



ALTER NATIVA

SUSTENTAVEL

*Proteger a saúde
Combater as desigualdades
Enfrentar a crise demográfica*

POLICY PAPER

POLICY BRIEF PAPER

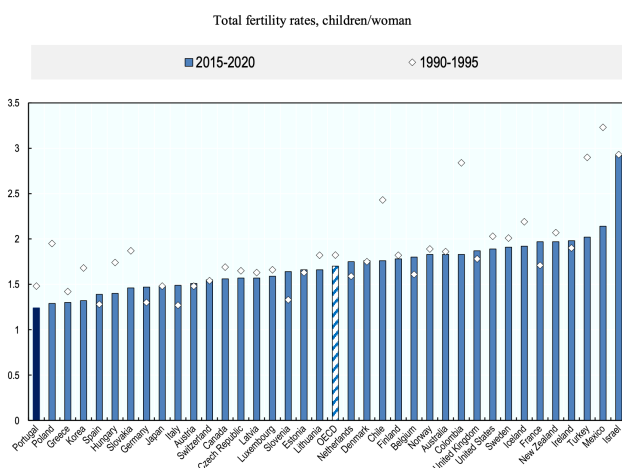
Proteger a saúde Combater as desigualdades sociais Eenfrentar a crise demográfica

A demografia, a saúde e a proteção social são dimensões verdadeiramente interdependentes. O envelhecimento da população portuguesa condiciona e influencia fortemente as políticas de saúde, que terão de assegurar cuidados de saúde para uma população com uma maior esperança de vida, mas com condições socio-económicas mais vulneráveis, e as políticas de segurança social e de proteção social, que terão de ultrapassar a insustentabilidade do sistema de pensões e as consequências da deterioração da economia decorrentes da diminuição da população ativa. As políticas de saúde determinam, significativamente, a esperança média de vida e as despesas sociais com a proteção da doença. E a eficácia do regime de pensões e de proteção social (em situação de desemprego, doença, parentalidade, deficiência, invalidez) influencia de forma relevante a esperança de vida, a natalidade e o bem-estar. Impõe-se, pois, uma **abordagem integrada**, e não parcelar ou fragmentada, das políticas de natalidade, imigração, saúde e proteção social.

A encruzilhada demográfica

O contexto não podia ser mais exigente: Portugal encontra-se, há muitos anos, numa **verdadeira encruzilhada demográfica**, caracterizada pelo envelhecimento da estrutura etária da população residente - de acordo com os Censos 2021, 23% da população tem 65 ou mais anos (26% de mulheres com 65 e mais anos e 21% de homens) -, pela baixa taxa de natalidade e fecundidade e, conseqüentemente, pelo aumento do índice de dependência. Sendo que, entre 2010 e 2020, se verificou uma alteração das características da população residente em Portugal: vivemos numa sociedade multicultural, envelhecida e mais dependente da evolução do mercado de trabalho (ou da regularidade de transferências sociais) para se conseguir manter ligeiramente acima dos valores que definem o risco de pobreza.

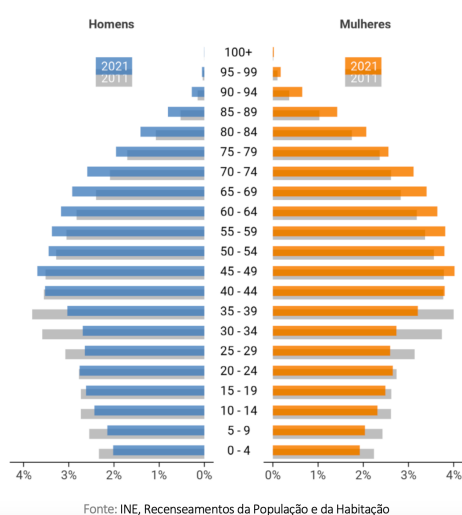
Figure 1.10. Portugal has the lowest fertility rates in the OECD



Source: United Nations, World Population Prospects – 2017 Revision.

Fonte: OECD (2019) *OECD Reviews of Pension Systems: Portugal*. OECD Reviews of Pension Systems, OECD Publishing, Paris. Page 24. <https://doi.org/10.1787/9789264313736-en>

Figura 2. População residente por grupo etário, 2011 - 2021 (%)



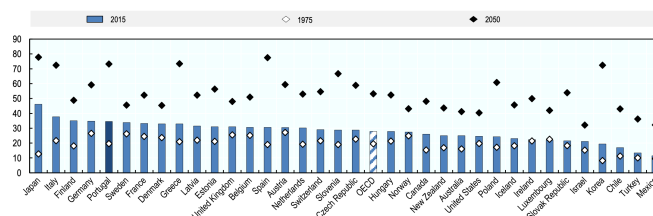
Fonte: INE (2021) *Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Definitivos - Principais tendências ocorridas em Portugal na última década*. <https://bit.ly/3HGbvVC>

O **envelhecimento da população** é resultado de uma longevidade sustentada, isto é, com poucas flutuações ao longo de períodos cronológicos longos, associada a uma redução da taxa de fertilidade, igualmente longa. A maior parte das políticas que pretende contrariar esta situação tem insistido na definição de medidas de promoção da natalidade seguindo um raciocínio linear – que consiste em aumentar a quantidade de pessoas em idade ativa para diminuir o índice de dependência. A diversidade de medidas e a proliferação de programas-piloto ou de base experimental demonstram que enfrentar a crise demográfica se revela complexo e não se coaduna com a aplicação de lógicas lineares. O envelhecimento da população acelerará a um ritmo muito rápido. De acordo com a OCDE, o **índice de dependência** (número de pessoas com mais de 65 anos

por cada 100 trabalhadores entre os 20 e 65 anos) aumentará de 34,6% em 2015 para 73,2% em 2050, fazendo de Portugal o 4º país mais envelhecido da OCDE.

