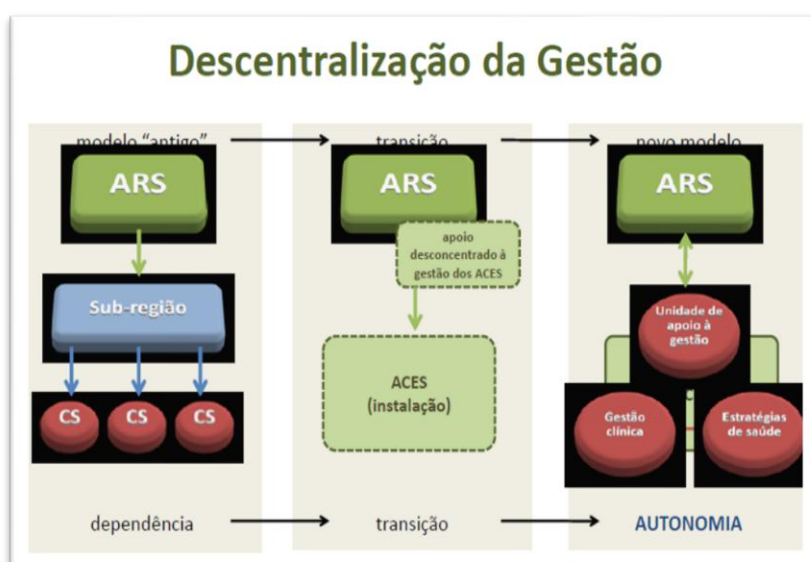
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados - URAP

Continuam com carências profissionais identificadas desde os anos 80: deveriam ser plataformas integradoras e de partilha entre profissões complementares da saúde familiar.

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) - desenvolvimento organizacional

No Relatório de Primavera de 2011 abordou-se a questão da ausência de autonomia e de verdadeira descentralização gestonária dos ACeS. Considerou-se prioritário incentivar a definição de modelos de apoio à decisão e a criação de um quadro de referência para o desempenho dos ACeS, enquanto serviços com autonomia contratualizada capazes de implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada comunidade. A ausência de autonomia de gestão continua a ser uma das maiores transformações estruturantes da reforma dos CSP que falta implementar. Esta é fundamental para a estabilidade da organização da prestação de cuidados, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada dos recursos disponíveis, fator imperativo no atual contexto de austeridade (Figura 47).

Figura 47 – Descentralização dos ACeS



Fonte: Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Maio de 2011

No momento em que os ACeS completam 3 anos de existência, surgem propostas para a sua concentração em unidades organizacionais de maior dimensão.

A reorganização/concentração anunciada traduz-se na fusão de vários ACeS, passando no Norte de 23 para 21, no Centro de 16 para 10, em Lisboa e Vale do Tejo de 22 para 13 e no Alentejo de 3 para 2. Este é um caminho inverso ao preconizado pelas linhas orientadoras da reforma, criando-se de novo estruturas de grande dimensão e volume.

O ponto de vista de vista do Ministério da Saúde sobre as vantagens desta concentração foi resumido da seguinte forma:

Relatório de Primavera 2011

(...) apesar dos enormes avanços alcançados, muito há ainda a fazer no sentido de um desenvolvimento organizacional dos CSP.

Concentração dos ACES é uma ameaça à governação clínica

JLBiscaia, JMF III Série nº 235 de 17 de Maio de 2012

(...) as sub-regiões de saúde foram desmultiplicadas para os ACeS e que, agora, verificamos um movimento contrário, de concentração e de recriação das mesmas. Tudo isto é feito sem estudos, com base em opiniões e de forma quase secreta, sem uma ampla participação dos profissionais.

Bastonário da ordem dos Médicos em entrevista ao JMF III Série nº 226 de 18 de janeiro de 2012

O reagrupamento dos centros de saúde que está a ser feito, reduzindo o seu número, também vai facilitar a recondução de médicos para atividades clínicas e um melhor aproveitamento sinérgico das estruturas administrativas e outros profissionais.

DN, 26 março, 2012

Em contrapartida, é possível identificar um importante conjunto de inconvenientes para esta medida:

- Não tem uma clara justificação técnica;
"O reagrupamento dos centros de saúde e redesenho dos ACES deve ter em conta a análise e estudo quantitativo dos desempenhos, dos resultados de saúde, da continuidade de cuidados e dos problemas identificados nos últimos anos (...) os custos com os serviços de apoio à gestão e com os órgãos dos ACES devem ser apurados, tal como os custos com os serviços das administrações regionais e determinada a sua ordem de grandeza real, bem como os limites admissíveis de variação, comparativamente aos resultados obtidos nos últimos três anos. Deve proceder-se à estimativa de qual o investimento aceitável no dispositivos de gestão (...) (em termos indicativo, estima-se que situem) entre 1 e 2% do total dos gastos dos ACES. Em relação à constituição de unidades funcionais "fronteiriças" e á mobilidade de pessoal, existem exemplos de boas práticas de resolução flexível destes problemas por cooperação inter-ACES, com exemplos concretos como os inter-ACES de Gondomar, Gaia e Penafiel."
(Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012).
- Dificulta a efetividade da governação clínica, num momento em que a contenção dos gastos "pressiona" a qualidade dos cuidados;
- Numa altura em que seria prioritário mobilizar os centros de saúde, em ações integradas com a ação social e outros atores locais, para atuarem no terreno face ao impacto da crise na saúde, parece inapropriado iniciar uma reorganização deste tipo;
- Os centros de saúde são por excelência organizações de proximidade – o seu agrupamento já contribui para uma menor proximidade (as suas direções ficaram mais distantes dos utentes e dos profissionais). Voltar a concentrar/centralizar agravará de novo esta perda de proximidade;
- Não é aparente nenhuma demanda do terreno (utentes, profissionais, coordenadores das unidades funcionais, diretores executivos dos ACeS) para este tipo de concentração/centralização.

Gestão de aspetos profissionais

- Os contratos precários de muitos dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários podem colocar em causa a continuidade da prestação de cuidados em várias unidades.
- As medidas de contenção estão a atrasar os pagamentos dos incentivos, institucionais e financeiros, o que poderá representar um fator de insatisfação e desmotivação profissional, além de prejudicar o desenvolvimento das unidades.

Contratualização

É o processo de contratualização que assegura o equilíbrio desejado entre a autonomia e a responsabilização das unidades de saúde. É um processo complexo e muito exigente para todas as partes envolvidas.

A contratualização nos CSP teve início ainda nos finais da década de 90. Mais recentemente, a contratualização entre USF e ARS foi regulada. O processo de contratualização interna (ACES – USF) iniciou-se em 2011. Ainda em 2011 desencadeou-se o processo de contratualização interna entre os ACES e as UCSP. Também em 2011 foi colocado em discussão pública um documento com os novos indicadores propostos para contratualização e acompanhamento das unidades prestadoras, tendo resultado numa matriz com 78 indicadores.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, no documento “Cuidados de saúde primários 2012 – metodologia de contratualização”, o aumento do número de indicadores permitiu alargar a contratualização a áreas clínicas, como a saúde mental e as doenças respiratórias e possibilitou a introdução de indicadores de resultado. Todavia, face aos atrasos verificados, o processo ainda não se encontra finalizado, pelo que a sua aplicação não será possível em todas as USF durante o corrente ano.

Foi previsto que durante o ano de 2012 decorressem algumas experiências de contratualização interna com as USP e UCC, supostamente a concluir até 18 de maio.

Para que no futuro o processo de contratualização decorra melhor, são necessárias melhorias significativas nos sistemas de informação, para que o acompanhamento dos indicadores possa ser feito adequadamente.

A administração (central e regional) tem investido consideravelmente nos últimos anos na melhoria progressiva destes processos de contratualização. O facto de os profissionais continuarem a valorizar muito positivamente a utilidade e necessidade destes processos está bem documentado. No entanto, da parte dos profissionais (e possivelmente por parte da administração) existe ainda um considerável nível de insatisfação com as modalidades de contratualização em curso (atenuando-se ou agravando-se ligeiramente de um ano para o seguinte). (ver estudos resumidos neste relatório).

Construiu-se, ao longo dos últimos anos, uma experiência valiosíssima, a vários níveis, sobre os processos de contratualização.

Relatório de Primavera 2008

A constituição dos ACES deverá prever a criação de modelos de financiamento e de contratualização que promovam uma melhor gestão de recursos e melhores resultados em saúde;

Relatório de Primavera 2010

O processo de contratualização tem a potencialidade de se assumir como o instrumento capaz de gerar as dinâmicas e os incentivos necessários para que esta integração de cuidados se torne efetiva.

Relatório de Primavera 2011

Há ainda a necessidade do desenvolvimento de indicadores de desempenho para o processo de contratualização.

Pelas circunstâncias difíceis que o país atravessa, e pela óbvia importância e significado desta reforma, este será talvez o momento para mobilizar todos os interesses e capacidades neste domínio para uma profunda reflexão estratégica sobre a contratualização, tendo em vista os próximos anos de 2013/14.

Da mesma forma, o sistema de saúde português necessita de uma revisão conjunta o mais consensual possível sobre os aspetos críticos desta reforma, da evolução futura das unidades funcionais até à evolução organizacional dos centros de saúde, revigorando no entanto as lideranças locais no futuro desta reforma.

- Apesar de nos últimos tempos se terem verificado algumas melhorias, continuam a existir falhas graves nos sistemas de informação, que prejudicam não só a prática médica e de enfermagem, mas também o processo de contratualização e de avaliação do desempenho;

- A contratualização continua a ser vista como um processo imposto e não negociado, demasiado generalista e sem ter em conta as especificidades das unidades e das populações que estas servem;

- Apesar de algumas experiências de definição de indicadores e contratualização com outras unidades funcionais além das USF, há ainda um longo caminho a percorrer relativamente a este processo;

- A reorganização e concentração dos ACeS é um processo que deve ser claramente fundamentado em evidência e conhecimento que justifique as suas vantagens. Caso contrário, é mais uma medida que apenas visa reforçar o centralismo de comando-controle sem olhar aos "estragos" que poderá causar no funcionamento global dos ACeS, com enfoque no indispensável papel dos conselhos clínicos.

Se não se avaliar o impacto que todos estes constrangimentos terão na saúde, se não se desenharem sistemas de alerta e monitorização que possibilitem a preparação de respostas adequadas e atempadas, se apenas forem aplicadas medidas de cariz de mera redução de custos sem analisar as suas consequências a médio e longo prazo (que vão muito além da poupança imediata), haverá um retrocesso irremediável na reforma dos cuidados de saúde primários e na saúde da população.

B - HOSPITAIS EM ANÁLISE: A REFORMA POR FAZER

Olhando para os trabalhos produzidos, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde sobre a organização hospitalar, podemos afirmar que muito do essencial foi já abordado e escrito recorrentemente nas reflexões publicitadas.

No entanto, apesar disso, à exceção de encerramentos e concentrações, pouco mais tem acontecido de importante para o desenvolvimento dos hospitais portugueses. Há que referir a instalação de 3 hospitais em Parceria Público-Privada (PPP) – Cascais, Loures e Braga – o que não é naturalmente displicente em termos de política hospitalar. Houve algumas mudanças em termos de gestão interna dos hospitais, porém pararam praticamente todos os processos de acreditação e a relação com os Cuidados de Saúde Primários manteve-se sem progressos significativos. Haveria que fazer uma avaliação apropriada das Unidades Locais de Saúde, neste contexto

"A Organização Interna e a Governação dos Hospitais". Ministério da Saúde, junho 2010 Coordenador: Maciel Barbosa; "Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Análise Especializada de Cuidados Hospitalares". Ministério da Saúde, outubro 2010. Coordenadores: Ana Escoval e Adalberto Campos Fernandes; Relatório Final do G.T.R.H. "Os Cidadãos no Centro do Sistema; Os Profissionais no Centro da Mudança", Ministério da Saúde, novembro 2011, Coordenador: José António Mendes Ribeiro; Nova Saúde. Resposta à consulta pública do relatório final do G.T.R.H., janeiro 2012. Coordenador: Pedro Pita Barros e recentemente o Estudo para a Carta Hospitalar, da responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde, junho 2012). De referir ainda que em setembro de 2009 foi editado pela ARSLVT um livro sobre a organização interna dos Hospitais - "Governação dos Hospitais".

Destes quatro primeiros documentos produzidos é de realçar as principais ideias mais consensuais e mais controversas, nomeadamente:

Propostas/Ideias mais consensuais

- Ao nível estratégico:
 - Articulação entre CSP, CSH e CCI
 - Promoção da mobilidade dos profissionais
 - Registo de saúde eletrónico

- Ao nível tático:
 - Incentivos associados ao desempenho
 - Incorporação do nível de satisfação dos doentes na avaliação do desempenho
 - Níveis de gestão intermédia

Governo e 'Troika' tentam evitar colapso dos hospitais

25 Nov, 2011

O Governo e a 'Troika' pretendem dar 1600 milhões de euros aos hospitais empresa até ao final de janeiro. A notícia é avançada pelo Diário Económico. ... o objetivo é evitar o colapso dos hospitais. Entretanto, o Ministério da Saúde já confirmou à Antena1 que está a estudar uma forma de resolver o problema.

- Ao nível operacional
 - Avaliação dos níveis de conforto das Unidades Hospitalares

Propostas/Ideias mais controversas

- Ao nível estratégico:
 - Devolver os hospitais às Misericórdias e contratualizar, depois, serviços hospitalares
 - Modelo de financiamento
 - Liberdade de escolha e livre circulação dentro dos hospitais do SNS
 - Gestão privada com contratação pública
- Ao nível operacional
 - Apresentação de fatura pró-forma no momento da alta
 - Definição da rede de serviços hospitalares
 - Fusão dos IPO no Instituto Nacional de Oncologia

De referir que, apesar de se terem verificado algumas mudanças na área hospitalar, há que repensar questões particularmente relevantes como: (i) a sua produção/financiamento e execução orçamental, bem como as questões transversais ao sistema de saúde; (ii) articulação de cuidados (primários, hospitalares e continuados); (iii) questões do financiamento em termos de patamares tecnológicos e de promotor de boas práticas e, (iv) questões de recursos humanos e da mobilidade.

No que respeita à estrutura e organização dos hospitais que compõem o SNS, o estudo para a carta hospitalar, elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) para a reforma da rede hospitalar, entre muitas outras considerações, recomenda uma maior prevalência de serviços de ambulatório e menos internamentos nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e pediatria.

O ministro da saúde refere que este é um primeiro passo para a criação duma carta hospitalar. A tendência expressa neste documento é a de ainda maior concentração de serviços, pelo que importa aguardar que a discussão pública possa contribuir para um maior enriquecimento das propostas apresentadas

Estudo para a Carta Hospitalar



O ministro da Saúde, explicou que este estudo será discutido e entregue às Administrações Regionais de Saúde (ARS) com o objetivo de estabelecerem progressivamente uma carta hospitalar.

3.2.4 Serviços de Saúde (acesso, qualidade dos cuidados de saúde, política do medicamento e política das profissões)

A - ACESSO

O nosso país está a atravessar uma grave crise financeira, económica e social que afeta necessariamente o acesso aos cuidados de saúde, sendo este uma questão central das políticas de saúde.

A extensão das listas de espera e o tempo de resposta dos serviços às necessidades expressas dos cidadãos são, entre outros indicadores, um barómetro do desempenho global do sistema de saúde. Neste contexto e na consecução da sua missão, o OPSS tem incluído, desde sempre, este tema na sua agenda, nomeadamente no âmbito do Relatório de Primavera.

Este ano acrescentámos outros indicadores na tentativa de melhor compreender a situação do acesso aos cuidados de saúde. Assim analisámos a lista e espera cirúrgica, o acesso dos idosos do Alentejo aos cuidados de saúde, os pagamentos no ato da prestação, a acessibilidade e produção de serviços de saúde e por último um conjunto de variáveis dispersas.

Dessa análise (detalhadamente apresentada no capítulo de aprofundamento de aspetos específicos) evidenciamos um conjunto de aspetos que nos parecem importantes e que devem ser objeto de preocupação, na medida em que se configuram como indicadores de dificuldades de acesso. Assim destacamos:

- sinais que indiciam uma alteração na tendência de redução dos tempos de espera cirúrgicos.

Foram analisadas as “média do tempo de espera dos operados a não neoplasias malignas” tendo-se verificado algumas inflexões de tendências em algumas prioridades e em algumas regiões. Apesar disso apenas o Algarve está no limiar ou ultrapassa em alguns casos os tempos definidos no Tempo Máximo Resposta Garantido (TMRG). Foi também analisada a “média do tempo de espera dos operados com neoplasias malignas” e também neste caso se verificam algumas inflexões nas tendências em algumas prioridades e um comportamento bastante heterogéneo entre as regiões. Apesar destas alterações só a ARS Centro ultrapassa, na prioridade 4, os tempos definidos no TMRG.

O contrato social está a começar a deslazar em muitos países. O estudo desfaz as suposições de que os benefícios do crescimento económico se transmitem automaticamente aos mais desfavorecidos e que favorecem uma maior mobilidade social.

Secretário-Geral da OCDE, sobre os resultados o relatório “Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising”, dezembro 2011.

- uma diminuição do número de utilizadores e das taxas de utilização das consultas médicas em todas as ARS.

Analisados os dados relativos ao movimento assistencial das ARS e dos Hospitais, relativos ao primeiro trimestre do corrente ano, em comparação com idêntico período de 2011 e disponíveis no site da ACSS, constata-se uma redução no número de utilizadores que varia entre 0,55% na ARS Norte e 3,77% na ARS Alentejo. Por sua vez a taxa de utilização das consultas médicas teve uma redução que varia entre 0,07pp na ARS Norte e 1,34pp na ARS Centro.

- sinais de redução do número de consultas médicas em diversas ARS.

De acordo com os mesmos dados verifica-se que o número de consultas médicas (excluindo SAP) teve um comportamento irregular com 3 (ARS Alentejo, LVT e Centro) a terem uma diminuição do número de consultas e as restantes 2 regiões (ARS Norte e Algarve) a terem um aumento.

- diminuição da percentagem de utentes com PNV atualizada aos 13 anos.

Por ser um indicador que traduz o resultado de uma intervenção preventiva, assume enorme relevância. Constata-se que todas as regiões, exceto a ARS Norte, tiveram reduções que em alguns casos chegaram aos 8,9pp (ARS Algarve).

- alguns sinais que indiciam redução do número de cirurgias, do número de sessões em hospital de dia e de urgências em diversos hospitais.

Também no caso destes indicadores os sinais são irregulares. No caso das cirurgias há redução em 7 dos 9 hospitais comparados. Relativamente às sessões em hospital de dia há redução em 6 dos 9. O total de atendimentos nas urgências tem um comportamento mais regular com redução em todos exceto um.

- sinais que indiciam uma redução do número de consultas de especialidades cirúrgicas a pessoas com mais de 65 anos no Alentejo.

De acordo com os dados fornecidos pela ARS Alentejo e que permitiram comparar o 1º semestre de 2011 com idêntico período de 2012, constata-se uma diminuição na frequência no grupo das consultas das especialidades cirúrgicas e da Medicina Interna. De assinalar todavia o acréscimo no número de consultas na Oncologia Médica e na Psiquiatria.

... "Portugal é um dos países da Europa onde os consumidores mais pagam do seu bolso pelo acesso à Saúde, de acordo com o relatório do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Estes pagamentos diretos, alerta a Organização Mundial de Saúde (OMS) afastam os utentes dos sistemas de Saúde e são geradores de iniquidades."

DECO, dezembro 2011

- evidência de redução acentuada do número de pessoas com mais de 65 anos com isenção de taxas moderadoras e de acréscimo da receita arrecadada por esta via.

De acordo com os dados também fornecidos pela ARS Alentejo (Figura 48), 64.313 idosos deixaram de ter isenção de taxa moderadora. Aumentou assim a arrecadação de receitas por esta via o que permitiu um acréscimo de 480 283,73€.

Todavia, a análise relativa ao acesso aos cuidados de saúde deve considerar diversas outras variáveis, algumas das quais referidas neste relatório como no caso dos resultados do inquérito que foi aplicado a utentes de um grupo de farmácias de Lisboa e que nos diz que que cerca de 20% não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos, sendo que entre estes predominam as mulheres, os desempregados e os idosos.

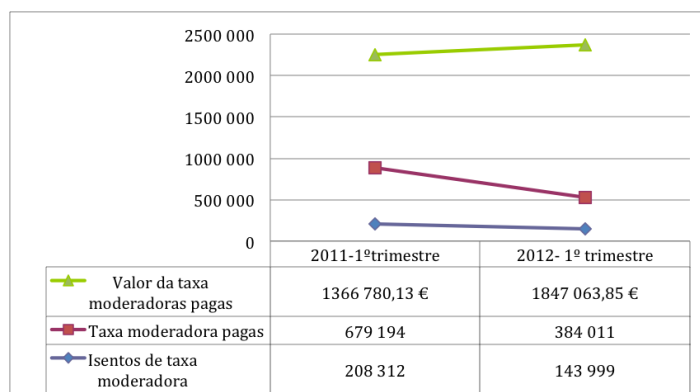
Uma outra variável sobre a qual temos poucos dados, mas que indicia um comportamento preocupante tem a ver com o transporte das pessoas até aos locais de prestação de cuidados. O custo com transporte de doentes, suportado pelo SNS, teve reduções que chegaram a atingir 65% (ARS Alentejo). É conhecido através da comunicação social o impacto que esta redução teve nas corporações de bombeiros, bem assim como alguns casos dramáticos recentemente noticiados. A isto acresce uma rede de transportes públicos mais cara e muito deficitária, principalmente num interior desertificado e envelhecido, como é o caso do Alentejo, mas também da Beira Interior e Nordeste.

O conjunto das variáveis analisadas leva-nos a afirmar uma enorme preocupação com o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, principalmente dos grupos mais vulneráveis. A persistência de algumas das medidas adotadas acentuará alguns dos indicadores referidos, transformará tendências em certezas e contribuirá para a redução do acesso aos cuidados de saúde.

À semelhança do que foi efetuado pelo Reino Unido e Holanda devem ser identificadas as áreas geográficas ou os grupos socioeconómicos onde as desigualdades são superiores e delineadas ações específicas para aproximá-las da restante população. É importante que se atue de modo diferenciado nas áreas ou grupos com maiores necessidades, prestando um maior suporte e acompanhamento.

Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde”, Furtado C. et al., 2010. acs.min-saude.pt

Figura 48 - Análise das taxas moderadoras da população com mais de 65 anos que frequentaram os cuidados de saúde primários na região do Alentejo



B - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Não é intenção deste relatório fazer uma revisão exaustiva da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Deste modo, selecionaram-se três temas: (i) a elaboração das Normas de Orientação Clínica; (ii) os eventuais efeitos da contenção dos gastos na qualidade dos cuidados de saúde; (iii) e aspetos do tratamento da doença renal em Portugal.

Normas de Orientação Clínica (NOC's)

O MdE contém um conjunto de medidas a implementar com um calendário pré-definido, entre as quais se incluem a publicação de normas clínicas e a criação de um sistema de auditoria à sua implementação.

No entanto, já antes do MdE, em 2010, a Direção Geral da Saúde elaborou 20 Normas (17 das quais veiculadas sob a forma de Circulares Normativas).

Em 2011 foram emitidas pela mesma entidade 70 Normas de Orientação Clínica. A maioria destas NOC's visa uma racionalização da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs) e de terapêutica farmacológica.

No que diz respeito especificamente à qualidade da prescrição medicamentosa, nos anos de 2010 e 2011 foram emitidas 25 Normas. Estas normas incluem uma grande variedade de temas, entre as quais a Hipertensão, Dislipidémia, Diabetes, Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Ansiedade, Depressão e Psicoses.

Há evidentes progressos metodológicos neste processo (figura 49).

Esta é uma iniciativa de grande alcance. Neste momento, mais importante do que produzir mais normas, talvez seja analisar a sua aplicação, assegurando a participação e adesão dos profissionais no terreno.

O processo de produção de Normas pela Direção-Geral da Saúde integra um período de audição pública, onde sociedades científicas, peritos das diferentes áreas e a sociedade civil poderão manifestar as suas posições relativas ao documento colocado sobre escrutínio público.

Figura 49 - Normas Clínicas – Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

Graus de Recomendação	
Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.
Níveis de Evidência	
Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escaudio.org

No âmbito da monitorização e análise do impacto destas NOC's no contexto real, nomeadamente na prescrição e consumo dos fármacos em questão, o OPSS debruçou-se sobre o consumo de metformina pelos diabéticos no âmbito das farmácias comunitárias. A Norma 001/2011 de 07/01/2011 estabelece a Metformina como fármaco de eleição para a terapêutica farmacológica da Diabetes tipo 2 e cuja utilização inicial deverá ser em monoterapia. Com o objetivo de contribuir para a monitorização do cumprimento da referida norma analisou-se a evolução do consumo deste fármaco isolado e em associação fixa com outras moléculas hipoglicemiantes.

Os dados mostram um consumo crescente de metformina isolada (A10BA) de 2004 a 2008, que se manteve com valores semelhantes em 2009 e 2010 seguido de um decréscimo em 2011. Por outro lado verifica-se em todos os anos do período em análise um aumento de consumo de metformina em associação fixa a outros antidiabéticos orais (A10BD), o qual é particularmente acentuado a partir de 2008, não parecendo ser afetado pela Norma 001/2011, anteriormente referida.

Destaca-se o contributo da associação fixa de metformina com outros antidiabéticos orais (A10BD) para a evolução em valor do consumo de Antidiabéticos Orais (ADO's), o qual aumenta de 70M€, em 2007, para 179M€ em 2011, o que correspondendo a um crescimento de 156%.

Os dados disponíveis evidenciam que a prescrição de metformina não se faz de acordo com a norma emitida pela DGS. Isto traz necessariamente grandes custos financeiros.

Os aspetos relacionados com o consumo de metformina são analisados mais em detalhe no ponto 3.2.4.

Os dados, aprofundados mais à frente neste documento, não sugerem um impacto significativo da implementação desta NOC quer no consumo e quer nos encargos muito significativos para o SNS.

Qualidade e Crise

Uma das principais questões que se coloca num ambiente de crise e de restrições orçamentais na saúde é a qualidade dos cuidados prestados.

A intensificação dos efeitos da crise e conseqüente pressão para a contenção nos gastos, produz nos serviços de saúde um clima que pode levar esses mesmos serviços a não oferecerem aos doentes aquilo que melhor convém à sua condição de saúde, sem que isso resulte necessariamente dessa orientação explícita para o efeito.

Chamaremos a isso “racionamento implícito”. Racionamento implícito é aquele que não decorre de instruções ou de decisões explícitas para limitar a prestação de cuidados de saúde necessários, mas que resulta de comportamentos restritivos, como consequência de um clima de intensa contenção de gastos, por parte de decisores pressionados para limitar despesas e avaliados em função disso.

Não faltam relatos que isto esteja de facto a acontecer e que acabam por ter um impacto negativo na saúde dos cidadãos:

- Falsas taxas moderadoras, um caso elucidativo relacionado com a fisioterapia: há doentes não isentos que, por carência económica, abandonam os tratamentos aos primeiros sinais de melhoria, apenas para poderem reaver parte da taxa, dita moderadora, que tiveram que pagar quando os iniciaram. Exemplos destes denunciam a falácia de que os mais carenciados estão isentos.
- Expedientes administrativos”, ainda no âmbito da fisioterapia: há casos de muitos meses de espera para iniciar tratamentos com a justificação de que o decisor que os autoriza, quase sempre longe do doente, não tem ainda a informação clínica necessária. Tantos meses para obter esta informação, sem que nada se tenha feito junto dos intervenientes (médico de família e médico fisiatra) para introduzirem eventuais correções, indicia uma intensão de dilatar no tempo a realização dos tratamentos e assim reduzir custos com prejuízo para os doentes;
- Há igualmente relatos de que existem mudanças de comportamento na relação habitual entre resultados de análises clínicas e sua referência nos tratamentos adotados: resultados analíticos que estavam habitualmente associados a uma resposta terapêutica imediata tendem a ser postergados para uma fase mais tardia.

Há múltiplas indicações de “racionamento implícito” no SNS.

Não é função do OPSS investigar mais profundamente estes indícios, e como é habitual neste tipo de situações, não existem estudos objetivos que os confirmem. Contudo, são indícios de situações que podem ter sérias repercussões na saúde das pessoas, pelo que não podem deixar de merecer uma atenção muito especial.

Neste contexto é importante mobilizar as direções clínicas dos serviços de saúde para que possam refletir e trocar experiências sobre a melhor forma de controlar este efeito.

Contudo, com a reestruturação proposta para os ACES – centralização em grupos maiores- a influência das direções clínicas tendem a diminuir.

Gestão da doença renal

O que se passa com a diálise renal em Portugal?

Portugal ocupa uma posição única no contexto Europeu no que respeita à organização da rede de clínicas para prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos. A quase totalidade da oferta é de iniciativa privada, contrariamente ao panorama geral, em que o serviço público – excluindo a Hungria e a Turquia – é responsável por cerca de 70% dos doentes.

Contudo, nestes países a oferta privada encontra-se, habitualmente, distribuída por um número significativo de empresas, ao contrário do que acontece em Portugal, onde se observa uma assinalável concentração.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde acabou por perder uma presença direta relevante nos serviços de hemodiálise. O OPSS, já em 2002, chamou a atenção para os sérios inconvenientes desta situação (figura 50). A rede hospitalar representa cerca de 20% da capacidade total instalada, mas conta apenas com 10% do número total de doentes renais sujeitos a esta terapia (CEGEA, 2007).

Na maior parte dos países Europeus, um substancial número de clínicas de hemodiálise é público, com especial destaque para os países da Europa do Norte: países como a Finlândia, a Dinamarca e Bélgica apoiam-se exclusivamente na oferta da rede pública. Nos últimos anos, principalmente nos países do leste, tem havido um aumento da prestação privada neste domínio.

De acordo com José Vinhas *et al.*, as diferenças nos padrões de prática associados ao sistema de prestação de cuidados de diálise pode contribuir para as diferenças na incidência de Insuficiência Renal Crónica Terminal observada entre diferentes países (figura 51).

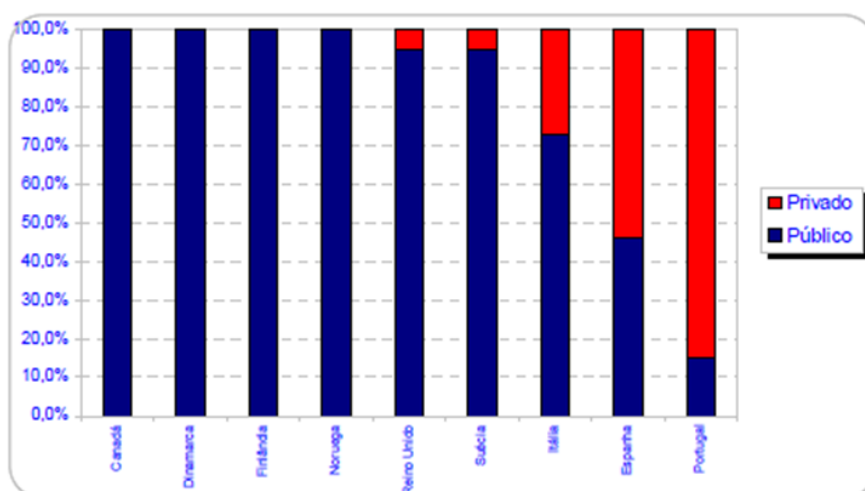
A reestruturação proposta para os ACES – centralização em grupos maiores - não é favorável ao controle do racionamento implícito porque a influência das direções clínicas diminui.

Organização da rede de clínicas de **hemodiálise em Portugal é única na Europa: cerca de 90% dos doentes são acompanhados** por clínicas privadas, controladas por um número limitado de prestadores.

Na Europa, a oferta privada é, em média, inferior a 50% e distribuída por um grande número de prestadores.

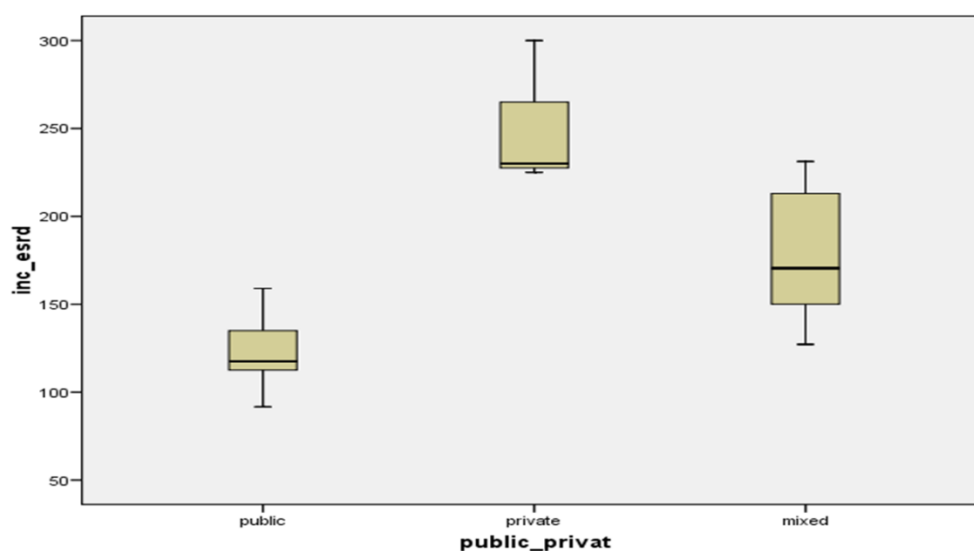
Há precisamente 10 anos que o OPSS chamou atenção para esta situação. Decisões governamentais no sentido de alterar esta situação nunca foram tomadas.

Figura 50 - Doentes em tratamento de hemodialise crónica por tipo de prestador



Fonte: Relatório Primavera 2002

Figura 51 - Incidência de IRCT de acordo com o tipo de fornecedor de diálise



Introdução do Preço Compreensivo

Em 2008, foram criadas as condições necessárias para tratar a doença renal crónica através de um modelo de “gestão integrada da doença”. A esta foi associado o modelo de pagamento por preço compreensivo que apresenta como principais características: (i) O estabelecimento de um valor compreensivo global por doente para um determinado período de tempo; (ii) A definição de parâmetros de resultados e de controlo da qualidade dos serviços de saúde a prestar; (iii) A relação direta entre pagamento e cumprimento dos objetivos terapêuticos definidos e, (iv) O estabelecimento de mecanismos de auditoria, de informação, de monitorização, de acompanhamento e de avaliação.

"Deve ser alcançado um acordo para o preço compreensivo da diálise, de modo a manter a qualidade, a competitividade e o desempenho".

Panorama da IRCT em Portugal
Março, 2012. Ernst & Young

Em dezembro de 2010, o governo acordou com a ANADIAL incluir os custos com acessos vasculares e transfusões de sangue no preço compreensivo global da hemodiálise, afetando diretamente a margem operacional (-%) dos prestadores privados. Para além deste acordo, os preços de reembolso da hemodiálise sofreram uma importante diminuição (14,2%) no último ano, de 547,94€ para 470,09€ por doente/semana.

No último ano, 0,16% da população portuguesa fazia terapia de substituição renal.

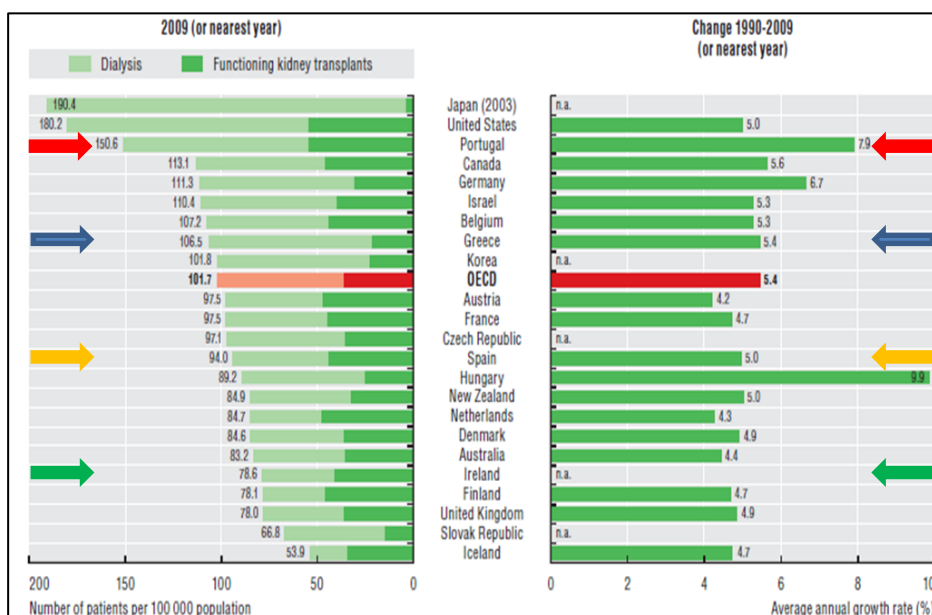
Acresce ainda, os cuidados de saúde na área da diálise peritoneal e hemodiálise convencional serem excluídos do contrato-programa, passando a ser prestados em regime concorrencial com o sector convenionado e financiados pelas ARS - retirando-se aos hospitais públicos a responsabilidade do cumprimento de objetivos associados a esta questão, bem como se reduz o interesse em aumentar a produção nesta componente.

Os preços de reembolso da hemodiálise sofreram uma importante diminuição (14,2%) no último ano, de 547,94€ para 470,09€ por doente/semana.

Esta situação crítica torna necessária uma avaliação do estado atual dos custos da diálise para assegurar a sustentabilidade do modelo de serviços de hemodiálise em Portugal. A presente situação deve continuar a merecer a atenção da política de saúde. Não se trata de por em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados por este setor de atividade. Mas é seguramente necessário entender melhor a alta prevalência dos tratamentos de doença renal terminal em Portugal (Figura 52).

O que explica que esta prevalência seja (2009) de valor de 150/100 000, 50% superior à média da OCDE, cerca do dobro de países como a Finlândia, a Irlanda e o Reino Unido, e que tenha sofrido um dos maiores aumentos observados nos países da OCDE durante a última década?

Figura 52 – Prevalência dos tratamentos de doença renal terminal



C – POLÍTICA DO MEDICAMENTO

Introdução

A Política do Medicamento tem por objetivo assegurar, a custos sustentáveis, o acesso equitativo a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, bem como a sua utilização racional por prescritores e consumidores.

Para realizar esta política é indispensável promover a utilização racional dos medicamentos atuando junto dos seus prescritores, consumidores e outros agentes de saúde, em particular farmacêuticos e enfermeiros, que intervêm no uso adequado.

A informação e educação dos doentes sobre a utilização adequada dos medicamentos e sobre medidas preventivas e de promoção de saúde, assim como a maior e melhor informação e formação aos profissionais de saúde relativamente à promoção do uso racional do medicamento são medidas fundamentais para que a Política do Medicamento seja eficaz nos objetivos a atingir.

A Política do Medicamento tem de ter em conta os aspetos relacionados com a despesa, mas será ineficaz se se reduzir a essa questão.

A evolução dos sistemas de saúde nas últimas décadas tem sido relacionada com a utilização crescente de tecnologias de saúde nomeadamente os medicamentos e dispositivos médicos.

Efetivamente estas tecnologias têm tido um importante contributo para os significativos resultados obtidos mas também têm sido o fator que mais contribui para o crescente aumento da despesa nos sistemas de saúde (Newhouse, 1992) (Smith; Newhouse; Freeland, 2009)

“O crescimento da oferta de serviços de saúde e o aumento da procura geraram, a partir dos anos oitenta, uma tendência de crescimento da despesa em saúde superior ao crescimento global da economia. Com efeito, o peso da despesa pública no PIB aumentou acentuadamente entre 1980 e 2009 na União Europeia (a 15 países)” (Silva; Pinto, 2011).

Em Portugal a despesa com medicamentos tem um valor significativo nas despesas públicas com a saúde e na despesa individual dos cidadãos. Ao longo dos anos têm vindo a diminuir a parte participada pelo estado no preço dos medicamentos que no entanto é das mais baixas da Europa. Os operadores económicos nesta área, Indústria Farmacêutica, grossistas e farmácias viveram até há cerca de dez anos uma situação favorável com crescimento do mercado de medicamentos.

A introdução do sistema de preços de referência em 2002 (Ministro Luis Filipe Pereira) altera significativamente o mercado dos medicamentos abrindo as portas á introdução de medicamentos genéricos. Nos primeiros anos de aplicação desta medida assiste-se a um crescimento muito significativo do mercado desses medicamentos.

Relatório Primavera 2001

"A questão do medicamento é particularmente preocupante. Os medicamentos são responsáveis por uma fatia demasiado grande dos gastos com a saúde. Os portugueses dependem excessivamente do medicamento. Observam-se padrões de prescrição (como os dos antibióticos) que resultam em importantes desperdícios económicos e sérios riscos para a saúde pública."

Esta medida legislativa, possivelmente a mais estruturante nas últimas duas décadas, contribuiu para a alteração do anterior ciclo de crescimento da despesa com medicamentos e contribuir para uma melhoria no acesso a medicamentos essenciais.

A ausência posterior de medidas estruturantes levou que no seguinte ciclo político (ministro Correia de Campos) se retomem medidas administrativas de contenção da despesa com medicamentos, assim como de desregulação do sector da distribuição com o anunciado objectivo de controlar a despesa. São efectuadas sucessivas baixas dos preços dos medicamentos, diminuição das margens de lucro de grossistas e das farmácias e estabelecidos acordos com a Apifarma e ANF.

É no entanto na segunda fase do mandato do Partido Socialista e já em 2010 (ministra Ana Jorge) que são tomadas as medidas mais drásticas de contenção da despesa com medicamentos com novas baixas de preços nomeadamente dos medicamentos genéricos e diminuição de benefícios na comparticipação de medicamentos por parte da população.

A título de exemplo refere-se que o encargo do SNS com medicamentos em ambulatório (farmácias) diminuiu cerca de 19% de 2010 para 2011, em termos de encargos do SNS. O encargo do SNS com medicamentos nos hospitais terá crescido nesse período cerca de 1,3%.

A intervenção externa com a aprovação do MoU inicia um novo ciclo. O MoU revela no entanto ausência de medidas com efeitos estruturantes e eficazes na contenção da despesa a médio e longo prazo. A luta contra o desperdício e a melhoria da eficiência das diversas tecnologias da saúde e dos medicamentos, em particular, são fundamentais e não estão claramente explícitas nas propostas assumidas pela Troika. O atual governo tem atuado muito ativa e vigorosamente no domínio do medicamento com resultados evidentes. No entanto, prosseguir com a implementação das medidas, incluídas no programa do governo como "...revisão do sistema de comparticipação do medicamento garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos..." ou a organização de um sistema eficaz de avaliação das tecnologias de saúde, para evitar alguma ineficácia a médio prazo das medidas agora tomadas.

1. Antecedentes – o medicamento e a Troika

O MdE não considera adequadamente três aspetos relevantes: (i) a avaliação dos impactos que o conjunto destas medidas poderá ter, nomeadamente no que se refere a despedimentos no sector, desarticulação de estruturas existentes (redes de distribuição de medicamentos),(ii) alterações no acesso aos medicamentos e (iii) a necessidade de se organizar um sistema eficaz de avaliação das tecnologias da saúde que não impeça administrativamente o acesso à inovação.

A introdução de medidas destinadas à contenção de gastos com medicamentos têm-se acentuado desde 2002.

As medidas propostas pela Troika interferem a nível do medicamento na oferta e procura, traduzindo-se numa intervenção global, que, pela primeira vez em Portugal, atinge todos os intervenientes na cadeia de valor do medicamento e na atividade dos profissionais da saúde.

2. Gastos com Medicamentos

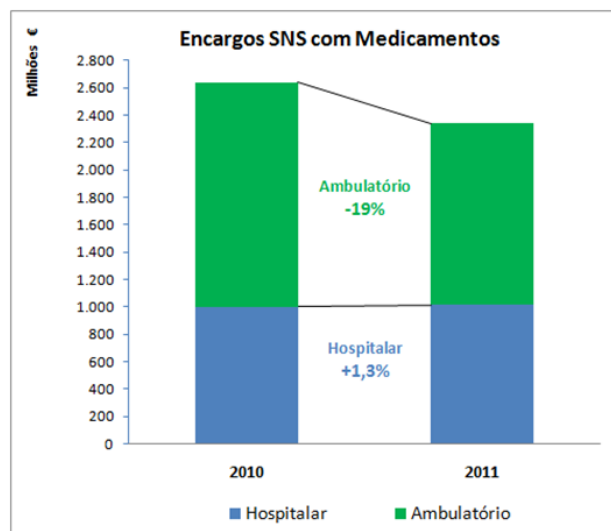
2.1. Mercado de medicamentos e despesa pública

Quando analisada a evolução do mercado de medicamentos em Portugal verifica-se que, mesmo antes da intervenção externa, foram tomadas diversas medidas ao nível do sistema de preços e comparticipações que reduziram acentuadamente o mercado de medicamentos em ambulatório, com redução de 9,1% em valor e quebra de 19% dos encargos SNS (Portugal, Infarmed, 2011a).

No entanto, o mercado hospitalar continuar a crescer (Figura 1), com um aumento de 1,3% em 2011 versus o período homólogo (Portugal, Infarmed, 2011b).

No que concerne aos encargos com medicamentos no SNS, em ambulatório, observou-se que entre 2010 e 2011 (antes da implementação das medidas incluídas no MoU) uma redução de mais de 312 milhões de euros num ano. De acordo com a execução financeira consolidada do SNS entre 2010 e 2011 a despesa total foi reduzida em 668,6 milhões euros e a despesa com produtos vendidos nas farmácias foi reduzida em 322,8 milhões euros, ou seja, 48,3% da redução total da despesa em saúde no SNS foi resultado da quebra na rubrica de ambulatório (Portugal, Direção Geral do Orçamento, 2012).

Figura 53 - Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório vs hospitalar (2010-2011)



Fonte: INFARMED, 2010-2011 (elaboração própria)

Notas: Os Encargos do SNS no mercado Hospitalar não representam a totalidade dos hospitais do SNS

Por outro lado, não tem sido publicado pelas instituições públicas, informação sobre a totalidade da redução pública da despesa com medicamentos em ambulatório, considerando os diversos subsistemas públicos que, apesar do peso decrescente que se tem vindo a observar nos últimos anos, constituem uma realidade em Portugal.

3.2. Mercado de medicamentos genéricos

Procurando estimular o mercado de genéricos, várias medidas foram tomadas ao longo dos últimos anos, não só ao nível do preço e comparticipação, mas também ao nível do processo administrativo (Anexo).

Algumas destas medidas foram sendo progressivamente alteradas. A título de exemplo destacam-se: 1) o fim em 2005 da majoração adicional de 10% na comparticipação dos genéricos após cinco anos em vigor; 2) a majoração adicional de 25% na comparticipação para os utentes do Regime Especial (RE), introduzida no início do Sistema de Preços de Referência em 2003 e prorrogada durante vários anos, foi reduzida para 20% a meio de 2006 e posteriormente retirada em Junho de 2010; e 3) a comparticipação a 100% de todos os genéricos para o RE em Junho de 2009 e que só esteve um ano em vigor.

Adicionalmente foram implementadas uma série de campanhas pelo Ministério da Saúde para promoção deste mercado.

A política de medicamentos genéricos em Portugal tem-se baseado sobretudo em medidas do lado da oferta (nomeadamente, através da redução administrativa de preços), sendo necessário, no entanto, apostar em medidas do lado da procura que desenvolvam este mercado de forma sustentável, incentivando para tal os médicos, os farmacêuticos e os doentes.

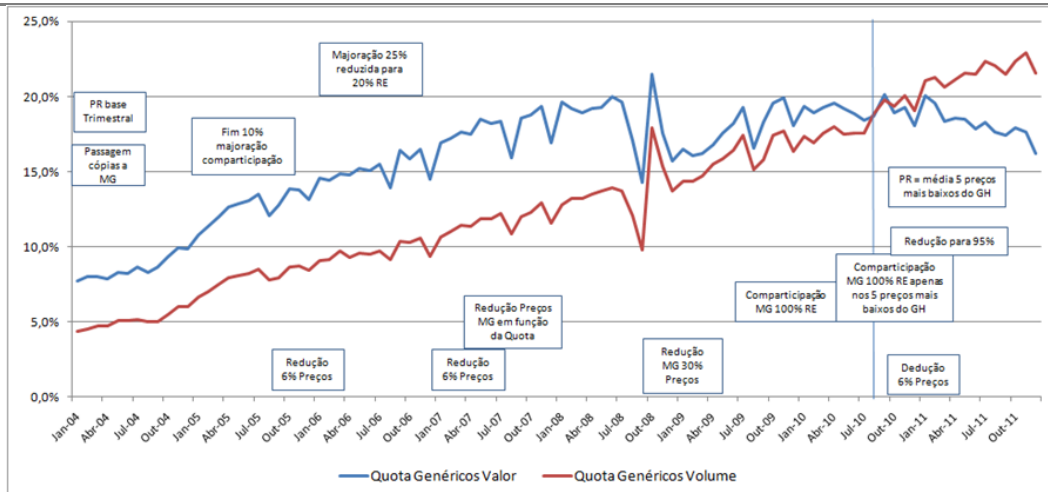
Relatório Primavera 2003

"Os medicamentos genéricos, apesar de introduzidos/ disponibilizados no mercado, apenas começaram a assumir algum significado no total da prescrição para o SNS a partir do momento em que entraram em vigor, quase em simultâneo, várias das medidas preconizadas pela evidência internacionalmente reconhecida."

Relatório Primavera 2004

"A convergência de uma acção determinada na promoção de medicamentos genéricos, por parte do Ministério da saúde com a atitude dos médicos que os prescrevem, tem tido um êxito notável."

