

GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS

20 Medidas alternativas que visam garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS

**Análise do Relatório final da Comissão
para a sustentabilidade do financiamento do SNS
nomeada pelo governo**

INDICE

CONTRIBUTOS VISANDO GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS A MÉDIO E LONGO PRAZO.....	4
A-O método utilizado e os objectivos a alcançar.....	4
B-A definição de sustentabilidade tendo em conta não só o preceito constitucional mas também a saúde como factor chave de crescimento económico e desenvolvimento.....	5
C-Contributos para o debate sobre medidas alternativas	5
1-Em Portugal, a despesa de saúde em percentagem do PIB é elevada mas a despesa por habitante é uma das baixas da OCDE	6
2- A sustentabilidade financeira do SNS depende também da taxa de crescimento da Economia Portuguesa	8
3-Promiscuidade público-privado determina subutilização de recursos que não foi estudado pela Comissão.....	9
4-A subutilização equipamentos existentes no SNS que não foi estudado pela Comissão.....	10
5-A necessidade de racionalizar consumo de MCDT baseado em critérios clínico e de custos/benefícios em ganhos de saúde.....	10
6-A racionalização do consumo de medicamentos baseado em critérios clínicos e de custos/benefícios em ganhos de saúde.....	11
7-A promoção de genéricos, o controlo dos preços de genéricos e a promoção da industria nacional de genéricos	14
8-A aquisição de novas tecnologias de saúde baseadas em critérios clínicos e de custos/benefícios em ganhos de saúde.....	15
9-Portugal não tem falta de médicos mas sua distribuição é extremamente desigual mesmo a nível do SNS	15
10-O número de enfermeiros por 1000 habitantes é claramente insuficiente em Portugal o que degrada os serviços de saúde e agrava os custos	18
11-A promoção dos cuidados primários e dos cuidados continuados como meio de aumentar a eficiência como são utilizados os recursos do SNS, reduzindo a necessidade da medicina curativa hospitalar muito mais cara.....	19
12-A redução em termos reais das transferências do OE para o SNS e a degradação inevitável daí resultante.....	23
13-Os prejuízos que se estão acumular nos Hospitais EPE resultantes da desorçamentação como forma de reduzir o défice orçamental, os contratos de reequilíbrio financeiro que o governo está a impor aos Hospitais EPE, e a degradação inevitável da qualidade dos serviços de saúde.....	24

14-A privatização da saúde em Portugal decorrente do fecho de serviços e de valências importantes nos hospitais públicos por falta de condições de funcionamento	25
15-A privatização da saúde em Portugal resultante dos Hospitais PPP e os custos futuros já previstos no OE2008. A manutenção do modelo de exploração privada das infra-estruturas e dos serviços clínicos pelo governo de Sócrates	25
16- A responsabilidade das empresas pelos custos da saúde laboral como instrumento não só de aumentar a qualidade de vida e contribuir para o desenvolvimento, mas também como meio de reduzir os gastos com saúde	27
17-O aumento da literacia em saúde, instrumento importante para aumentar a qualidade dos serviços de saúde e reduzir custos	27
18-A crescente falta de equidade a nível dos serviços de saúde em Portugal, consequência inevitável do sistema de saúde estar subordinado fundamentalmente a critérios financeiros	28
19-O envolvimento e a participação activa dos trabalhadores é fundamental para garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS, o que é incompatível com a política do governo de ataque à função pública	29
20 – CONCLUSÕES FINAIS.....	30

UMA ANÁLISE DO RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS NOMEADA PELO GOVERNO	31
1-A metodologia utilizada e o seu carácter limitado	31
2-Uma definição de sustentabilidade do financiamento do SNS determinada pela política de obsessão do défice e pela necessidade de cumprir o PEC2006-2010	32
3-Os 10 cenários estudados e as conclusões tiradas	32
4- As recomendações apresentadas pela Comissão.....	40

CONTRIBUTOS VISANDO GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS A MÉDIO E LONGO PRAZO

A - O método utilizado e os objectivos a alcançar

Segundo Rui Nunes, presidente do Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde no período 2002-2003, “de acordo com relatório de 2003 do Tribunal de Contas, o desperdício de recursos financeiros no SNS atinge, pelo menos, 25% do montante afectado à saúde” (pág. 39, Regulação da Saúde). Actualmente 25% do orçamento do SNS corresponde a cerca de 2.000 milhões de euros.

A ser verdadeiro, e não existe qualquer estudo fundamentado que ponha em causa aquela conclusão do Tribunal de Contas, aquele “desperdício” devia ter sido a primeira e uma questão fundamental a ser estudada profundamente pela Comissão, pois a sua eliminação ou, pelo menos, a sua redução significativa contribuiria muito para garantir a sustentabilidade do financiamento ao SNS.

O estudo da questão do “desperdício” no SNS obrigaria a Comissão, se tivesse verdadeiramente interessada em garantir a sustentabilidade do SNS, em ter começado o seu trabalho por identificar as áreas geradoras eventuais de “desperdício” com o objectivo de as estudar profundamente, visando a quantificação rigorosa desse “desperdício”, e a identificação das suas causas, com o propósito de apresentar propostas ou recomendações fundamentadas e credíveis visando a sua eliminação ou, pelo menos, uma redução muito significativa. Isso exigiria estudos aprofundados das áreas geradoras desses desperdícios por especialistas, que passariam naturalmente por um diagnóstico muito completo, com dados concretos dos problemas existentes em cada área (ex., horas efectivamente realizadas pelos profissionais de saúde, horas extraordinárias em excesso, numero de operações por bloco operatório e por cirurgião, nível de utilização dos laboratórios dos hospitais públicos, etc., etc.).

Como ficou claro da análise do Relatório, o caminho seguido pela Comissão foi o inverso, ou seja, no lugar de estudar profundamente e de quantificar o desperdício actual por áreas, de identificar as suas causas e de apresentar propostas/recomendações visando a sua eliminação ou a sua redução significativa, preferiu ignorar estes problemas importantes que afectam o funcionamento do SNS, e optou pela apresentação de propostas e recomendações visando aumentar encargos e diminuir direitos dos utentes com o objectivo de reduzir as transferências do OE para o SNS, e assim garantir a redução do défice orçamental para os valores constantes do Programa de Estabilidade e Crescimento de 2006-2010 (-3% do PIB em 2007, e apenas -0,5 do PIB em 2010).

Nesta parte, que não é um estudo aprofundado daqueles problemas devido à escassez de dados e de informação e à impossibilidade de obter estudos sobre as várias áreas do SNS, o que naturalmente era possível a Comissão, mas seguindo um caminho oposto ao da Comissão, vamos indicar pistas para medidas alternativas, que ainda necessitam de ser estudadas mais profundamente, avançando também com alguns factos ou números concretos, e com reflexões visando fundamentar a necessidade desses estudos e que pretendem também ser contributos para a reflexão e para o debate dos problemas que enfrenta actualmente o SNS.

Portanto, a metodologia que defendemos é inversa da seguida pela Comissão nomeada pelo governo. O ponto de partida devia ser o estudo da situação real actual do SNS, a identificação dos seus problemas e ineficiências, o estudo aprofundado das suas causas, e com base em todos esses estudos é que deviam ser apresentadas propostas e recomendações tendo como objectivo fundamental a eliminação do “desperdício” ou, melhor, uma utilização mais eficiente e eficaz dos recursos afectados

anualmente ao SNS, que é uma questão central e muito importante, quer pela sua dimensão, quer pelas dificuldades financeiras crescentes que o SNS está a enfrentar devido à política de obsessão do défice (nos anos 2005, 2006 e 2007 as transferências do OE para o SNS estagnaram sofrendo, por isso, em termos reais, uma redução), quer ainda porque a manutenção das situações reais geradoras desse “desperdício” acabam por desacreditar o SNS aos olhos da população. Só depois disso ter sido feito e implementado, e no caso de se revelar ainda insuficientes os resultados obtidos ao nível da sustentabilidade do financiamento do SNS, é que se poderia estudar medidas de natureza macroeconómica.

B- A definição de sustentabilidade tendo em conta não só o preceito constitucional mas também a saúde como factor chave de crescimento económico e desenvolvimento

Contrariamente à forma como a Comissão definiu “a sustentabilidade do financiamento do SNS”, esta não poderá ser definida exclusivamente em termos financeiros, ou seja, apenas em termos do seu contributo para a redução do défice orçamental (-3% do PIB em 2007, que será reduzido gradualmente até atingir -0,5% em 2010), e muito menos a sua subordinação aos objectivos do Programa de Estabilidade e Crescimento 2006-2010 enviado pelo governo à Comissão Europeia.

E isto porque existe um preceito constitucional (artº 64 da CR), que ainda não foi alterado, que garante a todos os portugueses “o direito à protecção da saúde”, que é garantido pelo Estado, “através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Para além disso, a saúde da população tem efeitos importantes a nível quer da qualidade e longevidade da vida humana quer do crescimento económico. Em relação ao primeiro aspecto – qualidade e longevidade da vida humana – a evidência e a importância são tão grandes que não necessitam de serem justificados. Em relação à importância fundamental da saúde para o crescimento económico, interessa referir que, de acordo com estudos efectuados, utilizando “os modelos de crescimento macroeconómico que utilizam a saúde (Barro, Sala Martin, 1995; Bloom, Sachs, 1998) concluíram que um aumento de 10% na esperança de vida induz um crescimento do PNB de 0,3 a 0,4 pontos. A diferença de estados de saúde explica uma grande parte da diferença de crescimento entre as diferentes regiões do mundo”.¹

É evidente que existe uma correlação positiva estreita não só entre produtividade e crescimento económico, mas também uma correlação muito forte entre aquela e o estado de saúde da população. Uma população com um bom estado de saúde é um factor determinante para o crescimento económico, na medida em que cria também as condições indispensáveis ao aumento de produtividade.

Ora todos estes aspectos foram esquecidos pela Comissão na definição da sustentabilidade do financiamento do SNS.

C- Contributos para o debate sobre medidas alternativas

Nesta parte deste estudo apresentam-se um conjunto de áreas eventualmente geradoras de “desperdício” que se fossem estudadas profundamente, e aplicadas as medidas necessárias para o eliminar ou, pelo menos, para o reduzir significativamente,

¹ “Problèmes Économiques” – revista bimensal nº 2.877 – Junho de 2005

contribuiriam para garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS na medida que tornariam as transferências do Orçamento do Estado para o SNS perfeitamente sustentáveis. E para justificar a necessidade desses estudos indicaremos, para cada área, um conjunto de dados ou de situações concretas visando fundamentar as necessidades desse aprofundamento.

1-Em Portugal, a despesa de saúde em percentagem do PIB é elevada mas a despesa por habitante é uma das baixas da OCDE

Um dos aspectos que mais tem sido utilizados pelos críticos do SNS é precisamente o peso excessivo das despesas de saúde em Portugal quando comparadas com o PIB, ou seja, em percentagem do PIB.

QUADRO I – Evolução dos gastos totais em saúde entre 1970-2004

Peso % da Despesa Total em Saúde no PIB

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Australia	...	6,9	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,6
Austria	5,2	7,0	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,6
Belgica	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	...
Canada	7,0	7,1	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9
Dinamarca	...	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,9
Filandia	5,6	6,2	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	7,5
França	5,3	6,4	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5
Alemanha	6,2	8,6	8,7	9,0	8,5	10,1	10,3	10,6
Grecia	6,1	...	6,6	...	7,4	9,6	9,9	10,0
Islandia	4,7	5,7	6,2	7,2	7,9	8,4	9,2	10,2
Irlanda	5,1	7,3	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1
Italia	7,7	7,1	8,1	8,7
Japão	4,5	5,6	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	...
Luxemburgo	3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	8,0
Holanda	...	6,9	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,2
Nova Zelandia	5,1	6,5	5,9	5,1	6,9	7,2	7,7	8,4
Noruega	4,4	5,9	7,0	6,6	7,7	7,9	8,5	9,7
Portugal	2,6	5,4	5,6	6,0	6,2	8,2	9,4	10,1
Espanha	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,1
Suécia	6,8	7,6	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1
Suiça	5,5	7,0	7,4	7,8	8,3	9,7	10,4	11,6
Reino Unido	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,1
Estados Unidos	7,0	7,9	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3
Média da EU 15	4,8	6,4	6,9	7,1	7,3	7,9	8,1	9,0

Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

Em 1970 a percentagem para Portugal (2,6% do PIB) correspondia praticamente a metade da média dos países da UE15 (4,8% do PIB), enquanto em 2004 já corresponde a 10,1%, que é uma percentagem superior à dos mesmos países (9%).

O quadro seguinte mostra essa mesma despesa desagregada por despesa pública em saúde e despesas privada em saúde, esta última paga directamente pelos portugueses.