Figure 1.8. The old-age dependency ratio will more than double by 2050 in Portugal

Number of people older than 65 years per 100 people of working age (20-64), 1975-2050



Note: The projected old-age dependency ratios differ based on the sources used. This report is based on UN data for comparison reasons. The largest differences are the following: according to Eurostat the old-age dependency ratio (65+/20-64) would increase by 39 and 19 percentage points between 2015 and 2050 in Spain and Austria, respectively, against 47 and 29 points with UN data. On the other hand, it would increase in Latvia by 33 points based on Eurostat against only 21 points with UN data.

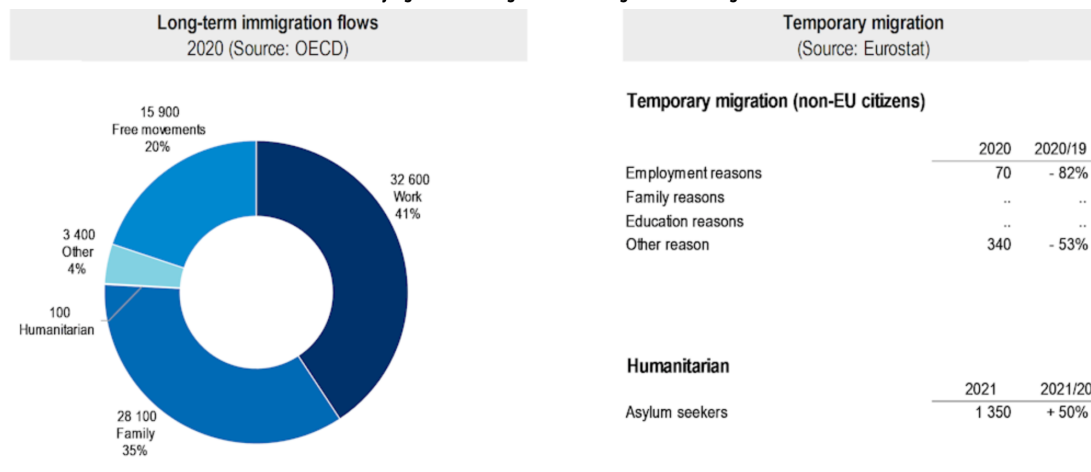
Source: United Nations World Population Prospects – 2017 Revision.

Fonte: OECD (2019) *OECD Reviews of Pension Systems: Portugal*. OECD Reviews of Pension Systems, OECD Publishing, Paris. Page 60. <https://doi.org/10.1787/9789264313736-en>

O envelhecimento demográfico e o índice de dependência elevado podem ser contrariados através de um aumento da população em idade ativa, a par de um rejuvenescimento da população, por via da natalidade. A redução do desemprego e a permanência durante mais tempo de pessoas em idade ativa no mercado de trabalho são outros elementos importantes. Estes propósitos podem ser alcançados a médio-prazo por via da imigração.

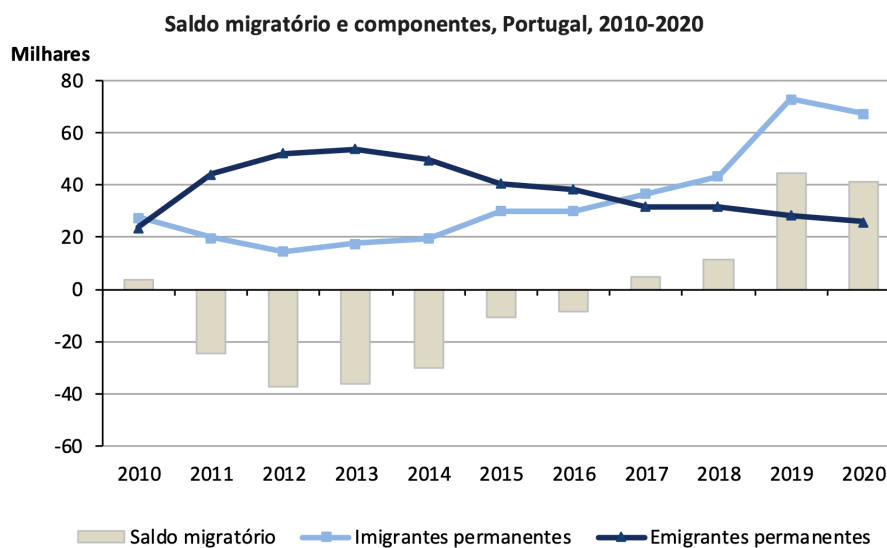
A população estrangeira residente em Portugal tem aumentado de forma constante desde 2016, com um acréscimo de 6% de 2016 para 2017; 14% de 2017 para 2018; de 23% para 2019, registando uma ligeira retração entre 2019 e 2020, pese embora o aumento tenha sido de 12% registando-se em pleno período de restrição de circulação de pessoas devido à pandemia por COVID-19. As projeções baseadas neste ritmo de crescimento sustentam que a população estrangeira residente em Portugal atingirá um milhão dentro de três anos – 2025. O trabalho deixou de ser o principal motivo de imigração para Portugal, passando o reagrupamento familiar e a melhoria dos níveis de educação a constituir os principais fatores de interesse.

Key figures on immigration and emigration – Portugal



Fonte: OECD (2022), *International Migration Outlook 2022*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/30fe16d2-en>.

Face aos fluxos migratórios, a sociedade portuguesa define-se como multicultural, implicando a necessidade de **uma estratégia de integração plena da população migrante**, num contexto em que Portugal será **cada vez mais um país de imigração do que de emigração**. Assumindo que a distribuição da população estrangeira no território nacional é assimétrica, importa definir uma estratégia de integração dotada de flexibilidade suficiente para lidar com as assimetrias regionais e, em simultâneo, com o perfil de imigrantes – definido pelo género, nacionalidade, idade e motivação para residir em Portugal. Este constitui um desafio novo para Portugal, com exigências que não se limitam à definição de medidas para o trabalho e o emprego.



Fonte: INE, Estimativas de população residente.

