

ANÁLISE COMPARADA DAS PROPOSTAS DE POLÍTICAS SOCIAIS APRESENTADAS AOS ELEITORES NAS LEGISLATIVAS DE 2015 - SAÚDE

Fernando Ribeiro Mendes
ISEG/UL

I. Diagnóstico da situação da saúde

1.1. Evolução recente dos principais indicadores disponíveis para o diagnóstico (fonte: ACSS quando não identificada)

Acesso aos cuidados de saúde primários: USF, médicos de família (MdF), consultas médicas

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Nº USF* (Total UF dos ACES)	321 (807)	357 (822)	394 (852)	418 (860)
Utentes sem MdF	1838795	1660609	1332425	1478271
Nº consultas (nº utentes)	30623795 (730587)	29176913 (7042564)	28560964 (7045801)	28726232 (7053513)

*A. Correia de Campos (*Saúde&Preconceito*, Livros Horizonte, 2015, p.56): “Oito anos passados sobre a sua criação, em 2007, as USF acabaram por ficar em 400 unidades, em vez das 700 ou 800 necessárias para atribuir um médico de família a todos os Portugueses. As razões foram várias: falta de médicos e de enfermeiros, com erosão dos respetivos contingentes por passagens à reforma, por vezes antecipada; emigração de muitos profissionais, sobretudo enfermeiros; desistência de equipas por falta de cimento aglutinador e escassa mobilização das autoridades para um modelo associado à maioria política anterior.”

Acesso aos cuidados hospitalares: cirurgias programadas, altas, urgências, consultas, tempos de espera e duração dos internamentos

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Cirurgias -SIGIC (média meses espera)	503919 (2,7)	534415 (2,8)	544377 (2,7)	549560 (2,8)
Altas do internamento	844 280	844 422	841 251	824 855
Urgências * (nº de atendimentos)	6416281	5965670	6107929	6168324
Nº consultas (via CTH)	11209881 (-)	11300374 (938372)	11694040 (1061646)	11883412 (1146849)
Tempos de espera – dias (via CTH)	-	122,9	120,1	115,3
Média de dias internamento total**	5,9	9,0	7,8	7,9

*A. Correia de Campos (*Saúde&Preconceito*, Livros Horizonte, 2015, p.84): “É lícito antecipar três fatores que certamente influenciaram esta evolução [das urgências]: a) o aumento de taxas moderadoras na urgência, b) a oferta de serviços “de porta”, com bom acolhimento, em unidades privadas, com preço competitivo relativamente às taxas moderadoras [o número de consultas de “urgência” no setor privado passou de 460 mil assistidos em 2002 para cerca de 900 mil em 2013]; c) a redução de rendimento real das famílias, que torna mais difícil deslocarem-se ao hospital (quando, agora, o transporte de ambulância já não é pago) e mais problemático o início da terapêutica medicamentosa.”

**Para 2011 e 2012: OCDE; 2013 e 2014: ACSS (sem recém-nascidos)

Taxas moderadoras (TM), financiamento dos medicamentos e genéricos

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Nº isenções TM	4318471			5385157
Despesa total com medicamentos (€)	1325998609	1173074782	1160219052	1157339903
Despesa a cargo do utente (€)	798572121	682567089	689483897	692190815
Nº embalagens	139850746	140017360	149086406	151187851
Quota genéricos (%)	36,2	41,2	44,7	46,5

Cuidados continuados integrados: cobertura (número de lugares)

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Lugares curta e média duração	2653	2687	2755	2881
Lugares longa duração	2752	3031	3692	4094
Lugares para paliativos	190	193	195	185
Total	5595	5911	6642	7160

1.2. Como avaliam os Partidos esta evolução recente?

PAF

Medidas de austeridade foram aplicadas “com a preocupação de salvaguardar das consequências do resgate aqueles que menos tinham, designadamente:

- Alargando as isenções em matéria de taxas moderadoras para 6 milhões de pessoas;
- Reduzindo substancialmente os preços dos medicamentos, em particular no que respeita aos genéricos.”

PS

“O governo PSD/CDS levou o SNS a gastar pior os recursos escassos e gerou graves problemas e desigualdades no acesso, tendo-lhe faltado visão estratégica e capacidade para executar as reformas organizativas indispensáveis. O revigoramento e a recuperação do SNS e do seu desempenho constituem, por isso, um dos mais árduos desafios para a próxima década, sendo um teste decisivo à determinação política na defesa do Estado Social. Os portugueses mais vulneráveis sentem hoje a falta de acessibilidade, a desumanização e a perda de qualidade do SNS.”