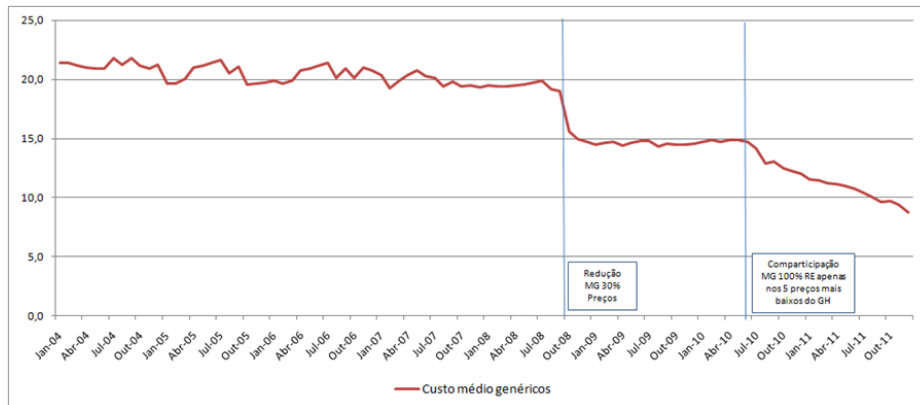
Figura 54 - Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2011 (elaboração própria)

Notas: MG = Medicamentos Genéricos, PR = Preço de Referência Interno, RE = Regime Especial de Comparticipação, GH = Grupo Homogéneo

Figura 55 - Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2011 (elaboração própria)
Notas: MG = Medicamentos Genéricos, RE = Regime Especial de Comparticipação, GH = Grupo Homogéneo

Após junho de 2010, aquando da introdução das alterações mais significativas no Sistema de Preços de Referência (com a comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco preços mais baixos do respetivo GH; com a comparticipação máxima passa a ser um valor fixo e não uma percentagem; e o PR atualizado com a redução de 30% do preço dos genéricos de 2008), verificou-se uma quebra muito acentuada no custo dos genéricos, com uma redução de 41,1% no preço médio dos genéricos entre maio de 2010 e dezembro de 2011 (Figura 3).

Esta redução no preço dos genéricos explica, em parte, a redução verificada no mercado total de medicamentos entre 2010 e 2011, de menos 9,1% em valor. Assiste-se a uma quebra em três anos consecutivos (desde 2008) do preço médio dos medicamentos genéricos em ambulatório, apesar do aumento de 1% na Taxa do IVA nos medicamentos em Julho de 2010.

4. Qualidade da prescrição: normas de orientação clínicas

Nos anos de 2010 e 2011 a Direção Geral de Saúde emitiu 25 Normas de Orientação Clínica visando a melhoria da qualidade de prescrição e a otimização da terapêutica farmacológica.

Tomando como exemplo aquilo a que se refere à terapêutica farmacológica da diabetes tipo 2, a Norma 001/2011 de 07/01/2011 estabelece a metformina como fármaco de eleição e cuja utilização inicial deverá ser em monoterapia. Com o objetivo de contribuir para a avaliação do grau de cumprimento da referida norma procurou-se avaliar a evolução do consumo deste fármaco isolado e em associação fixa com outras moléculas hipoglicemiantes.

A figura 56 mostra um consumo progressivo de metformina isolada (A10BA) de 2004 a 2008, expresso em DDD/1000 habitantes dia, o qual se manteve com valores semelhantes em 2009 e 2010 seguido de um ligeiro decréscimo em 2011. Por outro lado verifica-se em todos os anos do período em análise um aumento de consumo de metformina em associação fixa a outros antidiabéticos orais (A10BD), o qual é particularmente acentuado a partir de 2008, não parecendo ser afectado pela Norma 001/2011, anteriormente referida.

Relatório Primavera 2011

"O aumento da despesa com medicamentos não foi repartido de forma equitativa entre a comparticipação suportada pelo SNS e pelos cidadãos. Nos últimos anos é notória uma tendência para que a proporção dos encargos com medicamentos suportados pelos utentes seja cada vez maior".
 Vaz et al., 2010



Figura 56 - Evolução do consumo de ADO por classe ATC em DDD / 1.000 hab. / dia, 2004-2011

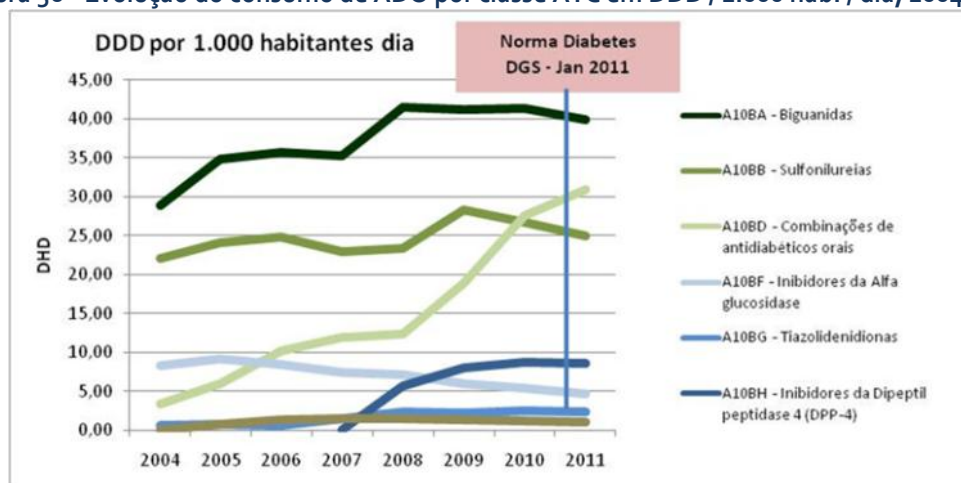
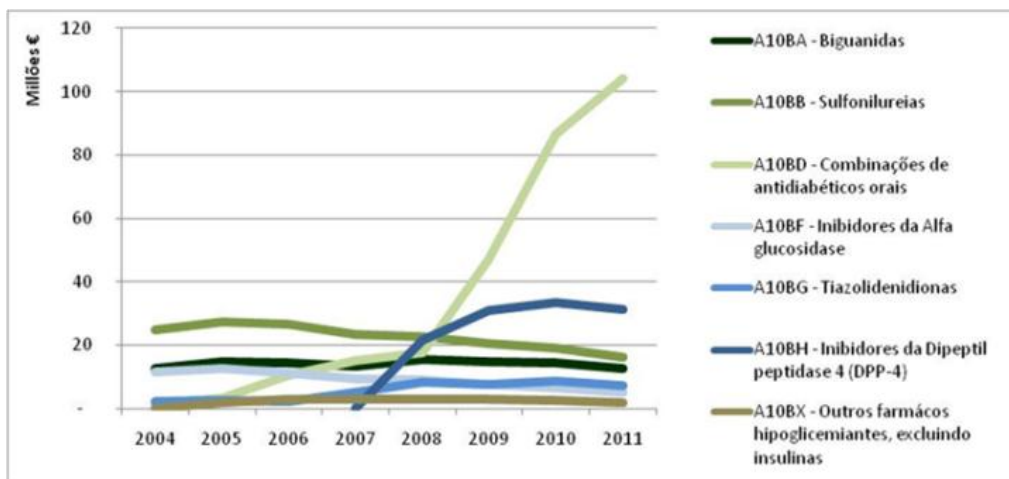


Figura 57 - Evolução do mercado de antidiabéticos orais, 2004-2011



Fonte: Análise CEFAR / Sistemas de Informação hmR e SICMED

Nota: Rosiglitazona retirada do mercado em 2010, Pioglitazona alvo de alertas em 2011, por razões de segurança

Esta tendência de uso crescente de associações em desfecho fixa, terá de ser avaliada tendo em conta o preconizado nas NOC e tem um impacto muito significativo nos gastos com este tipo de medicamentos.

5. Acesso e utilização do medicamento

5.1. Consumo de Antidepressivos e Ansiolíticos em tempo de Crise

As crises económicas e financeiras em períodos anteriores da história ocorridas em diferentes países do mundo ilustram o efeito negativo que as mesmas podem ter na saúde mental, em particular nos desempregados.

De acordo com Caldas de Almeida (2010), a prevalência anual em Portugal das perturbações psiquiátricas era de 22,9%, sendo que as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas representavam 16,5% e 7,9%, respetivamente.

Consumo de antidepressivos vai duplicar em cinco anos

Melhoria do tratamento fará disparar uso de remédios para a depressão até 2016. Um dos motivos será o aumento do número de novos doentes e de recaídas devido à crise económica. Alentejo vai ser a região com maior consumo.

O consumo de medicamentos antidepressivos vai disparar para mais do dobro até 2016, de acordo com as previsões do grupo técnico que está a trabalhar no Plano Nacional de Saúde (PNS). Os últimos dados disponíveis mostram que se consumiam 58,1 doses diárias definidas por mil habitantes/dia em 2009, estimando-se uma subida para 122 em 2016. As melhorias no tratamento da depressão, bem como o incremento do número de doentes são causas possíveis para esta subida.

A região com uma maior subida será o Alentejo, que passará de 75,1 para 171,9, ou seja, mais 129%, mas a intenção é que tome medidas para ficar pelas 128,5 doses diárias. O Algarve é a região menos atingida, tendo como meta manter os valores projectados para 2016, que mesmo assim implicariam passar de 42,2 para 85,1 doses.

Diário de Notícias, 17 de Agosto de 2011

O mesmo estudo mostrou que apenas 12,7% de casos de perturbação de ansiedade iniciaram tratamento no ano de início dos sintomas, sendo relativamente às perturbações depressivas, este valor sobe para 35,3%.

Procurando contribuir para a discussão sobre o impacto da crise na saúde mental dos portugueses, analisou-se o mercado de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos de ambulatório, comparticipados pelo SNS.

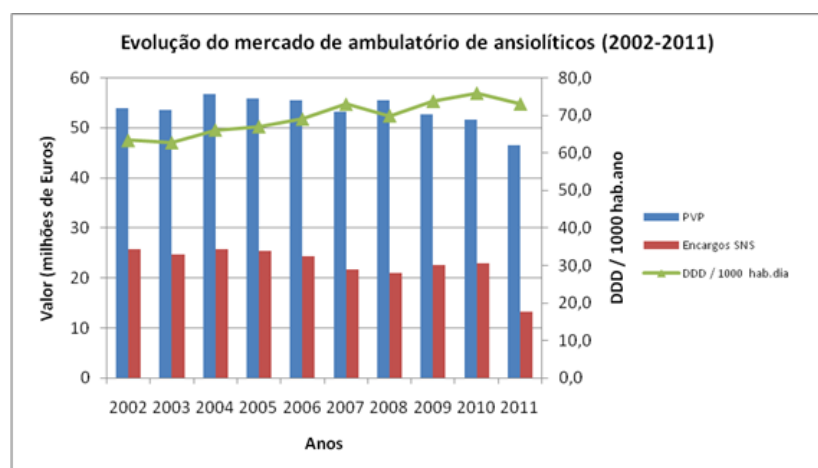
5.1.1. Ansiolíticos

Em Portugal, a evolução do mercado de ambulatório do SNS de ansiolíticos, no período de 2002-2011, pode ser analisado na Figura 54 que ilustra as tendências evolutivas, quer no que se refere ao consumo, expresso em DDDs/1000 habitantes.dia, quer relativamente ao respectivo valor em euros.

No total do período em análise (2002-2011) observou-se um aumento de 15,3% no consumo ansiolíticos, resultante de um ligeiro acréscimo de consumo em cada ano até 2010, onde atingiu o seu valor mais elevado (73 DDD/1000hab.dia), seguido de um decréscimo de 3,8%, de 2010 para 2011.

Quanto à evolução em valor, verificou-se um decréscimo global do mercado de ansiolíticos de 13,6% e constata-se que essa diminuição se acentua após 2008 e é particularmente acentuada de 2010 para 2011, onde atinge um decréscimo de 9,7%, acompanhando uma redução significativa dos encargos do SNS com estes medicamentos no mesmo período. Na verdade, registou-se uma redução de 48,4% naqueles Encargos do SNS no total do período (2002-2011), tendo a maior redução anual ocorrido de 2010 para 2011, onde atingiu 42,1%.

Figura 58 - Evolução do mercado de ansiolíticos, SNS, 2002-2011



Fonte: INFARMED (IMS)

5.1.2. Antidepressivos

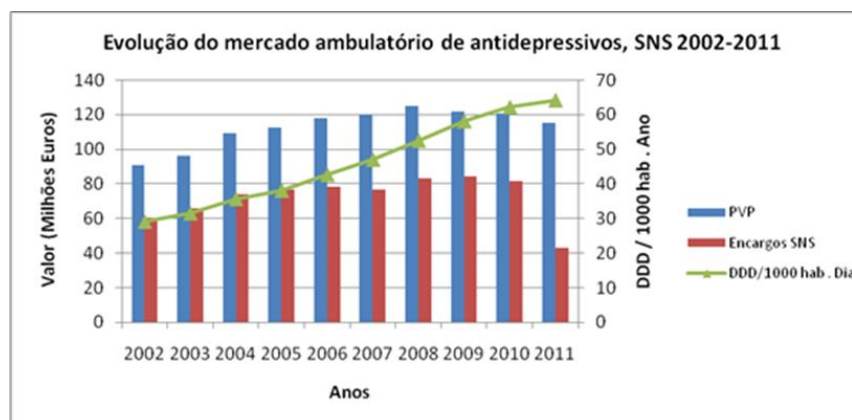
No que respeita ao mercado de antidepressivos, considerando o mesmo período em análise, este apresenta sempre uma evolução positiva e crescente em consumos. O valor máximo foi registado em 2011 (64 DDD/1000hab.dia).

Já no que se relaciona com valor de mercado, depois de se atingir um máximo em 2008 de aproximadamente 125 milhões de euros, correspondente a encargos para o SNS na ordem dos 83 milhões de euros, assistiu-se a uma descida para aproximadamente 115 e 43 milhões de euros, respetivamente, em 2011.

A mesma tendência se observa nos encargos do SNS, com uma redução de 28,6% no total do período considerado, com -48,3% entre 2008 e 2011, sendo que o valor que mais influencia a tendência

decrecente deste período foi uma redução de 47,3% entre 2010 e 2011. No que se relaciona com os consumos, observaram-se igualmente flutuações, mas globalmente, verificou-se um crescimento de 120,7% em DDD/1000 hab.dia no total do período de análise. Registou-se um crescimento de 22,3% entre 2008 e 2011, embora de apenas de 3,2% entre 2010 e 2011.

Figura 59 - Evolução do mercado de ambulatório de antidepressivos, SNS, 2002-2011



Fonte: INFARMED (IMS)

5.2. O impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento – estudo-piloto

Com o objetivo de avaliar o impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento foi realizado, no distrito de Lisboa, entre Março e Abril de 2012, um estudo piloto, para o qual se convidaram todas as farmácias registadas no site do Infarmed a participar (n=661). Foi-lhes solicitado que recolhessem informação sobre a prescrição e a aquisição dos respetivos medicamentos em doentes crónicos e ainda que respondessem a um formulário para caracterização da evolução da atividade da farmácia no período de 2008 a 2011.

Os doentes convidados a integrar o estudo (15 por farmácia) foram selecionados entre os portadores de prescrição de pelo menos um medicamento das seguintes classes farmacoterapêuticas: antidiabéticos, antihipertensores e antidislipídicos.

Foram recolhidos e analisados formulários enviados por 41 farmácias (6,2% do total) e relativos a 375 doentes. A caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos revelou um ligeiro predomínio do género feminino (52,1%), uma média etária de 66,2 anos (dp=12,85), sendo que 56,0% eram idosos, maioritariamente reformados (65,7%) e mais de 40% auferiam rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional.

Comportamento dos utentes das farmácias: dificuldades no acesso ao medicamento

Cerca de 20% da amostra, 78 doentes, não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) relativamente à idade, ao sexo, situação perante o emprego e rendimento. No entanto, a maior frequência de doentes que não adquiriu a totalidade da prescrição foi mais elevada entre os do género feminino (19,7%), entre os idosos (19,4%), os desempregados (20,7%) e aqueles que auferiam um rendimento mensal inferior a 475 euros (23,4%).

Entre os doentes que não adquiriram a totalidade dos medicamentos prescritos, cerca de 40% justificou o facto por ainda ter aqueles medicamentos em casa, mas cerca de 25% indicou ser a existência de dificuldades económicas que impossibilitava a aquisição da totalidade da prescrição. Menos frequentemente foram também apresentados como motivos da não aquisição do medicamento o facto de o considerarem como não sendo necessário ou como não lhes fazendo falta.

Relativamente à caracterização da evolução da atividade da farmácia no período em estudo (2008-2011) procurou-se analisar alguns indicadores sobre a qualidade de serviços prestados (e.g. categoria profissional dos colaboradores, espectro de serviços prestados, período de atendimento ao público) e sobre a situação económica da farmácia (e.g. volume de vendas, massa salarial, stocks de medicamentos).

Quanto à tipologia da equipa técnica da farmácia, verificou-se não terem ocorrido modificações significativas no período em análise.

Relatório Primavera 2011

Observa-se que, face à atual crise económica, emerge uma pobreza escondida e envergonhada que sofre em silêncio, atingindo todas as classes, sobretudo os mais idosos, os doentes crónicos e as crianças. Estes padecem, muitas vezes sós e sem recursos ou possibilidade de acesso às terapêuticas..."

"Cerca de 3.5 milhões de portugueses vêem-se forçados a abdicar de medicamentos essenciais devido à subida dos preços, revelam os dados da segunda vaga do barómetro BOP Health – Os Portugueses e a Saúde (...). Quando questionados sobre as mudanças que o novo regime de participações irá causar na gestão quotidiana do orçamento familiar (...) 39.7% não vão conseguir comprar todos os remédios necessários. Um pessimismo que não é, no entanto, geral. Apesar de a maioria considerar que os preços ainda vão subir, 31.2% acredita que isso não vai causar alterações."

RCM pharma, 7 de Abril de 2011

"Um inquérito realizado pela DECO, em 2007, a cinco mil consumidores, revelou que 40% das pessoas tiveram alguma dificuldade em comprar os medicamentos e, outros 12% não compraram todos os medicamentos prescritos por serem demasiado caros."

Vogler e Leopold, 2009

Farmácias: crise económica e mais horas de trabalho

Tem aumentado progressivamente número médio de horas semanais que a farmácia esteve aberta ao público, passando a respetiva mediana de 55 horas em 2008, para 56 em 2009 e para 59 a partir de 2010. Mais de 40% das farmácias que participaram no estudo indicaram ter aumentado o período de abertura da farmácia.

No que se refere a indicadores dos serviços prestados pelas farmácias, verificou-se que na maioria das farmácias participantes no estudo foram mantidos, no período em análise, os serviços tradicionalmente prestados aos seus utentes, nomeadamente a monitorização de parâmetros biológicos (pressão arterial, glicémia, triglicéridos, colesterol, IMC).

Por outro lado, no período em análise observou-se um considerável decréscimo no volume de vendas cuja mediana baixou 6% de 2008 para 2011.

Mais de 80% das farmácias que integraram o estudo referiram uma diminuição nos respetivos volumes de vendas.

As medidas propostas pelo MdE com a Troika obteem um consenso alargado em termos qualitativos. O mesmo não acontece naturalmente em relação aos valores qualitativos que se pretendem atingir. Para tal contribui o valor apontado para a diminuição da despesa com medicamentos que por exemplo, entre 2010 2011, contribui com quase 50% da redução total da despesa em saúde no SNS.

O desconhecimento da base científica, ou estudos efetuados, para determinar certos valores, como por exemplo a percentagem de redução do preço de genéricos, ou os países de referência escolhidos para efeitos de cálculo dos preços, ou a alteração profunda do sistema de margens da distribuição, podem por em dúvida a eficácia e o próprio efeito de algumas medidas em curso.

A ausência de referências aos impactos de algumas medidas sobre o emprego ou atividade pode levar a questionar os resultados globais que se pretendem obter.

Não são conhecidos estudos sobre o impacto das medidas tomadas, nomeadamente no consumo dos medicamentos, na acessibilidade dos doentes, ou alterações dos hábitos de prescrição, abem como as implicações para as atividades dos setores envolvidos (indústria, distribuição e farmácias).

"Eu deixar de comprar propriamente não deixei, compro... e em vez de tomar todos os dias, não tomo... vou alternando...hoje sim e amanhã não..."

Cidadão anónimo

Relatório Primavera 2011

"Ao nível dos países da OCDE, também se verificam algumas lacunas no acesso efectivo a medicamentos. Muito embora se verifique uma variação considerável entre países relativamente à disponibilidade dos medicamentos no mercado, as suas implicações no acesso dos cidadãos aos mesmos são ainda pouco claras".

Discurso Directo

"Mais de cem farmácias já pediram insolvência"

João Cordeiro, Presidente da Associação Nacional de Farmácias sobre a crise que o sector farmacêutico atravessa.

03 Maio 2012 ☆ Nº de votos (0) @ Comentários (0)

Por: Raquel P. Loureiro

Quase 900 farmácias com fornecimentos suspensos por dívidas aos fornecedores

Rosa Azevedo

02 Mai, 2012, 07:54 / atualizado em 02 Mai, 2012, 09:53

Há cada vez mais farmácias com dívidas acumuladas. Em março, 844 farmácias tinham os fornecimentos suspensos devido a dívidas aos fornecedores.

Diário de Notícias

Há cada vez mais medicamentos esgotados nas farmácias

14 Outubro 2011

REVISTA DE IMPRENSA

Reflexões Finais – uma visão integradora

A diminuição significativa dos preços dos medicamentos nos últimos anos tem tido um efeito positivo na contenção da despesa pública e um menor impacto na diminuição das despesas dos cidadãos com medicamentos. A baixa sucessiva do preço dos medicamentos contribuiu para um maior acesso por parte da população. No caso dos ,medicamentos genéricos, a baixa excessiva dos preços poderá levar à sua invisibilização económica com o desvio da prescrição para medicamentos mais caros.

Deve ser acautelado o risco de uma rutura nos sistemas de distribuição, na garantia da qualidade do medicamento e no acesso à inovação nomeadamente neste domínio.

Tal como a comunicação social tem vindo a veicular ao longo dos últimos meses, a questão da acessibilidade ao medicamento está a tornar-ser uma questão preocupante, em virtude de várias farmácias não terem em stock os medicamentos necessários ou de chegarem ao limite de cobrar os medicamentos adiantadamente às pessoas para os poder adquirir junto dos fornecedores.

Existem claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, principalmente associados ao seu empobrecimento. Por outro lado, o início de uma crise económica nas farmácias estará a perturbar o seu funcionamento, nomeadamente na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

A baixa de preços dos medicamentos contribui para um maior acesso aos medicamentos por parte da população.

Deve ser acautelado o risco de uma rutura nos sistemas de distribuição, na garantia da qualidade do medicamento e no acesso à inovação nomeadamente neste domínio.

Existem claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associados ao seu empobrecimento. Por outro lado, o início de uma crise económica nas farmácias estará a perturbar o seu funcionamento, nomeadamente na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

D - POLÍTICA DAS PROFISSÕES

Os sistemas de saúde, em grande parte dos países europeus, procuram reorientar-se para responder ao envelhecimento das populações, à prevalência crescente das afeções crónico-degenerativas, à evolução do grau de literacia das pessoas e das suas atitudes face aos serviços de saúde e à preocupação com os gastos com a saúde.

Esta reorientação tem consequências no desenvolvimento das profissões da saúde e na relação entre elas.

A melhor forma de estreitar e fazer evoluir a cooperação entre os profissionais de saúde é a de objetivar localmente resultados concretos do processo de cuidados que se pretendem atingir e ver de que forma as capacidades e competências de cada profissão podem contribuir para realizar esses objetivos.

A cooperação entre as unidades de saúde familiar (USF), de cuidados na comunidade (UCC), de serviços partilhados (USCP) e de saúde pública (USP) no âmbito de um Centro de Saúde (ou ACES), as UCC no sentido de realizar os objetivos da governação clínica (internamente) e das estratégias locais de saúde (externamente) constitui o terreno preferencial para o desenvolvimento harmónico das profissões de saúde, nos cuidados de saúde primários.

Algo semelhante é possível pode dizer-se em relação aos hospitais. A partir daqui é possível desenvolver modelos efetivos de cooperação, que podem ser reforçados e consolidados por instrumentos formativos e normativos.

Fazer de outra forma, fora deste contexto tangível de cooperação, sem esta componente pragmática, resulta habitualmente em conflitos indesejáveis e que importa evitar.

É indispensável e urgente, uma política para as profissões de saúde para o conjunto do país e para o Serviço Nacional de Saúde.

Esta política terá necessariamente que ter uma forte componente prospetiva e forte envolvimento das profissões de saúde:

1. Como vai a evolução dos sistemas de saúde nacionais, a dinâmica do espaço europeu de saúde e cuidados de saúde, e as severas pressões financeiras sobre os sistemas influencia as profissões de saúde (perfil, mix, efetivos, relação entre o público e o privado, migração)
2. Como assegurar um equilíbrio certo entre a autonomia e responsabilidade social.

Relatório de Primavera 2010

A componente dos recursos humanos também deverá ser um dos pontos centrais na agenda da saúde, ... falta de planeamento ao nível da formação, ... agravadas pelo súbito aumento do número de pedidos de aposentação (principalmente no grupo onde a escassez, real ou aparente, é maior) a par com a política de contenção da função pública, já anteriormente aludidas.

A saúde necessita urgentemente de uma política para as profissões da saúde, para além da chamada gestão dos recursos humanos da saúde. A falta de uma visão a longo prazo é ponto cronicamente frágil da governação da saúde neste domínio.

3. Que princípios remuneratórios se adaptam à especificidade das profissões de saúde e são socialmente justas.

Neste domínio, medidas avulsas sem experimentarem a “prova do terreno” e sem um enquadramento de “políticas para as profissões” têm habitualmente vida fugaz.

Só uma política para as profissões, com uma visão a longo prazo, pode evitar desequilíbrios nos efetivos de profissões de saúde (figura 6o), com consequências negativas na prestação dos cuidados de saúde.

A estruturação das principais profissões da saúde em carreiras contribuiu inegavelmente como fator de alavancagem do SNS pouco tempo após a sua criação (1979).

Dentro delas, as carreiras médicas propostas nos finais dos anos 60 e formalmente constituídas há 30 anos através do DL 310/82, assumiram um papel absolutamente indissociável do processo formativo e qualificador da atividade médica, conjugando acesso, diferenciação técnico-científica, qualidade assistencial, bons resultados e conseqüente confiança por parte dos cidadãos, incluindo também uma aceitação e defesa por parte da generalidade da classe.

Esta componente da política para as profissões da saúde continua a ser o mais importante fator de coesão, qualificação e credibilidade dos serviços públicos de saúde e também dos privados, uma vez que é nas carreiras profissionais públicas que se realizam a esmagadora maioria das suas contratações.

O recente anúncio dum concurso para entregar a empresas privadas as contratações de médicos para os serviços públicos, estabelecendo como único critério para adjudicação o preço mais baixo, levanta as mais sérias preocupações:

- f) Introduz uma profunda clivagem em toda a lógica e estabilidade do SNS, seja ao nível dos hospitais, seja dos cuidados de proximidade.
- g) Ignora os princípios subjacentes à formação médica, minimiza a qualificação do desempenho e a segurança dos utentes;
- h) Não reflete nem considera, como objeto de análise, o que terá levado Portugal a obter bons resultados em saúde com recursos *per capita* bem inferiores à média comunitária;
- i) Pode dar origem a um “divórcio” definitivo do Estado e das políticas públicas de saúde com a qualidade, com o desenvolvimento contínuo das competências e o conseqüente nível de segurança dos serviços públicos de saúde.

A falta de enquadramento numa política para as profissões deste tipo de propostas é evidente.

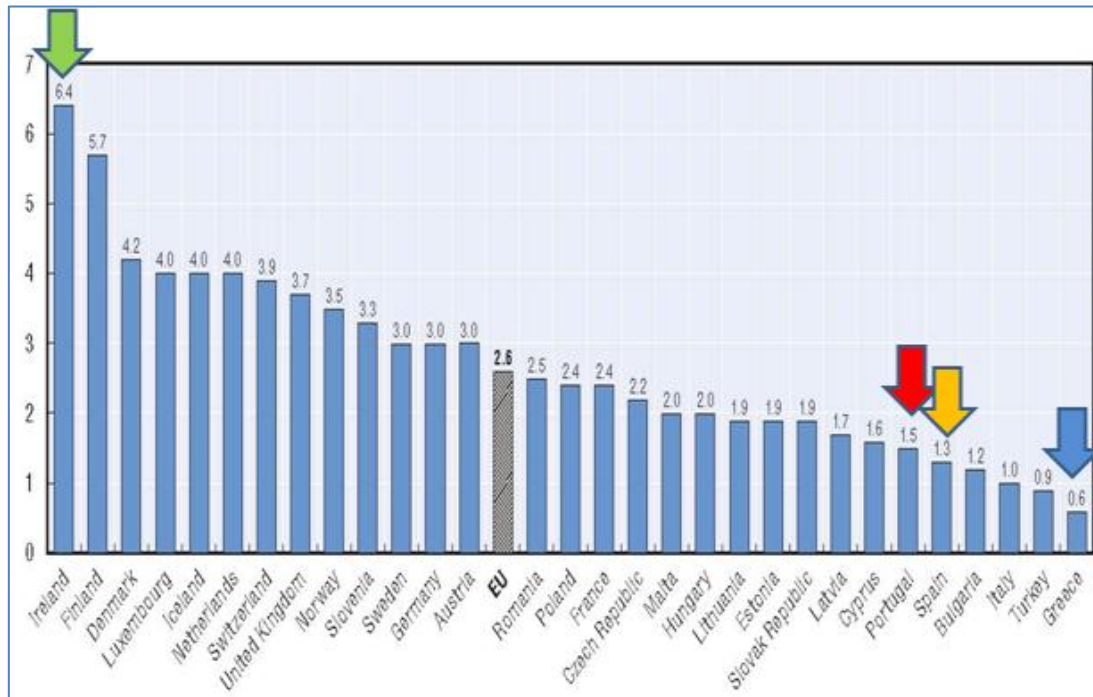
“Um dos aspetos mais citados nas publicações consultadas e comprovado no presente estudo pelas dificuldades sentidas em reunir informação recente e comparável, revela o incipiente sistema de informação que é fundamental para uma análise transparente e rigorosa de indicadores e resultados. Estas fragilidades verificam-se não só ao nível de cobertura como, em determinados casos, de fiabilidade.

Estudo de caso sobre Portugal no Projecto: “Migraciones profesionales LA-UE oportunidades para el desarrollo compartido”, APDH e ENSP/UNL, 2010.

Emigração na saúde. Depois do recrutamento francês vem aí o saudita, 20 Jan 2012



Figura 6o – Rácio enfermeiros/médicos nos países europeus, 2008



Fonte: OCDE, 2010

3.2.5 Financiamento e contratualização

Enquadramento da problemática

O OPSS tem vindo, ao longo dos últimos doze anos, a acompanhar o financiamento da saúde, através da análise dos orçamentos iniciais e retificativos, da observação da despesa em saúde e da produção de evidência quanto à tendência para a ineficiência. O OPSS tem vindo, também, a alertar para a importância da implementação e desenvolvimento de processos efetivos de contratualização, a par de um modelo de financiamento e de modalidades de pagamento mais ajustadas à produção e às necessidades de saúde da população, com processos de monitorização e de acompanhamento que garantam o cumprimento efetivo dos compromissos assumidos.

Os hospitais do SNS experienciam, porém, desde há vários anos, uma situação de subfinanciamento, assistindo-se a uma redução sistemática das transferências com origem no OGE. Em 2012, a dotação do OE para o SNS chega a atingir um valor muito próximo de 2006, o que levou inclusivamente a um reforço de 200 milhões de euros (Figura 61), mas continuamos a saber que há desperdício e que há assimetrias na alocação de recursos (hospitais com subfinanciamento a par de outros sobre financiados).

É sabido que o atual momento de contenção financeira agrava a dificuldade no exercício de orçamentação do SNS. Contudo, esse constrangimento não implica necessariamente, por exemplo, uma redução de preços e uma limitação de crescimento da produção, alheios a critérios de eficiência, contrariando, aliás, as recomendações do Tribunal de Contas. Não implica, igualmente, que se retorne à centralização das decisões, ou à redução da autonomia dos hospitais, quer ao nível da gestão corrente quer ao nível das decisões de investimento.

O primeiro Relatório de Primavera, editado em 2001, fazia já referência ao facto de os dispositivos de contratualização constituírem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos, no âmbito do financiamento das organizações de saúde.

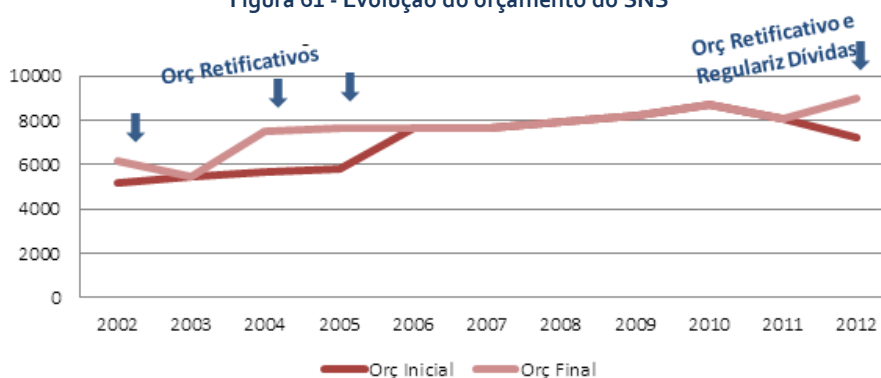
OPSS, Relatório de Primavera 2010, p.59

«Recomenda-se que o financiamento dos hospitais deve refletir a valorização dos serviços prestados, a preços justos, com atribuição de incentivos para alinhar as instituições com as políticas de saúde.»

Relatório do Tribunal de Contas, 2012, p.101

"... o acompanhamento e o controlo dos contratos programa não se afigura suficientemente rigoroso e transparente, constituindo um ponto fraco do sistema de financiamento de cuidados de saúde hospitalares com impactos económico financeiros que envolvem as entidades públicas empresariais e a própria ACSS, com reflexos também ao nível da consolidação de contas e do endividamento do SNS."

Figura 61 - Evolução do orçamento do SNS



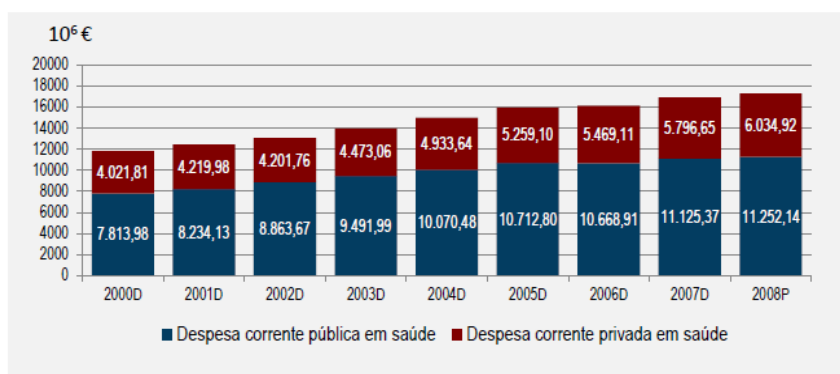
Segurança e estabilidade

A situação económica e financeira dos hospitais portugueses tem vindo, com efeito, a deteriorar-se, com um visível agravamento dos défices e do nível de endividamento, com prejuízo da estabilidade e da segurança financeira necessárias a um bom desempenho.

A elevada incerteza quanto à evolução das receitas e despesas públicas (Figura 62), associada à dívida crescente a fornecedores (a falta de liquidez, medida pela prorrogação dos prazos de pagamento, é visível na quase totalidade dos hospitais), nomeadamente à indústria farmacêutica, que atinge os 3.000 M€, o crescente agravamento dos prazos médios de pagamento que acarreta um elevado risco de cortes de fornecimento aos hospitais está a criar evidentes constrangimentos.

A dimensão da dívida a curto prazo é superior a 80% do somatório dos Contratos-Programa negociados com os hospitais, consubstanciando uma inegável debilidade financeira. Importa discutir se o Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, tendo por finalidade a redução dos pagamentos em atraso há mais de 90 dias, caso não seja alterado o modelo de financiamento, conjugadamente com um efetivo programa de combate ao desperdício, conseguirá cumprir os seus objetivos, dada a situação de falência técnica de muitos hospitais.

Figura 62- -Evolução da despesa corrente em saúde, pública e privada



Fonte: INE. Conta satélite da saúde - 2000-2008. Ano de Edição: 2010, cit. por ACSS, 2011. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf>

O ministro da saúde, Dr. Paulo Macedo, afirmou na comissão parlamentar de Saúde que um terço dos hospitais EPE está em falência técnica e que têm um défice estimado de 300 milhões de euros em 2011.

(Relatório Tribunal de Contas, 2012)

No relatório do OE para 2012 (...) identificam-se os montantes destinados ao SNS respeitantes à previsão de 2012 (€ 7.498,8 milhões), em comparação com a estimativa de 2011 (€ 8.251,8 milhões), sendo a redução de 2011 para 2012 na ordem dos € 753 milhões.

(Relatório Tribunal de Contas, 2012)

Mais, relativamente ao orçamento do Ministério da Saúde, no OE para 2011 está prevista uma verba na ordem dos € 8.249,8 milhões e no OE para 2012 na ordem dos 7.632,8 milhões, o que significa uma diminuição na ordem dos € 617 milhões.

(Relatório Tribunal de Contas, 2012)

Transparência e responsabilidade

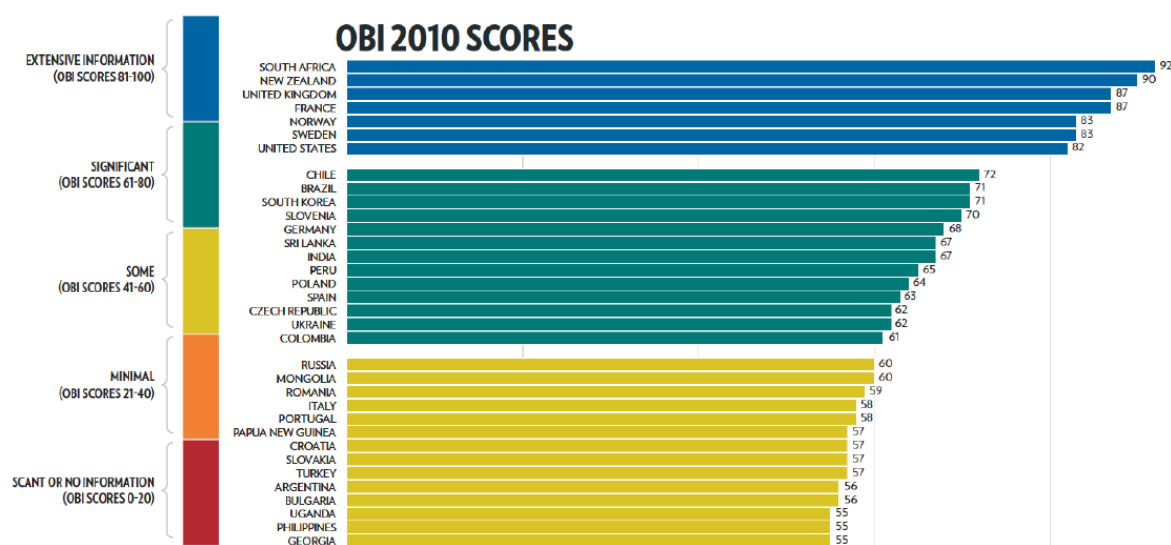
O orçamento retificativo ocorrido no primeiro trimestre de 2012 confirma a incapacidade de prever a evolução dos principais indicadores económico-financeiros (de autonomia financeira, de solvabilidade, de endividamento, de liquidez geral, de prazo médio de pagamentos e de recebimentos) que, aliás, não obedecem, anualmente, aos mesmos critérios metodológicos, impedindo a monitorização fidedigna da sua evolução.

Parece, também por essa razão, importante reforçar-se as questões referentes à transparência e responsabilidade financeira. De referir que esta preocupação foi introduzida pela primeira vez na Nova Zelândia com o *Fiscal Responsibility Act*, de 1994, a que se seguiu a Austrália e o Reino Unido. Também a organização *International Budget Partnership*, criada em 1997, em Washington, lançou uma iniciativa, em 2006, designada Orçamento Aberto (*Open Budget Initiative* - OBI), que consiste num programa de pesquisa global que promove o acesso do público à informação orçamental e a adoção de sistemas orçamentais responsáveis (*accountable budget systems*). O programa baseia-se na aplicação de inquéritos a vários países, quanto à informação pública disponibilizada e à participação dos cidadãos no processo orçamental, sendo usados diferentes *scores* cromáticos. Portugal obteve a pontuação de 58 em 100 (Figura 63), o que suscita uma reflexão importante sobre a transparência orçamental em Portugal, sobretudo num momento em que a estratégia do Governo não é clara.

Relatório de Primavera 2011

«Se as mudanças necessárias requerem a colaboração, o envolvimento e a responsabilização das pessoas, então é também necessário que o Estado assuma a suas responsabilidades perante as pessoas. A preparação, discussão e aprovação do Orçamento Geral do Estado é um dos momentos mais importantes e propícios para que os representantes eleitos e o Estado assumam essas responsabilidades.»

Figura 63. Medidor de cumprimento e pontuação final



Descentralização, não recentralização

As alterações recentes ao modelo de financiamento, decerto decorrentes do MdE com a Troika indiciam um movimento de retorno ao controlo orçamental pela administração central, ainda que apoiada pelas administrações regionais de saúde. Contudo, a reprivatização de um modelo de tipo comando-controlo gera incerteza, desmotivação, bem como a desresponsabilização das instituições sobre a gestão dos fundos públicos, num momento em que todos os *stakeholders* da Saúde em Portugal deverão estar envolvidos e tomar parte na recuperação do país.

Este é o momento que, verdadeiramente, beneficiará dos mecanismos de contratualização, da separação entre o financiador e o prestador e da autonomização dos níveis intermédios de gestão, caso sejam introduzidas cartas de missão com consequências, ou seja que haja efetiva responsabilização dos gestores por incumprimento.

Eficiência, não contenção

Por outro lado, é na conjuntura atual que os critérios de eficiência devem ser elevados e preservados. Contudo, não parece que o país esteja a assistir a isso mesmo. Não parece que a qualidade dos cuidados prestados esteja a ser salvaguardada, nem que os recursos estejam a ser afetados com observação desses critérios. Na verdade, a redução de preços, num valor próximo da contenção orçamental nos hospitais EPE, para 2012, indicia que dificilmente terá sido feito um exercício de reajuste dos preços, numa lógica de eficiência. Não parece estar a procurar fazer-se “o mesmo” com “menos”, mas a incitar a que se faça, simplesmente, “menos”. Ora, a formação de preços deve constituir-se, em absoluto, como um indutor de eficiência, sob pena de prejuízo da qualidade e da sustentabilidade, uma vez que esta decorre necessariamente da primeira. Será que a redução dos preços se coloca como uma forma de pressão para aumentar a eficiência?

A insistência do OPSS em que se atente no processo e nos parâmetros utilizados na formação de preços, na convicção de que existe margem para uma abordagem bem-sucedida, sustenta-se no facto de ter sido estimado, em 2011, pelo Tribunal de Contas que os potenciais ganhos ao nível da eficiência económica, para a amostra global dos hospitais, no que respeita ao internamento hospitalar, possam ser de cerca de 242 milhões de euros e, no ambulatório, de 503 milhões.

Num momento de recursos escassos, insuficientes e inadequados à satisfação total das necessidades em saúde, a priorização na alocação de recursos, a eficiência na produção e a focalização nos resultados em saúde assumem-se, pois, como momentos de decisão estratégica e operacional de suma importância.

O Tribunal de Contas, no seu recente relatório da Auditoria ao Controlo da Execução Orçamental e Atividade do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde, conclui que "a informação constante quer no Orçamento do Estado quer na Conta Geral do Estado relativa a 2010, incluindo a constante nos respetivos relatórios, não é suficientemente clara e perceptível, dificultando a análise rigorosa e a transparência da informação financeira divulgada".

Por outro lado, não ficou claro que a nomeação dos novos dirigentes no SNS tenha tido por base a avaliação do desempenho das administrações substituídas e o bom *curriculum* dos novos gestores, sendo aliás este ponto um dos compromissos do MdE.

O financiamento enquanto instrumento estratégico

A importância da discussão e reflexão sobre os modelos de financiamento prende-se, em boa verdade, com o facto de ser o financiamento responsável, em grande medida, por mapear a tipologia da produção em saúde. A decisão sobre o que financiar assume-se, deste modo, na perspetiva do OPSS, como uma das mais determinantes, na medida em que é indutora de crescimento económico, de ganhos em saúde e do bem-estar da população de uma forma global.

Parece-nos, na verdade, elementar que o financiamento se enquadre numa abordagem estratégica, à luz da qual se possam avaliar os resultados do modelo implementado, visando analisar se se obteve ou não o impacto pretendido. Não bastará determinar os passos a dar, é preciso definir o trilho e o destino que (per)seguem. O OPSS questiona-se sobre se as recentes alterações ao modelo de financiamento seguem, efetivamente, uma orientação estratégica.

A nova metodologia de contratualização com os hospitais foi revista, tendo em conta a alocação de recursos associada às necessidades regionais em saúde, a observação do princípio de orçamento global, a atualização dos indicadores de qualidade e eficiência, a obrigatoriedade da obtenção de um valor EBITDA (em vez da valorização do resultado operacional e do resultado líquido) nulo (ou positivo), de que depende o pagamento da verba de convergência (julgamos que sujeito à aprovação e cumprimento de um plano), a atualização do *case-mix* a 2010, o aumento da % de incentivos, a unificação da tabela de preços em alguns casos, ou a introdução de alguns mecanismos de transparência, com vista, possivelmente, a um reforço da responsabilização da gestão, são passos com validade. Não são, porém, claros os mecanismos de avaliação dos resultados do desempenho económico e assistencial, momento determinante para a boa revisão das estratégias de saúde definidas.

De referir, que a bem da transparência do modelo de financiamento e da política de saúde, os planos de convergência aprovados deveriam ser tornados públicos, algo que se desconhece.



A dívida total do SNS "tem vindo a aumentar, sofrendo uma variação de 117% no triénio em análise" (2008, 2009, 2010). Para o Tribunal de Contas, esta é uma situação "preocupante", uma vez que 68% dos 2,9 mil milhões são da responsabilidade das entidades públicas empresariais (EPE).

Promove o atual modelo de financiamento a obtenção de ganhos em saúde, num quadro de eficiência?

A preocupação do OPSS quanto às questões do financiamento e contratualização em saúde tem vindo a ser ampliada pelas últimas decisões políticas nesta matéria. Com efeito, as políticas de saúde em Portugal vinham cumprindo um caminho histórico, acompanhando as melhores tendências internacionais, no sentido de se afastar de uma cultura de subsídio, desresponsabilizante e ineficiente, para se deslocar, inicialmente, para um maior enfoque no pagamento por atividade e, posteriormente, pelo desempenho e alguma aproximação ao pagamento pelos resultados.

Acresce, que a manutenção de um princípio de contenção de custos na evolução das políticas de saúde reforça o caráter adverso e punitivo da distribuição de recursos enquanto exercício contratual de poder (Porter & Teisberg, 2007). No sentido de se reconhecerem ganhos de valor e resultados em saúde, a distribuição de recursos deve assentar no ciclo de cuidados, garantindo adicionalmente uma flexibilidade para a introdução de inovação sempre que a mesma conduzir a melhor qualidade nos resultados.

O pagamento por preço compreensivo aplicado à Gestão Integrada da Doença – os casos da Insuficiência Renal Crónica e do VIH

O pagamento por preço compreensivo introduzido em 2008, «no quadro da efetiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença» (ACSS, Metodologia de Contratualização 2008), aplicado ao VIH/sida ou à doença renal crónica, constituiu um exemplo dessa tentativa de aproximação ao modelo de pagamento pelos resultados (P4P), dado que, seguindo uma tendência internacional inegável, procurava assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível para estes doentes, de acordo com o estado da arte e com as boas práticas.

O caso da Insuficiência Renal Crónica

A associação do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo” ao modelo de Gestão Integrada de Doença aplicado à insuficiência renal crónica funciona, segundo a ACSS, como uma *alavanca* para ultrapassar alguns dos problemas dos atuais modelos de organização e de financiamento das doenças crónicas, como o financiamento ao ato independentemente dos resultados, as deficiências no controlo de custos e de atividade, a fraca integração de cuidados ou as relações de mercado pouco claras.

Relatório Tribunal de Contas, 2012

“... as regras de controlo da despesa, constituem um processo de racionamento, antes de esgotadas as possibilidades de racionalização da despesa, podendo indiciar a captura destas entidades públicas empresariais (hospitais EPE) para o sector público administrativo anulando o efeito da (sua) empresarialização (...)”

Contudo, e apesar do claro entendimento da ACSS quanto a esta matéria, espelhada nas metodologias de contratualização, a recente alteração do pagamento por preço compreensivo na prestação de cuidados de hemodiálise pelo setor convencionado levanta algumas dúvidas quanto ao seu impacto no financiamento dos hospitais públicos e à sua adequação aos objetivos basilares deste modelo.

Na verdade, como o pagamento pela hemodiálise e diálise peritoneal é agora globalmente imputado às ARS, é retirada aos hospitais públicos a responsabilidade direta pelo cumprimento de objetivos associados à insuficiência renal crónica, bem como reduzir o interesse em aumentar a produção nesta componente, contrariando as intenções da tutela de aumentar a produção no setor público (como a recente criação de um grupo de trabalho para estudar e potenciar a resposta pública). Dado que o pagamento destes cuidados não faz parte do seu contrato-programa, constituindo produção que pode ser referenciada para outras entidades pelas ARS, é assim anulado qualquer incentivo à otimização da capacidade instalada dos hospitais. Por outro lado, ao não ter concretizado com total efetividade os mecanismos de auditoria e monitorização, a ACSS contribui decisivamente para que o modelo seja desvirtuado ao nível do desempenho, dando um sinal aos prestadores, contrário ao espírito inicial desta forma de pagamento.