Fonte: INE (2021) *Estimativas da População Residente em Portugal*. INE Destaques, Página 4. <https://bit.ly/3Jqco9P>

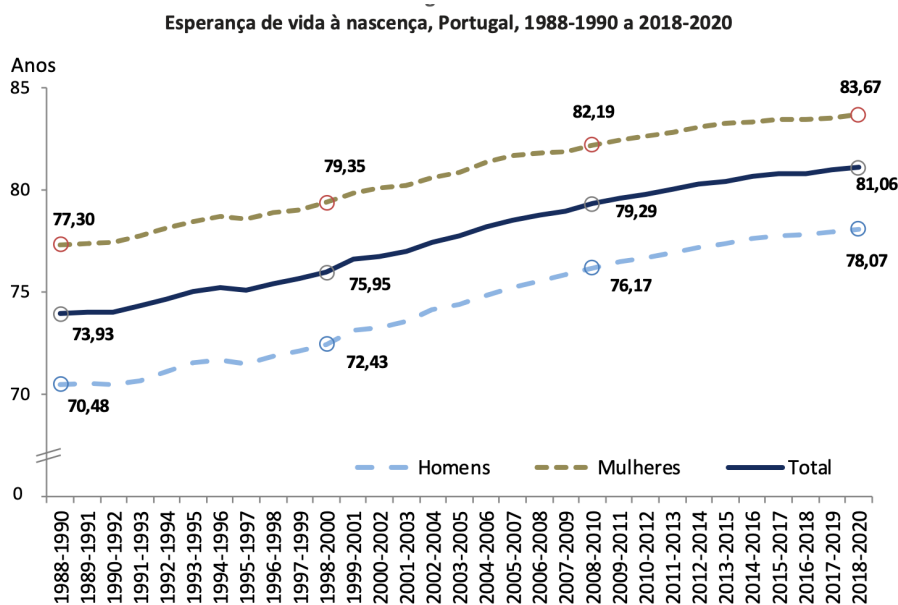
O número de partos, por ano, tem vindo a diminuir progressivamente, não ultrapassando os 80 000 desde 2012, sendo de assinalar o consolidado aumento da proporção de partos de mulheres de nacionalidade não-portuguesa, representando 14% em 2021. A composição da população portuguesa não é, em 2023 a mesma de há 10 anos (2013). O que se mantém inalterado, desde 1982, é a **incapacidade de renovação das gerações. O envelhecimento e a redução do número de residentes em Portugal são tendências estruturais**: em 2050 estima-se que a população portuguesa seja 8,4 milhões. E em 2070 seremos menos 2 milhões de Portugueses. Estamos, pois, perante um cenário muito exigente. Esta alteração, de natureza estrutural, tem **efeitos significativos na sustentabilidade do Estado social**, nomeadamente, nas áreas da saúde, da educação, da habitação e da segurança social, mas também na competitividade da economia e na promoção da segurança interna, incluindo a prevenção de discriminação de pessoas e os crimes de ódio motivados pela cultura, religião, tradições, entre outros fatores identitários. No contexto de um modelo europeu de bem-estar social e de redistribuição de rendimento que, para se financiar, depende do volume da população ativa, estamos perante riscos decorrentes, por um lado, da falta de mão-de-obra disponível (por já não estar em idade ativa) e, por outro, do enfraquecimento de um modelo de Estado de bem-estar que, por falta de financiamento, pode não conseguir assegurar os níveis de bem-estar essenciais à população.

As **políticas migratórias** têm de ser adequadas à retenção da população que opta por residir em Portugal, designadamente, através da **melhoria da eficiência das medidas e dos mecanismos de autorização de residência** e agilização dos processos de equivalência académica para efeitos de exercício de atividade profissional ou prosseguimento nos estudos. Para além da autorização de residência, as medidas de **fiscalidade** e de **formação ao longo da vida** são essenciais. Acresce, para a população migrante em idade ativa, a efetiva garantia de **condições de trabalho com base em contratos que premeiem a estabilidade no trabalho e na família** e, indiretamente, previnam a atuação ilícita e por vezes ilegal no recurso a mão de obra estrangeira.

O aumento da população e do dinamismo da sociedade depende do equilíbrio da pirâmide demográfica, com uma base larga de crianças e jovens que substituam as gerações mais velhas. Mas isso depende, obviamente, **das condições (nomeadamente, nos domínios do trabalho, da habitação, da formação e da proteção social) que permitam aos jovens, se for essa sua vontade, permanecer no país**, como mão-de-obra disponível, contribuinte fiscal, com uma prospetiva de segurança ontológica adequada à decisão de constituir uma família autónoma numa fase mais precoce da vida, favorecendo a natalidade e a duração do ciclo de reprodução das mulheres. A idade de saída de casa dos pais (família de origem) dos jovens em Portugal é das mais tardias da

União Europeia (em torno dos 34 anos sem diferenças de género assinaláveis, face à média europeia de 25 anos no caso das mulheres e 27 no caso dos homens), segundo dados de 2021 do Eurostat). Mas não se trata apenas de criar as condições para que os jovens não sejam (por razões socio-económicas) forçados a emigrar. É urgente criar as condições para que os jovens possam regressar e fixar-se, de forma duradoira, em Portugal.