“O colapso sentido no acesso às urgências é a marca mais dramática do atual governo. Urge recuperar o funcionamento dos hospitais intervindo a montante, através da criação de mais unidades de saúde familiares e a jusante, na execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência. É fundamental relançar a reforma dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados ao mesmo tempo que se deverá concretizar uma reforma hospitalar que aposte no relançamento do SNS.”

CDU

“A política prosseguida pelos governos PS e PSD/CDS de desresponsabilização do Estado das suas competências e de desmantelamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), traduziu-se no progressivo desinvestimento público, na redução da capacidade de resposta do SNS, na desvalorização profissional e social dos profissionais de saúde, na transferência de custos da saúde para os utentes e na privatização, como é exemplo recente a entrega de hospitais públicos às misericórdias.

A estratégia privatizadora da saúde, suportada numa visão mercantilista, conduziu à concentração, redução e encerramento de serviços e valências em centros de saúde e hospitais, à enorme limitação no acesso a medicamentos ou a determinados tratamentos e à negação do acesso a cuidados de saúde, por via dos aumentos brutais das taxas moderadoras e da retirada do transporte de doentes não urgentes.”

BE

“A direita quer entregar aos privados a gestão e exploração das funções sociais do Estado.

O SNS está pior: menos acesso, prontidão e qualidade, mais instabilidade nos serviços, desmotivação e fuga de profissionais para os privados e o estrangeiro.”

1.3. Apreciação comparativa dos diagnósticos partidários

PAF e PS assumem pela positiva a evolução do SNS ao longo de décadas de governação alternante PSD/PS:

- “O SNS completou 35 anos de existência e constitui, em Portugal, uma das maiores conquistas do regime democrático (PAF).”
- “O Serviço Nacional de Saúde é a grande conquista do Estado Social no nosso País (PS).”

Na análise da conjuntura presente, há diferenças importantes entre ambos quanto à valorização da evolução recente do SNS:

A coligação PAF reconhece “travagem” que os anos do ajustamento implicaram para a evolução recente do SNS, nos últimos 4 anos, reclamando como “atenuante” que houve salvaguarda dos mais desfavorecidos nas taxas moderadoras e preços dos medicamentos.

O PS caracteriza a evolução recente como “retrocesso” e, em certos casos, colapso do sistema, decorrente da governação atual (estando omissos o papel das imposições da Troika), o que carece, no entanto, de apoio convincente nos dados disponíveis sobre acesso aos cuidados, atrás resumidos.

Um e outro atribuem-nos as causas diferentes nas respetivas narrativas: o “pecado original” do despesismo da governação socialista anterior que impôs o ajustamento e a Troika, segundo PAF; a má governação da coligação sem qualquer referência a imposições do Memorando de 2011, segundo PS.

No entanto, ao longo da legislatura, houve progressão das USF, embora lenta (+97 USF entre 2011 e 2014; em média, +22 por ano); o número de utentes sem MdF continuou diminuindo, embora mais vagarosamente; as consultas nos hospitais aumentaram, embora não nas unidades dos cuidados primários; os tempos de atendimento estabilizaram nas cirurgias mas diminuíram nas CTH (“consultas a tempo e horas”).

PS alega “colapso” das urgências, aparentemente baseado nos “casos” relatados pela comunicação social, sem referência a dados validados tecnicamente: aliás, os atendimentos nas urgências recuperaram em 2013 e 2014.

CDU e BE invocam uma “teoria da conspiração”: a degradação do SNS é deliberada e visa privatizar a oferta dos cuidados de saúde.

II Políticas sociais e medidas preconizadas

2.1. Quais as medidas estruturais e de emergência propostas?

Aspetos gerais

PAF

“Ao longo de uma legislatura caracterizada por enormes dificuldades e restrições, trabalhámos para defender e prestigiar o SNS. O nosso objetivo fundamental para a próxima legislatura é continuar a apostar no SNS, garantindo-lhe sustentabilidade, competitividade e excelência e aprofundando as condições de exercício da liberdade de escolha.

