

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

1ª sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, Setembro de 2014



Objectivos pedagógicos da disciplina

- Enquadrar os aspectos político-sociais da saúde;
- Proporcionar ferramentas que permitam avaliar o sistema de saúde público e privado;
- Facultar elementos susceptíveis de permitir uma adequada compreensão dos problemas de saúde;
- Apresentar iniciativas políticas para ultrapassar os problemas detectados em organizações de saúde;
- A evolução das políticas de saúde em Portugal;
- Adquirir e desenvolver competências de análise das políticas de saúde que têm sido implementadas no país nos últimos anos em Portugal.
- Conhecer as Orientações provenientes da Organização Mundial de Saúde, o Plano Europeu e o Plano Nacional de Saúde.
- As reformas em saúde no pós-Troika;
- Desenvolver um espírito de análise crítico das políticas de saúde para avaliação de tendências futuras do Sistema de Saúde em Portugal.

Sumário

1. Definição de Política da Saúde
2. Aspectos políticos e económico-sociais da saúde
3. A Lei de Bases da Saúde
4. Análise e avaliação do sistema de saúde português e das entidades reguladoras da saúde em Portugal
5. Evolução das políticas em saúde
6. PNS 2004-2010 Problemas detectados no SNS pela OMS e estratégias para os ultrapassar
7. Mudança nas políticas 2000-2009
8. Memorando de Entendimento com a Troika 2009 e Reformas nas Políticas
9. PNS 2012-2016
10. Plano Europeu de Saúde 2020
11. Perspetivas futuras do sistema de saúde e da saúde em Portugal

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

2^a sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



Definição de Política de Saúde

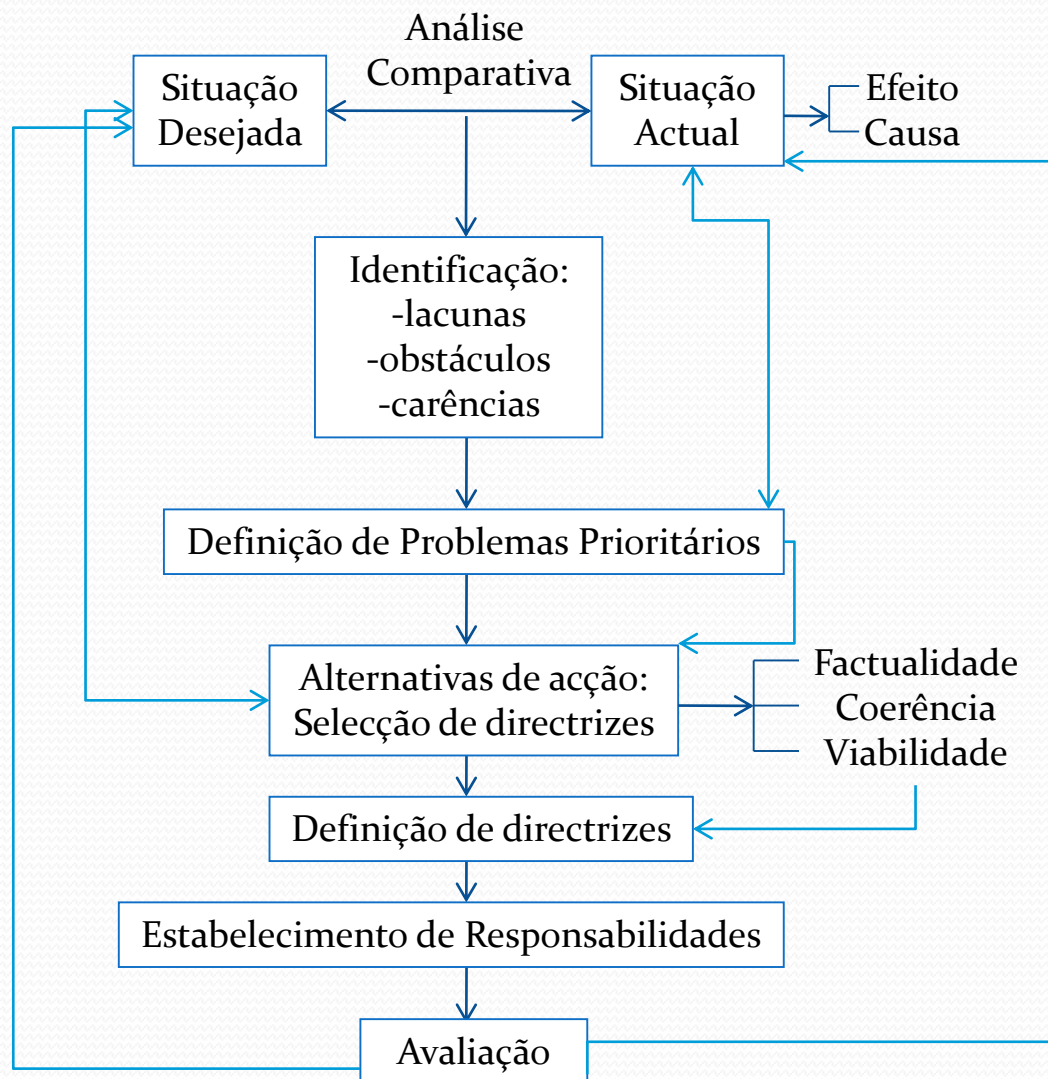
“Conjunto dos princípios e dos objectivos que servem de guia a tomadas de decisão no sector da saúde e que fornecem a base da planificação de actividades em determinado domínio.”

“Orientação administrativa ou princípios directores da acção de um governo na área da saúde.”



Baseadas no Dicionário da Língua Portuguesa – Porto Editora

Etapas de formulação de Políticas de Saúde



Fonte: MS

O Fórum das Políticas de Saúde

Escolha entre alternativas para assentar o processo numa discussão racional que articule discussão técnica com decisão política:

- Universidades – conhecimento aprofundado dos problemas; operacionalização dos problemas
- Media – debate público informado
- Cooperação entre partidos e parceiros sociais (confederações patronais e confederações sindicais) para soluções negociadas e coerentes com horizontes de médio-longo prazo.
- Avaliação do que foi feito em Portugal, na Europa e no Mundo.

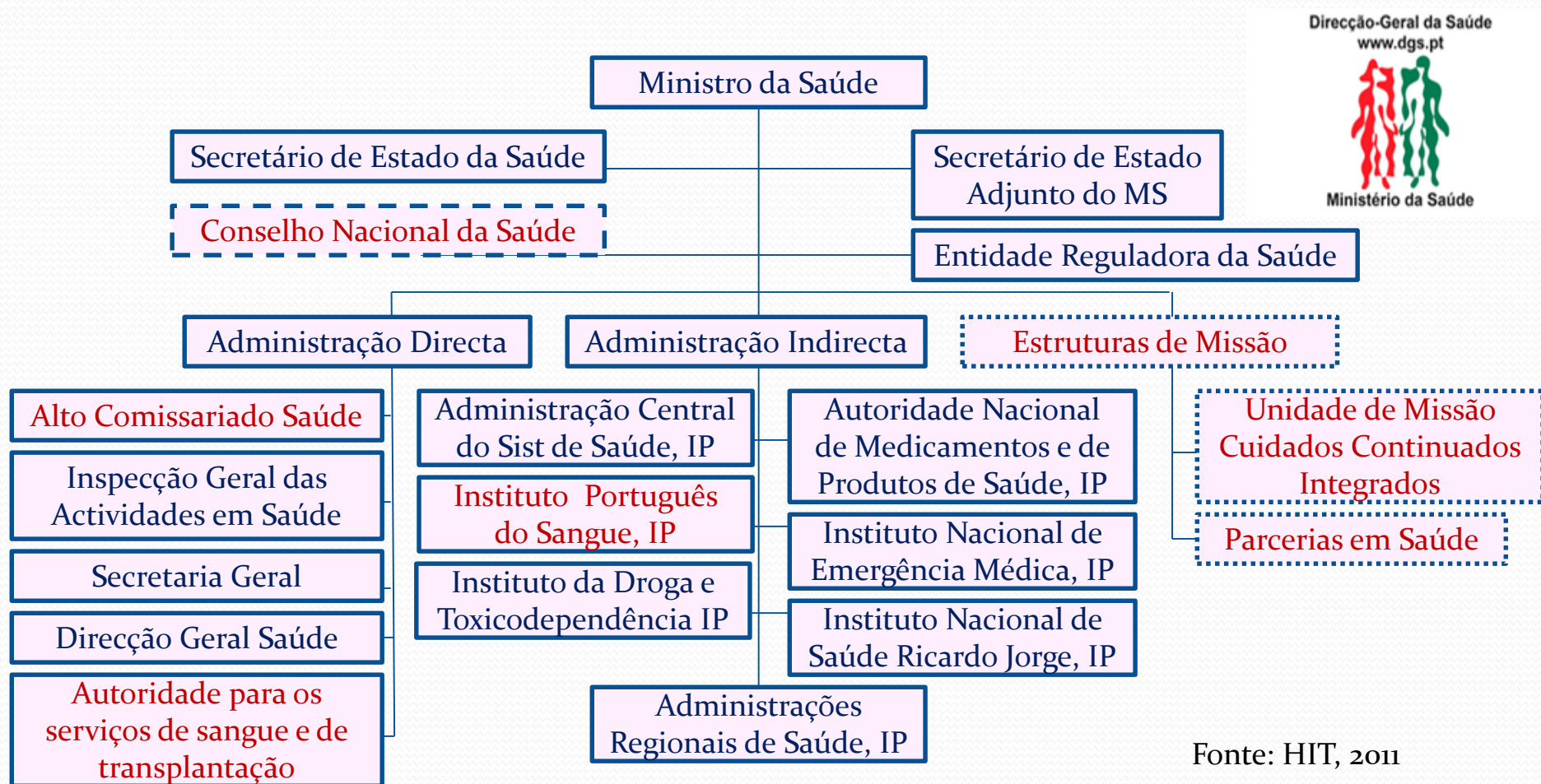
O Fórum das Políticas de Saúde

“O processo de políticas públicas exige, além de soluções técnicas, capacidades políticas de negociação e de cooperação exercidas de forma sustentada, envolvendo os diferentes partidos políticos e outras instituições e visando objetivos de longo prazo.”

Análise do SS Português

Organização e Governance

Estrutura institucional, papel dos principais actores no SS; processo, conteúdo e implementação da saúde e das políticas de saúde;

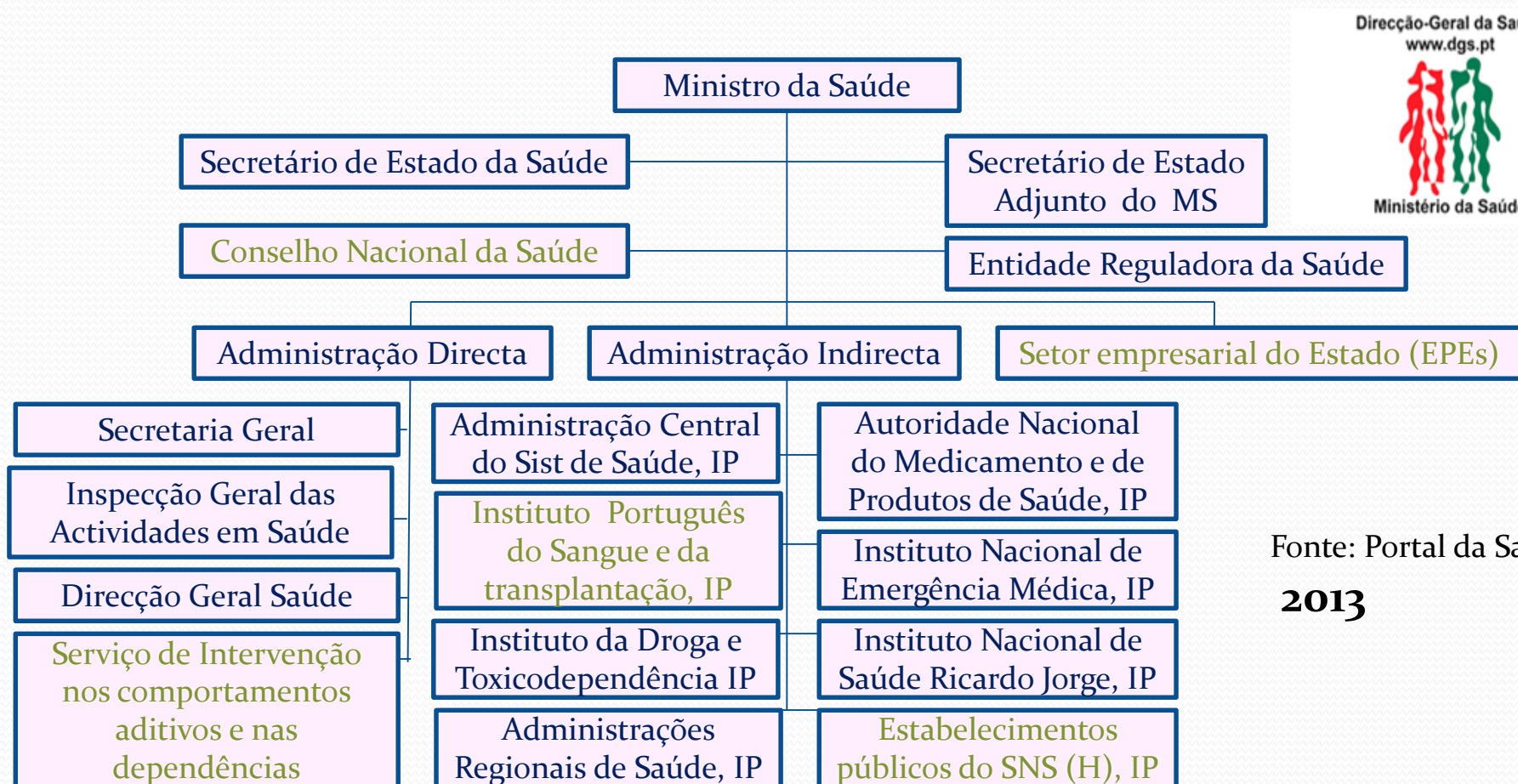


Fonte: HIT, 2011

Análise do SS Português

Organização e Governance

Estrutura institucional, papel dos principais actores no SS; processo, conteúdo e implementação da saúde e das políticas de saúde;



Fonte: Portal da Saúde,
2013

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

3ª sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



Constituição da República Portuguesa

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

VII REVISÃO CONSTITUCIONAL [2005]

Artigo 64.º Saúde

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção 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**;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a **proteção da infância, da juventude e da velhice**, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da **educação sanitária do povo** e de **práticas de vida saudável**.
3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) **Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica**, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente **cobertura de todo o país** em recursos humanos e unidades de saúde; c) Orientar a sua ação para a **socialização dos custos** dos cuidados médicos e medicamentosos; d) Disciplinar e **fiscalizar** as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas **instituições de saúde públicas e privadas**, adequados padrões de **eficiência e de qualidade**; e) Disciplinar e **controlar** a produção, a distribuição, a **comercialização** e o uso dos produtos químicos, biológicos e **farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico**; f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.
4. O serviço nacional de saúde tem **gestão descentralizada e participada**.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde

(Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro)

CAPÍTULO I Disposições gerais Base I Princípios gerais

- 1 - A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em **liberdade de procura e de prestação de cuidados**, nos termos da Constituição e da lei.
- 2 - O Estado promove e **garante o acesso de todos os cidadãos** aos cuidados de saúde nos limites dos **recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis**.
- 3 - A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as **organizações da sociedade civil** ser associadas àquela actividade.
- 4 - Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Base II Política de saúde

- 1 - A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:
 - a) A **promoção da saúde e a prevenção da doença** fazem parte das **prioridades** no planeamento das actividades do Estado;
 - b) É objectivo fundamental obter a **igualdade dos cidadãos no acesso** aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
 - c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
 - d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e **articulam-se entre si** e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
 - e) A **gestão** dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o **maior proveito** socialmente útil e a **evitar o desperdício e a utilização indevida** dos serviços;
 - f) É **apoiado o desenvolvimento do sector privado** da saúde e, em particular, as iniciativas das **instituições particulares de solidariedade social**, em concorrência com o sector público;

- g) É promovida a **participação** dos indivíduos e **da comunidade** organizada na **definição da política** de saúde e planeamento e no **controlo** do funcionamento dos serviços;
- h) É incentivada a **educação** das populações **para a saúde**, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
- i) É estimulada a **formação e a investigação para a saúde**, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2 - A **política de saúde** tem carácter evolutivo, **adaptando-se permanentemente** às condições da realidade nacional, às suas **necessidades** e aos seus **recursos**.

Base III Natureza da legislação sobre saúde

A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica **responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar**, conforme o estabelecido na lei.

Base IV Sistema de saúde e outras entidades

- 1 - O sistema de saúde visa a efetivação do direito à protecção da saúde. 2 - Para efectivação do direito à protecção da saúde, o **Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas** para a prestação de cuidados e apoia e **fiscaliza** a restante actividade privada na área da saúde.
- 3 - Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Base V Direitos e deveres dos cidadãos

- 1 - **Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde**, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.
- 2 - Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.
- 3 - É reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.

- 4 - A liberdade de prestação de cuidados de saúde abrange a faculdade de se constituírem entidades sem ou com fins lucrativos que visem aquela prestação.
- 5 - É reconhecida a **liberdade de escolha no acesso à rede nacional** de prestação de cuidados de saúde, **com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.**

Base VI Responsabilidade do Estado

- 1 - O Governo define a política de saúde.
- 2 - Cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e **coordenar a sua ação com a dos ministérios que tutelam áreas conexas.**
- 3 - Todos os departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da **segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo,** devem ser envolvidos na promoção da saúde.
- 4 - Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção.

Base VII Conselho Nacional de Saúde

- 1 - O Conselho Nacional de Saúde representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e é um **órgão de consulta** do Governo.
- 2 - O Conselho Nacional de Saúde **inclui representantes dos utentes, nomeadamente dos subsistemas de saúde, dos seus trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas e de outras entidades.**
- 3 - Os representantes dos utentes são eleitos pela Assembleia da República. 4 - A composição, a competência e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde constam da lei.

Base VIII Regiões autónomas

- 1 - Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em **obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.**
- 2 - A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que **devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde.**

Base IX Autarquias locais

Sem prejuízo de eventual transferência de competências, as **autarquias locais participam na acção comum a favor da saúde colectiva** e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de actuação em que estejam directamente interessadas e contribuem para a sua efectivação dentro das suas atribuições e responsabilidades.

Base X Relações internacionais

- 1 - Tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respectivas responsabilidades.
- 2 - O Estado Português **apoia** as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a **Organização Mundial de Saúde**, **coordena a sua política com as grandes orientações dessas organização e garante o cumprimento dos compromissos internacionais** livremente assumidos.
- 3 - Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de **decisões em matéria de saúde a nível comunitário**, participa nas acções que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas **a nível interno** decorrentes de tais decisões.

- 
- 4 - Em particular, Portugal defende o **progressivo incremento da ação comunitária** visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da **coesão económica e social** fixado pelo Acto Único Europeu.
- 5 - É estimulada a **cooperação com** outros países, no âmbito da saúde, em particular com os **países africanos de língua oficial portuguesa**.

Base XI Defesa sanitária das fronteiras

- 1 - O Estado Português promove a defesa sanitária das suas fronteiras, com respeito pelas regras gerais emitidas pelos organismos competentes.
- 2 - Em especial, cabe aos organismos competentes estudar, propor, executar e fiscalizar as medidas necessárias para **prevenir a importação ou exportação das doenças submetidas ao Regulamento Sanitário Internacional**, enfrentar a ameaça de expansão de doenças transmissíveis e promover todas as operações sanitárias exigidas pela defesa da saúde da comunidade internacional.

CAPÍTULO II Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral

Base XII Sistema de saúde

- 1 - O **sistema de saúde** é constituído pelo **Serviço Nacional de Saúde** e por todas as **entidades públicas** que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as **entidades privadas e por todos os profissionais livres** que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.
- 2 - O **Serviço Nacional de Saúde** abrange todas as **instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados** de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio.
- 3 - O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde **podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde** aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.
- 4 - A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior.
- 5 - Tendencialmente, devem ser adoptadas as **mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde** da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.
- 6 - O **controlo de qualidade** de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.

Base XIII Níveis de cuidados de saúde

- 1 - O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.
- 2 - Deve ser promovida a **intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde**, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a **circulação recíproca e confidencial da informação clínica** relevante sobre os utentes.

Base XIV Estatuto dos utentes

- 1 - Os utentes têm direito a:
 - a) **Escolher**, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos **recursos existentes** e de acordo com as regras de organização, **o serviço e agentes prestadores**;
 - b) **Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados** que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
 - c) **Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito**;
 - d) Ter rigorosamente respeitada a **confidencialidade** sobre os dados pessoais revelados;
 - e) **Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado**;

- f) Receber, se o desejarem, **assistência religiosa**;
- g) **Reclamar** e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indenização por prejuízos sofridos;
- h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- i) **Constituir entidades** que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma **de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde**.

2 - Os utentes devem:

- a) **Respeitar os direitos dos outros utentes**;
- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- c) **Colaborar com os profissionais de saúde** em relação à sua própria situação;
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- e) **Pagar os encargos** que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

3 - Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.

Base XV Profissionais de saúde

- 1 - A lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica, tendo em atenção a relevância social da sua atividade.
- 2 - A política de recursos humanos para a saúde visa **satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional.**
- 3 - O Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, com exclusão daqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público.
- 4 - A inscrição obrigatória referida no número anterior é da responsabilidade da respectiva associação profissional de direito público e funciona como registo nacional dos profissionais nela inscritos, sendo facultada ao Ministério da Saúde sempre que por este solicitada.

Base XVI Formação do pessoal de saúde

- 1 - A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo **a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir.**
- 2 - **O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação** nas actividades de formação que estiverem a cargo deste, designadamente facultando nos seus **serviços campos de ensino prático e de estágios**, e prossegue as actividades que lhe estiverem cometidas por lei nesse domínio.
- 3 - A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.

Base XVII Investigação

- 1 - É apoiada a investigação com interesse para a saúde, devendo ser estimulada a **colaboração** neste domínio entre os serviços do **Ministério da Saúde e as universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica** e outras entidades, públicas ou privadas.
- 2 - Em particular, deve ser promovida a participação portuguesa em programas de investigação no campo da saúde levados a efeito no âmbito das **Comunidades Europeias**.
- 3 - As ações de investigação a apoiar devem sempre observar, como princípio orientador, o de que a vida humana é o valor máximo a promover e a salvaguardar em quaisquer circunstâncias.

Base XVIII Organização do território para o sistema de saúde

- 1 - A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde.
- 2 - **As regiões de saúde são dotadas de meios de ação bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos.**
- 3 - As regiões podem ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema.
- 4 - Cada concelho constitui uma área de saúde, mas podem algumas localidades ser incluídas em áreas diferentes das dos concelhos a que pertençam quando se verifique que tal é indispensável para tornar mais rápida e cómoda a prestação dos cuidados de saúde.
- 5 - As grandes aglomerações urbanas podem ter organização de saúde própria a estabelecer em lei, tomando em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias.