QUADRO II - Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB em Portugal, UE15 e países seleccionados, entre 1980 e 2004

	Gastos Totais em Saúde						Gastos Públicos em Saúde						Gastos Privados em Saúde					
	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	8,7	9,0	8,5	10,3	10,4	10,9	6,8	7,0	6,5	6,3	6,2	6,5	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Austria	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,6	5,1	4,9	5,1	5,7	6,6	6,8	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,8
Bélgica (a)	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5	7,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,9
Dinamarca (b)	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,9	7,9	7,3	5,9	6,7	6,8	7,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Espanha	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,1	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,7	1,1	1,0	1,4	2,1	2,0	2,4
Finlândia	6,3	7,1	7,8	7,4	8,7	7,5	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,7	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	1,8
França	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,3	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3
Grécia	6,6	0,0	7,4	9,6	9,9	10,0	3,7	0,0	4,0	5,0	5,2	5,3	2,9	0,0	3,4	4,6	4,7	4,7
Holanda	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,2	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,7	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,5
Irlanda	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1	6,8	5,7	4,4	4,8	4,5	5,7	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,5
Italia	0,0	0,0	7,7	7,1	7,9	8,4	0,0	0,0	6,1	5,1	5,8	6,4	0,0	0,6	1,6	2,0	2,1	2,0
Luxemburgo	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	8,0	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	7,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	0,8
Portugal	5,6	6,0	6,2	8,2	9,4	10,0	3,5	3,3	4,1	5,1	6,0	7,2	2,0	2,7	2,1	3,1	2,6	2,9
Reino Unido	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	7,1	0,6	0,8	1,0	1,1	1,4	1,2
Suécia	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,4
Australia (a)	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,2	4,3	5,1	5,1	5,3	6,0	6,2	2,5	2,1	2,5	2,7	2,7	3,0
Canada	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,9	1,7	2,0	2,3	2,5	2,7	3,0
Estados Unidos	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3	3,6	4,0	4,7	6,0	5,8	6,9	5,2	6,1	7,2	7,3	7,4	8,5
Japão (a)	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	4,5	4,7	4,6	5,7	6,1	6,5	1,9	2,0	1,3	1,2	1,4	1,5
UE 15 (c)	7,0	7,1	7,2	8,1	8,2	9,0	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,8	1,5	1,5	1,7	2,1	2,1	2,3
OCDE (c)	6,8	6,8	7,0	7,7	8,0	8,9	5,1	5,0	5,1	5,5	5,7	6,4	1,7	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5

Fonte: OCDE Health Data, 2006

Notas: (a) Valores de 2003; (b) Despesa de Investimento não dividida entre Público e Privado; (c) Média não ponderada dos valores disponíveis

Como mostram os dados do quadro, as despesas privadas com a saúde representam já um quinto dos gastos totais com saúde em Portugal, o que é um valor elevado.

O crescimento da despesa em saúde quando medido em percentagem do PIB, por um lado, é consequência de uma atenção muito maior dada à saúde da população e, por outro lado, resulta do facto de que o PIB português, quando analisado o valor por habitante, é consideravelmente inferior ao dos países da UE15 devido ao baixo crescimento económico de Portugal quando o comparamos com o daqueles países, como se mostrará mais à frente.

Mas antes, procuremos saber a evolução verificada nos últimos anos. E embora não existam dados disponíveis, as transferências do Orçamento do Estado para o Serviço Nacional de Saúde, que não correspondem à totalidade dos gastos públicos com a saúde, são um indicador da tendência dos gastos públicos com saúde, e elas revelam uma diminuição contínua nos últimos anos como mostram os dados do quadro seguinte:

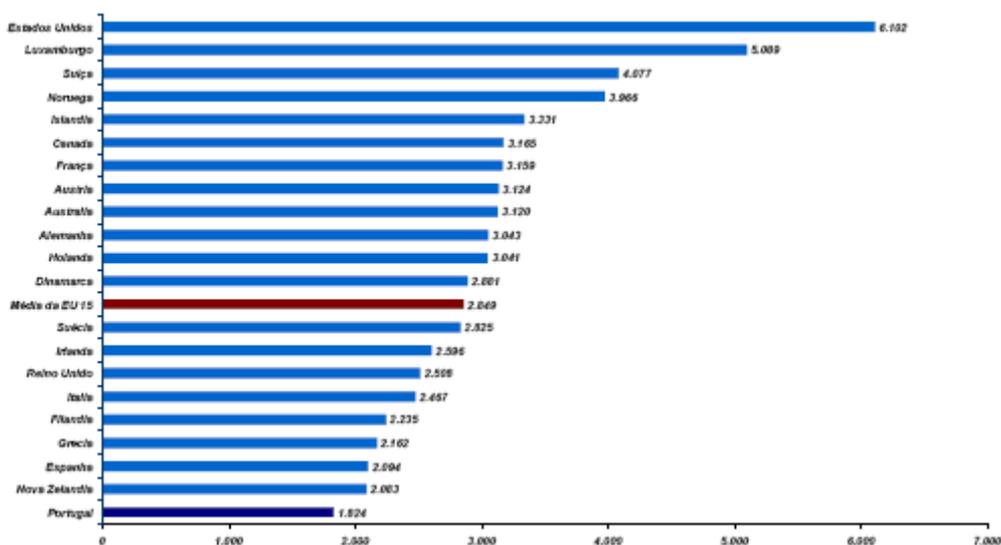
QUADRO III - % que as transferências do OE para o SNS : 2004-2008

RUBRICAS	2004(F)	2005 (P)	2006(P)	2007(P)	2008(P)
PIB nominal – Milhões euros	144.274,4	149.021,4	155.131,1	162.577,4	170.706,3
Transferências do OE para o SNS - Milhões €	7.509,8	7.634,0	7.631,9	7.674,8	7.900,0
% Transferências do PIB	5,2%	5,1%	4,9%	4,7%	4,6%

Se a comparação internacional for feita em despesa com a saúde por habitante conclui-se que a portuguesa é a mais baixa no conjunto de países constantes do gráfico I, retirado do Relatório e Contas de 2005 do SNS,:

GRÁFICO I

Despesa Total em Saúde per Capita em US\$



Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

O gráfico anterior mostra que apesar da despesa com saúde, quando medida em percentagem do PIB, ser elevada em Portugal, em dólares (e um euro corresponde actualmente a cerca de 1,4 dólares) por habitante continua a ser das mais baixas.

É evidente que a percentagem relativamente elevada que as despesas com a saúde representam em Portugal em relação ao PIB resulta fundamentalmente do baixo valor deste. Por isso, a questão da sustentabilidade do financiamento do SNS não poderá ser analisada apenas em percentagem do PIB, como muitas vezes é feita.

2- A sustentabilidade financeira do SNS depende também da taxa de crescimento da Economia Portuguesa

A sustentabilidade do financiamento do SNS está também dependente da taxa de crescimento da Economia Portuguesa. Efectivamente, uma despesa pública com a saúde correspondente a 7,2% do PIB (a despesa total com saúde em Portugal,

incluindo a suportada directamente pelos portugueses, para além dos impostos que pagam, os quais servem para financiar o SNS, é que atinge 10% do PIB) não é a mesma coisa com um PIB por habitante de 15.000 euros, que era o de Portugal em 2006, e com um de 24.928 euros que era o PIB “per capita” médio da União Europeia constituída por 25 países também em 2006.

Assim, 10% para Portugal corresponde a 1.500 euros por habitante, enquanto 9% do PIB, que é o valor médio do gasto com saúde na UE15, já corresponde, para a U.E., a 2.243 euros por habitante, ou seja, a mais 49,6% do que a capitação portuguesa.

Por outro lado, a despesa pública com a saúde em Portugal representa 7,2% do PIB, o que corresponde a 1.080 euros por habitante, enquanto a despesa pública média com a saúde na UE15 representa 6,8%, o que corresponde a 1.695 euros, isto é, mais 57% do que em Portugal. A comissão aceita o atraso e a baixa taxa de crescimento económico com uma fatalidade que não poderá ser alterada.

Se Portugal tivesse um PIB por habitante igual ao da UE25 em 2006, com as mesmas percentagens de gastos com a saúde que se observam na UE15 (9% despesa total; e 6,8% do PIB, despesa pública com saúde), o nosso País poderia gastar mais 7.875,8 milhões de euros de despesa total de saúde, e mais 6.457,5 milhões de euros com o financiamento publico da saúde.

Estes números são suficientes para mostrar que a sustentabilidade do financiamento do SNS passa também por taxas mais elevadas de crescimento económico em Portugal. Mas esta questão nem foi referida pela Comissão.

3- Promiscuidade público-privado determina subutilização de recursos que não foi estudado pela Comissão

Este é um problema grave e sensível que afecta o funcionamento do SNS e a sua credibilidade aos olhos da população e que se traduz no facto de muitos profissionais de saúde trabalharem simultaneamente no sector público e no sector privado, muitas vezes em multinacionais (ex. na área da hemodiálise) ou em empresas dos grandes grupos económicos portugueses, que concorrem com o SNS, não cumprindo horários, contribuindo, por essa razão, para a não utilização eficiente dos recursos do SNS nem conseguindo, por essa razão também, prestar o atendimento de qualidade a que os utentes têm direito.

O prof. Manuel Antunes, que conhece bem o SNS por dentro, no seu conhecido estudo “ A doença da saúde – SNS : ineficiência e desperdício” afirma: “No nosso sistema, a produtividade da actividade dos médicos é , na maior parte das circunstâncias, baixíssima. Um número muito significativo não cumpre os horários mínimos a que estão legalmente obrigados, isto é, o número de horas que constitui a obrigação contratual individual. Também o trabalho de urgência, em presença física, que legalmente ocupa 12 a 35 horas semanais , frequentemente não é cumprido ². Confrontado com a necessidade de manter os seus consultórios particulares em pleno funcionamento, assiste-se a uma tendência progressiva para a diminuição do período de trabalho no hospital, especialmente dos elementos mais seniores, que têm uma clínica particular mais florescente” (pág. 45). E conclui: a promiscuidade público – privado é “a principal causa da falta de produtividade nos serviços hospitalares” (pág. 60).

A confirmar este estado de coisas estão as reacções de médicos e, nomeadamente da Ordem de Médicos, à tentativa de introduzir nos hospitais o controlo electrónico das presenças.

² O que tem determinado que doentes que recorrem a urgência não são, por vezes, assistidos pelo facto do médico (a) de serviço não estar presente, e tem levado os familiares, em caso de morte, a responsabilizarem o médico e o hospital como tem sido noticiado pelos órgãos de informação

A promiscuidade público-privado, entendida da forma como foi referida, também se verifica em relação a outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, embora com uma dimensão menor.

Apesar deste problema ser um dos problemas graves que existe no funcionamento do SNS, nomeadamente a nível dos Hospitais, contribuindo fortemente para a baixa produtividade que existe neles, no entanto a Comissão não estudou de uma forma aprofunda e concreta a nível das diferentes unidades de saúde, ignorando-o como não existisse.

4-A subutilização equipamentos existentes no SNS que não foi estudado pela Comissão

A subutilização dos equipamentos existentes é outro dos problemas do funcionamento do SNS, que está também associado ao anterior e à falta de planeamento quer no recrutamento quer na utilização dos profissionais da saúde, contribuindo para o elevado desperdício que se verifica nele .

Já durante o governo PSD/CDS, o então ministro da Saúde, tornou publico , no seu ataque ao SNS, um conjunto de dados que, na altura, não sofreram contestação publica quer por parte dos atingidos quer pela Ordem de Médicos que normalmente é rápida em defender a classe médica. E esses números, publicados na altura nos jornais, foram os seguintes: “Nos hospitais públicos, cada cirurgião faz, em média, uma cirurgia de 3 em 3 dias úteis. A utilização dos blocos operatórios é também preocupante , pois em cada sala são feitas apenas 2,3 a 2,5 operações por dia útil. O número de pequenas e média cirurgias é apenas de 0,4 por cirurgião e por dia útil”.

Igualmente, o Prof. Manuel Antunes, na sua obra já citada, escreve “que as salas de operações dos hospitais públicos funcionam, em média, apenas cerca de 4 horas diárias “ (pág. 145)³. E concluía: “um aumento de apenas uma hora de trabalho diário seria suficiente para eliminar em meio ano 70.000 doentes que estão na lista de espera.

Apesar desta subutilização, neste caso, dos blocos operatórios existentes, o que determina elevados custos para o SNS, porque são equipamentos extremamente caros que podiam e deviam ser utilizados plenamente, e apesar também do sofrimento que causa a muitos doentes (o atraso em operações pode significar a morte para muitos portugueses), mesmo assim, a dita Comissão não considerou importante fazer, por um lado, um levantamento e uma análise exaustiva deste problema e, por outro lado, uma avaliação, tanto quanto possível quantificada, das perdas que acarreta para o SNS e para os utentes, e de apresentar propostas/recomendações visando a sua eliminação ou, pelo menos, uma utilização mais intensiva de tais equipamentos caros.

5-A necessidade de racionalizar o consumo de MCDT baseado em critérios clínico e de custos/benefícios em ganhos de saúde

Os gastos em Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) tem um peso muito importante no SNS. Em 2007, a estimativa constante do Orçamento do SNS apresentado pelo governo na Assembleia da República era de 671,2 milhões de euros.