E, para isso, consideramos essencial assumir um conjunto de compromissos:

- Compromisso de promover um novo paradigma de relacionamento entre o Cidadão e o Estado, definindo quais os direitos e deveres de ambos.
- Compromisso de garantir um SNS plenamente regulado, assegurando uma total transparência entre setores prestadores, sejam eles públicos, privados ou do setor social.
- Compromisso de continuar a desenvolver uma política de acesso a cuidados de saúde em tempos clinicamente desejáveis e com a proximidade possível na prestação dos mesmos.
- Compromisso de garantir os melhores cuidados de saúde, onde mais necessários sejam, desenvolvendo uma rede de cuidados moderna e integradora de níveis de cuidados.
- Compromisso de investir na saúde digital, como forma de garantir mais acesso e maior proximidade de cuidados, com maior eficiência e adequação às expectativas dos cidadãos.
- Compromisso de trabalhar para que o SNS disponha das necessárias condições para promover um país mais jovem e mais habilitado a proteger a qualidade de vida dos mais idosos.
- Compromisso de ter um SNS que contribua para o desenvolvimento da inovação e da investigação clínica, num permanente investimento no conhecimento.

(...)

O objetivo central é desenvolver o SNS, reforçando as garantias de acesso e liberdade de escolha, a prestação de serviços de qualidade, nomeadamente a quem quer ter filhos e aos mais velhos, a implementação de medidas ativas de prevenção da doença e os sistemas de informação na saúde. O que supõe:

- Continuar a desenvolver uma política de acesso a cuidados de saúde em tempos clinicamente desejáveis e com a proximidade possível na prestação dos mesmos.
- Desenvolver uma rede de cuidados moderna e integradora de níveis de cuidados.
- Investir na saúde digital.
- Reformular o modelo de contratualização com as unidades de saúde, incorporando um novo modelo de financiamento e as dimensões de qualidade, ensino e investigação. “

PS

“Dotar o SNS de capacidade para responder melhor e mais depressa às necessidades dos cidadãos do SNS, simplificando o acesso, aproveitando os meios de proximidade, ampliando a capacidade de, num só local, o cidadão obter consulta, meios de diagnóstico e de terapêutica que ali possam ser concentrados, evitando o constante reenvio para unidades dispersas e longínquas.

Facultar aos cidadãos, de forma progressiva, a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos, com respeito pela hierarquia técnica e pelas regras de referência do SNS

O SNS só poderá ser amigável se a sua administração for simplificada e modernizada através da criação de um SIMPLEX da Saúde que torne transparente, informada e acolhedora a circulação do utente nos diversos níveis do sistema.

Deve repor-se o equilíbrio famílias-Estado no financiamento da Saúde. Os atuais 32% a cargo das famílias têm que ser progressivamente revertidos para valores que não discriminem o acesso, nem tornem insolventes as famílias.

(Neste quadro, propõe-se:)

- Criação de um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento;
- Implementar os Planos Locais de Saúde em cumprimento do Plano Nacional de Saúde (PNS);
- Reforçar a vigilância epidemiológica, da promoção da saúde, da prevenção primária e da prevenção secundária;
- Revitalizar o Programa de Controlo das Doenças Transmissíveis para enfrentar as novas epidemias, a recrudescência de infeções conhecidas e a resistência múltipla aos antibióticos;
- Promover medidas de prevenção do tabagismo (alargando o acesso a consultas de cessação tabágica), de alimentação saudável (alimentação coletiva em escolas e ambientes de trabalho) e de prevenção do consumo de álcool e dos demais produtos geradores de dependência;
- Recuperar a importância, no contexto do SNS, da Rede Nacional de Saúde Mental;
- Avaliar e atualizar do Programa Nacional de Vacinação.
- Medidas específicas de combate às desigualdades de acesso e de diferenciação positiva, entre as quais:
 - Praticar políticas de diferenciação positiva orientadas para os cidadãos mais vulneráveis, para as mulheres em idade fértil e as crianças, as pessoas idosas e em situação de dependência;
 - Prestar especial atenção às crianças em risco e em perigo, desenvolvendo a capacidade de apoio dos serviços de saúde, na articulação com outras entidades competentes nesta matéria;
 - Reforçar da participação dos órgãos de coordenação regional e da administração autárquica nos respetivos níveis, desenvolvendo os correspondentes mecanismos participativos na gestão do SNS.”

CDU

“Serviço Nacional de Saúde, geral, universal e gratuito.

Gestão pública dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, rejeitando qualquer entrega da sua gestão a entidades privadas e pondo termo à promiscuidade entre público e privado.