Extinção de todas as sub-regiões de saúde integradas nas Administrações Regionais de Saúde pelas Portarias n.ºs 272 a 276/2009, de 18 de Março (criam vários **Agrupamentos de Centros de Saúde**, integrados, respectivamente, nas Administrações Regionais de Saúde, do Algarve, do Norte, do Centro, do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo, IP.)

Base XIX Autoridades de saúde

- 1 - As autoridades de saúde situam-se a **nível nacional, regional e concelho**, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, e estão hierarquicamente **dependentes do Ministro da Saúde, através do director-geral competente**.
- 2 - As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais.
- 3 - Cabe ainda especialmente às autoridades de saúde:
- a) **Vigiar o nível sanitário** dos aglomerados populacionais, **dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública** para defesa da saúde pública;
 - b) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;
 - c) **Desencadear**, de acordo com a Constituição e a lei, **o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública**;
 - d) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;
 - e) **Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em casos de epidemias graves** e outras situações semelhantes.

4 - As funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por **médicos**, preferencialmente da **carreira de saúde pública**.

5 - Das decisões das autoridades de saúde há sempre recurso hierárquico e contencioso nos termos da lei.

Base XX Situações de grave emergência

1 - Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência de saúde, o Ministro da Saúde toma as medidas de excepção que forem indispensáveis, coordenando a atuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários escalões das autoridades de saúde.

2 - Sendo necessário, pode o Governo, nas situações referidas no n.º 1, **requisitar, pelo tempo absolutamente indispensável, os profissionais e estabelecimentos de saúde em atividade privada.**

Base XXI Actividade farmacêutica

- 1 - A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos.
- 2 - A actividade farmacêutica tem legislação especial e fica submetida à disciplina e **fiscalização** conjuntas dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a **protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos** e produtos medicamentosos.
- 3 - A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e produtos medicamentosos e o seu funcionamento.

Base XXII Ensaaios clínicos de medicamentos

Os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados **sob direcção e responsabilidade médica**, segundo regras a definir em diploma próprio.

Base XXIII Outras actividades complementares

- 1 - Estão sujeitas a regras próprias e à disciplina e inspecção do Ministério da Saúde, e, sendo caso disso, dos outros ministérios competentes, as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado.
- 2 - Incluem-se, nomeadamente, nas actividades referidas no número anterior a **colheita e distribuição de produtos biológicos, a produção e distribuição de bens e produtos alimentares, a produção, a comercialização e a instalação de equipamentos e bens de saúde, o estabelecimento e exploração de seguros de saúde e o transporte de doentes.**

Base XXIV Características

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integradamente **cuidados globais** ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de **atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados**;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Base XXV Beneficiários

- 1 - São beneficiários do Serviço Nacional de saúde **todos os cidadãos portugueses**.
- 2 - São igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde **os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias**, nos termos das normas comunitárias aplicáveis.
- 3 - São ainda beneficiários do Serviço Nacional de saúde **os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal**.

Base XXVI Organização do Serviço Nacional de Saúde

- 1 - O Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde e é **administrado a nível de cada região** de saúde pelo conselho de administração da respectiva **administração regional de saúde**.
- 2 - Em cada sub-região existe um coordenador sub-regional de saúde e em cada concelho uma comissão concelhia de saúde.

Base XXVII Administrações regionais de saúde

- 1 - As administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, **coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida** e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde.
- 2 - As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho de administração, cuja composição é definida por lei.
- 3 - Cabe em especial ao **conselho de administração** das administrações regionais de saúde:
 - a) **Propor os planos de actividade e o orçamento respectivo, acompanhar a sua execução e deles prestar contas;**

- b) Orientar, coordenar e acompanhar a gestão do Serviço Nacional de Saúde a nível regional;
- c) Representar o Serviço Nacional de Saúde em juízo e fora dele, a nível da região respectiva;
- d) Regular a procura entre os estabelecimentos e serviços da região e orientar, coordenar e acompanhar o respectivo funcionamento, sem prejuízo da autonomia de gestão destes consagrada na lei;
- e) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional sobre a mesma matéria;
- f) Avaliar permanentemente os resultados obtidos;
- g) Coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas.

Base XXVIII Coordenador sub-regional de saúde

Ao coordenador sub-regional de saúde cabe coadjuvar a administração regional no exercício das suas funções no âmbito da sub-região e exercer as funções que o conselho de administração da administração regional nele delegar.

Base XXIX Comissões concelhias de saúde

As comissões concelhias de saúde são órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Base XXX Avaliação permanente

- 1 - O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa.
- 2 - É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios.
- 3 - Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços.

Base XXXI Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

1 - Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

Alterado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

2 - A lei estabelece, na medida do que seja necessário, as regras próprias sobre o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia profissionais. 3 - Aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a actividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.

4 - É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.

Base XXXII Médicos

- 1 - Ao pessoal médico cabe no Serviço Nacional de Saúde particular relevo e responsabilidade.
- 2 - É definido na lei o conceito de acto médico.
- 3 - O ingresso dos médicos e a sua permanência no Serviço Nacional de Saúde dependem de inscrição na Ordem dos Médicos.
- 4 - É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os actos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da actividade médica.
- 5 - A lei regula com a mesma dignidade as carreiras médicas, independentemente de serem estruturadas de acordo com a diferenciação profissional.
- 6 - A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar.
- 7 - Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem contratar para tarefas específicas médicos do sector privado especialmente qualificados.

Base XXXIII Financiamento

1 - O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmo actos, técnicas e serviços de saúde. Alterado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

2 - Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

- a) O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;
- c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;
- d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;
- e) O produto de rendimentos próprios;
- f) O produto de benemerências ou doações;
- g) O produto da efectivação de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.

Base XXXIV Taxas moderadoras

- 1 - Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.
- 2 - Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Base XXXV Benefícios

- 1 - A lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou excluir do objecto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde.
- 2 - Só em circunstâncias excepcionais em que seja impossível garantir em Portugal o tratamento nas condições exigíveis de segurança e em que seja possível fazê-lo no estrangeiro, o Serviço Nacional de Saúde suporta as respectivas despesas.

Base XXXVI Gestão dos hospitais e centros de saúde

- 1 - A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.
- 2 - Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.
- 3 - A lei pode prever a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Aditado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

CAPÍTULO IV Das iniciativas particulares de saúde

Base XXXVII Apoio ao sector privado

- 1 - O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.
- 2 - O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Base XXXVIII Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde

- 1 - As instituições particulares de solidariedade social com objectivos específicos de saúde intervêm na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei.
- 2 - As instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.
- 3 - Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.

Base XXXIX Organizações de saúde com fins lucrativos

- 1 - As organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado.
- 2 - A hospitalização privada, em especial, actua em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.
- 3 - Compreendem-se na hospitalização privada não apenas as clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas, mas ainda os estabelecimentos termiais com internamento não pertencentes ao Estado ou às autarquias locais.

Base XL Profissionais de saúde em regime liberal

- 1 - Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.
 - 2 - O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos, à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Farmacêuticos.
- Alterado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).
- 3 - O Serviço Nacional de Saúde, os médicos, os farmacêuticos e outros profissionais de saúde em exercício liberal devem prestar-se apoio mútuo.
 - 4 - Os profissionais de saúde em regime liberal devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício das suas funções.

(...)

Base XLV Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação. Aprovada em 12 de Julho de 1990. O Presidente da Assembleia da República, Vítor Pereira Crespo. Promulgada em 31 de Julho de 1990. Publique-se. O Presidente da República, MÁRIO SOARES. Referendada em 3 de Agosto de 1990. O Primeiro-Ministro, Aníbal António Cavaco Silva.

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

4^a sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



Evolução de Política de Saúde

Década 70: “Direito à Saúde” 1974-Democratização e descolonização
Sistema de Saúde Universal, Geral e Tendencialmente Gratuito!

Década 80: “Contenção de Custos” 85-CEE
Abrandamento económico, aumento custos com profissionais
(crescente especialização) e tecnologias da saúde.

Década de 90: “Eficiência e Efectividade”

Década de 20? 2000-União Monetária Europeia
Sustentabilidade para acesso e qualidade?



Economia
da Saúde

Assistência Pública até 1946

- Assistência privada e pública;
- Importância das instituições particulares (Misericórdias);
- Serviços de Saúde da responsabilidade da iniciativa privada (excepção para os serviços de sanidade geral – 4 hospitais);
- Caridade no apoio aos doentes;
- Acção curativa promovida pelo Estado nos seus hospitais era escassa;
- Acção preventiva: “polícia sanitária” (saúde pública).



Ricardo Jorge e a grande reforma de 1899-1901 (Regulamento Geral de Saúde)

Assistência Pública e Seguro Social

Obrigatório – 1946-76

- Publicação do Estatuto da Assistência Social e Organização da Assistência Social (1944 e 45 respectivamente);
- Papel supletivo no domínio da saúde assumido pelo Estado;
- Acção de profilaxia e defesa contra algumas doenças;
- São definidos responsáveis pelos encargos da assistência: organização, cadastro e recenseamento de pobres e indigentes;
- Cuidados médicos da responsabilidade do indivíduo e família;
- Seguro Social Obrigatório (1935) – Previdência Social;
- Federação das Caixas de Previdência (1946) – permite a expansão dos serviços médico-sociais à margem dos serviços assistenciais e “policiais” de saúde do Estado;

fonte: MIS

Assistência Pública e Seguro Social

Obrigatório – 1946-76

- Lei de Bases da Organização Hospitalar (1946) (construções hospitalares entregues às Misericórdias);
- Estatuto da Saúde e Assistência (Lei n.º 2120 de Julho de 1963);
- 1971 (Dec.-Lei n.º 413/71): ensaio reformista que reconhece direito à saúde, da promoção de uma política unitária de saúde, de integração das actividades de saúde e assistência e do planeamento central e descentralizado da execução; Não conseguiu a integração dos Serviços Médico-sociais da Previdência para a criação de um sistema de saúde; Gonçalves Ferreira (Esboço do SNS e da Segurança social)

Criação dos centros de saúde (1971)

O Serviço Nacional de Saúde – 1976-90

- Revolução de 25 de Abril de 1974: novo contexto político;
- Constituição da República Portuguesa (1976) institui o Serviço Nacional de Saúde (em 1979) universal e gratuito; [Lei de Arnaut](#)
- O SNS pretende a criação de uma organização estatal de prestação de cuidados a toda a população, garantindo o acesso a todos os cidadãos em regime de gratuitidade;
- É atribuída ao Estado a incumbência de mobilizar os recursos financeiros indispensáveis aos SNS para a sua implantação e realização;
- Lei do SNS: primeiro diploma que efectiva o direito universal e gratuito à saúde e que define o conteúdo das prestações que são objecto daquele direito;
- Transferência dos Serviços Médico-sociais das Instituições de Previdência para a Secretaria de Estado da Saúde (1977);
- Medicina Privada.

O Serviço Nacional de Saúde – 1976-90

1980 – Universalidade com elevada participação das famílias na despesa

Gratuidade com tentativas de introdução de co-pagamentos

1981 – Contenção da procura: Taxas moderadoras: hospitalização, urgência, consultas hospitalares, MCDT, Medicamentos

Início da medicina convencionada (setor privado para cirurgia eletiva, partos e consultas da especialidade)

Cortes orçamentais e reduções de pessoal: redução qualidade para racionalização da despesa.

1982 – É criada a carreira de medicina geral.

1988 – Lei de gestão hospitalar estabelece princípios de gestão empresarial, descentralização da tomada de decisão por centros de responsabilidade intermédia

1989 – Publicação da primeira listagem de preços baseada nos GDHs

Revisão Constitucional: SNS - Tendencialmente gratuito, considerando a condição económica dos pacientes

1990 – Lei dos princípios fundamentais da saúde explicita parcerias do SNS com entidades privadas com e sem fins lucrativos; descentralização a nível regional

Introdução de taxas ao serviços em ambulatório. Incentivo aos seguros privados de saúde.

Reforma do Serviço Nacional de Saúde

1990-2000

- Dificuldades financeiras de sustentação do SNS;
- Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto);
- Estatuto de Serviço Nacional de Saúde (Dec.-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) que regulamenta a anterior;
- Financiamento passa a ser da responsabilidade do Estado e de outras entidades, nomeadamente dos beneficiários (com várias modalidades);

1993 – Regulamentação de entidades de saúde privadas para padrões de qualidade
5 ARSs

1995 – 1ª Tentativa de privatização da gestão em hospitais públicos

1997 – Agências de contratação nas ARSs

1998 – Pagamento por capitação e performance nos CS voluntária. Publicação da Lei de princípios sobre políticas de saúde mental (cuidados comunitários)

Reforma do Serviço Nacional de Saúde

1990-2000

1999-

Estratégia nacional de saúde 1998-2002

Sistemas Locais de Saúde, reforma centros de cuidados primários (financiamento autónomo), integração dos cuidados, centros de responsabilidade nos hospitais para descentralização da decisão (redução das listas de espera)



Modelo Normativista: Planeamento, Financiamento, Organização, Prestação e Avaliação por parte do Estado

2000- Obrigatório o uso do cartão de saúde

Gestão política dominada pela oferta em 2000

- ✓ Profissionais de saúde – controlo de vagas
- ✓ Indústria Farmacêutica
- ✓ Equipamentos
- ✓ Meios complementares de diagnóstico adquiridos ao setor privado
- ✓ Gestão hospitalar descomprometida com os resultados
- ✓ Campanhas pré-eleitorais Câmaras Municipais – SAP sem qualidade
- ✓ Media – ganhos em saúde e equidade no acesso? 24% das pessoas estão contentes com o SNS (75% OCDE)

Entre os 20 primeiros a nível mundial

Fonte: MS

Mudança nas políticas 2000-2009

2001 – Regulamento de licenciamento e avaliação de clínicas privadas

2002 – 34 hospitais (40% SNS) passaram a EPE

Prescrição por DCI e substituição de medicamentos de marca por genéricos nas farmácias. Introdução de preços de referência nos medicamentos para regular co-pagamentos.

2003 – Criação da Entidade Reguladora da Saúde

2004 – Aprovação do PNS 2004-2010

2005 – Autorização da venda de OTCs fora das farmácias

Aumento EPEs, sem intenção de privatização

2006 – Criação USFs, Honorários dos clínicos gerais dependente da sua performance

2007 – Expansão (admissão hospitalar e cirurgia em ambulatório) e atualização do valor dos co-pagamentos

Segunda descida consecutiva do preço dos medicamentos por gestão administrativa

Reestruturação do Ministério da Saúde

2008 – Baixa do preço máximo dos genéricos por ordem administrativa

Publicação dos “Direitos dos Utentes no Acesso à Saúde”

2009 – Aprovada a estratégia nacional da qualidade na saúde. Farmácias comunitárias abrem nos hospitais. É abolida a taxa de admissão.

Mudança nas políticas 2000-2009

- ✓ Orçamento e financiamento realista
- ✓ Redução das listas de espera
- ✓ Concentração de hospitais de doença aguda com qualidade e criação de unidades de cuidados continuados
- ✓ Encerramento de unidades de urgência de baixa qualidade e com baixa procura
- ✓ Priorização do contacto direto do INEM com os centros de saúde, operacionalização do *call center*
- ✓ Desenvolveu-se medicina de alta tecnologia (transplantes)

Mudança nas políticas 2000-2009

- ✓ Maior autonomia e responsabilização pela gestão dos hospitais, modernização dos serviços, abertura de novos hospitais (Cascais, Braga, Loures, Vila Franca de Xira)
- ✓ Controlo de custos com medicamentos
- ✓ 350 novas USF
- ✓ Cheques-dentista
- ✓ Modernização da saúde reprodutiva
- ✓ Nova idade pediátrica: 18 anos

Memorando de Entendimento com a Troika 2009

- ◆ Não estava prevista alteração do modelo de SNS: seguro público, universal e obrigatório, assente nos impostos
- ◆ Estado permanece como financiador, prestador de cuidados e proprietário de uma parcela significativa do mercado
- ◆ Medidas incrementais de gestão para contenção da despesa em vez de foco na gestão da dívida – todos os hospitais são forçados a apresentar um plano de redução de despesa
- ◆ Contratualização entre Estado e hospitais públicos
- ◆ Competição entre hospitais públicos e públicos e privados
- ◆ Restruturação da ADSE, contratualização de médicos reformados
- ◆ Definição de teto para as deduções fiscais com despesas de saúde
- ◆ Prescrição por dose unitária

Agenda das reformas

- Controlo da tecnologia dispendiosa (imagiologia)
- Controlo dos gastos totais com medicamentos (prescritores vs inovação e avaliação económica de medicamentos – SIDA e cancro)
- Gestão hospitalar intermédia (diretores de serviços)
- Encerrar mais serviços ou hospitais redundantes
- Retomar o planeamento e controlo de vagas por especialidades
- Implementar a inovação e a investigação clínico
- Despartidarizar a gestão hospitalar de topo
- Concluir a rede das USF e dos CCI, contruir novo IPO
- Financiamento realista

Agenda das reformas

- Integração de iniciativas privadas e sociais em prol da necessidade da população de serviços de qualidade, atempados e humanizados, com controlo de custos e qualidade
- Entidade reguladora da saúde autónoma
- Plano Nacional de Saúde
- Hospitais muito próximos com valências e equipamentos semelhantes – reforço dos poderes do Estado
- Desenvolver a profissionalização da gestão ao nível dos hospitais, reforçar o controlo da performance dos profissionais, controlar objetivos e resultados de cada hospital e de cada serviço, motivação, liderança e sistemas de incentivos (colmatar ineficiência), centralização de compras, divulgação do ranking de qualidade clínica

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

5ª sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



PNS 2004-2010



PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses

Questões Políticas

Principais resultados

As pessoas vivem mais?	Esperança de vida à nascença aumentou cerca de 25% desde 1960 (64 anos) para 1980 (71 anos) e até 2006 (78,9 anos). Os resultados estão ainda 1 anos abaixo dos 15 EU.
	Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) decresceu de 5600/100 000 habitantes em 2000 para 4125 em 2008. Em 2006, Portugal tinha a taxa mais alta de AVPP dos 15EU, mas a melhoria alcançada de 1970 a 2004 foi a maior entre estes países.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses

Quais os indicadores da mortalidade?	Mortalidade Perinatal (morte fetal após 28 semanas de gestação e morte nos 1ºs 7 dias de vida por 1000 nados vivos) decresceu de 6,2 em 2000 para menos de 4 em 2008. Desde 1997, a taxa Portuguesa foi menor que a média dos 15 EU.
	Mortalidade Infantil (mortes por 1000 nados vivos no 1º ano de vida) decresceu de 5,7 em 2000 para 3,3 em 2008. Decresceu de 55 em 1970 para o valor mais baixo dos países 15EU em 2007
	Principais causas de mortalidade para < 65 anos decresceram entre 2000 e 2008, incluindo taxas de mortalidade por doença isquémica cardíaca, acidentes cerebro-vasculares, acidentes com veículos a motor, SIDA e cancro da mama. Taxas de cancros do cólon/reto, do colo do útero, taxas de suicídio e mortes relacionadas com álcool não melhoraram e aumentaram.

PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
1. Melhoria da saúde dos Portugueses

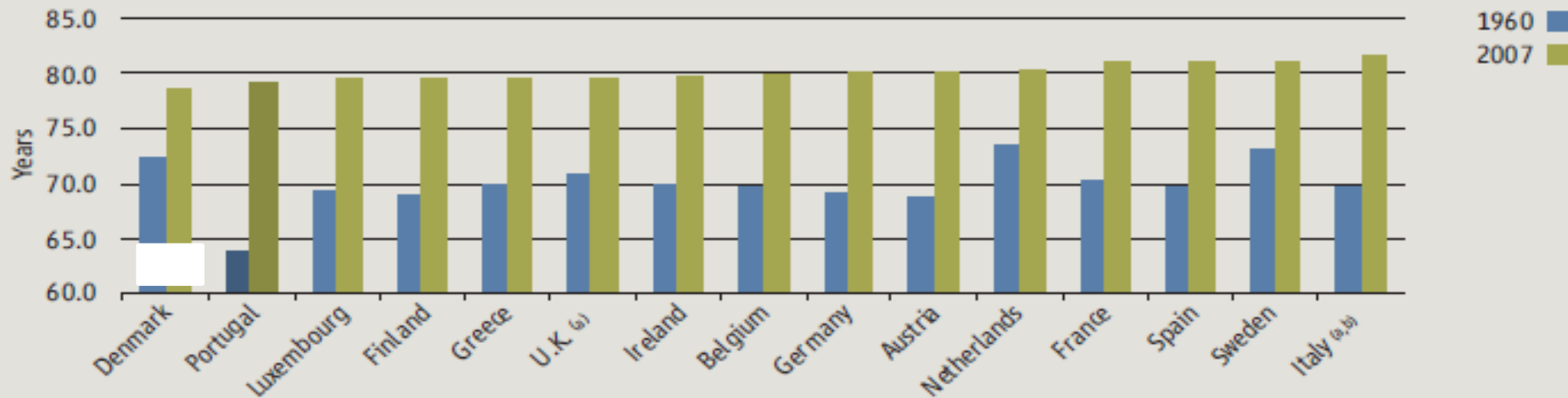
Os indivíduos vivem as suas vidas num melhor estado de saúde?	Auto-avaliação do Estado de Saúde. Em 2005/6, 14% dos Portugueses caracterizaram a sua saúde como má ou muito má (expectativas culturais de saúde). Apenas 40% considerou ter “boa saúde”. Os outros 15 EU nenhum obteve resultados <50% e apenas um país esteve abaixo dos 60% .
	Esperança de Vida Livre de Doença (DFLE) manteve-se no período de 1996-2003 para ambos os sexos. Para os homens era 58,3 anos em 2007 (27 EU, 61,6 anos) e para as mulheres 57,3 (27 EU, 62,3 anos).
	Taxa de crianças com baixo peso à nascença (menos de 2,5Kg) cresceu de 7,1% em 2000 para 7,7% em 2008. Estas taxas aumentaram em quase todos os 15 EU. Portugal passou a ter uma das taxas mais altas em 2007, após ter a taxa mais baixa nos anos 80.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses

Fig. 2 Life expectancy at birth, EU 15 countries, 1960 and 2007



Source: OECD (2)

(a) 2006, (b) 1961

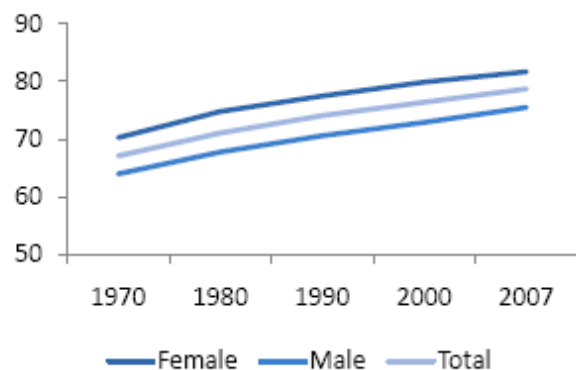
1. Melhoria da saúde dos Portugueses

Mortality and health indicators, 1970–2008 (selected years)

	1970	1980	1990	2000	2007	2008
Life expectancy at birth, female (years)	70.3	74.6	77.6	80.3	81.6	81.4
Life expectancy at birth, male (years)	64.0	67.5	70.6	73.2	74.9	74.9
Life expectancy at birth, total (years)	67.1	71.2	74.1	76.8	78.3	78.2
Mortality rate (per 1 000 female adults)	10.1	9.0	9.6	9.5	9.2	9.3
Mortality rate (per 1 000 male adults)	11.5	10.6	11.1	11.1	10.4	10.4
Mortality rate, crude (per 1 000)	10.7	9.7	10.3	10.3	9.8	9.8
Infant deaths per 1 000 live births	55.5	24.3	10.9	5.5	3.4	3.3
Probability of dying before age 5 years (per 1 000 live births)	–	29.2	14.0	7.3	4.2	4.0

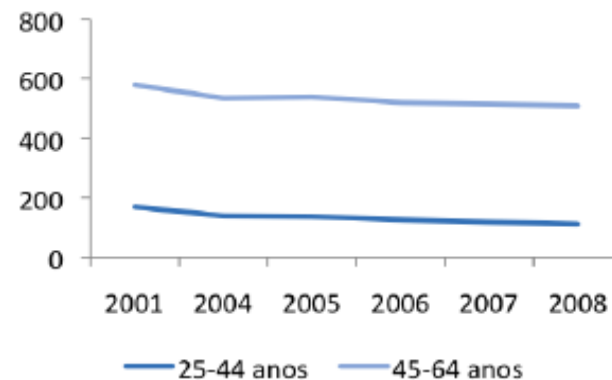
Sources: INE, 2009a, 2009b, 2009c, 2009e; WHO Regional Office for Europe, 2010.