O caso do VIH/Sida

Também o modelo de financiamento para o tratamento em ambulatório de pessoas que vivem com a infeção VIH/sida sofreu uma alteração significativa no início de 2012, com o alargamento da linha de financiamento (antes só aos novos casos) a todos os doentes em tratamento, justificada pelo facto de se tratar de uma área prioritária de saúde pública (MS. ACSS, 2012). Contudo, esta modificação levanta algumas incertezas.

Com efeito, o modelo de financiamento do VIH/Sida suscitava já alguma reflexão sobre a sua adequação às necessidades dos doentes e ao modelo organizacional subjacente, devido, em parte, ao tempo volvido desde o início da sua implementação. A introdução da atual metodologia de contratualização do VIH/Sida veio reforçar a necessidade de se atentar nos constrangimentos e virtudes do modelo, tendo em consideração a antiga e a nova configuração, com vista a uma maior compreensão das suas implicações ao nível da prestação dos cuidados e da afetação dos recursos disponíveis. Parece dever refletir-se sobre se a metodologia atual do financiamento do VIH/Sida não compromete a adequação do preço compreensivo à heterogeneidade das necessidades destes doentes, se é devidamente suportada pelos instrumentos de gestão disponíveis e se não

«[estão] criadas as condições para a concorrência entre operadores públicos e privados, ambos financiados pelo Orçamento do Estado. Isto poderá levar à eliminação progressiva dos "operadores públicos", com a justificação de "falta de eficiência", e a entrega gradual da parte mais importante do setor de saúde aos privados com graves consequências no acesso à saúde por parte da população»

www.sitiodosdireitos.net (julho de 2011)

"Os cuidados de saúde na área da diálise peritoneal e hemodiálise convencional são excluídos do contrato-programa, passando a ser prestados em regime concorrencial com o sector convencionado e financiados pelas ARS"

Metodologia Contrato-Programa (Hospitais e ULS) de 2012, pág. 8.

A esperança de vida para os doentes infetados com o VIH/Sida nos países mais desenvolvidos aumentou 13 anos devido aos avanços no tratamento da doença, segundo um estudo publicado na Revista «The Lancet».

Foram publicadas as recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infeção por VIH-1 e VIH-2 (2012) versão 1.0 - 31 de Maio de 2012
DGS - Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA)

potenciará a recusa de doentes, dado não serem comportáveis para a organização os custos associados.

Um dos objetivos definidos para o processo de contratualização para 2012 do VIH/Sida, na continuação de 2011, é a continuidade do processo de contratualização assente em resultados, em cooperação com a Direção-Geral de Saúde. Questionamo-nos se a linha de financiamento para o VIH/Sida não estará a comprometer esse objetivo primordial.

Antecipação (antes) e (re)avaliação (depois) do impacto das políticas de saúde

Dado o impacto do financiamento na saúde dos portugueses e na economia em geral, importa, no momento atual, colocar duas questões fundamentais: se terão sido calculados os possíveis e prováveis efeitos diretos e indiretos da atual política de

alocação de recursos em saúde; e se terão sido igualmente previstos os mecanismos e instrumentos de monitorização e acompanhamento da utilização desses mesmos recursos, com vista a saber se o impacto obtido virá a corresponder ou não ao expectável.

Na verdade, o enquadramento estratégico do financiamento da saúde em Portugal parece estar, na visão do OPSS, a perder-se de vista, sob pena de serem postas em causa as linhas de desenvolvimento prosseguidas, dado que não estão a ser acutelados os efeitos dessa mudança.

Deveremos questionar-nos, seriamente, sobre se não estaremos a assistir, por força (ou a pretexto) dos constrangimentos impostos pelo MdE a uma inversão da evolução da tendência para um pagamento associado aos resultados e à qualidade dos cuidados prestados, num quadro de centralização orçamental e financeira, e a recuar até anteriores modelos que se mostraram inefetivos e ineficientes, pese embora, na contratualização hospitalar para 2012, os indicadores de acesso e qualidade passem de 2,7% para 4,0% do valor de financiamento a afetar a incentivos institucionais, obrigando-se a sua aplicação a cada contrato-programa.

As recentes modificações introduzidas na reorganização da estrutura da ACSS parecem estar a dissociar o financiamento da contratualização em saúde. O aparente desligamento entre as duas componentes não parece sugerir um modelo estratégico, assente em resultados, nem a antecipação e avaliação do seu impacto, o que pode resultar na desarticulação e inconsistência das diferentes medidas.

Para que se assegurasse que os cuidados de saúde pagos produziam valor suficiente para justificar um maior investimento neste setor e não em outros, dado que nem toda a despesa resulta no mesmo grau de benefício, o OPSS recomendava, em 2009, que se procedesse a uma avaliação com recurso a mecanismos com critérios explícitos de custo-efetividade.

3.2.6 Qualidade da Governação

BOA GOVERNAÇÃO: QUALIDADE DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

Em tempos de severas restrições financeiras e da grande incerteza sobre o futuro, a qualidade da governação da saúde é particularmente importante.

A **cultura do sistema político**: os partidos políticos investem muito para chegar ao poder, mas não se preparam para governar. Esta cultura conjugada com uma administração pública martirizada pelo curto prazo, frequentemente caótico, sem hábitos de decisão e ação baseados na informação; no conhecimento e na boa comunicação, para proporcionar uma governação de baixa qualidade.

O MdE com a Troika, se por um lado pressiona para que se tomem medidas importantes e necessárias e de alguma forma diminui a efetividade das resistências habituais à sua implementação, por outro lado, o seu enfoque num curto prazo excessivo, pouco contribui, quando não enfraquece, a cultura e os instrumentos necessários para uma governação com sentido estratégico.

Os ministérios da saúde têm confiado que esse sentido estratégico acabará por emergir de um conjunto diverso de reuniões mais ou menos frequentes, entre os membros do governo, entre cada um destes e os seus apoios técnicos, os serviços que tutelam e as ARS – reuniões essas habitualmente pouco preparadas e sem um follow-up eficaz.

Esta forma de trabalhar não resulta na mobilização das pessoas em torno de um fio condutor, numa política de saúde clara e propícia à adesão das pessoas.

Resulta antes na gestão fragmentária, um a um de múltiplos “dossiers”: o dossier das falsas taxas moderadoras, o dossier da Maternidade Alfredo da Costa, o dossier da centralização dos centros de saúde, o dossier dos fechos de serviços, o dossier do tabaco, o dossier dos transportes e das corporações de bombeiros, o dossier das horas extraordinárias, o dossier da “carteira de serviços”, o dossier das doenças cardiovasculares, o dossier das doenças respiratórias, o dossier da diabetes, o dossier da depressão, o dossier dos preços dos medicamentos.

Relatório de Primavera 2004

Os partidos políticos empenham-se em alcançar o poder mas não se preparam para governar. (...) Sem essa preparação “é inevitável começar a atuar com um baixo nível de fundamentação e de preparação... (o que torna) necessário um dispositivo de aprendizagem...que permita introduzir (em tempo) as correções e os ajustamentos necessários”.

Relatório de Primavera 2009

A ausência de um “centro” inteligente de análise e direção estratégica na governação da saúde (...) explicam melhor do que qualquer outra coisa a persistência de importantes falhas sistémicas na governação da saúde.

Para as pessoas e os profissionais no terreno, na “primeira” linha – aquela que verdadeiramente interessa - os efeitos deste despoletar desordenado de *dossiers*, um de cada vez, não pode deixar de ter um efeito devastador sobre a necessidade de integrar as peças para responder às necessidades de uma pessoa, uma família ou uma comunidade.

Uma direção estratégica destina-se a proporcionar às pessoas dispositivos integradores tangíveis que facilitem e deem sentido ao seu trabalho.

Isto é tanto mais importante quando, em situação de grandes entropias e crispações, próprias da crise, a comunicação e a coesão no terreno torna-se mais ruidosa.

Nestas circunstâncias a partilha da informação é de uma importância crítica.

O Ministério da Saúde não tem uma cultura de “decisão baseada no conhecimento” e de partilha de informação, apesar de alguns progressos verificados recentemente.

A experiência do OPSS, na preparação deste relatório, foi, mais uma vez, elucidativa:

- O OPSS solicitou atempadamente ao Ministério da Saúde a cedência de dados necessários às suas análises.

- No entanto dados, cuja existência é de domínio público, não foram disponibilizados – alguns exemplos:
 - A base de dados relativo a ao programa “consulta a tempo e horas” (atendimento na consulta hospitalar de doentes referenciados pelo centros de saúde) não foi disponibilizada; o relatório sobre a mesma só poderia ser cedido após o mesmo ser aprovado por um membro do governo, o que não aconteceu. Será que a situação se agravou (os resultados divulgados no ano passado já eram problemáticos)? Será que a administração tem pouca confiança na qualidade da sua base de dados (informação que devia informar decisões sobre o acesso aos cuidados de saúde)?
 - Dados sobre o Programa Info-família, referido publicamente pela DGS, através do qual as enfermeiras da Linha de Saúde Pública estudam nos Centros de Saúde a situação socio-sanitária das famílias. Estes não foram disponibilizados sem qualquer explicação.
 - Em relação aos medicamentos, foram fornecidos dados baseados em estimativas, enquanto que dados reais e recentes na posse do Ministério da Saúde não foram disponibilizados.

Na ausência de uma função de apoio à análise e direção a gestão da saúde faz-se de “dossier” em “dossier”, um de cada vez, à medida que vão emergindo – os resultados são conhecidos.

Relatório de Primavera 2009

Uma governação inteligente da saúde terá que se basear numa forte componente analítica (...) últimas duas décadas tão-somente duas publicações sobre a saúde dos portugueses foram produzidas e divulgadas pelo Ministério da Saúde – uma em 1998 e outra em 2004.

Relatório de Primavera 2009

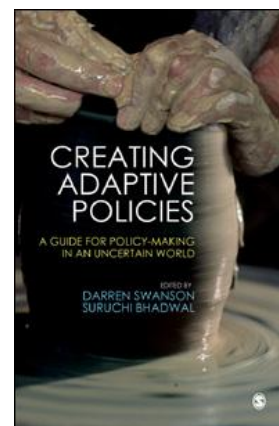
A falta de um “documento estratégico de referência”, com uma base analítica sólida, suficientemente partilhado (...) resultou num conjunto de inconsistências evitáveis que dificultam hoje as reformas da saúde.

Acresce que muitos dos dados solicitados não puderam ser utilizados por muito incompletos, enquanto outros foram disponibilizados demasiado tarde para serem úteis às análises.

Os principais elementos da boa governação da saúde estão resumidos no Quadro 4.

Em tempos de crescente incerteza, só uma governação prospetiva (capaz de trabalhar com múltiplos cenários), adaptativa, transparente e participada pode corresponder aos sérios desafios que o país enfrenta.

Políticas públicas prospetivas e adaptativas



Quadro 4 - Boa governação da saúde: o que é?

Base de conhecimento das decisões políticas
<ul style="list-style-type: none"> Mecanismo para incluir o conhecimento nas decisões políticas Aprender com a experiência - avaliações independentes do desempenho — enfoque nos resultados
Governação prospetiva e adaptativa
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos e recursos para análise e direcção estratégica Determinantes e incertezas associadas – incluindo o contexto global e europeu Cenários Monitorização e ajustamentos
Realizar os objectivos do sistema de saúde
<ul style="list-style-type: none"> Melhor saúde Melhor resposta em cuidados de saúde Maior justiça na contribuição financeira
Transparência na informação e nas decisões
<ul style="list-style-type: none"> Orçamento da saúde Desempenho do sistema regulador
Enquadramento dos actores sociais
<ul style="list-style-type: none"> Agenda Influência e impacte nas políticas
Inclusão das pessoas
<ul style="list-style-type: none"> Capacitação, envolvimento argumentativo e escolha Aposta no conhecimento e na inovação

3.3 Copagamentos e taxas moderadoras

Pagamentos nos serviços públicos de saúde

Princípios

O OPSS não toma posição relativamente às agendas políticas na saúde.

Mas procura identificá-las sempre que estas se tornam explícitas, para que o debate público e as escolhas políticas subsequentes assegurem a sua legitimidade.

O sistema de saúde português é constitucionalmente universalista.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) – geral, universal e tendencialmente gratuito (no ato de prestação dos cuidados de saúde) - é a manifestação expressa desse universalismo.

O SNS é financiado (através do OGE) segundo os princípios de um seguro público de saúde para todos:

- j) Solidariedade (redistribuição)
 - Pagar de acordo com o rendimento
 - Receber de acordo com a necessidade
- k) Previdência (pré pagamento)
 - Pagar quando jovem, robusto e são
 - Receber quando idoso, frágil e doente
- l) - Universalismo (inclusão)
 - É para todos - ninguém é excluído

Historicamente, a aplicação destes princípios na vida real foi sempre muito exigente, em termos do contexto socioeconómico, da qualidade da governação e das instituições. Em certas conjunturas essas dificuldades são maiores do que noutras. A sua aplicação nunca é perfeita. O que é importante, de acordo com essa filosofia, é prosseguir esse trajeto e aperfeiçoá-lo continuamente e evitar dar passos no sentido contrário.

Atualmente a OMS está fortemente empenhada em promover o “caminho para o universalismo” nos países menos desenvolvidos, onde as suas circunstâncias socioeconómicas tornam isso particularmente difícil, mas também muito importante.

Um dos méritos do universalismo é de evitar fronteiras estigmatizantes, artificiais e desnecessárias à forma como as pessoas se situam no *continuum* da distribuição dos rendimentos numa determinada população quanto ao acesso aos cuidados de saúde (Figura 64).

É um facto observado que a institucionalização dessas fronteiras, para aquém das quais as pessoas passam a ser classificadas como pobres ou destituídos, não só é pessoalmente desnecessariamente estigmatizante, como abre a porta à constituição (ou reforço) e

Artigo 64.º (Saúde) da Constituição da República Portuguesa

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

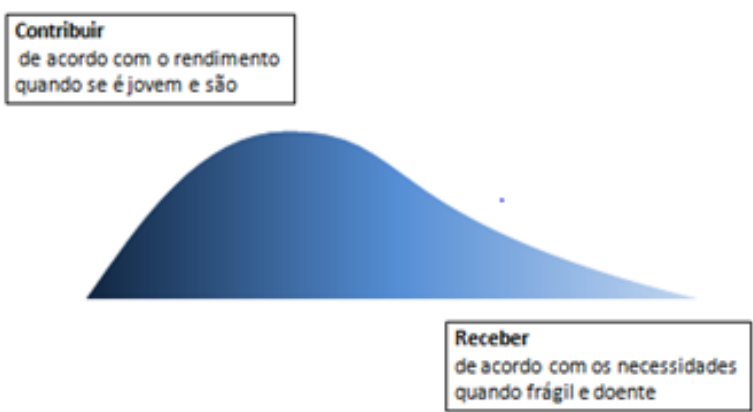
Organização Mundial de Saúde: O caminho para o universalismo nos países menos desenvolvidos

coexistência de dois sistemas de saúde (o dos não-pobres sempre melhor que outro).

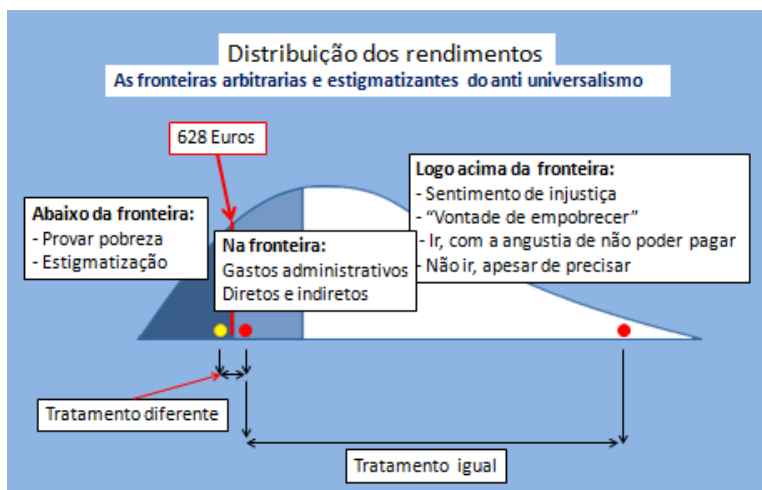
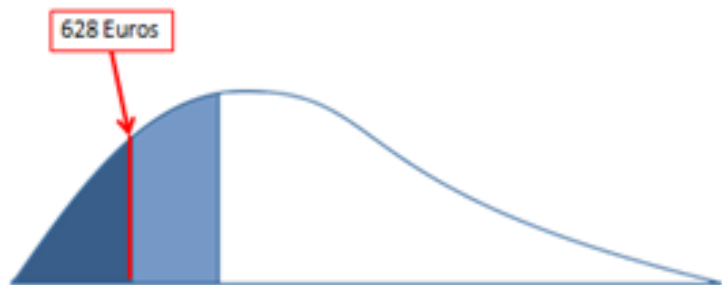
Este caminho é por muitos considerado não só um retrocesso social, mas também civilizacional, na medida que possa significar uma séria ameaça à coesão social, representando um retorno ao pré-universalismo.

Figura 64 - Distribuição dos rendimentos

Universalismo – sem “fronteiras” arbitrárias e estigmatizantes



As fronteiras arbitrárias e estigmatizantes do anti universalismo



Pagamentos nos serviços públicos de saúde – as posições não universalistas

Pode dizer-se que as posições não universalistas são aquelas que não aderiram aos princípios dos seguros públicos de saúde e, portanto, não apostaram no seu desenvolvimento.

São posições que o OPSS não pode deixar de respeitar. No entanto, com a agenda política não podem deixar de ser concomitantemente explicitadas para que possam ser politicamente escrutinadas e legitimadas.

Não parece aceitável introduzir medidas anti-universalistas, como se fossem soluções meramente técnicas politicamente neutras, evitando a prova da sua legitimidade política.

O caso de Espanha

O Governo de Espanha a provou recentemente um conjunto de medidas inseridas na resposta à crise económica financeira que atinge também aquele país.

As mais importantes destas medidas podem resumir-se da seguinte forma:

- Cortes substanciais nos orçamentos da saúde e da educação;
- Exclusão de estrangeiros indocumentados dos dispositivos de proteção social;
- Introdução de pagamentos nos serviços públicos de saúde, a partir da conjugação de dois critérios: (i) tipo de cuidados e (ii) nível de rendimentos (Ver Figura 65).

Assim as pessoas não pagarão os chamados “Benefícios básicos” (essencialmente cuidados médicos) mas passarão a pagar (principalmente segundo critérios de rendimento) os designados “benefícios suplementares” (medicamentos, transportes não urgentes, próteses e aplicações tecnológicas, e produtos dietéticos.

Estas são claramente medidas anti-universalistas nas suas dimensões mais conhecidas (critérios diferenciadores de cobertura e pagamentos no ato da prestação em função do rendimento).

Aparecem justificadas como medidas anticrise.

São no entanto apresentadas explicitamente como copagamentos (“copagos”) e não como taxas moderadoras, utilizando portanto uma terminologia tecnicamente adequada.

É relativamente fácil prever onde a gestão futura daqueles dois critérios conduzirá: pagamentos progressivamente mais elevados, para mais pessoas, em todos os serviços.

Por isso mesmo, este exemplo espanhol recente, constitui uma boa ilustração da necessidade de um debate político sério entre as posições universalistas e as não-universalistas.

Mariano Rajoy e los copagos

Legislação espanhola recente

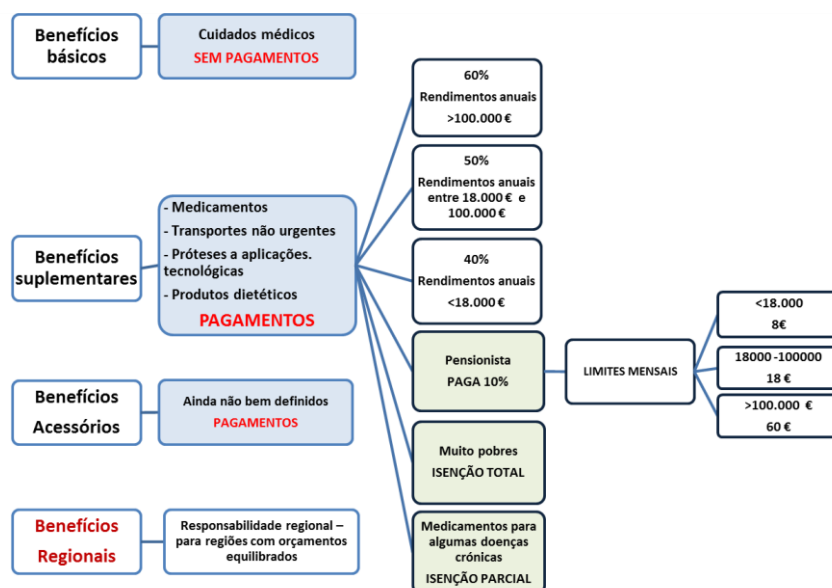


I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

5403 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Figura 65 - Nova legislação espanhola sobre copagamentos nos serviços públicos de saúde: *real decreto-ley 16/2012 de 20 de abril*



Fonte: Adaptada JM Freire e JR Repullo, 2012

Portugal: Taxas moderadoras e pagamentos (copagamentos)

Terminologia

Estes termos são frequentemente confundidos. Estão longe de significar a mesma coisa.

As “taxas moderadoras” como o nome indica, teriam com objetivo regular o acesso, dificultando a utilização desnecessária dos serviços de saúde.

Pelo contrário, os pagamentos (ou copagamentos) são uma contribuição dos utilizadores dos serviços de saúde para as despesas dos mesmos. Nessa medida são um componente do modelo de financiamento dos serviços públicos da saúde.

Antecedentes

A adoção de uma “taxas moderadoras” como pagamentos apriorísticos e gerais, para todos os que se apresentam nos serviços de saúde independentemente do seu padrão de utilização, resultou da noção de “risco moral”, que se pode traduzir livremente como “a tendência para o abuso de serviços “gratuitos” ou pré-pagos. Se pode é verdade que há cerca de duas décadas, a ausência de sistemas de informação elaborados não permitia outra solução, isso já não é assim há algum tempo. É hoje possível identificar os sobre utilizadores injustificados (uma pequena percentagem dos utilizadores de cuidados de saúde, com a possível exceção dos serviços de urgência), e intervir junto deles.

Principalmente na última década foi-se paulatinamente estendendo esta aplicação de “taxas moderadoras” para o acesso a cuidados, já não dependentes das opções do utilizador, mas sim das indicações médicas.

As mais polémicas desta modalidade terão sido provavelmente as “taxas moderadoras para cirurgias e internamentos” (obviamente ninguém pode “moderar-se” face a tais indicações médicas).

Tratam-se portanto, não de taxas moderadoras, mas sim de pagamentos (ou copagamentos) destinados a contribuir para as despesas da saúde.

Se não são taxas moderadoras e se, segundo o Ministério da Saúde, têm um impacto financeiro mínimo (passam de 1% para 2% do orçamento da saúde com as novas medidas) para que servem?

Não se trata aqui de defender o princípio que não é possível alterar o modelo de financiamento da saúde, no sentido de introduzir como um dos seus componentes os pagamentos no ato da prestação dos cuidados de saúde. No entanto, tal alteração, pelo seu significado em termos de políticas públicas, necessita de legitimação política.

E esta simplesmente nunca foi reivindicada.

Não é simplesmente aceitável que em vez de percorrer o caminho da legitimação política, os governos atribuam aos copagamentos o nome falso de “taxas moderadoras”.

Não é isso que o cidadão espera do Estado. Não se compreende como as pessoas podem ser obrigadas a aceitar e pagar “taxas moderadoras” que não o são.

Situação atual

O MdE com a *Troika* prescreve a revisão das “taxas moderadoras”. Persistindo na mesma falta atrás referida, situa a questão das “taxas moderadoras” não numa secção dedicada à regulação do acesso, com seria necessariamente o caso se tratasse efetivamente de taxas moderadoras, mas sob a rubrica dedicada ao financiamento.

A abordagem do atual governo nesta matéria pode resumir-se da seguinte forma:

- Extensão dos pagamentos a todo o tipo de serviços;
- Acumulação de taxas moderadoras no mesmo processo de cuidados até um certo limite dentro do mesmo episódio;
- Critérios de isenção por (i) rendimento e por (ii) patologia;

Segundo o ministério da saúde, as isenções às taxas moderadoras abrangem cerca de 57% da população.

Não é simplesmente aceitável que em vez de percorrer o caminho da legitimação política, os governos atribuam aos copagamentos o nome falso de “taxas moderadoras”.

Não se compreende como as pessoas podem ser obrigadas a aceitar e pagar “taxas moderadoras” que não o são.

A forma com estes novos pagamentos foram introduzidos provocou grande confusão nos serviços públicos de saúde e está a modificar o clima das relações entre o SNS e os seus utentes (Figura 66 e 67). Destacam-se seguidamente alguns exemplos ilustrativos:

– Taxas moderadoras para vacinas

Para a aplicação de uma vacina não englobada no PNV, a enfermeira informou a utente que seria cobrada taxa moderadora, mas que o secretariado é que sabia o preço. Antes de dar a vacina, imprimiu uma folha onde descreveu que vacina era.

A utente foi ao secretariado onde teve que tirar nova senha e aguardar, para pagar um euro que e após o registo no computador, foi passada uma fatura manual, que entregou à enfermeira. (Contado ao OPSS pela própria utente que reportou o ato cobrado).

– Taxas moderadoras para MCDT's

Num serviço de análises clínicas do SNS, um utente idoso e bastante debilitado, apesar da insistência na pergunta, não foi informado do preço a pagar pelas análises. Dada a dificuldade em caminhar entre guichet/tesouraria/guichet/ sala de espera, e continuando sem saber o preço, optou por não fazer as análises com medo de não ter dinheiro para pagar. Outra utente, pegou nos papéis e no cartão do senhor e foi à tesouraria disposta a pagar - "Este senhor está isento" – foi a resposta. (Contado ao OPSS por utente que assistiu à situação)

Qual é o efeito desses pagamentos, no acesso aos cuidados de saúde?

Na falta de estudos mais definitivos, há um vasto conjunto de indicações de vária ordem (ver ponto 3.4 deste documento) no sentido de que o efeito conjunto do empobrecimento da população portuguesa, as dificuldades acrescidas com os transportes (inexistência ou preço) e a introdução destes copagamentos está a afetar o acesso dos portugueses ao SNS.

Existem também referências de que a introdução destes pagamentos tem desviado utilizadores do SNS para os serviços privados de saúde.

Cabe ao Ministério de Saúde promover o estudo detalhado desta situação.

Figura 66 - Pedido de reembolso de taxas moderadoras



Figura 67 - Falsas taxas moderadoras em Portugal



3.4 Perceções dos Profissionais de Saúde no Terreno

ESTUDO	OBJETIVO	DATA DE APLICAÇÃO	POPULAÇÃO ALVO	TAXA DE ADESÃO
ENSP O que pensam os médicos	Analisar as perceções dos médicos sobre o impacto da crise na saúde das pessoas, no acesso e nos serviços de saúde	28 de abril a 18 de maio de 2012	Médicos disponíveis a responder a um questionário pela Internet	n=741 (não é possível determinar taxa de adesão)
OPSS O que pensam os profissionais das USF	Analisar as perceções dos profissionais das USF, sobre o impacto da crise na saúde das pessoas, no acesso e nos serviços de saúde.	11 a 31 de maio de 2012	Profissionais das USF (médicos, enfermeiros e secretários clínicos), sócios da USF – AN 1661	n=884 (53.2%)
USF – AN (André Biscaia e col.) O que pensam os coordenadores das USF	Analisar a perceção dos coordenadores das USF em relação ao ponto de situação da reforma. Estudo realizado por André Biscaia e colaboradores “Momento Atual da Reforma”.	fevereiro a maio de 2012	Coordenadores das USF319	n=129 (40.4%)
ENSP/ GTDOCSP O que pensam os diretores executivos	Analisar as perceções dos diretores executivos relativamente ao desenvolvimento organizacional dos ACES e suas atividades.	março e abril de 2012	Diretores executivos de 69 ACES e coordenadores das unidades funcionais	n=1276 (30%)
OPS / FARMÁCIAS DE LISBOA Impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento	Recolher informação sobre a prescrição e aquisição de medicamentos (doentes crónicos) e a evolução da atividade da farmácia entre 2008 e 2011.	março e abril de 2012	Farmácias da Região de Lisboa registadas no site do INFARMED e doentes convidados (15 por farmácia) 661 Farmácias	n=41 farmácias (6.2%)
OPSS Plano Nacional de Saúde (PNS) e Estratégias Locais de Saúde	Recolher opiniões, perceções, comportamentos e conhecimentos relativos ao PNS, planos/estratégias locais de saúde, e observatórios locais de saúde	8 a 15 de março de 2012	Coordenadores das USP e médicos de saúde pública vogais do conselho clínico (148)	n=45 (30,4%)
CEISUC/CES O que pensam os diretores executivos dos Conselhos da Comunidade	Opiniões sobre a implementação dos Conselhos da Comunidade	Abril de 2012	Diretores executivos dos ACES	n=29 (44,6%)

Introdução

Uma situação que evolui rapidamente requer conhecimento expedito. Nas circunstâncias atuais é muito importante saber o que pensam os profissionais de saúde do terreno.

Por isso, o OPSS procurou, num pequeno período de tempo, aproximar-se daquilo que é hoje a perceção dos profissionais do terreno sobre o que está a acontecer.

Fê-lo através de um conjunto de pequenos estudos, “oportunistas”, com as limitações próprias de trabalhos onde o denominador populacional nem sempre pode ser definido com grande precisão e a representatividade não se pode aferir.

Apesar destas limitações, o resultado do conjunto dos estudos aqui resumidos, especialmente naquilo em que coincidem, conjugados com indicações de outras fontes, incluindo múltiplos testemunhos colhidos aos mais diversos níveis no decurso do ano, sugerem uma imagem verosímil de alguns aspetos críticos da situação atual.

O QUE PENSAM OS MÉDICOS

Este estudo foi promovido por alunos do programa de doutoramento da Escola Nacional de Saúde Pública. Baseou-se na aplicação de um questionário online destinado a médicos, cujo link foi enviado por email ou colocado nas redes sociais de grupos médicos. No período de 28 de Abril e 18 de maio de 2012 obtiveram-se 741 respostas.

Para caracterizar os respondentes, refere-se que 57% pertencem ao género feminino e 43% ao masculino, estando 35% no grupo etário dos 50 aos 59 anos e 27% no dos 30 aos 39 anos. 26% têm entre 1 a 4 anos de prática clínica autónoma, e 24% entre 20 a 29 anos de prática, trabalhando a grande maioria em meio predominantemente urbano.

Dos respondentes médicos 51% trabalham em hospitais públicos, 21% em Unidade de Saúde Familiar (USF), 10% em Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), 4% em hospitais Parcerias Público Privadas (PPP), 3% em hospitais privados, 2% em consultórios privados e 7% noutros locais.

Resumem-se aqui os resultados relativos a dois dos aspetos inquiridos, que dizem respeito ao acesso aos cuidados de saúde e à realização profissional dos médicos.

Acesso aos cuidados de saúde: prejudicado, em especial para os cuidados preventivos

Do conjunto dos resultados obtidos (a publicar brevemente), salientam-se aqueles que interessam para este fim, ou seja, aqueles que dizem respeito ao acesso dos utentes aos serviços de saúde. Neste caso, 58% dos respondentes considera que o acesso piorou e 16% que piorou muito, 17% que se manteve inalterado, 6% que melhorou, e 3% que melhorou muito.

A situação do equilíbrio entre a procura de cuidados preventivos, curativos e urgentes/emergentes parece também ter sido alterada devido á crise, prevendo estes médicos que haveriam agora menos cuidados preventivos.

Pagamento de “taxas moderadoras”, transportes e medicamentos: dificuldades óbvias

Em relação às eventuais dificuldades com o pagamento de “taxas moderadoras”, na opinião de 43% dos respondentes, os utentes têm manifestado frequentemente dificuldade em pagar as taxas, 30% ocasionalmente, 16% muito frequentemente, 5% raramente, e 1% nunca.

É semelhante a resposta relativa aos transportes para os serviços de saúde: os utentes manifestam frequentemente dificuldade (43%), dos quais 27% afirmam que as mesmas são manifestadas muito frequentemente, 24% ocasionalmente, e 5% raramente.

Quanto ao acesso ao medicamento, 46% afirmam ainda que os utentes manifestam frequentemente ou muito frequentemente (30%) dificuldades em comprar a medicação prescrita por motivos económicos, 20% ocasionalmente, e 3% raramente.

Adesão às consultas, exames complementares e tratamentos (incluindo terapêuticas para doenças crónicas): difícil

No que se refere à assiduidade dos doentes a consultas, exames complementares de diagnóstico e tratamentos, 57% dos respondentes consideram que globalmente piorou, 11% que piorou muito, e 26% que se manteve inalterado.

Quanto à adesão dos doentes às terapêuticas para doenças crónicas 57% consideram que a adesão às terapêuticas crónicas piorou, 12% que piorou muito, 22% que se manteve inalterada, e 3% que melhorou.

Realização profissional e perspectivas futuras: preocupante

Na opinião dos médicos, relativamente ao impacto da crise na realização profissional, 40% considera que nos dois últimos anos o nível de realização profissional piorou, 19% que piorou muito, 25% que se manteve inalterada, 13% que melhorou, e 1% que melhorou muito.

No que respeita ao nível de motivação dos médicos estes referem que diminuiu para 36% dos respondentes, diminuiu muito para 32%, manteve-se inalterável para 21%, e aumentou para 8%.

Globalmente a perspectiva de futuro profissional é referida como tendo piorado para 46%, piorado muito para 35%, não se ter alterado para 13%, e melhorado para 5%.

O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DAS USF

Após a realização do 4º Encontro Nacional da Associação Nacional de USF (11 e 12 de Maio de 2012) enviou-se um questionário a todos os sócios da referida associação (1661 sócios).

Entre o dia 11 e 31 de Maio, obtiveram-se 884 respostas, tendo sido 878 consideradas válidas, o que representa uma taxa de resposta de 53%.

Caracterização dos respondentes

Do total dos respondentes, 75,5% pertence ao género feminino e 24,5% ao masculino, situando-se a maior percentagem na faixa etária dos 50 aos 59 anos (37%), logo seguida da dos 40 aos 49 anos (26%).

43% dos respondentes são da região Norte, 20% do Centro, 23,5% de Lisboa e Vale do Tejo, 10% do Alentejo, e 3% do Algarve.

As duas profissões mais representadas são os médicos (44%) e os enfermeiros (30%).

Do total dos respondentes 26,5% são coordenadores de unidades funcionais.

Atitudes em relação ao país: dificuldades no futuro próximo

A grande maioria dos respondentes (84%) considera que a maior parte das pessoas com quem trabalha e com quem contacta, regularmente, pensa que a austeridade atual não irá permitir sair da crise num período de tempo razoável.

Número de consultas: alterações ligeiras

Relativamente às consultas médicas programadas, do total de respondentes 50% afirmam não detetarem alterações, 16% referem que tem havido aumento, 3% grande aumento, 30% referem uma diminuição, e 1% uma grande diminuição.

A situação é idêntica para as consultas não programadas (excluindo Serviço de Atendimento Permanente - SAP), onde 43% afirmam não detetar alterações, 18% referem um aumento, 4% um grande aumento, 35% referem uma diminuição e 1% uma grande diminuição.

Já no que se refere aos atendimentos nas "urgências" (SAP), 46% afirmam não detetar alterações, 42% uma diminuição e 3% uma grande diminuição (que poderá estar associada ao encerramento de alguns destes serviços). Apenas 9% dos respondentes referem que têm aumentado ou aumentado muito. A distribuição de frequências é semelhante entre os grupos profissionais.

Bem-estar dos utilizadores: substancial aumento dos sintomas de depressão e ansiedade

Naquilo que se refere à saúde das pessoas atendidas nos cuidados de saúde primários, 64% dos respondentes referem um aumento de casos de depressão, 16% um grande aumento, sendo a situação semelhante para os casos de ansiedade, em que 64% referem um aumento, e 24% um grande aumento.

Figura 68 – Depressão

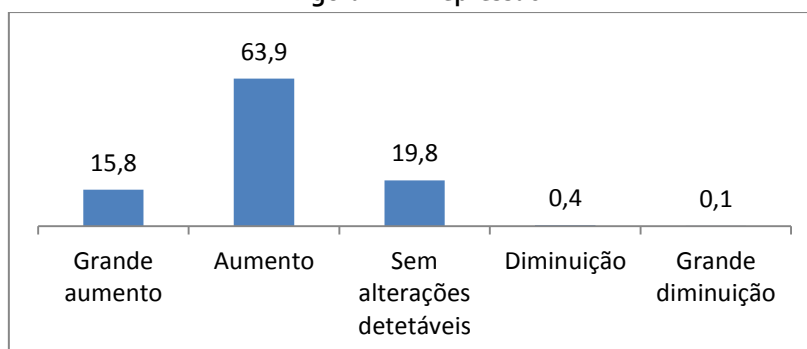
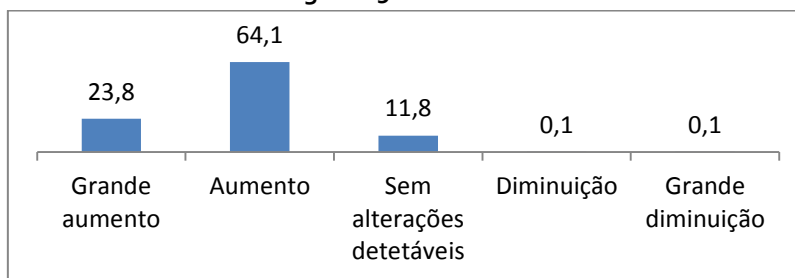


Figura 69 – Ansiedade



Acesso aos cuidados de saúde: dificuldades significativas com o transporte, “taxas moderadoras” e acesso ao medicamento

As dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, relacionadas com os transportes, têm tido um aumento na opinião de 56% dos respondentes, e têm tido um grande aumento de acordo com 15% dos mesmos.

Quadro 5 – Dificuldades de acesso por parte dos utilizadores das USF, relativas a transporte, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Grande Aumento	11.9	18.3	11.5	25	14.6
Aumento	50.7	61.1	58.4	61.1	55.6
Sem alterações detetáveis	37.4	19.7	29.2	11.1	29.3
Diminuição	0	0.9	0.9	2.8	0.5
Grande diminuição	0	0	0	0	0

Quando estas dificuldades estão associadas às “taxas moderadoras”, a perspetiva de aumento é referida por 61% dos respondentes, e de grande aumento por 16% dos mesmos.

Quadro 6 – Dificuldades de acesso por parte dos utilizadores das USF, relativas às taxas moderadoras, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Grande Aumento	10.1	24.5	14.2	19.4	16.2
Aumento	63.2	62	57.5	52.8	60.7
Sem alterações detetáveis	25.5	13.1	24.8	22.2	21.6
Diminuição	1.2	0	3.5	5.6	1.4
Grande diminuição	0	0.4	0	0	0.1

Comentários dos respondentes: “(...)As taxas moderadoras, o aumento dos custos com o transporte, e as faltas laborais com penalizações, são motivos de preocupação que levam a pensar em novas estratégias.”

Quanto à dificuldade de acesso ao medicamento, 61% dos respondentes afirmam que têm aumentado as dificuldades reportadas com a aquisição de medicamentos (25% referem um grande aumento), assim como, 60% que têm aumentado as dificuldades na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (12% um grande aumento).

Quadro 7 – Dificuldades com aquisição de medicamentos por parte dos utilizadores das USF, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Grande Aumento	20.9	33.6	18.6	36.1	25
Aumento	64.3	60.3	56.6	44.4	60.7
Sem alterações detetáveis	13.3	5.2	21.2	11.1	12.6
Diminuição	1.4	0.9	3.5	8.3	1.7
Grande diminuição	0	0	0	0	0

Quadro 8 – Dificuldades com a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica por parte dos utilizadores das USF, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Grande Aumento	10.1	19.7	8.8	11.1	12.2
Aumento	58.6	61.1	57.5	61.1	59.7
Sem alterações detetáveis	30.4	19.2	31.9	22.2	27.2
Diminuição	0.9	0	1.8	2.8	0.8
Grande diminuição	0	0	0	2.8	0.1

Principais motivos de insatisfação com os serviços de saúde: “taxas moderadoras”

No grupo dos respondentes, parece também verificar-se um aumento (49%) nas manifestações de insatisfação (18% grande aumento), essencialmente traduzidas em protestos, ameaças e manifestações violentas. Analisando os motivos destas condutas, a grande maioria (70%) tem a ver com as taxas moderadoras.

Quadro 9 – Motivos de manifestações de insatisfação dos utilizadores das USF, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Tempos de espera	9.6	5.7	3.5	16.7	7.5
Transporte	4.3	7	2.7	13.9	5.1
Taxas moderadoras	69	70.7	84.1	38.9	70.2
Cuidados prestados	0.9	0.9	0	5.6	1.2
Atendimento global	1.4	6.6	5.3	13.9	4.6
Outros	7	4.4	3.5	8.3	5.1

Comentários dos respondentes:

- “Os motivos são variados mas percebe-se que têm a ver com problemas socioeconómicos e questões de ansiedade na vida pessoal e familiar.”
- “ (...) desabafam na consulta sobre dificuldades económicas do agregado familiar, em relação à educação, à aquisição de alimentos e medicação, etc.”
- “Degradação generalizada no apoio do SNS à população utente.”

Condições de trabalho dos profissionais nos cuidados de saúde primários: aumento nítido de percepções negativas

66% dos respondentes referem um aumento e 13 % um grande aumento no clima de preocupação/tensão/insatisfação com a situação nos serviços de saúde.

Em relação às dificuldades sentidas ao nível dos recursos humanos, 40% dos respondentes referem não detetar alterações, mas 43% referem um aumento das mesmas, e 16% um grande aumento. Nas dificuldades com os recursos materiais (equipamentos, consumíveis, etc.) 48,5% dos indivíduos referem um aumento e 35% um grande aumento.

Resposta dos profissionais de saúde face às dificuldades: positiva

Foram questionados os profissionais relativamente à sua percepção das atitudes perante os desafios do conjunto do corpo profissional. 32% dos respondentes referem uma atitude de grande esforço, 29% uma atitude de algum esforço, 23% uma atitude passiva, 11% uma atitude negativa e reativa, e 5% uma atitude muito negativa.

No que respeita ao abandono dos serviços, seja por reforma, por transferência para o setor privado ou por emigração, 46% dos indivíduos referem um aumento e 11% um grande aumento.

Quadro 10 – Abandono dos serviços por parte dos profissionais das USF, segundo a percepção de diferentes grupos profissionais, em valor percentual.

	Médicos	Enfermeiros	Secretariado Clínico	Outras profissões	Total
Grande Aumento	7.8	15.6	6.5	15	11.2
Aumento	48.4	47.5	33.9	60	46
Sem alterações detetáveis	43.9	36.3	56.5	25	42
Diminuição	0	0.6	3.2	0	0.8
Grande diminuição	0	0	0	0	0

Percepção sobre as políticas e estratégias de saúde e dificuldade face à crise: negativa

Foi questionada a existência de medidas de saúde destinadas a minimizar os efeitos da crise na saúde das pessoas. 30% dos respondentes referem que estas medidas são muito poucas e 29% que são totalmente ausentes, 22.5% afirmam que são poucas, 14.5% referem que são algumas, 4.2% que estão razoavelmente desenvolvidas e 0% muito desenvolvidas.

Percepção sobre as políticas de desenvolvimento organizacional e profissional adaptadas à situação atual: negativa

Quanto às políticas de desenvolvimento organizacional e profissional dos serviços de saúde, adaptadas à situação atual, 32% dos respondentes referem que se encontram ausentes, 26% que são muito poucas, 22% que são poucas, 15.5% que são algumas, 4.8% que estão razoavelmente desenvolvidas, e 0.2% que estão muito desenvolvidas.

Comentário de um respondente:

- “Não há qualquer estratégia de saúde relacionada com os impactos da crise.”

Perceção sobre o nível de análise quanto aos efeitos sobre a saúde da atual crise: negativa

Questionados sobre o nível de análise sobre o impacto da crise na saúde e nos serviços de saúde, 29,5% dos indivíduos responderam que esta se encontra ausente, 27,5% que o mesmo é muito pouco, 23% que é pouco, 16.5% referem que é algum, 3% que está razoavelmente desenvolvido, e 0.4% que o mesmo se encontra muito desenvolvido.

COORDENADORES DAS USF (“MOMENTO ATUAL DA REFORMA, 2012”)

Este estudo de André Biscaia e colaboradores tem o particular interesse de ter sido replicado em 3 anos consecutivos (2010, 2011 e 2012). Baseou-se na aplicação de um questionário aos coordenadores das USF, sobre o seu ponto de vista em relação ao momento atual da reforma. Responderam ao questionário 129 coordenadores (405), das 319 USF em atividade no momento da aplicação.

Foram avaliados um conjunto de aspetos relativos à reforma dos cuidados primários e os resultados são apresentados com a comparação dos dois estudos dos anos anteriores, para uma clara perceção da evolução.

Satisfação com a reforma: positiva, mas em perda

Os respondentes consideram-se mais satisfeitos do que insatisfeitos com a reforma dos CSP. No entanto, esse grau de satisfação diminuiu de 2010 para 2011, e mais ainda de 2011 para 2012.

Quadro 11 – Satisfação em relação ao momento atual da reforma

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
Em relação ao momento actual da Reforma dos CSP , considera estar, em termos gerais:	Muito insatisfeito/a	4,7%	5,8%	3,1%
	Insatisfeito/a	23,4%	24,0%	31,5%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	12,1%	18,3%	20,5%
	Satisfeito/a	52,3%	47,1%	40,9%
	Muito satisfeito/a	7,5%	4,8%	3,9%

Fonte: “Momento atual da reforma, 2012” Biscaia et al, 2012

Valoração do trabalho do Ministério da saúde, ACSS e ARS: negativa e com tendência a piorar em relação aos primeiros. A ACSS apresenta o maior grau de desaprovação.

Quadro 12 – Satisfação em relação à atuação do Ministério da Saúde e ACSS

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
Em relação à actuação actual do Ministério da Saúde na Reforma dos CSP, considera estar:	Muito insatisfeito/a	7,3%	11,7%	10,9%
	Insatisfeito/a	27,1%	38,8%	44,5%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	29,2%	25,2%	32,0%
	Satisfeito/a	35,4%	23,3%	11,7%
	Muito satisfeito/a	1,0%	1,0%	0,8%
Em relação à actuação actual da ACSS na Reforma dos CSP, considera estar:	Muito insatisfeito/a	-	-	12,5%
	Insatisfeito/a	-	-	50,0%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	-	-	28,1%
	Satisfeito/a	-	-	8,6%
	Muito satisfeito/a	-	-	0,8%

Fonte: “Momento atual da reforma, 2012” Biscaia et al, 2012

Quadro 13 – satisfação em relação à atuação das ARS

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
Em relação à actuação actual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP, considera estar:	Muito insatisfeito/a	12,6%	12,5%	14,1%
	Insatisfeito/a	33,1%	39,4%	42,2%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	25,2%	20,2%	29,7%
	Satisfeito/a	25,2%	26,9%	13,3%
	Muito satisfeito/a	3,9%	1,0%	0,8%

Fonte: "Momento atual da reforma, 2012" Biscaia et al, 2012

Valoração dos ACES: ligeiramente positiva, com tendência a melhorar.

Já em relação à atuação do ACES, os coordenadores das USF consideram-se ligeiramente mais satisfeitos que insatisfeitos, não contrariando as tendências anteriormente referidas o grau de satisfação parece tender a aumentar no período de três anos.

Quadro 14 – satisfação em relação à atuação dos ACES

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
Em relação à actuação actual do seu ACES , considera estar:	Muito insatisfeito/a	18,6%	20,2%	15,0%
	Insatisfeito/a	26,4%	29,8%	25,2%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	20,9%	20,2%	17,3%
	Satisfeito/a	24,0%	19,2%	29,1%
	Muito satisfeito/a	10,1%	10,6%	13,4%

Fonte: "Momento atual da reforma, 2012" Biscaia et al, 2012

Valoração da sua USF: muito positiva, com tendência a melhorar

O grau de satisfação dos coordenadores com a sua USF é grande e tende a aumentar.

Quadro 15 – satisfação em relação à atividade das USF

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF de um modo geral, considera estar:	Muito insatisfeito/a	3,8%	1,9%	1,60%
	Insatisfeito/a	6,1%	3,9%	3,90%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	6,8%	6,8%	3,90%
	Satisfeito/a	59,8%	56,3%	43,30%
	Muito satisfeito/a	23,5%	31,1%	47,20%

Fonte: "Momento atual da reforma, 2012" Biscaia et al, 2012

Os participantes neste estudo consideram que os principais problemas que carecem de resolução nas USF são sobretudo os sistemas de informação e os recursos humanos, essencialmente, no que se refere aos contratos precários.

Relativamente à satisfação com os sistemas de informação de apoio à consulta, verifica-se que apesar dos mesmos serem considerados como uma das principais falhas têm tido melhorias.

No entanto, quanto às falhas de acesso às aplicações informáticas em 2011, 54% dos respondentes declararam que aconteceram mais de dez vezes durante esse ano, subindo essa percentagem para 62% em 2012.

Contratualização: considerada importante, mas insatisfação relativamente ao processo

A maioria dos coordenadores considera a contratualização um estímulo para trabalhar com maior qualidade, mas mais de metade afirma que as metas contratualizadas não são discutidas e negociadas de um modo satisfatório, enquanto 66% afirmam que a contratualização não é um negócio transparente (com aumento em relação ao ano anterior).