Esta despesa elevada paga a privados é suportada pelo SNS, enquanto os laboratórios existentes nos Hospitais Públicos estão subutilizados. Um exemplo, naturalmente entre os vários casos certamente existentes. Os laboratórios do Hospital

³ A doença da saúde – SNS: ineficiência e desperdício

Santa Maria são utilizados a “part time” pois estão em funcionamento apenas até às 15 horas.

Outro exemplo também referente a este hospital, agora no sentido positivo, que mostra a poupança que se podia obter com uma gestão diferente. O Hospital de Santa Maria gastava anualmente, em média, cerca de 5 milhões de euros com a aquisição de reagentes que utiliza nos seus laboratórios. Recentemente abriu um concurso publico tendo no caderno de encargos constado a condição de que só seriam pagos os reagentes utilizados e que tivessem resultados. Esta mudança na aquisição determinou a redução da despesa para metade (2,5 milhões de euros /ano). Para se compreender as razões desta diminuição tão significativa na despesa basta ter presente que antes os fornecedores enviavam “Kits “ de embalagens ao hospital que, que se fossem utilizados ou não, o hospital teria de pagar (por ex, enviavam Kits de 100 embalagens para serem utilizadas apenas 50). Agora o hospital só paga as que são utilizadas e que tenham resultados.

Para além desta subutilização dos laboratórios dos hospitais públicos e de consumos em excesso de materiais clínicos que o exemplo anterior torna claro, também se verifica o consumo excessivo de MCDT. E isso resulta do facto de muitas vezes serem requisitados MCDT apenas porque o médico desconhecia que o utente já os tinha realizado anteriormente, devido ao facto de ter sido pedido por médicos diferentes ou em unidades de saúde diferentes. Se existisse uma base de dados clínicos dos utentes do SNS isso resolveria dois problemas importantes que tem o SNS⁴: (1) Evitaria a duplicação de utentes inscritos em vários Centros de Saúde o que permitiria saber com rigor, por um lado, os utentes que não têm médico de família e determinar o numero verdadeiro de médicos em falta e em que região; (2) Evitar a duplicação da realização de MCDT que não são necessários, por já terem sido realizado; (3) Permitiria a divulgação de boas práticas neste campo.

Apesar da subutilização dos laboratórios existentes nos hospitais e do consumo excessivo de MCDT determinar elevados encargos para o SNS que poderiam ser significativamente reduzidos, através de uma gestão diferente que melhorasse significativamente a eficiência como são utilizado os recursos, gerando assim elevadas poupanças que podiam ser utilizadas ou para aumentar a prestação de serviços ou para satisfazer necessidades em outras áreas, também esta questão não foi considerada importante para a Comissão, tendo sido ignorada, e não estudada.

6-A racionalização do consumo de medicamentos baseado em critérios clínicos e de custos/benefícios em ganhos de saúde

As despesas com medicamentos constitui uma das mais importantes suportadas pelo SNS. Para concluir isso, basta ter presente que nos primeiros seis meses de 2007 (Janeiro/Junho), de acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República, a despesa com “produtos farmacêuticos” e com “produtos vendidos nas farmácias” atingiu 907,1 milhões de euros, o que permite estimar, para o ano todo, 1.814,2 milhões de euros.

Por outro lado, se compararmos o consumo de medicamentos em Portugal por habitante e na União Europeia também por habitante concluímos que o consumo no nosso País é muito superior, mesmo relativamente aos países mais desenvolvidos.

Os dados do quadro seguinte mostram, o que acontece em Portugal e na União Europeia.

⁴ Em Janeiro de 2008, o Diário Económico informava que o Ministério da Saúde estaria a criar uma base de dados clínicos a que todos os médicos teriam acesso, no entanto essa notícia já surgiu no passado várias vezes mas nunca foi concretizada

QUADRO IV- DESPESA COM MEDICAMENTO POR HABITANTE – 2003

PAÍSES	DESPESA POR HABITANTE		
	SAUDE – Total	Medicamentos	Medicamentos
	Dólares US PPP	Dólares US PPP	Comparação PT
Áustria	2.302	389	-7%
R. Checa	1.298	284	-32%
Dinamarca	2.763	271	-36%
Finlândia	2.118	339	-19%
Grécia	2.011	322	-23%
Hungria	1.269	350	-17%
Irlanda	2.451	289	-31%
Itália	2.258	499	19%
Luxemburgo	3.705	389	-7%
Holanda	2.978	339	-19%
Noruega	3.807	358	-15%
PORTUGAL	1.797	420	0%
Espanha	1.835	400	-5%
Suécia	2.703	354	-16%
Suiça	3.781	397	-6%
Inglaterra	2.231	352	-16%

FONTE: OECD HEALTH DATA 2005, October 05

Deste conjunto de 16 países apenas um – a Itália – apresentava um consumo “ per capita “ de medicamentos superior ao de Portugal.

Para se poder ficar com uma ideia do nível de poupanças que se podia obter nesta área através da racionalização do consumo de medicamentos baseado em critérios clínicos e de eficiência basta dizer que se o consumo de medicamentos por habitante em Portugal – 420 USD PPP – fosse igual ao consumo de medicamentos por habitante que apresentava a Dinamarca no mesmo ano - 271 USD PPP – isso representaria uma redução nesta despesa em cerca de 1.564,5 milhões de dólares EUA PPP por ano.

Mesmo que não fosse possível por razões clínicas uma redução com tal dimensão, tendo em conta os níveis diferentes de saúde e de educação em saúde da população, o certo é que a racionalização do consumo de medicamentos em Portugal com base em critérios clínicos e numa utilização eficiente de recursos determinaria certamente uma redução importante de gastos nesta área. Por ex., porque razão, até a esta data, ainda não foi introduzida a “unidose” em Portugal, e continua-se a vender embalagens com múltiplas doses que depois muitas delas não são utilizadas por não serem necessárias o que determina custos desnecessários para o SNS e para os utentes ?. É evidente que tudo isto determina elevados lucros para os laboratórios, muitos deles de grandes empresas multinacionais, mas lesa gravemente o SNS e os próprios utentes pois uma parte significativa do preço é paga por estes como se mostrou.

No entanto, o governo preferiu seguir outro caminho, o de transferir o pagamento de uma parte crescente da despesas com medicamentos para os doentes, através da redução das comparticipações, mantendo o desperdício.

Assim, o governo de Sócrates começou por reduzir as comparticipações dos medicamentos para a doenças crónicas de 100% para 95%. Depois, em 2007, reduziu as comparticipações de todos os escalões nas seguintes proporções: (1) Escalão B: A parte paga pelo Estado baixou de 70% para 69%; (2) Escalão C: a parte paga pelo Estado passou de 40% para 37% ; (3) Escalão D: a parte paga pelo Estado passou de 20% para apenas 15%.

Como consequência desta redução de comparticipações os doentes tiveram de pagar em 2007 muito mais pelos medicamentos que adquiriram, como mostram os quadros IV e V, construídos com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República aquando do debate do Orçamento do Estado para 2007.

QUADRO IV – REGIME NORMAL : estimativa das despesas dos utentes com medicamentos antes e depois da redução das comparticipações do Estado

ESCALÃO	PVP Euros	SITUAÇÃO SEM REDUÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO			SITUAÇÃO COM REDUÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO		
		COMPARTICIPAÇÃO		Pago pelos Utentes -€	COMPARTICIPAÇÃO		Pago pelo Utentes - €
		Euros	% PVP		Em euros	% PVP	
A	75.381.968	75.381.968	100%	0	71.480.925	94,8%	3.901.043
B	550.717.586	361.957.942	65,7%	188.759.644	356.450.766	64,7%	194.266.820
C	347.724.352	135.053.827	38,8%	212.670.525	124.622.096	35,8%	223.102.256
D	4.128.692	811.348	19,7%	3.317.344	604.913	14,7%	3.523.779
TOTAL	977.952.598	573.205.085	58,6%	404.747.513	553.158.701	56,6%	424.793.897
AUMENTO DE CUSTOS COM MEDICAMENTOS PARA ESTES PORTUGUESES EM 2007							20.046.385

FONTE: Ministério da Saúde, Lei do OE2007 e Associação Nacional das Farmácias

Portanto, o chamado “regime normal, a abrange os trabalhadores que ainda não estão na situação de reforma. E a previsão do aumento de custos que tiveram de suportar só em 2007 devido à redução das comparticipações decidida pelo governo de Sócrates, atingiu 20.046.385 euros.

Vejamos agora quais foram as consequências para os reformados que resultaram dessa redução das comparticipações. O quadro seguinte, construído também com dados oficiais do Ministério da Saúde, dá uma resposta a essa questão.

QUADRO V – REGIME DOS REFORMADOS: Custos dos medicamentos para os reformados com pensões inferiores a um salário mínimo nacional antes e depois da redução das comparticipações do Estado

ESCALÃO	PVP Euros	SITUAÇÃO SEM REDUÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO			SITUAÇÃO COM REDUÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO		
		COMPARTICIPAÇÃO		Pago pelos reformados -€	COMPARTICIPAÇÃO		Pago pelos reformados - €
		Euros	% PVP		Em euros	% PVP	
A	180.838.000	180.838.00	100%	0	172.956.799	95,6%	7.881.201
B	508.233.366	412.535.328	81,2%	95.698.038	407.452.994	80,2%	100.780.372
C	327.894.711	176.674.126	53,9%	151.220.585	166.837.285	50,9%	161.057.426
D	813.632	279.775	34,4%	533.857	239.093	29,4%	574.539
TOTAL ANO	1.017.779.709	770.327.229	76%	247.452.480	747.486.171	73,4%	270.293.538
AUMENTO DOS CUSTOS COM MEDICAMENTOS PARA OS REFORMADOS EM 2007							22.841.058

FONTE: Ministério da Saúde e Associação Nacional das Farmácias

Portanto, os reformados com pensões inferiores a um salário mínimo nacional tiveram de suportar um acréscimo de custos com medicamentos, só no ano de 2007, que calculamos em 22.841.058 euros.

Se somarmos este valor ao acréscimo de custos com medicamentos que tiveram de suportar os outros utentes, como consequência da redução das comparticipações decididas pelo governo, chegamos a um aumento no valor total de 42.887.443 euros com medicamentos.

No entanto, segundo o Diário Económico de 8.2.2008, que transcreve dados da Autoridade Nacional de Saúde (INFARMED) o aumento dos custos com medicamentos para os utentes do SNS ainda foi maior. Assim, segundo o INFARMED

“a política do medicamento do governo poupou 30 milhões de euros ao Estado, mas agravou a factura dos doentes em 60 milhões de euros”.

É claro que esta política do governo não tem como objectivo a redução do desperdício a nível de medicamentos, mas sim transferir para os doentes uma parcela crescente do custos dos medicamentos, reduzindo assim as despesas do Estado com o SNS para assim conseguir a redução do défice orçamental.

Apesar de tudo isto envolver elevados encargos desnecessários para o SNS e para os utentes, de ser possível através de uma gestão eficiente melhorar significativamente a forma como são utilizados os recursos, gerando assim elevadas poupanças que podiam ser utilizadas para satisfazer necessidades em outras áreas, também esta questão não foi considerada importante para a Comissão, tendo sido ignorada por ela, e portanto não estudada.

7-A promoção de genéricos, o controlo dos preços de genéricos e a promoção da indústria nacional de genéricos

De acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República (Mercado de Genéricos, Julho de 2007, Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde), entre 2003 e 2006, o consumo de genéricos em Portugal passou 154,4 milhões de euros para 479,1 milhões de euros, ou seja, aumentou 210% em 3 anos, e a quota de mercado, no mesmo período, cresceu de 5,7% para 15,2%. Tendo como base o período Janeiro a Julho prevê-se que, em 2007, a quota de mercado dos genéricos aumente para 17,8% (17,5% no fim de 2007, segundo o Diário Económico de 8.2.2008). Face a estes números oficiais, é fácil de concluir que os genéricos, que tem o mesmo princípio activo dos medicamentos de marca, possuem um elevado potencial de crescimento o que, a concretizar-se, representa um importante benefício, em termos de poupança financeira, quer para o SNS quer para os utentes, sem redução de efeitos clínicos se existir um apertado controlo de qualidade.

No entanto, seria necessário que fossem estudadas e tomadas nomeadamente as seguintes medidas: (1) Que os médicos desde que existissem genéricos no mercado, como o mesmo princípio activo, e com qualidade garantida pelo serviço de controlo oficial, fossem obrigados a prescrever o medicamento genérico; (2) Que o Ministério da Saúde desenvolvesse uma forte campanha de informação junto da opinião pública na promoção do genérico e que não se intimidasse perante a chantagem das grandes multinacionais detentoras dos medicamentos de marca (é de esperar uma forte oposição da respectiva associação patronal que ameaçou com uma providência cautelar se o governo avançasse com uma campanha desse tipo com o argumento de “concorrência desleal”); (3) Uma redução significativa dos preços dos medicamentos de genéricos que, em Portugal, são superiores aos de muitos países da União Europeia; (4) A utilização do elevado crescimento potencial do mercado de genéricos para promover o desenvolvimento de uma indústria nacional de genéricos, fazendo o mesmo em relação a outros produtos da área da saúde (por ex., têxtil).