Esperança de vida à nascença



Fonte: Pordata; fonte de dados: INE

Mortalidade (adultos)

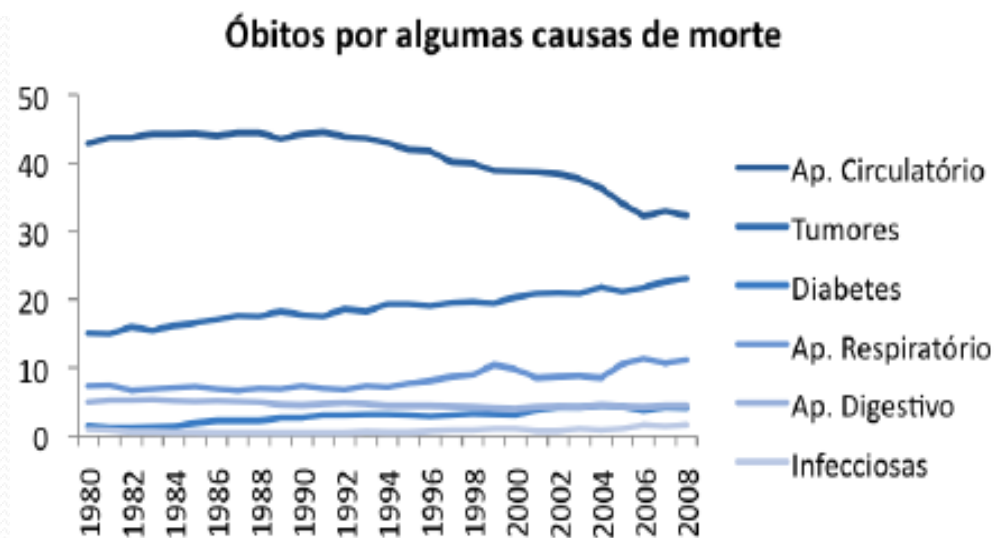


Fonte: Indicadores Plano Nacional de Saúde

Main causes of death – percentage of total number of deaths, 1990–2009 (selected years)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Diseases of the circulatory system	44.2	41.9	38.7	34.0	32.2	32.9	32.3	31.9
Malignant neoplasms	17.7	19.3	20.3	21.1	21.7	22.6	23.0	23.2
Diseases of the respiratory system	7.3	7.7	9.7	10.5	11.3	10.6	11.1	11.7
Diseases of the digestive system	4.5	4.4	3.9	4.3	4.2	4.4	4.4	4.4
Diabetes mellitus	2.6	3.0	3.0	4.3	3.7	4.2	4.1	4.4

Source: INE, 2009g.



Fonte: Pordata; fonte de dados: INE | DGS/MS - óbitos por causas de morte

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses

Maternal and child health indicators, 1970–2009 (selected years)

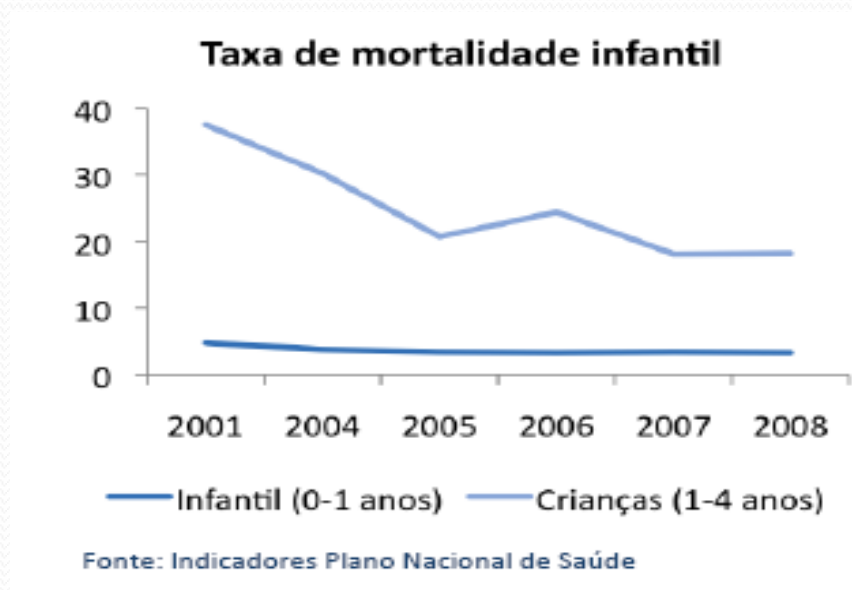
	1970	1980	1990	2000	2008	2009
Perinatal mortality rate (per 1 000 live births) ^a	–	23.8	12.4	6.4	4.4	4.6
Neonatal mortality rate (per 1 000 live births) ^a	–	15.4	6.9	3.4	2.1	2.5
Fertility index ^b	3.0	2.3	1.6	1.6	1.4	1.4
Maternal death (per 100 000 live births) ^c	73.4	19.0	10.3	2.5	3.8	3.8
Adolescent pregnancy rates (age<20) (per 100 live births) ^b	–	–	–	–	4.2	4.2

Sources: ^a INE, 2009g; ^b INE, 2009a; ^c INE, 2009f, 2009g.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses



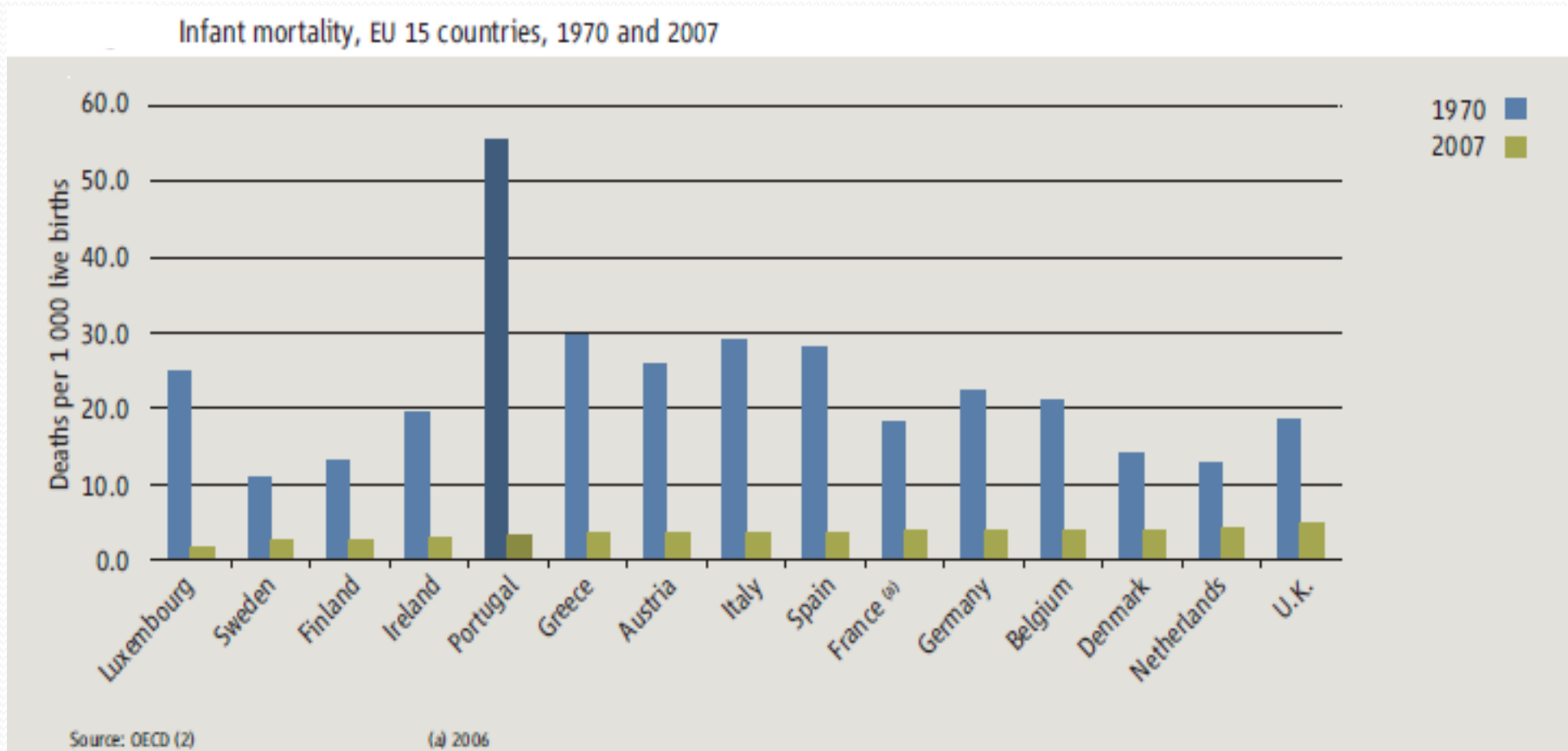
Infant mortality rates (per 1 000 live births) by region, 2000–2008 (selected years)

	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Continent	5.3	3.8	3.4	3.3	3.4	3.3
North	5.8	4.0	3.8	3.1	3.5	3.6
Centre	4.5	3.2	2.8	3.0	2.8	2.6
Lisbon	5.0	3.9	3.3	3.4	3.5	3.7
Alentejo	5.3	3.4	3.5	3.1	3.7	3.8
Algarve	5.5	4.2	3.6	5.0	3.9	3.2

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses



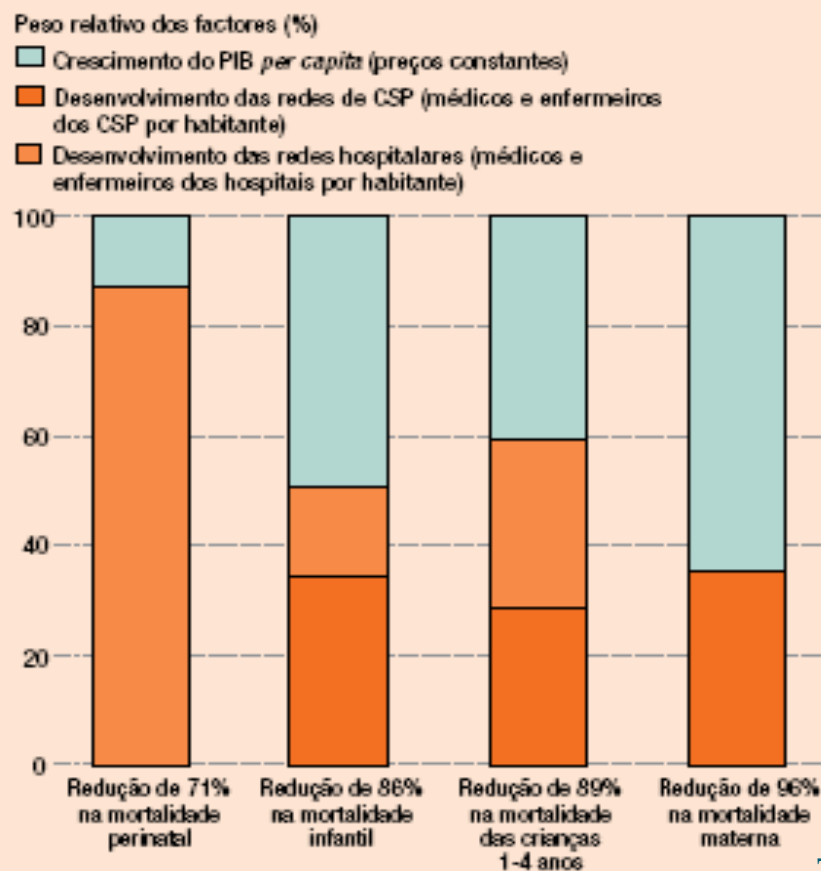
Caixa 1.1 Desenvolvimento económico e opções de investimento nos cuidados de saúde: a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal

Portugal reconheceu o direito à saúde na Constituição de 1976 no seguimento da sua revolução democrática. A pressão social para reduzir a enorme falta de equidade na saúde da população do País conduziu à criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos e complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos directos^{8,9}. O SNS foi implementado a partir de 1979, implementação essa que ficou completa em 1983 e foi organizado explicitamente com base nos princípios dos Cuidados de Saúde Primários: uma rede de centros de saúde, com médicos de família e enfermeiros, que progressivamente abrangeu todo o país. Para aceder aos serviços do SNS, os utentes têm de se registar num centro de saúde, na lista de um médico de família, que é o primeiro ponto de contacto com o Serviço. Portugal considera esta rede o maior sucesso em termos de melhoria no acesso a cuidados e de ganhos em saúde⁶.

A esperança de vida ao nascer é agora 9,2 anos mais elevada do que há 30 anos, enquanto o produto interno bruto (PIB) duplicou. O desempenho de Portugal na redução da mortalidade nos vários grupos etários é dos mais consistentemente bem sucedidos no mundo, nos últimos 30 anos, por exemplo, reduzindo para metade a mortalidade infantil, a cada 8 anos. Este desempenho levou a uma marcada convergência dos indicadores de saúde da população portuguesa com os dos outros países na região¹⁰.

A análise multivariada das séries temporais de vários indicadores de mortalidade, desde 1960, revelou que a decisão de basear a política de saúde portuguesa nos princípios dos CSP, com o desenvolvimento de uma rede abrangente de cuidados de saúde primários¹¹, teve um papel importante na redução da mortalidade materna, infantil e das crianças 1-4 anos, enquanto a redução da mortalidade perinatal esteve associada a um maior desenvolvimento da rede hospitalar. Os contributos relativos do desenvolvimento da rede dos CSP e hospitalar assim como do crescimento económico na melhoria dos indicadores de mortalidade, desde 1960, estão evidenciados na Fig 1.2.

Figura 1.2 Factores explicativos da redução da mortalidade em Portugal 1960-1991



PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

1. Melhoria da saúde dos Portugueses

WHO Health for All immunization categories (percentage of children under 3 years), 2008

Category	%
Infants vaccinated against	
TB	98.3
Diphtheria	96.8
Tetanus	96.8
Pertussis	96.8
Poliomyelitis	96.9
Hepatitis B	96.8
Rubella	96.6
Children vaccinated against measles	96.6
Infants vaccinated against invasive disease due to haemophilus influenza type B	96.8

Source: WHO Regional Office for Europe, 2010.

2. Melhoria da equidade em Saúde

Questões Políticas

Principais resultados

Qual a extensão da diferença entre estados de saúde relacionada com o género?	Esperança de vida à nascença das mulheres era 6,2 anos maior que a dos homens em 2007. A diferença era de 7 anos nos anos 90.
	Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) no sexo masculino (5678) era quase o dobro do valor das mulheres (2598) em 2008. 11 dos 15 EU tinham menores diferenças em 2006.
	Morte por causas-chave antes dos 65 anos. Homens com taxas muito maiores. Em 2008, a taxa de mortes relacionadas com o álcool nos homens era 6 vezes superior à das mulheres, enquanto a taxa de doença isquémica cardíaca era 4 vezes maior, e a SIDA, suicídio e acidentes com veículos motorizados era 3,5 vezes maior.
	Auto-avaliação do estado de saúde pelas mulheres em 2005/2006 era menor que o dos homens. 17,4% das mulheres relataram a saúde como má ou muito má, face a 10,4% dos homens. As diferenças eram maiores para >55 anos.
	DFLE era de menos um ano para as mulheres (57,3 anos), que para os homens (58,3 anos), em 2007. Em média nos 15 EU, as mulheres tinham um DFLE 0,7 anos maior que os dos homens.

2. Melhoria da equidade em Saúde

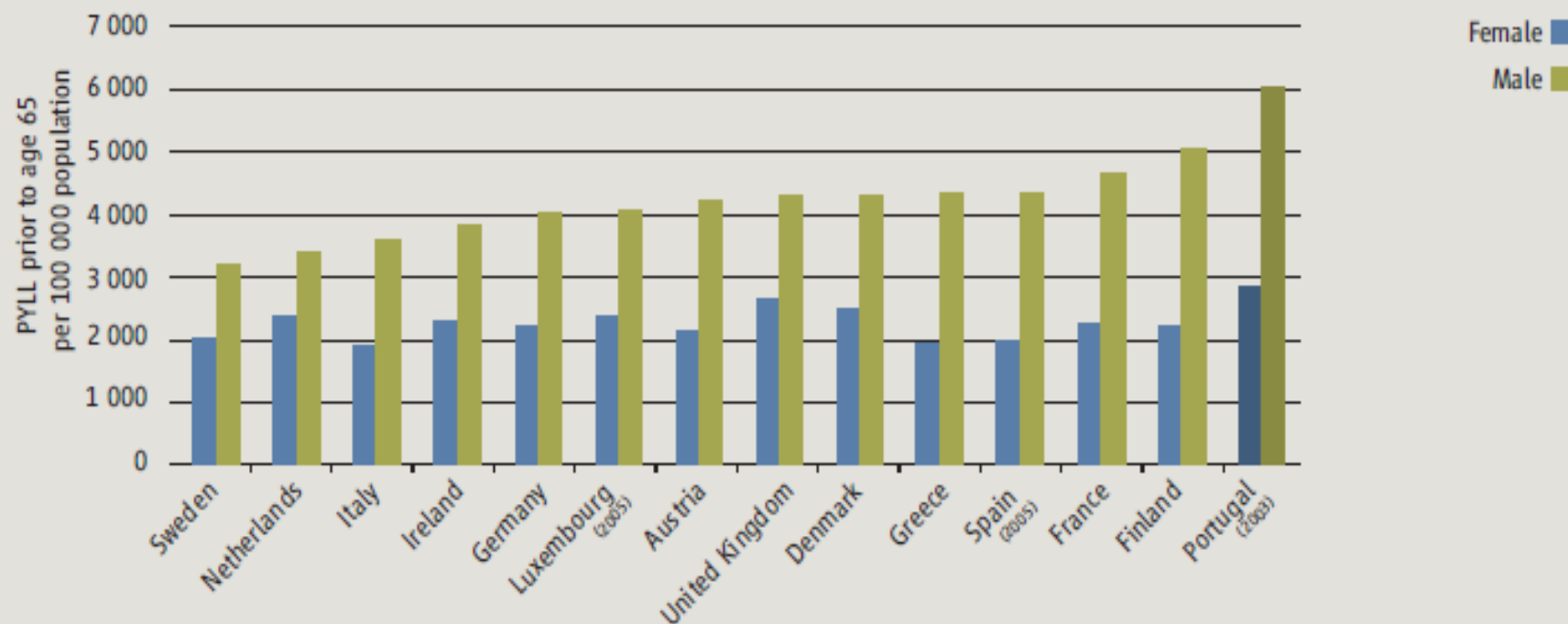
Qual a extensão de variações geográficas do estado de saúde?	Taxa de AVPP reduziu desde 2000 no Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Em 2008, a taxa no Algarve era 31% maior que a nacional e a do Alentejo, 19% maior. Diferenças estas maiores que em 2000.
	Taxas de mortalidade devidas a causas-chave em < 65 anos. No Alentejo e no Algarve as taxas eram muito maiores para suicídio (dobro do nível nacional), doença isquémica cardíaca (25% >) e acidentes em veículos a motor (33% > que média nacional). A taxa de doença isquémica cardíaca era tb muito maior em Lx e Vale do Tejo.
Qual a extensão da variação do estado de saúde relacionado com a idade?	A Auto-avaliação do estado de saúde melhorou entre todos os grupos etários entre 1998/1999 e 2005/2006, embora continue pouco razoável entre os grupos > 55 anos
Qual a extensão da variação do estado de saúde relacionado com a educação e condições socio-económicas?	Existem poucos dados que diferenciem o estado de saúde, o grau de educação, a remuneração, a empregabilidade, etc. Portugal tem o maior nível de inequidade na auto-avaliação do estado de saúde por nível de educação em homens e mulheres, comparativamente com 19 EU.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

2. Melhoria da equidade em Saúde

Potential years of life lost for EU 15 countries, 2006



Source: OECD (2)

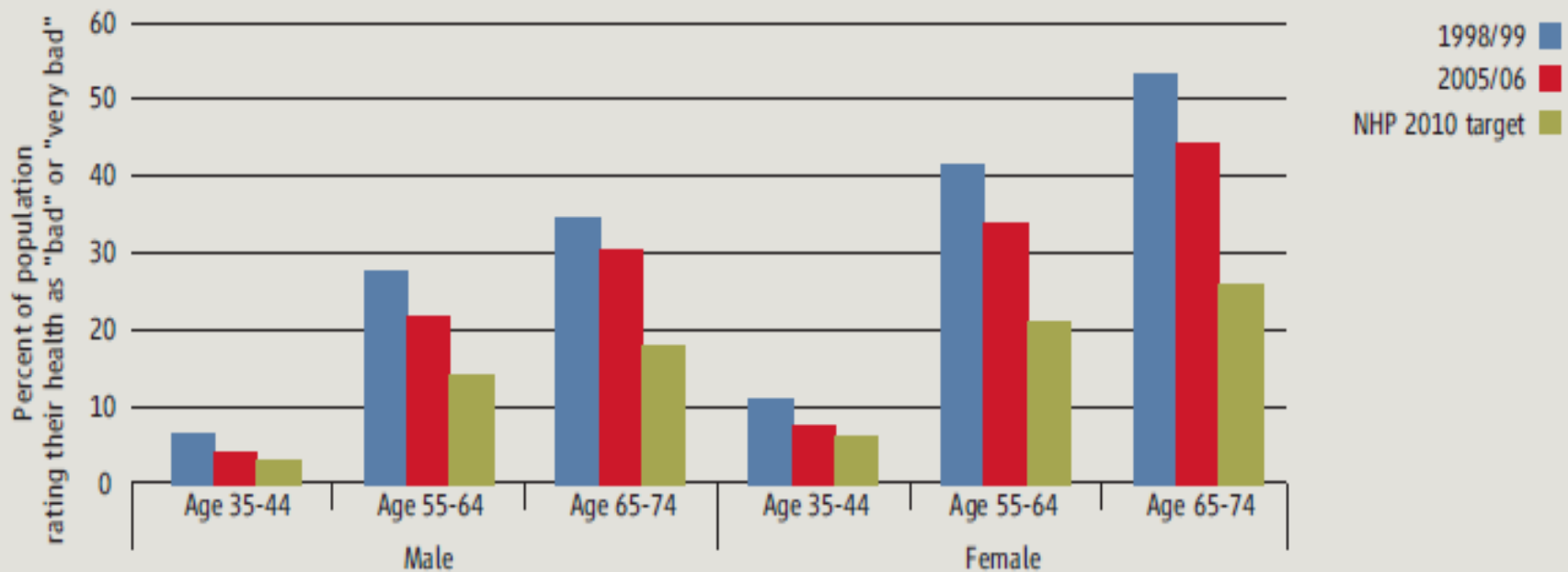
Note: The result for Belgium is not available.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