Do exposto resulta claro que **a promoção da natalidade não se coaduna com a adoção de uma única política**. As medidas que visam a promoção da natalidade envolvem os domínios da família, da habitação, do mercado de trabalho, dos rendimentos, da poupança e da fiscalidade. Como se referiu, a saída dos e das jovens de casa dos pais, da sua família de origem, é demasiado tardia. Os fatores que o explicam são vários, entre os quais se destacam a premência de manutenção de apoio social, com prestação de cuidados à família de origem; a incapacidade financeira dos jovens para adquirir ou arrendar uma habitação na proximidade da família de origem, face à pressão do mercado imobiliário, muito acentuada nas áreas urbanas e peri-urbanas; a entrada no mercado de trabalho, mais fácil para os jovens com maior capital escolar, no entanto, tendencialmente precária para todos, quer em relação ao vínculo contratual, quer em relação às expetativas de progressão socioprofissional. **A estabilidade socioprofissional**, numa sociedade muito dependente do mercado de trabalho para se alcançar estabilidade familiar, é crucial para o aumento da natalidade. **A decisão de ter filhos e o planeamento da quantidade de filhos que se quer ter está relacionada com a previsão da vida para os cinco anos seguintes**. Por outras palavras, uma família que não consiga antecipar o seu futuro para os próximos cinco anos, retrai-se na sua decisão de se constituir enquanto família autónoma, em relação à família de origem, e na sua decisão de ter filhos/as. Na complexidade da tomada de decisões pelas famílias importa referir que o planeamento familiar é influenciado pela pobreza, mais rigorosamente pela antecipação das condições de mobilidade social. Ora, **as condições de vida indutoras da natalidade não se limitam ao rendimento disponível**, envolvendo a habitação, a disponibilidade de uma rede de suporte social que preste cuidados, o acesso efetivo a cuidados de saúde para a criança (pediátricos e em situações de urgência), a estabilidade no emprego e o efetivo cumprimento das entidades empregadoras da sua responsabilidade de promoverem a articulação entre as dimensões familiar e profissional dos trabalhadores, conforme define o Código do Trabalho e se reforça em legislação avulsa.



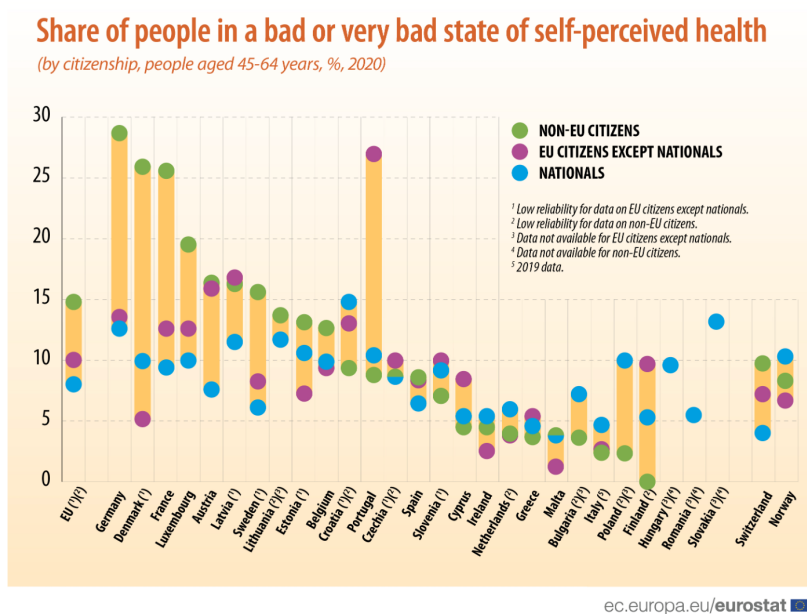
Fonte: INE, Tábua completa de mortalidade.

Fonte: INE (2021) *Tábua de Mortalidade para Portugal 2018-2020*. INE Destaques, página 2, <https://bit.ly/3HGd4GM>

Finalmente, é fundamental a promoção de um **envelhecimento ativo**, planeado e efetuado ao longo da vida, flexibilizando e adequando a atividade laboral de acordo com a robustez dos cidadãos que queiram adiar a idade da reforma. Em 2019, a esperança de vida à nascença para os homens situava-se nos 78 anos e para as mulheres em quase 84 anos (81 anos em média para a população total), enquanto os anos de vida saudável à nascença se mantinham, para os homens, nos 61 anos e para as mulheres nos 58 (numa média de 59 anos para a população total; dados INE, ICOR de 2019 para manter a comparabilidade). É preciso uma nova abordagem para a população sénior que promova e prolongue a atividade depois da reforma, que acolha os benefícios do seu contributo para a sociedade, oferecendo soluções mais flexíveis de aposentação, num mundo em que o formato tradicional de 3 ciclos – aprendizagem, trabalho, reforma – tenderá a acabar.

Os desafios da proteção da saúde

A realidade populacional constitui o quadro de definição das políticas sociais. A descrição sumária das principais questões sociais colocadas pelas dinâmicas demográficas não pode ser ignorada no planeamento do bem-estar em domínios cruciais, como a saúde. **Os preocupantes indicadores de saúde em Portugal exigem que seja dada, a este setor, prioridade na ação política, imbuída de um espírito reformista que ultrapasse as querelas ideológicas.**



Source dataset: [hlth_silc_24](https://ec.europa.eu/eurostat/datasets/hlth_silc_24)

Fonte: Eurostat (2022) *How do nationals and non-nationals see their health?* Eurostat publications, <https://bit.ly/3RdLnsh>

Apesar de, formalmente, e de acordo com o texto constitucional no seu artigo 64º, incumbir “ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” e também “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” **subsistem disparidades (socioeconómicas e territoriais) no acesso e na equidade dos cuidados e serviços.** Devemos colocar a saúde e o bem-estar dos cidadãos no centro de todo o processo de reorganização dos cuidados de saúde, valorizando médicos, enfermeiros e técnicos de saúde num país onde apenas 50% dos portugueses se considera saudável (a média europeia é dois terços) e um terço das mortes estão relacionadas com fatores comportamentais (tabagismo, hábitos alimentares, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e poluição atmosférica).

A gravidade dos números e a carência de recursos para dar resposta aos mais necessitados merecem uma análise mais detalhada de alguns **indicadores** em Portugal:

Figure 6. About one third of deaths can be attributed to behavioural and environmental risk factors



Note: The overall number of deaths related to these risk factors is lower than the sum of each one taken individually, because the same death can be attributed to more than one risk factor. Dietary risks include 14 components such as low fruit and vegetable intake, and high sugar-sweetened beverages consumption. Air pollution refers to exposure to PM_{2.5} and ozone alone.
Sources: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimates refer to 2019).