Apesar de tudo isto poder gerar poupanças elevadas para o SNS e o aumento da eficiência na utilização dos recursos, e poder contribuir também para a sustentabilidade do financiamento do SNS, esta questão igualmente não foi estudada pela Comissão, nomeadamente com o objectivo de quantificar os ganhos já obtidos e os ganhos que se podiam obter com as medidas referidas anteriormente e com outras.

8-A aquisição de novas tecnologias de saúde baseadas em critérios clínicos e de custos/benefícios em ganhos de saúde

A Comissão no seu relatório fala da necessidade da aquisição de novas tecnologias na saúde ser precedida por uma avaliação dos seus custos / benefícios em ganhos de saúde, e propõe mesmo a criação de um entidade para implementar tal sistema.

No entanto, talvez para não querer ter trabalho ou por não estar interessada em revelar a dimensão do “desperdício” nesta área prefere utilizar “directamente o resultado quantitativo das comparações entre países “ concluindo que a “ taxa de crescimento da despesa pública poderá reduzir-se em 2 pontos percentuais. Mas por uma questão de prudência e por em Portugal já ser aplicada essa metodologia no sector do medicamento, prevê que o impacto da aplicação dessa medida determine uma redução de 1 ponto percentual na despesa pública da saúde” (Relatório, pág. 136). Por este caso vê-se a consistência das propostas da Comissão, que prefere substituir o estudo concreto e profundo da realidade do SNS português, pela importação/utilização de dados obtidos com base em estudos de experiências semelhantes feitos em outros países.

Também nesta área o Relatório da Comissão não avalia a dimensão do “desperdício” existente nesta área, devido à não utilização, ou à utilização inadequada ou então causada pela subutilização das novas tecnologias já adquiridas assim como a forma de aumentar a eficiência na sua utilização, o que certamente determinaria benefícios importantes para o SNS e para os utentes. Em relação à aquisição de novas tecnologias no futuro ela devia ser sempre precedida pela análise de custos/benefícios em ganhos de saúde e na responsabilização, incluindo financeira, dos respectivos fornecedores na garantia de tais benefícios.

9-Portugal não tem falta de médicos mas sua distribuição é extremamente desigual mesmo a nível do SNS

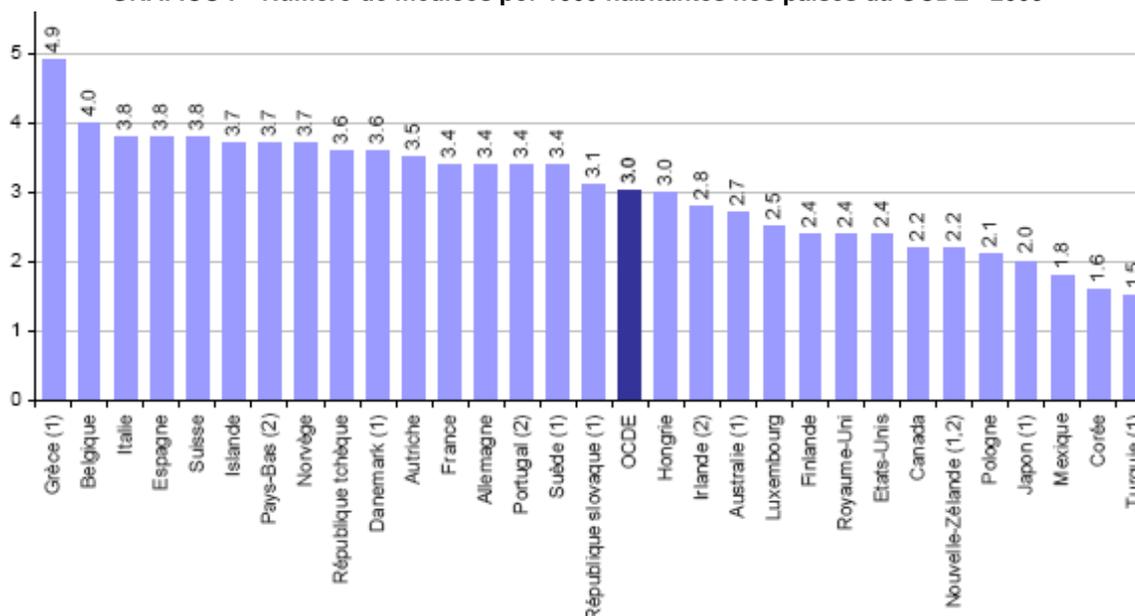
Contrariamente ao que muitas vezes se pensa e afirma Portugal não tem neste momento falta de médicos se se fizer uma análise com base no número de médicos por 1000 Habitantes. Poderá vir a ter no futuro próximo, devido à passagem à situação de reforma de um elevado número que se prevê que venha brevemente a ocorrer, e também como consequência da política do número “clausus” que levou à redução dos investimentos nesta área.

O que se verifica em Portugal é uma distribuição muito desigual dos médicos por regiões e nomeadamente a nível do SNS.

Efectivamente, se compararmos o número de médicos por 1000 habitante com o de outros países, o valor para Portugal é perfeitamente satisfatório, sendo mesmo superior ao verificado em muitos países desenvolvidos.

O gráfico que se apresenta seguidamente divulgado pela OCDE referente a 2005 mostra a posição de Portugal no conjunto dos países da OCDE.

GRÁFICO I – Número de médicos por 1000 habitantes nos países da OCDE - 2005



(1) 2004. (2) L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal communiquent le nombre de tous les médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins effectivement en activité.

Source: Eco-Santé OCDE 2007.

Em 2005, em Portugal, era de 3,4 o número de médicos por 1000 habitantes, enquanto nos países da OCDE a média, no mesmo ano, era apenas de 3.

O gráfico anterior também mostra que em países como a Suécia, a Irlanda, Austrália, Luxemburgo, Finlândia, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá e Japão, portanto muito mais desenvolvidos, sob o ponto de vista económico e não só, do que Portugal, o número de médicos por 1000 habitantes era inferior ao registado no nosso País.

No entanto, se se fizer uma análise mais fina, por ex., a variação de médicos nos Centros de Saúde, rapidamente identificam-se anomalias, como rapidamente se conclui dos dados do quadro seguinte.

QUADRO VI – Variação do número de médicos nos Centros de Saúde no período 1990-2005

ANO	Médicos	ANO	Médicos
1990	8 441	1998	7 258
1991	8 257	1999	7 187
1992	8 052	2000	7 239
1993	7 728	2001	7 192
1994	7 573	2002	7 226
1995	7 833	2003	7 251
1996	7 462	2004	7 377
1997	7 399	2005	7 357
Variação entre 1990 e 2005			-1 084

FONTE: Anuário Estatístico de Portugal - 2006 - INE

Em 15 anos – 1990 a 2005 – o número de médicos nos Centros de Saúde de todo o País diminuiu em 1.084.

Se a análise for feita por concelho, portanto, a um nível mais desagregado, a desigualdade na distribuição de médicos dos centros de saúde, ainda se torna mais evidente como revela o quadro seguinte.

QUADRO VII – Repartição dos médicos dos Centros de Saúde por concelhos da Região de Lisboa– 2005

REGIÃO	Médicos	População residente	Habitantes por médico
Portugal	7 357	10 599 095	1.441
Continente	7 103	10 110 271	1.423
Lisboa	1 964	2 794 226	1.423
Grande Lisboa	1 475	2 019 529	1.369
Amadora	130	174 511	1.342
Cascais	125	185 279	1.482
Lisboa	554	509 751	920
Loures	132	197 567	1.497
Mafra	29	66 453	2.291
Odivelas	92	148 906	1.619
Oeiras	122	170 677	1.399
Sintra	217	428 470	1.975
Vila Franca de Xira	74	137 915	1.864
Península de Setúbal	489	774 697	1.584
Alcochete	9	16 194	1.799
Almada	132	166 013	1.258
Barreiro	60	78 610	1.310
Moita	40	71 019	1.775
Montijo	26	40 952	1.575
Palmela	32	60 619	1.894
Seixal	87	170 626	1.961
Sesimbra	22	48 110	2.187
Setúbal	81	122 554	1.513

Embora a nível da Região de Lisboa, o número de habitantes por médico seja de 1.423, no entanto a repartição por concelho, tendo como base a sua população, revela uma desigualdade grande. Assim, no concelho de Lisboa, o número de habitantes por médico é apenas de 920, enquanto no concelho de Mafra é de 2.291, ou seja, 2,4 vezes mais. É evidente que o que se verifica na Região de Lisboa certamente também se verificará nas outras regiões do País.

A conclusão que imediatamente se tira destes números é que o problema neste campo, e neste momento, não é ainda o número de médicos por 1000 habitantes, mas sim a sua má distribuição a nível do País e das diferentes unidades de saúde, o que gera má utilização de recursos com custos elevados para o SNS e para os utentes.

Também esta questão importante foi ignorada pela Comissão, e não foi estudada.

10-O número de enfermeiros por 1000 habitantes é claramente insuficiente em Portugal o que degrada os serviços de saúde e agrava os custos

Um outro aspecto com consequências quer na qualidade do serviço de saúde prestado à população quer na eficiência e eficácia como são utilizados os recursos é o número de enfermeiros por 1000 habitantes.

O quadro seguinte, construído com dados divulgados pela OCDE, mostra a posição de Portugal em comparação com a situação dos outros países neste campo.

QUADRO VIII – Número de enfermeiros por 1000 habitantes

PAISES	2003	2004	2005
Alemanha	9,7	9,7	9,7
Austrália	10,4	10,4	
Áustria	9,4	9,3	9,4
Bélgica			14,8
Canadá	9,8	9,9	10,0
Dinamarca	7,5	7,7	
Espanha	7,5	7,4	7,4
Finlândia	7,3	7,6	
França	7,3	7,5	7,7
Grécia	3,8	3,8	
Hungria	8,4	8,4	8,8
Irlanda	14,8	15,0	15,2
Islândia	13,7	13,7	14,0
Itália	5,4	6,7	7,0
Luxemburgo	12,3	12,6	13,9
México	2,2	2,2	2,2
Noruega	14,4	14,9	15,4
Nova - Zelândia	9,1	9,5	
Países - Baixos	13,9	14,2	14,5
Polónia	4,7	4,9	5,1
PORTUGAL	4,2	4,4	4,6
Republica Eslováquia	6,5	6,3	
Republica Checa	8,0	8,1	8,1
Reino - Unido	9,1	9,2	9,1
Suécia	10,4	10,6	
Suíça	14,3	14,1	

FONTE : OCDE

Como rapidamente se conclui, por um lado, Portugal é um dos países com menor número de enfermeiros por 1000 habitantes e, por outro lado, verifica-se uma correlação positiva muito grande entre desenvolvimento e número de enfermeiros por 1000 habitantes (quanto maior é o desenvolvimento de um país maior é o número de enfermeiros por 1000 habitantes, e também se verifica o inverso). De acordo com o prof. Paulo Kutiev-Moreira, em Portugal o número de enfermeiros por 1000 habitantes é cerca de metade da média dos países da OCDE.

Se se fizer uma análise mais desagregada, por ex., por concelhos, rapidamente também se identificam grandes desigualdades na distribuição dos enfermeiros dos centros de saúde como mostram os dados do quadro seguinte.

QUADRO VII – Repartição dos enfermeiros dos Centros de Saúde por concelhos da Região de Lisboa– 2005

REGIÃO	Pessoal enfermagem	População residente	Habitantes por enfermeiro
Portugal	8 008	10 599 095	1.324
Continente	7 058	10 110 271	1.432
Lisboa	1 555	2 794 226	1.797
Grande Lisboa	1 069	2 019 529	1.889
Amadora	73	174 511	2.391
Cascais	93	185 279	1.992
Lisboa	377	509 751	1.352
Loures	71	197 567	2.783
Mafra	43	66 453	1.545
Odivelas	75	148 906	1.985
Oeiras	90	170 677	1.896
Sintra	191	428 470	2.243
Vila Franca de Xira	56	137 915	2.463
Península de Setúbal	486	774 697	1.594
Alcochete	15	16 194	1.080
Almada	112	166 013	1.482
Barreiro	59	78 610	1.332
Moita	53	71 019	1.340
Montijo	20	40 952	2.048
Palmela	42	60 619	1.443
Seixal	89	170 626	1.917
Sesimbra	33	48 110	1.458
Setúbal	63	122 554	1.945

FONTE: Anuário Estatístico da Região de Lisboa - 2006 - INE

Embora o número de enfermeiros por habitantes seja bastante reduzido quando comparamos com a média de outros países, apesar disso também se verifica uma grande desigualdade na sua distribuição por concelhos, como revelam os dados do quadro anterior referentes à Região de Lisboa. Assim, enquanto no concelho de Lisboa o número de habitantes por enfermeiro dos centros de saúde é de 1.352, no concelho de Loures é já de 2.783, ou seja, mais do dobro.

As consequências desta situação quer em termos da qualidade dos serviços de saúde prestados à população quer em termos do grau de eficiência na utilização dos recursos também não foram estudadas pela Comissão, e não deixam de ser significativas.