Quadro 16 – satisfação em relação à contratualização

		2009/2010	2010/2011	2011/2012
A contratualização é uma negociação transparente .	De acordo ou Muito de acordo	29,3%	16,5%	19,2%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	22,0%	22,3%	15,2%
	Em desacordo ou Muito em desacordo	48,8%	61,2%	65,6%
As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	De acordo ou Muito de acordo	32,8%	34,6%	34,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	12,2%	3,8%	13,3%
	Em desacordo ou Muito em desacordo	55,0%	61,5%	52,3%
		2009/2010	2010/2011	2011/2012
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade .	De acordo ou Muito de acordo	73,1%	66,0%	73,6%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,9%	11,7%	12,8%
	Em desacordo ou Muito em desacordo	14,9%	22,3%	13,6%

Fonte: "Momento atual da reforma, 2012" Biscaia et al, 2012

O QUE PENSAM OS DIRETORES EXECUTIVOS DOS ACES E COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS

Na continuidade do estudo realizado pela ENSP em parceria com o grupo Técnico para o Desenvolvimento Organizacional dos CSP, solicitou-se a todos os diretores executivos e coordenadores de unidades funcionais a sua perceção quanto à avaliação que fazem de vários aspetos do funcionamento dos seus serviços, em três momentos diferentes (Abril de 2011, Setembro de 2011 e Abril de 2012). De entre os inquiridos, foram recebidas 1276 respostas.

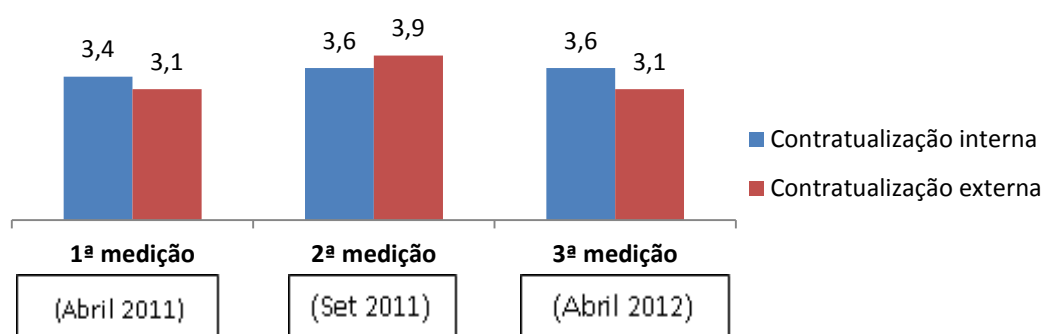
A análise das respostas permitiu concluir que parece ter havido progressos consistentes, ainda que modestos, em quase todas as áreas assistenciais e de intervenção em saúde. A comparação dos valores atribuídos, com um

intervalo de 4 meses, evidencia de modo consistente valores ligeiramente mais elevados na segunda medição, para a maior parte das áreas de intervenção consideradas.

As perceções em relação à contratualização externa ilustram esta tendência.

Destacam-se pela negativa os graus muito incipientes de desenvolvimento e atividade dos dois órgãos relacionados com o envolvimento, participação e cidadania em saúde: os gabinetes do cidadão e os conselhos da comunidade, bem como os dispositivos de apoio local, designadamente a fragilidade das unidades de apoio à gestão (UAG);

Figura 70 – Evolução das perceções dos Diretores Executivos, relativamente à contratualização nos ACeS



Fonte: adaptado de www.csp.min-saude.pt

O IMPACTO DA CRISE FINANCEIRA NA ACESSIBILIDADE AO MEDICAMENTO – ESTUDO-PILOTO

Com o objetivo de avaliar o impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento, foi realizado, no distrito de Lisboa, entre Março e Abril de 2012, um estudo piloto para o qual se convidaram todas as farmácias registadas no sítio do INFARMED a participar (n=661). Foi solicitado às mesmas que recolhessem informação sobre a prescrição e a aquisição dos respetivos medicamentos em doentes crónicos e ainda que respondessem a um formulário para caracterização da evolução da atividade da farmácia, para o período de 2008 a 2011. Os doentes convidados a integrar o estudo (15 por farmácia) foram selecionados entre os portadores de prescrição de pelo menos um medicamento das seguintes classes farmacoterapêuticas: antidiabéticos, anti hipertensores e antilipídicos.

Foram recolhidos e analisados formulários enviados por 41 farmácias (6,2% do total) e relativos a 375 doentes. A caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos revelou um ligeiro predomínio do género feminino (52,1%), uma média etária de 66,2 anos (dp=12,85), sendo que 56,0% eram idosos, maioritariamente reformados (65,7%) e mais de 40% auferiam rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional.

Comportamento dos utentes das farmácias: dificuldades no acesso ao medicamento

Cerca de 20% da amostra, 78 doentes, não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) relativamente à idade, ao sexo, situação perante o emprego e rendimento. No entanto, a maior frequência de doentes que não adquiriu a totalidade da prescrição foi mais elevada entre os do género feminino (19,7%), entre os do grupo dos idosos (19,4%), os dos desempregados (20,7%) e aqueles que auferiam um rendimento mensal inferior a 475 euros (23,4%).

Entre os doentes que não adquiriram a totalidade dos medicamentos prescritos, cerca de 40% justificou o facto por ainda ter aqueles medicamentos em casa, mas cerca de 25% indicou a existência de dificuldades económicas como causa que impossibilitava a aquisição da totalidade da prescrição. Menos frequentemente foram também apresentados como motivos o facto de considerarem o medicamento como não necessário ou como não lhes fazendo falta.

Relativamente à caracterização da evolução da atividade da farmácia, no período em estudo (2008-2011), procurou-se analisar alguns indicadores sobre a qualidade de serviços prestados (e.g. categoria profissional dos colaboradores, espectro de serviços prestados, período de atendimento ao público), e sobre a situação económica da farmácia (e.g. volume de vendas, massa salarial, stocks de medicamentos).

Quanto à tipologia da equipa técnica da farmácia, verificou-se não terem ocorrido modificações significativas no período em análise.

Farmácias: crise económica e mais horas de trabalho











Tem aumentado progressivamente o número médio de horas semanais que a farmácia esteve aberta ao público, passando a respetiva mediana de 55 horas em 2008, para 56 em 2009, e para 59 a partir de 2010. Mais de 40% das farmácias que participaram no estudo indicaram ter aumentado o período de abertura da farmácia. Na análise da evolução do horário de funcionamento da farmácia importa ter em consideração as alterações legislativas que instituíram o limite mínimo de horário de funcionamento das mesmas, bem como, a introdução dos regimes de adaptabilidade prevista na lei geral do trabalho.

No que se refere a indicadores dos serviços prestados pelas farmácias verificou-se que na maioria das farmácias, participantes no estudo, foram mantidos, para o período em análise, os serviços tradicionalmente prestados aos seus utentes, nomeadamente a monitorização de parâmetros biológicos (pressão arterial, glicémia, triglicéridos, colesterol, IMC).

Algumas farmácias aumentaram a oferta de serviços ao público, nomeadamente a disponibilização de consultas de nutrição e de podologia, de avaliação de risco cardiovascular, e de cuidados farmacêuticos, administração de vacinas e medicamentos injetáveis.

Relativamente aos indicadores económicos, verificou-se um aumento da massa salarial dos funcionários da farmácia, reportado por mais de 54% das farmácias que participaram no estudo. Este aumento foi particularmente notável no período de 2008 para 2010, no qual a mediana do referido valor aumentou em 4,5%. Em 2011 observou-se uma ligeira redução. Este facto poderá ser explicado pela ocorrência crescente de desemprego na profissão farmacêutica, inexistente até 2010.

Quadro 17 - Indicadores económicos

Indicadores Económicos	2008 - 2010	2011
Massa salarial dos funcionários da farmácia		
Número médio de horas semanais de atendimento ao público		
Serviços prestados pelas farmácias		
Volume de vendas		
Stocks de medicamentos nas farmácias		

Por outro lado, no período em análise, observou-se um considerável decréscimo no volume de vendas cuja mediana baixou 6% de 2008 para 2011. Mais de 80% das farmácias que integraram o estudo referiram uma diminuição nos respetivos volumes de vendas. Paralelamente, observou-se uma redução dos stocks de medicamentos, em particular dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM). Mais de metade das farmácias (56,4%) manteve os prazos de pagamento aos seus fornecedores de medicamentos, mas cerca de ¼ teve necessidade de os alargar (25,6%). Além disso, cerca de 1/3 das farmácias assumiu não ter capacidade para cumprir os compromissos assumidos. Estes dados são concordantes com informações veiculadas nos meios de comunicação social segundo os quais 844 farmácias (29% do total) têm os fornecimentos suspensos, 550 (19%) têm acordos de regularização de dívidas e que mais de 1000 farmácias estejam à beira da falência (FONTE?). Estes elementos explicam a menor disponibilidade de medicamentos nas farmácias já igualmente detetada, e alertam para o facto da acessibilidade ao medicamento e a sua equidade poderem ser condicionadas.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) E “ESTRATÉGIAS” LOCAIS DE SAÚDE

A recolha de informação foi feita através de um questionário construído para o efeito e organizado em torno de três temáticas: opiniões, perceções, comportamentos e conhecimentos, relativos: (1) ao PNS, (2) aos planos/“estratégias” locais de saúde, e (3) aos observatórios locais de saúde.

Foram obtidas 53 respostas, das quais 8 foram excluídas por apresentarem os campos de resposta vazios. Deste modo, foram consideradas válidas 45 respostas (taxa de resposta 30,40%): 30 respostas de coordenadores de unidades de saúde pública e 15 respostas dos vogais do conselho clínico. Foi pedido que a resposta às questões fosse realizada tendo como referência a situação atual do ACES a que os inquiridos pertencem.

Plano Nacional de Saúde

No que diz respeito à temática do PNS, foram estudadas questões relacionadas com opiniões, perceções, conhecimento e comportamentos relativos à consulta do PNS e dos seus programas prioritários 2004-2010, ao grau de implementação e execução a nível local, e ao seu modo de implementação e respetiva utilidade.

Percentagem aproximada de profissionais (médicos, enfermeiros e outros técnicos superiores) que já consultou o PNS 2004-2010: insuficiente

Relativamente à percepção de consulta do PNS 2004-2010, na opinião de 40 inquiridos a percentagem mais aproximada de profissionais do seu ACES (médicos, enfermeiros e outros técnicos superiores) que já consultou o PNS 2004-2010 situa-se entre os 0% e os 50%. Somente um inquirido respondeu que a estimativa da percentagem de profissionais que já consultou o PNS 2004-2010 se situa entre os 76% a 100%.

Grau de conhecimento dos profissionais relativo aos programas prioritários do PNS 2004-2010 (HIV, oncologia; saúde mental; doenças cardiovasculares): insuficiente

No que diz respeito ao grau de conhecimento dos profissionais relativo aos programas de VIH, oncologia, saúde mental e doenças cardiovasculares, considerados prioritários pelo PNS 2004-2010, 66,7 % dos respondentes tem a percepção que o conhecimento dos profissionais é muito insuficiente ou insuficiente.

Frequência de consulta do PNS 2004-2010, no desempenho das suas funções dos inquiridos: satisfatória

No que concerne à frequência de consulta do PNS 2004-2010, todos os inquiridos afirmaram ter consultado o PNS no desempenho das suas funções, sendo que 40% afirma ter consultado várias vezes por ano, e 37,8% afirma ter consultado uma ou duas vezes por ano.

Grau de implementação/execução do PNS 2004-2010 a nível local: insuficiente

Relativamente à percepção dos respondentes referente ao grau de implementação e execução do PNS 2004-2010 a nível local, 53,3% dos inquiridos classifica o grau de implementação como insuficiente, no entanto, 35,6% considera-o suficiente. Somente 2,2% considera o grau de implementação como muito bom.

Grau de implementação/execução dos programas prioritários do PNS 2004-2010 (VIH, oncologia; saúde mental; doenças cardiovasculares): insuficiente

No que diz respeito à implementação e execução dos programas de VIH, oncologia, saúde mental e doenças cardiovasculares do PNS 2004-2010, à semelhança do grau de implementação/execução genérico do PNS, a maioria dos respondentes (57,8%) tem a percepção que os programas têm um grau de implementação/execução insuficiente. No entanto, 31,1% considera que estes programas têm um grau de implementação e execução suficiente. Nenhum dos inquiridos considerou o grau de implementação e execução como excelente.

Modo de implementação do PNS: essencialmente através de programas verticais

No que concerne à percepção dos inquiridos acerca do modelo que tem sido adotado para a implementação do plano nacional a nível local, 46,7% dos respondentes considera que este tem sido implementado através de programas nacionais verticais. No entanto, 33,3% consideram que tem sido adotada uma abordagem mista (programas verticais mais planos locais de saúde).

Opção mais adequada para a implementação efetiva do PNS: modelo misto - “vertical” mais “local”

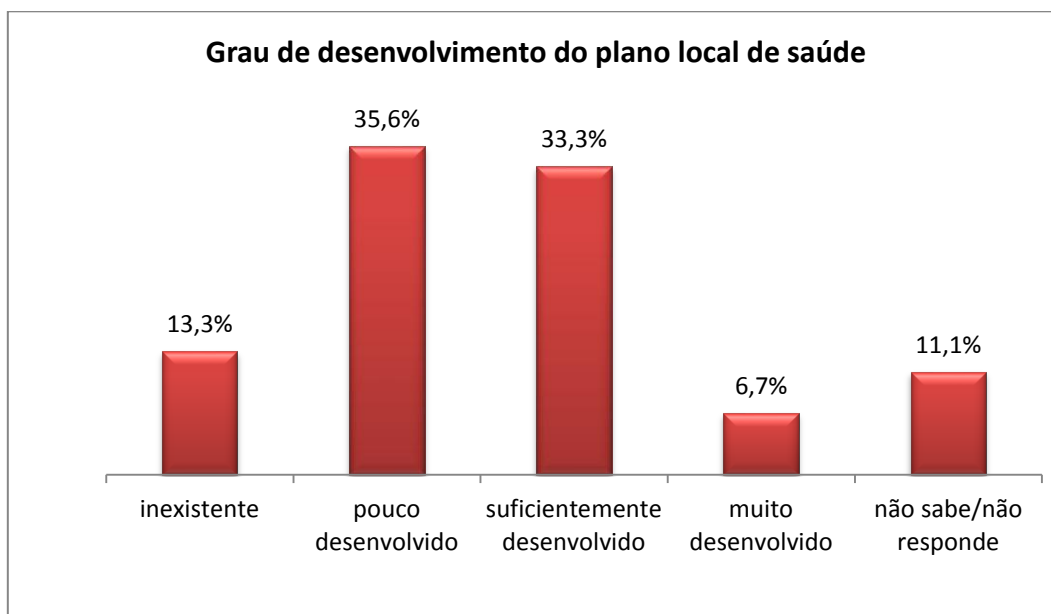
No que diz respeito à opção que os inquiridos consideram mais adequada para uma implementação efetiva do PNS, a maioria dos respondentes (60%) opta por um modelo misto, constituído pela implementação de programas verticais nacionais, enquanto 33,3% preferem uma abordagem exclusiva através dos planos locais.

PNS como um instrumento útil na melhoria do funcionamento dos serviços de saúde, com vista à obtenção de mais ganhos em saúde: útil para a maioria mas não para uma minoria substantiva

No que concerne à percepção do PNS como um instrumento útil na melhoria do funcionamento dos serviços de saúde com vista à obtenção de ganhos em saúde, a maioria dos inquiridos (51,1%) considera que o PNS tem sido um instrumento útil, no entanto, 37,8% considera-o pouco útil. Somente 4,4% considera o PNS como instrumento muito útil na melhoria dos serviços de saúde.

Grau de desenvolvimento das estratégias/ planos locais de saúde: não suficientemente desenvolvidos

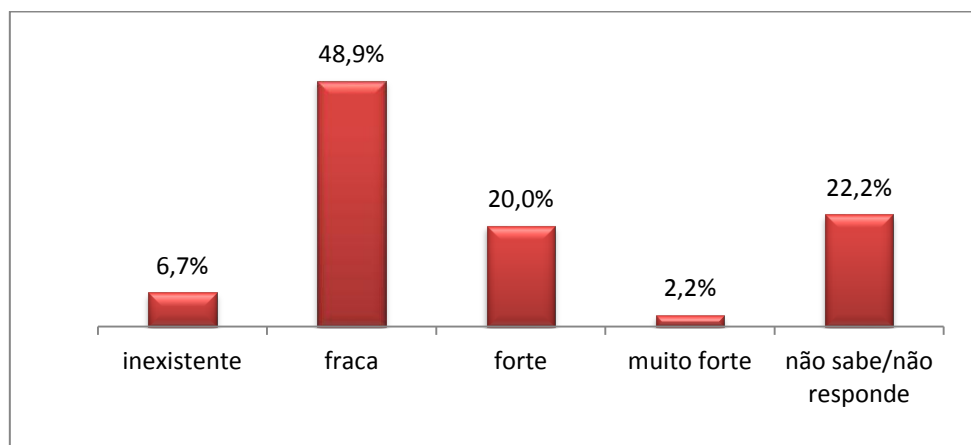
Figura 71 – Grau de desenvolvimento do plano local de saúde



Relativamente à percepção do grau de desenvolvimento do plano local de saúde, a maioria das respostas divide-se entre a percepção do plano como pouco desenvolvido (35,6%) e suficientemente desenvolvido (33,3%). É importante reforçar que 13,3% dos respondentes afirmam que aquele plano de saúde é inexistente.

Relação que encontra entre a contratualização interna das unidades funcionais do ACES e os objetivos de saúde a nível local: escassa

Figura 72 – Relação entre contratualização interna das unidades funcionais do ACES e os objetivos de saúde a nível local

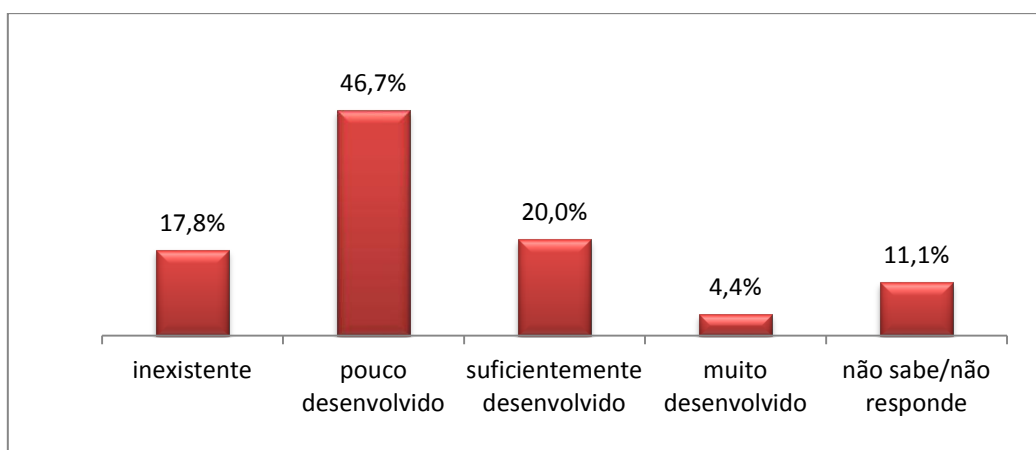


Como se pode verificar no gráficoX, 48,9% dos inquiridos tem a percepção que a relação entre a contratualização interna das unidades funcionais dos ACES e os objetivos de saúde a nível local é fraca com os objetivos de saúde a nível local, enquanto 20% considera que esta relação é forte. Denota-se também uma elevada taxa de não resposta a esta questão.

Observatório local de saúde: pouco desenvolvido

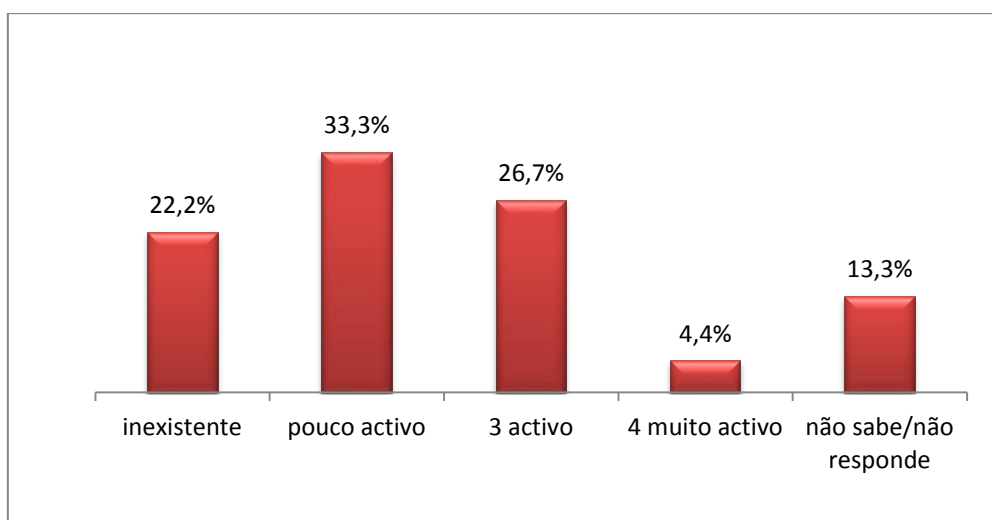
Relativamente à temática relacionada com o observatório local de saúde foram colocadas questões relacionadas com as opiniões e percepções relativas ao grau de desenvolvimento dos mesmos e o seu papel na divulgação da informação de saúde.

Figura 73 - Grau de desenvolvimento dos observatórios locais de saúde



No que diz respeito ao grau de desenvolvimento do observatório local de saúde, a maioria dos inquiridos (64,5%) considera o observatório local do ACES inexistente ou pouco desenvolvido, sendo que 20% já o considera suficientemente desenvolvido, e 4,4% muito desenvolvido.

Figura 74 - Papel do observatório local de saúde na divulgação de informação em saúde



No que diz respeito à percepção da atividade do observatório na divulgação da informação em saúde, a maioria dos respondentes (55,5%) considera que o observatório é inexistente ou pouco ativo na divulgação da informação em saúde. No entanto, 31,1% considera que o observatório detém um papel ativo e muito ativo.

O QUE PENSAM OS DIROTRES EXECUTIVOS DOS ACES SOBRE OS CONSELHOS DA COMUNIDADE

Constituição dos Conselhos da Comunidade

De uma forma geral, os Conselhos da Comunidade estavam constituídos nos ACeS (83%). As entidades com maior representação na constituição do Conselho da Comunidade foram as câmaras municipais, os municípios, o centro distrital da segurança social, as escolas ou agrupamentos de escolas, as associações sindicais e de empregadores e os hospitais de referência. A entidade com menor representação correspondeu à associação de utentes.

Participação nos Conselhos da Comunidade

Os representantes mais participativos foram identificados como sendo os das câmaras municipais. Na maioria dos ACeS (62%), o Conselho da Comunidade reuniu ordinariamente, uma vez por semestre, desde o início da sua atividade. Para além das competências definidas na legislação em vigor, os Conselhos da Comunidade participaram em outras atividades dos ACeS nomeadamente em congressos, na elaboração do plano estratégico e do regulamento interno e na promoção da constituição da associação de utentes.

Opiniões positivas e negativas dos Conselhos da Comunidade

Neste estudo, os ACeS foram questionados relativamente aos pontos fortes observados nos Conselhos da Comunidade. O aspeto mais relevante foi a proximidade e a participação da comunidade (33%). No que respeita aos pontos fracos, foi identificada como mais relevante a falta de dinamismo e participação (21%).

Opiniões geral dos Conselhos da Comunidade

Por último, foi solicitada uma avaliação do trabalho realizado pelos Conselhos da Comunidade e, de uma forma geral, a apreciação foi positiva ou muito boa.

4. APROFUNDAMENTO DE ASPETOS ESPECÍFICOS

4.1 Plano Nacional de Saúde e “Estratégias” Locais de Saúde

1. Evolução das estratégias a nível nacional

O planeamento em saúde é definido tipicamente, como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o setor da saúde, à luz das políticas adotadas, das intervenções selecionadas e das limitações de recursos (Portugal, Ministério da Saúde, 2004b).

As últimas décadas foram marcadas por várias contribuições de referência relativas à definição de estratégias de saúde, e à necessidade de olhar para a importância do impacto dos diferentes setores na saúde (Relatório de Lalonde; Healthy people; Health for all by 2000; Tratado de Maastrich; Tratado de Amesterdão e Health in all policies).

Em Portugal, o Gabinete de Estudos e Planeamento na Saúde foi estabelecido em 1970, no entanto Portugal só iniciou o processo de desenvolvimento sistemático de estratégias com o documento “Saúde – um compromisso, a Estratégia de Saúde para o virar do século 1998-2002”.

Foram dados passos importantes no sentido do “comprehensive health planning”, ainda que o grande investimento no planeamento em saúde em Portugal só tenha sucedido com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 foi objeto de uma ampla discussão pública, recebendo contribuições de diversos setores, assumindo um largo consenso, e desenvolvendo vários mecanismos de implementação, monitorização e acompanhamento para os programas e metas estabelecidos.

Apesar de todo o investimento realizado e de todos os recursos que lhe foram alocados, o período de vigência no PNS 2004-2010 terminou, e vivemos atualmente uma situação de indefinição, caracterizada pela ausência de um enquadramento estratégico nacional que defina prioridades e objetivos consensuais para o setor da saúde.

Num momento de particular criticidade, a existência de um enquadramento estratégico deveria revelar-se uma peça fundamental de referência na tomada de opções políticas e na definição de estratégias globais e específicas, orientadas para a minimização dos efeitos negativos na saúde pública da crise económica e social.



Figura.1 A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002



Figura. 2 Plano Nacional de Saúde 2004-2010

WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010 (WHO, 2010b).

Portugal Health System Performance Assessment (WHO, 2010a).

A estratégia de saúde deveria fornecer o enquadramento necessário de referência para a tomada de opções políticas e definição de prioridades.

Os sucessivos Governos constitucionais (XV a XIX) têm colocado o PNS no seu programa com uma visibilidade variável, como se pode ver no Quadro 18.

Quadro 18. Transcrições relativas ao PNS nos programas de governo

Governo Constitucional	Transcrições relativas ao PNS nos programas de Governo	Análise
XV Governo (2002-2004)	<i>"...Colocar em prática programas de prevenção da doença"</i>	Fraca visibilidade
XVI Governo (2004-2005)	<i>"...adotar o Plano Nacional de Saúde como vetor estruturante; .. implementar o Plano Nacional de Saúde, o qual constituirá a matriz estratégica e estruturante da política de saúde e da reforma estrutural em curso, com objetivos de obter de forma sustentada ganhos de saúde para a população"</i>	Grande visibilidade
XVII Governo (2005-2009)	<i>"...a política de saúde deve ser redefinida para mais e melhor saúde, isto é, para "ganhos em saúde". A promoção da saúde e a Saúde Pública têm que regressar à agenda política da Saúde. Plano Nacional de Saúde A agenda deve ser orientada para "ganhos em saúde", anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade."</i>	Grande visibilidade
XVIII Governo (2009-2011)	<i>"...Medidas destinadas a promover a saúde e a prevenir a doença, para melhorar a qualidade de vida e aumentar a esperança de vida dos Portugueses: As estratégias de intervenção devem ser planeadas em função dos agentes causais das doenças e das condições que propiciam o seu aparecimento, sejam sociais/comportamentais, ambientais ou acidentais"</i>	Fraca visibilidade
XIX Governo (2011-presente)	<i>"...Concluir os trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspectiva os objetivos de ganhos de saúde da população e programas nacionais e integrados"</i>	Fraca visibilidade

A entidade responsável pelo PNS tem tido flutuações ao longo dos anos. O processo de mudança das entidades responsáveis pelo PNS não foi acautelado por medidas protetoras de continuidade na sua aplicação.

A diferente visibilidade do PNS, registada nos sucessivos programas governamentais, pode significar a sua descontinuidade na ação política.

2. PNS: natureza e estrutura

O Plano Nacional de Saúde identifica as prioridades, as quais podem englobar um conjunto de programas de saúde. Constitui uma peça fundamental de referência na tomada de opções políticas, no sentido de diminuir as desigualdades em saúde com especial impacto nas populações mais vulneráveis. Neste sentido, a sua aplicação revela-se de uma enorme importância na definição das estratégias globais e específicas, orientadas para a minimização dos efeitos negativos da crise económica e social na saúde da população.

Uma das principais dificuldades nesta área são as limitações existentes na comunicação entre os vários departamentos do Estado, modelos ultrapassados de gestão inter-setorial (pesadas comissões interdepartamentais) e mecanismos insuficientes para o financiamento e acompanhamento de parcerias para a promoção da saúde. Relatório Primavera 2001

Porém, o PNS e os seus programas, com muita frequência, não correspondem à respetiva definição técnica, contendo défices de conceção graves. Em consequência, encontram-se incapacitados de produzir resultados de saúde que lhe sejam atribuíveis e, mesmo de serem avaliáveis. Têm sido identificadas as seguintes deficiências nos determinantes da sua efetividade:

- Pertinência ou justificação insuficientes (insuficiente identificação dos determinantes dos problemas de saúde modificáveis);
- Insuficiente ou deficiente definição de objetivos de resultado (efeito e impacto);
- Ações desajustadas aos objetivos ou insuficiente convicção dos executores quanto ao poder do programa;
- Dispositivo de avaliação de resultados incipiente;
- Impossibilidade de atribuir eventuais mudanças nos indicadores de resultado de saúde ao PNS ou aos programas.

Programas de Saúde Prioritários

Recentemente (Janeiro de 2012), foram definidos novos programas prioritários de saúde (Quadro19).

Quadro. 19 - Programas prioritários

Programas verticais de Saúde-prioritários (Decreto-Lei n.º 91/2010 de 22 de Julho), PNS (2004-2010)	Programas de Saúde Prioritários (Despacho 3/1/2012, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde)
Coordenação ACS:	Coordenação DGS:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA; 2. Programa Nacional para a Saúde Mental; 3. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; 4. Programa Nacional para as Doenças cardiovasculares 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Nacional para a Diabetes; 2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA; 3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; 4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável; 5. Programa Nacional para a Saúde Mental; 6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; 7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias; 8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

3. PNS e ELS: desenvolvimento e implementação

O Plano Nacional de Saúde só será reconhecido, como motor de mudança, quando tiver a capacidade de servir de referência e de estímulo ao desenvolvimento de estratégias locais de saúde. A experiência internacional demonstra que sem Estratégias Locais de Saúde não existem “ Planos Nacionais de Saúde” reais.

A ação por programas de saúde visa, frequentemente, resultados de saúde com horizontes temporais mais longos que os ciclos políticos.

Os esforços de implementação do Plano Nacional de Saúde dificilmente passarão do estágio inicial se se mantiver por mais tempo a flagrante lacuna de avaliações sistemáticas dos “Planos” e “Programas de Saúde” existentes. É absolutamente necessário promover, desde já, uma mudança cultural neste domínio.

Relatório Primavera 2005

O facto de terem sido definidos os programas de saúde prioritários prévios à aprovação do novo Plano Nacional de Saúde, descontextualiza a sua ação numa Estratégia de Saúde Global e Nacional.

Numa sociedade em mudança, atravessada por fatores de natureza diversa que interferem negativamente no seu desenvolvimento, as Estratégias Locais de Saúde proporcionam um “efeito favorável de alavancagem”, contribuindo de uma forma mais eficiente para o envolvimento dos diferentes atores locais, na procura das soluções integradas com vista à melhoria da sua saúde e do seu bem-estar (Santos *et al.*, 2010).

Foi realizado um questionário pelo OPSS, em Fevereiro de 2012, com o objetivo de obter a perceção dos atores locais sobre o grau de conhecimento e aplicação dos programas do Plano Nacional de Saúde a nível local, assim como, analisar o desenvolvimento de planos/“estratégias” locais de saúde.

Neste sentido, foram enviados questionários a todos os coordenadores das Unidades de Saúde Pública e vogais do conselho clínico de Saúde Pública (N=140) e obtiveram-se 45 respostas (taxa de resposta 30,40%). Alguns dos resultados são apresentados no Quadro 20.

Quadro.20. Conhecimento e aplicação do PNS/ELS no âmbito local

Conhecimento e aplicação do PNS/ELS no âmbito local	Respostas dos inquiridos
Consideram que menos de 50% de profissionais de saúde do ACES consultou o PNS.	88,9%
Consideram o PNS útil na melhoria de funcionamento dos serviços	51%
Grau de conhecimento dos profissionais de saúde do ACES relativo aos programas prioritários do PNS 2004-2010 (HIV, Oncologia; saúde mental; doenças cardiovasculares)	66,7% (muito insuficientes e insuficiente)
Frequência de consulta do PNS 2004-2010, no desempenho das suas funções (dos inquiridos)	60% (acima de 3 vezes por ano)
Grau de implementação/execução do PNS 2004/2010 a nível local	55,5% (inexistente e insuficiente)
Grau de implementação/execução dos programas prioritários do PNS 2004-2010 (HIV, oncologia; saúde mental; doenças cardiovasculares)	61,2% (inexistente e insuficiente)

Quanto ao modo de implementação do PNS os inquiridos consideram que é realizado, na sua maioria, através de programas verticais nacionais, embora, considerem a ação conjunta da aplicação dos programas verticais e dos planos locais de saúde a mais adequada.

O modo como se tem definido e implementado, aos diferentes níveis, a Estratégia de Saúde consubstanciada pelo PNS e pelas Estratégias Locais de Saúde (ELS), e a evolução deste processo nos últimos anos, são objeto de análise no que respeita a: (a) contratualização e ganhos de saúde, (b) normas clínicas e objetivos do PNS, e (c) desenvolvimento da infraestrutura de Saúde Pública.

Establishing targets constitute a way of ensuring that resources and efforts are channeled at tackling health inequalities in an explicit and measurable way, rooted in a broad consensus among the key partners about priorities for health improvement. (Coote and Gowman, 2000).

No momento atual, as ELS são um instrumento fundamental na minimização do impacto negativo na saúde dos condicionantes sociais.

3.1 O PNS e a contratualização

Visando alcançar uma maior eficiência dos recursos utilizados, um acesso mais alargado, uma prestação de cuidados de qualidade, e ações com enfoque na prevenção da doença, têm sido desenvolvidos novos processos de contratualização, que procuram integrar alguns indicadores de desempenho e/ou resultados.

No documento “Cuidados de Saúde Primários: Metodologia de Contratualização” é referido que “(...) a definição de prioridades assistenciais baseia-se nas necessidades em saúde particulares de cada região e no Plano Nacional de Saúde, devendo complementar as iniciativas da Direção Geral de Saúde (DGS) e do Alto Comissariado da Saúde (ACS)”.

Na realidade, uma parte dos indicadores a contratualizar relaciona-se com as atividades de vigilância de saúde de grupos populacionais (mulheres, crianças), e também de rastreio de algumas patologias, sobretudo oncológicas. Esta situação leva a que o processo de contratualização possa ser um motor de desenvolvimento de alguns indicadores de saúde (Quadros 21 e 22).

No que respeita à relação entre a contratualização interna, das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e os objetivos de saúde a nível local, no questionário realizado a informadores chave, obtivemos os resultados constantes na Figura 75.

O processo de contratualização deve ser um motor de desenvolvimento de alguns indicadores de saúde expressos no Plano Nacional de Saúde.

Figura 75 - Relação entre a contratualização interna e os objetivos de saúde



Quadro 21- . Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos

ARS	% de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos								
	2009			2010			2011		
	Numerador	Denominador	Valor	Numerador	Denominador	Valor	Numerador	Denominador	Valor
ARS Norte	170.646	476.624	35,80	233.247	485.309	48,06	269.338	498.951	53,98
ARS Centro	44.857	240.164	18,68	73.261	245.113	29,89	104.544	247.162	42,30
ARS LVT	74.314	521.742	14,24	114.860	525.724	21,85	164.321	528.209	31,11
ARS Alentejo	16.809	68.680	24,47	30.362	69.195	43,88	35.357	69.156	51,13
ARS Algarve	3.074	57.674	5,33	5.465	59.755	9,15	9.053	60.221	15,03
Total Nacional	309.700	1.364.884	22,69	457.195	1.385.096	33,01	582.613	1.403.699	41,51

Fonte: Ministério da Saúde

A percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos aumentou a nível nacional cerca de 82,94%, no período de 2009 a 2011, o que foi extraordinário. O aumento verificou-se em todas as ARS. A melhoria deste indicador é uma das metas do PNS, uma vez que o cancro da mama continua a ser a principal causa de morte por cancro na mulher portuguesa.

Quadroz2 - . Percentagem de crianças, com 6 anos completos, que realizaram o exame global de saúde

ARS	% Crianças, com 6 anos completos, que realizaram o exame global de saúde					
	2010			2011		
	Numerador	Denominador	Valor	Numerador	Denominador	Valor
ARS Norte	12.643	39.757	31,80	16.158	38.941	41,49
ARS Centro	4.610	17.105	26,95	6.676	16.871	39,57
ARS LVT	9.168	43.629	21,01	13.652	44.071	30,98
ARS Alentejo	1.316	5.119	25,71	2.053	4.937	41,58
ARS Algarve	455	5.421	8,39	947	5.548	17,07
Total Nacional	28.192	111.031	25,39	39.486	110.368	35,78

Fonte. Ministério da Saúde

A percentagem de crianças, com 6 anos completos, que realizaram o exame global de saúde aumentou 40,92% nos dois últimos anos, a nível nacional, tendo subido em quase todas as regiões (exceção ARSLVT). O objetivo do exame global de saúde prende-se com o diagnóstico precoce de algumas situações de saúde que podem influenciar negativamente o processo de aprendizagem. É um investimento eficaz para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde.

3.2 O PNS e as Normas clínicas

Em 2011 foi celebrado um protocolo entre a Direção Geral de Saúde e a Ordem dos Médicos, em que pela primeira vez a produção das Normas Clínicas foi objeto de uma discussão alargada e de um período de audição pública a Sociedades Científicas, peritos de diferentes áreas, e Sociedade Civil.

Espera-se que o seu efeito, no PNS, se traduza num melhor controlo da gestão das doenças, desde o seu diagnóstico precoce até à diminuição das suas complicações e mortalidade.

Questionados alguns profissionais dos ACES, referiram que, na realidade, o ritmo acelerado a que ocorreu a publicação das normas clínicas (n=70 no ano 2011) não permitiu que, atempadamente, alguns órgãos de gestão dos ACES (Conselhos Clínicos) se debruçassem, em tempo útil, na sua apreciação.

3.3 Desenvolvimento da infra-estrutura de saúde pública

A reforma da saúde pública (2008) pretendeu desenvolver, entre outras áreas, o observatório local de saúde, gerador de informação e conhecimento do estado de saúde e dos seus determinantes. A função observatório de saúde é essencial para o desenvolvimento do plano local de saúde.

Relativamente à percepção dos informadores chave sobre o grau de desenvolvimento do plano local de saúde e do observatório local de saúde obtiveram-se os resultados apresentados nas Figuras 76 e 77.

Figura 76 - Grau de desenvolvimento do plano local de saúde

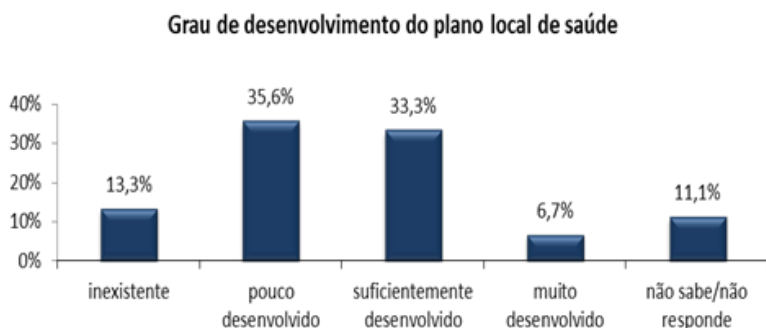
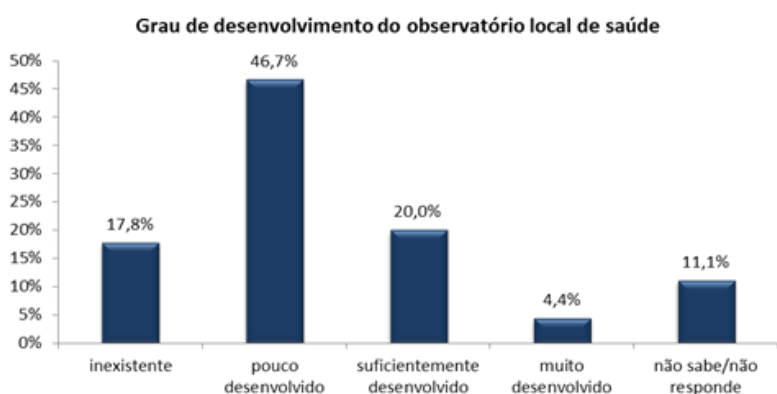


Figura 77 - Grau de desenvolvimento do observatório local de saúde



A efetividade da aplicação das normas clínicas depende da adequação dos circuitos e sistemas de informação existentes, assim como, do processo de auditoria assegurado.

Uma análise circunstanciada das condições de implementação efectiva do PNS revelará, seguramente, a extrema exiguidade de meios da infra-estrutura de Saúde Pública do país, desde a Direcção Geral de Saúde até aos Centros de Saúde, passando pelos Centros Regionais de Saúde Pública. Sem um importante reforço destes meios, a implementação do PNS dificilmente será uma realidade. **Relatório Primavera 2005**

35,6% dos inquiridos consideram que o plano local de saúde está pouco desenvolvido.

46,7% dos respondentes classificam o grau de desenvolvimento do observatório local de saúde como pouco desenvolvido.

Na verdade, ainda são necessários passos significativos para que esta reforma apresente impactos consideráveis na saúde pública local (Quadro 23).

Quadro 23 - Reforma da Saúde Pública

O que foi feito	O que falta fazer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração legislativa enquadradora; ▪ Concentração dos serviços de saúde pública (USP); ▪ Separação do exercício de funções de autoridade de saúde de outras funções; ▪ Desenvolvimento e aplicação do SISP (sistema de informação saúde pública) na ARSLVT; ▪ Formação dos coordenadores das USP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerir e impulsionar o processo de mudança. Criação de Instrumentos de mudança; ▪ Revogar legislação que restrinja o perfil técnico do médico de saúde pública (atos individuais); ▪ Regulamentação legislativa sobre sistema de vigilância epidemiológica; ▪ Incrementar equipas multidisciplinares (novas áreas e maior número de profissionais); ▪ Orientar os profissionais da USP para o exercício especializado segundo a função; ▪ Definir a arquitetura do subsistema de informação em saúde, alinhado com o nível regional e nacional; ▪ Criar incentivos para os profissionais de saúde pública; ▪ Iniciar a contratualização das USP; ▪ Ter acesso eficiente a equipamentos e meios auxiliares de diagnóstico em saúde pública; ▪ Funcionamento em rede segundo diretrizes técnicas nacionais (rede do observatório, <i>guidelines</i>); ▪ Formação para todos os profissionais.

4.2 Financiamento e Contratualização

1. Introdução

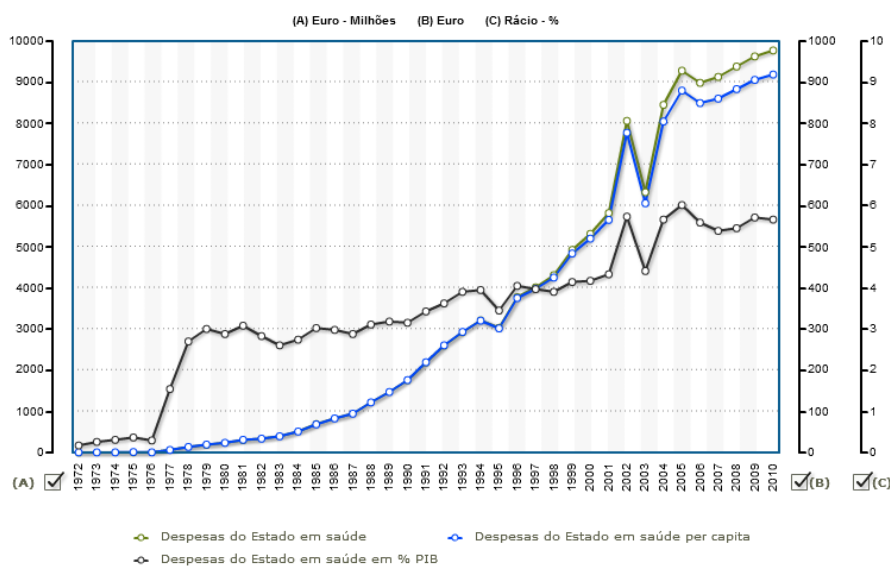
O objetivo da sustentabilidade económico-financeira dos sistemas de saúde, em particular naqueles em que os serviços públicos são o seu suporte fundamental, quer em termos de financiamento ou de prestação, tem vindo a ganhar elevada prioridade, pois as dificuldades económico-financeiras das entidades financiadoras e prestadoras, para além de poderem afectar a qualidade dos serviços, podem criar dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, pela redução oferta ou pela transferência de custos directamente para o cidadão.

Nas últimas duas décadas tem-se assistido a um aumento significativo da despesa em saúde, sendo aliás essa uma tendência dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

Neste contexto, as principais políticas de saúde implementadas, em particular nos países em que predomina o modelo de serviço nacional de saúde, têm sido orientadas para: (i) a separação entre as entidades financiadoras e os prestadores de cuidados de saúde; (ii) o estabelecimento de novos critérios de financiamento/pagamento de serviços; (iii) o desenvolvimento de instrumentos de contratualização que permitam uma oferta de cuidados adequada às necessidades das populações e um melhor desempenho do sistema; (iv) a alteração nos modelos organizativos das entidades prestadoras, estimulando a sua diversidade e flexibilidade; (v) o estímulo à eficiência, à redução dos custos e a uma melhor relação custo-benefício das tecnologias, dos investimentos e das intervenções em saúde.

O quadro de forte restrição orçamental previsto para 2012, decorrente da atual conjuntura económica e financeira, exige determinação na contenção dos gastos públicos e impõe um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público (Portugal. MS. ACSS. UOFC, Contrato-Programa 2012a, p.2)

Figura 77 -: Evolução de indicadores económico-financeiros da saúde



Refira-se que a melhoria da transparência e da prestação de contas aos cidadãos, por parte das entidades financiadoras e prestadoras, é considerada um objetivo sempre presente na definição das principais políticas de saúde.

É igualmente entendido que a contratualização pode constituir-se como um importante instrumento no processo de relação económica, jurídica e política entre as entidades financiadoras, os prestadores e os cidadãos, pois pode estimular melhorias na efetividade, na eficiência, na acessibilidade, na qualidade e na sustentabilidade económico-financeira. O estabelecimento de contratos, mesmo quando ambas as entidades são da esfera pública, obriga à definição e à separação dos direitos e deveres e à partilha de riscos e responsabilidades.

Neste texto não será abordado o processo de financiamento e de contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, uma vez que o mesmo em termos efectivos é residual (Unidades de Saúde Familiar), limitando-se praticamente à produção de documentos formais sem qualquer fundamento ou expressão prática. Urge não só a definição e implementação de um novo modelo de financiamento dos Cuidados de Saúde Primários, mas sobretudo, o reequilíbrio da afectação de recursos do SNS pelos diferentes níveis de cuidados.

A experiência nos últimos anos de contratualização com os hospitais em Portugal, podendo considerar-se relativamente estabilizada, trouxe evidentes benefícios para os principais agentes envolvidos, porque exigiu a pré-definição e a explicitação do modelo de financiamento, e a consequente distribuição dos recursos ao nível regional e hospitalar.

Os hospitais, com base no sistema de preços pré-definido pelo Ministério da Saúde, são estimulados, ou pelo contrário, constringidos, a desenvolver determinadas linhas de produção, afetando recursos naquelas em que podem maximizar o valor do contrato a negociar, podendo as decisões gerar ineficácia e ineficiência, numa perspetiva de oferta regional.

Adicionalmente, não existe evidência de que o processo de contratualização entre os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais e os financiadores públicos, quer ao nível central quer regional, tenha gerado uma efetiva e generalizada autonomia e consequente responsabilidade, quer no que respeita aos órgãos de gestão de topo, quer na relação destes com os órgãos de gestão intermédia, seja de âmbito clínico ou outro.

A actividade do SNS para ser financeiramente sustentável, não pode gerar défices sucessivos e/ou tendenciais (...) tem que se conter dentro do financiamento disponível e alocado, em termos orçamentais, às entidades do SNS. (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 1)

Na realidade, tem sido limitada a capacidade para aprofundar a desejável transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização (Matos *et al.*, 2010).

Acresce que a situação económica e financeira dos hospitais, nomeadamente dos hospitais EPE, tem vindo nos últimos anos a deteriorar-se, agravando os défices e o nível de endividamento, não criando a estabilidade e a segurança financeira desejável para um bom desempenho.

2. O atual contexto económico e financeiro e o SNS

O orçamento retificativo ocorrido no final do 1º trimestre de 2012 confirma uma efetiva incapacidade de prever a evolução dos principais indicadores macro-económicos no nosso país, gerando elevada incerteza quanto à evolução das receitas e despesas públicas. Tem-se verificado uma sistemática reavaliação das previsões oficiais sobre os grandes agregados macro-económicos, no sentido do seu constante agravamento, e que o quadro elaborado por Rosa (2012) evidencia.

A grave situação que o nosso país atravessa, a par da opção política pela redução substancial nos recursos públicos a disponibilizar ao SNS, altera de forma radical as condições de financiamento e de contratualização. Os constrangimentos financeiros, legais e administrativos, associados à centralização das decisões, e ao controle orçamental na saúde, geram redução dos graus de liberdade na gestão dos hospitais, quer ao nível da gestão corrente quer ao nível das decisões com impacto no futuro, como são as decisões de investimento. Os objetivos da satisfação das necessidades em saúde das populações e da qualidade de serviços tendem a perder importância no atual contexto de restrição face à prioridade do objetivo de contenção de despesa.