Fonte: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>.

- **Excesso de Peso/Obesidade:** Dois terços da população adulta (67,6%) apresentam excesso de peso ou obesidade, sendo que a prevalência da obesidade é de 28,7%. Nos adolescentes com 15 anos o valor é de 22%. O custo direto do excesso de peso e da obesidade foi estimado em 1,2 mil milhões de euros, cerca de 0,6% do PIB e 6% das despesas em Saúde em Portugal, de acordo com a investigação apresentada pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e pela Consultora Evigrade-IQVIA (2021). Esta despesa distribui-se pelas principais doenças relacionadas com a obesidade: Diabetes, acidente vascular cerebral (AVC), cardiopatia isquémica e a doença renal crónica (DRC) que figuram, de acordo o relatório da OCDE de 2021 (Portugal: Perfil de Saúde do País 2021), entre as principais causas de morte: 1º lugar - AVC (9,9%-11235); 2º lugar - cardiopatia isquémica (6,4% -7241); 6º lugar- Diabetes (3,8%- 4305); 10º lugar - DRC.
- **Tabagismo:** Cerca de 1,250 milhões de portugueses são fumadores diários e mais de 248.000 fumam ocasionalmente; o arquipélago dos Açores apresenta o valor mais elevado com 23,4% da população com hábitos tabágicos, seguida do Alentejo com 19% e do Algarve com 18,6%. Em termos etários, é na população dos 25-34 anos que se encontram mais fumadores (27,6%), seguida das faixas dos 24-44 (24,9%) e dos 45-54 (22,6%). Apesar de todos os esforços, o tabagismo continua a ser o maior fator de risco comportamental para a Saúde, sendo ainda responsável por cerca de 780 000 mortes por ano na UE. Segundo o Relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo da Direção-Geral da Saúde, em 2019, morreram, em Portugal, mais de 13 mil pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, das quais 1.771 por tabagismo passivo. As estimativas

elaboradas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), apontam para que 11,7% dos óbitos ocorridos em 2019 tenham sido devido ao tabaco.

- **Consumo de Álcool:** Cada português consome, em média, 12 litros de álcool (fonte: SICAD, 2019) enquanto a média dos países da OCDE ronda os 10 litros. Estima-se que o consumo de álcool é responsável por 6% das mortes em Portugal (Global Health Data Exchange – estimativas relativas a 2019).
- **Sedentarismo:** A falta de atividade física está correlacionada com o aumento da doença cardiovascular e da Diabetes. A prática de apenas 50 minutos de exercício físico moderado por semana diminui a mortalidade em 31% na população sedentária. Infelizmente, na UE apenas 14% das crianças (15 anos) pratica pelo menos 1 hora de exercício diário moderado a intenso (atividade mínima recomendada pela OMS) e em Portugal apenas se registaram 9%, antes da pandemia. Em todo o mundo estes valores agravaram-se com o confinamento e o encerramento das escolas.
- **Saúde Mental:** Em estreita relação com os comportamentos de risco, e de acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), Portugal é o 2º país com taxa de prevalência de doenças psiquiátricas mais elevada da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%), com cerca de 4% da população adulta com perturbação mental grave, 11,6% com gravidade moderada e 7,3% com uma perturbação mental ligeira. No *Top 10 “European countries with the highest risk of burnout, Small Business Prices”* (2021) Portugal ocupou o 1.º lugar num ranking que avalia o risco de burnout nos 26 países da UE. Importa sublinhar que as perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%).

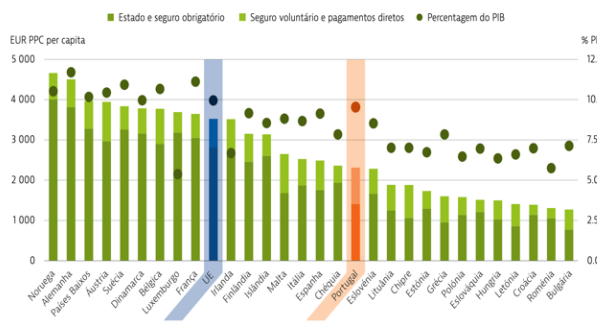
Não é possível enfrentar e corrigir estes comportamentos com a urgência necessária, sinalizar os casos de risco e estabelecer prioridades de intervenção sem que se melhore significativamente as **estratégias de prevenção**, nomeadamente, através da comunicação e do envolvimento dos cidadãos. O investimento em **campanhas de promoção e proteção da saúde**, com exceção para a COVID-19, continuam muito aquém das necessidades, mesmo quando é reconhecido o seu impacto. Importa recordar que os custos envolvidos poderão ser reconhecidos como investimento na saúde dos cidadãos, tal como se investe em saneamento básico ou na qualidade da água para consumo doméstico.

Também não é possível discutir o presente e o futuro das políticas de saúde sem enquadrarmos o processo complexo e difícil da **transformação digital na saúde** e da importância que tem tido o desenvolvimento tecnológico neste setor. A pandemia por COVID-19 produziu um aumento súbito nas teleconsultas essencial para o acompanhamento dos doentes e multiplicou os meios digitais para registo e partilha de informação. Os cidadãos estão hoje mais familiarizados com as tecnologias aplicadas à saúde, sendo desejável que se continue a promover a literacia digital na área da saúde como forma de aproximar os cidadãos mais excluídos e isolados.

Para facilitar e aprofundar muitos dos processos que ainda carecem de **transformação digitalização** e para revisão dos antigos, importa acolher os contributos dos profissionais de saúde, dos engenheiros informáticos e biomédicos para encontrarmos soluções que respondam às necessidades dos utilizadores das plataformas digitais. Por outro lado, o desenvolvimento destes instrumentos deve privilegiar a partilha segura de informação, promover canais de comunicação entre profissionais melhorando a celeridade na resposta dos serviços de saúde, a sua eficiência e a produtividade. **A interoperabilidade dos vários sistemas, sejam públicos ou privados é fundamental para assegurar a prestação de mais e melhores cuidados de saúde.** Uma política de saúde centrada no utente terá de ultrapassar a atual fragmentação e falta de sistemas de informação e de comunicação entre os vários atores do sistema de saúde, dando origem à redundância de atos e potenciando a falta de segurança clínica. Urge dotar os cidadãos de um processo clínico único eletrónico acessível em todos os pontos de contacto no sistema de saúde em Portugal e não apenas no SNS.