11-A promoção dos cuidados primários e dos cuidados continuados como meio de aumentar a eficiência como são utilizados os recursos do SNS, reduzindo a necessidade da medicina curativa hospitalar muito mais cara

Em Portugal, a política da saúde tem apoiado e promovido fundamentalmente a medicina curativa hospitalar, colocando em segundo lugar tanto os cuidados primários como os cuidados continuados.

No entanto, em termos de saúde para a população e em termos também de eficiência de utilização dos recursos da saúde é mais importante promover a saúde evitando assim a doença, do que deixar a doença alastrar e depois procurar curá-la.

A medicina curativa hospitalar devia só ser necessária quando de todo fosse manifestamente impossível impedir o aparecimento da doença. E isto é verdadeiro tanto em termos individuais (em relação a cada português) como em termos de utilização de recursos. E a razão é que a doença envolve sempre sofrimento individual e muitas vezes deixa sequelas para toda a vida naqueles que são atingidos por ela, por um lado, e, por outro lado, a medicina curativa hospitalar é muita mais cara que a promoção da saúde ou de que os cuidados continuados.

Nos pontos 9 e 10 analisou-se, isoladamente, a variação e a repartição geográfica de médicos e enfermeiros. Mas se se fizer uma análise comparativa entre os recursos do SNS afectos aos Centros de Saúde e aos Hospitais conclui-se rapidamente que se verifica, a nível da política da saúde em Portugal, uma opção clara pela medicina hospitalar curativa, muito mais cara, do que pela promoção da saúde, materializada nos centros de saúde. Os dados do quadro seguinte permitem tirar precisamente essa conclusão.

QUADRO VIII – Distribuição dos médicos e enfermeiros pelos centros de Saúde e pelos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

ANOS	MÉDICOS				ENFERMEIROS			
	Centros Saúde	Hospitais	TOTAL	% nos Hospitais	Centros Saúde	Hospitais	TOTAL	% nos Hospitais
2004	7.123	17.714	24.837	71,3%	7.067	28.954	36.021	80,4%
2005	6.930	17.756	24.686	71,9%	7.202	30.172	37.374	80,7%
2006	7.034	17.534	24.568	71,4%	7.368	30.502	37.870	80,5%

Fonte : Relatório Primavera 2007 - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Mais de 71% dos médicos e mais de 80% dos enfermeiros concentram-se nos Hospitais do SNS. E entre 2004 e 2006, a situação não melhorou, até se agravou, embora ligeiramente.

Se a mesma análise comparativa for feita de uma forma mais desagregada (por ex., por sub-regiões de saúde) a desigualdade na repartição de recursos ainda se torna mais visível, como revelam os dados do quadro seguinte.

QUADRO IX – Médicos e enfermeiros por regiões e sub-regiões de saúde do País repartidos por centros de saúde e hospitais em 2006

REGIÃO	População residente	Centros saúde		Centros saúde		Hospitais		Hospitais	
		Médicos	Enfermeiros	Habitantes por médico	Habitantes por enfermeiro	Médicos	Enfermeiros	Médico 1000 hab.	Enfermeiros por 1000 hab.
CONTINENTE	10.110.271	7.096	7.236	1.425	1.397	16.549	30.077	611	336
R.SAUDE NORTE	3.292.187	2.302	2.515	1.430	1.309	5.326	9.509	618	346
Sub-Reg. Braga	859.918	533	607	1.613	1.417	904	1.636	951	526
Sub-Reg. Bragança	143.337	121	206	1.185	696	116	454	1.236	316
Sub-Reg. Porto	1.817.986	1.248	1.176	1.457	1.546	3.818	6.173	476	295
Sub-Reg. V. Castelo	252.011	230	270	1.096	933	255	582	988	433
Sub-Reg. Vila Real	218.935	170	256	1.288	855	233	664	940	330
R. SAUDE CENTRO	2.416.270	1.779	1.671	1.358	1.446	3.600	7.041	671	343
Sub-Reg. Aveiro	732.867	501	369	1.463	1.986	651	1.256	1.126	583
Sub-Reg. C. Branco	200.705	149	191	1.347	1.051	247	778	813	258
Sub-Reg. Coimbra	436.056	393	369	1.110	1.182	1.830	2.750	238	159
Sub-Reg. Guarda	173.831	139	178	1.251	977	112	418	1.552	416
Sub-Reg. Leiria	477.967	325	288	1.471	1.660	374	923	1.278	518
Sub-Reg. Viseu	394.844	272	276	1.452	1.431	386	916	1.023	431
R. SAUDE L.V.Tejo	3.535.883	2.369	2.210	1.493	1.600	6.736	11.263	525	314
Sub-Reg. Lisboa	2.224.426	1.535	1.258	1.449	1.768	5.234	7.989	425	278
Sub-Reg. Santarém	465.599	289	387	1.611	1.203	387	1.127	1.203	413
Sub-Reg. Setúbal	845.858	545	565	1.552	1.497	1.115	2.147	759	394
R. SAUDE ALENTEJO	444.403	346	495	1.284	898	413	1.172	1.076	379
Sub-Reg. Beja	154.325	109	171	1.416	902	110	353	1.403	437
Sub-Reg. Évora	170.535	132	168	1.292	1.015	203	470	840	363
Sub-Reg. Portalegre	119.543	105	156	1.139	766	100	349	1.195	343
R. SAUDE ALGARVE	421.528	300	345	1.405	1.222	474	1.092	889	386
Sub-Reg. Faro	421.528	300	345	1.405	1.222	474	1.092	889	386

FONTE: Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e produção do SNS - 2006 - Direcção Geral de Saúde

Como mostram os dados do quadro o número de médicos nos hospitais é, a nível do País, 2,3 vezes superiores aos dos médicos nos centros de saúde. Se essa análise for feita por regiões, essa proporção é de 2,1 vezes na Região de Saúde do Norte, de 2 vezes na Região do Centro, de 3 vezes na Região de Lisboa e Vale do Tejo, de 1,2 na Região do Alentejo, e de 1,6 Na região de Saúde do Algarve.

Tomando como base, não o número absoluto de médicos, mas comparando o número de habitantes por médico quer em relação aos centros quer em relação aos hospitais, verifica-se que não é igual a distribuição para todas as regiões de saúde do País. Assim, na Região de Saúde do Norte a proporção de habitantes por médico é nos centros de saúde 2,3 superior à dos hospitais; na Região de Saúde do Centro de duas vezes; na Região de Lisboa e Vale do Tejo de 2,8 vezes superior, na Região do Alentejo de 1,2, e na do Algarve de 1,6 vezes superior. Em relação aos enfermeiros e utilizando o mesmo indicador, a proporção de habitantes por enfermeiro nos centros de saúde da Região de Saúde do Norte é de 3,8 vezes superior à registada em relação aos hospitais; na Região de Saúde do Centro de 4,2 vezes mais; na Região de Lisboa e Vale do Tejo de 5,1 vezes mais; na Região do Alentejo de 2,3 vezes mais; e na Região de Saúde do Algarve de 3,2 vezes mais.

É também clara a prioridade dos hospitais na repartição dos principais recursos do SNS, que são os seus profissionais mais especializados. E é evidente também que esta secundarização dos centros de saúde, ou seja, da promoção da saúde na política

de saúde em Portugal, agrava os custos e aumenta a ineficiência como estão a ser utilizados os recursos do SNS. É evidente também que a garantia da sustentabilidade do financiamento do SNS passa por inverter esta relação, investindo muito mais nos centros de saúde.

A mudança do paradigma do sistema de saúde em Portugal, priorizando a promoção da saúde no lugar da medicina curativa hospitalar, ou seja, invertendo a pirâmide, não pode ser realizada da forma como este governo tem feito fechando simultaneamente muitos serviços hospitalares e serviços dos centros de saúde, e deixando uma parte importante da população sem protecção na doença, o que gera a insegurança e a revolta legítima.

É previsível que a população, face à insegurança cada vez maior numa área que é vital para ela, só se sinta segura se tiver no seu distrito ou mesmo no seu concelho uma unidade hospitalar. Por isso, a alteração desta situação tem de ser realizada criando previamente condições que gerem a confiança das populações através de um serviço de saúde de proximidade, o que pressupõe investir fortemente nos centros de saúde, na saúde de proximidade e na saúde pública, criando os centros de saúde que ainda forem necessários, dando condições de funcionamento mínimas aos existentes, o que passa não só pelo melhoramento das instalações de muitos deles, mas também dotando-os dos recursos (humanos e outros) que são absolutamente indispensáveis ao seu funcionamento com um mínimo de qualidade. É inaceitável que centenas de milhares de portugueses continuem a não ter médico de família e que, com o fecho de serviços e unidades de saúde, o seu número vai certamente aumentar.

É evidente também que as chamadas USF não estão a resolver este grave problema pois estão a gerar desigualdades entre utentes que continuam abrangidos pelos centros de saúde e utentes que passaram a ser apoiados pelas USF(s); estão a gerar também desigualdades remuneratórias entre os profissionais de saúde que pertencem aos centros de saúde e os que pertencem às USF (os médicos das USF recebem mais do que os médicos dos centros de saúde); e no seio da própria USF (os médicos têm um estatuto remuneratório diferente dos restantes profissionais das USF, pretendendo-se que o dos restantes profissionais fique dependente da “produtividade” dos médicos, o que está a gerar insatisfação nos restantes profissionais). As USF estão a determinar a redução do pessoal médico em várias regiões do País, pois a pretexto de irem participar em USF vários profissionais, nomeadamente médicos, têm obtido a transferência dos concelhos onde estavam para as cidades. Para além disso, e apesar de inicialmente os responsáveis pela operacionalização das USF terem prometido que a privatização deste sector não seria feita através de USF, o certo é que recentemente vieram tornar pública a intenção de abrir concursos para a criação de USF privadas no seio do SNS, pelo menos nas regiões onde as constituídas por profissionais com vínculo público não sejam suficientes. Por todas estas razões a experiência das USF necessita de um estudo muito mais aprofundado.

A agravar a situação de ineficiência está a situação dos cuidados continuados em Portugal, uma área fundamental que tem ainda um peso muito reduzido, para não dizer mesmo insignificante. De acordo com o “Relatório de Primavera 2007” do SNS o (pág. 141), em Março de 2007, em todo o País o número de camas contratadas era apenas de 900 e o número acumulado de cidadãos contratados era de 1.277. É evidente que a situação deficiente existente neste campo está a gerar custos elevados quer para o SNS (não existindo lugares nos cuidados continuados para satisfazer as necessidades actuais neste campo, muitos destes doentes ocupam camas para agudos) quer para as famílias (muitas vezes por não encontrarem um lugar no serviço oficial têm de recorrer ao privado onde o custo ronda os 1.000 euros/mês).

Todos estes aspectos são fundamentais para garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS, mas a Comissão ignorou-os e, conseqüentemente, não os estudou nem apresentou propostas quantificadas.

12-A redução em termos reais das transferências do OE para o SNS e a degradação inevitável daí resultante

Entre 2005 e 2008, as transferências do Orçamento do Estado para o SNS praticamente estagnaram a preços correntes tendo sofrido, por isso, uma redução em termos reais, como revelam os dados do quadro seguinte.

QUADRO X -Transferências do OE para o SNS
Transferências do Orçamento do Estado para o Serviço Nacional de Saúde

ANOS	TRANSFERENCIAS - Milhões euros		VARIACÃO %	
	Preços correntes	Preços 2005	Preços correntes	Preços 2005
2005	7.634,0	7.634,0		
2006	7.631,9	7.404,5	0,0%	-3,0%
2007	7.674,8	7.269,6	0,6%	-1,8%
2008	7.900,0	7.307,5	2,9%	0,5%
2008-05	266,0	-326,5	3,5%	-4,3%

FONTE : 2005-2006 : Conta Geral do Estado 2006; 2007-2008: OE2008

Entre 2005 e 2008, as transferências do OE para o SNS aumentaram apenas 266 milhões de euros a preços correntes (+ 3,5%), mas em termos reais sofreu uma diminuição de 326,5 milhões de euros (-4,3%).

No entanto, para se poder ficar com uma ideia clara da redução que efectivamente se verificou interessa ter presente o seguinte. Se a despesa do SNS tivesse aumentado ao ritmo histórico (8% ao ano), em 2008, seriam 9.616,4 milhões de euros, ou seja, mais 1.716,6 milhões de euros do que recebeu em 2008. Mas mesmo que o ritmo do aumento de despesa fosse aquele que a Comissão calculou com base no PEC: 2006-2010 (crescimento da despesa de 3% ao ano) seriam necessários 8.341,8 milhões de euros, ou seja, mais 441,8 milhões de euros do que foi transferido em 2008.