- Defesa da participação, do envolvimento e da auscultação dos profissionais de saúde e suas organizações representativas, sindicatos, ordens, associações, dos utentes/doentes e das autarquias na definição das orientações estratégicas na política de saúde.
- Fim do processo de transferência de hospitais públicos para as misericórdias e reversão para o SNS dos hospitais que entretanto tenham sido já transferidos para estas instituições.
- Rejeição de transferência para entidades privadas da prestação de cuidados de saúde primários.
- Reforçar a capacidade de resposta do SNS, para que, progressivamente, sejam dispensadas as contratações de serviços a privados (telemedicina, contratação de empresas para colocar

profissionais, concessão de serviços de imagiologia de hospitais, entre outros).

- Rejeição da municipalização da saúde.
- Reforço da capacidade do SNS através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados, para alcançar objectivos concretos de redução do tempo de espera para consulta, cirurgia, assim como para exames e tratamentos, de forma a assegurar cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil.”

BE

- “Aumentar o financiamento atribuído à despesa pública em saúde para 8,5% do PIB (hoje 5,9%, para uma média OCDE de 9,3%, 6,7% em 2012).
- Eliminar as “taxas moderadoras”.
- Redesenhar a orgânica do Ministério, criando a Secretaria de Estado para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, para mobilizar e coordenar os instrumentos do Estado e da sociedade neste domínio.
- Devolver ao domínio público a gestão dos hospitais em PPP e entregues às Misericórdias.
- Alargar a rede de urgências básicas.
- Adaptar horário e funcionamento dos centros de saúde às necessidades locais, de forma a garantir o acesso no próprio dia aos cuidados de saúde.
- USF consagradas como modelo de funcionamento dos cuidados primários de saúde e eliminando as atuais assimetrias.
- Prioridade à formação de equipas e unidades de cuidados continuados.
- Avaliar o programa nacional de saúde mental e definir novos objetivos, metas, calendários e meios para corrigir o que não está bem e fazer o que falta fazer.
- Implementar um Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Novo estatuto do profissional do SNS centrado na revalorização salarial, no regime de exclusividade, na estabilidade profissional, no respeito pela carreira, na diferenciação técnica e na revisão das condições para a reforma antecipada e do regime de trabalho nas urgências.
- Garantia de vagas no SNS para a realização do internato a todos os recém-formados em medicina nas faculdades portuguesas e, também, a todos os estudantes portugueses que concluem o curso no estrangeiro. Esta medida, combinada com o compromisso contratual com todos os especialistas formados no SNS, pode contribuir muito para superar a atual carência de médicos.
- Rejeitar a chamada municipalização, falsa descentralização que delega competências através de contrato inter-administrativo, permitindo a transferência de serviços para os privados, nomeadamente para as IPSS e Misericórdias.”

Principais concretizações propostas

1. Cuidados primários

PAF	PS	CDU	BE
<p>Rever o modelo de organização, articulação e integração de cuidados entre as unidades de saúde do SNS, as administrações regionais e a administração central, no sentido de dar uma maior coerência e capacidade de resposta</p> <p>Rever o modelo de gestão das Unidades Locais de</p>	<p>Recuperar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde</p> <p>Dotação dos cuidados primários com um novo tipo de respostas - meios auxiliares de diagnóstico e de terapêutica;</p>	<p>Reforço dos recursos alocados aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tornando-os na estrutura central do Serviço Nacional de Saúde, no acompanhamento dos utentes, no diagnóstico precoce e no encaminhamento dos utentes para outros níveis de cuidados, libertando os</p>	