Para além das limitações na oferta dos cuidados, que penalizam de modo especial os mais doentes, os mais idosos e os mais pobres, as carências financeiras das famílias são a segunda barreira no acesso. **Os cuidados de saúde insuficientemente cobertos pelo SNS obrigam ao pagamento direto desse serviço.**

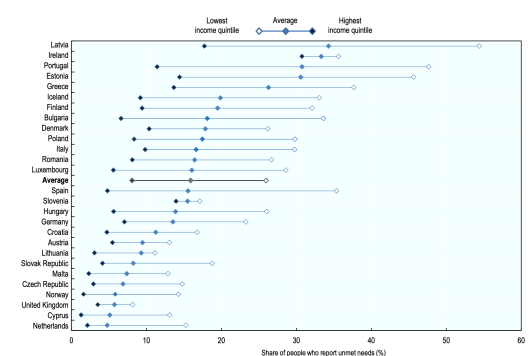
Figura 8. Em Portugal, as despesas de saúde per capita e em percentagem do PIB continuam abaixo da média da UE



Nota: A média da UE é ponderada.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021 (dados relativos a 2019, à exceção de Malta, cujos dados se referem a 2018).

Fonte: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>.

Figura 1.5. Proportion of the population forgoing care because of the cost, by income quintile

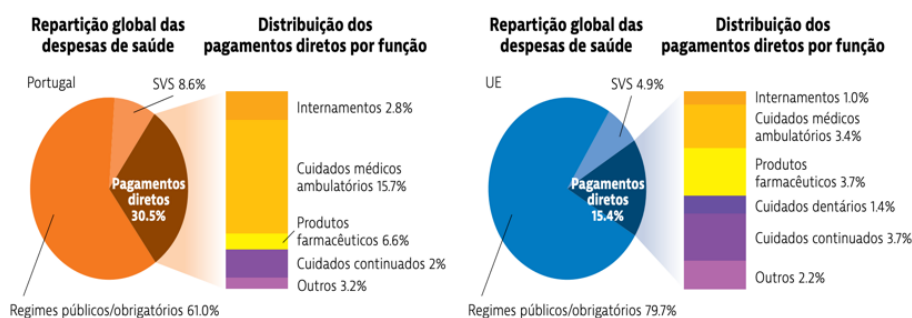


Note: Data from 27 European countries. France, Sweden and the United States are not included in this chart because the data was not strictly comparable due to different wording in the questions (see more details in Chapter 4).
Source: OECD estimates based on national health survey data.

Fonte: OECD (2019) *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, Página 27. <https://bit.ly/2phQWgm>

Em Portugal, a percentagem de pagamentos diretos tem crescido ao longo dos últimos anos, atingindo o valor histórico de 30,5% em 2019 — duas vezes mais alto do que a média da UE (Retrato da Saúde em Portugal: “Health at a Glance 2021”). Portugal é o país da UE com valor mais elevado de pagamentos diretos em percentagem do consumo das famílias ao mesmo tempo que a despesa de saúde é 33% inferior à média europeia.

Figura 16. Em Portugal, a percentagem de pagamentos diretos é duas vezes mais alta do que a média da UE



Nota: A média da UE é ponderada. O SVS também inclui outros regimes de pagamento antecipado voluntário.
 Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021, base de dados do Eurostat (dados relativos a 2019).

Fonte: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Portugal: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>.

É fundamental consagrarmos um Estado promotor de prestações mais próximas e mais adequadas a cada cidadão, promovendo a liberdade de escolha dos cidadãos e a concorrência entre os vários prestadores de serviços (estatais, privados e do setor social), garantindo o acesso universal a serviços de qualidade assente numa lógica de sistema em rede financiados tendo por base os ganhos de saúde. Neste sentido, é crucial garantir que a determinação Constitucional de direito à proteção da saúde seja cumprida, independentemente do poder de aquisição de cada um e do local de residência das pessoas.

Uma tal rede - com participação do SNS, do setor social e do setor privado - deve contribuir, em condições de igualdade, para o acesso universal aos serviços de saúde e, em caso algum (mas como infelizmente se tem estado a verificar) para motivar desigualdades no acesso a esses cuidados em função das disponibilidades financeiras dos utentes. Naturalmente, esta indeclinável exigência de um sistema nacional de saúde de acesso universal e com qualidade não põe em causa a liberdade de cada cidadão subscrever seguros de saúde nem o interesse em que as políticas fiscais possam apoiar essa liberdade de escolha. Cerca de 28% da população já optou pela cobertura por seguros privados, não incluindo neste grupo os beneficiários da ADSE ou de outros subsistemas.

A inovação científica e tecnológica continuará a ter um impacto cada vez maior nos orçamentos da saúde sendo necessários debates que mantenham a abertura à inovação nos cuidados de saúde e a sua sustentabilidade financeira.