2. Melhoria da equidade em Saúde

Percentage of the population rating their health as "bad" or "very bad", by age group and sex, 1998/1999, 2005/2006 and NHP target



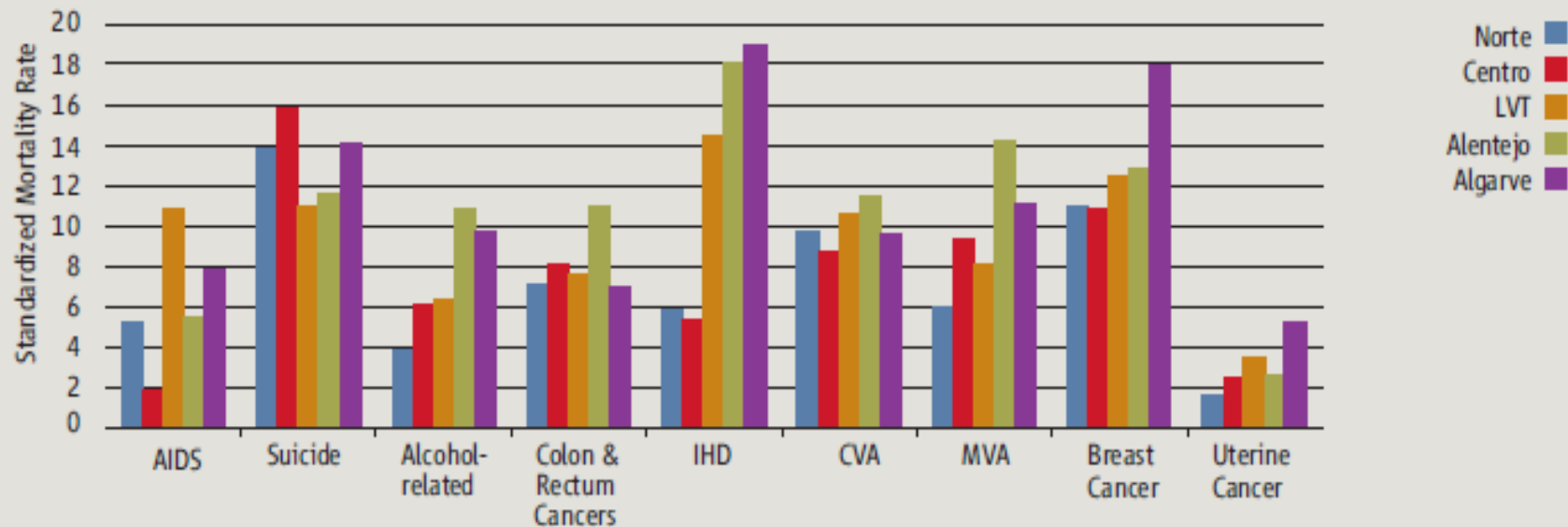
Source: National Statistics Institute (7,8).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

2. Melhoria da equidade em Saúde

Standardized mortality rates per 100 000 population age < 65 years for selected causes of death, by region, 2008



Source: National Statistics Institute (5).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

3. Factores de risco e estilos de vida

Questões Políticas

Principais resultados

Como foi a mudança da prevalência do tabaco ao longo do tempo e como varia em sub-grupos da população?	Fumar numa base diária 20% dos Portugueses >18 anos fumavam em 2005/2006. Entre 15 EU, apenas a Suécia tinha uma taxa inferior de consumo de tabaco. Esta taxa é semelhante à que Portugal tinha em 1995/1996. Neste tempo, dos 15 EU, apenas em 3 não houve decréscimo.
	Consumo de tabaco é mais prevalente entre homens > 18 anos (28%) que em mulheres (11%). Nos últimos 10 anos a taxa entre os homens reduziu de 33% para 29% e nas mulheres aumentou de 8% para 11%. Para mulheres com secundário (22%) a taxa é maior que para as que concluíram o ensino superior (16%), que por sua vez é maior que as que não completaram o secundário (8%).

3. Factores de risco e estilos de vida

O que nos diz a prevalência da obesidade acerca de hábitos de nutrição e de atividade física?	Prevalência da obesidade entre adultos era 15% em 2005/2006, após um aumento desde 1996 (12%). A taxa de 2005/6 era a terceira maior entre os 15 EU.
	Taxas de obesidade por região ou género. Pouca variação. Elevada inequidade para a obesidade por nível de educação. A inequidade era a maior para as mulheres e a quinta maior para os homens entre os 19 EU.
Quais os padrões de consumo responsável de álcool relacionados com a condução?	Número total de mortes por acidente de veículos a motor relacionadas com o consumo de álcool. Decresceram 20% de 2004 para 2008. Contudo permaneceram 30% de todos os acidentes com veículos a motor.
	Consumo de álcool entre os adolescentes. 21% sexo masculino e 15% sexo feminino entre os 13-18 anos reportaram terem tido um ou mais episódios de intoxicação nos últimos 12 meses, em 2006. Taxas semelhantes a 2001. Variam entre 13,8% no Norte e 30,2% no Alentejo.

Major factors affecting health status, 2001 and 2006

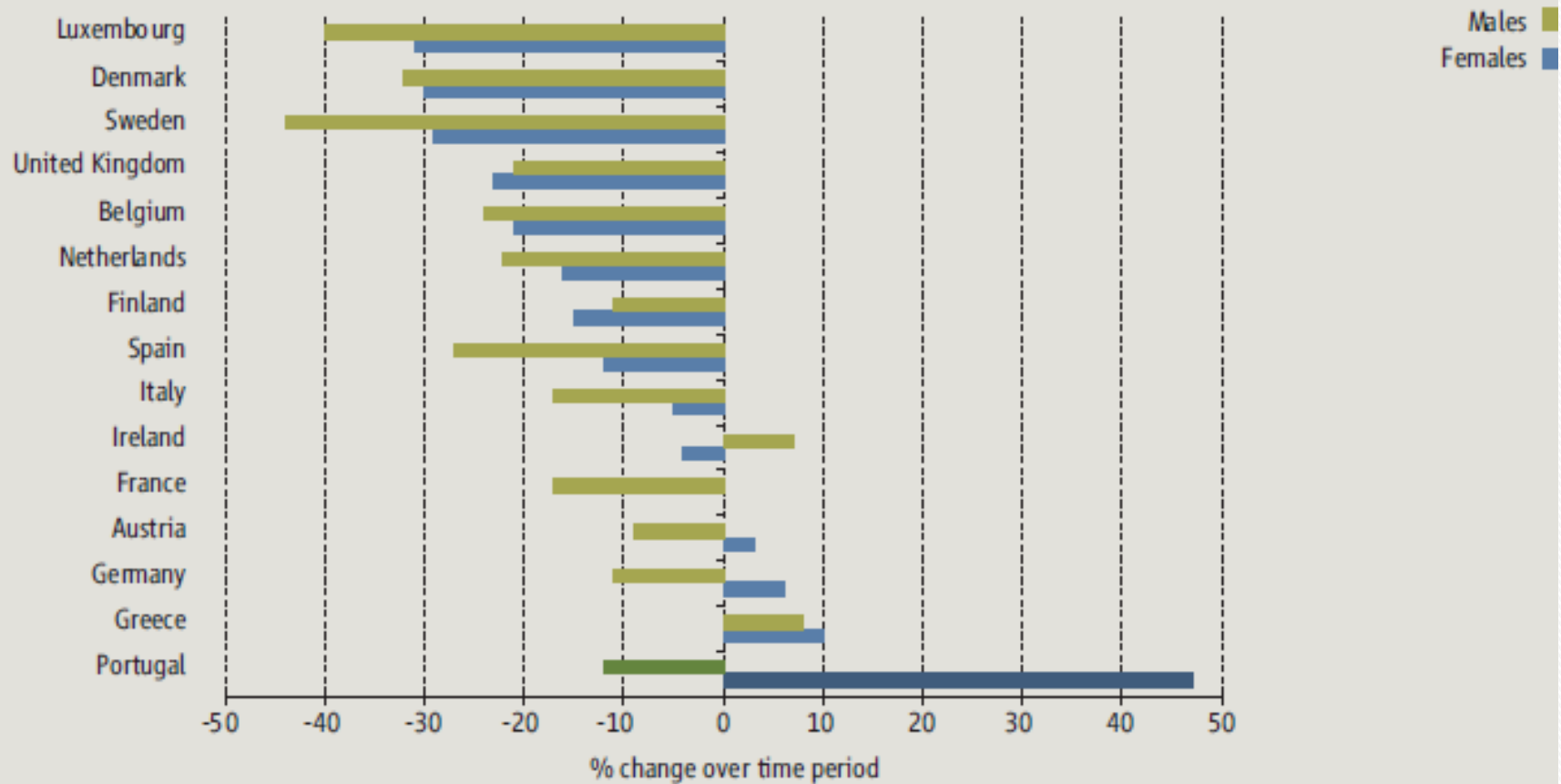
	2001		2006	
	M	F	M	F
Youth				
Tobacco – % of individuals who smoke daily (15–24 years)	25.7	10.6	25.9	14.2
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (15–24 years)	48.7	25.5	50.1	35.2
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (18–24 years)	6.6	4.5	9.4	6.0
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (18–24 years)	3.0	2.3	4.2	3.4
Adults				
Tobacco – % of smoking individuals (25–44 years)	45.6	17.3	37.6	17.5
Tobacco – % of smoking individuals (45–64 years)	26.8	4.5	25.5	8.4
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (25–44 years)	86.0	54.1	82.0	54.0
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (45–64 years)	87.8	48.6	89.2	57.6
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (35–44 years)	22.1	16.3	19.8	14.4
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (55–64 years)	25.5	22.1	25.4	25.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (35–44 years)	11.3	11.6	12.8	12.7
Older adults				
Tobacco – % of smoking individuals (65–74 years)	14.4	0.9	12.1	1.3
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (65–74 years)	78.6	38.7	81.7	43.7
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (65–74 years)	26.3	21.6	26.4	22.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (55–64 years)	16.2	20.3	22.0	24.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (65–74 years)	14.5	19.5	19.6	23.5

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

3. Factores de risco e estilos de vida

Change in smoking rates by sex, 1995–2007 (or nearest year), EU 15 countries

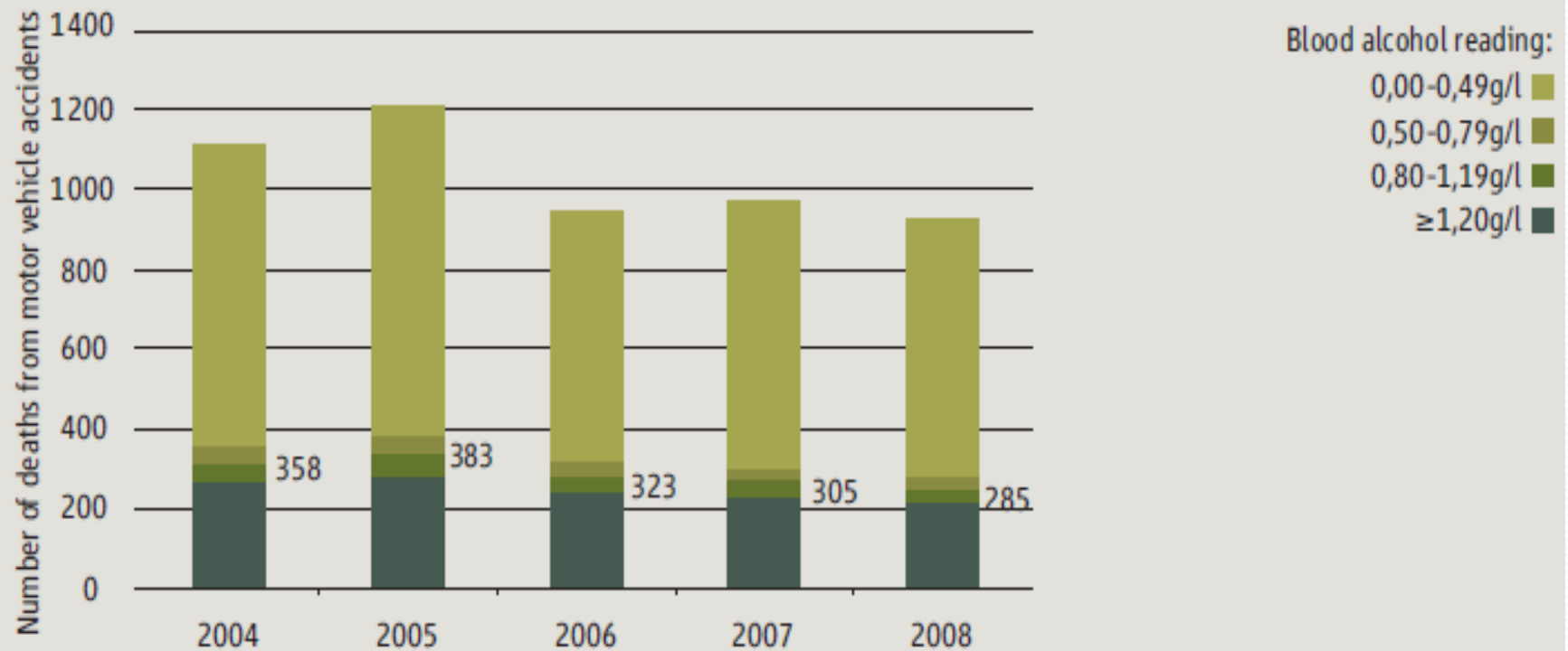


PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

3. Factores de risco e estilos de vida

Total motor vehicle accident deaths (subject to autopsy), by blood alcohol reading, 2004–2008



Source: National Legal Medicine Institute, 2009 (30)

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

Alcance de melhor saúde para a população portuguesa

Políticas de Saúde a aplicar?

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

4. Capacidade de resposta do SS

Questões Políticas

Principais resultados

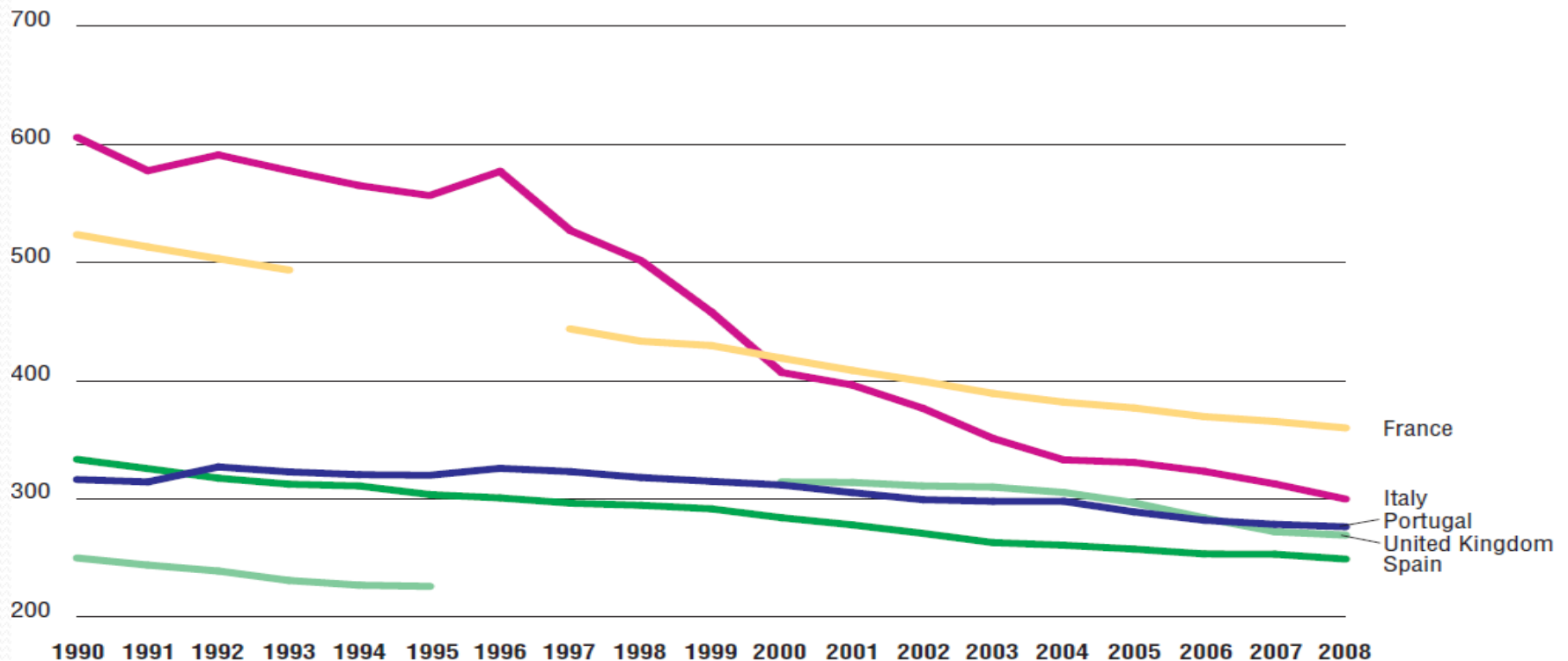
Qual a opinião sobre o sistema de saúde?	Satisfação geral com o sistema de saúde. 80% dos Portugueses inquiridos em 2002 indicaram que o sistema deveria ser completamente reconstruído ou sujeito a uma mudança estrutural. Foi a maior expressão de necessidade de mudança 15EU
Como os indivíduos classificam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde?	Satisfação com o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Em 2008, 64% dos Portugueses estavam satisfeitos. 3º último dos 15EU.
	Capacidade de resposta do SS. Portugal obteve a 2ª menor classificação 27EU em inquérito da 1. capacidade de pagamento de cuidados médicos, cirurgicos e dentários, 2. qualidade, disponibilidade ou acesso a médico de família, 3. qualidade cuidados medicina dentária.
	Nível de satisfação com cuidados primários e a longo-termo. 80% dos Portugueses da maioria regiões indicaram satisfeitos ou muito satisfeitos. Exceção LVT – 70% satisfação cuidados a longo-termo.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

4. Capacidade de resposta do SS

Beds in acute hospitals per 100 000 population in Portugal and selected countries, 1990–2008



Source: WHO Regional Office for Europe, 2011.

PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
4. Capacidade de resposta do SS

Number of beds in the long-term care network, 2007–2008

	2007	2008
Number of long-term care beds (RNCCI)	1 788	2 870
Rehabilitation and medium-term	646	922
Long-term	684	1 325
Palliative care	55	93

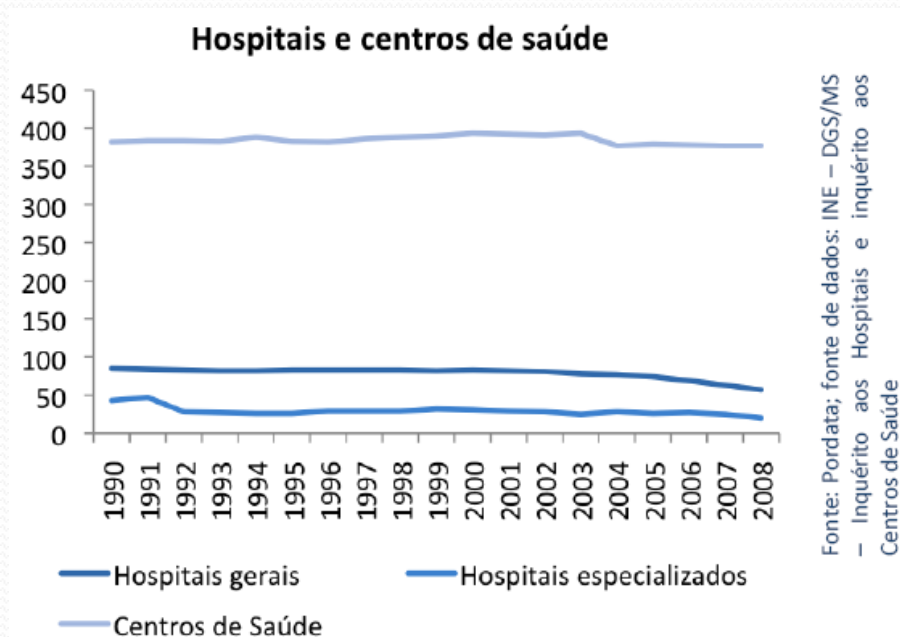
Source: Ministry of Health, 2010.

Number of beds in acute care, specialized hospitals, primary care centres and long-term care institutions in Portugal, per 100 000 population, 1995–2008 (selected years)

Hospital	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Acute care hospitals	235.3	237.5	225.7	221.3	220.1	203.3
Specialized hospitals	52.4	42.6	32.4	30.5	28.0	24.7
Primary care centres	20.7	13.9	9.4	8.4	6.4	5.5
Long-term care network	–	–	–	–	1 788	2 870

Source: INE, 2009f.

Note: Data are also available at <http://www.pordata.pt/>.