É previsível que uma redução tão significativa nas transferências do OE para o SNS, como se tem verificado, esteja a provocar a degradação no funcionamento de muitas unidades de saúde, reflectindo-se negativamente nos serviços de saúde prestados. Mas parece que este governo está mais preocupado em reduzir custos, do que garantir a prestação de um serviço de saúde à população com um mínimo de qualidade, pois regozija-se frequentemente a nível dos media que está a conseguir conter as despesas com o SNS, mas quase nunca fala da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

13-Os prejuízos que se estão acumular nos Hospitais EPE resultantes da desorçamentação como forma de reduzir o défice orçamental, os contratos de reequilíbrio financeiro que o governo está a impor aos Hospitais EPE, e a degradação inevitável da qualidade dos serviços de saúde

Um dos instrumentos que o governo tem utilizado para conter as despesas da saúde e reduzir o défice através da desorçamentação de despesas de saúde é através dos chamados Hospitais EPE. Como tutela essas hospitais e nomeia as suas administrações o governo tem imposto a esses hospitais contratos programas com transferências de meios financeiros insuficientes para garantir o funcionamento desses hospitais com um mínimo de qualidade. Esse facto tem determinado, por um lado, a acumulação de prejuízos nesses hospitais que assim não entram para o cálculo do défice e, por outro lado, a consequente degradação inevitável do funcionamento desses hospitais que têm acumulado dividas a fornecedores a um ritmo muito mais elevado do que o verificado a nível dos Hospitais SPA.

O quadro seguinte, construído com dados divulgados pela Administração Central do Sistema de Saúde, mostra os resultados negativos acumulados, primeiro, nos Hospitais SA e, depois, nos Hospitais EPE no período compreendido entre 2003 e o 1º semestre de 2007.

QUADRO XI – Resultados Líquidos dos Hospitais SA e EPE no período 2003/1º Semestre 2007

ANOS	RESULTADOS -Milhões euros	
	OPERACIONAIS	LIQUIDOS
2003-HSA	-175,0	-125,9
2004 –HSA	-169,4	-91,2
2005-HSA/HEPE	-122,1	-0,6
2006- HEPE	-228,5	-189,3
2007-HEPE-9 meses até Set.	-110,1	-90,7
SOMA 2007-03	-805,1	-497,7

FONTE. Evolução de elementos económico financeiros dos Hospitais HEPE- ACSS
Relatório nº 1 /2007 – ASEFSN -Tribunal Contas

Num período de 4,5 anos, os Hospitais SA, primeiro e, depois, os Hospitais EPE acumularam prejuízos resultantes da sua actividade operacional no valor total de 805,1 milhões de euros,

Na audição realizada na Assembleia da República, a propósito do Relatório 1/2007 do Tribunal de Contas, o secretário de Estado da Saúde informou que o governo estava a assinar contratos de equilíbrio financeiro com os hospitais para que estes, num período de 4 a 5 anos, atingissem uma situação de reequilíbrio financeiro, sem entradas de capital. É evidente, portanto, que o governo pretende que sejam os próprios hospitais a gerar excedentes para anular os prejuízos que acumularem, o que determinará inevitavelmente a degradação das condições de funcionamento e dos serviços de saúde prestados à população.

As consequências de tal politica também não foram estudadas pela comissão.

14-A privatização da saúde em Portugal decorrente do fecho de serviços e de valências importantes nos hospitais públicos por falta de condições de funcionamento

A acumulação de prejuízos nos hospitais está a ter consequências graves em muitos hospitais a nível do serviço prestado à população, por um lado, e, por outro lado, está a determinar a saída prematura de bons profissionais. Efectivamente, a inexistência de condições mínimas de funcionamento tem provocado, por um lado, o caos em muitos hospitais, nomeadamente nos serviços de urgência cuja situação se agravou bastante com fecho de 33 SAP's até Dezembro de 2007 (ex. Hospital de Faro em Janeiro de 2008) e, por outro lado, o protesto de muitos profissionais, nomeadamente médicos especialistas, protesto esse que se tem traduzido por aposentações antecipadas, o que tem levado ao desaparecimento de valências importantes em vários hospitais (ex. no Hospital EPE de Évora durante muito tempo o serviço de otorrino não funcionou por falta de especialista que se aposentaram, e não existe serviço de radiologia sendo o hospital obrigado a recorrer a um serviço privado criado por uma médica que saiu do hospital. O desaparecimento de especialidades em muitos hospitais, determinado por falta de condições de funcionamento provocadas pelo seu estrangulamento financeiro está a causar, por via indirecta, a privatização crescente de serviços de saúde, com consequências graves para os utentes. E isto porque deixando de existir nos hospitais a população para ter acesso a eles têm de recorrer a privados. E quem não tiver dinheiro para os pagar naturalmente deixa de ter acesso a eles, sendo assim negado o direito à saúde garantido pela Constituição da República.

A comissão também não estudou as consequências desta situação para o SNS, nem de refere a ela.

15-A privatização da saúde em Portugal resultante dos Hospitais PPP e os custos futuros já previstos no OE2008. A manutenção do modelo de exploração privada das infra-estruturas e dos serviços clínicos pelo governo de Sócrates

Durante o governo PSD/CDS foi apresentado um ambicioso programa de construção de 10 novos hospitais, os quais abrangeriam cerca de um quarto da população portuguesa, utilizando as chamadas "Parcerias Publico Privadas" (Hospitais PPP), que se traduziria em entregar a grandes grupos económicos privados a construção e a exploração dos novos hospitais. A concretização deste programa determinaria a entrega a privados da prestação dos serviços de saúde de uma parte importante da população.

Em termos de sustentabilidade do financiamento do SNS tal solução determinaria riscos e custos acrescidos, até porque em relação ao modelo que se pretendia implementar – entrega a privados não apenas a construção das infra-estruturas mas também a exploração dos serviços clínicos – não existe experiência nem a nível internacional (por ex., na Inglaterra onde se desenvolveram as PPP), a gestão dos serviços clínicos de hospitais públicos nunca foi entregue a privados) e muito menos em Portugal. Por isso, é difícil,

para não dizer mesmo impossível prever os encargos que isso representaria para o Orçamento do Estado, até tendo em conta os resultados negativos da experiência do Hospital Amadora – Sintra, cuja gestão foi entregue ao grupo Mellos, e cuja falta de controlo fez disparar os encargos para o Estado.

O ministro da Saúde do governo do PS, logo que tomou posse, congelou o programa dos Hospitais PPP, reduziu o número de novos hospitais a construir a metade (Loures, Cascais, Vila Franca de Xira e Braga foram os hospitais inicialmente anunciados), e em declarações públicas que fez afirmou que não seria entregue a privados a exploração dos serviços clínicos dos novos hospitais, e que seria estudado profundamente a questão das PPP.

No entanto, o governo e o ministro da saúde, como já se está a tornar habitual, deram “o dito pelo não dito” e anunciaram depois que esses hospitais seriam entregues a privados através de PPP (Parcerias Público Privado). A previsão de custos para o Estado só relativamente a esses 4 hospitais e mais dois contratos PPP – Centro de Atendimento do SNS e Centro de Medicina Física e Atendimento do Sul – estes dois últimos já a funcionarem são muitos elevados como mostra o quadro seguinte construído com dados constantes do Relatório do OE2008.

**QUADRO XII – Custos já previstos para o Estado
com contratos PPP na área da saúde**

ANOS	Encargos para o Orçamento do Estado Milhões euros
2008	80,7
2009	224,4
2010	233,3
2011	381,9
2012	443,4
2013	459,5
2014	471,7
2015	490,2
2016	510,6
2017	531,5
2018	447,3
2019	176,2
2020	180,9
TOTAL	4.631,6

FONTE: Relatório OE2008,pág.175

O valor já previsto até 2020 com PPP, que dizem respeito apenas a dois pequenos centros e 4 hospitais, já totalizam 4.631,6 milhões de euros, que vão sobrecarregar os OE futuros.

Durante o debate do Orçamento do Estado para 2008, confrontado o ministro da Saúde, por um lado, como a mudança de opinião do governo e, por outro lado, inquirido se tinham sido feitos estudos pelo governo que, numa análise de custo-benefício tanto para o utente como para o Estado, justificassem a mudança de opinião do governo ele respondeu: que não tinham sido realizados quaisquer estudos e que a mudança tinha apenas sido determinada para “não perturbar o mercado pois tinham-se criado expectativas aos eventuais

interessados em tais contratos”, que são , como se sabe, grandes grupos económicos.

É evidente que decisões deste tipo vão naturalmente afectar, pela negativa, a sustentabilidade do financiamento do SNS. É urgente estudar de uma forma aprofundada os custos-benefícios destas parcerias, e os eventuais aumento de encargos que elas determinam para o OE, já que elas incluem o lucro dos privados (serve de exemplo o que tem sucedido o Hospital Amadora-Sintra gerido pelo grupo Mellos).

No entanto, embora esta matéria tenha profundo impacto na sustentabilidade do financiamento do SNS, no entanto a comissão também não estudou os seus efeitos.

16- A responsabilidade das empresas pelos custos da saúde laboral como instrumento não só de aumentar a qualidade de vida e contribuir para o desenvolvimento, mas também como meio de reduzir os gastos com saúde

O sistemático incumprimento pelas empresas das obrigações impostas pela lei nomeadamente em relação às condições de saúde e segurança no trabalho e a não responsabilização pelas doenças e acidentes que daí resultam determina elevados custos que acabam por ser suportados pelo SNS pondo também em causa a sua sustentabilidade.

Uma forma de reduzir esses custos seria responsabilizar as empresas por eles. Esta é uma questão que merecia ser estudada profundamente, pois a sua resolução certamente contribuiria para garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS. Também esta questão não mereceu qualquer atenção por parte da comissão.

17-O aumento da literacia em saúde, instrumento importante para aumentar a qualidade dos serviços de saúde e reduzir custos

Um aspecto fundamental para reduzir gastos e aumentar a exigência na qualidade dos serviços de saúde é um forte investimento na educação da população em termos de saúde. Devido à ausência desse investimento criou-se em Portugal uma cultura em que os profissionais da saúde, nomeadamente médicos, consideram que o utente não se deve “imiscuir” sobre o tipo de tratamento, embora ele seja o principal prejudicado por eventuais erros ou negligência de tais tratamentos, em relação aos quais é ele que devia competir decidir. Contrariamente ao que sucede nos países mais desenvolvidos onde uma segunda opinião é praticamente corrente como forma de reduzir erros médicos, em Portugal o recurso a uma opinião de um segundo médico é considerada como aberrante e uma falta de confiança. Associada a tudo isto existe, por parte do utente, uma cultura de desperdício que leva que seja por muitos considerado que “não é bom médico aquele que não prescreve medicamentos nem manda fazer muitos meios complementares de

diagnóstico”, ocultando-se muitas vezes a realização de análises ao médico para obter novas análises quando eram desnecessárias.

Tudo isto, que acarreta elevados custos ao SNS, só poderá ser alterado com um forte investimento na literacia da população em saúde, o que nunca mereceu a devida atenção. A comissão também não estudou a redução de custos que poderia ser obtido desta forma, nem a esta questão importante se refere no seu relatório.

18-A crescente falta de equidade a nível dos serviços de saúde em Portugal, consequência inevitável do sistema de saúde estar subordinado fundamentalmente a critérios financeiros

Os custos da saúde em Portugal têm aumentado mais do que a inflação como mostram os dados do INE referentes ao período 2004-2007 constantes do quadro seguinte.

QUADRO XIII – Aumento dos preços da saúde entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2007

RUBRICAS do IPC	PERIODO			VARIACÃO %	
	Jan-04	Nov-04	Nov-07	Nov.07/Jan.04	Nov.07/Nov.04
Produtos, aparelhos e equipamentos	99,4	99,3	103,1	3,7%	3,8%
Produtos farmacêuticos	98,0	97,3	100,3	2,3%	3,1%
Outros produtos e material farmacêutico	106,1	104,6	103,7	-2,3%	-0,9%
Aparelhos e material terapêutico	104,1	106,4	114,1	9,6%	7,2%
Serviços para doentes ambulatoriais	106,8	109,0	118,2	10,7%	8,4%
Serviços médicos	107,3	111,2	121,0	12,8%	8,8%
Serviços de medicina dentária	105,3	108,5	115,1	9,3%	6,1%
Serviços paramédicos	107,2	108,7	115,7	7,9%	6,4%
Serviços hospitalares	103,0	104,9	201,9	96,0%	92,5%
SAUDE	102,7	104,2	114,8	11,8%	10,2%
IPC – TOTAL	104,4	106,9	115,4	10,5%	8,0%

FONTE: Índice de Preços no consumidor - Jan. e Nov. de 2004 e Novembro 2007 – INE

Entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2007 os preços da saúde aumentaram em Portugal 11,8%, portanto mais que a subida verificada do Índice de Preços Total que foi de 10,5%. Se considerarmos o período Novembro de 2004 a Novembro de 2007, o aumento dos preços da saúde atingiu 10,2% e o IPC subiu 8%. Mas o escândalo é em relação aos serviços hospitalares cujos preços subiram, entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2007, 96%. É evidente que aumentos desta dimensão tornam cada vez menos acessíveis os serviços de saúde à população.

Mesmo as taxas moderadoras registaram, nos últimos anos, um forte crescimento como revelam os dados do quadro seguinte.