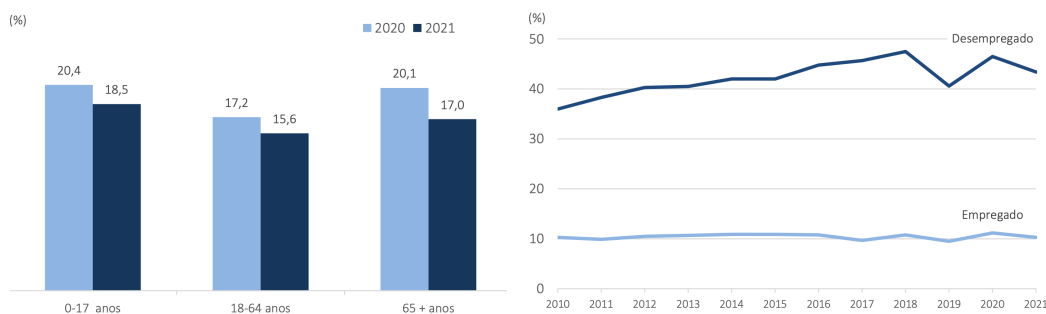
Parece imprescindível acelerar os procedimentos de **combate ao desperdício na saúde**, reduzindo o tempo de internamento hospitalar desnecessário por carência de unidades de cuidados continuados e paliativos ou ausência de hospitalização domiciliária, os exames complementares de diagnóstico repetidos por falta de partilha de resultados, ou o desperdício com medicamento, incentivando a adesão e monitorização da terapêutica.

Uma política de saúde centrada no utente só será empreendida com sucesso com a **participação ativa e motivada de todos os profissionais de saúde**. A melhoria do desempenho dos serviços deve ser sustentada por programas de incentivos à produção (clínica e cirúrgica), com a atribuição de prémios de desempenho. Por outro lado, o restabelecimento das carreiras profissionais é há muito desejado pelas ordens profissionais bem como a necessária atualização salarial, de acordo a valorização que queremos imprimir ao setor.

A eficácia e sustentabilidade do modelo de proteção social

A avaliação da encruzilhada demográfica em que se encontra Portugal, formulada na primeira parte deste policy paper, não pode ser desligada do **agravamento das desigualdades**. De acordo com os dados de Outubro de 2022 do Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza (EAPN Portugal), a população em risco de pobreza ou exclusão social aumentou em 12% em relação a período homólogo. No panorama europeu, é em Portugal que se verifica o maior aumento dos níveis de desigualdades de rendimento – segundo o indicador S80/S20, que compara os rendimentos de 20% com rendimentos mais baixos e 20% com rendimentos mais elevados.

Figura 3. Taxa de risco de pobreza segundo o grupo etário, Portugal, 2020-2021 Taxa de risco de pobreza da população empregada e da população desempregada, Portugal, 2010-2021



Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2021-2022.

Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2011-2021.

Fonte: INE (2023) *Rendimento e Condições de Vida em 2022*, INE Destaques, página 4, <https://bit.ly/3Dq6C4o>

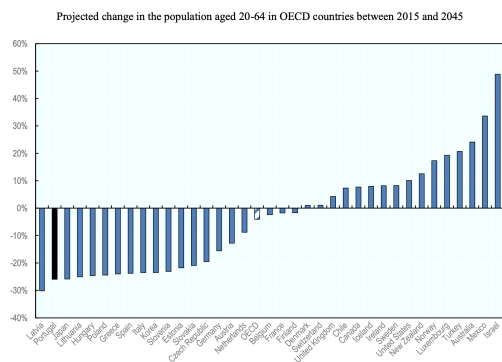
Fonte: INE (2023) *Rendimento e Condições de Vida em 2022*, INE Destaques, página 4, <https://bit.ly/3Dq6C4o>

Sendo conhecido que o risco de pobreza em Portugal afeta mais as crianças (23%) e a população idosa - 24% no caso da população com 65 ou mais anos, aumentando três pontos percentuais a cada 10 anos de idade, situando-se nos 27% no caso da população com 75 ou mais anos -, têm sido adotadas medidas no domínio da fiscalidade e do aumento das transferências sociais. Todavia, uma análise da taxa do risco de pobreza após transferências sociais revela que estas se limitam a atenuar o risco de pobreza. Dados de 2021 indicam uma taxa de risco de pobreza após transferências sociais de 15%, em termos médios. A análise por tipo de família revela, porém, que a taxa é de 23% nos casos de solos (uma família composta por uma pessoa adulta, na maior parte das vezes, idosa); também de 23% no caso das famílias compostas por duas pessoas adultas com três ou mais crianças dependentes; e para os 28% no caso de famílias monoparentais (composta por uma pessoa adulta e uma criança dependente, sendo sobretudo famílias monoparentais femininas). A taxa de risco de pobreza após transferências sociais situa-se mais próximo da média nacional nos casos das famílias compostas, pelo menos, por duas pessoas adultas – situando-se nos 14% quando essas pessoas estão em idade ativa; nos 13%, quando a família é composta por duas pessoas adultas e duas crianças; e nos 11% quando é composta por duas pessoas adultas e uma criança. Este indicador, analisado por tipo de família traduz, por um lado, a dependência do mercado de trabalho por parte da população portuguesa adulta, necessitando as famílias do rendimento de, pelo menos, duas pessoas, e, por outro lado, a **inviabilidade de as famílias irem além de uma ou duas crianças** – mesmo que o pretendessem. Desde 1995, o tipo de família que registou um aumento progressivo e estável é o casal sem filhos: em 1995 representavam cerca de 660 000; no ano 2000, passaram a representar cerca de 720 000; em 2005, cerca de 815 000; em 2010, cerca de 930 000.

Relativamente recente quando comparada com o observado noutros países europeus, a construção do atual **modelo de proteção social** em Portugal ocorreu “fora de tempo”

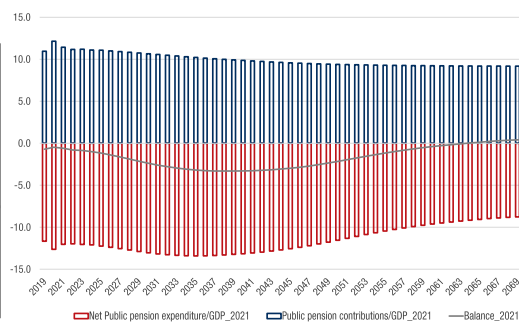
na medida em que as alterações no contexto demográfico e económico que se observam na década de 70 nos países do norte da Europa permitiam antecipar que o sistema de segurança social português, construído a partir do final dessa década, enfrentaria sérios problemas a médio prazo.