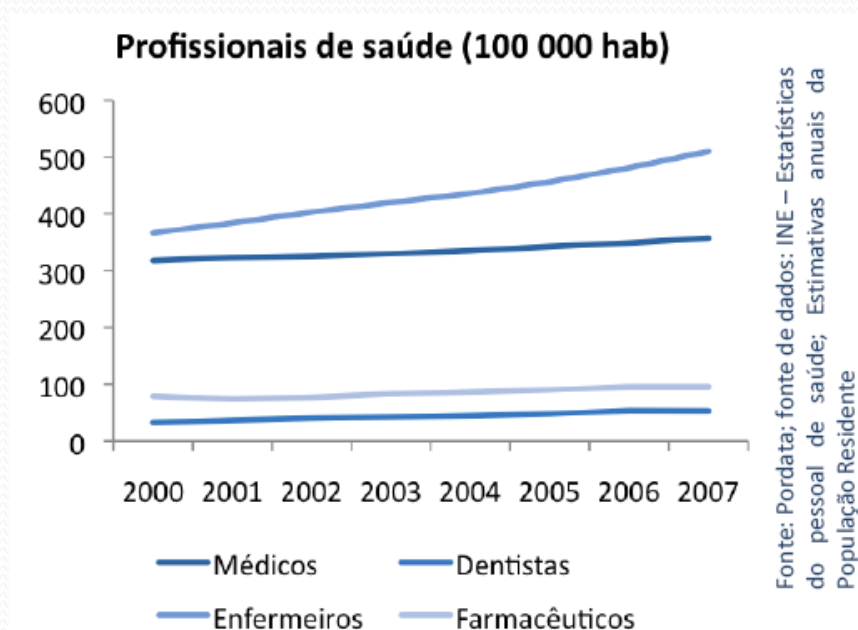


Health care personnel, 1990–2008 (selected years)

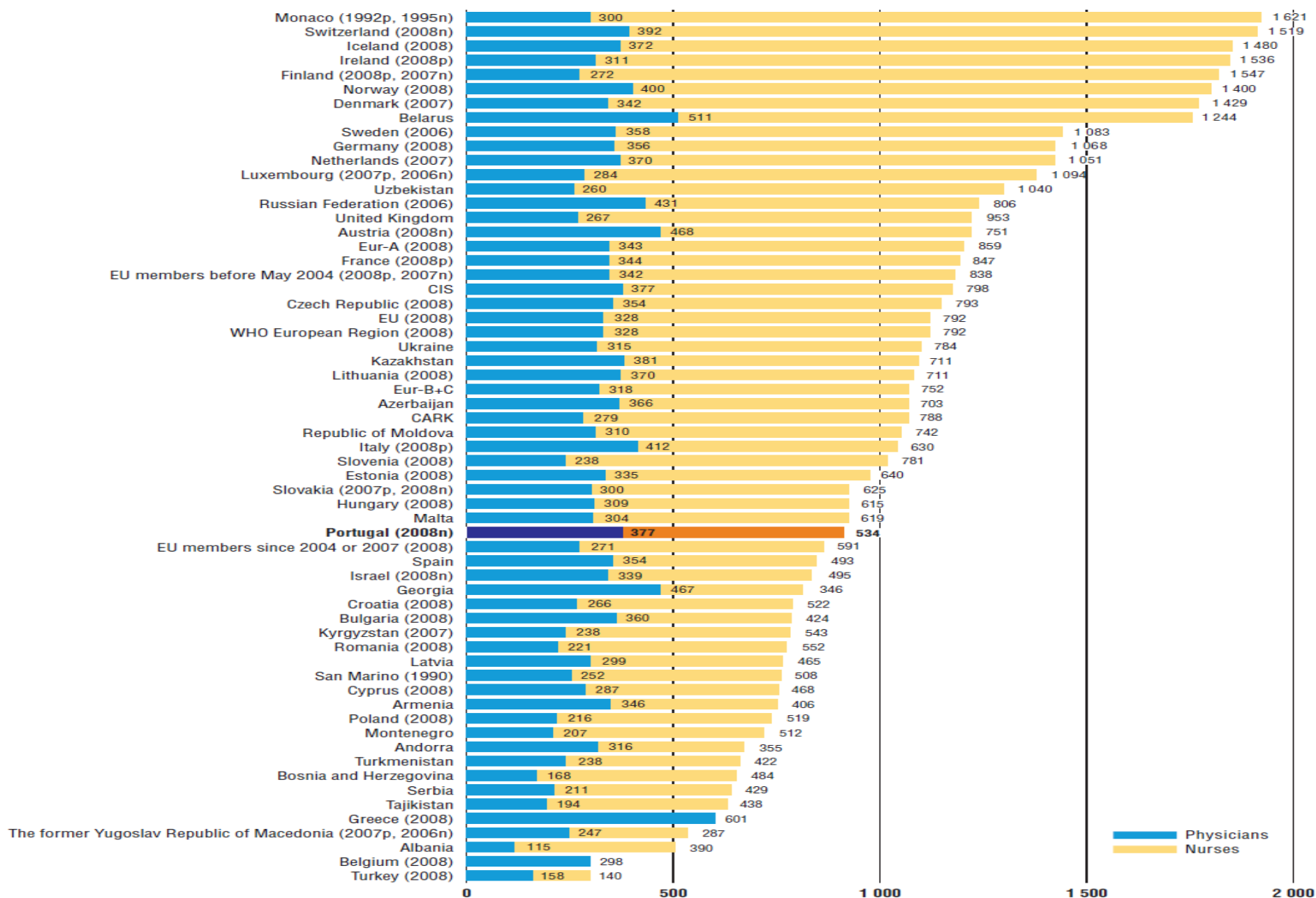
	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Doctors	28 016	29 353	32 498	36 183	36 924	37 904	38 932
Dentists	667	1 411	3 321	5 056	5 665	5 629	6 033
Orthodontists	375	341	293	384	374	374	374
Nurses	28 154	34 225	–	48 155	50 955	54 079	56 079
Pharmacists	5 438	–	8 056	9 494	10 091	10 117	10 729

Source: INE, 2009d.

Note: Data are also available at <http://www.pordata.pt/>.



Number of physicians and nurses per 100 000 population in the WHO European Region, 2009 or latest available year



PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
5. Acesso aos serviços de Saúde

**Questões
Políticas**

Principais resultados

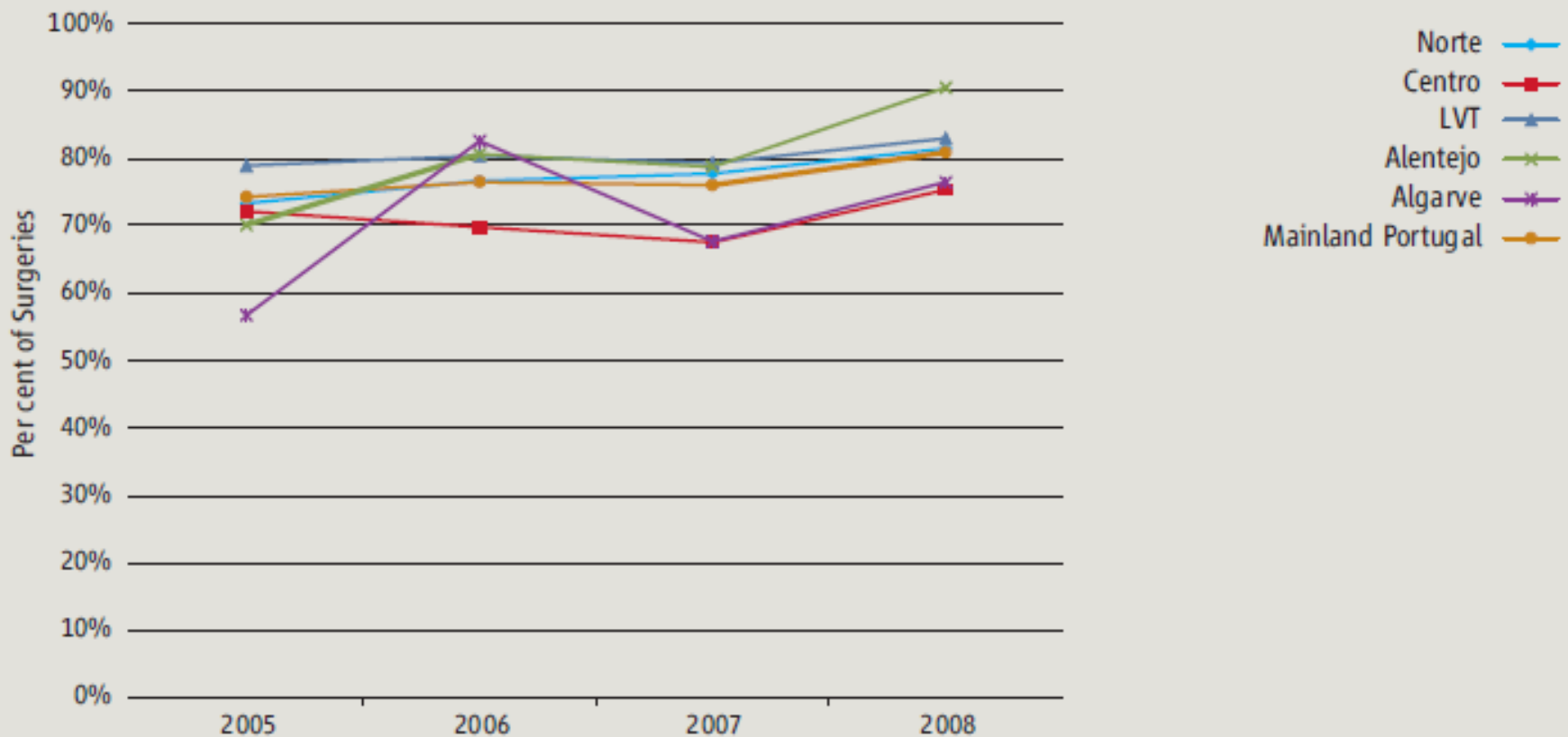
Há problemas com o planeamento que levem a tempo de espera inaceitável?	% de cirurgias realizadas dentro do prazo previsto. Aumentou de 75% em 2005 para 80% em 2008. A melhoria ocorreu em todas as regiões e teve menor variabilidade inter-regional em 2008.
	Espera de mais de 120 dias por um procedimento cirúrgico. Redução no mesmo período de tempo.
Os indivíduos acedem aos serviços no nível apropriado?	Acesso aos serviços de urgência para consultas de ambulatório. Caiu de 0,75 (2004) para 0,63 (2008). Declinou significativamente no norte e centro embora tenha mantido ou subido noutras zonas.
	Taxa de vacinação (imunização) com influenza em >65 anos. Aumento sustentado de 2004 (40%) para 2008 (>50%). 12ª < 15 EU em 2007

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

5. Acesso aos serviços de Saúde

Percentage of surgical interventions completed within established target waiting times, mainland Portugal and regions, 2005–2008



Source: SIGIC database (37).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

6. Qualidade, segurança e resultados dos serviços de Saúde

Questões Políticas

Principais resultados

Há desenvolvimento e implementação das melhores guidelines?	Taxa de partos por cesariana. Aumentou de 30% em 2000 para 35% em 2007. No privado a taxa é o dobro da no SNS. Em 2007 foi 2ª mais alta 15 EU e em o dobro do limite estabelecido pela OMS (15%)
	Desenvolvimento e implementação de guidelines na prática clínica. Sem informação disponível.
Os cuidados de saúde são entregues de forma segura aos pacientes?	Desenvolvimento de úlceras dérmicas em doentes acamados. 22% em 2008. Variação desde 11-13% no Norte e Algarve, a 34% em LVT e Alentejo.
	Taxa de quedas em organizações de cuidados continuados. 16% em 2008. Variação desde 11% em LVT a 22% no Alentejo.

Os serviços de saúde parametrizam os resultados clínicos?

Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos após diagnóstico de cancro (susceptíveis de intervenção). Entre 1992 e 2000, no cancro da mama aumentou de 72% para 83%, no cancro do colo do útero aumentou de 57% a 60%, para o cancro colo-retal aumentou de 47% para 54%. Taxas de sobrevivência do cancro da mama nos 15 EU variam 76%-86% e do cancro colo-retal entre 52 e 62%.

Taxas de fatalidade hospitalar 30 dias após EAM (enfarte agudo miocárdio). Melhorou de 14% em 2000 para 10% em 2008. Dados de 2005 indicam ser uma das mais altas dos 15 EU.

Taxa geral de admissão hospitalar de condições crónicas tratáveis em ambulatório. Aumentou de 466 por 100 000 hab. em 2000 para 498 em 2008. O decréscimo de taxas de angina, asma e hipertensão foi ultrapassados por taxas de DPOC e diabetes. Mais baixas no Norte (415) e mais altas no Centro (692). 2007, comparação com 15 EU, Portugal tinha as taxas mais baixas de DPCO, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão, mas a 2ª mais altas de amputações de membros pela diabetes.

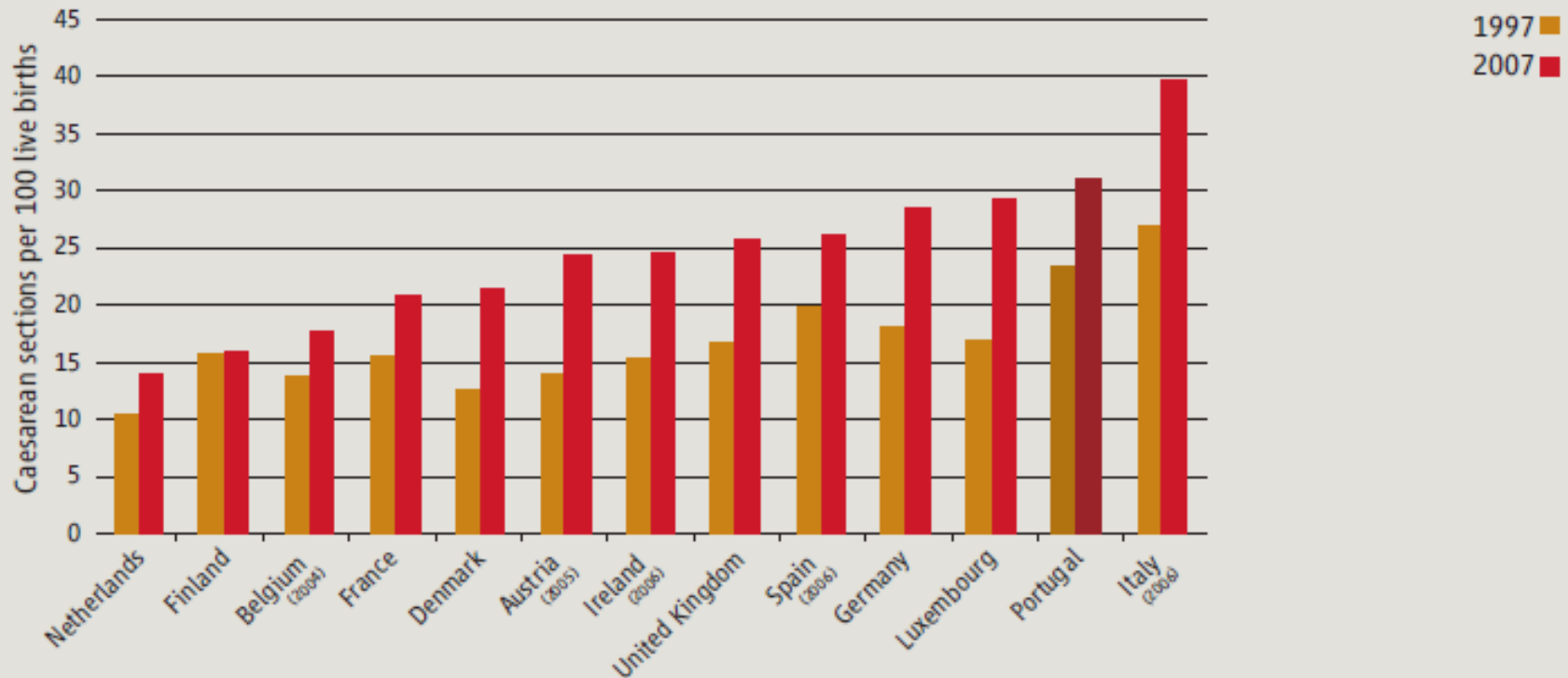
Número de casos reportados de sífilis congénita. Infecção grave, passível de fatalidade e tratável. Desceu de 47 em 2000 para 14 em 2008.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

6. Qualidade, segurança e resultados dos serviços de Saúde

Number of caesarean section deliveries per 100 live births, 1997 and 2007, EU 15 countries



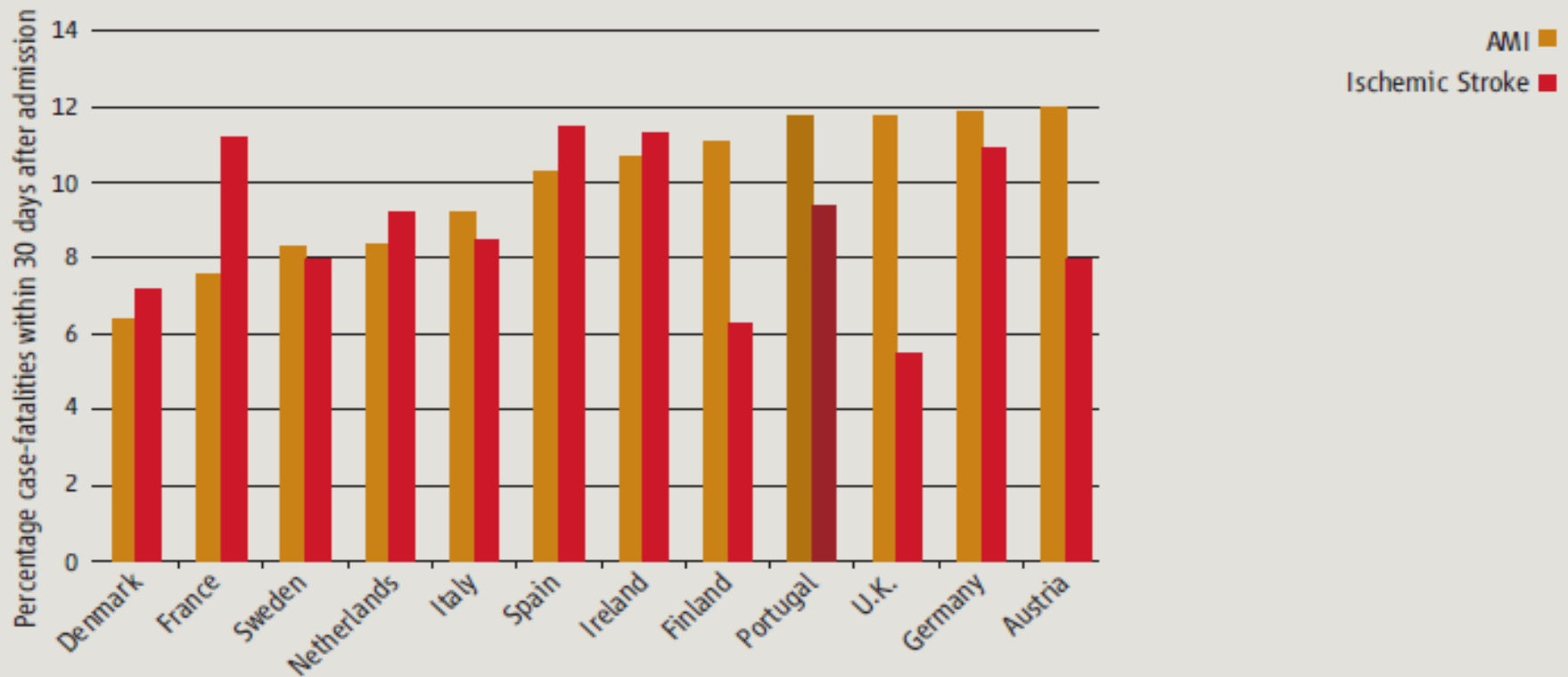
Source: OECD (2).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

6. Qualidade, segurança e resultados dos serviços de Saúde

Thirty-day fatality rate following hospital admission for AMI and ischaemic stroke, EU 15 countries, 2005 or most recent year



Source: OECD (13).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

Acessibilidade e elevada qualidade dos serviços de Saúde

Políticas de Saúde a aplicar?

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

6ª sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



PNS 2004-2010



PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

Questões Políticas

Principais resultados

Como está o padrão de despesa a mudar?	Total de despesa corrente com a saúde em % do PIB. Aumentou de 8,5% em 2000 para 9,5% em 2007. Tem aumentado consistentemente desde 5,3% do PIB, em 1980. Em 2007, era a 5a maior 15 EU.
	Total de despesa em saúde per capita. Aumentou de 1012€ em 2000 para 1440€ em 2007 (>42%). Aumento semelhante nos 15 EU no mesmo período.
	% de despesa pública com a saúde do total de despesa com a saúde. Entre 2000 e 2007, decresceu de 73% para < 70%. Dos 15 EU apenas a Grécia tinha valor menor, de 62%. Com excepção da Alemanha e Suécia (partiram com 80% despesa pública), todos os outros países aumentaram este indicador neste período.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

Os recursos investidos no SS são alocados da forma mais custo-efetiva?	% da despesa alocada aos cuidados primários. Não aumentou desde 2001. A despesa pública com cuidados primários até decresceu mas manteve-se no geral por aumento do investimento por parte do setor privado.
Quão efetiva é a despesa no alcance de resultados em saúde?	Taxa de mortalidade relacionada com os cuidados de saúde ou com intervenções de promoção da saúde. Decresceu 25% de 2000 a 2007, período em que a despesa per capita aumentou 42%.