Até 2013 o MS prevê uma redução da despesa no SNS de 1,3 mil milhões de euros, correspondendo a uma quebra de 0,8 % no PIB.

Quadro 24 - Previsões oficiais para 2012

Rubricas	Governo OE2012	Proposta do Governo Março 2012	Banco de Portugal Boletim Económico Primavera de 2012
PIB	-2,8%	-3,3%	-3,4%
Consumo Privado	-4,8%	-5,8%	-7,3%
Consumo Público	-6,2%	-3,2%	-1,7%
Investimento (FBCF)	-9,5%	-10,2%	-12,0%
Exportações	4,8%	2,1%	2,7%
Emprego (destruição)	-1,0%	-2,5%	-
Taxa de Desemprego	13,4%	14,5%	-

Fonte: Rosa, 2012

A combinação da tendência anterior com um ambiente interno nos hospitais de incerteza e de desmotivação, gera condições para que órgãos centrais do Ministério da Saúde se substituam aos órgãos de gestão dos hospitais em decisões de gestão corrente e que a estes naturalmente caberiam. Assim sendo, estamos perante o risco de se evoluir para um modelo de governação dos hospitais, do qual se reconhecem já alguns sinais, baseado numa relação de tipo comando-controle por parte de quem contratualiza e financia os serviços de saúde, que a aprofundar-se contraria e subverte alguns dos mais importantes pilares da arquitetura do modelo de financiamento e de contratualização dos hospitais públicos em Portugal: a autonomia, a responsabilidade, a transparência e o dever de prestação de contas por parte de quem tem responsabilidades na sua gestão.

De facto, o Serviço Nacional de Saúde, nos últimos dois anos, tem vindo a sofrer uma redução sistemática das transferências com origem no OGE. De 8.689,7 milhões de euros em 2010 evoluiu, em 2011, para 8.100 milhões de euros. Em 2012, de acordo com a informação mais recente da ACSS, verifica-se uma diminuição das transferências públicas para o SNS para um patamar de 7.525,1 milhões de euros.

Mesmo considerando o reforço de 200 milhões de euros para os hospitais, aprovado recentemente no Orçamento Retificativo, em dois anos verificou-se uma redução das transferências públicas do SNS em aproximadamente 1.000 milhões de Euros. Em 2012, a dotação do OE para o SNS atinge um valor muito próximo do de 2006.

Foi o reconhecimento do nível de subfinanciamento em relação aos hospitais EPE que levou a que nesta 1ª retificação do Orçamento de Estado para 2012 se verificasse um reforço de 200 milhões de euros para aquelas entidades, fundamentalmente para resolver problemas de tesouraria, já que o OGE para 2012 previa um défice de igual montante.

O Estado, através da ACSS, não cumpriu a totalidade dos contratos-programa com os Hospitais EPE, ou não dotou os orçamentos das restantes entidades da Administração Central pertencentes ao SNS com valores de despesa suficientes para garantir o nível de atividade exigido, originando a acumulação de dívida. (Portugal, Ministério das Finanças, 2012, p.3).

Quadro 25 - Evolução do financiamento do SNS

Origem de fundos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Saldo de gerência do SNS	52,3	25,5	27,0	14,6	13,7	265,6	290,5	291,8	266,1
Financiamento inicial do OE	5162,6	5476,2	5.658,1	5.834,0	7.631,9	7.673,4	7.900,0	8.200,0	8.698,7
Transferência dívida subsist. Públicos saúde	...	...	...	...	...	...	...	...	150,0
Orçamento Retificativo do OE	1.010,3	...	1,851,8	1.800,0	...	...	...	...	...
Empréstimo DGT	...	300,0	600,0	800,0	...	...	...	...	...
Receitas de Capital	...	...	...	...	...	...	...	100,3	1,7
Outras receitas cobradas (a)	12,0	19,1	56,1	29,0	202,8	157,9	117,0	103,7	136,8
Total	6.237,2	5.820,8	8.193,0	8.477,6	7.848,4	8.096,9	8.307,5	8.695,8	9.253,3

a) Inclui receitas provenientes dos jogos Sociais, Convenções internacionais, etc.

As entidades públicas que integram o SNS, e em particular os hospitais EPE, têm vindo a acumular uma crescente dívida a fornecedores, nomeadamente à indústria farmacêutica, que atinge hoje os 3.000 milhões de Euros, em certa medida por falta de cumprimento dos contratos por parte da ACSS. Este elevado nível de endividamento de curto prazo tem vindo a ser acompanhado por um crescente agravamento dos prazos médios de pagamento, gerando um elevado risco de cortes de fornecimento aos hospitais.

Este risco justifica a recente proposta da utilização de 1.500 milhões de euros, do fundo de pensões dos trabalhadores bancários, para atenuar a dívida acumulada do SNS, prevista igualmente no 1º Orçamento Retificativo de 2012. Ficarão por pagar dívidas no montante de 1.500 € que poderão vir a agravar-se se as organizações públicas de saúde, que integram o SNS e em particular os hospitais, não virem asseguradas a sua sustentabilidade económica e financeira.

3. Evolução recente e aspetos mais críticos – propostas do Tribunal de Contas

O recente relatório do Tribunal de Contas (2011) sobre o sistema de pagamentos e de formação de preços pagos às unidades hospitalares do SNS, apesar de reconhecer a evolução positiva que se verificou no modelo de financiamento dos hospitais públicos em Portugal, no que respeita ao seu carácter prospetivo, e ao papel que o mesmo pode representar no estímulo à eficiência produtiva e económica, considera existirem vários constrangimentos para que a indução da eficiência possa ser maximizada, uma vez que não estão asseguradas algumas das condições consideradas como fundamentais:

- A existência de informação completa e fidedigna na base da qual são estabelecidos os preços anualmente fixados;
- A existência de racionalidade, estabilidade e transparência nas regras definidas, de modo a poder assegurar o alcance de um dos seus principais objetivos, ou seja, que a tabela de preços a pagar aos hospitais do SNS pelos episódios e serviços de saúde prestados, pré-negociada em sede dos Contratos-Programa, seja indutora de eficiência produtiva e económica.

É ainda referido que a evolução dos preços, aliada ao facto da necessidade de “contenção” ser repetidamente referida nos documentos de suporte da metodologia do Contrato-Programa ao longo dos anos, implicou que os mesmos tenham sido condicionados pelas restrições impostas, pelos montantes disponíveis em cada ano pelo SNS para a contratualização com os hospitais, do que pelo objetivo de indução de melhorias ao nível da eficiência.

(...) salientar (...) o facto de, em todos os anos, sem exceção, os resultados líquidos globais do sector EPE terem sido negativos, o que ilustra o carácter permanente dos problemas de equilíbrio operacional e económico das EPE. (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 13).

Esta última deveria resultar do conhecimento detalhado dos custos efetivos de cada uma das prestações de serviços de saúde contratadas, conhecimento, esse, essencial para a determinação de preços de eficiência.

Por sua vez, o relatório menciona que a existência de um valor de convergência a pagar aos hospitais, enquanto mecanismo de garantia de sustentabilidade das unidades menos eficientes, continua a limitar a prospectividade do sistema de financiamento, uma vez que acaba por ser uma reposição do nível histórico dos custos de cada instituição, conferindo-lhe um carácter retrospectivo.

Por outro lado, os mecanismos de ajustamento às especificidades das várias unidades hospitalares, nomeadamente o índice de case-mix, que resulta da produção do internamento e da actividade de ambulatório codificáveis em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), e o agrupamento de hospitais em grupos de financiamento, são considerados insuficientes, por não abrangerem toda a actividade, e pelo facto de não terem sido devidamente ajustados ao longo do tempo, de forma a refletir, em cada momento, as reais diferenças de estrutura e de actividade entre os hospitais. O relatório faz referência ao facto da maioria dos hospitais do SNS (dois terços) ter reportado a realização de actividades para as quais não tem financiamento próprio. As actividades sem financiamento identificadas pelos hospitais do SNS foram, fundamentalmente, a cedência de alguns medicamentos em ambulatório, as consultas não médicas, o funcionamento das viaturas médicas de emergência e reanimação e a fisioterapia.

Mas é sobre os preços e a sua formação, nomeadamente associados ao internamento e ao ambulatório, de GDH médicos e cirúrgicos, que o Tribunal de Contas considera estarem a contribuir para o sub-financiamento dos hospitais.

Uma vez que a formação dos preços tem sido baseada nos custos médios dos GDH, estimados para ano de 2004 e que os preços médios nacionais foram assumidos como preços máximos de financiamento, nomeadamente para os hospitais do Grupo I, sendo os restantes grupos de hospitais pagos a preços inferiores, o estudo subjacente ao Relatório do Tribunal de Contas estimou que cerca de 50% da actividade hospitalar possa estar a ser financiada por defeito. O Tribunal de Contas (2011) considera adicionalmente existirem sérias limitações na metodologia e na utilização de parâmetros essenciais para a determinação dos preços unitários dos GDH.

(...) os dados de fecho de contas de 2010 evidenciam que das 42 EPE's que integraram o perímetro de consolidação do SNS, 25 EPE (60%) apresentaram resultados líquidos negativos. (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 14).

Quanto ao conhecimento sobre custos e sobre a sua formação, relativamente às linhas de produção financiadas pelo SNS, o Tribunal de Contas (2011) refere que a informação gerada pela contabilidade analítica dos hospitais não é globalmente fiável, face à heterogeneidade na aplicação de critérios de imputação e à não adoção integral do plano de contabilidade analítica por parte dos hospitais do SNS.

Para todos os efeitos, o Tribunal de Contas (2011) considera ainda que existem níveis de ineficiência consideráveis, estimando que os potenciais ganhos ao nível da eficiência económica, para a amostra global dos hospitais, possam ser de cerca de 242 milhões de euros, no que respeita ao internamento hospitalar, e de aproximadamente 503 milhões de euros, no ambulatório.

A análise do Tribunal de Contas (2011), sobre o sistema de pagamento da atividade hospitalar e sobre a metodologia na base da qual foram estabelecidos em cada ano os preços a pagar aos hospitais, indica que estamos perante um sistema de pagamentos que aparenta ser ineficiente, tem tendência para não cobrir adequadamente a totalidade da atividade desenvolvida e pode estar a contribuir para o sub-financiamento dos hospitais. Apresentam-se, de seguida, algumas das recomendações emitidas pelo Tribunal de Contas (2011). No que se refere ao sistema de financiamento:

- Determinar os preços de eficiência económica a adotar na valoração da produção do SNS, de forma a promover a utilização eficiente dos recursos nos hospitais do SNS.
- Garantir que um dos instrumentos de ajustamento aos preços previstos nos Contratos-Programa, o índice de *case-mix*, seja tão atual quanto possível, de forma a assegurar uma maior aproximação à real casuística dos doentes tratados.
- Diligenciar pela revisão e ajustamento permanente do agrupamento das unidades hospitalares, para efeitos de financiamento, para que os grupos definidos reflitam as efetivas diferenças de estrutura entre os hospitais, determinantes para explicar as diferenças nos custos.
- Identificar as atividades não financiadas, com definição clara quer das responsabilidades na prestação daqueles cuidados de saúde, quer sobre a origem do financiamento.
- Rever o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório, e dos medicamentos incluídos nos GDH de ambulatório, de forma a conseguir um financiamento adequado, sem restringir o acesso à terapêutica farmacológica necessária para o tratamento dos doentes.
- O Ministério da Saúde deve investir na criação de um sistema de apuramento dos custos por GDH, de forma a torná-lo claro e transparente.

(...) nalguns casos concretos de entidades EPE, o facto de estarem sub-classificadas para efeitos de financiamento poderá ser um dos factores explicativos dos seus negativos resultados líquidos, contrastando com outras situações em que as EPE estão a ser sobre-financiadas face às características de eficiência actuais com as quais comparam. (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 21)

- Elaborar documentação de suporte mais completa, relativa à metodologia de apuramento dos custos por GDH, com informação detalhada sobre as rotinas do programa informático para o cálculo dos custos. Deve igualmente estar disponível informação detalhada sobre a Matriz de Maryland, e a sua exata correspondência com a estrutura de custos dos hospitais do SNS.
- Rever a metodologia utilizada no cálculo dos limiares de exceção dos tempos de internamento.
- O Ministério da Saúde deve investir na implementação de modelos de custeio, que permitam gerar dados mais fidedignos sobre as atividades e custos dos cuidados hospitalares, de forma a produzir informação comparável e auditável em tempo útil. Este deve, também, incentivar a melhoria da fiabilidade da informação produzida pela contabilidade analítica como instrumento mais orientado para a gestão empresarial das unidades hospitalares, sustentada na medição de custos e de resultados.
- O Ministério da Saúde deve promover a elaboração de um índice de eficiência económica dos hospitais do SNS, na perspetiva do utente/contribuente, integrando as dimensões: recursos, preços e custos, devendo ser objeto de divulgação pública os resultados da sua aplicação, para que possa servir de referência à gestão hospitalar em Portugal.
- Propõe ainda que os resultados sobre a performance económica devam ser analisados criticamente pelos hospitais alvo de avaliação, de forma a serem adotadas medidas que permitam melhorar a sua eficiência, nomeadamente através da redução de situações de ineficiência técnica, com superior racionalização na utilização de recursos.
- Considera que os planos de redução de custos que venham a resultar das necessárias medidas de contenção orçamental, em consequência de compromissos internacionais, não se limitem à imposição de metas de redução de rubricas de despesa, mas possam ser uma oportunidade para uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

(...) são conhecidos variados casos de criação de EPE sem que os planos de negócio tenham sido previamente elaborados e validados por parte das entidades que detêm a função accionista (ACSS e DGTF), assentando a decisão de criação apenas em critérios políticos, não fundamentados tecnicamente. Neste contexto, não é de estranhar que existam casos, felizmente escassos, de EPE que foram criadas já em situação de falência técnica no momento da criação (com capitais próprios negativos). (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 18)

4. Decorrências do modelo e saúde financeira dos hospitais – propostas do GRTH

A necessidade de melhorar a gestão hospitalar tem sido uma das questões que tem estado sistematicamente na agenda dos vários governos. Os hospitais consomem grande parte dos recursos afetos à saúde, são organizações muito complexas e, recorrentemente, são apontados como organizações pouco eficientes, surgindo estudos que sugerem substanciais desperdícios, tal como já foi referido.

Na última década, podem destacar-se três medidas, que foram implementadas pelos vários governos, e que pretenderam melhorar o nível de desempenho dos hospitais:

- Alteração do estatuto jurídico, ou seja, passagem dos hospitais com o estatuto de SPA (Serviço Público Administrativo) para Sociedade Anónima (SA) e, mais tarde, para Entidade Pública Empresarial (EPE), pretendendo-se atribuir às administrações dos hospitais ferramentas de gestão.
- Alteração do modelo de financiamento e implementação da contratualização, cujo objetivo consiste na associação do financiamento à produção desenvolvida.
- Agrupamento de hospitais em centros hospitalares ou agrupamento de hospitais com os cuidados de saúde primários (Unidades Locais de Saúde), de modo a criar uma melhor rentabilização dos recursos.

As medidas implementadas não permitiram que se atingisse um nível satisfatório de resultados na área hospitalar. Na realidade, seja por insuficiência de financiamento, seja pelo facto da ACSS não assumir atempadamente os pagamentos devidos aos hospitais, seja por má gestão, a situação financeira é muito débil, na grande maioria dos hospitais portugueses.

Há um acumular muito preocupante de situações económico-financeiras deficitárias, prazos de pagamentos a fornecedores in comportáveis, existindo hospitais tecnicamente falidos.

Os indicadores de autonomia financeira, solvabilidade, taxa de endividamento e prazo médio de pagamentos têm-se deteriorado significativamente nos últimos anos, atingindo, atualmente, com exceção de alguns casos, níveis muito preocupantes.

As dívidas dos hospitais a terceiros a curto prazo têm-se agravado sucessivamente. A dimensão da dívida a curto prazo é superior a 80% do somatório dos Contratos-Programa negociados com os hospitais, o que demonstra a existência de uma significativa debilidade financeira.

Por outro lado, o total de dívida vencida nos hospitais assume uma dimensão muito preocupante, pois esta ascende a mais de 85% da dívida do SNS. Atualmente o volume de dívida do SNS já ultrapassa os 3.000 milhões de euros, o que pode comprometer significativamente o futuro do SNS tal como o conhecemos.

De notar que, nos processos de contratualização anual, a demonstração de resultados previsional ("orçamento económico") do conjunto das EPE's (valores agregados) que tem sido contratualizada nos últimos anos, tem previsto prejuízos (resultados líquidos globais negativos). Ou seja, o Estado, enquanto comprador de serviços, em sede de contratualização com as EPE's reconhece a insuficiência de proveitos, ou por outras palavras, o excesso de custos dado o financiamento disponível em cada ano, para o nível de cuidados de saúde que entende necessário adquirir, e admite à partida a existência de um défice anual no sector. (Ferreira e Teixeira, 2011, p. 15).

Note-se que a maioria dos hospitais EPE tem contratualizado com o Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, previsões de resultados líquidos negativos, sendo a exceção o hospital que apresenta resultados operacionais positivos. Isto significa que o Estado, enquanto comprador de serviços, e em sede de contratualização com os hospitais EPE, reconhece, desde há muitos anos, a insuficiência de proveitos, a desadequação do modelo de financiamento e o caminho de falência que grande parte dos hospitais está a seguir.

Esta situação tem levado a que cada vez mais haja hospitais em situação de falência técnica. No final de 2010, verificava-se que 14 dos 42 hospitais EPE (33%) se encontravam numa situação de falência técnica, ao exibirem capitais próprios (fundos próprios) negativos. Também é verdade que o capital estatutário tem sido reduzido e nem sempre realizado pelo Estado, o que influencia a situação patrimonial dos hospitais EPE. Logo, há hospitais EPE com situações patrimoniais muito desfavoráveis, sem que o Estado disponibilize os meios financeiros para proceder à sua recapitalização.

Os hospitais são financiados por adiantamentos mensais que resultam dos montantes contratados, em sede de contrato-programa. Em média, a ACSS transfere mensalmente uma parcela que anualmente representa cerca de 85% do valor previsto em contrato-programa. Esse facto, adicionado ao deficiente processo de faturação (em Junho de 2011, grande parte do processo de faturação dos episódios realizados nos anos de 2009 e 2010 não estava ainda concluído), implica que, pelo menos, 15% do valor de financiamento não se encontre, em muitos casos, liquidado por parte da ACSS e que essas dotações financeiras sejam muito tardiamente transferidas para os hospitais.

Logo, a contratualização sistemática de resultados deficitários, a transferência mensal de apenas parte do valor contratualizado, o atraso no fecho da faturação e o acumular da dívida da ACSS aos hospitais faz com que o *stock* de dívida e o prazo médio de pagamentos se agravem sistematicamente.

Segundo dados da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, no terceiro trimestre de 2011, o prazo médio de pagamentos dos hospitais EPE era de 251 dias. Do universo de 40 instituições, apenas 6 apresentavam um prazo médio de pagamentos inferior a 90 dias, sendo de referir que, em oito delas, o prazo médio de pagamentos era superior a 1 ano.

Dívida total do SNS disparou 642 milhões de euros em 2011 (Público, 03-05-2012).

3.71. Estabelecer um calendário ambicioso e vinculativo para liquidar todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias) e introduzir procedimentos de controlo padronizados em todas as entidades, para evitar o reaparecimento de pagamentos em atraso (Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, 2011).

É neste contexto que o Governo assumiu no Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, o compromisso de melhorar o desempenho e aumentar o rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. No sentido de cumprir as medidas previstas no memorando, o Ministério da Saúde criou o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH), através do Despacho nº 10601/2011, de 16 de Agosto, tendo este grupo a missão de propor um conjunto de medidas que permitissem:

- Melhorar o acesso e a qualidade das prestações de saúde;
- Melhorar a eficiência hospitalar;
- Garantir a sustentabilidade económico-financeira; Melhorar a governação e o desempenho dos profissionais e dos serviços dos hospitais;
- Reforçar o protagonismo e dever de informação dos cidadãos.

Do relatório final produzido pelo GTRH (Portugal. MS. GTRF, 2011) pode retirar-se um conjunto de recomendações, que de uma forma direta ou indireta estão relacionadas com a área do financiamento das instituições. Neste relatório, admite-se, à semelhança do Tribunal de Contas, que a política de financiamento dos hospitais executada pelo Ministério da Saúde não tem contribuído para a sustentabilidade dos mesmos.

Uma das medidas referidas pelo GTRH passa por melhorar a eficácia do processo de codificação de episódios e de conferência de atos praticados pelos hospitais que suportam a respetiva faturação à entidade pagadora. Por outro lado, é defendido que deverá ser assegurada a automatização progressiva do processo de faturação dos hospitais ACSS, através da criação de um sistema de pagamentos internos do SNS.

É referido que o atual modelo de financiamento da atividade hospitalar deve ser reformulado, visando adotar uma tabela única de preços, com aplicação universal a todos os hospitais, e incentivos associados ao melhor desempenho clínico. A tabela de preços não deve ajustar-se à realidade de cada hospital, mas cada entidade é que deve ajustar os seus custos face à tabela praticada.

Segundo o GTRH, torna-se necessário analisar e aprofundar o modelo de financiamento, ainda mais perante a redução de preços contratuais, que se verificou em 2011 e 2012. Numa primeira fase, o GTRH propõe passar de quatro grupos de financiamento para dois já em 2012, sugestão não implementada pelo Ministério da Saúde, e, posteriormente, considera que o sistema de financiamento deve considerar uma única tabela de preços.

(...) recomenda-se que o financiamento dos hospitais deve reflectir a valorização dos serviços prestados, a preços justos, com atribuição de incentivos para alinhar as instituições com as políticas de saúde. Para a concretização deste objectivo devem ser normalizados os registos na contabilidade analítica e desenvolvido o sistema de custeio por actividades em todos os hospitais, viabilizando-se assim a comparabilidade entre as instituições e referências para o cálculo dos preços de forma exigente, mas razoável. (OPSS, Relatório Primavera 2010, p.59).

O modelo de financiamento deve ser um indutor de eficiência e não um instrumento que mantenha as ineficiências, podendo a existência de vários grupos de financiamento promover esse *status quo*.

Refere, igualmente, que a existência de um preço único por linha de produção implica que se avalie as especificidades de cada hospital e que estas deverão ter um financiamento autónomo e transparente.

Por outro lado, deve haver uma atualização anual do ICM, com reflexo nos preços de financiamento, de forma a retribuir de uma forma mais adequada a tipologia da produção realizada. É defendido, também que o valor do incentivo institucional, que é atribuído às unidades caso estas atinjam as metas contratualizadas num conjunto de indicadores de desempenho, deverá passar de 3% do valor do contrato para cerca de 15%. O GTRH defende que, para além dos indicadores de desempenho, devem ser contratualizados indicadores de qualidade, devendo estes ser válidos e fiáveis.

A existência de contratos-programa plurianuais de três anos é também defendida, pois permitiria estabelecer uma base mais sólida de programação da produção e das necessidades financeiras. Desta forma, seria possível planear a oferta de cuidados de saúde a médio prazo e os investimentos a realizar. Poderia, também, facilitar a avaliação dos órgãos máximos das organizações.

Uma das medidas propostas pelo GTRH passa por transformar todos os hospitais que integram a rede pública em Hospitais EPE, preferencialmente através da incorporação das pequenas unidades remanescentes no regime SPA nos centros hospitalares já existentes. Esta medida tornaria o modelo de financiamento hospitalar único e mais transparente.

5. A estratégia para a redução dos pagamentos em atraso há mais de 90 dias do Ministério das Finanças

No documento do Ministério das Finanças para a redução dos pagamentos em atraso há mais de 90 dias, que, no final de 2011, no sector público alargado (Administração Pública e Hospitais EPE) representavam já 5.338 milhões de euros, foi definida uma estratégia que se pretende permitir reduzir estas dívidas, aumentar a liquidez da economia e reduzir custos.

O governo diz-se empenhado em reduzir os pagamentos em atraso, uma vez que isso permitirá o aumento da eficiência, a redução da incerteza e aumentar a liquidez da economia.

Oito hospitais não vão conseguir cumprir a lei dos compromissos (Diário Económico, 03-05-2012)

O Programa de Ajustamento Económico e Financeiro (PAEF) prevê a não acumulação dos pagamentos como um dos critérios indicativo a atingir, não tendo, porém sido possível cumprir no período de junho a novembro. Foi, contudo, cumprido em dezembro, observando-se uma redução dos pagamentos em atraso de 5.635 milhões de euros para 5.338 milhões de euros. Este valor, inferior ao verificado em Setembro é ainda assim superior ao observado em junho (4.912 milhões de euros). Em 31 de dezembro de 2011, cerca de 96% do montante total dos pagamentos em atraso concentravam-se nos subsectores da Saúde, Administração Local e Administração Regional.

A redução duradoura dos prazos de pagamentos exige, de acordo com a estratégia do Ministério das Finanças, que se verifiquem em simultâneo três princípios:

1. Responsabilização de cada entidade pelos seus pagamentos em atraso. A Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) obriga a que as entidades com pagamentos em atraso preparem um plano de pagamentos relativamente a estas dívidas, cujos meios financeiros terão de ser gerados internamente, dado que são consideradas responsáveis pela resolução do problema;
2. Criação de regras que impeçam a criação de novos pagamentos em atraso. A LCPA prevê que só poderão ser assumidos compromissos de despesa caso existam fundos disponíveis, isto é, os compromissos assumidos têm de ter financiamento associado;
3. Redução do *stock* de pagamentos em atraso acumulados segundo um conjunto de critérios definidos.

Por um lado, a LCPA obriga ao registo de todos os compromissos e à obriga à associação de financiamento aos compromissos assumidos. Criam-se, assim, os mecanismos para evitar a acumulação de novas dívidas aos fornecedores, bem como a redução dos prazos médios de pagamento.

A LCPA revela-se como um instrumento poderoso na moralização do sistema público, porém, a sua aplicação ao SNS, deverá ser acompanhada por uma mudança do sistema de financiamento e por uma resolução da dívida acumulada.

6. Metodologia de contratualização para 2012 – incorporação das propostas

Face às recomendações do Tribunal de Contas e às medidas propostas pelo GTRH, interessa analisar a metodologia de contratualização definida pela ACSS para os Contratos-Programa de 2012, de maneira a verificar se foram já incorporadas, ou se houve, pelo menos, um esforço no sentido da sua incorporação.

(...) o acentuado reforço do financiamento público do SNS não conseguiu mais que atenuar ligeiramente o pesado défice acumulado, superior a 1300 milhões de euros no final de 2002, se não levamos em consideração o reforço de capital atribuído aos hospitais SA. (OPSS, Relatório Primavera 2003, p.36)

De uma forma geral, parece terem sido observadas várias das linhas de orientação tanto do Tribunal de Contas, como do grupo técnico, em maior ou menor extensão. É o caso da alocação de recursos que, pela primeira vez, e favorecendo a equidade, considera as necessidades em saúde da população de cada região de saúde e já não se baseia apenas nos custos históricos gerados e na capacidade de produção de cuidados de saúde. Com efeito, um dos objetivos expressos na nova metodologia de contratualização consiste em ajustar a atividade às características epidemiológicas, carga de doença e procura de cuidados de saúde.

Na senda de assegurar a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos, é também introduzido o princípio de orçamento global, isto é, a remuneração da atividade contratada é limitada ao valor máximo estabelecido em sede de contrato-programa, mantendo-se, porém, os critérios previstos para a faturação de atividade marginal, entre linhas de produção. A ACSS entende que este processo permitirá aumentar a flexibilidade da gestão do contrato-programa e adaptar a resposta hospitalar a eventuais alterações da procura inicialmente prevista.

Para 2012, permanecem, contudo, excluídos do princípio de orçamento global os seguintes programas específicos: ajudas técnicas; assistência médica no estrangeiro; assistência na área da saúde mental prestada por ordens religiosas; doenças lisossomais de sobrecarga; convenções internacionais; incentivos aos transplantes; programa para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Regista-se, também, o reforço da importância dos incentivos institucionais, que aumentaram de 2,7% para 4,0% do valor de financiamento, ainda que distantes dos 15% indicados pelo Grupo Técnico. Seguindo a recomendação do GTRH, que refere a necessidade de associar os incentivos a um melhor desempenho clínico, houve também lugar a uma atualização dos indicadores de qualidade e eficiência.

Verifica-se, ainda, a consideração pelas observações tecidas pelo Tribunal de Contas no que respeita ao valor de convergência. Na nova metodologia, a contratualização fica condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo (ou positivo), o que impõe a aplicação de um plano de ajustamento devidamente calendarizado e quantificado, que, por sua vez, faz depender o pagamento da verba de convergência do cumprimento desse plano.

A atribuição da verba de convergência, em 2012, fica, assim, dependente de pedido expresso do Conselho de Administração da instituição à respetiva Administração Regional de Saúde, acompanhado de um plano de ajustamento viável, e o seu pagamento do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.

Também a atualização do índice de case-mix a 2010, prevista na metodologia de contratualização para 2012, acompanha o Tribunal de Contas, no sentido da recomendação respeitante à garantia da atualidade do ajustamento dos preços, por via desse instrumento (a metodologia de 2011 referia-se a produção realizada em 2007).

Na nova metodologia de contratualização, a ACSS introduziu, ainda, a unificação da tabela de preços, respondendo, igualmente, à medida proposta pelo Grupo Técnico. Esta unificação acontece para a prestação de cuidados de saúde hospitalares nas linhas de atividade de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, em dois grupos de financiamento, tal como recomendado pelo grupo técnico, para uma primeira fase.

Quanto a este aspecto, o Tribunal de Contas (2011) recomenda que se deva diligenciar pela revisão e ajustamento permanente do agrupamento das unidades hospitalares, de forma que sejam refletidas as diferenças estruturais entre os hospitais. A nova metodologia de contratualização prevê, por esse motivo, que se mantenha a valorização da complexidade institucional.

O Tribunal de Contas (2011) considera, também, que o Ministério da Saúde deve investir num sistema de apuramento dos custos por GDH, com vista à transparência, baseado na elaboração de documentação de suporte completa e com informação detalhada.

Parece existir, efetivamente, um maior esforço pela obtenção de informação fiável e atual, por via da introdução de mecanismos de transparência, como a disponibilização mensal de informação mais ampla relativa às vertentes de produção e económico-financeira. Este procedimento tem também em vista o reforço da responsabilização da gestão, tal como recomendado pelo Tribunal de Contas (2011). Também na adenda à metodologia se declara pretender garantir uma melhor gestão orçamental dos recursos financeiros colocados à disposição da prestação das unidades hospitalares.

É também referido expressamente que está em curso a implementação de um modelo de controlo de gestão do SNS. A inclusão de novos instrumentos previsionais no contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa vem, por sua vez, reforçar a necessidade de ajustamento dos custos operacionais.

Num ambiente onde se coloca de forma crucial a capacidade de conter o crescimento dos custos, torna-se relevante a preocupação sobre a capacidade dos hospitais seguirem uma determinação mais firme nesse sentido. Além das dimensões da organização interna e da dimensão dos hospitais, já referidas, também a sua natureza jurídica poderá ser um factor a ter em conta quando se perspectiva o futuro, nomeadamente, o grau de controlo da tutela sobre o desempenho dos hospitais. (OPSS, Relatório Primavera 2010, p.57).

A ACSS destaca, para além de alguns dos pontos já referidos, o facto de existir agora uma responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, a concretização do pagamento do serviço de urgência hospitalar de acordo com tipologia de serviço (serviço de urgência básica, serviço de urgência médico-cirúrgica, serviço de urgência polivalente), e o alargamento do pagamento pelo tratamento ambulatorio de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA com terapêutica anti-retroviral a todos os doentes em tratamento.

Uma das recomendações apresentadas pelo Tribunal de Contas (2011), definidas com vista a uma maior eficiência económica dos hospitais do SNS, refere-se à formação de preços, que devem ser determinados à luz da eficiência económica, de forma a evitar o sub-financiamento dos hospitais. Na metodologia de contratualização, os preços foram reduzidos, de uma forma geral, em 8%, com exceção do Diagnóstico Pré-Natal, aplicando quase taxativamente uma percentagem muito próxima da diminuição do financiamento previsto para os hospitais EPE do MS (7,38%).

Perante a recomendação do Tribunal de Contas (2011) para uma formação de preços que garanta maior eficiência económica, tendo necessariamente por referência a inadequação da metodologia de contratualização anterior, parece discutível que uma redução calculada desta forma vá de encontro dessa orientação, dado que não terá por base critérios de eficiência, mas de pura contenção. Deste modo, a redução parece contrariar, também, uma outra recomendação do Tribunal de Contas (2011), que respeita precisamente aos planos de redução de custos resultantes de medidas de contenção orçamental, que decorram de compromissos internacionais, referindo que não deverão limitar-se a metas de redução de rubricas de despesa.

O Tribunal de Contas (2011) refere, ainda, a necessidade de se fazer um levantamento exaustivo das atividades não financiadas, de existir contabilidade analítica, de ser revista a metodologia do cálculo dos limiares de exceção dos tempos de internamento e de ser reavaliado o modelo de financiamento dos medicamentos de cedência hospitalar em ambulatorio, mas não parece que a metodologia de contratualização para 2012 vá ainda de encontro à implementação destas medidas.

Em conclusão, parece que foram assumidas algumas das medidas recomendadas pelo Tribunal de Contas (2011) e pelo Grupo Técnico (Portugal. MS. GTRF, 2011), com maior ou menor timidez, procurando contrariar a tendência para a ineficiência económica. Resta saber se, por um lado, as medidas serão implementadas e, por outro lado, se terão o impacto esperado e desejado. Nesta perspetiva, refira-se a grande importância, em todo o caso, da avaliação dos resultados da nova metodologia de contratualização.

7 - Propostas de melhoria para um sistema sustentável

Percebe-se, assim, que o modelo de financiamento dos hospitais é uma peça fundamental e que este merece uma intervenção, por parte do Ministério da Saúde. A sustentabilidade do sistema passa por uma abordagem frontal dos seguintes aspectos:

- Liquidar o *stock* de dívida vencida dos hospitais.
- Avaliar a adequação dos capitais estatutários e realização dos valores em falta.
- Fazer com que os adiantamentos mensais da ACSS aos hospitais traduzam a totalidade do valor do contrato-programa (aproximação aos 100%), de modo a dar-se aos hospitais outro nível de liquidez, que permita o pagamento atempado das responsabilidades associadas.
- Alterar o modelo de financiamento dos hospitais, no sentido de existir apenas um preço único por ato, independentemente do tipo de hospital. Por outro lado, deve haver uma especificação das atividades a financiar, pois linhas de produção muito abrangentes tornam o financiamento pouco transparente e pode levar à faturação de atos desnecessários.
- Desenvolver modelos de financiamento mistos (pagamento por ato, pagamento por capitação e pagamento por desempenho).
- Implementar modelos de custeio que permitam que o preço aferido para cada atividade tenha uma maior correspondência com a realidade.
- Atualizar anualmente as variáveis que integram o modelo de financiamento.
- Tornar o modelo de financiamento mais transparente.
- Reforçar os mecanismos de planeamento estratégico que permitam uma reestruturação fundamentada do perfil de cada hospital EPE, aprofundando a rede SNS. Entende-se que o modelo de financiamento pode ser um veículo essencial para atingir este fim.

- Por fim, considera-se fundamental que a monitorização, o controlo e a avaliação do desempenho hospitalar se tornem mais efetivos e transparentes, e que a avaliação dos dirigentes do SNS seja pública e consequente.

4.3 Acesso

O nosso país está a atravessar uma grave crise financeira, económica e social que afeta necessariamente o acesso aos cuidados de saúde sendo este uma questão central das políticas de saúde. A extensão das listas de espera e o tempo de resposta dos serviços às necessidades expressas dos cidadãos são, entre outros indicadores, um barómetro do desempenho global do sistema de saúde. Neste contexto e na consecução da sua missão, o OPSS tem incluído, desde sempre, este tema na sua agenda no âmbito do Relatório de Primavera.

Lista e espera cirúrgicas

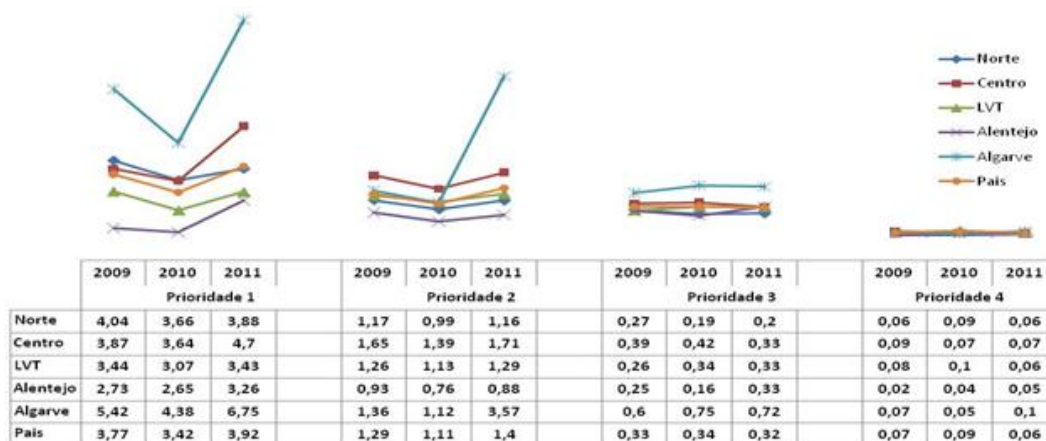
Quando analisamos os dados referentes ao período 2009-2011 (Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia), verifica-se uma alteração no ano de 2011 na tendência de redução dos tempos de espera que se tinha verificado de 2009 para 2010, nos casos classificados nas prioridades 1 e 2 e para o indicador “média do tempo de espera dos operados a não neoplasias malignas” (em meses). Como se pode ver na Figura 78, região do Algarve é aquela em que a inflexão da tendência é mais significativa nos níveis de prioridade 1 e 2, embora a situação seja comum a outras regiões, o que contribui para que a média nacional seja em 2011 superior à de 2009. Todavia, esta alteração não se verificou da mesma forma, nos casos classificados nas prioridades 3 e 4 (situações que exigem maior prioridade). No que respeita à prioridade 3, o comportamento apresentado pelas regiões é heterogéneo (nas Regiões Norte e Centro, os tempos de espera de 2011 são inferiores aos de 2009 nas restantes regiões esse tempo foi superior). Na prioridade 4, verificou-se igualmente um comportamento heterogéneo das diferentes regiões, embora se tivesse mantido a tendência global de redução verificada em anos anteriores.

Doentes à espera de cirurgia aumentaram mais de 10 % - Tempo de espera também aumentou

Mais de 16 mil pessoas entraram no ano passado na lista de espera para cirurgia, um aumento superior a 10% e que se traduz no maior número dos últimos três anos, segundo dados provisórios revelados na Comissão de Saúde. ... em dezembro de 2010 aguardavam por uma cirurgia 158.625 pessoas e em dezembro de 2011 esse número era já de 175.282, uma diferença de mais 16.657 doentes. ... os valores revelados representam uma «inflexão» na tendência crescente de diminuição das listas de espera que se verificava desde 2005 e que coloca o ano de 2011 ao nível do de 2008(...) **tviz4/SM, 21-3- 2012**

Muito embora identificasse ainda potencial de melhoria, o Relatório de Primavera 2009 indicava que "... em sete anos, a espera média para a realização de cirurgia não programa da passou de 571 dias para 152 dias, correspondente a um ganho anual médio de cerca de 60 dias/cirurgia."

Figura 78 - Média do tempo de espera dos operados não neoplasia malignas (em meses)



Apesar destas alterações, apenas o Algarve está no limiar ou ultrapassa em alguns casos os tempos definidos no Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).

Por outro lado, quando se analisa a “média do tempo de espera dos operados com neoplasias malignas” (em dias), constata-se a manutenção de uma enorme variabilidade entre as cinco regiões, quer nos tempos de espera quer na sua evolução (Figura 79). No que respeita à prioridade 1, nas regiões de LVT, Alentejo e Algarve os tempos de espera aumentaram em 2010, face aos de 2009, mas em 2011 houve uma redução face a 2010. Apesar disso, os valores de 2011 em duas destas regiões são ainda superiores aos de 2009, exceto no Alentejo em que a melhoria do desempenho é significativa (passou de 45,03 dias em 2009, para 25,95 dias em 2011). No Norte e no Centro, verifica-se a tendência inversa, ou seja, descida dos tempos de espera em 2010 e subsequente aumento em 2011, sendo que, no Norte, os valores registados em 2011 são superiores aos de 2009. Quanto à prioridade 2, as regiões Norte, LVT e Alentejo apresentam uma tendência contínua de redução dos tempos de espera ao longo dos três anos em análise, mas o mesmo não se verifica no Centro e no Algarve, onde após uma descida em 2010, há um crescimento em 2011 que, no caso do Centro, se traduz num retrocesso por comparação a 2009.

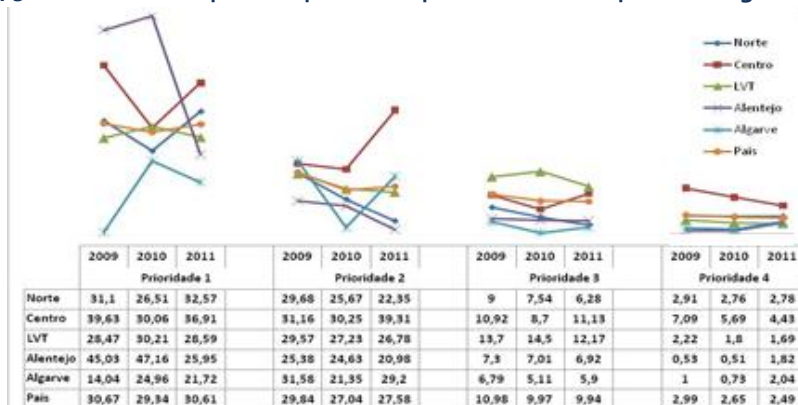
Em 2010, só a região de LVT obteve pior desempenho que no ano anterior, sendo a tendência das restantes regiões, neste período, de redução dos tempos de espera na prioridade 3. Tal como na prioridade 2, o Centro e o Algarve registam também na prioridade 3 um agravamento da espera entre 2010 e 2011, sendo que no Centro o valor apresentado para 2011 se situa acima do de 2009. Na prioridade 4, no Centro e em LVT identifica-se uma tendência contínua de redução dos tempos de espera, mas nas restantes regiões, após uma redução em 2010, os valores voltam a subir em 2011, sendo os crescimentos mais expressivos os do Alentejo e Algarve.

Lista de espera para cirurgia com mais 16 mil doentes num ano

O número de pessoas a aguardar por uma cirurgia nos hospitais públicos aumentou no ano passado em mais de 16 mil pessoas. Em dezembro de 2011 estavam à espera de ser operadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais de 175 mil pessoas, o que coloca as listas de espera ao mesmo nível de 2008. A mediana (...) de tempo de espera também aumentou ligeiramente no último ano – era de 3,1 meses em dezembro de 2010 e passou para 3,2 meses em dezembro de 2011. Os deputados da Comissão Parlamentar de Saúde – onde estes dados provisórios foram hoje divulgados pelo coordenador da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, Pedro Gomes – fizeram questão de sublinhar que se trata de uma “inflexão” da tendência de diminuição que se verificava desde 2005. (...)

Público, 21.03.2012

Figura 79 - Média do tempo de espera dos operados com neoplasia malignas (em dias)



Apesar destas alterações só a ARS Centro ultrapassa, na prioridade 4, os tempos definidos no TMRG.

Após quase uma década de redução sustentada das listas de espera, o ano de 2011 parece indiciar o início de uma inversão dessa tendência, embora se continue a melhorar, ou pelo menos a manter em termos globais, a resposta nas situações de maior prioridade.

Contudo, a gestão e a análise das listas de espera não podem resumir-se a meros cálculos contabilísticos e a objetivos de redução permanente. Para uma análise séria e rigorosa, é necessária a definição dos tempos de espera clinicamente aceitáveis para, pelo menos, as patologias mais frequentes. O cruzamento destas duas variáveis, deve ser a base dos processos de contratualização global com os serviços de saúde. Todavia, a informação atualmente disponível não permite que o OPSS efetue uma análise sobre esta questão.

Articulação entre centros de saúde e consultas hospitalares

Em 2010, o OPSS definiu que, nesse ano e nos subsequentes, centraria a sua análise no âmbito das consultas externas dos hospitais e, dentro destas, nas de primeira vez.

Assim, no Relatório de Primavera de 2010, deu-se início ao estudo do acesso dos doentes referenciados pelos médicos de medicina geral e familiar às consultas das especialidades hospitalares, planeando-se o desenvolvimento do mesmo ao longo de um período de cinco anos (2009-2013), com o objetivo de se monitorizar a evolução do nível de cumprimento dos hospitais do SNS no que respeita aos tempos máximos de resposta garantida (TMRG).

Em 2012, e de acordo com o preconizado no início do estudo, seriam integradas as especialidades médicas de Hematologia, Endocrinologia e Nefrologia e a especialidade cirúrgica de Ortopedia. Com este objetivo o OPSS endereçou, como habitualmente, ao Ministério da Saúde, ofício datado de 25 de novembro a solicitar a disponibilização dos dados necessários para a realização do estudo, referentes à atividade do ano de 2011.

Como até ao momento do encerramento do Relatório de Primavera de 2012 (junho de 2012), os dados solicitados não foram disponibilizados, ficou inviabilizada a apresentação da análise planeada neste documento.

Relatório da Entidade Reguladora da Saúde - Centros hospitalares reduziram custos mas dificuldades no acesso a consultas permanece

(...) Desde 1999, vários hospitais foram transformados em centros hospitalares com o objetivo de poupar custos e, supostamente, melhorar a qualidade dos cuidados. Um relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) diz que os objetivos foram conseguidos, em parte: houve reduções de custos mas, por exemplo, os tempos de espera para primeiras consultas da especialidade continuam a aumentar. (...)

Público, 12.03.2012

De acordo com a metodologia definida, foram objeto de análise as duas especialidades (uma médica, Gastroenterologia, outra cirúrgica, Oftalmologia) que o Painel Delphi realizado com a colaboração dos diretores clínicos dos hospitais considerou mais representativas do desempenho dos hospitais na linha de produção da consulta externa.

No Relatório de Primavera de 2011, o estudo estendeu-se às especialidades médicas de Ginecologia, Cardiologia e Psiquiatria, e às cirúrgicas de Otorrinolaringologia (ORL), Urologia e Cirurgia Vascular, desenvolvendo-se a análise à semelhança do ano anterior (e.g., volume de casos resolvidos, desvios da resposta verificada face ao estabelecido, do contributo de cada uma das fases do processo para os tempos de espera apresentados).

Acesso aos cuidados de saúde no Alentejo

Visando dar continuidade à responsabilidade de observar e informar, o OPSS analisou a informação disponibilizada pela região do Alentejo, nestas dimensões.

Foram solicitados à ARS Alentejo dados relativos aos 1^{os} trimestres de 2011 e 2012 no sentido de avaliarmos os efeitos dos constrangimentos financeiros no acesso. Nem todos os dados solicitados foram disponibilizados em condições de poderem ser comparados. Aqueles em que tal foi possível respeitam a:

- Número de consultas a pessoas com mais de 65 anos de idade realizadas no Hospital Espírito Santo – E.P.E. e na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;
- Quantidade de pessoas com isenção de taxas moderadoras, quantidade e valor de taxas moderadoras pagas nas seguintes organizações: Agrupamento de Centro de Saúde Alentejo Central I e II, Alentejo Litoral, Caia, S. Mamede e Unidade local de Saúde do Baixo Alentejo.

Foram analisados os totais de consultas médicas efetuadas nos primeiros trimestres de 2011 e 2012, a pessoas com 65 anos ou mais nas seguintes especialidades: Anestesia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Pneumologia, Psiquiatria e Urologia (por serem as 10 que acumulavam uma maior frequência de consultas). Nessa análise (Quadro 26) constata-se uma redução em 6 das 10 consultas de especialidade e um aumento nas 4 restantes. Do grupo das primeiras fazem parte e por ordem decrescente de grandeza, Urologia (-14,1%), Oftalmologia (-13,9%), Anestesia (-7,9%), Ortopedia (-7,0%), Cirurgia Geral (-6,9%) e Medicina Interna (-4,5%). No grupo das que sofreram um acréscimo salientamos a Psiquiatria (+ 13,0%) e a Oncologia Médica (+9,0%).

Saúde: ERS diz que centros hospitalares melhoraram cuidados - Conclusão é de um estudo da entidade reguladora

(...) Os CH apresentam tendência de crescimento da realização das primeiras consultas além dos tempos máximos de resposta garantidos, embora sejam ainda assim os que têm tempos de espera mais baixos (comparativamente com as outras unidades de saúde não incluídas em CH). Assim, a ERS conclui que há «dificuldade de acesso dos utentes às primeiras consultas de especialidade, em tempo útil». Contudo, refere que os CH apresentam uma diminuição do número de consultas fora dos tempos máximos de resposta garantidos, comparativamente com os outros hospitais, bem como percentagens mais baixas de tempo de espera relativamente às outras unidades de saúde. (...)

tví24, 12- 3- 2012

De acordo com o Eurostat (2012), em Portugal o risco de pobreza nos idosos decaiu durante cerca de 10 anos consecutivos, todavia, no último ano essa tendência inverteu-se e voltou a subir. Por outro lado, os idosos têm em média 5 doenças crónicas, uma taxa de analfabetismo superior ao da população em geral e tendencialmente maiores limitações funcionais, com as conseqüentes dificuldades de mobilização. No Alentejo estes fatores são agravados pelos de natureza geográfica devido à enorme dispersão por uma região que representa 1/3 do país em termos de dimensão.