QUADRO XIV – Aumento das taxas moderadoras verificado entre 2004 e 2008

SERVIÇO DE SAÚDE	TAXAS MODERADORAS - Euros			AUMENTO %	
	2004	2007	2008	2007-2008	2004-2008
CONSULTAS					
Hospitais Centrais e IPO	4,10	4,30	4,40	2,3%	7,3%
Hospitais distritais	2,70	2,85	2,90	1,8%	7,4%
Centros de saúde	2,00	2,10	2,15	2,4%	7,5%
URGÊNCIAS					
Hospitais Centrais e IPO	6,90	8,75	9,20	5,1%	33,3%
Hospitais distritais	6,10	7,75	8,20	5,8%	34,4%
Centros de saúde	2,70	3,40	3,60	5,9%	33,3%
SERVIÇO DOMICILIARIO	4,20	4,50	4,60	2,2%	9,5%
Internamento (taxa por dia de internamento até 10 dias)		5,00	5,10		
Cirurgia de ambulatório		10,00	10,20		

FONTE: Portarias nº 103/2004, nº 395-A/2007 e nº 1637/2004

A nível das urgências hospitalares o aumento das taxas moderadoras é muito elevado entre 2004 e 2008, pois situa-se entre os 33,3% e 34,4%. E isto torna-se mais grave, se se tiver presente que, com o fecho de muitos SAP's (33 até ao fim de 2007), as urgências hospitalares aumentaram significativamente resultante do facto das populações, por deixarem de ter alternativa, serem obrigadas a recorrer muito mais aos hospitais com taxas moderadoras mais elevadas, o que significa, para essas populações, um aumento muito mais elevado, pois deixaram de pagar a taxa do centro saúde e passaram a pagar as taxas do hospital que são superiores.

Esta situação, associada ao fecho de serviços hospitalares (maternidades, urgências, etc.) e ao desaparecimento de várias valências nos Hospitais públicos devido à degradação do funcionamento por causa das restrições financeiras, está a determinar que só tenham acesso a determinadas especialidades apenas aqueles que têm meios financeiros para as pagar a privados. Para além disso, e com o mesmo resultado, tem-se verificado a redução da comparticipação do Estado nos medicamentos e também a exclusão de muitos medicamentos da lista dos comparticipados. Tudo isto está a determinar que a despesa da saúde está a aumentar em Portugal à custa nomeadamente da parte paga directamente pelos utentes.

Também todas estas questões não foram analisadas pela Comissão do Livro branco da sustentabilidade do financiamento do SNS.

19-O envolvimento e a participação activa dos trabalhadores é fundamental para garantir a sustentabilidade do financiamento do SNS, o que é incompatível com a política do governo de ataque à função pública

O aumento da eficiência e da eficácia como são utilizados os recursos e o combate ao desperdício passa necessariamente pelo envolvimento e participação activa dos profissionais de saúde. E esse envolvimento e

participação activa é incompatível com o ataque maciço que o governo tem levado a cabo a esses profissionais e aos seus direitos traduzido na publicação de uma série de diplomas (Lei da Mobilidade; Lei da reorganização e extinção de serviços; Lei 60/2005 e da Lei 52/2007 e Lei 165/2007 (?) que alteraram por três vezes, e em menos de dois anos, o Estatuto da Aposentação; Lei de “Vínculos, Carreiras e Remunerações, etc.) que reduzem direitos e expectativas adquiridas, nomeadamente a nível da aposentação, que generalizam a precariedade, o arbítrio e a insegurança.

20 – CONCLUSÕES FINAIS

Como este estudo mostra claramente existe um conjunto vasto de áreas, que não foram analisadas ou foram analisadas de uma forma insuficiente ou tecnicamente não correcta pela Comissão do Livro Branco, mas que se fossem estudadas profundamente, com o envolvimento e participação quer dos profissionais de saúde quer dos utentes, e depois tomadas medidas apropriadas aumentaria certamente a eficiência e a eficácia como estão a ser utilizados os fundos públicos que o Estado todos os anos afecta ao SNS, pois diminuiria significativamente o desperdício e melhoraria a qualidade dos serviços de saúde prestado à população.

Enquanto esses estudos aprofundados não forem realizados, medidas com aquelas que a comissão, nomeadamente a maioria delas, não podem ser consideradas porque envolveriam ainda mais encargos para os utentes num país onde o custo da saúde é já muito elevado e não para de crescer.

A via que o actual governo está a seguir para reduzir os custos não é correcta nem defensável, já que se limita praticamente congelar as transferências para o SNS acarretando rupturas e a degradação do serviços com elevados custos para a população e pondo em causa o direito de saúde garantido pela Constituição da República a todos os portugueses.

UMA ANÁLISE DO RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SNS NOMEADA PELO GOVERNO

1- A metodologia utilizada e o seu carácter limitado

Como se refere no próprio Relatório (pág. 71), tomando como base estudos da OCDE, as medidas de contenção de despesas na área da saúde, que constituem a preocupação dominante de todo o relatório, com o objectivo de reduzir o défice orçamental, podem-se agrupar da seguinte forma:

a) Medidas visando a contenção de custos a nível macro-económico

1. Controlo da massa salarial
2. Controlo administrativo dos preços
3. Numero “clausus” na formação de pessoal da saúde
4. Redução da capacidade dos hospitais
5. Controlo com orçamentos rígidos
6. Partilha de custos com os utentes

b) Medidas a nível micro-económico, que visam a contenção de custos através da melhoria da eficiência da prestação:

1. Reforço do investimento no ambulatório;
2. Separação entre a função do prestador e função de financiamento
3. Privatização das actividades laterais à prestação de cuidados de saúde (outsourcing)
4. Introdução de maior competição entre prestadores

E como refere Maynard, citado pela própria Comissão, “o enfoque excessivo na contenção de custos a nível macroeconómico contribui para obscurecer a importância do combate às ineficiências ao nível micro da gestão da prestação, direccionando devidamente os investimentos para os domínios que garantam maiores ganhos de saúde. Segundo também este autor “a lógica adequada de contenção dos custos deveria ser, sobretudo, a de incentivar a prevenção da doença , direccionando devidamente os investimentos para os domínios que garantam maiores ganhos de saúde. A direcção devia ser sobretudo a de incentivar a prevenção da doença , a de premiar a eficiência na prestação e ganhos de saúde, financiando-se apenas as intervenções custo-efectivas , e concedendo muito menor autonomia à autoregulação profissional” (pág. 72 do Relatório).

No entanto, a Comissão nomeada pelo governo, apesar de citar este especialista da saúde, segue o caminho inverso. Assim, no lugar de analisar no concreto a realidade do SNS português, com o objectivo de identificar as ineficiências existentes, para depois apresentar as medidas necessárias visando elimina-las, quantificando também ao ganhos em termos de sustentabilidade que da sua implementação se obteriam, esquece essa necessidade vital, decidindo, pela opção que toma, passar ao lado, quando não mesmo ocultar essas ineficiências, porque se recusou a estudá-las, criando as condições para que elas permaneçam e, eventualmente, até aumentem. No lugar de seguir este caminho, que seria muito mais útil para o País e para os utentes, prefere analisar cenários teóricos que constrói não tendo em conta o estudo aprofundado da realidade concreta do nosso SNS português, utilizando na construção dos cenários elementos obtidos em experiências estrangeiras, que depois transporta, de uma forma mecânica para Portugal, sem se dar ao trabalho de avaliar se eles são aplicáveis à realidade portuguesa, para seguidamente, com base nesses cenários, propor medidas de contenção de despesa, de natureza macroeconómica, que se

traduzem exclusivamente em mais sacrifícios para os utentes, através da transferência de muitos encargos para os utentes ou por meio da redução de direitos.

2- Uma definição de sustentabilidade do financiamento do SNS determinada pela política de obsessão do défice e pela necessidade de cumprir o PEC2006-2010⁵

A Comissão nomeada pelo governo, logo no início do Relatório (pág. 17), define o que considera “sustentabilidade do financiamento do SNS”. E essa definição, como era previsível, é a do governo, ou seja, que o financiamento não determine um “crescimento das transferências do OE para o SNS que agrave o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo a evolução previsível das restantes componentes do saldo”. E qual é aquele valor de referência? É aquele que está a determinar toda a política do governo, e que consta do Programa de Estabilidade e Crescimento 2006-2010 enviado à Comissão Europeia, ou seja, um défice orçamental de -3% do PIB em 2007, que deverá reduzir-se praticamente zero até 2010.

Assim, como reconhece a própria Comissão, “a definição de sustentabilidade baseia-se na noção de equilíbrio orçamental que, para outros fins que não a análise do SNS (?), pode ser considerada uma visão excessivamente redutora. Outros critérios relevantes passíveis de serem incluídos numa apreciação de sustentabilidade financeira de um sistema de saúde seriam, por ex., o impacto sobre a competitividade da economia via efeitos no mercado do trabalho e efeitos sobre o padrão de consumo de famílias” (pág. 17). Mas estas não foram incluídas, nem tidas em conta.

É evidente, que a definição de sustentabilidade adoptada pela comissão tem efeitos profundamente perversos e graves para o SNS. Para concluir isso basta ter presente o seguinte: - no período 1995-2006 a despesa do SNS aumentou, em termos nominais e em média, 8,1% ao ano; se incluirmos os subsistemas público o ritmo de aumento, naquele mesmo período, atingiu os 8,6% ao ano. Com aquela definição de sustentabilidade o crescimento não podia ultrapassar a taxa nominal de 3% ao ano, ou seja, antes de deduzir o efeito do aumento dos preços, percentagem esta que até não foi atingida no período 2005-2008.

3- Os 10 cenários estudados e as conclusões tiradas

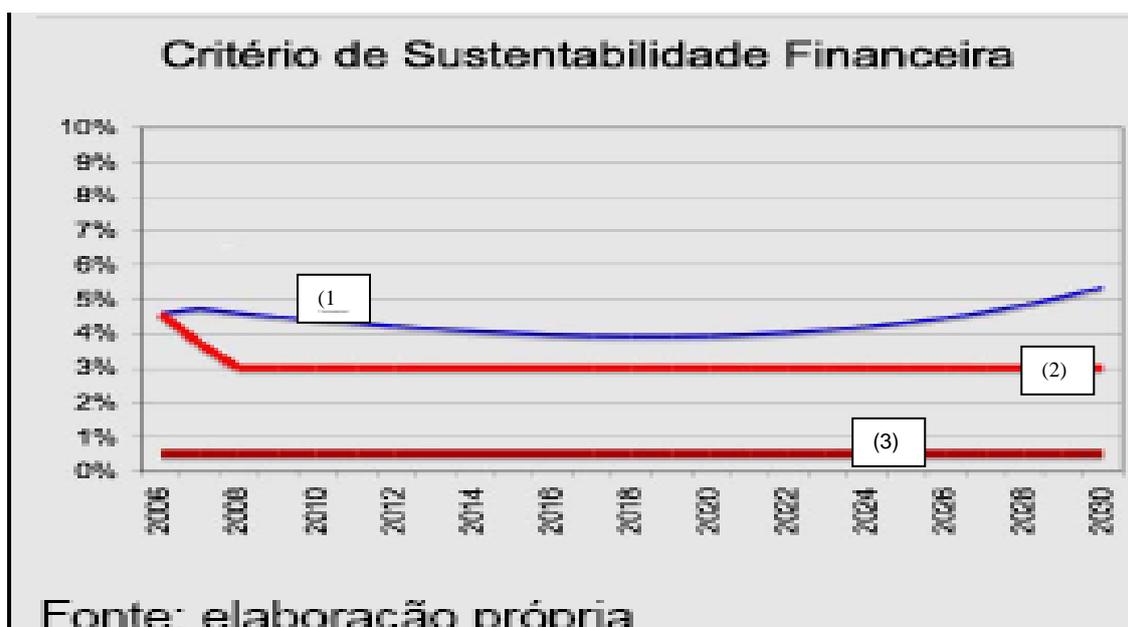
A Comissão no lugar de estudar os problemas concretos que enfrenta o SNS português, procurando assim identificar as ineficiências e gastos desnecessários, para depois poder apresentar propostas concretas visando a sua eliminação, prefere construir cenários, muitos deles com base em experiências estrangeiras, cuja aplicação ao caso português não fundamenta, e seguidamente analisa e avalia esses cenários utilizando aquela definição de sustentabilidade do financiamento do SNS referida anteriormente. As propostas que apresenta são de natureza macroeconómica como se irá ver.

Os 10 cenários teóricos construídos e avaliados pela Comissão são os que se apresentam seguidamente.