<p>Saúde, de forma a prosseguir uma integração plena e mais eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.</p> <p>Aumento das USF (sem quantificar)</p> <p>100% de cobertura por Mdf até 2017 (o que implica garantir a mais 1,5 M utentes o Mdf)</p> <p>Generalização da figura do Enfermeiro de Família, privilegiando a relação de proximidade entre estes profissionais e os utentes e com a melhoria do ratio entre o número de médicos e o número de enfermeiros.</p> <p>Promover uma maior integração entre a rede de hospitais, de centros de saúde e de unidades de cuidados continuados e paliativos, reforçando a prestação de cuidados como uma intervenção sequencial e garantindo uma melhor gestão dos recursos disponíveis.</p>	<p>Reforço das capacidades dos cuidados de saúde primários, através do apoio complementar em áreas como a psicologia, a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria e a medicina física e de reabilitação;</p> <p>100 novas Unidades de Saúde Familiar, assegurando por esta via a atribuição de médicos de família a mais 500 mil habitantes.</p> <p>Abordagem integrada e de proximidade da doença crónica através da criação de um programa de prevenção para a Gestão Integrada da Doença Crónica, cobrindo a hipertensão, a diabetes, a doença cardiovascular e a doença oncológica;</p> <p>Ampliação e melhoria da cobertura do SNS nas áreas da Saúde Oral e da Saúde Visual.</p>	<p>hospitais para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e mais complexos.</p> <p>Pôr fim às desigualdades existentes actualmente entre Unidades Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), no que respeita aos recursos humanos, materiais e técnicos alocados, às condições físicas das instalações.</p> <p>Garantia de médico de família para todos os utentes, assim como a implementação do enfermeiro de família em todo o território nacional.</p> <p>Assegurar nos cuidados de saúde primários respostas ao nível da saúde oral, visual e auditiva, saúde mental e da medicina física e de reabilitação.</p> <p>Reforço do financiamento público na área da saúde pública com o objectivo de, gradualmente, atingir a dotação de 5% do orçamento do Ministério da Saúde em 2020</p>	<p>Alargar as USF ao território nacional, consagrando-as como modelo de funcionamento dos cuidados primários de saúde e eliminando as atuais assimetrias.</p>
---	---	--	---

2. Hospitais

PAF	PS	CDU	BE
<p>Programar a rede hospitalar até 2025, de forma a manter a sua adequação à procura e a assunção de uma hierarquização da complexidade da prestação de cuidados, integrando os pressupostos definidos nas redes de referência hospitalar e os centros de referência existentes, bem como a definição do conceitos de hospitais e</p>	<p>Reformar os Hospitais na sua organização interna e modelo de gestão, tendo como exemplo inspirador as Unidades Autónomas de Gestão (UAG), apostando na autonomia e na responsabilização da gestão e na aplicação de incentivos ligados ao desempenho.</p> <p>Avaliar as experiências hospitalares existentes em regime de parceria público-</p>	<p>Integração de todos os "hospitais empresa" do Serviço Nacional de Saúde no sector público administrativo.</p> <p>Reorganizar a rede hospitalar tendo, designadamente, como objectivos: a articulação com os restantes níveis de cuidados de saúde (primários, continuados e saúde pública) com base na prevalência do direito à</p>	

<p>serviços afiliados.</p> <p>Avançar para a construção do Hospital Lisboa Oriental, incorporando as unidades hospitalares e valências que lhe dão origem.</p> <p>Promover a reavaliação das prioridades na construção ou ampliação de hospitais, nomeadamente os do Funchal, Amadora/Sintra, Algarve, Évora, Península de Setúbal e Vila Nova de Gaia.</p> <p>Soluções de redução das listas de espera e de melhoria da eficiência dos recursos disponíveis no que se refere a meios complementares de diagnóstico e consultas de especialidade, sendo possível a adoção de um modelo inspirado no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC).</p>	<p>privada (PPP) explicitando as suas vantagens e inconvenientes de modo a introduzir melhorias corretoras ou revisoras;</p> <p>Criar um Sistema Integrado de Gestão do Acesso - SIGA, que facilite o acesso e a liberdade de escolha dos utentes no SNS, nomeadamente no que diz respeito a áreas onde a espera ainda é significativa: consultas de especialidade, internamentos, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;</p>	<p>saúde (com a revogação da Portaria 82/2014, que determina os critérios de categorização e classificação dos estabelecimentos do SNS); pôr fim aos centros hospitalares; um planeamento assente nas características demográficas, epidemiológicas, na acessibilidade física, na evolução das tecnologias e ciências médicas e em redes de referênciação.</p>	
--	---	--	--

3. Setor privado e social da saúde

PAF	PS	CDU	BE
<p>Prosseguir o processo de devolução dos hospitais às Misericórdias.</p>	<p>-</p>	<p>A reversão para o Estado das Parcerias Público-Privadas no SNS, devendo apenas ser pago o investimento efectuado.</p> <p>Fim do processo de transferência de hospitais públicos para as misericórdias e reversão para o SNS dos hospitais já transferidos para estas instituições.</p> <p>Revogação das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C* e a rejeição de transferência para entidades privadas da prestação de cuidados de saúde primários.</p>	<p>Devolver ao domínio público a gestão dos hospitais em PPP e os hospitais e outras unidades de saúde entregues às Misericórdias.</p>

*A legislação de 2007 previu três modelos de USF com diferentes graus de autonomia e distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva: o Modelo A - USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram; o Modelo B - USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho; o Modelo C - modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva e sujeitas a controlo e avaliação externa.