Quadro 26 - Média do tempo de espera dos operados com neoplasia malignas (em dias)

Consultas	1º trim.2011	1º trim.2012	Δ	%
Anestesia	794	731	-63	-7,9
Cardiologia	2169	2305	136	6,3
Cirurgia Geral	2501	2328	-173	-6,9
Medicina Interna	1739	1660	-79	-4,5
Oftalmologia	5349	4605	-744	-13,9
Oncologia Médica	1992	2171	179	9,0
Ortopedia	1915	1780	-135	-7,0
Pneumologia	810	877	67	8,3
Psiquiatria	875	989	114	13,0
Urologia	1352	1161	-191	-14,1
Total de consultas das 10 especialidades	19496	18607	-889	-4,6
Total de consultas (de todas as especialidades)	27174	27042	-132	-0,5

Destaca-se assim uma diminuição considerável no número de consultas do conjunto das especialidades cirúrgicas e na Medicina Interna, e por outro lado, um aumento do número de consultas na Oncologia Médica e na Psiquiatria. Se considerarmos o total das 10 consultas selecionadas, constatamos um decréscimo de 4,6% no volume de consultas. O decréscimo é residual (-0,5%) se considerarmos a totalidade das consultas.

Por comparação com os dados os publicados pela ACSS (Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2012) verificamos que, contrariamente ao verificado para esta região e para este grupo etário, o total de consultas hospitalares (todos os grupos etários) teve um ligeiro acréscimo (+2,0%) na comparação entre os dois trimestres.

As razões para o decréscimo, por nós verificado, podem ser múltiplas e eventualmente cumulativas: desde as repercussões das medidas adoptadas no acesso, à perda de profissionais médicos, eventual redução das necessidades (caso das especialidades cirúrgicas), entraves administrativos ao nível da triagem ou melhor integração ao nível da referenciação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. Todavia, não dispusemos dos meios que nos permitissem aprofundar essa análise. Por último, é ainda de assinalar que consideramos que o valor desta análise teria sido muito mais significativo se tivéssemos tido acesso aos dados das consultas dos Cuidados de Saúde Primários.

Portal do governo justifica as medidas adotadas para o apuramento das taxas moderadoras em 2011-12-22 às 12:00

Nos termos do Memorando de Entendimento firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), o Governo comprometeu-se a tomar medidas para reformar o sistema de saúde com vista a garantir a sustentabilidade do SNS Entre essas medidas encontra-se a revisão do regime das taxas moderadoras do SNS.

Pagamentos no ato da prestação

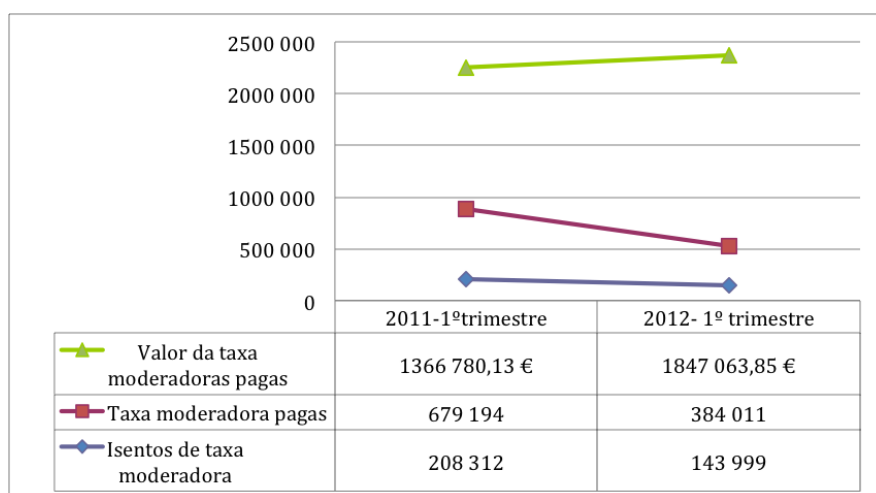
Relativamente às taxas moderadoras (Figura 8o), constata-se uma redução do número de idosos com isenção (-64.313 indivíduos). Apesar de ter aumentado o número de idosos que pagam, verifica-se um decréscimo significativo do número de taxas moderadoras pagas em cada um dos trimestres em estudo (-295.183 pagas).

Se analisarmos o volume da receita arrecadada em taxas moderadoras, verifica-se o oposto, ou seja, um aumento significativo (+480 283,73€). Tal evidencia o impacto que os novos valores poderão vir a ter em termos de volume financeiro. Volta a colocar-se a questão, agora com mais evidência, se estamos perante taxas ou perante pagamentos no ato da prestação, ilegitimamente designados por taxas moderadoras, e que afetam de forma evidente e imediata a "classe média", entendida como quem auferia rendimentos acima dos 628€.

As consequências da aplicação do novo regime de taxas moderadoras, nomeadamente as possíveis autoimpostas restrições no acesso a determinados tipos de cuidados, ou a opção pelo recurso a outras entidades prestadoras fora do SNS, são um aspeto que merecerá um acompanhamento em futuros relatórios do OPSS.

O aumento das taxas moderadoras fez com que algumas pessoas deixassem de ir ao Serviço Nacional de Saúde, afirma a DECO, segundo a qual há muitos constrangimentos no acesso à saúde, nomeadamente a demora na marcação de consultas
Diário Digital, 31/05/2012

Figura 8o - Análise das taxas moderadoras da população com mais de 65 anos que frequentaram os Cuidados de Saúde Primários na região do Alentejo



Acessibilidade e produção dos serviços de saúde

Como forma de tentarmos compreender melhor a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, analisámos os dados constantes nos “*tableau de bord*”, respeitantes ao movimento assistencial das ARS e dos Hospitais, relativos ao primeiro trimestre do corrente ano, em comparação com idêntico período de 2011 e disponíveis no site da ACSS (Portugal. MS. ACSS. UOFC, 2012).

Como indicadores de acesso aos cuidados de saúde escolhemos um conjunto de variáveis sistematicamente avaliadas pela ACSS, nas ARS e nos Hospitais.

Relativamente às ARS constatámos que há uma redução do “número de utilizadores” e da “taxa global de utilização” em todas as ARS (Quadro x).

O aumento das taxas moderadoras está a levar a uma transferência de doentes das urgências dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para os privados. No primeiro trimestre, enquanto os hospitais públicos realizaram menos 6,7% atendimentos, o sector privado registou um acréscimo de utentes de 15% nas urgências. Diário Económico - 14 maio

Quadro 27: Indicadores de acesso a cuidados de saúde

Variáveis	ARS-Algarve	ARS-Alentejo	ARS-Lisboa e VT	ARS-Centro	ARS-Norte
Número de utilizadores	-2,74%	-3,77%	-2,01%	-3,57%	-0,55%
Tx global de utilização de consultas médicas	-1,33pp	-1,00pp	-0,70pp	-1,34pp	-0,07pp
Consultas médicas realizadas (exclui SAP)	0,79%	-3,39%	-1,87%	-5,24%	16,16%
Consultas médicas presenciais	-1,09%	-5,02%	-5,72%	-9,01%	14,55%
Consultas médicas no domicílio	39,58%	-26,31%	12,31%	7,14%	26,14%
Consultas médicas realizadas em SAP	-20,79%	-21,32%	-27,54%	-15,43%	-30,88%
Consultas domiciliárias de enfermagem	103,43%	49,62%	27,96%	8,68%	5,48%
% utentes com PNV atualizado aos 13 anos	-8,89pp	-0,34pp	-5,19%	-0,75pp	3,08pp
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos (DDD/1000 habitantes/dia)	-7,67%	-1,93%	-0,74%	-0,30%	4,52%

As “consultas médicas realizadas (exclui Serviço de Atendimento Permanente - SAP), e as “consultas médicas presenciais” diminuíram em todas as ARS, excluindo a ARS Norte, sendo que em alguns casos a redução parece ser considerável. Ao contrário, as “consultas médicas ao domicílio” aumentaram em todas as ARS, excepto no Alentejo. Todavia, este aumento não equilibra as anteriores reduções uma vez que o total de consultas sofreu uma redução. Também as “consultas médicas realizadas em SAP” sofreram uma redução, neste caso muito expressiva (e.g., -30,88% na ARS Norte), em todas as ARS. Uma exceção em sentido contrário são as consultas de enfermagem ao domicílio que tiveram um incremento positivo em todas as ARS, sendo que no Algarve o incremento foi superior a 100%. Um outro indicador que deve merecer especial atenção prende-se com a “% utentes com PNV atualizado aos 13 anos”, a qual sofreu uma redução em todas as ARS, excepto a ARS Norte. Na ARS Algarve essa redução chegou aos 8,89pp.

Por último, verifica-se uma diminuição no consumo de medicamentos ansiolíticos em todas as ARS, excepto a ARS Norte. Este dado é relevante na medida em que, tal como já se referiu neste RP, é expectável que em períodos como o que estamos a atravessar aumentem os problemas de saúde mental e concomitantemente o consumo de medicamentos associados ao seu tratamento.

Quadro 28 - Produção hospitalar

Variáveis	CH-Porto-EPE	CH-S. João	CH-Cova da Beira	CH-Lisboa Central	CH-Lisboa Norte	H. Garcia de Orta EPE	H. Fernando da Fonseca EPE	H. Espírito Santo EPE	H. Faro EPE
Internamento - Doentes saídos	-4,72%	1,54%	1,13%	-6,25%	7,58%	2,10%	-3,56%	0,76%	-10,50%
Cirurgia - Número de intervenções cirúrgicas	-1,07%	-2,82%	-1,44%	-1,26%	8,54%	-3,62%	-3,37%	3,27%	-14,33%
Consulta Externa - Número total de consultas médicas	0,66%	-1,43%	-3,18%	-0,54%	0,65%	5,84%	-1,81%	2,37%	3,73%
Hospital de Dia - Número de Sessões	-1,71%	-19,25%	7,40%	3,14%	-0,53%	-28,82%	8,95%	-13,24%	-28,07%
Urgência - Número total de atendimentos	-10,82%	-7,34%	-6,5%	-26,14%	-12,56%	0,87%	-6,26%	-3,86%	-11,35%

Relativamente aos hospitais, no que concerne ao total de “doentes saídos” dos internamentos, verifica-se que o comportamento é heterogéneo, com reduções em alguns hospitais (e.g., CH Porto, CH Lisboa Central, H. Fernando da Fonseca e H. Faro) e aumento nos restantes. No que se refere ao “número de intervenções cirúrgicas” constata-se uma redução em todos os hospitais exceto no CH Lisboa Norte e no H Espírito Santo. Em alguns casos a redução é expressiva (e.g. H. Faro -14,33%). Por sua vez, o “número total de consultas médicas” teve um comportamento indefinido com alguns hospitais a apresentarem uma diminuição (e.g., CH S. João, CH Cova da Beira, CH Lisboa Central e CH Fernando da Fonseca), e os restantes a apresentarem um aumento. Já no que diz respeito ao “número de sessões” em Hospital de Dia, pode afirmar-se que predomina a redução, sendo expressiva em alguns casos (e.g., H Garcia D’Horta - 28,82% e H Faro -28,07%). Por último, no que diz respeito ao “número total de atendimentos” em serviços de urgência apenas existe uma exceção no movimento geral de diminuição – o H Garcia de Orta com um ligeiro aumento. Em todos os restantes existe redução, sendo expressiva em alguns casos (e.g., CH Lisboa Central -26,14% e CH Lisboa Norte -12,56%).

Situação do acesso aos cuidados de saúde

Nos dados que atrás apresentámos evidenciámos um conjunto de aspectos que nos parecem importantes e que devem ser objecto de preocupação, na medida em que se configuram como indicadores de dificuldades de acesso. Assim destacamos:

- sinais que indiciam uma alteração na tendência de redução dos tempos de espera cirúrgicos;
- uma diminuição do número de utilizadores e das taxas de utilização das consultas médicas em todas as ARS;
- sinais de redução do número de consultas médicas em diversas ARS;
- diminuição da percentagem de utentes com PNV atualizada aos 13 anos;
- alguns sinais que indiciam redução do número de cirurgias, do número de sessões em hospital de dia e de urgências em diversos hospitais;
- sinais que indiciam uma redução do número de consultas de especialidades cirúrgicas a pessoas com mais de 65 anos no Alentejo;
- evidência de redução acentuada do número de pessoas com mais de 65 anos com isenção de taxas moderadoras e de acréscimo da receita arrecadada por esta via.

Naturalmente que as situações em que se verificou um incremento da resposta devem ser analisadas mas, acima de tudo, discriminadas positivamente.

Todavia, a análise relativa ao acesso aos cuidados de saúde deve considerar diversas outras variáveis, algumas das quais referidas neste relatório, como no caso dos resultados do inquérito que foi aplicado a utentes de um grupo de farmácias de Lisboa e que nos diz que cerca de 20% não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos, sendo que entre estes predominam as mulheres, os desempregados e os idosos.

Uma outra variável sobre a qual temos poucos dados, mas que indicia um comportamento preocupante tem a ver com o transporte das pessoas até aos locais de prestação de cuidados. O custo com transporte de doentes, suportado pelo SNS, teve reduções que chegaram a atingir 65% (ARS Alentejo). É conhecido através da comunicação social o impacto que esta redução teve nas corporações de bombeiros, bem assim como alguns casos dramáticos recentemente noticiados. A isto acresce uma rede de transportes públicos muito deficitária, principalmente num interior desertificado e envelhecido, como é o caso do Alentejo, mas também da Beira Interior e Nordeste.

O conjunto das variáveis analisadas leva-nos a afirmar uma enorme preocupação com o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, principalmente dos grupos mais vulneráveis. A persistência de algumas das medidas adotadas acentuará alguns dos indicadores referidos, transformará tendências em certezas e contribuirá para a redução do acesso aos cuidados de saúde.

4.4 Política do Medicamento

Introdução

A Política do Medicamento tem por objetivo assegurar, a custos sustentáveis, o acesso equitativo a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, bem como a sua utilização racional por prescritores e consumidores.

Estes conceitos básicos, referidos em numerosos documentos da OMS e da UE, são fundamentais para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, dada a importância que os medicamentos têm na despesa com a Saúde, e para a valorização do potencial de saúde das comunidades.

A Política do Medicamento tem de ter em conta os aspetos relacionados com a despesa, mas será ineficaz se se reduzir a essa questão. Na verdade, importa definir critérios transparentes e metodologias adequadas para a seleção dos medicamentos a financiar, tendo em conta a sua segurança e efetividade comparada, os custos, as necessidades em saúde da população, e os objetivos estratégicos do SNS.

Para alcançar os seus objetivos é indispensável promover a utilização racional dos medicamentos, atuando junto dos seus prescritores, consumidores e outros agentes de saúde, em particular farmacêuticos e enfermeiros, que intervêm no uso adequado, informado e responsável do medicamento. Assim, importa promover a prescrição do medicamento de acordo com as boas práticas clínicas e com normas de orientação terapêutica, baseadas em evidência científica, bem como, a adesão informada dos doentes à terapêutica instituída.

A informação e educação dos doentes sobre a utilização adequada dos medicamentos e sobre medidas preventivas e de promoção de saúde, assim como, a maior e melhor informação e formação aos profissionais de saúde, relativamente à promoção do uso racional do medicamento, são medidas fundamentais para que a Política do Medicamento seja eficaz nos objetivos a atingir.

1. Antecedentes – o medicamento e a Troika

O Relatório de Primavera 2011 já se referia ao MdE com um resumo das medidas propostas e alguns considerandos sobre as suas implicações.

A questão do medicamento é particularmente preocupante. Os medicamentos são responsáveis por uma fatia demasiado grande dos gastos com a saúde. Os portugueses dependem excessivamente do medicamento. Observam-se padrões de prescrição (como os dos antibióticos) que resultam em importantes desperdícios económicos e sérios riscos para a saúde pública. Os primeiros sinais positivos da última campanha do genérico já são visíveis. No entanto é necessário dar mais importância aos dados concretos da utilização do medicamento e actuar em conformidade, em vez de considerações genéricas sobre as eventuais virtualidades de instrumentos de política do medicamento (genéricos, preços de referência, prescrição pelo princípio ativo).

Relatório Primavera 2001

A parte referente ao medicamento é muito detalhada, em termos qualitativos no que se refere às medidas propostas, e em termos quantitativos constitui a rubrica onde se pretende o maior valor de contenção de custos.

Estranhamente, os valores quantitativos dessas medidas, expressos em valores de diminuição da despesa em função do PIB no caso dos medicamentos, parecem não ter em conta as medidas já tomadas pelo anterior governo em 2010 e que já estavam a ter, no momento da assinatura do memorando, um efeito muito significativo na contenção da despesa e retração do mercado dos medicamentos, e diminuição da despesa pública.

A título de exemplo, refere-se que o encargo do SNS com medicamentos em ambulatório (farmácias) diminuiu cerca de 19% de 2010 para 2011, em termos de encargos do SNS. O encargo do SNS com medicamentos nos hospitais terá crescido nesse período cerca de 1,3%.

Qualitativamente, as medidas propostas pela *Troika* interferem a nível do medicamento na oferta e procura, traduzindo-se numa intervenção global, que, pela primeira vez em Portugal, atinge todos os intervenientes na cadeia de valor do medicamento e na atividade dos profissionais da saúde.

Grande parte destas medidas são consensuais nos seus aspetos qualitativos, e têm como objetivo a racionalização da terapêutica, como seja, a título de exemplo, o estabelecimento de regras claras de prescrição e monitorização através da utilização de sistemas de informação adequados.

É fundamental que se tomem medidas baseadas em evidência científica e não em perceções não fundamentadas, sob o risco de se vir a pôr em causa a qualidade já atingida pelos cuidados de saúde.

Num período de crise, com graves implicações no rendimento e no bem-estar individual e social, a boa saúde da população é indispensável para que através do desenvolvimento económico se consiga superar a crise. A garantia do acesso aos medicamentos necessários é um elemento importante a ter em conta neste momento.

A luta contra o desperdício e a melhoria da eficiência das diversas tecnologias da saúde e dos medicamentos em particular, são fundamentais e não estão claramente explicitas nas propostas assumidas com a *Troika*.

A implementação das medidas legislativas no que se refere aos medicamentos genéricos, preços de referência, novo modelo de receita médica, prescrições por DCI e possibilidade de substituição do medicamento pelo farmacêutico alterou significativamente a situação do mercado farmacêutico, designadamente no sector de ambulatório (que representa cerca de 80% do mercado global).

As perspectivas quanto à evolução futura do mercado são igualmente encorajadoras, sendo desejável que não ocorra nenhum acidente de percurso quanto à qualidade (há casos exemplificativos e paradigmáticos a nível internacional) que possa desacreditar esta antevisão optimista.

Relatório Primavera 2003

As medidas propostas pela Troika interferem a nível do medicamento na oferta e procura, traduzindo-se numa intervenção global, que, pela primeira vez em Portugal, atinge todos os intervenientes na cadeia de valor do medicamento e na atividade dos profissionais da saúde.

Outro aspeto importante é a ausência de avaliação dos impactos que o conjunto destas medidas poderá ter, nomeadamente no que se refere a despedimentos no sector, desarticulação de estruturas existentes (redes de distribuição de medicamentos), e nas alterações no acesso aos medicamentos.

Uma das falhas identificadas no MdE é a ausência de referência à necessidade de se organizar um sistema eficaz de avaliação das tecnologias da saúde, que não impeça administrativamente o acesso à inovação, como está hoje a acontecer, mas permita a seleção em função do seu valor terapêutico acrescentado e custo-efetividade.

2. Medicamentos no pós *Troika*

Analizadas as diversas alterações ao longo dos trimestres que coincidem com as reuniões da *Troika* com o Governo e organizações representantes de várias entidades, especialistas e académicos, constata-se, no que se refere às medidas relacionadas com o medicamento, que são feitas algumas alterações resultantes das propostas do governo e da audição das instituições representativas dos sectores de atividade, de especialistas e académicos (anexo 1).

A título de exemplo, e reportando a alterações que se constituem tomadas de posições públicas, registam-se:

- A retirada da referência "em linha com a média da UE" no objetivo anunciado de contenção da despesa, para cerca de 1% do PIB em 2013, reflete a falta de clareza que foi apontada publicamente ou em debates, por diversas organizações e académicos, quanto às fontes utilizadas e forma de cálculo dos valores da despesa pública com medicamentos. Continuam a persistir dúvidas sobre a forma de cálculo da despesa;
- A alteração, para efeitos de fixação do preço máximo do primeiro genérico de 60 para 50, na percentagem do preço do medicamento de marca com uma substância activa similar;
- A introdução de uma cláusula de revisão anual dos países de referência para efeito de cálculo do preço dos medicamentos;
- A adoção de um sistema de sanções e penalidades, como complemento do modelo de avaliação da prescrição de medicamentos;
- Medidas adicionais sobre a distribuição de medicamentos que conduzem a poupanças adicionais nas despesas públicas;
- Alteração da percentagem e de desconto a efetuar no setor da distribuição, caso o novo sistema de cálculo das margens não produza as poupanças estimadas.

Estes exemplos demonstram que algumas das propostas da Troika resultam de outras geradas por iniciativa do governo, entidades ou personalidades ouvidas durante o processo.

3. Gastos com Medicamentos

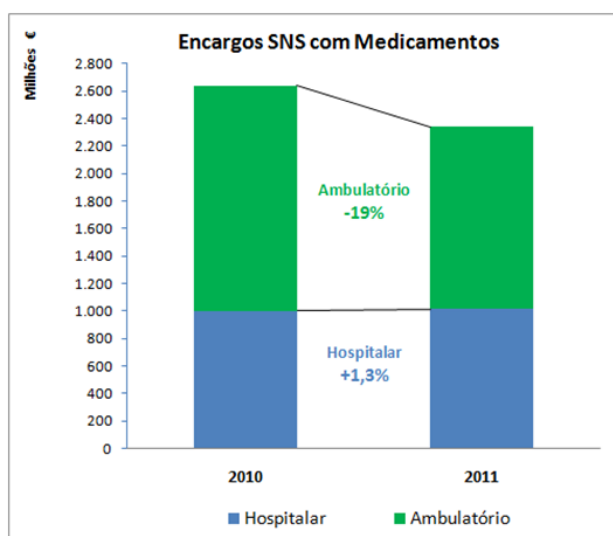
3.1. Mercado de medicamentos e despesa pública

Quando analisada a evolução do mercado de medicamentos em Portugal verifica-se que, mesmo antes da intervenção externa, foram tomadas diversas medidas ao nível do sistema de preços e comparticipações, que reduziram acentuadamente o mercado de medicamentos em ambulatório, numa quebra de 9,1% em valor e de 19% dos encargos SNS (Portugal, Infarmed, 2011a).

No entanto, o mercado hospitalar continua a crescer (Figura 81), com um aumento de 1,3% em 2011 versus o período homólogo (Portugal, Infarmed, 2011b).

No que concerne aos encargos com medicamentos no SNS em ambulatório observou-se, entre 2010 e 2011 (antes da implementação das medidas incluídas no MdE), uma redução de mais de 312 milhões de euros num ano. Sendo que este valor está subavaliado por não refletir o impacto da transferência de subsistemas públicos que ocorreram em 2011 para o SNS (nomeadamente da ADSE ou do Ministério da Justiça), nem espelhar a alteração do IVA. De acordo com um estudo publicado pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da ANF (CEFAR), a redução dos encargos do SNS em medicamentos de ambulatório, ajustada aos efeitos referenciados, foi de -25,9% nos primeiros 9 meses de 2011 (Teixeira *et al.*, 2011).

Figura 81 -Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório versus hospitalar (2010-2011)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório e do Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar INFARMED, 2010-2011 (elaboração própria)

Notas: Os Encargos do SNS no mercado Hospitalar não representam a totalidade dos hospitais do SNS.

O foco exclusivo no controlo da despesa, ainda que produzindo resultados imediatos favoráveis, feito sem investimentos organizativos, funcionais e técnico-científicos na interface quer com a oferta (produtores e fornecedores de medicamentos), quer com a procura (prescritores, outros profissionais de saúde e doentes) poderá ter limitações a curto prazo e não foi demonstrado que se constitua em garante de sustentação a médio/longo prazo.

Relatório Primavera 2007

É lícito exprimir preocupações com aumentos expressivos nos gastos públicos com medicamentos e, na ainda relativamente baixa utilização dos medicamentos genéricos no país. No entanto há que acentuar que um dos aspectos claramente mais relevantes na política do medicamento é a sua "boa utilização".

A má utilização do medicamento por excesso ou por defeito, para além dos efeitos que possa ter nos gastos com a saúde, pode constituir um sério problema de saúde pública.

Relatório Primavera 2010

De acordo com a execução financeira consolidada do SNS entre 2010 e 2011 a despesa total foi reduzida em 668,6 milhões euros, e a despesa com produtos vendidos nas farmácias foi reduzida em 322,8 milhões euros, ou seja, 48,3% da redução total da despesa em saúde no SNS foi resultado da quebra na rubrica de ambulatório (Portugal. Ministério das Finanças. DGO, 2012).

Por outro lado, não tem sido publicada, pelas instituições públicas, informação sobre a totalidade da redução pública da despesa com medicamentos em ambulatório, considerando os diversos subsistemas públicos que, apesar do peso decrescente que se tem vindo a observar nos últimos anos, constituem uma realidade em Portugal.

3.2. Mercado de medicamentos genéricos

Procurando estimular o mercado de genéricos, várias medidas foram tomadas ao longo dos últimos anos, não só ao nível do preço e comparticipação, mas também ao nível do processo administrativo (anexo 2).

Algumas destas medidas foram sendo progressivamente alteradas. A título de exemplo destacam-se: 1) o fim, em 2005, da majoração adicional de 10% na comparticipação dos genéricos após cinco anos em vigor; 2) a majoração adicional de 25% na comparticipação para os utentes do Regime Especial (RE), introduzida no início do Sistema de Preços de Referência em 2003 e prorrogada durante vários anos, foi reduzida para 20% a meio de 2006 e posteriormente retirada em Junho de 2010; e 3) a comparticipação a 100% de todos os genéricos para o RE em Junho de 2009, e que só esteve um ano em vigor.

Adicionalmente foram implementadas uma série de campanhas pelo Ministério da Saúde para promoção deste mercado (anexo 2).

Na última década, verificou-se um aumento elevado na quota de genéricos em Portugal, quer em valor, quer em volume, (quota de genéricos de 1,1% em volume e 1,8% em valor em 2002), atingindo em 2011 uma quota de genéricos de 21,6% em volume e 18,2% em valor (ainda assim, inferior à média da UE). Apenas a partir de agosto de 2010 (Figura 82), a quota em volume passa a ser superior à quota em valor, efeito da redução elevada de preços dos medicamentos genéricos.

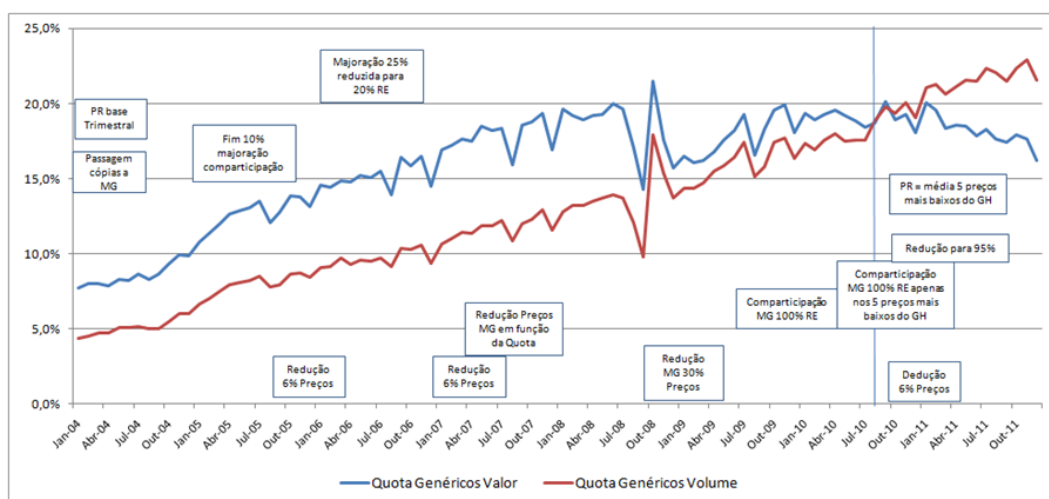
Os medicamentos genéricos, apesar de introduzidos/ disponibilizados no mercado, apenas começaram a assumir algum significado no total da prescrição para o SNS a partir do momento em que entraram em vigor, quase em simultâneo, várias das medidas preconizadas pela evidência internacionalmente reconhecida.

Relatório Primavera 2003

A convergência de uma acção determinada na promoção de medicamentos genéricos, por parte do Ministério da saúde com a atitude dos médicos que os prescrevem, tem tido um êxito notável.

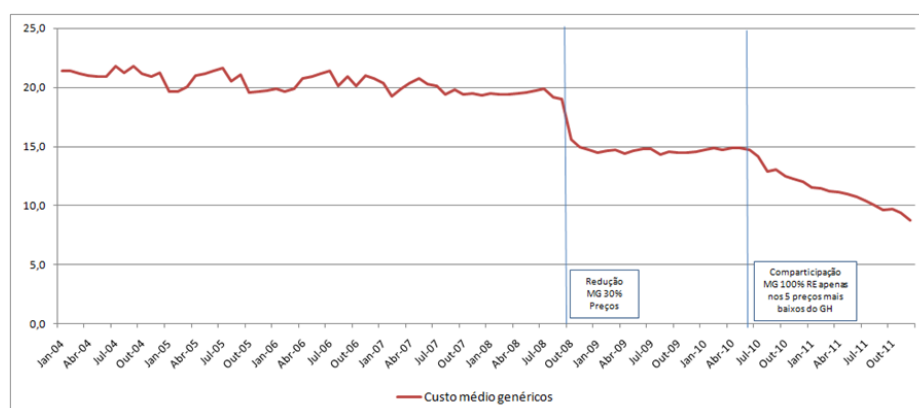
Relatório Primavera 2004

Figura 82 - Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2011 (elaboração própria)
Notas: MG = Medicamentos Genéricos, PR = Preço de Referência Interno, RE = Regime Especial de Participação, GH = Grupo Homogêneo

Figura 83 - Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2011)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2011 (elaboração própria)
Notas: MG = Medicamentos Genéricos, RE = Regime Especial de Participação, GH = Grupo Homogêneo

A política de medicamentos genéricos em Portugal tem-se baseado, sobretudo, em medidas do lado da oferta (nomeadamente através da redução administrativa de preços), sendo necessário, no entanto, apostar em medidas do lado da procura que desenvolvam este mercado de forma sustentável, incentivando para tal os médicos, os farmacêuticos, e os doentes.

Após junho de 2010, aquando da introdução das alterações mais significativas no Sistema de Preços de Referência (com a comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco preços mais baixos do respetivo GH; com a comparticipação máxima passa a ser um valor fixo e não uma percentagem; e o PR atualizado com a redução de 30% do preço dos genéricos de 2008), verificou-se uma quebra muito acentuada no custo dos genéricos, com uma redução de 41,1% no preço médio dos genéricos entre maio de 2010 e dezembro de 2011 (Figura 3).

Esta redução no preço dos genéricos explica, em parte, a redução verificada no mercado total de medicamentos, entre 2010 e 2011, de menos 9,1% em valor. Assiste-se a uma quebra em três anos consecutivos (desde 2008) do preço médio dos medicamentos genéricos em ambulatório, apesar do aumento de 1% na Taxa do IVA nos medicamentos em Julho de 2010.

4. Qualidade da prescrição: normas de orientação clínicas

Nos anos de 2010 e 2011 a Direção Geral de Saúde emitiu 25 Normas de Orientação Clínica visando a melhoria da qualidade da prescrição e a otimização da terapêutica farmacológica. Entre aquelas, destacam-se as que incidem sobre fatores de risco e sobre patologias que constituem uma importante carga de doença no contexto nacional, bem como, as que se referem ao uso de grupos terapêuticos que requerem uma vigilância e monitorização acrescida. São exemplos as NOCs para a hipertensão, dislipidemia, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, ansiedade, depressão e psicoses.

Concretamente no que se refere à terapêutica farmacológica da diabetes tipo 2, a Norma 001/2011 de 07/01/2011 estabelece a metformina como fármaco de eleição e cuja utilização inicial deverá ser em monoterapia. Com o objetivo de contribuir para a avaliação do grau de cumprimento da referida norma, procurou-se avaliar a evolução do consumo deste fármaco isolado e em associação fixa com outras moléculas hipoglicemiantes.

A figura 84 mostra um consumo progressivo de metformina isolada (A10BA) de 2004 a 2008, expresso em DDD/1000 habitantes dia, o qual se manteve com valores semelhantes em 2009 e 2010 seguido de um ligeiro decréscimo em 2011. Por outro lado, verifica-se em todos os anos do período em análise um aumento de consumo de metformina em associação fixa a outros antidiabéticos orais (A10BD), o qual é particularmente acentuado a partir de 2008, não parecendo ser afectado pela Norma 001/2011, anteriormente referida.

O aumento da despesa com medicamentos não foi repartido de forma equitativa entre a comparticipação suportada pelo SNS e pelos cidadãos. Nos últimos anos é notória uma tendência para que a proporção dos encargos com medicamentos suportados pelos utentes seja cada vez maior. (Vaz et al., 2010)

Relatório Primavera 2011

A Dose Diária Definida (DDD), que corresponde à dose do medicamento que deve ser consumida diariamente por um adulto de 70 kg no tratamento da situação clínica que é a indicação terapêutica principal do medicamento em análise. Assim, para cada medicamento a OMS aprova e revê periodicamente a DDD correspondente, que está disponível no respectivo site www.whooc.no/atcddd/.

Assim, o consumo de um medicamento ou de um grupo terapêutico numa comunidade exprime-se em Nº de DDD por dia e por 1000 habitantes, permitindo uma estimativa aproximada da proporção de doentes dessa comunidade que utilizam o medicamento em análise na unidade de tempo considerada.

Na figura 85 pode constatar-se o contributo da associação fixa de metformina com outros antidiabéticos orais (A10BD) para a evolução, em valor, do consumo de Antidiabéticos Orais (ADO's), o qual aumenta de 70M€ em 2007 para 179M€ em 2011, crescendo 156%.

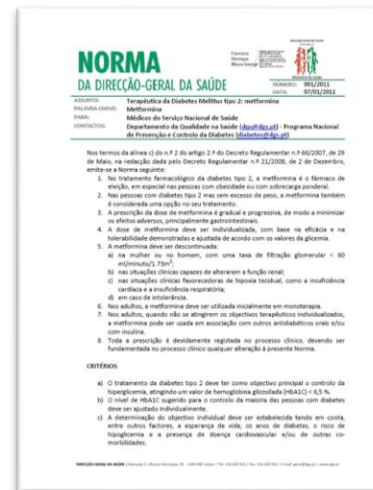


Figura 84 - Evolução do consumo de ADO por classe ATC em DDD / 1.000 hab. / dia, 2004-2011

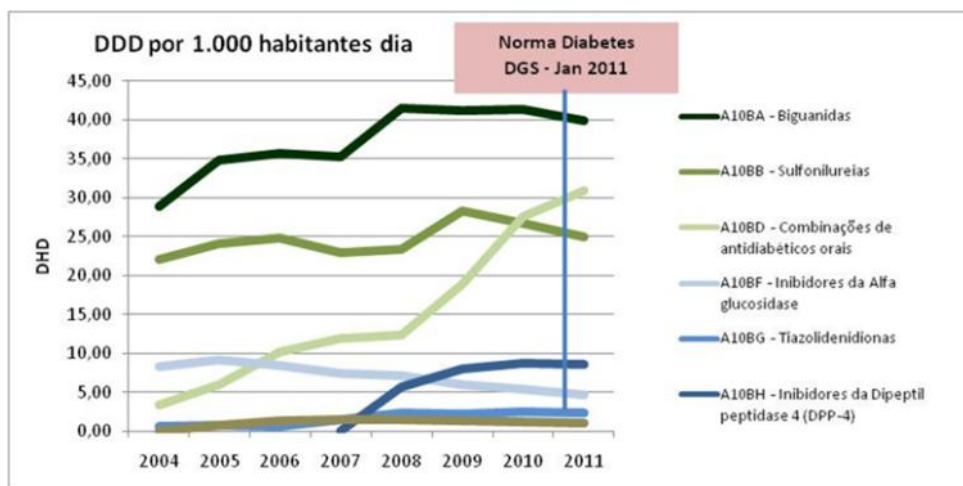
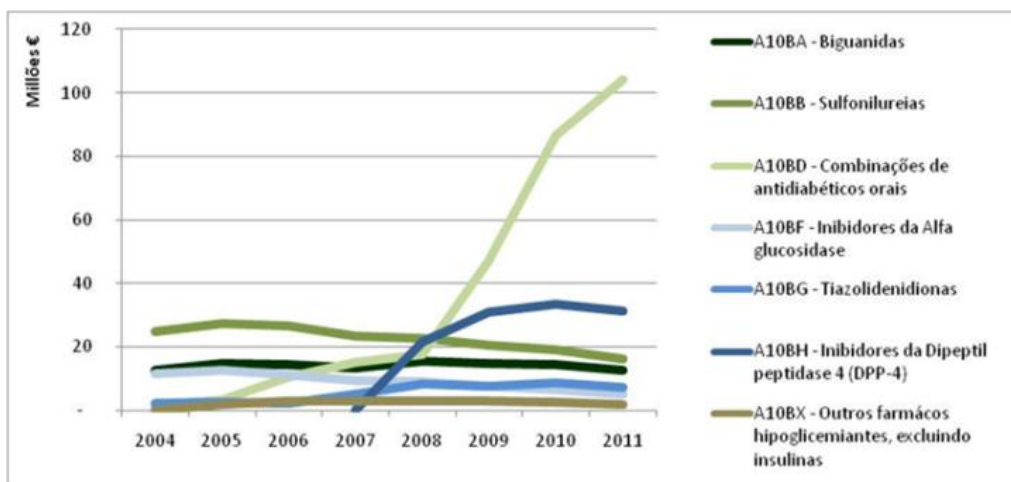


Figura 85 - Evolução do mercado de antidiabéticos orais, 2004-2011



Fonte: Análise CEFAR / Sistemas de Informação hmR e SICMED

Nota: Rosiglitazona retirada do mercado em 2010, Pioglitazona alvo de alertas em 2011, por razões de segurança

5. Acesso e utilização do medicamento

5.1. Consumo de Antidepressivos e Ansiolíticos em tempo de Crise

As crises económicas e financeiras, em períodos anteriores da história e ocorridas em diferentes países do mundo, ilustram o efeito negativo que as mesmas podem ter na saúde mental, em particular nos desempregados. É consensual que estes sofrem problemas psicológicos com maior frequência que as pessoas empregadas. Um estudo recente evidencia que a prevalência de pessoas com problemas psicológicos entre os desempregados ronda os 34%, em comparação com 16% nas pessoas empregadas (Utela, 2010). Nesta análise, verificou-se que quanto maior o período de desemprego, maiores são as consequências sobre a saúde mental. Para além disso, a deterioração da saúde mental, afetando pelo menos um dos membros da família, poderá ter efeitos negativos em cadeia dentro da mesma com aumento de stresse, e da carga e gastos com cuidados de saúde.

O efeito negativo do desemprego sobre a saúde mental é maior nos países com um baixo desempenho económico e distribuição desigual dos rendimentos, como é o caso de Portugal atualmente.

De acordo com Caldas de Almeida (2010), a prevalência anual em Portugal das perturbações psiquiátricas era de 22,9%, sendo que as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas representavam 16,5% e 7,9%, respetivamente. O mesmo estudo mostrou que apenas 12,7% de casos de perturbação de ansiedade iniciaram tratamento no ano de início dos sintomas, sendo que, relativamente às perturbações depressivas, este valor sobe para 35,3%.

Procurando contribuir para a discussão sobre o impacto da crise na saúde mental dos portugueses, analisou-se o mercado de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos de ambulatório, comparticipados pelo SNS.

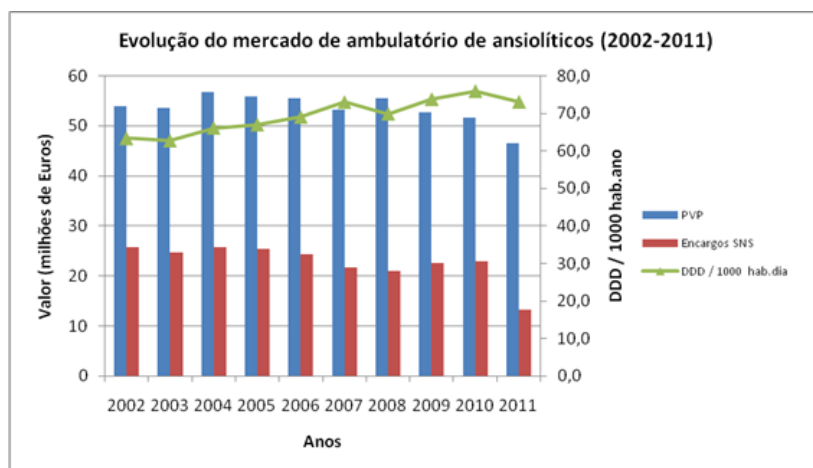
5.1.1. Ansiolíticos

Em Portugal, a evolução do mercado de ambulatório do SNS de ansiolíticos, no período de 2002-2011, pode ser analisado na Figura 6 que ilustra as tendências evolutivas, quer no que se refere ao consumo, expresso em DDDs/1000 habitantes.dia, quer relativamente ao respectivo valor em euros.

No total do período em análise (2002-2011), observou-se um aumento de 15,3% no consumo ansiolíticos resultante de um ligeiro acréscimo de consumo em cada ano até 2010, onde atingiu o seu valor mais elevado (73 DDD/1000hab.dia), seguido de um decréscimo de 3,8%, de 2010 para 2011.

Quanto à evolução em valor verificou-se um decréscimo global do mercado de ansiolíticos de 13,6% , sendo que essa diminuição se acentua após 2008 e é particularmente acentuada de 2010 para 2011, onde atinge um decréscimo de 9,7%. Este decréscimo acompanha uma redução significativa dos encargos do SNS com estes medicamentos no mesmo período. Na verdade, registou-se uma redução de 48,4% naqueles encargos do SNS no total do período (2002-2011), tendo a maior redução anual ocorrido de 2010 para 2011, onde atingiu 42,1%.

Figura 86: Evolução do mercado de ansiolíticos, SNS, 2002-2011



Fonte: INFARMED (IMS)

5.1.2. Antidepressivos

No que respeita ao mercado de antidepressivos, considerando o mesmo período em análise, este apresenta sempre uma evolução positiva e crescente em consumos. O valor máximo foi registado em 2011 (64 DDD/1000hab.dia).

Já no que se relaciona com valor de mercado, depois de se atingir um máximo em 2008 de aproximadamente 125 milhões de euros, correspondente a encargos para o SNS na ordem dos 83 milhões de euros, assistiu-se a uma descida para aproximadamente 115 e 43 milhões de euros, respetivamente, em 2011.

Consumo de antidepressivos vai duplicar em cinco anos

Melhoria do tratamento fará disparar uso de remédios para a depressão até 2016. Um dos motivos será o aumento do número de novos doentes e de recaídas devido à crise económica. Alentejo vai ser a região com maior consumo.

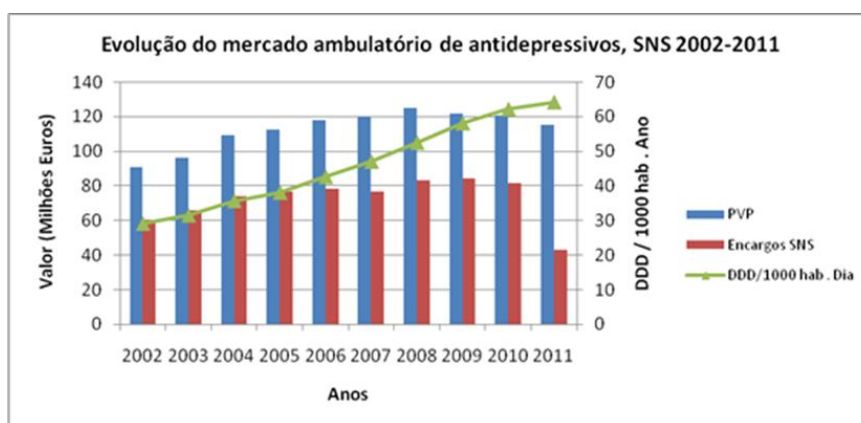
O consumo de medicamentos antidepressivos vai disparar para mais do dobro até 2016, de acordo com as previsões do grupo técnico que está a trabalhar no Plano Nacional de Saúde (PNS). Os últimos dados disponíveis mostram que se consumiam 58,1 doses diárias definidas por mil habitantes/dia em 2009, estimando-se uma subida para 122 em 2016. As melhorias no tratamento da depressão, bem como o incremento do número de doentes são causas possíveis para esta subida.

A região com uma maior subida será o Alentejo, que passará de 75,1 para 171,9, ou seja, mais 129%, mas a intenção é que tome medidas para ficar pelas 128,5 doses diárias. O Algarve é a região menos atingida, tendo como meta manter os valores projectados para 2016, que mesmo assim implicariam passar de 42,2 para 85,1 doses.

Diário de Notícias, 17 de Agosto de 2011

A mesma tendência pode ser observada nos encargos do SNS, com uma redução de 28,6% no total do período considerado, de 48,3% entre 2008 e 2011, e com o valor de maior influencia para a tendência decrescente deste período de 47,3% entre 2010 e 2011. No que se relaciona com os consumos observaram-se igualmente flutuações, mas globalmente, verificou-se um crescimento de 120,7% em DDD/1000 hab.dia no total do período em análise. Registou-se um crescimento de 22,3% entre 2008 e 2011, embora de apenas de 3,2% entre 2010 e 2011.

Figura 87 - Evolução do mercado de ambulatório de antidepressivos, SNS, 2002-2011



Fonte: INFARMED (IMS)

5.2. O impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento – estudo-piloto

Com o objetivo de avaliar o impacto da crise financeira na acessibilidade ao medicamento foi realizado no distrito de Lisboa, entre março e abril de 2012, um estudo piloto, para o qual se convidaram todas as farmácias registadas no site do Infarmed a participar (n=661). Foi-lhes solicitado que recolhessem informação sobre a prescrição e a aquisição dos respetivos medicamentos em doentes crónicos, e ainda que respondessem a um formulário para caracterização da evolução da atividade da farmácia no período de 2008 a 2011. Os doentes convidados a integrar o estudo (15 por farmácia) foram selecionados entre os portadores de prescrição de pelo menos um medicamento das seguintes classes farmacoterapêuticas: antidiabéticos, anti hipertensores e antilipídicos.

Observa-se que, face à atual crise económica, emerge uma pobreza escondida e envergonhada que sofre em silêncio, atingindo todas as classes, sobretudo os mais idosos, os doentes crónicos e as crianças. Estes padecem, muitas vezes sós e sem recursos ou possibilidade de acesso às terapêuticas...

Relatório Primavera 2011

Foram recolhidos e analisados formulários enviados por 41 farmácias (6,2% do total) e relativos a 375 doentes. A caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos revelou um ligeiro predomínio do género feminino (52,1%), uma média etária de 66,2 anos (dp=12,85), sendo que 56,0% eram idosos, maioritariamente reformados (65,7%) e mais de 40% auferiam rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional.

Para o total da amostra em estudo foram prescritas 970 embalagens de medicamentos (245 antidiabéticos, 503 anti-hipertensivos e 222 antidislipidémicos), o que corresponde 2,58 embalagens por doente. O total de embalagens de medicamentos adquiridas pelos doentes foi de 851 (220 antidiabéticos, 447 anti-hipertensivos e 184 antidislipidémicos), correspondendo a 2,26 embalagens por doente e a cerca de 88% do total das embalagens prescritas. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$) entre a % de medicamentos adquiridos e a sua classe farmacoterapêutica, sendo aquela inferior para os medicamentos antidislipidémicos (82,9%) comparativamente aos antidiabéticos (89,7%) e aos anti-hipertensivos (88,9%).

Cerca de 20% da amostra, 78 doentes, não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) relativamente à idade, ao sexo, situação perante o emprego e rendimento. No entanto, a maior frequência de doentes que não adquiriu a totalidade da prescrição foi mais elevada entre o género feminino (19,7%), entre o grupo de idosos (19,4%), desempregados (20,7%) e aqueles que auferiam um rendimento mensal inferior a 475 euros (23,4%).

Entre os doentes que não adquiriram a totalidade dos medicamentos prescritos, cerca de 40% justificou o facto por ainda ter aqueles medicamentos em casa, mas cerca de 25% indicou ser a existência de dificuldades económicas que impossibilitava a aquisição da totalidade da prescrição. Menos frequentemente, foram também apresentados como motivos da não aquisição o facto de considerarem que o medicamento não é necessário ou que não lhes faz bem.

Relativamente à caracterização da evolução da atividade da farmácia no período em estudo (2008-2011) procurou-se analisar alguns indicadores sobre a qualidade de serviços prestados (e.g. categoria profissional dos colaboradores, espectro de serviços prestados, período de atendimento ao público), e sobre a situação económica da farmácia (e.g., volume de vendas, massa salarial, stocks de medicamentos).

Cerca de 3.5 milhões de portugueses vêem-se forçados a abdicar de medicamentos essenciais devido à subida dos preços, revelam os dados da segunda vaga do barómetro BOP Health – Os Portugueses e a Saúde (...) Quando questionados sobre as mudanças que o novo regime de comparticipações irá causar na gestão quotidiana do orçamento familiar (...) 39.7% não vão conseguir comprar todos os remédios necessários. Um pessimismo que não é, no entanto, geral. Apesar de a maioria considerar que os preços ainda vão subir, 31.2% acredita que isso não vai causar alterações.