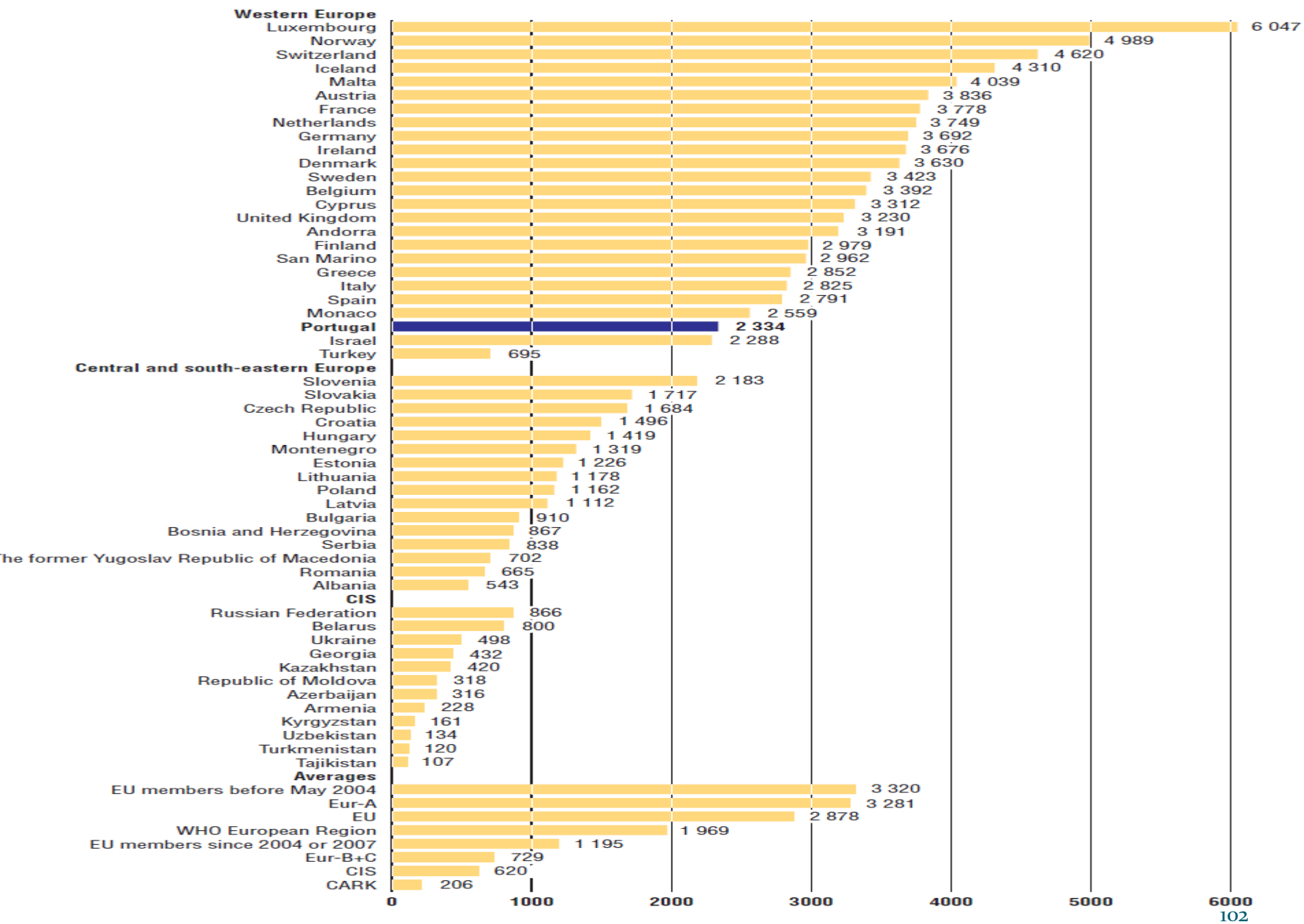
PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

Quadro 1 - Evolução da dotação do OE para o SNS e em % do PIB

Anos				Var %		PIB		Peso (%) DI / PIB
				D.Inicial n / n-1	D.Inicial n / D.Final n-1	Milhões €	Var % / n-1	
	Dotação Inicial Milhões €	Dotação Final Milhões €						
2005	5.834,0	7.634,0	(c)	3,1%	-22,3%	153.728,4	...	(f) 3,8%
2006	7.636,7	(a) 7.631,9		30,9%	0,0%	160.273,5	4,3%	4,8%
2007	7.674,8	(b) 7.673,4		0,5%	0,6%	169.319,2	5,6%	4,5%
2008	7.900,0	7.900,0		2,9%	3,0%	171.983,1	1,6%	4,6%
2009	8.100,0	8.200,0	(d)	2,5%	2,5%	168.586,6	-2,0%	4,8%
2010	8.698,7	8.698,7	(e)	7,4%	6,1%	172.798,6	2,5%	5,0%
2011	8.100,0	...		-6,9%	...	168.900,0	-2,2%	(g) 4,8%
2012	7.525,1	...		-7,1%	...	165.859,8	-1,8%	(g) 4,5%

Health expenditure in US\$ PPP per capita in the WHO European Region, 2008



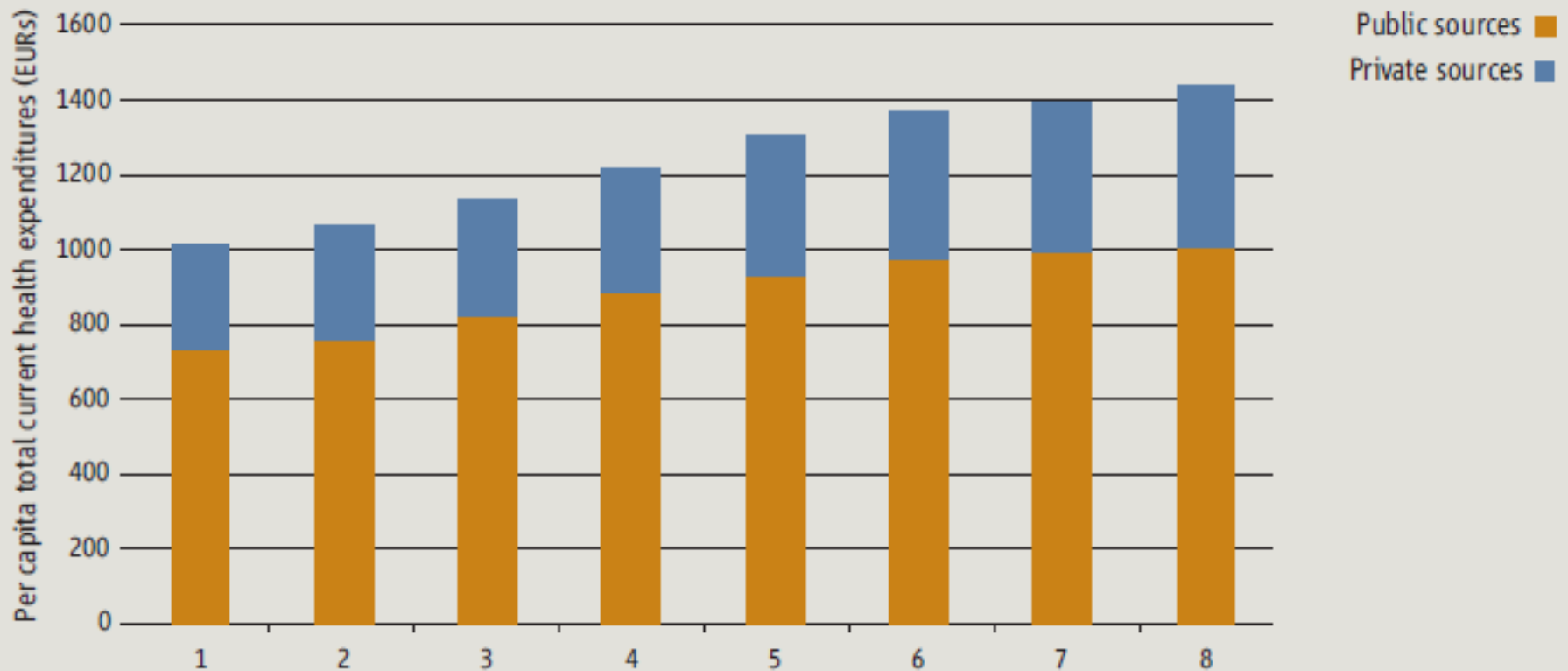
Source: WHO Regional Office for Europe, 2011.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

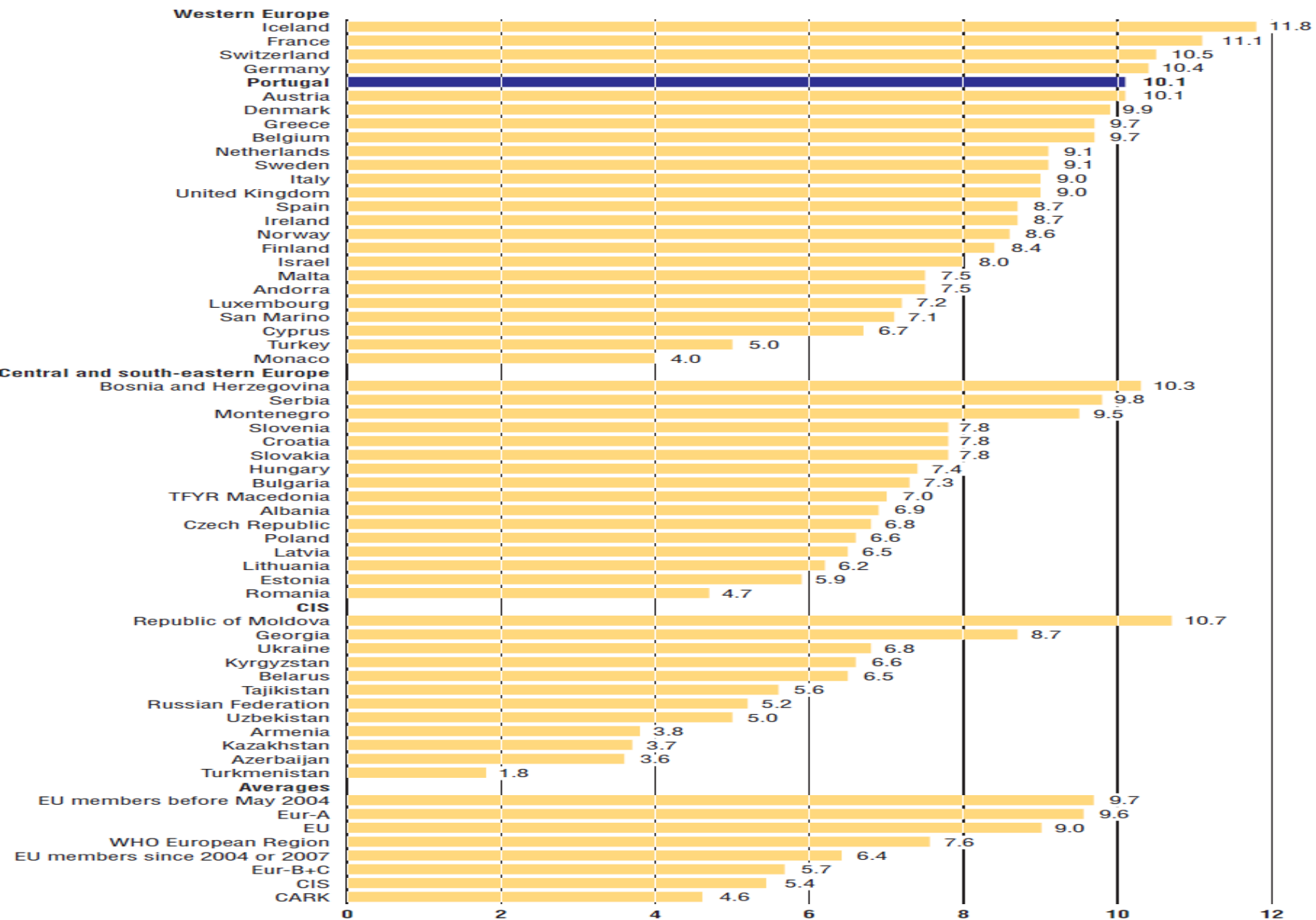
7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

Per capita total health care expenditure, 2000–2007, by source



Source: National Statistics Institute (48).

Health expenditure as a share (%) of GDP in the WHO European Region, 2008



Source: WHO Regional Office for Europe, 2011.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

ORIGEM DE FUNDOS DO SNS (universo real)

Unidade: € Milhões

ORIGEM DE FUNDOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura
Saldo de Gerência do SNS	14,6	0,17%	13,7	0,17%	265,6	3,28%	290,5	3,50%	291,8	3,36%	266,1	2,88%
Financiamento do OE	5.834,0	68,82%	7.631,9	97,24%	7.673,4	94,77%	7.900,0	95,09%	8.200,0	94,30%	8.698,7	94,01%
Transf. dívida SSP Saúde	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	150,0	1,62%
Orçamento Rectificativo do OE	1.800,0	21,23%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Empréstimo DGT	800,0	9,44%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Receitas de Capital	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	100,3	1,15%	1,7	0,02%
Outras Receitas Cobradas *	29,0	0,34%	202,8	2,58%	157,9	1,95%	117,0	1,41%	103,7	1,19%	136,8	1,48%
Total SNS	8.477,6	100,00%	7.848,4	100,00%	8.096,9	100,00%	8.307,5	100,00%	8.695,8	100,00%	9.253,3	100,00%

* inclui receitas provenientes dos Jogos Sociais, Convenções Internacionais, etc.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

APLICAÇÃO DE FUNDOS DO SNS (universo real)

Unidade: € Milhões

APLICAÇÃO DE FUNDOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura
ARS - Cuidados Saúde Primários	3.524,9	44,83%	3.405,3	44,91%	3.220,4	41,25%	3.414,5	42,60%	3.524,9	41,82%	3.742,7	40,89%
Cuidados Hospitalares e ULS	4.097,7	52,11%	3.932,7	51,86%	4.347,5	55,69%	4.297,2	53,61%	4.516,9	53,58%	5.067,3	55,35%
Hospitais/ULS EPE e SPA (1)	3.928,5	49,96%	3.762,1	49,61%	4.164,9	53,35%	4.098,6	51,13%	4.375,2	51,90%	4.863,4	53,13%
HH PPP (2)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	3,6	0,05%	4,7	0,06%	78,4	0,93%	145,9	1,59%
Outros Contratos Plurianuais (3)	169,2	2,15%	170,6	2,25%	179,0	2,29%	193,9	2,42%	63,3	0,75%	58,0	0,63%
Cuidados Continuados (4)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	18,6	0,24%	29,4	0,37%	104,6	1,24%	76,9	0,84%
PPP Centro Atendimento do SNS (5)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	12,2	0,15%	14,9	0,18%	15,0	0,16%
Outros (6)	240,8	3,06%	244,7	3,23%	219,8	2,82%	262,4	3,27%	268,4	3,18%	252,3	2,76%
Total SNS	7.863,4	100,00%	7.582,7	100,00%	7.806,3	100,00%	8.015,7	100,00%	8.429,7	100,00%	9.154,2	100,00%

(1) Inclui H Psiquiátricos.

(2) Hospitais em Parceria Público Privada (PPP) financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas: CMR Sul (desde 2007), Hospital Braga e Hospital Cascais (desde 2009).

(3) Financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas: Hospital da Cruz Vermelha, Hospital da Prelada e Hospital Fernando Fonseca (até 2008).

(4) Financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas.

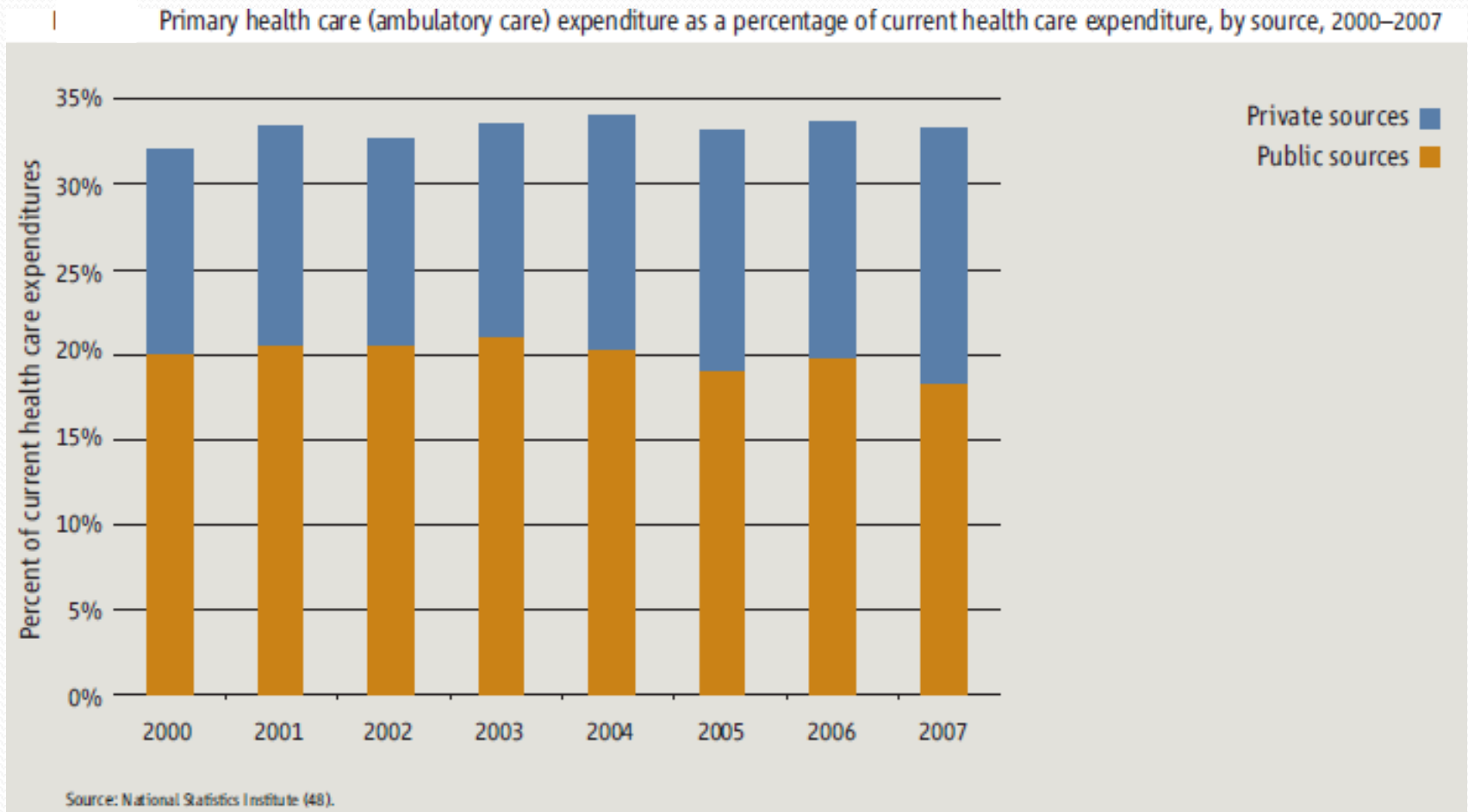
(5) Financiado através de transferências específicas para a DGS.

(6) Inclui os outros serviços e fundos autónomos (INSA, IPS, IGIF/ACSS e Centros de Histocompatibilidade), transferências p/IPSS, Convenções Internacionais, Protocolos com Subsistemas de Saúde (SAMS, PT,CTT),etc.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS



PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

7. Padrões de despesa e de sustentabilidade financeira do SS

Resultados líquidos das EPE (universo comparável*) 2005 / 2010

	Resultados líquidos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Proveitos Totais	4.805.978.690	4.315.495.519	4.598.713.068	4.693.816.781	5.024.578.921	5.065.741.015
Custos Totais	4.661.185.667	4.667.521.114	4.723.597.113	4.923.006.543	5.291.943.501	5.381.480.634
Total Resultado Líquido	143.229.078,99	-354.472.571,92	-134.020.813,09	-239.966.454,28	-277.149.290,92	-325.587.181,62

* projectam-se retrospectivamente os proveitos, custos e RL das 42 EPE existentes em final de 2010, independentemente do momento em que foram constituídas como EPE.

Fonte: ACSS.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

8. Sustentabilidade não financeira do SS

Questões Políticas

Principais resultados

O Sistema é apropriado para cuidados de alta qualidade e para a cobertura das necessidades da população?	Densidade de médicos por 1000 habitantes. Aumentou de 2,8 em 1990 para 3,6 em 2007. Contudo, o rácio de clínicos gerais é muito baixo comparado com o de especialistas.
	Densidade de enfermeiros por 1000 habitantes. Aumentou de 3,6 em 2000 para 5,3 em 2008. Contudo, a taxa de 5,1 em 2010 era bastante abaixo dos outros países da EU.
	Rácio de enfermeiros face a médicos no ativo em hospitais. Era 1,5 em 2007 e inalterável desde 2000. Elevada variabilidade entre regiões: de 2,6 no Alentejo a 1,2 no norte, em 2007. De entre os 15 EU, apenas a Grécia tem um rácio tão baixo de enfermeiros.
A inovação tecnológica está a ser usada de forma eficiente?	N.º de equipamentos de ressonâncias magnéticas por 1.000.000 habitantes. Passou de 4 para 9 entre 2003 e 2007. Valor na média dos 15 EU.
	N.º de equipamentos de tomografias computadorizadas por 1.000.000 habitantes. Duplicou de 13 para 26 entre 2003 e 2007. Valor na média dos 15 EU.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

8. Sustentabilidade não financeira do SS

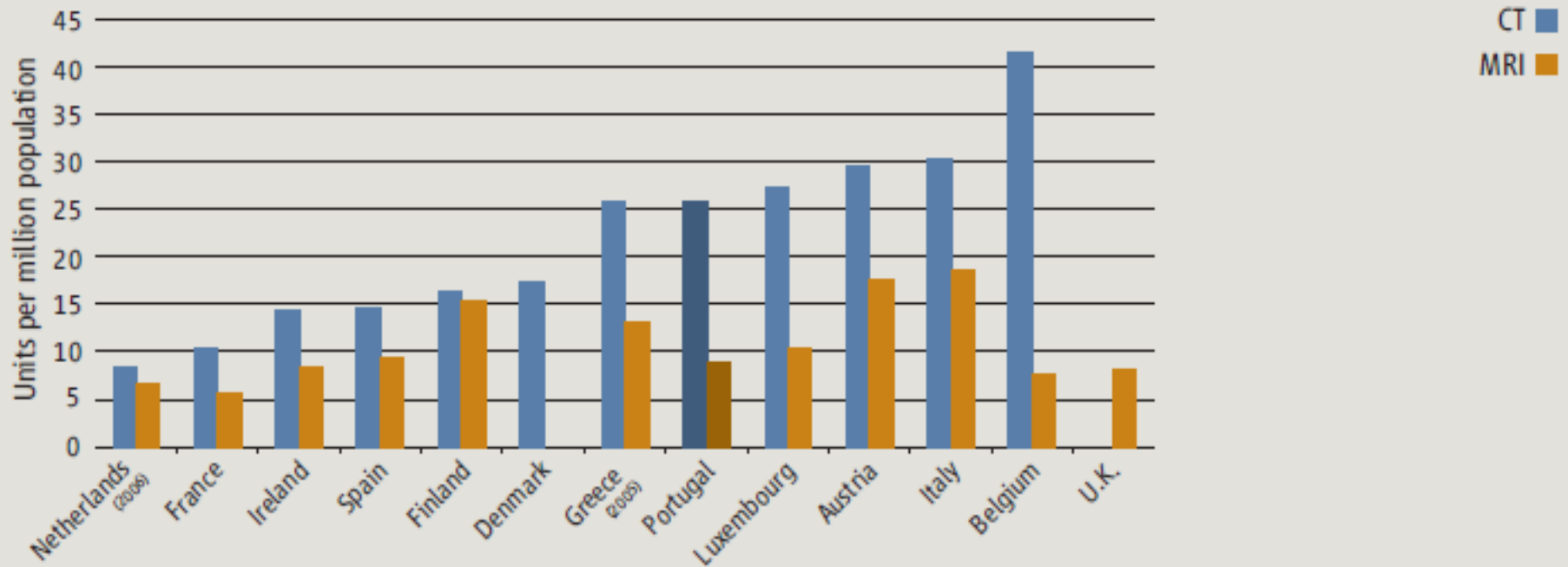
Os fármacos estão a ser usados de uma forma efetiva?	Despesa per capita com medicação. Aumentou de forma consistente desde 2004 de 300€ para 330€, em 2008. Este aumento (10%) esteve no aumento médio dos 15 EU.
	% de genéricos no mercado farmacêutico. Aumentou de 1,8% (2002) para 18,6% (2008). O consumo de cefalosporinas face ao total de antibióticos consumidos decresceu de 12,6% para 9,4%; e o consumo de ansiolíticos, sedativos, antidepressivos por habitante por dia, aumentou 31,6%, no mesmo período.
A informação disponível de recursos em saúde é suficiente para a tomada de decisão política e para planeamento?	Sem indicador quantitativo. Analistas de políticas de saúde e entrevistas com os decisores mostraram que o sistema de gestão da informação em saúde está fragmentado, dificultando o acesso a informação para tomada de decisão por parte de prestadores e políticos.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

8. Sustentabilidade não financeira do SS

MRI and CT scan units per million population, 2007 or latest available year, EU 15 countries



Source: OECD (2).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011
Sustentabilidade e eficiência do SS

Políticas de Saúde a aplicar?