4. Políticas do medicamento

PAF	PS	CDU	BE
<p>Atingir uma quota de genéricos de 3/4, em volume do mercado, de grupos homogéneos, até ao final da legislatura.</p>	<p>Política sustentável na área do medicamento de modo a conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica, reforço da utilização dos medicamentos genéricos e definição de uma estratégia clara face aos medicamentos biossimilares</p>	<p>Dispensa gratuita nos centros de saúde e nas farmácias dos medicamentos para os doentes crónicos.</p> <p>Garantia do acesso à terapêutica mais adequada aos utentes/doentes, incluindo os novos medicamentos quando haja comprovação clínica da sua vantagem.</p> <p>Criação do Formulário Nacional de Medicamento de Ambulatório e revisão do Formulário Nacional do Medicamento.</p> <p>Aumentar a quota de medicamentos genéricos para os 40% em valor, o que levaria só por si a uma poupança de quase 200 milhões de euros para o SNS e mais de 100 milhões de euros para os utentes.</p>	

5. Financiamento

PAF	PS	CDU	BE
<p>Modelo de financiamento das unidades de saúde, baseado na avaliação qualitativa e de acordo com quatro pressupostos essenciais: (1)Privilegiar um financiamento por resultados (estado de saúde da população abrangida) e não apenas por atos (intervenção sobre a doença); (2)Alargar a remuneração por objetivos, já existente nas USFs, a outros setores da saúde; (3)Garantir maior autonomia aos hospitais com resultados financeiros equilibrados; (4)Traduzir o princípio da livre escolha.</p>	<p>Aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização dos serviços, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão;</p>	<p>Financiamento adequado do SNS, desenvolvendo plenamente as suas potencialidades, quer através do total aproveitamento da capacidade instalada, quer do reforço dos recursos necessários para garantir a prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade, proximidade e acessibilidade dos utentes.</p> <p>Revogação das taxas moderadoras que constituem um verdadeiro impedimento no acesso à saúde para muitos portugueses.</p> <p>Revogação do regulamento de transporte de doentes não urgentes e garantia por razões clínicas ou económicas a todos os utentes, a título gratuito, de acesso aos cuidados de saúde.</p> <p>Definição de um plano de</p>	<p>Aumentar o financiamento atribuído à despesa pública em saúde para 8,5% do PIB</p> <p>Este reforço financiará o Fundo Especial para a Inovação Terapêutica, (reduzindo nos orçamentos hospitalares o custo dos medicamentos inovadores); prevenção; e o investimento em novos hospitais</p> <p>Eliminar as “taxas moderadoras”</p> <p>Nova taxa extraordinária de apoio à inovação cobrada anualmente sobre as vendas dos fabricantes.</p>

		investimentos plurianual para a construção de novos equipamentos de saúde e requalificação dos existentes, que assegure a prestação de cuidados de saúde com eficiência, qualidade e proximidade.	
--	--	---	--

6. Outros aspetos

PAF	PS	CDU	BE
<p>Aproximação da média europeia no que diz respeito ao orçamento da saúde afeto à prevenção.</p> <p>Incremento da relação de parceria com a Rede de Farmácias, na promoção de saúde, no rastreio da doença e no acompanhamento da doença crónica.</p> <p>Reforçar a rede de cuidados paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade.</p> <p>Forte investimento na Saúde Digital, fomentando a utilização de ferramentas digitais a todos os níveis do sistema de saúde.</p> <p>Concluir, até ao final da legislatura, o processo do Registo Clínico Eletrónico.</p> <p>Desmaterializar a totalidade do processo de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico, incluindo o sector convencionado.</p> <p>Reconfigurar o modelo de governação da ADSE, atribuindo-lhe crescente autonomia, alargando o seu âmbito a outros trabalhadores, designadamente aos em regime de contrato individual de trabalho na Administração Pública, com regras que preservem a sua sustentabilidade.</p>	<p>Apostar no Registo de Saúde Eletrónico.</p> <p>Reforço dos cuidados continuados prestados no domicílio e em ambulatório e da rede nacional através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados em todas as suas tipologias, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos.</p> <p>Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes nos seus domicílios.</p> <p>Reforço da componente de saúde mental na Rede Integrada de Cuidados Continuados.</p> <p>Mutualização progressiva da ADSE, abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares.</p>		

--	--	--	--

2.2. Avaliação dos impactos

Qual a caracterização da viabilidade e impactos das medidas propostas quer no plano social quer económico?