RCM pharma, 7 de Abril de 2011

Um inquérito realizado pela DECO, em 2007, a cinco mil consumidores, revelou que 40% das pessoas tiveram alguma dificuldade em comprar os medicamentos e, outros 12% não compraram todos os medicamentos prescritos por serem demasiado caros.

Vogler e Leopold, 2009

Quanto à tipologia da equipa técnica da farmácia, verificou-se não terem ocorrido modificações significativas no período em análise, pois em todos os anos a mediana do número de farmacêuticos por farmácia manteve-se igual a 2 e a dos auxiliares de farmácia igual a 1. Relativamente ao número de técnicos de farmácia, por farmácia, a mediana baixou, em 2011, de 3 para 2. Além disso, das farmácias que participaram no estudo mais de 53%, de 60% e de 75% manteve, respetivamente, o número de farmacêuticos, de técnicos de farmácia e de auxiliares de farmácia, durante o período em estudo. Neste contexto, importa ter em conta as recentes alterações legislativas que tornam obrigatória a presença de 2 farmacêuticos por farmácia e que pelo menos 50% dos colaboradores sejam farmacêuticos (Decreto-Lei nº. 307/2007, de 32 de agosto).

Relativamente ao número médio de horas semanais de trabalho da equipa técnica verificou-se um ligeiro acréscimo, quer relativamente aos farmacêuticos, quer relativamente aos técnicos de farmácia, embora sem reflexo nos valores das respetivas medianas que se mantiveram, ao longo do período em análise, em 40 horas semanais em ambas categorias profissionais. Quanto ao número médio de horas semanais que a farmácia esteve aberta ao público verificou-se um aumento progressivo, passando a respetiva mediana de 55 horas em 2008 para 56 em 2009 e para 59 a partir de 2010. Mais de 40% das farmácias que participaram no estudo indicaram ter aumentado o período de abertura da farmácia. Na análise da evolução do horário de funcionamento da farmácia importa ter em consideração as alterações legislativas, que instituíram limite mínimo de horário de funcionamento das farmácias (55 horas em 2007 – Decreto-Lei nº. 7/2011, de 10 de janeiro, alterado para 50 horas em 2011 - Portaria nº 31-A/2011 de 11 de janeiro), a possibilidade de haver farmácias abertas 24 horas por dia (Decreto-Lei n.º 7/2011 de 10 de janeiro), bem como, a introdução dos regimes de adaptabilidade prevista na lei geral do trabalho (Lei nº 7/2009, DR n.º 30, de 12 de Fevereiro).

No que se refere a indicadores dos serviços prestados pelas farmácias, verificou-se que na maioria das farmácias participantes no estudo foram mantidos, no período em análise, os serviços tradicionalmente prestados aos seus utentes, nomeadamente, a monitorização de parâmetros biológicos (pressão arterial, glicémia, triglicéridos, colesterol, IMC), com algumas a aumentarem a oferta de serviços ao público, nomeadamente, a disponibilização de consultas de nutrição e de podologia, de avaliação de risco cardiovascular e de cuidados farmacêuticos, e administração de vacinas e medicamentos injetáveis.

Apesar do acesso aos medicamentos representar um direito fundamental, milhões de pessoas no mundo ficam sem o tratamento que necessitam (WHO, HAI, 2008; OECD, 2009).

Esta afirmação é reforçada pela evidência resultante da aplicação, pela WHO/HAI (2008), de uma série de inquéritos a nível mundial, que demonstra que a disponibilidade e capacidade para comprar medicamentos se apresentam como um problema universal, sendo sobretudo os mais pobres quem paga verdadeiramente, quer a nível económico, quer com a sua saúde (WHO.HAI, 2008).

Relatório Primavera 2011

"Eu deixar de comprar propriamente não deixei, compro... e em vez de tomar todos os dias, não tomo... vou alternando...hoje sim e amanhã não..."

Cidadão anónimo

Ao nível dos países da OCDE, também se verificam algumas lacunas no acesso efectivo a medicamentos. Muito embora se verifique uma variação considerável entre países relativamente à disponibilidade dos medicamentos no mercado, as suas implicações no acesso dos cidadãos aos mesmos são ainda pouco claras.

Relatório Primavera 2011

Esta diversificação dos serviços prestados pelas farmácias surge na sequência da publicação da Portaria 1429/20092007, de 2 de Novembro, e constitui também uma tentativa de rentabilização do espaço da farmácia, e da promoção da saúde e dos doentes.

Relativamente aos indicadores económicos, verificou-se um aumento da massa salarial dos funcionários da farmácia, reportado por mais de 54% das farmácias que participaram no estudo. Este aumento foi particularmente marcado no período de 2008 para 2010, no qual a mediana do referido valor aumentou em 4,5%, seguindo-se uma ligeira redução em 2011. Este facto poderá ser explicado pela ocorrência crescente de desemprego na profissão farmacêutica, inexistente até 2010 (Cordeiro, 2012; Pita, 2010), que originou um decréscimo do ordenado praticado e uma diminuição da diferença salarial com a classe de técnico de farmácia, assim como, pela criação da categoria de auxiliar de farmácia, que veio permitir a contratação de pessoal menos diferenciado a valores consideravelmente mais baixos, de acordo com a revisão global do contrato coletivo entre a Associação Nacional das Farmácias (ANF) e o Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia (SINPROFARM) publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, nº. 21, 8/6/2010.

Por outro lado, no período em análise, observou-se um considerável decréscimo no volume de vendas cuja mediana baixou 6% de 2008 para 2011. Mais de 80% das farmácias que integraram o estudo referiram uma diminuição nos respetivos volumes de vendas. Paralelamente, observou-se uma redução dos *stocks* de medicamentos, em particular dos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), em que a mediana apresentou no período em análise uma redução superior a 10%, e foi referida por mais de 65 % das farmácias do estudo. Mais de metade das farmácias (56,4%) manteve os prazos de pagamento aos seus fornecedores de medicamentos, mas cerca de ¼ teve necessidade de os alargar (25,6%). Além disso, cerca de 1/3 das farmácias assumiu não ter capacidade para cumprir os compromissos assumidos. Estes dados são concordantes com informações veiculadas na comunicação social segundo as quais 844 farmácias (29% do total) têm os fornecimentos suspensos (RTP Notícias, 02 Mai, 2012), 550 (19%) têm acordos de regularização de dívidas, e que mais de 1000 farmácias estejam em risco de falência. Estes elementos explicam a menor disponibilidade de medicamentos nas farmácias, igualmente detetada, e alertam para o facto da acessibilidade ao medicamento e a sua equidade poderem ser condicionadas, pois os MSRM não estão disponíveis em mais nenhum canal de distribuição e a sua escassez constitui um grave problema de Saúde Pública.

Discurso Directo

“Mais de cem farmácias já pediram insolvência”

João Cordeiro, Presidente da Associação Nacional de Farmácias sobre a crise que o sector farmacêutico atravessa.

02 Maio 2012 ☆ Nº de votos (2) 🗨️ Comentários (0)

Por: Raquel P. Loureiro

Quase 900 farmácias com fornecimentos suspensos por dívidas aos fornecedores

Rosa Azevedo

02 Mai, 2012, 07:54 / atualizado em 02 Mai, 2012, 09:53

Há cada vez mais farmácias com dívidas acumuladas. Em março, 844 farmácias tinham os fornecimentos suspensos devido a dívidas aos fornecedores.

A Associação Nacional de Farmácias fez o diagnóstico da situação. As sucessivas alterações dos preços dos medicamentos e a redução das margens de lucro estão na origem da asfixia financeira.

Um estudo encomendado à Universidade de Aveiro e avançado esta manhã pelo Jornal de Notícias mostra que a situação vai agravar-se ao longo do ano e os prejuízos das farmácias podem chegar aos 39 milhões de euros.

Diário de Notícias

Há cada vez mais medicamentos esgotados nas farmácias

14 Outubro 2011

REVISTA DE IMPRENSA

Líder da distribuição em Portugal não tem 1383 medicamentos e a culpa é apontada à exportação paralela.

O "Jornal I" escreve que cada vez é mais comum não se conseguir aviar à primeira vez as receitas que se trazem do médico. Nas farmácias contactadas pelo jornal, a crescente falta de medicamentos afecta até um quinto das receitas diárias. Chegam a passar semanas até receberem os medicamentos, depois de muitas horas ao telefone e corridas às poucas embalagens que vão aparecendo. A crescente exportação paralela, ao ponto de estarem a ir para o estrangeiro medicamentos que fazem falta no país, é a explicação mais provável para os agentes do sector ouvidos pelo jornal. Só esta semana estão em falta medicamentos para Alzheimer, colesterol, asma, antidepressivos ou mesmo aspirina. No líder de distribuição de medicamentos em Portugal há 1383 medicamentos esgotados.

Este estudo-piloto assinala algumas tendências relativas à acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes e, por outro lado, o início de uma crise económica nas farmácias que estará a perturbar o seu funcionamento, nomeadamente, na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

A entrada em vigor em 2012 de legislação que altera o sistema de fixação de preços dos medicamentos e margens das farmácias (Dec. lei 112/2011 de 29 de Novembro), e de legislação que obriga a prescrição de medicamentos por DCI (Lei nº11/2012 de 8 de Março), poderá ter impacto na situação agora identificada.

Reflexões Finais – uma visão integradora

As medidas propostas pelo MdE com a Troika obtem um consenso alargado em termos qualitativos. O mesmo não acontece naturalmente em relação aos valores qualitativos que se pretendem atingir. Para tal contribui o valor apontado para a diminuição da despesa com medicamentos que por exemplo, entre 2010 2011, contribui com quase 50% da redução total da despesa em saúde no SNS.

O desconhecimento da base científica, ou estudos efetuados, para determinar certos valores, como por exemplo a percentagem de redução do preço de genéricos, ou os países de referência escolhidos para efeitos de calculo dos preços, ou a alteração profunda do sistema de margens da distribuição, podem por em dúvida a eficácia e o próprio efeito de algumas medidas.

A ausência de referências aos impactos de algumas medidas sobre o emprego ou atividade pode levar a questionar os resultados globais que se pretendem obter.

Não são conhecidos estudos sobre o impacto das medidas tomadas, nomeadamente no consumo dos medicamentos, na acessibilidade dos doentes, ou alterações dos hábitos de prescrição, abem como as implicações para as atividades dos setores envolvidos (industria, distribuição e farmácias).

A diminuição significativa dos preços dos medicamentos nos últimos anos tem tido um efeito positivo na contenção da despesa pública e um menor impacto na diminuição das despesas dos cidadãos com medicamentos. A baixa sucesiva do preço dos medicamentos contribuiu para um maior acesso por parte da população. No caso dos medicamentos genéricos, a baixa excessiva dos preços poderá levar à sua inviabilização económica com o desvio da prescrição para medicamentos mais caros.

Deve ser acautelado o risco de uma rutura no sistema de distribuição, no sistema de garantia da qualidade do medicamento e no acesso à inovação com implicações futuras no acesso a medicamentos.

Tal como a comunicação social tem vindo a veicular ao longo dos últimos meses, a questão da acessibilidade ao medicamento está a tornar-se uma questão preocupante, em virtude de várias farmácias não terem em *stock* os medicamentos necessários ou de chegarem ao limite de cobrar os medicamentos adiantadamente às pessoas para os poder adquirir junto dos fornecedores.

Estão a surgir sinais que confirmam tendências relativas à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes e, por outro lado, o início de uma crise económica nas farmácias que estará a perturbar o seu funcionamento nomeadamente na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

A diminuição da capacidade de aquisição de bens por parte largos sectores da população, associado ao aumento das taxas moderadoras, pode criar um problema de acessibilidade a medicamentos essenciais para o controlo de patologias prevalentes (hipertensão, diabetes por exemplo).

A total ausência de referência a medidas estruturantes como a alteração profunda do sistema de comparticipação (objetivo inscrito no programa do governo) ou o desenvolvimento de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde são omissões pouco compreensíveis e preocupantes pois poderão levar a que no final da intervenção da Troika se mantenham os mesmos factores de pressão sobre a despesa com medicamentos.

Estão a surgir sinais que confirmam tendências relativas à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, e por outro lado, ao início de uma crise económica nas farmácias que estará a perturbar o seu funcionamento, nomeadamente, na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

A diminuição da capacidade de aquisição de bens, por uma parte significativa da população, em vários setores, associado ao aumento das taxas moderadoras, pode criar um problema de acessibilidade a medicamentos essenciais para o controlo de patologias prevalentes (hipertensão, diabetes por exemplo).

A total ausência de referência a medidas estruturantes, como a alteração profunda do sistema de comparticipação (objetivo inscrito no programa do governo) ou o desenvolvimento de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde, são omissões pouco compreensíveis, preocupantes, e poderão levar, a que no final da intervenção da Troika, se mantenham os mesmos fatores de pressão sobre a despesa com medicamentos.

ANEXO 1 – As alterações ao MoU após a avaliação trimestral

Maio de 2011 (1ª versão)	Setembro de 2011 (1ª atualização)	Dezembro de 2011 (2ª atualização)	Março de 2012 (3ª atualização)	
Saúde - Objetivos				
Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.	Acrescentada parte sublinhada: gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais e <u>elaborar uma estratégia para eliminar atrasos</u>	Retirada parte sublinhada: gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE);	Acrescentada parte sublinhada: Governo vai monitorizar mensalmente e assegurar que a despesa pública global com medicamentos não ultrapasse as metas estabelecidas de 1,25% do PIB em 2012 e 1% do PIB em 2013;	(1)
Definição de preços e participação de medicamentos				
3.53. Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância activa similar [T3-2011]	3.55. Alterada para 50% do preço [T3-2011] Nova: Reduzir automaticamente preços quando a patente expira [T4-2011]	3.54. O Governo aprovou legislação sobre a fixação do preço máximo em 50%; Decreto-Lei 112/2011 de 29 de Novembro. [T4-2011]. Promulgar legislação que reduz automaticamente os preços medicamentos quando a patente expira [T4-2011]	3.54[i] Observado. Decreto-Lei 112/2011 3.54[ii] Parcialmente observado. Legislação preparada e sob consulta, para ser aprovada no final de Março 2012. [T1-2012]	(2)
	3.56. Nova: Transferir a responsabilidade do preço dos medicamentos para o Ministério da Saúde (por exemplo para Infarmed) [T4-2011]	3.55. Idêntica	3.55. Parcialmente observado. DL 112/2011 cria um ponto de contacto único e está em curso implementação leis orgânicas que redefinem e atribuem responsabilidades dentro da administração pública [T1-2012]	(3)

<p>3.54. Rever o sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais, alterando os países de referência para os três países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB <i>per capita</i>. [T4-2011]</p>	<p>3.57. <i>Idêntica</i></p>	<p>3.56. O Governo aprovou legislação, usando como novos países de referência os 3 países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB <i>per capita</i>; A promulgação da legislação é esperada [T4-2011]. <u>Nova: Os países serão revistos a cada ano [em curso]</u></p>	<p>3.56. <u>Observado</u>. Novo conjunto de países de referência (Espanha, Itália e Eslovénia), com 1ª revisão em Abril/2011. <u>Nova: No entanto, seria importante avaliar esta escolha dos países no futuro.</u></p>	<p>(4)</p>
<p>Prescrição e monitorização da prescrição</p>				
<p>3.55. Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de comparticipação pública, para todos os médicos tanto no sector público como no sector privado. [T3-2011]</p>	<p>3.58. <i>Idêntica</i></p>	<p>Retirada</p>		<p>(5) ✓</p>
<p>3.56. Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização (<i>peers</i>). A avaliação será efetuada através de uma unidade específica do Ministério da Saúde tal como o Centro de Conferência de Faturas. Sanções e penalizações serão previstas e aplicadas no seguimento da avaliação. [T3-2011] Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados, com início no T4-2011.</p>	<p>3.59. <i>Idêntica</i></p>	<p>3.57. <u>Continuar</u> a melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização (<i>peers</i>). A avaliação será efetuada através de uma unidade específica do Ministério da Saúde tal como o Centro de Conferência de Faturas. Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados, com início no T4-2011. 3.58. <u>Nova: Elaborar e aplicar um sistema de sanções e penalidades, como complemento do modelo de avaliação [T1-2012]</u></p>	<p>3.57. <u>Observado e em curso</u>. Legislação adotada (DL 108/2011, Despacho 12950 e 17290). Foi feito o 1º feedback trimestral sobre prescrição para cada médico. <u>As Autoridades estão agora a trabalhar na automatização e sistematização da recolha de informação relevante e a melhor o processo de feedback, nomeadamente considerando guidelines de prescrição.</u> 3.58. <u>Continuar a elaborar e aplicar um sistema de sanções e penalidades, como complemento do modelo de avaliação [T1-2012]</u></p>	<p>(6)</p>

3.57. Incentivar os médicos, a todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrever genéricos e os medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos. [T3-2011]	3.60. <i>Idêntica</i>	3.59. <u>O Governo submeteu legislação que torna obrigatória para os médicos em todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrição por DCI para aumentar a utilização de medicamentos genéricos e do produto mais barato disponível. Promulgação da legislação é esperada [T4-2011].</u>	3.59. <i>Parcialmente observado.</i> Aprovação pelo Parlamento e aguarda assinatura do Presidente, para promulgada no final de Março/2012. [T1-2012]	(7)
3.58. Estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais prescrição. [T4-2011]	3.61. <i>Idêntica</i>	3.60. <i>Idêntica</i>	3.60. <i>Observado e em curso.</i> 60 guidelines foram publicadas cobrindo quase 80% da despesa com medicamentos e mais de 80% da despesa diagnósticos. <u>Autoridades vão continuar a desenvolver e publicar novas orientações, vão trabalhar na sua introdução nos sistemas de prescrição eletrónica e monitorizar a implementação</u>	(8)
3.59. Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a utilização e comparticipação de genéricos. [T4-2011]	3.62. <i>Idêntica</i>	3.61. Promulgar legislação para remover as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a utilização e comparticipação de genéricos. A promulgação da legislação é esperada [T4-2011]	3.61. <i>Observado e em curso.</i> Legislação promulgada (Lei 62/2011). <u>Vários genéricos já receberam decisão de preço e comparticipação. Importante avaliar a implementação destas alterações legislativas.</u>	(9)
Sector farmacêutico – distribuição				
3.60. Implementar efetivamente a legislação existente que regula a atividade das farmácias [T4-2011]	3.63. <i>Idêntica</i>	3.62. <i>Idêntica</i>	3.62. <i>Parcialmente observado.</i> Legislação preparada e sob consulta, para ser aprovada no final de Março 2012. [T1-2012]	(10)
3.61. Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros	3.64. <i>Idêntica</i>	3.63. <i>Acrescentada parte sublinhada:</i> Governo aprovou legislação que altera o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas	3.63. <i>Observado.</i> Legislação publicada e promulgada (DL 112/2011 e Portarias 3/2012 e 4/2012)	(11)

<p>Estados Membros. O novo sistema deverá assegurar uma redução na despesa pública com medicamentos e incentivar a venda de medicamentos menos dispendiosos. O objectivo é que lucros menores na distribuição contribuam, pelo menos, com um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos. [T4-2011]</p>		<p>distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros Estados Membros. O novo sistema deverá assegurar redução na despesa pública com medicamentos e incentivar a venda de medicamentos menos dispendiosos. O objectivo é que lucros menores na distribuição contribuam, pelo menos, com um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos <u>em 2012</u>. A promulgação é esperada no T4-2011</p> <p><u>Nova: Medidas adicionais sobre a distribuição de medicamentos que conduzem a poupanças adicionais nas despesas públicas devem ser tomadas T3-2012.</u></p>	<p><u>Nova: Será importante avaliar a implementação das mudanças legais.</u> <u>O Governo irá produzir uma avaliação intermédia das poupanças [T3-2012]</u></p>	
<p>3.62. Se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir as poupanças estimadas nos lucros de distribuição, deverá introduzir-se uma contribuição sob a forma de um desconto médio (reembolso) que será calculado sobre a margem de lucro. O desconto reduzirá a margem de lucro em pelo menos 3 pontos percentuais. O desconto será cobrado mensalmente pelo Estado através do Centro de Conferência de Faturas, preservando a rentabilidade das farmácias mais pequenas situadas em zonas remotas com menor faturação. [T1-2012]</p>	<p>3.65. <u>Idêntica</u></p>	<p>3.64. Se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir as poupanças estimadas nos lucros de distribuição, deverá introduzir-se uma contribuição sob a forma de um desconto médio (reembolso) que será calculado sobre a margem de lucro.</p> <p><u>Alteração parte sublinhada: O desconto reduzirá a margem de lucro em pelo menos 2 pontos percentuais para as farmácias e 4 pontos percentuais para os grossistas.</u></p> <p>O desconto será cobrado mensalmente pelo Estado através do Centro de Conferência de Faturas, preservando a rentabilidade das farmácias mais pequenas situadas em zonas remotas com menor faturação [T3-2013]</p>	<p>3.64. <u>Idêntica</u></p>	<p>(12)</p>

Fonte: Portugal, 2012

ANEXO 2 – Medidas propostas no MoU, legislação publicada e sua implementação

- 1) gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013;
- 2) Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância ativa similar. O Governo aprovou legislação sobre a fixação do preço máximo em 50%. [T4-2011]

Legislação aprovada:

- O Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro (Diário da República n.º 229, Série I), estabelece o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados. O preço máximo de venda ao público do primeiro medicamento genérico a introduzir no mercado deverá ser igual ou inferior a 50% do preço do produto de marca com o mesmo princípio ativo (75% quando o PVA em todas as apresentações seja igual ou inferior a 10€).
- A Portaria n.º 4/2012, de 2 de Janeiro, (Diário da República n.º 1, Série I), estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos, incluindo os prazos a aplicar, excecionalmente, em 2012 (revisão a 1 de Abril dos medicamentos de marca e revisão a 1 de Maio dos medicamentos genéricos). Concretiza a redução de preço de medicamentos genéricos em relação aos medicamentos originadores.

Nível de implementação:

- ✓ Legislação publicada com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2012, mas a revisão anual do preço dos genéricos será aplicada apenas em Maio de 2012.

Reduzir automaticamente preços quando a patente expira. Promulgar legislação que reduz automaticamente os preços medicamentos quando a patente expira [T4-2011]

- 3) Transferir a responsabilidade do preço dos medicamentos para o Ministério da Saúde (por exemplo para o Infarmed). [T4-2011]

Nível de implementação:

- ✓ Não se conhece legislação / informação disponibilizada sobre esta medida.

Apenas existe referência no Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro (Diário da República n.º 229, Série I), sobre o seguinte: os titulares de AIM apresentam no ponto único de receção, até 15 de Dezembro de cada ano, as listagens dos preços a praticar, os quais entram em vigor no dia 1 de Janeiro seguinte.

4) Rever o sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais, alterando os países de referência para os três países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB per capita. [T4-2011]

Nova: Os países de referência serão revistos a cada ano [em curso]

Legislação aprovada:

- O Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro (Diário da República n.º 229, Série I), estabelece o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados. Procedeu-se à revisão do sistema de referenciação de preços baseados nos preços internacionais, alterando os países de referência (novos países: Espanha, Itália e Eslovénia; países anteriores: Espanha, França, Itália e Grécia).

Nível de implementação:

- ✓ **Legislação aprovada** no 4º Trimestre de 2011 quanto à primeira parte da medida.
- Nota: Não se conhece o critério (ou critérios) utilizado (s) para seleção dos novos países de referência (nível de preço mais baixo e/ou nível comparável em termos de PIB per capita). Por exemplo, anteriormente todos os países de referência tinham como moeda o Euro, com a nova legislação, passamos a ter a possibilidade de ter países que não aderiram ao Euro, ou seja, passamos a ter uma condicionante adicional referente à variável cambial. A própria atualização do Memorando de Entendimento, de Dezembro/2011, introduz uma alteração significativa neste ponto, possibilitando a revisão anual dos países estabelecidos como países de referência (periodicidade na atualização que nunca foi considerada na legislação antecedente).

5) Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de comparticipação pública, para todos os médicos tanto no sector público como no sector privado. [T3-2011]

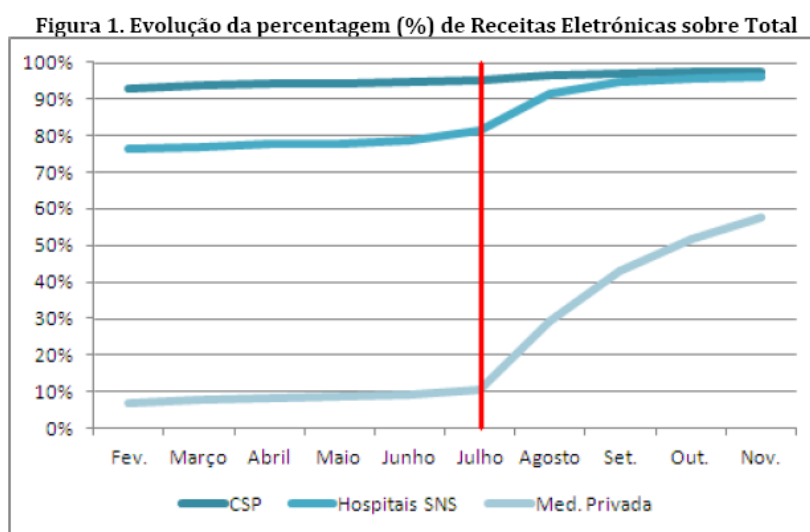
Legislação aprovada:

- O Decreto -Lei n.º 106 -A/2010, de 1 de Outubro, estabeleceu um conjunto de novas medidas no acesso aos medicamentos, tendo nesta sede sido consagrado o princípio da obrigatoriedade da prescrição eletrónica de medicamentos, para efeitos de comparticipação. [anterior ao MoU, Maio/2011]
- A Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio, veio concretizar este princípio definindo o regime jurídico a que devem obedecer as regras de prescrição eletrónica de medicamentos (aplica -se a todos os medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, dispensados em farmácias de oficina que se destinem a ser comparticipados pelo Estado no seu preço, independentemente do seu local de prescrição, sem prejuízo da sua aplicação por outros subsistemas de saúde. Abrange ainda outros produtos comparticipados pelo Estado, como os produtos para autocontrolo da diabetes mellitus e produtos dietéticos).
- O Despacho n.º 9187/2011, de 21 de Julho, define regime de exceção para o uso da prescrição eletrónica.
- A Portaria n.º 46/2012, de 13 de Fevereiro, estabelece a adoção de mecanismos e medidas especiais de segurança que garantam a integridade do sistema associado à prescrição manual (previsto com carácter excepcional), através da introdução de um novo modelo de vinhetas, emitido pela Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Nível de implementação:

- ✓ **Concretizada em 2011.** A primeira legislação foi publicada previamente à assinatura do Memorando de Entendimento.
- **Monitorização:** Foram publicados pelo Ministério da Saúde 2 relatórios sobre a “Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório”, em Novembro de 2011 e Janeiro de 2012¹, com o objetivo de descrever as principais linhas de tendência em relação à abrangência da prescrição eletrónica de medicamentos nos diferentes sectores do sistema de saúde (Cuidados de Saúde Primários, Hospitais do SNS e Medicina Privada), juntamente com as quotas de genéricos em quantidade e volume de faturação para comparticipação pelo SNS nos referidos sectores. Lê-se ainda no último relatório “Há lugar a outros relatórios internos ao Ministério da Saúde quer ao nível de entidades quer ao nível dos médicos individualmente e de forma progressiva até ao final de 2011. Em 2012 estará consolidado o mecanismo de feedback individual, de base regular.”

De acordo com os dados oficiais, verifica-se uma tendência crescente na prescrição por via eletrónica, mais acentuada após Julho de 2011 (mês em que se tornou obrigatória). Em Novembro de 2011, a prescrição por via eletrónica atingia os seguintes valores: 97,4% nos Cuidados de Saúde Primários, 96,3% nos Hospitais do SNS (a aproximar-se do nível observado nos CSP) e de 57,7% na Medicina Privada (apesar do elevado crescimento, constitui ainda um nível muito baixo), conforme visível na figura 1.



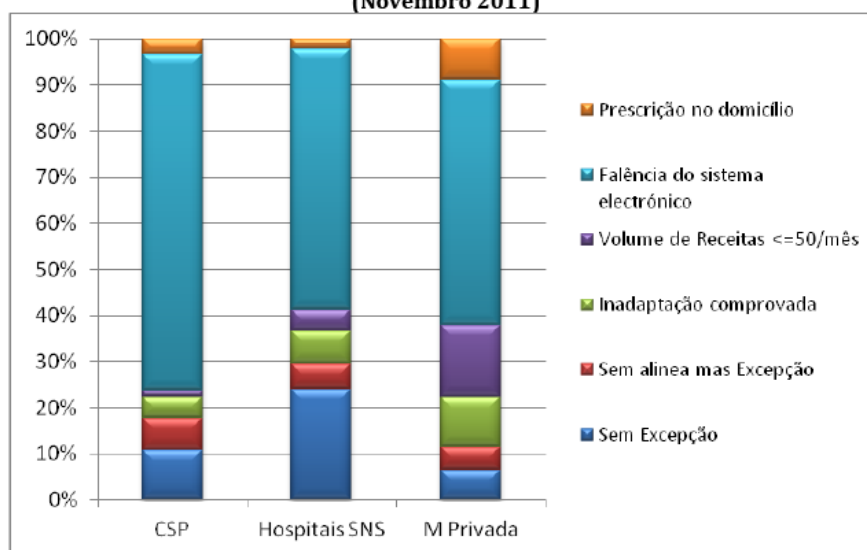
Fonte: Elaborado com base nos dados do SIARS/SIM@SNS

Em Novembro de 2011, 92% das receitas Manuais correspondem a exceções: 56% de falência do sistema eletrónico, 13% de volume de receitas ≤ 50 /mês, 10% de inadaptação comprovada do Médico, 8% de prescrição no domicílio e 5% assinalaram exceção sem especificar o motivo (visível na figura 15, distribuição por tipo de entidades).

¹ **Fontes:** Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório - Indicadores Nacionais (Fevereiro a Setembro de 2011), Ministério da Saúde, 15 de Novembro de 2011.

Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório - Indicadores Nacionais e Locais (Fevereiro a Novembro de 2011), Ministério da Saúde, 24 de Janeiro de 2012.

Figura 15. Distribuição da % de Receitas Manuais mencionadas como Exceção (Novembro 2011)



Fonte: Elaborado com base nos dados do SIARS/SIM@SNS

Ora dos 38.652 médicos que prescreveram nesse mês, 22.160 prescreveram 50 ou menos receitas (57,3%). De acordo com o próprio relatório “mantendo-se extremamente elevado, comprometerá sempre o objetivo de atingir uma percentagem próxima de 100% de receitas eletrónicas, sobretudo no âmbito da medicina privada”.

A proporção de embalagens de Genéricos sobre total de embalagens aumentou: 32,8% para 34,2% (CSP); de 28,2% para 30,4% (Hospitais SNS); e de 24,6% para 27,1% (Medicina Privada).

Os resultados relativos às cinco Administrações Regionais de Saúde em relação a proporção de receitas eletrónicas e percentagens de genéricos são significativamente diferentes, mas não são apontadas possíveis explicações, apenas se lê no documento “e o mesmo foi discutido com as próprias.”

- **Nota:** Foi implementada a receita eletrónica obrigatória, no entanto, não existe uma real desmaterialização do processo de prescrição: os médicos são obrigados a utilizar *software* informático para a prescrição, mas a prescrição continua a ser entregue em papel, não circulando eletronicamente.

6) Continuar a melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização (peers). A avaliação será efetuada através de uma unidade específica do Ministério da Saúde tal como o Centro de Conferência de Faturas. Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados, com início no T4-2011. Nova: Elaborar e aplicar um sistema de sanções e penalidades, como um complemento do modelo de avaliação [T1-2012]

Legislação aprovada:

- O Despacho n.º 12950/2011, de 28 de Setembro, determina que as ARS devem enviar a cada presidente do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde – ACES – um relatório com indicadores relativos às prescrições de medicamentos e MCDRs, efetuadas por cada médico prescriptor, naquele local de prescrição, até ao último dia de cada mês, com início a 30 de Setembro de 2011.

Nível de implementação:

- ✓ **Legislação aprovada** no 4º Trimestre de 2011 quanto à primeira parte da medida.
- Nota: Não se conhecem os resultados nem as consequências da melhoria do sistema de monitorização da prescrição.

Esta medida deve estar em linha de conta com o estabelecimento das orientações de prescrição para os médicos [referida no ponto (8)].

7) O Governo submeteu legislação que torna obrigatória para os médicos em todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrição por DCI para aumentar a utilização de medicamentos genéricos e do produto mais barato disponível. A promulgação da legislação é esperada no [T4-2011].

Legislação aprovada:

- A Lei n.º 11/2012, de 8 de Março, estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos. O Governo irá regulamentar a referida Lei no prazo de 60 dias, após a entrada em vigor.
A prescrição de medicamentos inclui obrigatoriamente a denominação comum internacional da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia. A prescrição de medicamentos pode ainda incluir uma denominação comercial, por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado.
A prescrição de medicamentos é feita por via eletrónica ou, em casos excecionais, por via manual, sendo definidas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde as regras de prescrição e modelos de receita médica, a informação sobre os medicamentos de preço mais baixo disponíveis no mercado, bem como a indicação da opção por parte do doente, face a eventual alteração do medicamento a ser vendido na farmácia.
- A Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio, estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes.

8) Estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição. [T4-2011]

Legislação aprovada:

- As Grandes Opções do Plano para 2012-2015, contemplam no seu capítulo da Saúde (5.6), medidas referentes às Linhas de Orientação clínica: "*Promover a elaboração e a aplicação de normas e orientações clínicas atualizadas com vista a assegurar critérios de qualidade, mensuráveis e comparáveis com padrões*

conhecidos e aceites pela comunidade científica internacional e nacional, baseados em princípios de custo-efetividade”.

- Direcção-Geral da Saúde – A DGS tem vindo a publicar uma série de Normas de Orientação Terapêutica (NOT) desde Janeiro de 2011 e vários indicadores associados para a sua avaliação.

Nível de implementação:

- Nota: Não se conhecem resultados da publicação das NOT, nem da sua avaliação e efetividade.

9) Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a utilização e comparticipação de genéricos. [T4-2011]

Legislação aprovada:

- A Lei n.º 46/2011, de 24 de Junho, cria o tribunal de competência especializada para propriedade intelectual e o tribunal de competência especializada para a concorrência, regulação e supervisão.
- A Lei n.º 62/2011, de 12 de Dezembro (Diário da República n.º 236, Série I), cria um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial quando estejam em causa medicamentos de referência e medicamentos genéricos.

Nível de implementação:

✓ **Legislação aprovada.**

- Circular Informativa N.º 265/CD, de 21/12/2011 (INFARMED), o Infarmed passa a publicar na página eletrónica os pedidos de autorização de introdução no mercado de medicamentos genéricos pelos procedimentos nacional, de reconhecimento mútuo e descentralizado. (<http://app.infarmed.pt/listpmg/Listagem.aspx>)

Monitorização:

O Infarmed em 2010 já disponibilizava no seu site informação sobre os medicamentos com AIM suspensa por decisão judicial (<http://www.infarmed.pt/infomed/lista.php>).

- Em Julho de 2010 (dia 13) existiam nestas condições 178 medicamentos, que representavam 17 substâncias ativas de medicamentos:
 - Lei dos compromissos e pagamentos em atraso;
 - 611 apresentações de medicamentos:
 - 595 apresentações de medicamentos genéricos
 - 16 apresentações de medicamentos de marca
- Em Fevereiro de 2012 (dia 12) existiam nestas condições 245 medicamentos, que representavam 28 substâncias ativas de medicamentos:
 - 831 apresentações de medicamentos:
 - 802 apresentações de medicamentos genéricos
 - 29 apresentações de medicamentos de marca

10) Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros Estados Membros. O novo sistema deverá assegurar uma redução na despesa pública com medicamentos e incentivar a venda de medicamentos menos dispendiosos. O objetivo é que lucros menores na distribuição contribuam, pelo menos, com um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos, em 2011. [T4-2011]. Nova: Medidas adicionais sobre a distribuição de medicamentos que conduzem a poupanças adicionais nas despesas públicas devem ser tomadas T3-2012.

Legislação aprovada:

- O Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de Novembro (Diário da República n.º 229, Série I), estabelece o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados. Procede à alteração das margens máximas de comercialização da distribuição (grossistas e farmácias) para um sistema de margens regressivas de acordo com a seguinte tabela:

Intervalo do PVA	Grossistas		Farmácias	
	% PVA	Valor Fixo	% PVA	Valor Fixo
≤ 5,00 €	11,2%		27,9%	
5,01 € - 7,00 €	10,85%		25,7%	€ 0,11
7,01 € - 10 €	10,6%		24,4%	€ 0,20
10,01 € - 20,00 €	10%		21,9%	€ 0,45
20,01 € - 50,00 €	9,2%		18,4%	€ 1,15
> 50,00 €		€4,60		€ 10,35

- No primeiro escalão as novas margens correspondem às margens anteriores, de acordo com o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio (Grossistas: 8% sobre o PVP sem IVA; Farmácias: 20% sobre o PVP sem IVA). Nos restantes escalões as margens vão diminuindo à medida que aumenta o preço do medicamento (existe um valor fixo que acresce no caso das farmácias). Com exceção do último escalão (medicamentos com PVA acima de 50 €) em que as margens são compostas por um valor fixo, quer para os grossistas, quer para as farmácias.

Nível de implementação:

- ✓ **Legislação aprovada** no 4.º Trimestre de 2011 e entrada em vigor a 1 de Janeiro de 2012.
- Nota: Apesar do Memorando de Entendimento referir como objetivo a redução na despesa pública com medicamentos, as novas margens são aplicadas igualmente a medicamentos não comparticipados (MSRM). Não se conhecem estudos publicados sobre esta medida para o sector (nomeadamente sobre a sustentabilidade do sector da distribuição e acesso ao medicamento), nem para a despesa pública. O novo diploma prevê a avaliação após 6 meses da alteração das margens: "*O impacto económico, financeiro e social da aplicação das medidas previstas no presente decreto-lei é objeto de relatório a elaborar pelo INFARMED, I.P., e pela DGAE, a apresentar aos membros do governo responsáveis pela área da economia e da saúde no prazo de 180 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei.*"

11) Se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir as poupanças estimadas nos lucros de distribuição, deverá introduzir-se uma contribuição sob a forma de um desconto médio (reembolso) que será calculado sobre a margem de lucro.

Alteração parte sublinhada: O desconto reduzirá a margem de lucro em pelo menos 2 pontos percentuais para as farmácias e 4 pontos percentuais para os grossistas.

O desconto será cobrado mensalmente pelo Estado através do Centro de Conferência de Facturas, preservando a rentabilidade das farmácias mais pequenas situadas em zonas remotas com menor facturação [T3-2013]

Nível de implementação:

✓ A **Legislação aprovada** sobre as novas margens não define regras sobre este ponto do Memorando.

ANEXO XXX: Listagem de Medidas Legislativas na área do medicamento nos últimos anos [anterior ao MoU, Maio/2011]:

O presente anexo pretende constituir uma sistematização da legislação dos últimos anos na área do medicamento (nomeadamente no que concerne ao sistema de preços e de participações em Portugal), relevante do ponto de vista da despesa com medicamentos em ambulatório. Adicionalmente, inclui-se informação referente às campanhas de promoção de genéricos realizadas pelo Ministério da Saúde e aos Protocolos assinados entre o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica, ao longo dos últimos anos.

Legislação: Ano 2000

- Majoração de 10% na participação de genéricos (2000) - Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de Setembro, a participação no custo dos medicamentos genéricos é majorada em 10%.

Legislação: Ano 2001

- Preço dos genéricos (2001) – Portaria n.º 577/2001, de 7 de Junho, define que o PVP dos genéricos deverão ser 35% inferiores, no mínimo, ao PVP do medicamento de referência.

Legislação: Ano 2002

- Prescrição por DCI (2002) - Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de Dezembro, introdução da prescrição por DCI, possibilidade de introduzir a marca comercial e/ou nome do titular de AIM; (altera Lei n.º 14/2000, de 8 de Agosto).

Legislação: Ano 2003

- Implementação do Sistema de Preços de Referência (2003) - Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro, estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de participação pelo Estado. O preço de referência corresponde ao PVP unitário do genérico mais caro que integre o Grupo Homogéneo. É estabelecida uma majoração de 25% para os utentes do RE até 31-12-2003.
- Preço dos genéricos (2003) - Portaria n.º 914/2003, de 1 de Setembro, define que o preço dos novos medicamentos para o qual exista grupo homogéneo deve ser igual ou inferior ao preço de referência desse grupo.

Legislação: Ano 2004

- Actualização dos PR e GH (2004) - Decreto-Lei n.º 81/2004, de 10 de Abril, a actualização dos preços de referência e dos grupos homogéneos, passando a ser feita com base trimestral.
- Passagem de cópias a genéricos (2004) - Decreto-Lei n.º 249/2003, de 11 de Outubro, facilita a passagem a medicamentos genéricos de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado.
- Majoração de 25% nos genéricos (2004) - Decreto-Lei n.º 31/2004, de 6 de Fevereiro, prolonga a majoração de 25% na participação para os utentes do RE até 31-12-2004.
 - Majoração de 25% nos genéricos (2005) - Decreto-Lei n.º 23/2005, de 26 de Janeiro, prolonga a majoração de 25% na participação para os utentes do RE até 31-12-2005.

- Majoração de 25% nos genéricos (2006) - Decreto-Lei n.º 6/2006, de 3 de Janeiro, prolonga a majoração de 25% na comparticipação para os utentes do RE até 30-06-2006.

Legislação: Ano 2005

- Fim majoração 10% nos genéricos e redução escalão A comparticipação (2005) - Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de Agosto, elimina a majoração em 10% da comparticipação dos genéricos. O escalão A de comparticipação foi reduzido de 100% para 95%. O RE (pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional) tem mais 5% de comparticipação no escalão A e 15% nos restantes escalões.
- Redução escalão A comparticipação (2005) - Despacho n.º 19650-A/2005, de 1 de Setembro, apenas os medicamentos considerados essenciais à vida (insulinas e imunomoduladores) pertencentes ao escalão A continuam com comparticipação de 100%. O INFARMED é responsável por publicar uma lista atualizada destes medicamentos.
- Liberalização MNSRM fora das farmácias (2005) - Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, estabelece o regime da venda dos MNSRM (exceto os comparticipados pelo Estado) fora das farmácias.
- Liberalização preços MNSRM (2005) - Portaria n.º 618-A/2005, 27 de Julho, para os MNSRM não comparticipados além do PVA livre, passam também as margens máximas da distribuição a ser livres. As margens máximas da distribuição são reduzidas: para os grossistas de 8% para 7,45% do PVP sem IVA, para as farmácias de 20% para 19,15% do PVP sem IVA.
- Redução de 6% no preço dos medicamentos (2005) - Portaria n.º 618-A/2005, de 15 de Setembro, estabelece a redução de 6% no PVP de todos os medicamentos (exceção para empresas que tenham desenvolvido atividades de investigação e desenvolvimento no valor mínimo de 5 M€. Reduz margens de comercialização máximas.

Legislação: Ano 2006

- Majoração de 25% nos genéricos reduzida para 20% (2006) - Decreto-Lei n.º 127/2006, de 4 de Julho, reduz a majoração de 25% na comparticipação para os utentes do RE e prolonga até 31-12-2006.
 - Majoração de 20% nos genéricos (2007) - Decreto-Lei n.º 242-A/2006, de 29 de Dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2007 para utentes do RE;
 - Majoração de 20% nos genéricos (2008) - Decreto-Lei n.º 392-B/2007, de 28 de Dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 30/06/2008 para utentes do RE;
 - Majoração de 20% nos genéricos (2008) - Decreto-Lei n.º 110/2008, de 27 de Junho, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2008 para utentes do RE;
 - Majoração de 20% nos genéricos (2009) - Decreto-Lei n.º 247/2008, de 18 de Dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2009 para utentes do RE;
 - Majoração de 20% nos genéricos (2010) - Decreto-Lei n.º 6/2010, de 15 de Janeiro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 para utentes do RE;

Legislação: Ano 2007

- Redução escalões comparticipação (2007) - Decreto-Lei n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro. Em 2007 o escalão B de comparticipação foi reduzido de 70% para 69%, o escalão C foi reduzido de 40% para 37% e o escalão D foi reduzido de 20% para 15%.
- Liberalização MNSRM (2007) - Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de Junho, liberaliza a venda de MNSRM comparticipados pelo Estado, sendo que fora das farmácias não há lugar à comparticipação.
- Venda Medicamentos pela Internet (2007) - Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, novo regime jurídico das farmácias permite às farmácias comunitárias a dispensa de medicamentos através da internet e ao domicílio.
- Avaliação de Medicamentos hospitalares (2007) - Decreto-Lei n.º 195/2006, 3 de Outubro, introduziu pela primeira vez a exigência a avaliação de comparticipação de novos medicamentos em meio hospitalar, baseada no seu valor terapêutico acrescentado e na efetividade económica.
- CHNM (2007) - Portaria N.º 155/2007, de 31 de Janeiro, cria um código único nacional que estandardiza a informação referente aos medicamentos utilizados em Portugal (CHNM – Código Hospitalar Nacional do Medicamento). Desde essa data foi possível para o INFARMED começar a monitorizar mensalmente a despesa pública com medicamentos em hospitais.
- Redução de 6% no preço dos medicamentos (2007) – Lei n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro, estabelece a redução de 6% no PVP dos medicamentos comparticipados. Portaria n.º 30-B/2007, de 5 de Janeiro.
- Redução preço dos genéricos e redução margens distribuição (2007) - Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março, estabelece reduções no preço dos genéricos em função da evolução da quota de mercado. Define que o PVP dos novos genéricos tem de ser inferior a 35% do preço de referência, ou 20% se menor que 10 €. Nova redução nas margens máximas da distribuição: grossistas para 6,87% do PVP sem IVA e farmácias para 18,2% do PVP sem IVA. Permite descontos nos medicamentos em todo o circuito (as farmácias apenas podem aplicar desconto no copagamento dos utentes).

Legislação: Ano 2008

- Redução preço dos genéricos em 30% (Out/2008) - Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de Setembro, reduz em 30% os preços máximos dos genéricos superiores a 5 €, aprovados até 31 de Março de 2008;
- Não atualização dos PR (2008-2010) - Portaria n.º 1551/2008, de 31 Dezembro, estabelece a não atualização dos preços de referência até 15 de Março de 2009.

Legislação: Ano 2009

- Comparticipação dos genéricos a 100% no RE (Jun/2009) - o Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de Maio, estabelece a comparticipação dos genéricos a 100% para o Regime Especial, como forma de apoio do Estado aos idosos mais carenciados e, ao mesmo tempo, incentivo ao consumo de genéricos;

Legislação: Ano 2010

- Comparticipação dos medicamentos a 100% no RE apenas nos 5 PVP mais baixos de cada GH e alteração da lógica do cálculo do PR (Jun/2010) - o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos. Estabelece:
 - A comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco PVP mais baixos do respetivo Grupo Homogéneo (GH);
 - A comparticipação máxima passa a ser um valor fixo (e não uma percentagem), determinado de acordo com o escalão ou regime de comparticipação aplicável calculado sobre o Preço de Referência (PR) do respetivo GH;
 - O PR é atualizado decorrente da redução de 30% do preço dos genéricos de 2008;
 - É eliminada a majoração de 20% do PR para o RE.
 - A reposição das margens de comercialização para os níveis em vigor em 2005, de 20% para as farmácias e de 8% para os grossistas (sobre o PVP sem IVA).
 - Altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do SNS (primeira alteração ao DL 195/2006, de 3 de Outubro).

- Revisão de Preços (Ago/2010) - Portaria n.º 312-A/2010, de 11 de Junho, estabelece as regras de formação de preços dos medicamentos, da sua alteração e ainda da sua revisão anual. Em 2010, os novos preços dos medicamentos de marca e dos genéricos entraram em vigor no dia 1 de Julho e 1 de Agosto respetivamente. A Portaria n.º 337-A/2010, de 16 de Junho, primeira alteração à Portaria n.º 312-A/2010, de 11 de Junho, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e ainda da sua revisão anual.

- Dispensa em quantidade individualizada (2010) - A Portaria n.º 455-A/2010, que veio regular a dispensa de medicamentos ao público em quantidade individualizada, nas farmácias de oficina (antibióticos, anti-histamínicos, anti-inflamatórios não esteroides, paracetamol e antifúngicos), com um regime experimental de 6 meses, revogando a Portaria n.º 697/2009, de 1 de Julho.

- Comparticipação medicamentos - A Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, redefine os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. É alterada pela Portaria n.º 994-A/2010, de 29 de Setembro, destacando-se:
 - Anti-inflamatórios não esteroides e antiácidos e antiulcerosos transitam do escalão de comparticipação B (69%) para o C (37%).
 - Mantém-se em vigor até 31 de Outubro de 2011 a inclusão das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) no escalão B (69%). Portaria n.º 300/2011, de 30 de Novembro. Portaria n.º 289-A/2011, de 3 de Novembro – Mantém em vigor até 1 de Dezembro de 2011 a inclusão das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) no escalão B.

- Comparticipação dos medicamentos a 95% no RE nos 5 PVP mais baixos de cada GH e alteração do cálculo do PR (Out/2010) - o Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de Outubro, estabelece:
 - O cálculo do PR para efeitos de comparticipação dos medicamentos passa a corresponder à média dos 5 preços mais baixos de cada GH (a partir de 1/Jan/2011);
 - A comparticipação prevista para o escalão A no Regime Normal é reduzida de 95% para 90%;
 - A comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco PVP mais baixos do respetivo GH é reduzida para 95% (procurando-se “evitar a fraude e o abuso que, entretanto, foram detetados e direcionar o sistema de comparticipações para quem, efetivamente, necessita”);

- Eliminação da embalagem de medicamentos a indicação dos PVP;
- Os medicamentos manipulados são comparticipados a 30% (redução de 50%);
- Dedução de 6% no preço dos medicamentos (15/Out/2010) - Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de Outubro, estabelece a prática da dedução sobre os PVP máximos autorizados de 6%, excepto nos medicamentos com variação igual ou menor que 0,18€.