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

9. Proteção contra risco social e financeiro

Questões Políticas

Principais resultados

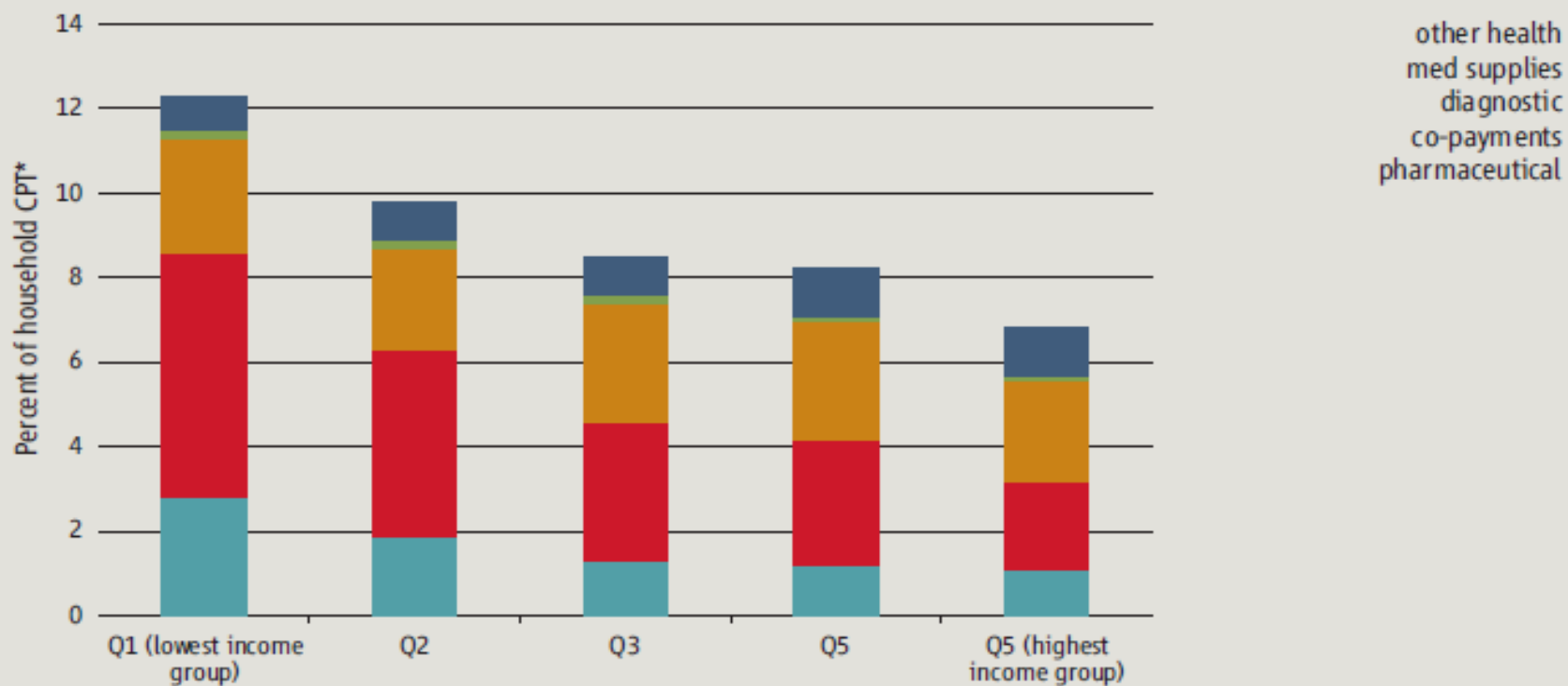
O Sistema de Saúde protege contra o risco financeiro da doença?	Desembolso de recursos próprios (out-of-pocket payment) para cuidados de saúde e medicação. Compreendeu 8% do total de despesa (exceção da comida) em 2005/2006. No quintilo mais baixo de rendimento chegou aos 12%; 23% das pessoas reportaram gastar mais de 20% da sua capacidade de pagar em serviços de saúde e 8% reportou gastar mais de 40%. No quintilo mais alto, menos de 8% gasta mais de 20%.
---	---

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

9. Proteção contra risco social e financeiro

Out-of-pocket payments as a percentage of capacity to pay (non-food expenditures), by income quintile, 2005/2006



Source: National Statistics Institute (48).

PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
10. Equidade Financeira

**Questões
Políticas**

Principais resultados

O Sistema é justo e equitativo?	Desembolso de recursos próprios privados (OOP P) como percentagem da despesa total em cuidados de saúde. Dos 20% aos 23%, desde o final dos anos 90. Nos 15 EU têm taxas abaixo dos 17%. A OMS propôs uma taxa menor que 15%.
	Despesa total privada em saúde como percentagem da despesa total em saúde. Esteve no 1º terço dos 15 EU, variando entre 27-29%, comparado com 23% dos 15 EU, em 2005.
Qual a extensão da cobertura em planos de seguros privados?	Cobertura com seguros de saúde. 18% da população tem duplicação da cobertura por motivos laborais (acesso mais rápido e facilitado - inequidade).

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

10. Equidade Financeira

Funding mix for the health system (%), 2000–2008 (selected years)

	2000	2005	2006	2007	2008
Public funding	68.8	68.9	66.9	66.6	65.6
Private funding	31.2	31.1	33.1	33.4	34.4
of which					
Non-profit-making institutions serving families	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
VHI	11.3	14.2	14.4	14.0	15.0
OOP payments	86.4	84.1	83.9	83.9	83.4
Other private funding	1.8	1.4	1.3	1.3	1.4

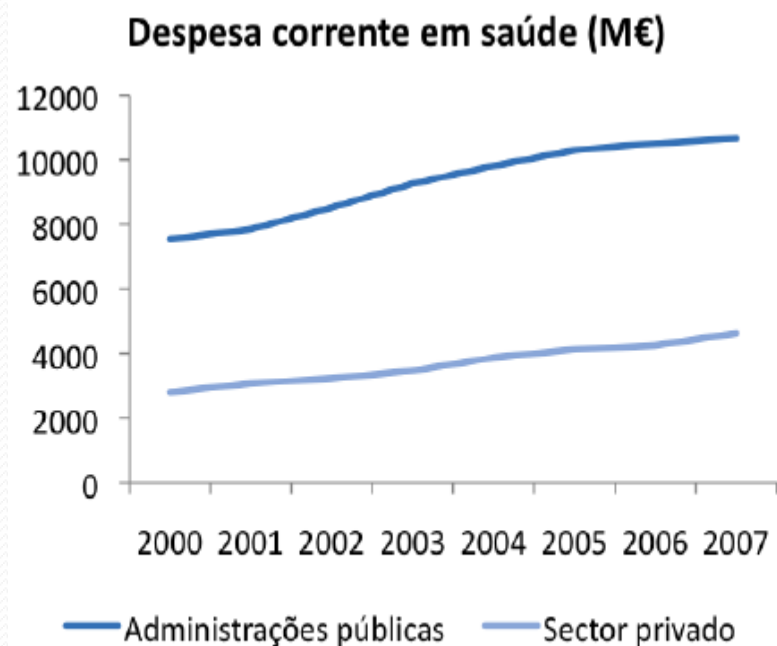
Sources: INE, 2010; Ministry of Finance & Ministry of Internal Affairs (2000–2008).

Note: Data are also available at <http://www.pordata.pt/>.

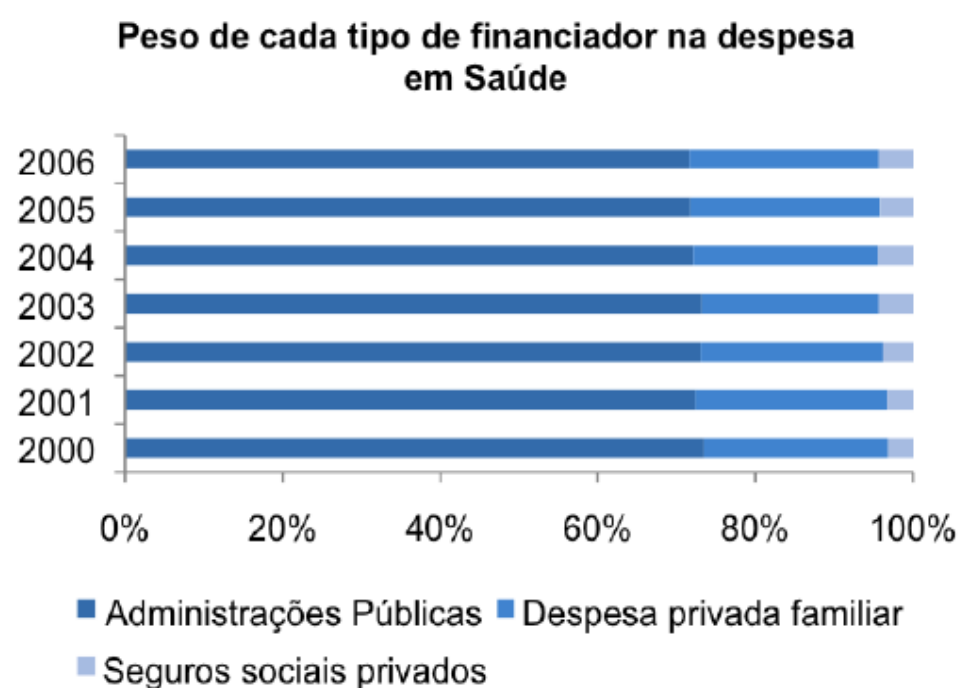
PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

10. Equidade Financeira



Fonte: Pordata; fonte de dados: INE – Conta Satélite da Saúde



Fonte: Pordata; fonte de dados: INE – Conta Satélite da Saúde

PNS 2004-2010

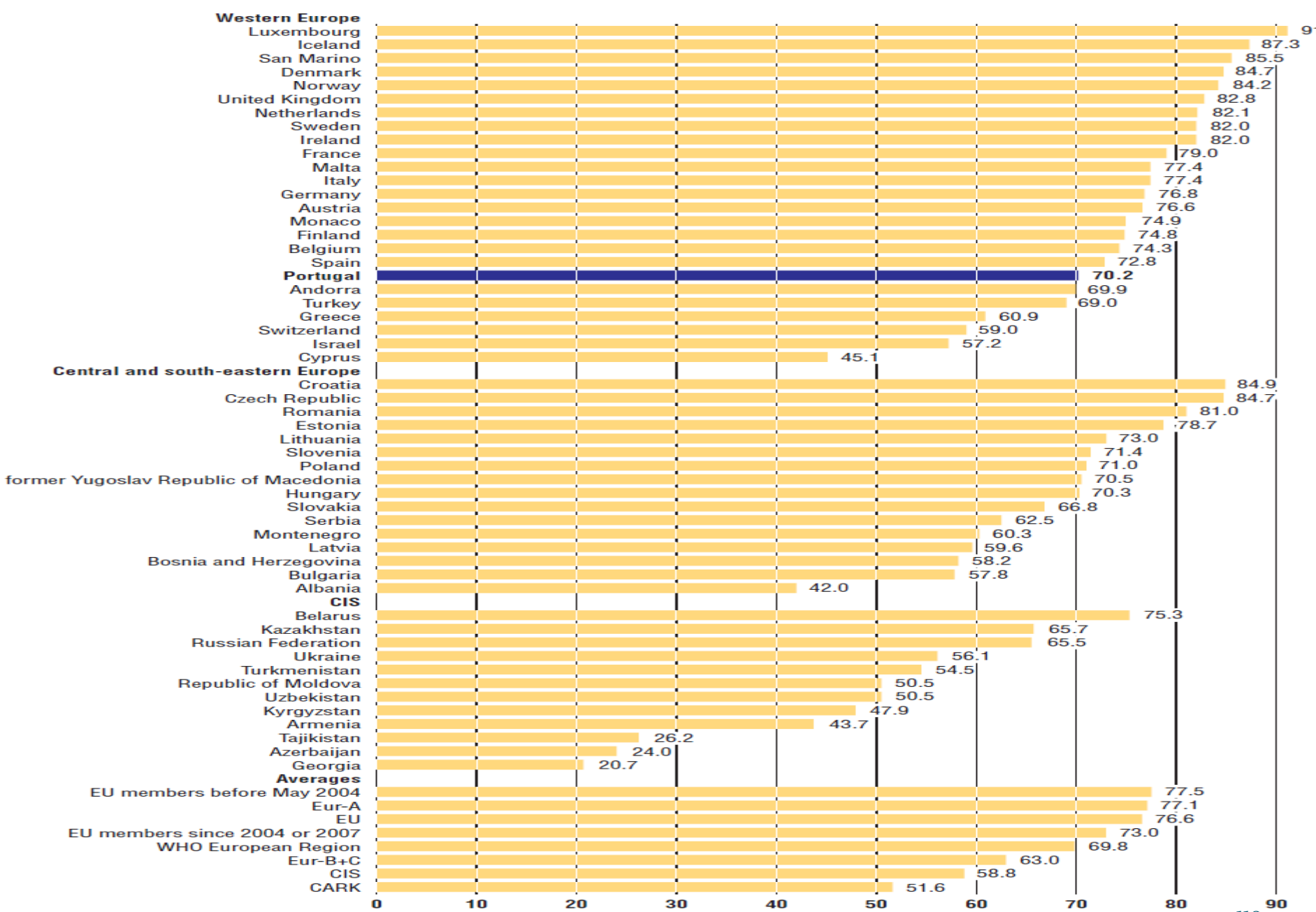
Avaliação pela OMS, 2011

10. Equidade Financeira

Total private and out-of-pocket expenditure as a percentage of total health care expenditures, Portugal and EU 15 average, 1998–2005



Public sector health expenditure as a share (%) of total health expenditure in the WHO European Region, 2008



Source: WHO Regional Office for Europe, 2011.

PNS 2004-2010

Avaliação pela OMS, 2011

11. Inequidade no acesso aos serviços de saúde

Questões Políticas

Principais resultados

Os métodos de financiamento do sistema de saúde influenciam a utilização de serviços de saúde?

Nível de inequidade no número de visitas ao médico. Em 2002, Portugal tinha o 2º nível mais alto de 13 dos 15 EU; se apenas considerarmos especialistas, o nível de inequidade é o maior. O nível de rendimento foi considerado o maior fator responsável.

PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
12. Eficiência do SS

Os serviços de saúde estão a ser realizados de forma mais eficiente?	Estadia média no hospital. Desceu de 2000 a 2003 (7 dias) mas aumentou de 2003 a 2008 (7,3 dias). A redução no tempo de estadia foi menor que na maior parte dos 15 EU. Em 2007 era a 5a maior e em 1995 estava na média.
	% de procedimentos selecionados praticados numa base de cirurgia diária. Aumentou de 0% (2000) para 80% para cirurgias às cataratas e mais de 20% para angioplastias e tonsilectomias.

PNS 2004-2010
Avaliação pela OMS, 2011
Equidade e eficiência

Políticas de Saúde a aplicar?

PNS 2004-2010

Problemas detectados pela OMS, 2011 Opções políticas

1. Elevado número de indicadores não hierarquizados e pouco controlados
2. Não tem em consideração a distribuição dos ganhos em saúde por grupo socio-económico, faixa etária, sexo, distribuição geográfica e nível de educação.
3. Falta de estratégia e de indicadores para reduzir inequidades
4. Alternativas de financiamento do e da sustentabilidade do SNS.

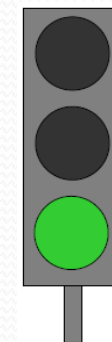
PNS 2004-2010

Problemas detectados pela OMS, 2011

Opções políticas

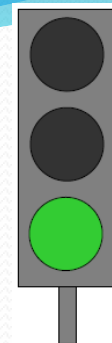
6. Estratégia limitada para a sustentabilidade dos recursos humanos na saúde.
7. Estratégias de qualidade e de segurança dos serviços públicos.
8. Falta de dados para controlo da performance (dos 122 indicadores, 84 eram regularmente monitorizados mas apenas 64 tinham significado estatístico).
9. Desarticulação entre estratégia, decisão e implementação do plano e incentivos (co-responsabilização local/profissional e agregação do sistema)

Avaliação de indicadores 2004-2010



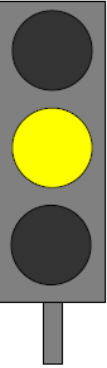
Indicadores que Atingiram/Ultrapassaram a Meta	2001	2008	Meta
Taxa de mortalidade fetal por 1000 nascimentos	5,7	3,2	5
Taxa de mortalidade perinatal por 1000 nascimentos	5,4	4	4,2
Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nados vivos	2,8	2,1	2,1
Esperança de vida dos 1 aos 4 anos	76,5	78,2	78
Taxa de mortalidade dos 1 aos 4 anos por 100 000 crianças	37,5	18,2	34,6
Mortalidade dos 5 aos 9 anos por 100 000 crianças	20,4	11	19
Risco de morrer até aos 5 anos	6,2	4	5
Taxa de mortalidade dos 10 aos 14 anos por 100 000 habitantes	24,4	17,6	22,1
Taxa de mortalidade dos 15 aos 19 anos por 100 000 habitantes	58,6	33,2	57
Taxa de mortalidade dos 20 aos 24 anos por 100 000 habitantes	88,9	48,8	86,1
Nascimentos em mulheres adolescentes por 100 nados vivos	5,9	4,2	5
Taxa de mortalidade dos 25 aos 44 anos por 100 000 habitantes	169	112,1	154,4
Taxa de mortalidade dos 45 aos 64 anos por 100 000 habitantes	579,4	507,5	550

PNS 2004-2010



Indicadores que Atingiram/Ultrapassaram a Meta	2001	2008	Meta
TMP por DIC antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	14,9	10,1	11
TMP por AVC antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	17,2	9,9	12
TMP por SIDA antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	10,4	6,8	7
Número de mortes por acidentes de viação	1740	956	1100
TMP por acidentes de viação antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	15,1	7,9	8
Médicos de Medicina Geral e Familiar e Clínicos Gerais por 100 000 habitantes (2007)	54	62,7	60
Dentistas por 100 000 habitantes	35,9	63,9	55,1
Farmacêuticos por 100 000 habitantes	73,1	102,4	83,3
Enfermeiros por 100 000 habitantes	359	524,5	517,3
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	0,6	0,5	0,5
% da despesa total em medicamentos no PIB	2,2	2	2
% da despesa em medicamentos na despesa em saúde	23,9	18,6	19
% de medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos	1,8	18,6	15
% de consumo de cefalosporinas no consumo total de antibióticos em ambulatório	12,6	9,4	10
Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos (2005/2006)	2,95	1,48	1,9

PNS 2004-2010



Indicadores a caminho da Meta	2001	2008	Meta	Ganho
Esperança de vida à nascença	77,1	78,9	81	46,20%
Taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos	4,8	3,3	2,6	68,20%
Esperança de vida dos 15 aos 19 anos	62,8	64,3	65	68,20%
Esperança de vida dos 45 aos 49 anos	34,6	35,6	37	41,70%
Esperança de vida dos 65 aos 69 anos	17,6	18,3	20	29,20%
TMP por cancro da mama antes dos 65 anos por 100 000 mulheres	14,3	11,8	10	58,10%
% de letalidade intra-hospitalar por DIC (Doença Isquémica do Coração)	6,6	5,8	<5	50,00%
% de letalidade intra-hospitalar por AVC	14,5	14,8	<13	28,00%
Taxa de incidência de sífilis congénita por 100 000 nados vivos	21	14,1	0	32,90%
Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool	750	285	0	62,00%
Médicos de Saúde Pública por 100 000 habitantes	4,3	4,5	5,5	16,70%
Consultas com médico de MGF (Medicina Geral e Familiar)/CG por habitante por ano	2,8	2,9	3,1	33,30%
Consultas médicas por habitante por ano: CSP (contrato de prestação serviços médicos) + hospitais (2007)	3,9	4,1	4,5	33,30%
% de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares	24,7	27,4	33	32,50%
Número de doentes saídos por cama hospitalar por ano	37,5	35,5	50	20,30%
Demora média (dias) em internamento hospitalar	7,4	7,9	6	20,80%
% de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório	14,9	12,7	10,6	51,20%

PNS 2004-2010

Indicadores a caminho da Meta

	2001	2008	Meta	Ganho
% de medicamentos órfãos utilizados	ND	57,1	100	22,30%
% de Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar (2006/2007)	96	97	100	25,00%
% de cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (2006/2007)	71	74	90	15,80%
% de cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (2006/2007)	31	38	75	15,90%
% de alunos com PNV actualizado na pré-escola (2006/2007)	82	86	95	30,80%
% de alunos com PNV actualizado aos 6 anos (2006/2007)	90	91	99	11,10%
% de alunos com PNV actualizado aos 13 anos (2006/2007)	78	83	95	29,40%
% de alunos com problemas de saúde especiais resolvidos no decurso do ano lectivo (2006/2007)	53	58	75	22,70%
% de escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente (2006/2007)	64	66	90	7,70%
% de escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos (2006/2007)	18	25	60	16,70%
% de intervenções de promoção da saúde em saúde escolar com orientações técnicas definidas (2004/2005)	20	45	100	31,30%
% de crianças com 6 anos livres de cáries (2005/2006)	33	51	65	56,30%
% de jovens necessitados de tratamento com dentes tratados aos 12 anos (2005/2006)	18	44	60	61,90%

PNS 2004-2010

Indicadores em sentido contrário à Meta	2001	2008	Meta
Nascimentos pré-termo por 1000 nados vivos	5,7	9	4,9
Baixo peso à nascença por 100 nados vivos	7,2	7,7	5,8
Partos por cesariana por 100 partos (2007)	29,9	35,6	24,8
Nascimentos em mulheres com 35 e mais anos por 100 nados vivos	14	19,3	14,6
TMP por cancro do colo do útero antes dos 65 anos por 100 000 mulheres	3,3	2,6	2
TMP por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	8	7,7	6
TMP por suicídio antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	4,9	5,7	2,5
TMP por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos por 100 000 habitantes	12,8	13	11,4
Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no SNS em ambulatório (DDD/1000hab/dia)	115,6	152,1	92,5
% de escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas (2006/2007)	65	56	100





Indicadores Não Monitorizados 2008

- Valor percentual de grávidas que fuma durante a gravidez
 - Valor percentual de mulheres que amamenta em exclusivo até aos 3 meses
 - Valor percentual de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses
 - Valor percentual de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1
 - Taxa de rastreio dos cancros da mama feminina, colo do útero e cólon/recto
 - Valor percentual de sobrevivência aos 5 anos por cancro da mama feminina, colo do útero e cólon/recto
 - Valor percentual de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC ou AVC
 - Valor percentual de referenciação após um episódio agudo de DIC ou AVC a unidades de reabilitação
- Indicadores não monitorizados

PNS 2004-2010

- Taxa de consulta/internamento (depressão)
- Capacidade de reconhecimento da depressão pelos clínicos gerais
- Proporção de custos indirectos e directos na depressão
- Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool
- Taxa de mortalidade bruta por acidentes de viação atribuíveis ao álcool /100 000 indivíduos
- Valor percentual de hospitais que utilizam tableaux de bord para gestão
- Valor percentual de centros de saúde que utilizam tableaux de bord para gestão
- Valor percentual de utentes muito satisfeitos/satisfeitos com o Sistema de Saúde
- *Health impact assessment*
- Valor percentual de cobertura vacinal do pessoal prisional
- Valor percentual de cobertura vacinal dos detidos
- Promoção da saúde mental em ambiente prisional

PNS 2004-2010

Problemas detectados SNS e estratégias para os ultrapassar

1. Falta de estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados;
2. Deficiências da legislação relativamente ao licenciamento de unidades privadas de saúde (UPS), com e sem fins lucrativos (sector social);
3. Insuficiente oferta de cuidados no Centro de Saúde;
4. Carência de cuidados continuados;
5. Deficiências dos cuidados hospitalares;
6. Deficiente desenvolvimento e enquadramento institucional dos Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP);
7. Acesso limitado ao ambulatório e às intervenções cirúrgicas;

PNS 2004-2010

Problemas detectados SNS e estratégias para os ultrapassar

8. Sub-desenvolvimento das aplicações da telemedicina;
9. Assimetrias na acessibilidade às altas tecnologias/ meios complementares de diagnóstico;
10. Deficiências dos serviços laboratoriais;
11. Deficiências no âmbito do medicamento;
12. Carência de Financiamentos estatais para I+D;
13. Colheita insuficiente de sangue;
14. Dificuldades na Transplantação de Órgãos;
15. Escassa cultura de qualidade.