PAF

Sem caracterização qualitativa nem quantificada.

PS

As medidas têm os seguintes impactos orçamentais:

	2016	2017	2018	2019
• Criação de 100 novas Unidades de Saúde Familiar	-10	-20	-25	-25
• Reforma da gestão das unidades de saúde, com introdução de incentivos ao desempenho	-50	-110	-110	-110
• Reforço da rede de cuidados continuados	-20	-50	-70	-70
• Universalidade da educação pré-escolar	0	-50	-50	-50
• Funcionamento da escola pública a tempo inteiro até aos 14 anos	0	-10	-10	-10
• Alargamento da rede de creches nos grandes centros urbanos	0	-100	-100	-100

Nota: Valores expressos em milhões de euros. +/- significa que o efeito financeiro da medida é positivo/negativo no saldo orçamental.

CDU

Sem caracterização qualitativa nem quantificada.

BE

Sem caracterização qualitativa nem quantificada.

2.3. Apreciação comparativa das propostas

Apesar das narrativas da PAF e do PS partirem de avaliações muito contrastadas de diagnóstico, as propostas são claramente convergentes.

Com efeito, situam-se nos parâmetros atuais da intervenção do Estado na área da saúde: reforço do SNS, manutenção de articulação com setor privado e social (USF modelo C, hospitais PPP, atividade assistencial convencionada com SNS)

No entanto, apresentam algumas nuances de ênfase em certos aspetos.

Liberdade de escolha no SNS:

- Mais forte na formulação PAF; mais tímida e gradualista na formulação PS;

- Melhoria do acesso, designadamente pela modernização administrativa: modelo mais vago inspirado no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC) proposto por PAF; propostas mais elaboradas de SIMPLEX e SIGA por parte do PS.

Atenção ao efeito do envelhecimento demográfico

- Reforço dos cuidados continuados: mais especificado por parte do PS
- Maior atenção à saúde mental (a prevalência de demências cresce com maior longevidade da população)- omissos na PAF

Reforço dos cuidados primários:

- Mais USF: o PS avança com o objetivo de 100 novas USF, muito próximo do acréscimo 2011-14 (+97); PAF não quantifica;
- Garantia de cobertura por MdF aos cidadãos: compromisso da PAF de alargamento da cobertura a todos os cidadãos (+ 1,5 milhão de utentes com MdF); mais contido por parte do PS (+0,5 milhão de utentes com MdF);
- Enfermeiro de Família (PAF); PS omissos.

Cuidados hospitalares:

- PAF compromete-se a avançar com Hospital Lisboa Oriental (em PPP); PS omissos
- Reavaliação das prioridades de novos hospitais (Funchal, Amadora/Sintra, Algarve, Évora, Península de Setúbal e Vila Nova de Gaia) pela PAF; reavaliação das PPP pelo PS;
- Mais devoluções de hospitais a Misericórdias pela PAF; omissos nas propostas PS.

Medicamentos

- Aposta nos genéricos (PAF quer ¾ do volume do Mercado; PS não quantifica).

Papel do setor privado e social

- Reforço (PAF) ou estabilização por omissão (PS)

Financiamento da prestação de cuidados

- Reforço da componente pública do financiamento (PS mais explícito)
- Revisão do modelo atual de contratualização da produção entre as ARS e as unidades de saúde, condicionando financiamento aos resultados e não aos atos praticados (PAF) ou introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços nos contratos de gestão (PS).

ADSE

- Abertura a outros setores da população ativa e novo modelo de governação (PAF) ou estrutural por mutualização (PS).

Quanto às propostas da CDU e BE, incluindo embora muitos destes aspetos, com mais ou menos detalhe, situam-se claramente fora dos parâmetros partilhados entre PAF e PS relativos às políticas de saúde, propondo-se reverter as articulações com setor privado e social, abolir as taxas moderadoras e USF-modelo C.