Figure 1.7. The decrease in the working-age population will be among the strongest in the OECD



Fonte: OECD (2019), *OECD Reviews of Pension Systems: Portugal*, OECD Publishing Paris, <https://doi.org/10.1787/f85Sc166-en>.

Figure 26 | BALANCE OF PUBLIC PENSION SYSTEM



Source: European Commission, GPEARI and GEP.

Fonte: European Commission, GPEARI, GEP (2021), Portugal Country Fiche Ageing Report 2021

De entre estes destacam-se as questões relacionadas com a **sustentabilidade do sistema público de segurança social**, um problema que não pode deixar de ser encarado com grande seriedade. A irresponsável opção de protelar uma análise atenta das respetivas decisões sobre esta insustentabilidade não é mais aceitável.

Não podem estar em causa, em caso algum, a garantia das pensões que estão em pagamento ou que constituem direito adquirido de cada um dos contribuintes, nem tampouco a penalização das gerações futuras à custa do esgotamento dos recursos pelas gerações atuais. Nem pode alguma vez estar em causa a livre opção das empresas em desenvolverem sistemas próprios de apoio complementar aos seus trabalhadores que deixem a vida ativa, nem a liberdade de os trabalhadores o fazerem individualmente.

Contudo, as limitações do atual modelo não se esgotam nas questões de sustentabilidade. Na realidade, **o atual sistema parece incapaz de responder, em cada momento, às problemáticas sociais emergentes**, nomeadamente através da inovação social, devidamente contextualizada, em particular, nas novas dinâmicas do mercado de trabalho. De igual forma, um sistema de proteção social só cumpre verdadeiramente o seu objetivo se **garantir que os riscos sociais são protegidos de forma adequada e assegurando, simultaneamente, equidade na sua realização**, algo que o nosso sistema não consegue assegurar na maioria dos casos. Por último, a falta de eficiência do sistema parece evidente, na medida em que a resposta aos problemas sociais não pode

dependem, exclusivamente, do montante de recursos empregues em detrimento de uma análise custo-benefício das soluções adotadas.

Sendo certo que fatores como a demografia, a modernização tecnológica das empresas - que inclui a capacidade de produzir quantidades acrescidas com menos mão-de-obra -, bem como a inflação e a estagnação económica, constituem fatores sérios de degradação do sistema público de pensões, também não é menos verdade que tal não pode ser aceite e é incompatível com a visão solidária entre gerações. Para colmatar essa debilidade crescente, não basta reincidir na necessidade de criação de mais riqueza e na criação de condições para que tal ocorra, o que é simplesmente óbvio.

Assim, e tendo por referencial que uma economia robusta com uma estrutura demográfica saudável é condição base para a sustentabilidade de um qualquer sistema de segurança social, **a reforma do sistema terá de ser concretizada através da intervenção num conjunto de áreas** de entre as quais se destacam as seguintes:

- **Simplificação do sistema e adequação das prestações aos novos riscos sociais** – Redução significativa do número de prestações e simplificação do quadro legal aplicável, procurando dar resposta não apenas aos riscos sociais tradicionais, mas também aos denominados “novos riscos sociais”.
- **Reorganização e transformação digital do sistema** – Redução das sobreposições de estruturas assentes no reforço do planeamento integrado das atividades, bem como numa reengenharia de processos e suporte informático adequado, de forma a assegurar uma plena transformação digital da segurança social.
- **Controlo do sistema e reforço da comunicação e da prestação de informação** – Adoção de um sistema eficaz de controlo das prestações atribuídas, melhorando a comunicação com os beneficiários, num quadro de reforço da educação cívica em matérias de segurança social, bem como através de uma adequada prestação de informação (nomeadamente a estatística) que permita uma avaliação adequada da atividade da segurança social e das políticas sociais.
- **Reforço da sustentabilidade do sistema** - Precisamos, tal como já tem vindo a ocorrer com o chamado IVA social, e com as transferências do OE para a segurança social, conceber uma maior articulação entre as contribuições para a segurança social e o sistema fiscal, no sentido de garantir as condições de financiamento necessárias e de acautelar que a progressiva criação de riqueza - que se atinge com empresas tecnologicamente mais desenvolvidas e menos carecidas de mão-de-obra intensiva - não deixe de se traduzir, através do sistema fiscal, no adequado contributo para o financiamento da segurança social que essas mesmas empresas teriam caso funcionassem com o tradicional custo inerente ao fator trabalho.

- **Reforço da equidade do sistema** – Alinhamento dos benefícios com o esforço contributivo realizado, no âmbito do Sistema Previdencial, e generalização da aplicação da condição de recursos na atribuição de prestações, no âmbito do Sistema de Proteção Social e Cidadania, reforçando desta forma a equidade horizontal (ou geracional) bem como a equidade vertical (inter-geracional).
- **Promoção dos mecanismos voluntários de poupança** – A manutenção de níveis de vida adequados em situações de redução temporária dos rendimentos ou após a entrada na idade de reforma, não deve ser apenas tarefa do Estado, cabendo a cada trabalhador, apoiado, sempre que possível, pela entidade empregadora, a constituição de níveis de poupança ao longo da vida ativa que, em complemento com os sistemas públicos obrigatórios, permitam assegurar adequadas condições de vida.

Saliente-se que a reforma futura do sistema de segurança social, mais do que inspirada pelo casuísmo, pela gestão de curto-prazo ou por qualquer obsessão ideológica, exige uma reflexão técnica profunda, amplamente discutida e ambicionando consensos políticos alargados.

2 de fevereiro 2023. Dália Costa (Co-Coordenadora da Missão 4, PCS), Miguel Coelho (Co-Coordenador da Missão 4, PCS), Ricardo Pimenta Araújo (Co-Coordenador da Missão 4, PCS), Maria Luísa Moreira (Assessora, PCS), Jorge Moreira da Silva (Presidente, PCS).