PNS 2004-2010

Problemas detectados SNS e estratégias para os ultrapassar

16. Equidade no acesso

Out-of-pocket payment ou pagamento direto dos cidadãos

- Peso da despesa direta em saúde no orçamento familiar 4,2% (OCDE 3,2%)
- Peso dos pagamentos diretos no total de despesa em saúde 28,7% (OCDE 19,6%)

Dados 2000-2009, OCDE

17. Défice crescente na saúde, cuja despesa cresce em ritmo superior ao do PIB (10,2% PIB Portugal vs OCDE 9,5% PIB) – subfinanciamento crónico da saúde

Licenciatura em Administração de Unidades de Saúde

Políticas de Saúde

7ª sessão

Denise Capela dos Santos

Lisboa, 2014



PNS 2011-2016



Objectivo Geral:

Define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente a coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde, num acto concertado.

Objectivos estratégicos:

- Cidadania em Saúde;
- Equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde;
- Qualidade em Saúde;
- Políticas saudáveis.

ACESSIBILIDADE E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Objectivos

Redução das desigualdades em saúde, com especial atenção aos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis – maior equidade no acesso a cuidados [UK 2000-2004];

Estratégias e Acções

Estabelecimento de padrões para medir o acesso dos cidadãos e fixar tempos de espera – diminuir as variações nos tempos de espera nos diferentes hospitais. [Escócia 2007, The NZ Health Strategy 2000];

QUALIDADE DE CUIDADOS E DE SERVIÇOS

Objectivos

Cuidados centrados no cidadão que sejam efectivos, equitativos e prestados em tempo útil. [Escócia 2007-2017]

Serviços personalizados - corresponder às necessidades e expectativas dos utentes, maior possibilidade de escolha. [UK 2004-2008]

Estratégias e Acções

Gestão personalizada de casos para maior controlo e acompanhamento da doença e redução das admissões hospitalares [UK 2004-2008];

Estabelecimento de indicadores nacionais de qualidade [Estónia 2009-2020, Noruega 2007-2010];

CIDADANIA EM SAÚDE

Objectivos

Maior envolvimento e participação dos cidadãos e dos profissionais no processo de tomada de decisão – *empowerment* e *accountability* [Escócia 2007-2017];

Maior participação - maior legitimidade e confiança no sistema de saúde [Noruega 2007-2010];

Estratégias e Acções

Consulta com o público através de um grupo de utentes e associações de doentes, prestadores de cuidados e seus representantes [Escócia 2007-2017];

POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Objectivos

Informação de qualidade – prestação de cuidados seguros e efectivos e melhoria da eficiência do sistema [Escócia 2007-2017];

Melhoria do ambiente e contexto ocupacional e redução de riscos de saúde para os cidadãos. [Estónia 2009-2020];

Estratégias e Acções

“Estratégia para o Ambiente” com indicações a desenvolver a longo prazo de forma a promover a melhoria da qualidade do ambiente ocupacional e exterior. [exemplo: Estónia 2009-2020];

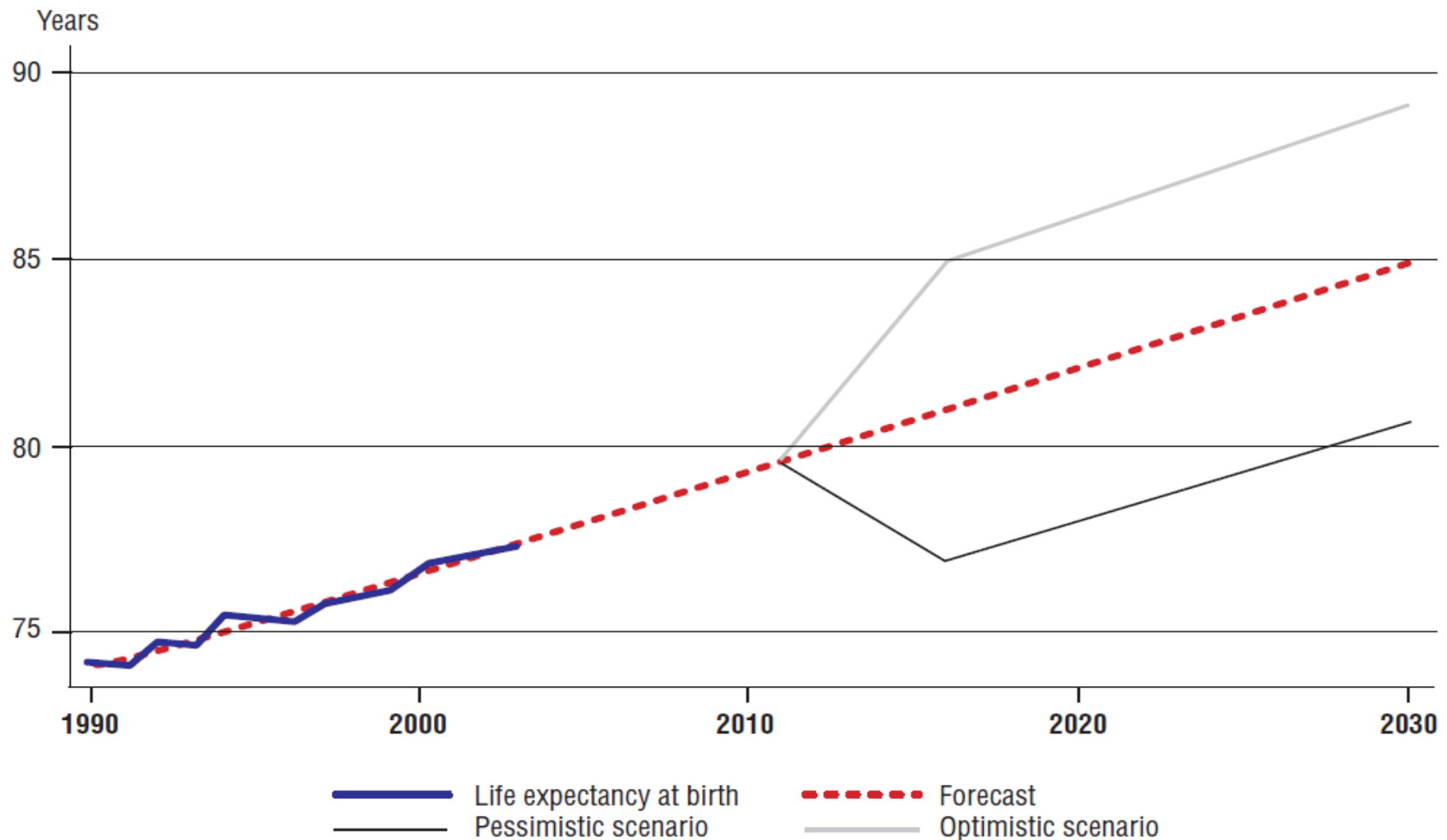
eHealth – sistema de informação, que facilite a prestação de cuidados e a troca de informação entre serviços, profissionais e entre estes e o cidadão [Estónia 2009-2020];



Financiamento da saúde em Portugal

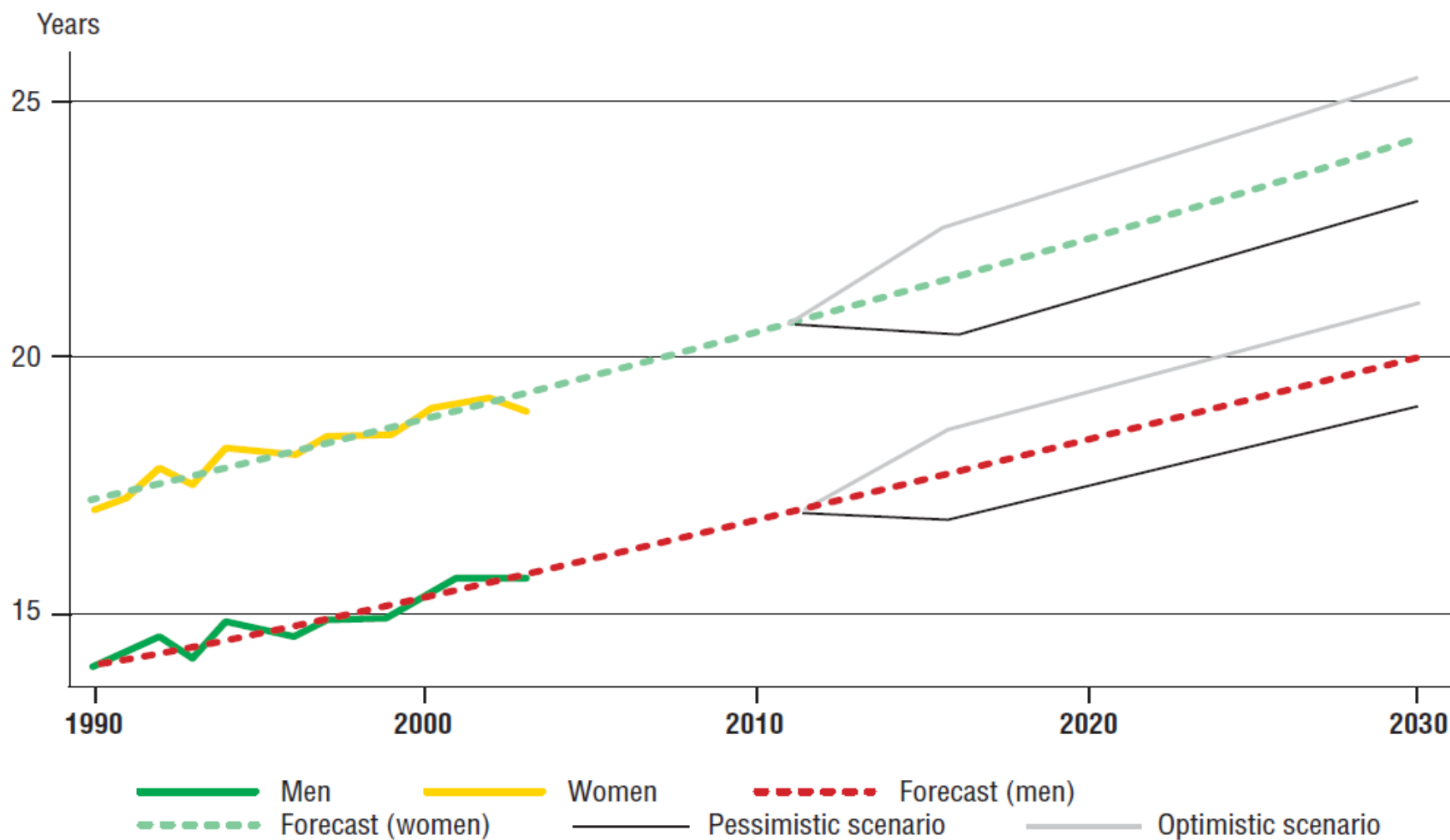
Perspetivas futuras de saúde

Life expectancy at birth – forecast, 1990–2030



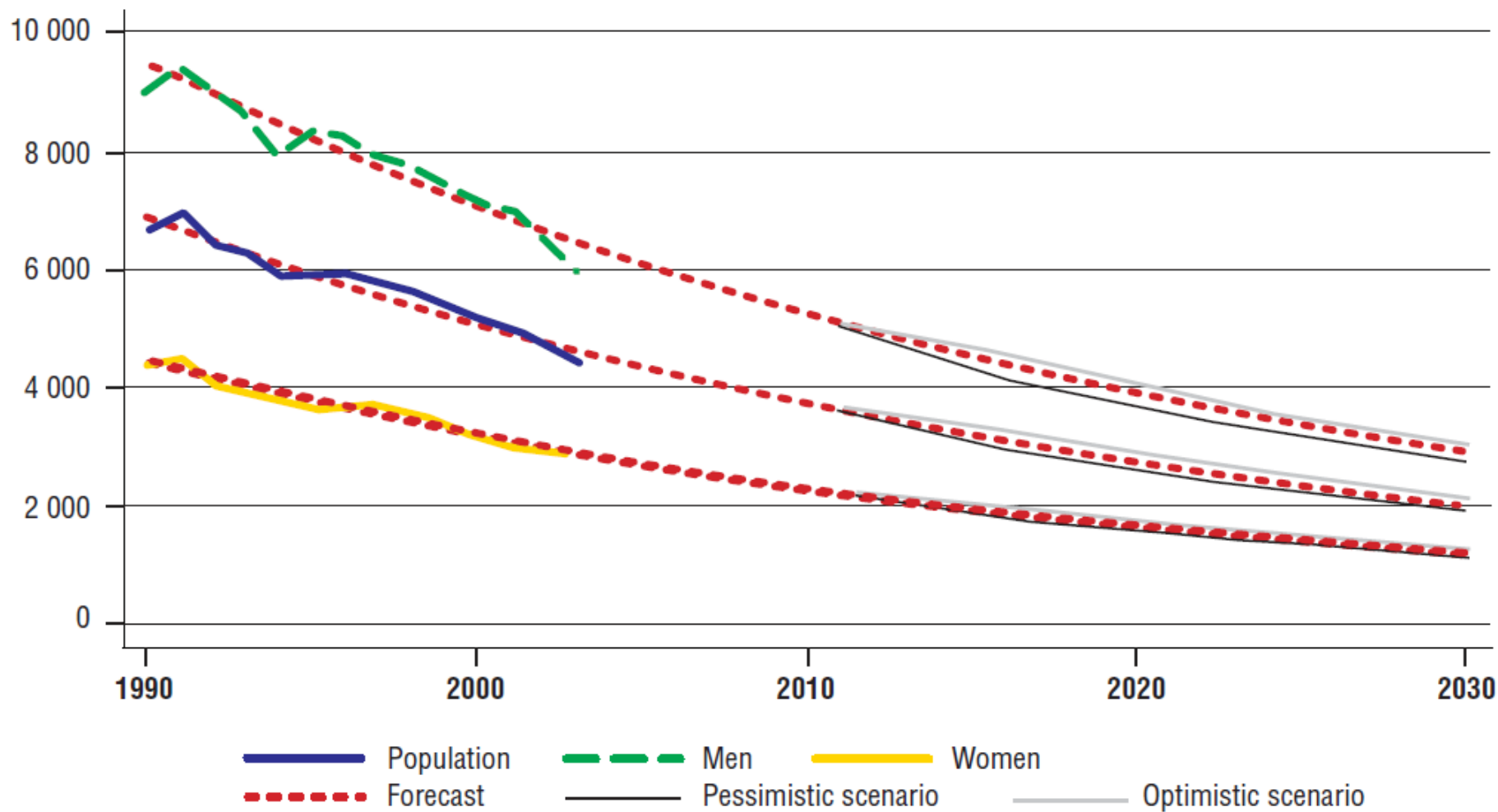
Perspetivas futuras de saúde

Life expectancy at age 65 – forecast, 1990–2030



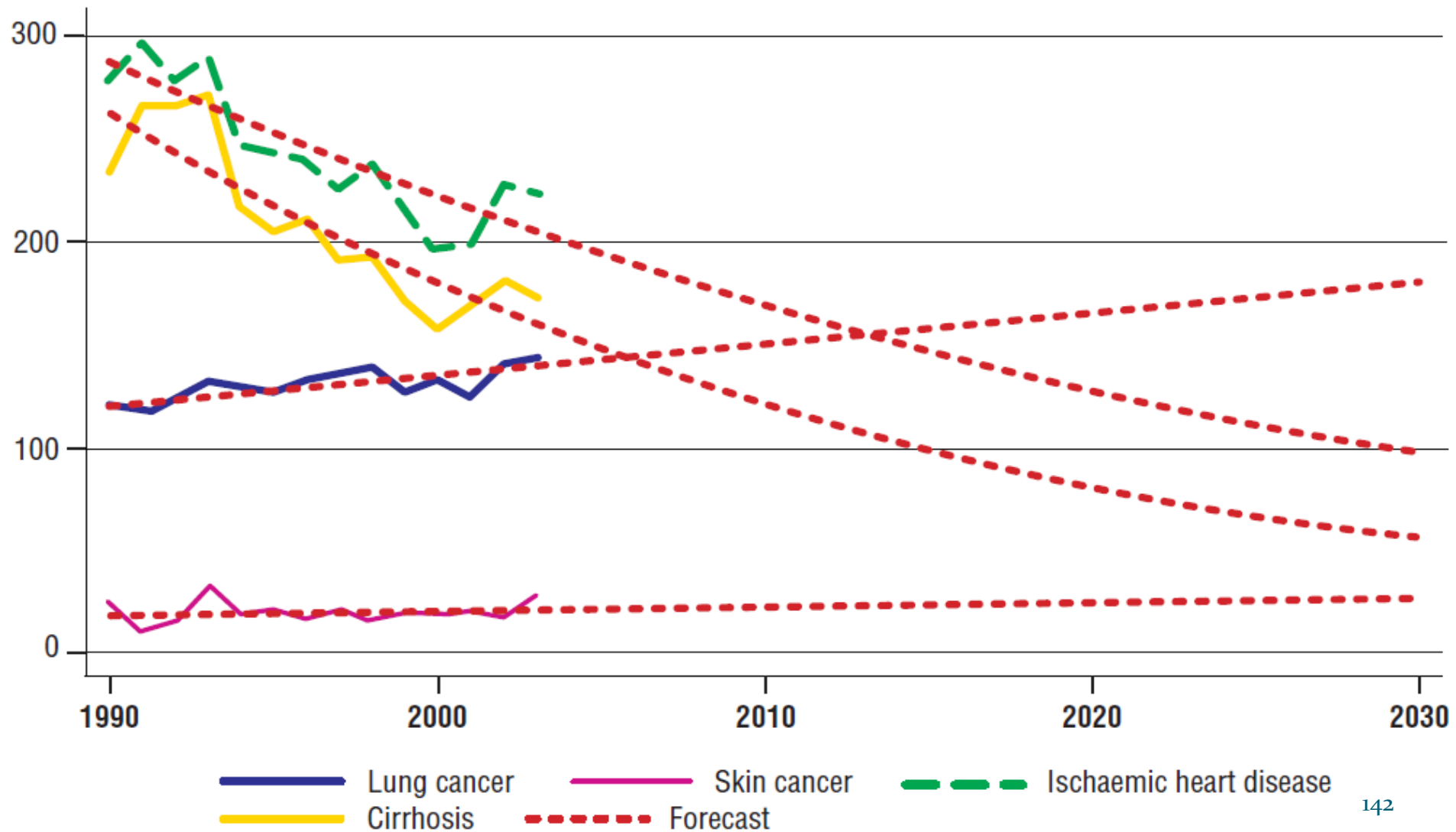
Perspetivas futuras de saúde

PYLL – forecast, 1990–2030



Perspetivas futuras de saúde

PYLL – selected causes, forecast, 1990–2030



Bibliografia

1. Barros, P.; *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*; Edições Almedina; Coimbra, 2009
2. Barros, P.; *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos*; Documento de Trabalho, APES, Lisboa, 2009;
3. Eurobarómetro da Saúde , 2008
4. European Observatory on the Health Systems and Policies, *Health Systems in Transition*, 2011
5. Fernandes, J. E Barros, P.; Um ano depois da Troika na política de saúde, Principia, 2012
6. Henderson, J.; *Health Economics and Policy*; South-Western Cengage Learning; USA; 2008
7. MS, PNS 2004-2010,
8. MS, PNS 2011-2016
9. OCDE, Dados de saúde, 2011
10. OMS, Case Studies on health system performance assessment, 2012
11. OMS, Dados estatísticos , 2010
12. OMS, Health Financial Policy – A guide for decision makers, 2008
13. OMS, Relatório Mundial de Saúde 2010
14. Pereira, J.; *Economia da Saúde-Glossário de termos e conceitos*; APES- Documento de trabalho 1/93, 1993
15. Rodrigues, M. E Silva, P. ; *Políticas Públicas em Portugal*; INCM e ISCTE-IUL, 2012

Endereços electrónicos úteis

PARA DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

- Agency for Healthcare Research and Quality (EUA): www.ahrq.gov
- Centers for Disease Control and Prevention (EUA): www.cdc.gov
- Eurohealth: www.lse.ac.uk/Depts/lse_health
- Food and Drug administration (EUA): www.fda.gov
- Health Care Association of New York: www.hanys.org/resource
- International Agency for Research on Cancer (IARC): www.iarc.fr
- Linha Gripe: www.linhagripe.net
- London School of Economics (RU) www.lse.ac.uk/Depts/lse_health
- National Institutes of Health (EUA): www.nih.gov
- National Library of Medicine (EUA): www.nlm.nih.gov/
- NHS Center for Review and Dissemination: www.york.ac.uk
- Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde: www.observatory.dk
- Observatório Português de Sistemas de Saúde: www.observaport.org
- Organização Mundial da Saúde:
www.OMS.int/entity/en/
www3.OMS.int/OMSSis/menu.cfm
www.OMS.int/health_topics/
www.OMS.int/health-systems-perfomance/
www.OMS.int/library/database/index.en.shtml

- Organização Mundial da Saúde – Europa: www.OMS.dk
 - Organização Pan-Americana de Saúde: www.paho.org
 - Direcção-Geral da Saúde (www.dgsaude.pt)
 - Portal do cidadão (www.portaldocidadao.pt)
 - Portal do cidadão (www.portaldocidadao.pt)
 - União Europeia e Políticas de Saúde:
www.healthsystems.org
www.kingsfund.org.uk
www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting.html
www.stg.nl/publications
cebm.jr2.ox.ac.uk
www.hta.nhsweb.nhs.uk/
www.OMS.int./health-services-delivery/human/workforce/
- Outros endereços para apoio à Decisão Baseada na evidência:
- <http://www.cochrane.org/>
 - <http://www.indigojazz.co.uk/cebm/index.asp>
 - <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>
 - <http://www.nice.org.uk/>
 - <http://ebm.bmjournals.com/>
 - <http://ebn.bmjournals.com/>
 - <http://evidencenetwork.org>
 - <http://www.campbellcollaboration.org/>