Anexo: alguns aspetos relevantes para o diagnóstico, segundo as fontes oficiais

Desempenho global do sistema de saúde português, segundo OCDE

“The Portuguese health system has responded well to financial pressures over recent years, successfully balancing the twin priorities of financial consolidation and continuous quality improvement. Even in the post-financial crisis years (during which GDP fell from USD PPP 23 860 in 2008 to USD PPP 20188 in 2012, with health spending falling by 6.7%), ambitious quality improvement efforts were sustained. Avoidable hospital admissions for asthma, COPD and diabetes are amongst the lowest in the OECD and Portugal experienced one of the steepest reduction of ischemic heart disease (IHD) mortality rates in the OECD, more than halving from 116.1 deaths per 100 000 population in 1990 to 51.7 in 2011

- Growth of expenditure: While average per capita health spending in OECD countries has increased slowly since 2010, spending in Portugal has severely contracted between 2010 and 2013 in real terms.
- Share of GDP: The share of GDP allocated to health spending (excluding capital expenditure) in Portugal was 9.0% in 2013, compared with an OECD average of 8.9%. This was down from 2012 and nearly 1 percentage point below a high of 9.9% in 2009.
- Per capita spending: Portugal spent the equivalent of USD 2482 per person on health in 2013, compared with an OECD average of USD 3453.
- Primary care: strategic reflection around the balance between traditional Primary Health Care Units and the innovative Family Health Units is now needed to ensure that high quality care can be accessed by the whole Portuguese population.
- Hospitals: Portugal has committed significant efforts to reorganizing its hospital sector and improving the quality of hospital care in recent years. Overall these efforts have been successful at both improving quality and increasing efficiency. Some challenges do remain, however, particularly around standardizing clinical processes.
- Expenditure control: Portugal has made sustained progress in containing spending whilst maintaining efforts to continuously improve care quality. Reforms around the purchasing and use of pharmaceuticals and medical devices have been particularly successful. Portugal has also innovated extensively in how it uses public funds to pay providers, increasingly basing payments on the quality and efficiency of the care provided. Implementation of these initiatives across the Portuguese health system has not, however, been uniformly successful. Long average lengths of stay after a heart attack, high volumes of non-generic and inappropriate prescribing, and significant variation in medical practice across regions are specific areas that remain to be addressed in Portugal.
- Overall, the Portuguese health system appears to be delivering high quality care at a low cost. Outcomes across primary and hospital care are in many cases good, and expenditure on health is below the OECD average for per capita spending. Quality of care is a priority for the Portuguese health system, and this is reflected in core policy addressing quality, as well as a dedicated Department of Quality in Health which sits under the Directorate- General of Health.”

(OECD, *Reviews of Health Care Quality: Portugal*, 2015)

Quem está a financiar os cuidados de saúde, segundo INE:

- “Entre 2010 e 2012, o peso relativo da despesa corrente financiada pelos agentes financiadores públicos diminuiu, passando de 70,0% em 2010 para 65,4% da despesa corrente total em 2012.
- Os resultados preliminares para 2013 apontam para um ligeiro aumento da importância relativa da despesa corrente pública face à despesa corrente privada (66,0% em 2013, mais 0,6 p.p. face a 2012).”

Estrutura do SNS, segundo ACSS:

- “Atualmente, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde (ULS):
 - Os ACES são serviços públicos de saúde gozando de autonomia administrativa, que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. São constituídos pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.
 - A 31 de dezembro de 2014, encontravam-se em atividade 418 USF que abrangiam 5.045.671 utentes o que, face à situação de partida no final do ano de 2013, representa um aumento de 311.746 utentes servidos por USF (49,4% dos utentes estavam inscritos em USF no final de 2014).
 - As ULS são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, assegurando ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde.
- O atual modelo organizativo dos cuidados de saúde primários é mais complexo do que o modelo de “comando - controlo” que tradicionalmente vigora na Administração Pública, tratando-se de um modelo que aposta fortemente na autonomia, responsabilização, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, modernização, trabalho em equipa, melhoria contínua da qualidade, prestação de contas e avaliação do desempenho a todos os níveis, exigindo mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo.

Situação das Urgências Hospitalares, segundo ACSS:

Em termos de Triagem de Manchester verifica-se a persistência do peso elevado de atendimentos que são triados com cor branca, azul e verde, os quais poderiam eventualmente ser observados em outros níveis de cuidados menos complexos, apesar de este peso ter diminuído para 40,8% do total de episódios de internamento em 2014, quando esse valor ascendia a 42% em 2013.”