Legislação: Ano 2011

- Adiamento da revisão de preços (2011) - Portaria n.º 112-B/2011, de 22 de Março, estabelece o adiamento da revisão de preços por um período de três meses, automaticamente renovável por igual período "Considera-se aconselhável adiar excecionalmente, no ano de 2011, os prazos da revisão anual dos preços previstos, de forma a permitir a referida reflexão", reflexão sobre a evolução do mercado de ambulatório e hospitalar no médio e longo prazo, considerando "que, em média, o preço dos medicamentos já está abaixo dos preços de referência e a execução orçamental à data de Fevereiro de 2011 reflete o impacto das medidas legislativas e administrativas tomadas".
- Dispensa medicamentos após lata de internamento (2011) - Lei n.º 10/2011, de 21 de Abril, estabelece o regime de dispensa gratuita de medicamentos após alta de internamento pelos serviços farmacêuticos dos hospitais que integram o SNS. A quantidade de medicamentos dispensados deve ser suficiente para os primeiros três dias após a alta, incluindo o dia da alta, excetuando os antibióticos que devem ser dispensados em quantidade suficiente à duração da antibioterapia.
- Preço recolocado na rotulagem do medicamento (2011) - Lei n.º 25/2011, de 16 de Junho, restabelece a obrigatoriedade da indicação do PVP na rotulagem dos medicamentos, após uma ano (em Outubro de 2010 o Governo aprovou a retirada do preço da embalagem dos medicamentos).
- Medicamento Hospitalar - Despacho n.º 13378/2011, de 6 de Outubro – Cria a comissão do programa do medicamento hospitalar e estabelece a respetiva composição.

✓ Campanhas informativas promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2001, com o objetivo de promoção da utilização dos medicamentos genéricos:

- 2001 – Medicamentos Genéricos, descubra as diferenças
- 2002-2003 – Medicamentos Genéricos, porque as pessoas merecem
- 2004 – Genéricos, iguais na qualidade diferentes no preço
- 2007-2008 – Qualidade, Segurança e Eficácia. Pode Confiar?
- 2009 – Não acha que estar doente já custa o suficiente?

(Fonte: Portugal. MS. INFARMED, 2010)

✓ Protocolos assinados entre o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica:

Desde 1997 que a Indústria Farmacêutica (através da APIFARMA) tem assinado regularmente protocolos com o Ministério da Saúde, acordando em reformas, estabelecendo limites para a despesa pública com medicamentos e devolução por parte da Indústria, em caso de ultrapassagem dos limites. (Teixeira e Vieira, 2008)

Em Fevereiro de 2006, foi assinado o 4º protocolo entre o Estado e a indústria farmacêutica (Protocolo n.º 7/2006, 10 de Fevereiro) que vigorou entre 2006 e 2009, e que, pela primeira vez, introduziu limites para o sector hospitalar.

O último protocolo foi assinado em Março de 2010, para assegurar a sustentabilidade e acesso ao medicamento, respondendo aos limites orçamentados para ambulatório e meio hospitalar para 2011 e 2012. Destaque para: em ambulatório, caso a despesa exceda 1440 milhões de euros em 2011 ou 1320 milhões de euros em 2012, a indústria iria devolver a diferença ao Estado; compromisso pela indústria em reduzir o custo dos medicamentos hospitalares em 2% em 2011. Foi suspensa a revisão anual de preços dos medicamentos.

Entretanto, a entrada da ajuda internacional em Portugal acaba por ditar o fim antecipado do referido protocolo.

Não foram encontrados dados nem informação pública, sobre o acompanhamento destes protocolos, nem os resultados práticos dos mesmos. Seria importante a divulgação pública da avaliação destes protocolos, considerando o contexto de contenção da despesa pública com medicamentos em Portugal, não só na atualidade mas nos últimos anos, e que tanto tem condicionado as políticas de reduções sucessivas de preços administrativa e de participações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Existe uma considerável base de conhecimento dos efeitos de uma crise socioeconómica (desemprego, endividamento, empobrecimento) sobre a saúde e os sistemas de saúde.

Os efeitos, nomeadamente sobre a saúde mental (perda de autoestima, ansiedade e depressão e suicídio) e sobre o aumento de comportamentos de risco incluindo os relativos à toxicod dependência e ao álcool. As consequências de falta de conforto térmico nas habitações, as limitações do acesso aos cuidados de saúde médicos e medicamentos.

2. A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores:

- Situação socioeconómica, da saúde e da proteção social à partida;
- Intensidade da crise;
- Oportunidade e qualidade das respostas.

3. O país está em sofrimento. A crise financeira, económica e social é patente. Os reflexos sobre o sistema de saúde igualmente evidentes.

4. Um dos maiores progressos, a nível internacional, da conceção e posicionamento das políticas de saúde no conjunto das políticas públicas, foi a inscrição no Tratado de Maastricht (1992, implementado em 1993) do princípio segundo o qual a adoção de qualquer outra política devia tomar em consideração a análise prévia dos seus impactos sobre a saúde.

Não se trata de que todas as políticas sejam determinadas pelas políticas de saúde, mas sim que tem de ter em conta o seu impacto sobre a saúde.

Esta filosofia continua expressa, de forma mais genérica no Tratado de Lisboa (2007) – é a “cláusula social”

5. O Memorando de Entendimento (MdE) com a Troika (apesar desta incluir instituições europeias), no conjunto das mediadas que prescreve, ignora esse princípio.

É compreensível que num primeiro momento de grande pressão se tomem medidas de caráter exclusivamente financeiro, mas isso já não se justifica 6 meses a um ano depois. A reavaliação trimestral do MdE tem que ser algo mais que um “exame” ao grande cumprimento das medidas prescritas.

6. O MdE inclui um conjunto de medidas específicas para a saúde. A maior parte destas medidas são úteis e necessárias. Muitas foram já identificadas há muito, mas nunca foram implementadas. No entanto, o calendário extremamente exíguo do MdE tem muitas consequências indesejáveis.

7. O Ministério da Saúde executou bem grande parte das medidas do MdE, num contexto difícil, num tempo limitado, com alguns resultados palpáveis. No entanto, ao fazê-lo não pôde evitar ser “arrastado” pela lógica do curto prazo e pela falta de enquadramento, em políticas de saúde, daquelas medidas.

8. O Ministério da Saúde desenhou e tem levado a cabo um conjunto de medidas de racionalização mais profunda do que aquele contido no MdE, em menos de um ano, com resultados assinaláveis, pelo menos no curto prazo, em alguns domínios.

9. A análise da implementação das medidas do MdE e a insatisfação manifesta na comunicação social por parte de alguns atores socioeconómicos de saúde, indica que o Ministro da Saúde tem resistido invulgarmente bem às pressões desses setores, (“captura do estado”).

10. O Governo, parecendo ir para além da Troika, antecipou os cortes no orçamento da saúde, agravando num período socialmente crítico para o país as pressões sobre o bom funcionamento do sistema de saúde.

A redução prevista para 2012 era de 550M€ acrescida de 375M€ em 2013 e o OE em 2012 fixou a redução da despesa do SNS em 0,6% do PIB, cerca de 1.000 M€ acrescido de 710M€ em despesas do ministério da Saúde). Esta decisão parece resultar do compromisso que o MdE impõe adicionalmente à não acumulação de novas dívidas.

11. Assegurar 1,5 milhões de euros para pagar, em 2012, cerca de metade da dívida acumulada no setor da saúde, constitui um êxito assinalável do Ministério da Saúde.

12. A falta de uma análise precoce e prévia sobre impacto esperado da crise socioeconómica (e do conjunto das mediadas do MdE) no âmbito da Troika ou do Ministério da Saúde têm séria consequências:

1. Ausência de um sistema de monitorização e alerta precoce sobre os efeitos da crise na saúde.
2. Falta de uma resposta precoce a esses efeitos, através de estratégias e programas locais que integrem os serviços de saúde e a ação social.
3. Atitude passiva em relação à análise de dados sobre a situação da Saúde e consequente resistência em trabalhar e proporcionar os mesmos.
4. A falta de uma verdadeira política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e contenção de gastos e que minimize os seus efeitos negativos.

Isto significa proporcionar um enquadramento a um conjunto de medidas pontuais numa política explícita, coerente e integradora, dando sentido a uma visão de conjunto das medidas que enquadra, perceptível para os atores de saúde, com a intenção de os mobilizar para ações de interesse comum.

Este enquadramento integraria os seguintes elementos:

- Estratégia de Saúde: Não há ainda um novo Plano Nacional de Saúde;
 - Desenvolvimento organizacional do SNS: O desenvolvimento da reforma dos cuidados de saúde primários tem aspetos preocupantes.
 - Transformação do sistema de saúde no sentido de dar atenção ao processo de cuidados, cidadania e literacia: Não parece estar na agenda do Ministério da Saúde;
 - Acesso aos cuidados de saúde: não se atende suficientemente às dificuldades e necessidades crescentes de uma população em empobrecimento;
 - Qualidade dos cuidados de saúde: Alguns aspetos carecem de uma atenção particular, e necessitam de ser integrados numa política de qualidade;
 - Política para as profissões de saúde: Não existe;
 - Qualidade da governação: é necessário um grande investimento em novos instrumentos da governação da saúde;
 - Financiamento: Constrangimentos de causas conhecidas;
 - Contratualização: Necessita de uma revisão estratégica urgente, amplamente participada;
5. **Não facilita a sustentabilidade política do sistema de saúde**
Só a visão conjunta das políticas públicas e avaliação dos eventuais impactos de umas em relação às outras, explicitado num diálogo social adequado assegura a sustentabilidade política do sistema de saúde.
 6. **Não facilita uma reavaliação realista do MdE com a Troika.**
As dificuldades do sistema de saúde português aumentarão significativamente sem a reavaliação do conjunto de medidas do MdE com a *Troika*. Este será muito mais difícil sem uma análise dos impactos da crise na saúde e sem um claro enquadramento em políticas de saúde das medidas inscritas neste Memorando.

13. O Ministério da Saúde necessita de uma função de apoio à análise e direção estratégica.

A análise e direção estratégica destinada-se a proporcionar às pessoas dispositivos integradores tangíveis que facilitam e dão sentido ao seu trabalho. Evita a gestão de um "dossier" de cada vez (exemplo da Maternidade Alfredo da Costa).

14. Há múltiplos indícios de que o empobrecimento dos portugueses associado a extensão e aumento substancial das falsas “taxas moderadoras” e a dificuldade crescentes com os transportes (para além da evolução dos tempos de espera) dificultam o acesso aos cuidados de saúde de muitos portugueses.

O OPSS expõe neste relatório um conjunto de breves estudos que, no seu conjunto, suporta esta conclusão.

15. A elaboração de NOC é uma iniciativa de grande alcance para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e veicula importantes progressos metodológicos.

Neste momento, mais importante do que produzir mais normas, é necessário analisar a sua aplicação, assegurando a participação e adesão dos profissionais no terreno.

16. A baixa efetiva de preços dos medicamentos observado pode contribuir para um maior acesso aos medicamentos por parte da população. Contudo, existem claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associados ao seu empobrecimento.

Deve ser acautelado o risco de uma rutura nos sistemas de distribuição, na garantia da qualidade do medicamento e no acesso à inovação no domínio do medicamento. Por outro lado, a crise económica nas farmácias estará a perturbar o seu funcionamento, nomeadamente na capacidade de abastecimento e dispensa de medicamentos à população.

17. Existem alguns indícios de que podem estar a ocorrer situações de racionamento implícito nos serviços públicos de saúde.

Racionamento implícito é aquele que não decorre de instruções ou de decisões explícitas para limitar a prestação de cuidados de saúde necessários, mas resulta de comportamentos restritivos, como consequência de um clima de intensa contenção de gastos, por parte de decisores pressionados para limitar despesas e avaliados em função disso.

18. A reforma dos cuidados de saúde primários: a mais importante reforma do SNS das últimas décadas corre sérios riscos de degradação.

Remeter completamente para a Administração a condução de uma reforma desta natureza, numa altura em que ela precisa, mais do que nunca, de um novo impulso de inovação e mobilização das lideranças no terreno, poderá levar a uma progressiva degradação no espírito e nas práticas específicas desta reforma.

19. As designadas “taxas moderadoras” não o são. São pagamentos no ato da prestação dos cuidados.

Se não são taxas moderadoras e se, segundo o Ministério da Saúde, têm um impacto financeiro mínimo (passam de 1% para 2% do orçamento da saúde com as novas medidas) para que servem?

Não se compreende como as pessoas podem ser obrigadas a aceitar e pagar “taxas moderadoras” que não o são.

O Relatório contém uma breve descrição da recente legislação espanhola neste domínio.

20. A conceção universalista (constitucional) do sistema de saúde português está centrada nos princípios de um seguro público de saúde: pagar enquanto se pode, de acordo com os rendimentos de cada um, para receber mais tarde quando se precisa. Isto significa precisamente estar protegido de pagar na pior altura, quando se está doente.

Existe politicamente uma alternativa não universalista – recusar a filosofia de um seguro público universal: quem pode paga, quem não pode é “assistido” pelo Estado.

Esta alternativa requer legitimação política explícita.

21. Sustentabilidade do SNS

A sustentabilidade do SNS pode ser abordada de duas formas:

- Sustentabilidade financeira - gerir com melhor racionalidade a distribuição dos recursos humanos e materiais da saúde, são aspetos fundamentais para a sustentabilidade financeira do SNS; durante o último ano, o Ministério da Saúde tomou um vasto conjunto de medidas nesse sentido, que contribuiu fortemente para a sustentabilidade financeira do SNS.
- Sustentabilidade política – a noção de sustentabilidade financeira tem que ser integrada numa ideia de ordem superior, a capacidade de posicionar adequadamente políticas de saúde no conjunto das políticas públicas (financeiras, económicas e outras).

Tem ocorrido um conjunto de situações que podem afetar negativamente a sustentabilidade política do SNS:

- Sinais de uma agenda não-universalista;
- Ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS;
- Desmotivação dos profissionais;
- Insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS.

6. BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS (ANF) - Ciclo de conferências: gerir a farmácia em tempo de crise. Lisboa, 29 de Novembro de 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS (ANF) e SINDICATO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA (SINPROFARM) - Contrato colectivo entre a ANF : associação nacional das farmácias e o SINPROFARM : sindicato nacional dos profissionais de farmácia : revisão global. **Boletim do Trabalho e Emprego**. 21 (8/6/2010).

BARROS, P. P. [et al.] - Nova saúde : os cidadãos no centro do sistema: os profissionais no centro da mudança : contributo para a discussão : resposta à consulta pública do relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar. [Em linha]. Janeiro 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.ihmt.unl.pt/downloads/novidades/NOVA_SA%C3%9ADE-Comentario-Reforma-Hospitalar-Jan2012.pdf

BOAVIDA, J. M. [et al.] – Diabetes : factos e números 2011 : relatório anual do observatório nacional da diabetes. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012.

BOROWITZ, M. ; MORAN, V. ; PEARSON, M. - The performance of the irish health system in an international context. In CALLAN, T., ed. lit. - Budget Perspectives 2012. Research Series 22. Dublin : The Economic and Social Research Institute, 2011. ISBN 978 0 7070 03191.

BULL, J. ; HAMER, L. - Closing the gap : setting local targets to reduce health inequalities. London : NHS. Health Development Agency, 2002.

BUSSE, R. [et al.] - Tackling chronic disease in Europe : strategies, interventions and challenges. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

CAMPOS, L. ; BORGES, M. ; PORTUGAL, R. - Governação dos hospitais. Lisboa : ARSLVT, setembro de 2009.

CATALANO, R. - Health, medical care, and economic crisis. [Em linha]. **New England Journal of Medicine**. 360 : 8 (February 2009) 749-751. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0809122>

COMISSÃO EUROPEIA - Livro branco : juntos para a saúde : uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013). Bruxelas : COM, 2007.

COMUNICADES EUROPEIAS – Tratado de amesterdão que altera o tratado da união europeia, os tratados que instituem as comunidades europeias e alguns actos relativos a esses tratados : (97/C 340/01). [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias**. C 340 -. 1 (10.11.97). [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.ecb.int/ecb/legal/pdf/amsterdam_pt.pdf

DECRETO REGULAMENTAR nº 14/2012. D.R. Iª Série. 19 (12-01-26) 480-482. Aprova a orgânica da Direcção-Geral da Saúde.

DECRETO REGULAMENTAR nº 7/2005. D.R. 1ª Série. 153 (05-08-10) 4611-4613. Cria, em execução do Plano Nacional de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e extingue a Comissão Nacional de Luta contra a Sida, revogando os n.os 2 a 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 257/2001, de 22 de Setembro.

DECRETO-LEI N.º 307/2007. D.R. 1ª Série. 168 (07-08-31) 6083-6091. No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 20/2007, de 12 de Junho, estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.

DECRETO-LEI n.º 7/2011. D.R. 1ª Série. 6 (11-01-10) 178-180. Dispõe que a abertura de farmácias se pode fazer vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, em articulação com o regime de turnos, alterando o Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de Março.

DECRETO-LEI nº 124/2011. D.R. 1ª Série. 249 (11-12-29) 5491-5498. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI nº 218/2007. D.R. 1ª Série. 103 (07-05-29) 3500-3502. Aprova a orgânica do Alto Comissariado da Saúde.

DECRETO-LEI nº 22/2012. D.R. 1ª Série. 21 (12-01-30) 513-516. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.

DECRETO-LEI nº 27/2012. D.R. 1ª Série. 28 (12-02-08) 635-639. Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

DECRETO-LEI nº 81/2009. D.R. 1ª Série. 65 (09-04-02) 2058-2062. Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.

DECRETO-LEI nº 82/2009. D.R. 1ª Série. 65 (09-04-02) 2062-2065. Estabelece o regime jurídico da designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde.

DECRETO-LEI nº 91/2010. D.R. 1ª Série. 141 (10-07-22) 2795-2796. Altera a organização interna do Ministério da Saúde e do Alto-Comissariado da Saúde no que diz respeito ao número de dirigentes e à coordenação nacional dos programas verticais de saúde de âmbito nacional, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica do Alto-Comissariado da Saúde.

DEEGAN, P. E. ; DRAKE, R. E. - Shared decision making and medication management in the recovery process. **Psychiatric Services**. 57 : 11 (November 2006) 1636-1639.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS - Healthy people 2000 : national health promotion and disease prevention objectives : healthy people 2000 final review. [Em linha]. Maryland : Public Health Service, 2001. Number 76-641496. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2ko1.pdf>

Despacho n.º 404/2012. D.R. IIª Série. 10 (12.01.03). 1341-1342. Determina quais os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

DESPACHO nº 3404/2012. D.R. IIª Série. 48 (12-03-07) 8435. Nomeação do diretor do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, licenciado António Manuel da Fonseca Antunes.

ECONOMOU, A. ; NIKOLAOU A. - Are recessions harmful to health after all? : evidence from the European Union. **Journal of Economic Studies**. 35 : 5 (March 2007) 368-84.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Estudo para a carta hospitalar : especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria, obstetrícia e infecciologia. Lisboa : ERS, 18 de abril de 2012.

ESCOVAL, A. [et al.] - Contratualização em cuidados de saúde primários : horizonte 2015/20 : fase 5 : relatório final. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 31/03/2010a. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acss.min-saude.pt/Projectos/tabid/tabid/57/xmmid/436/xmid/1178/xmview/2/Default.aspx>.

ESCOVAL, A. [et al.] - Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático : 9 (2010b) 105-116.

EUROPA.EU – Europa : european year for active ageing and solidarity between generations. [Em linha]. Europa, 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://europa.eu/ey2012/>.

EUROPEAN CANCER OBSERVATORY - Cancer fact sheets : country : portugal. [Em linha]. 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://eu-cancer.iarc.fr/country-620-portugal.html,en>.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - HIV/AIDS surveillance in europe 2010. Stockholm : European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.

EUROPEAN COMMISSION. DIRECTORATE-GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS - The economic adjustment programme for portugal. **Occasional Papers**. 79 (June 2011). Brussels : European Union, 2011. ISBN 978-92-79-19332-3.

EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER - Active ageing : report. **Special Eurobarometer** 378 (January 2012).

EUROSTAT - Statistics database. [Em linha]. 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

EVANS, G.W. ; SCHAMBERG, M.A. - Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. 106 : 13 (30 Março 2009).

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FNAM) - Encontro FNAM : cuidados de saúde primários 2012. Coimbra : FNAM, 28 de Janeiro de 2012.

FERREIRA, A. S. ; TEIXEIRA, M. - Evolução recente da situação económico-financeira do serviço nacional de saúde : enquadramento do actual contexto. [Em linha]. 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.apes.pt/user_files/Evolu%C3%A7%C3%A3o_recente_da_SEF_do_SNS_Nov_2011.pdf

FINKELSTEIN, E. A., [et al.] - Annual medical spending attributable to obesity : payer- and service-specific estimates. **Health Affairs**. 28:5 (2009) 822-831.

FREIRE, J. M. ; REPULLO, J. R. - Country summary presentations : spain. In CRISIS and HEALTH in Europe : Trend watching, analysing, networking and communicating. Lisboa, 21 e 22 de Maio de 2012.

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS (FFMS) - PORDATA ©. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.

GOWMAN, N. ; COOTE, A. - Evidence and public health : towards a common framework. [Em linha]. London : Kings Fund, 2000. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.kingsfund.org.uk/publications/evidence_and.html

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Acontecimento extraordinário : sns: proximidade com qualidade : relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários. [Em linha]. Fevereiro 2009. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx3oodpi.pdf>

HOWARD, D. H. ; GAZMARARIAN, J. ; PARKER R. - The impact of low health literacy on the impact of medicare managed care enrollees. **Am J Med**. 118 (2005) 371-377.

INSTITUTE FOR MANAGEMENT DEVELOPMENT (IMD) - The world competitiveness yearbook 2001. Lausanne : IMD, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - Estatísticas demográficas 2009. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, IP, 2010. ISBN: 978-989-25-0055-3.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P. (INSA) - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE, I.P. / INSA,I.P., 2009. ISBN 978-972-673-845-8.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE - Creating adaptive policies : a guide for policy-making in an uncertain world. SWANSON, D. A. ; BHADWAL, S., Eds. Sage: International Institute for Sustainable Development, The Energy and Resources Institute and International Development Research Centre, 2009. 186 págs. ISBN 978-81-321-0147-5

JIMENEZ, D. ; SMITH, P. - Decentralization of health care and its impacts on health outcomes. York : Department of Economics. University of York, 2005.

KENTIKELINIS, A. [et al.] - Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy. **Lancet**. 378 : 9801 (October 2011) 1457-1458.

KHANG, Y. ; LYNCH, J. ; KAPLAN, A. - Impact of economic crisis on cause-specific mortality in south korea. **International Journal of Epidemiology**. 34 : 6 (2005) 1291-1301.

KICKBUSCH, I. ; WAIT, S. ; MAAG, D. - Navigating health: the role of health literacy. Londres : Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK, 2006.

LALONDE, M. – A new perspective on the health of Canadians : a working document. [Em linha]. Minister of Supply and Services Canada, 1981. ISBN 0-662-50019-9. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

LEI n.º 107-A/2003. D.R. Iª Série-A. 301 (03-12-31) 8778-(2)-8778-(156). Grandes Opções do Plano para 2004.

LEI n.º 3-A/2010. D.R. Iª Série. 82 (10-04-28) 1466-(2)-1466-(65). Grandes Opções do Plano para 2010-2013.

LEI n.º 41/2008. D.R. Iª Série. 156 (08-08-13) 5550-5603. Grandes Opções do Plano para 2009.

LEI n.º 52/2005. D.R. Iª Série-A. 167 (05-08-31) 5186-5284. Aprova as Grandes Opções do Plano para 2005-2009.

LEI n.º 55-A/2004. D.R. Iª Série-A. 304 (04-12-30) 7412-(2)-7412-(160). Grandes Opções do Plano para 2005.

LEI n.º 64-A/2011. D.R. Iª Série. 250 (11-12-30) 5538-(2)-5538-(48). Aprova as Grandes Opções do Plano para 2012-2015.

LEI n.º 8/2012. D.R. Iª série. 37 (12.02.21) 826-828 - Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas.

LEI nº 7/2009. D.R. Iª série. 30 (09-02-12) 926-1029. Aprova a revisão do Código do Trabalho.

LEINSALU, M. ; VÄGERÖ, D. ; KUNST, A. E. - Estonia 1989–2000 : enormous increase in mortality differences by education. **Int J Epidemiol**. 32 (2003) 1081-87.

MACHAQUEIRO, S. ; CORTES, M. ; NICOLA, P. - Análise especializada : plano nacional de saúde 2001-2016 : análise de planos nacionais de saúde de outros países. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2010.

MACKENBACH [et al.] - Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. **The New England Journal of Medicine**. 358 (2008) 2468-81.

MARMOT, M. G. - How will the financial crisis affect health? **BMJ**. 338 : 1 (April 2009) b1314.

MARMOT, M. G. - Social determinants of health. **The Lancet**. 365 : 9464 (March 2005) 1099-1104.

MATOS, T. T. [et al.] – Contratualização interna vs. contratualização externa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático 9. Lisboa : ENSP, 2010.

MAZICK, A. [et al.] - Excess mortality among the elderly in 12 european countries, february and march 2012. **Euro Surveill**. 17 : 14 (2012).

McKEE, M. - Responding to the economic crisis : europe's governments must take account of the cost of health inequalities. **Journal Epidemiology Community Health**. 65 : 5 (May 2011) 391.

MLADOVSKY, D. [et al.] - Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in europe. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, 2011.

MOREIRA D. - Enfrentar tempos de crise : repercussões na saúde e na alimentação das populações. Tese de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2009.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - 10|30 Anos - OPSS|SNS : razões para continuar : relatório da primavera 2009. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Conhecer os caminhos da saúde : relatório da primavera 2001. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Da depressão da crise, para a governação prospectiva da saúde : relatório da primavera 2011. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Desafios em tempos de crise : relatório da primavera 2010. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Incertezas... gestão da mudança na saúde : relatório da primavera 2004. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Luzes e sombras: a governação da saúde: relatório da primavera 2007. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2007.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Novo serviço público da saúde : novos desafios : relatório da primavera 2005. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - O estado da saúde e a saúde do estado : relatório da primavera 2002. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Saúde: que rupturas? : relatório da primavera 2003. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - Sistema de saúde português : riscos e incertezas : relatório da primavera 2008. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Um ano de governação em saúde : sentidos e significados : relatório da primavera 2006. Coimbra : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006.

OECD - Health at a glance 2011: OECD indicators. [Em linha]. 2011. [Consult. em 01-05-2012]. ISBN 978-92-64-12610-7 (HTML). OECD, 2011. Disponível em URL <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>

OECD - Health at a glance: europe 2010. [Em linha]. [Consult. em 01-05-2012]. ISBN 978-92-64-09031-6 (PDF). OECD, 2010. Disponível em URL http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - A carta de tallinn: sistemas de saúde para a saúde e a prosperidade. In Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre Sistemas de Saúde "Sistemas de Saúde, Saúde e Bem-Estar". Tallinn, Estónia, 25-27 Junho, 2008.

PAUL, K. ; MOSER, K. - Unemployment impairs mental health: meta-analysis. **Journal of Vocational Behaviour**. 74 (2009).

PITA, J. R. - A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. **Debater a Europa**. 2/3 (Janeiro/Dezembro 2010). ISSN 1647-6336.

PORTARIA n.º 311-D/2011. 247 (11-12-27) 5418-(24)-5418-(27). Estabelece os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

PORTARIA n.º 31-A/2011. D.R. I.ª Série. 7 (11.01.11) 268-(2)-268-(3). Define o limite mínimo do período de funcionamento semanal e o horário padrão a que está sujeito o período de funcionamento diário das farmácias de oficina, regula o procedimento de aprovação e a duração, execução, divulgação e fiscalização das escalas de turno, bem como o valor máximo a cobrar pelas farmácias de

turno pela dispensa de medicamentos não prescritos em receita médica do próprio dia ou do dia anterior e revoga a Portaria n.º 582/2007, de 4 de Maio.

PORTARIA n.º 642/2007. D.R. 1ª Série. 104 (07-05-30) 3573-3574. Estabelece a estrutura nuclear do Alto Comissariado da Saúde e as competências das respectivas unidades orgânicas.

PORTER, M. E. - A strategy for health care reform: toward a value-based system. **N Engl J Med.** 361 (2009) 109-112.

PORTER, M. E. ; TEISBERG, E. O. - Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard, 2006. 432 págs.

PORTUGAL - Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality (3 May 20MoU; First Update – 1 September 2011MoU; Second Update—December 9, 2011; Third Update—March 15, 2012).

PORTUGAL - Tradução do conteúdo do memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. [Em linha]. 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

PORTUGAL. GOVERNO – Programa do XV governo constitucional (2002-2004). Lisboa : Governo de Portugal, 2002.

PORTUGAL. GOVERNO – Programa do XVI governo constitucional (2005-2009). Lisboa : Governo de Portugal, 2005.

PORTUGAL. GOVERNO – Programa do XVII governo constitucional (2009-2011). Lisboa : Governo de Portugal, 2009.

PORTUGAL. GOVERNO – Programa do XVIII governo constitucional (2011-(...)). Lisboa : Governo de Portugal, 2011.

PORTUGAL. GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Programa do XIX Governo Constitucional : 2011. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf.

PORTUGAL. GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Programa do XV Governo Constitucional : 2002-2004. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2002. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc15.aspx>.

PORTUGAL. GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Programa do XVI Governo Constitucional : 2004-2005. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2004. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc16.aspx>.

PORTUGAL. GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Programa do XVII Governo Constitucional : 2005-2009. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2005. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/cg17.aspx>.

PORTUGAL. GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - Programa do XVIII Governo Constitucional : 2009-2011. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2009. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc18.aspx>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Monitorização da prescrição de medicamentos de ambulatório : indicadores nacionais : (fevereiro a setembro de 2011). Lisboa : Ministério da Saúde, 15 de Novembro de 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Monitorização da prescrição de medicamentos de ambulatório : indicadores nacionais e locais : (fevereiro a novembro de 2011). Lisboa : Ministério da Saúde, 24 de Janeiro de 2012b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) – Plano nacional de saúde 2012-2016 : vol. 1. [Em linha]. Lisboa : Ministério da Saúde, 2012a. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-discussao/1-vol/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - Saúde: um compromisso : a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa : Ministério da Saúde, 1999. 104p. ISBN – 972-9425-69-8.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS) – Contratualização 2011 : contratos-programa EPE. [Em linha]. 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acss.min-saude.pt/DirecçãoseUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/Contratualização2011/tabid/471/language/pt-PT/Default.aspx>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS). UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO (UOFC) – Contrato-programa 2012 : metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. [Em linha]. Janeiro de 2012a. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS). UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO (UOFC) – Contrato-programa 2012 : adenda à metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. [Em linha]. Março de 2012b. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_2012_adenda.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS). UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO (UOFC) – Contrato-programa 2011 : metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. [Em linha].

Novembro de 2010. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_12_2010_Metodologia%20HH_ULS%202011.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS) - Monitorização regiões saúde. [Em linha]. 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/SNS/Monitoriza%C3%A7%C3%A3oMensal/tabid/533/language/pt-PT/Default.aspx>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS). UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO (UOFC) – Cuidados de saúde primários : metodologia de contratualização. [Em linha]. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da saúde, 2012c. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS). UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (UNL). ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP) - Plano nacional de saúde 2011-2016 : cuidados de saúde hospitalares. Coordenadores: ESCOVAL, A. E CAMPOS FERNANDES, A. Lisboa : Ministério da Saúde, Outubro 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS) - Evolução dos indicadores do plano nacional de saúde. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - Plano Nacional de Saúde : orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2004a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - Normas clínicas. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.dgs.pt/pagina.aspx>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – Plano nacional de saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa : DGS, 2004b. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_335.html

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA HOSPITALAR (GTRF) – Relatório do grupo técnico para a reforma hospitalar : os cidadãos no centro do sistema, os cidadãos no centro da mudança. [Em linha]. 21 Nov 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). INFARMED - Análise do mercado de medicamentos, no âmbito do serviço nacional de saúde, em ambulatório. [Em linha]. Janeiro 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_SNS_MESES_ANTERIORES/2011/Rel-SNS-201101.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). INFARMED - Nota de imprensa : novo pacote do medicamento. Apresentação de Campanha Informativa, 14 de Setembro de 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). INFARMED - Relatórios mensais do mercado de medicamentos e genéricos do INFARMED : 2004-2011. Lisboa : INFARMED, 2011a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). INFARMED - Relatórios mensais do mercado de medicamentos de medicamentos, no âmbito do serviço nacional de saúde, em ambulatório e do consumo de medicamentos em meio hospitalar : 2010-2011. Lisboa : INFARMED, 2011b.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA - Reforma dos cuidados de saúde primários: relatório de progresso 2. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, Abril de 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/article_7111/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS - Estratégia para a redução dos pagamentos em atraso há mais de 90 dias. [Em linha]. 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.portugal.gov.pt/media/579687/20120420_mef_estrategia_reducao_pagamento_atraso.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS - Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica, 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.min-financas.pt/inf_economica/MoU_PT.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS. DIREÇÃO-GERAL DO ORÇAMENTO (DGO) - Síntese da execução orçamental. [Em linha]. Maio 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.dgo.pt/execucaoorcamental/Paginas/Sintese-da-Execucao-Orcamental-Mensal.aspx?Ano=2012&Mes=Maio>

RECHEL, B. [et al.] - Economic crisis and communicable disease control in Europe : a scoping study among national experts. **Health Policy**. 103 : 2-3 (2011) 168-175.

ROSA, E. - O 1º orçamento rectificativo de 2012. [Em linha]. 2012. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2012/16-2012-1-OE-Rectificativo-2012.pdf>

ROUSSOS, S. ; FAWCETT, S. - A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. **Annual Review of Public Health**. 21 (May 2000) 369-402.

SAKA, O. ; MCGUIRE, A. ; WOLFE, C. - Cost of stroke in the United Kingdom. **Age Ageing**. 38 : 1 (January 2009) 27-32.

SAKELLARIDES, C. ; PEDRO, A.R. ; MENDES, M. S. – Knowledge-centered health innovation : the case for citizen health information systems. In: KICKBUSCH, Ilona, ed. lit. – Policy innovation for health. New York, NY : Springer Science. Business Media, LLC, 2009. 165-201.

SALTMAN, R. ; BANKAUSKAITE, V. ; VRANGBAEK, K. ed. lit. – Decentralization in health care. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

SANTOS, A. [et al.] - Análise especializada : estratégias locais de saúde. [Em linha]. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/09/ELS.pdf>.

SCHUMAN, R. - Declaração Schuman. 9 de maio de 1950.

SENA, C. ; FERRINHO, P. ; MIGUEL, J. - Planos e programas de saúde em portugal : questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24 : 1 (Janeiro/Junho 2006) 5-19.

SIMÃO, V. J. ; SANTOS, S. ; COSTA, A. - Ensino superior : uma visão para a próxima década. 2002.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUS PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITÁRIA - Comunicado de la sociedad española de salud pública y administración sanitaria (sespas) : el impacto en la salud de la población de la crisis Económica y las políticas para abordarla. Barcelona : SESPAS, 22 de febrero de 2011.

SØRENSEN, C. [et al.] - Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. 12 (2012).

STAHL [et al.] ed. lit. - Health in all policies : prospects and potentials. Finland : Ministry of Social affairs and health, 2006.

STÁHL, T. [et al.] – Health in all policies : prospects and potentials. [Em linha]. Finland : Ministry of Social Affairs and Health, 2006. ISBN 953-00-1964-2. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

STUCKLER, D. [et al.] - Effects of the 2008 recession on health : a first look at European data. **Lancet**. 378 : 9786 (July 2011)124- 125.

STUCKLER, D. [et al.] - The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis. **Lancet**. 374 : 9686 (July 2009) 315-323.

SUHRCKE, M. [et al.] - The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg : Health & Consumer Protection Directorate-General. European Commission, 2005.

SUHRCKE, M. [et al.] - The impact of economic crises on communicable disease transmission and control : a systematic review of the evidence. **PLoS ONE**. 6 : 6 (June 2011) e20724.

TEIXEIRA, I. ; VIEIRA, I. - Pharmaceutical pricing and reimbursement information (PPRI) : portugal pharma profile : final version : october 2008. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information; Commissioned by the European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection

and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth. ÖBIG, WHO Regional Office for Europe, 2008.

TEIXEIRA, I. [et al.] - PHP65 pharmaceutical expenditure in portugal : policies and impact. **Value in Health**. 14 : 7 (November 2011) A345.

THOMAS, S. ; KEEGAN, C. - The economics crisis and the irish health system : assessing resilience. In *Coping with Crisis : The Impact of the Economic Downturn on the Health Systems of Portugal, Ireland and Greece*. Zurich : ECHE, 2012.

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do serviço nacional de saúde. Processo n.º 42/2010 – Audit. Relatório n.º 30/2011 – 2ª Secção. Volume I. [Em linha]. Dez 2011. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-relo30-2011-2s.pdf

TUNCELLI, K. - The impact of diabetes on employment and work productivity. **Diabetes Care**. 28 : 11 (November 2005) 2662-2667.

UK. NHS. PRIMARY CARE CONTRACTING - Delivering the vision : foundations for excellence in world class commissioning. [Em linha]. London : Primary Care Contracting, 2009. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.pcc.nhs.uk/uploads/about_pcc/nhs_pcc_subscription2009-10v3.pdf.

UNIÃO EUROPEIA - Tratado da união europeia : tratado de maastricht de 1993 : 92/C 191/01. Maastricht : União Europeia, 7 de Fevereiro de 1992.

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (UNL). FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM) - Estudo nacional de saúde mental : apresentação pública de resultados preliminares. Lisboa, 7 Dezembro 2010.

UNIVERSITY MEDICAL CENTRE ROTTERDAM. DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH - Tackling health inequalities in europe : an integrated approach : EUROTHINE : final report. Rotterdam, The Netherlands : Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam, 2007.

UNIVERSITY MEDICAL CENTRE ROTTERDAM. ERASMUS MC - Tackling health inequalities in europe: an integrated approach: eurothine final report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, 2007.

UNUTZER, J. [et al.] - Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service Medicare participants. **Journal American Geriatrics Society**. 57 : 3 (March 2009) 506-510.

UUTELA, A. - Economic crisis and mental health. **Curr Opin Psychiatry**. 23 : 2 (Mar 2010) 127-30.

VAZ, A. F. [et al.] – Plano nacional de saúde 2011-2016 : política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. [Em linha]. Novembro de 2010. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/11/PM1.pdf>

VERNON, J. A. [et al.] - Low health literacy: implications for national health policy. [Em linha]. Outubro 2007. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://www.gwumc.edu/sphhs/departments/healthpolicy/chpr/downloads/LowHealthLiteracyReport1o_4_07.pdf

VOGLER, S. ; LEOPOLD, C. - Acesso aos medicamentos essenciais em portugal. [Em linha] Julho de 2009. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformation/Reports/HAI_Access%2oto%2o%2omedicines%2oin%2oPortugal_port.pdf

WALLACE, A. - Low health literacy : overview, assessment, and steps toward providing high-quality diabetes care. **Diabetes Spectrum**. 23 : 4 (2010) 220-227.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - The world health report 2008 primary health care : now more than ever. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH - Environmental health inequalities in europe. Bonn : WHO European Centre for Environment and Health. WHO Regional Office for Europe, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Portugal health system performance assessment. Copenhagen : World Health Organization, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGIONAL OFFICE FOR EUROPE – WHO evaluation of the national health plan of portugal (2004–2010). Copenhagen : World Health Organization, 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS (WHO) – Global strategy for health for all by the year 2000. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 1981. ISBN 92-4-180003-8. [Consult. 01-05-2012]. Disponível em URL <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>

ANEXOS

A1. Abordagem Metodológica

O objetivo primordial do OPSS é o de proporcionar a todos os *stakeholders* do sector da saúde em Portugal uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que determinam essa evolução, com a finalidade de facilitar a formulação e a implementação de políticas efetivas de saúde.

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, o OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis que utilizam informação primária e secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existam fortes lacunas de conhecimento, são promovidas iniciativas específicas para superar essas falhas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento menos rigorosas mas com um adequado nível de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede OPSS, com recurso a contributos externos sempre que necessário.

Este ano, o senhor ministro da saúde, demonstrando inicialmente grande empenho na disponibilização dos dados necessários ao desenvolvimento do Relatório de Primavera 2012, assumiu diretamente a responsabilidade e indicou uma coordenação nacional (Prof. Doutor João Carvalho das Neves, presidente do conselho directivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), de forma a garantir e agilizar o acesso à informação solicitada pelo OPSS, decisão que nos parece justo salientar e agradecer. Entretanto, o OPSS endereçou ao Ministério da Saúde ofício datado de 25 de novembro de 2011, a solicitar a disponibilização dos dados necessários, referentes à atividade do ano de 2011 e a primeira reunião com o senhor ministro foi realizada em 4 de janeiro de 2012.

No entanto, e apesar desse esforço ao longo destes vários meses, continuaram a verificar-se lacunas significativas naquilo que pode ser considerado uma base mínima de informação que permita ao Observatório a análise apropriada, com base em dados oficiais, nomeadamente em algumas situações particularmente relevantes:

1. Programa Consulta a Tempo e Horas - referência dos centros de saúde às consultas hospitalares. Não nos foi facultado nem o relatório de 2011, que aguarda aprovação, nem o acesso aos dados que permitiriam superar as discrepâncias encontradas entre diferentes fontes de informação identificadas no ano transato.
2. Produção dos serviços de saúde - consultas nos centros de saúde, urgências, consultas e internamentos hospitalares. Os dados disponibilizados pela ACSS de forma agregada não permitem uma análise fina pelo OPSS e não foram fornecidos os elementos várias vezes solicitados.
3. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – informação nomeadamente sobre contratos-programa, conselhos da comunidade e ponto de situação da contratualização: ARS Alentejo, Algarve e LVT não responderam às questões colocadas.
4. Informação sobre medicamentos – a ARS Norte não disponibilizou dados sobre medicamentos faturados entre 2009 e 2011; a ARS Centro não disponibilizou dados sobre medicamentos prescritos entre 2009 e 2011; e a ACSS não disponibilizou o acesso à informação do Centro de Conferência de Faturas.

5. A ARS LVT não disponibilizou qualquer tipo de informação, pese embora as várias insistências efetuadas pelo Presidente da ACSS, em nome do ministro da saúde.

Acompanhando o Observatório aquilo que a comunicação social reporta sobre a saúde, especialmente no que diz respeito aos efeitos da crise socioeconómica na saúde, foi ainda solicitado o acesso à informação referente ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, agora Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD): "fenómeno de consumo de desespero de toxicodependentes desempregados" João Goulão, abril, 2012 e, à Direção Geral de Saúde os dados relativos ao inquérito info Família e sobre o eventual aumento do número de suicídios e fatores predisponentes – depressão (comparações entre 2010 e 2011 e entre o primeiro trimestre de 2011 e o de 2012), não nos tendo sido facultados qualquer um desses elementos.

Importa salientar que mau grado todos os esforços desenvolvidos por nós, continuamos a sentir dificuldades no acesso à informação, em parte devido à cultura vigente da administração pública, mas que sentimos obrigação de denunciar, não só pela cultura de transparência que defendemos, mas sobretudo porque o nosso país já possui enquadramento legal que nos defende enquanto cidadãos e nos permite o acesso à informação que possa servir para tornar mais responsabilizante e consequente a governação do país. É o caso do art. 268º da Constituição da República Portuguesa (Direitos e garantias dos administrados) e a Lei de Acesso a Dados Administrativos (Lei nº 46/2007, de 24 de agosto).

Lembramos uma citação do RP2004 quando o OPSS afirmou que "Portugal genericamente tem um nível de desenvolvimento e governança inferior aos nossos parceiros europeus. Importa investir na inclusão, transparência e responsabilização" e, ainda, António Barreto quando afirma que "a informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir... foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve ser acessível."

Para a análise da governação em saúde, o OPSS recorre a um conjunto de boas práticas, que passam por:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projetos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais stakeholders da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre "agenda política" e "governance";
- Base de conhecimento explícita e acessível;
- Estratégias de comunicação efetivas;
- Oportunidade para expressar desacordo com os conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;
- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

O OPSS tem vindo a apostar também no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e reforça a credibilidade do projeto, na ótica dos diferentes atores sociais.

Foi instituído o recurso a uma comissão de avaliação externa, constituída por investigadores independentes com competências reconhecidas na análise de sistemas de saúde, integrando, sempre que possível, um perito internacional. O objetivo desta auditoria é o de avaliar a isenção e profundidade das abordagens efetuadas, o rigor metodológico do documento e a consistência do projeto na sua globalidade.

Ainda no contexto da avaliação externa ao OPSS e aos seus produtos, realizou-se, na manhã do dia 3 de maio de 2012, uma reunião de peritos, utilizando a metodologia de grupo focal, onde, além de um conjunto de colaboradores do Observatório, estiveram presentes os peritos abaixo referidos, aos quais se agradece publicamente os importantes contributos na validação dos conteúdos do RP 2012:

- Ana Cristina Guerreiro, Médica de Saúde Pública;
- Carlos Gouveia Pinto, Economista da Saúde;
- Gilles Dussault, professor catedrático convidado do IHMT;
- José Feio, Farmacêutico Hospitalar;
- José Reis, Economista;
- Manuel Carvalho da Silva, Sociólogo.

A avaliação externa (em complementaridade com a avaliação interna), desenvolvida através da aplicação de uma matriz de boas práticas, serve como um reforço à apreciação crescentemente positiva por parte dos agentes políticos e sociais do papel do OPSS e ao entendimento sobre a responsabilidade social que o mesmo foi gradualmente adquirindo na sociedade portuguesa. Dado a Fundação Calouste Gulbenkian ter-se associado a este projeto, desde 2009, foi possível manter esta análise anual e melhorar a abordagem metodológica e comunicacional, consideradas necessárias para uma evolução satisfatória dos exercícios de observação e comunicação sobre a governação da saúde em Portugal.

A2. Avaliação 2011

No âmbito da auditoria que se pretende continuar a adotar como instrumento de avaliação geral e validação dos conteúdos desenvolvidos, exige-se tal como em anos anteriores uma apreciação interna do processo de produção do RP 2012.

Após ter sido dado início ao processo de planeamento, preparação, produção e apresentação do RP, iniciou-se também o aperfeiçoamento do método de avaliação interno. Para o efeito, preparou-se uma grelha de avaliação, recorrendo-se a uma Escala de Likert (desenvolvida e apresentada em 2011), com cinco níveis de resposta (de 'não conseguido' a 'totalmente conseguido') e solicitou-se a todos os colaboradores o preenchimento da grelha, complementada com a justificação das suas respostas, cujos resultados se apresentam:

	Não conseguido		Totalmente conseguido		
	1	2	3	4	5
Redes academicamente certificadas de investigadores das áreas relacionadas com os sistemas de saúde			✓		
Equipas multidisciplinares, independentes dos principais <i>stakeholders</i>				✓	
Explicitação das prioridades e dos critérios de seleção de conteúdo dos relatórios			✓		
Atitude positiva relativamente à mudança				✓	
Esforço para identificação de boas práticas				✓	
Base de conhecimento acessível e explícita				✓	
Estratégias efetivas de comunicação			✓		
Auditoria Externa				✓	
Oportunidades de expressar opiniões "contraditórias"				✓	
Declaração de conflito de interesses			✓		
Avaliação explícita dos relatórios			✓		
Financiamento independente			✓		

A3. Relatórios de Primavera Anteriores



RP2001
Conhecer os caminhos da saúde



RP 2002
O estado da saúde e a saúde do Estado



RP 2003
Saúde – que rupturas?



RP 2004
Incertezas... gestão da mudança na saúde



RP 2005
Novo serviço público de saúde - Novos desafios



RP 2006
Um ano de governação: sentidos e significados



RP 2007
*Luzes e sombras.
A governação da saúde*



RP 2008
Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas



RP 2009
*10 / 30 Anos:
Razões para continuar*



RP 2010
Desafios em tempos de crise



RP 2011
Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde

A4. Colaboradores e Conflito de Interesses

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesse de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado.

Não pode, assim mesmo, omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaboraram ou colaboram, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou tendo sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2012, procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas diretamente em trabalhos em Equipas ou Serviços no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação Executiva	Ana Escoval Manuel Lopes Pedro Lopes Ferreira	
Coordenação Científica	Constantino Sakellarides	
Equipa Técnica	Filipe Rocha João Marques Figueira Marta Pereira da Costa Patrícia Barbosa	
Investigadores	Ana Isabel Santos Ana Rita Pedro Ana Tito Lívio Carla Sandra Pereira Celeste Gonçalves Fátima Bragança Felismina Mendes Filipa Costa Henrique Botelho Inês Teixeira Jaime Correia de Sousa José Aranda da Silva	José Cabrita Margarida Eiras Mauro Serapioni Patrícia Antunes Patrícia Barbosa Paula Bruno Pedro Beja Afonso Rute Simões Ribeiro Suzete Cardoso Suzete Gonçalves Vanessa Nicolau

Agradecemos a colaboração especial de:

Adriano Moutinho Garcez
Ana Cristina Guerreiro
Carlos Gouveia Pinto
Gilles Dussault
Filipe Froes
José Feio
José Reis
José Vinhas
Manuel Carvalho da Silva
Manuel Schiappa
Margarida Mesquita
Paulo Espiga
Rui Monteiro
Teodoro Briz

E das organizações que nos forneceram dados essenciais:

Administração Central do Sistema de Saúde
Administração Regional de Saúde do Alentejo
Administração Regional de Saúde do Algarve
Administração Regional de Saúde do Centro
Administração Regional de Saúde do Norte
Direção Geral da Saúde
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

A5. Investigadores Fundadores do OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuino

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vitor Ramos