⁵ Programa de Estabilidade e Crescimento 2006 – 2010 , enviado pelo governo do PS de Sócrates à Comissão Europeia . Em Dezembro de 2007, o governo enviou à Comissão Europeia uma versão atualizada – o PEC:2007-2011 – que agrava as condições constantes da versão anterior

Cenário 1 : evolução do sistema de saúde sem ganhos de eficiência

Este cenário, que tem “como fundamento um crescimento nominal da economia de 4,6%, um crescimento da despesa privada de saúde de 6,8%, um crescimento da restante despesa pública de 3,4%% e um crescimento de gastos de saúde de 8,6%” é, segundo a Comissão, mais penalizador do que o constante do Programa de Estabilidade e Crescimento 2006-2010 (PEC2006-2010), pois admite que a despesa pública de saúde crescerá a uma taxa análoga à verificada na última década.⁶



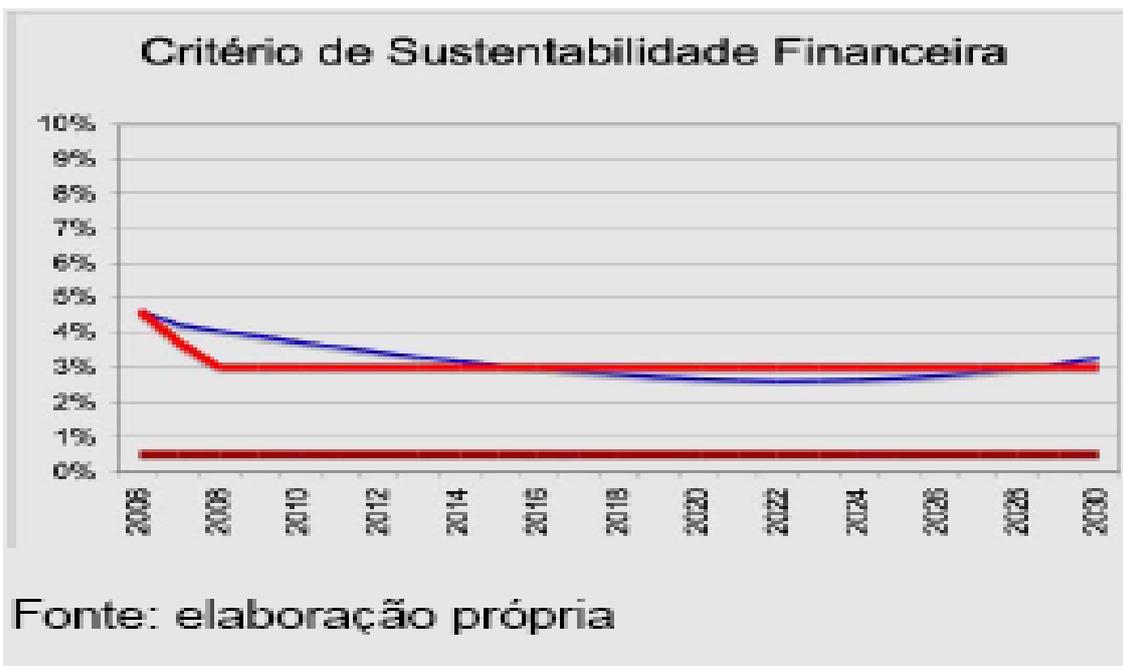
A linha azul (1), neste gráfico e nos seguintes representa a evolução do déficit com as condições indicadas no início de cada cenário. A linha vermelha clara (2), neste gráfico como também nos seguintes, representa um déficit da Administração Pública de -3% do PIB a partir de 2008. E a linha vermelha escura (3), neste gráfico como igualmente nos seguintes, representa um déficit da Administração Pública de -0,5% do PIB, que é aquele que o governo pretende atingir em 2010, que é base do critério da sustentabilidade do financiamento do SNS definido pela Comissão.

Portanto, utilizando esta definição de sustentabilidade, sempre que a linha azul se encontrar por cima das linhas vermelhas, o que acontece neste cenário, o sistema é insustentável

Cenário 2 : evolução do sistema de saúde com ganhos de eficiência resultante das medidas já tomadas pelo governo

Neste cenário, a Comissão toma como base as medidas consideradas no Programa Estabilidade e crescimento 2006-2010 (PEC:2006-2010) e, embora, o efeito de cada uma dessas medidas não esteja isolado no PEC:2006-2010, ela considera o efeito global, ou seja, que elas determinam um aumento de apenas 0,5% do financiamento do SNS pelo OE, e uma redução de 0,4% na despesa total consolidada do Ministério de Saúde.

⁶ Os 10 gráficos relativos aos 10 cenários que aparecem neste estudo constam do Relatório da Comissão da sustentabilidade do financiamento do SNS, e foram elaborados pela própria Comissão. É por isso que, na parte inferior do gráfico, a seguir a “Fonte” aparece escrito “elaboração própria”



Segundo a Comissão, mesmo com as medidas já tomadas pelo governo e cujo impacto global estão quantificadas no PEC:2006-2010, o SNS é insustentável. No entanto, se a despesa de saúde crescesse como cresceu nos últimos 3 anos (próximo de zero), o sistema seria sustentável a partir de 2010

Mas com um crescimento nominal da despesa com a saúde de 3%, o SNS, segundo a Comissão, seria insustentável financeiramente, a não ser que se verificassem condições muito favoráveis para a economia portuguesa o que determinaria que SNS seria sustentável.

Medidas como Hospitais PPP, USF, Rede de cuidados continuados integrados (RCCI), o impacto a nível de despesas não foi estudado, desconhecem-se os seus efeitos.

Cenário 3 – Maior utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica

Neste cenário tem-se em conta os efeitos da avaliação das tecnologias de saúde, tomando como base o seu valor terapêutico, por uma entidade especializada nessa avaliação.

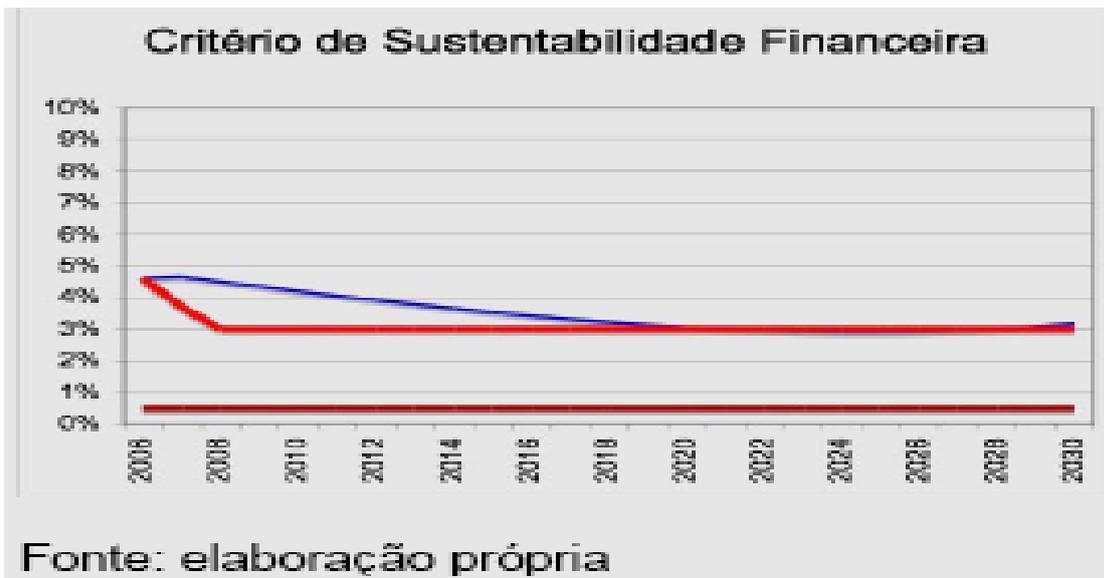


O cálculo do impacto desta medida não é feito com base na situação portuguesa, mas sim tomando com base experiências internacionais, concluindo, sem fundamentar, que ela poderá baixar a taxa de crescimento da despesa de saúde em 2 pontos percentuais mas, por uma questão de prudência diz a Comissão, vai adoptar, para Portugal, a redução de 1 ponto percentual.

Com esta medida, a Comissão, considera que o SNS seria sustentável a partir de 2017 para um défice orçamental igual a -3% do PIB, “apesar de não impedir que despesa pública em saúde continue a crescer como proporção do PIB”.

Cenário 4 – Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos e sua inclusão no SNS

Neste cenário, as transferências do OE para os subsistemas públicos de saúde (ex. ADSE) terminariam.



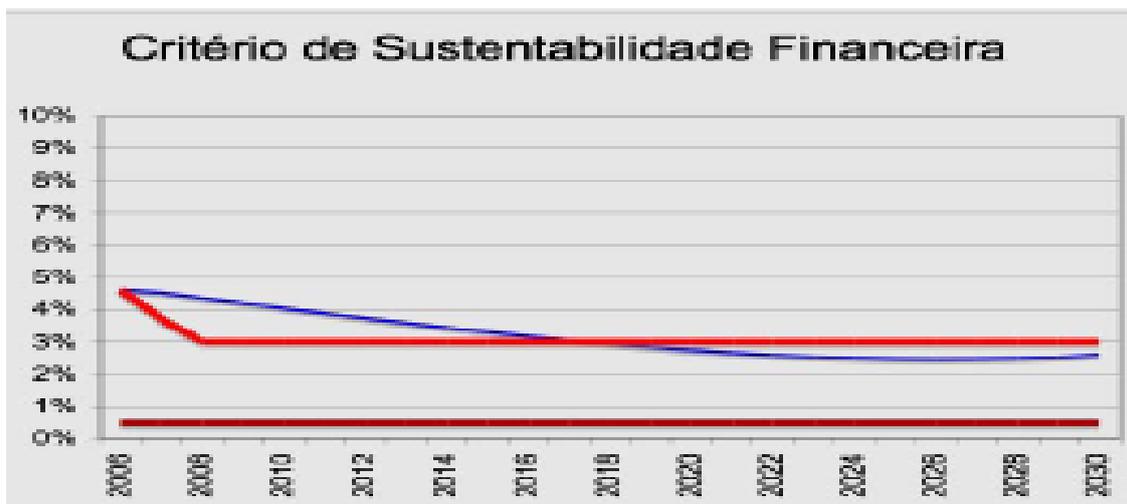
Com esta medida, e utilizando a mesma definição de sustentabilidade (a de um défice orçamental correspondente a -3% do IB em 2007, e de -0,5% do PIB em 2110), a Comissão conclui que a medida considerada não seria suficiente para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS

Cenário 5 – Desenvolvimento de cobertura alternativa (opting out)

Neste cenário, a troco de uma transferência per-capita, uma entidade externa ao SNS assumiria a responsabilidade da totalidade dos cuidados de saúde.

Num cenário desta natureza, segundo a Comissão, verificar-se-ia um aumento dos custos administrativos para 10%, enquanto no SNS é de apenas 1%, e nos seguros privados de 2,5%

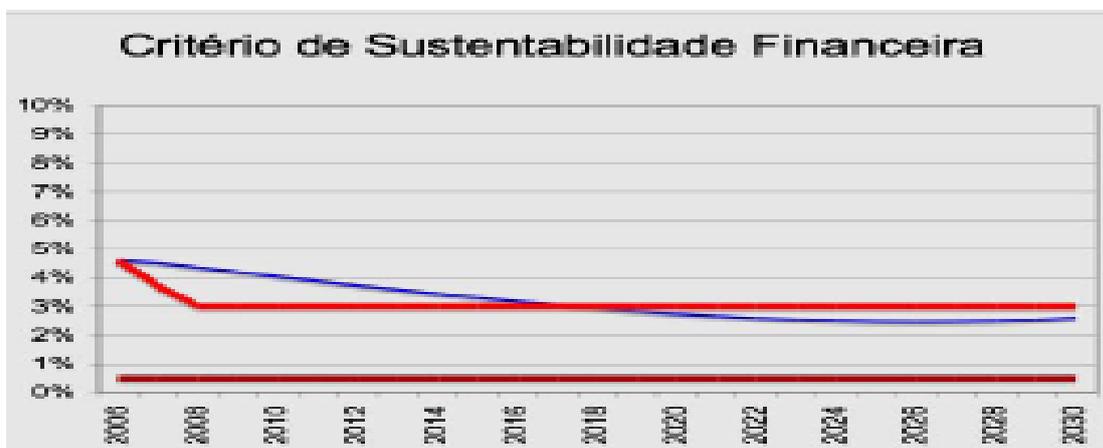
Mesmo assim, a Comissão admite, sem qualquer estudo concreto, uma redução de 15% nos custos , e de 0,5 pp na taxa de crescimento (a experiência tanto dos subsistemas públicos como privados é diferente já que a taxa de crescimento das despesas é superior à do SNS).



Segundo a Comissão, num cenário desta natureza, o financiamento do SNS não seria sustentável se se tomasse como critério de sustentabilidade um défice da Administração Pública de apenas -0,5% do PIB. Com um défice orçamental de -3% do PIB, seria sustentável a partir de 2018.

Cenário 6 - Redução dos benefícios fiscais associado com as despesas privadas em cuidados de saúde

A redução teria um efeito muito importante, nomeadamente a nível de medicamentos. A comissão tomou como base para a simulação uma redução das despesas da saúde de 30% no valor da colecta do IRS, que é a que vigora actualmente, para apenas 10%, o que significaria, para as famílias, um aumento de IRS de mais de 330 milhões de euros, tomando como base dados de 2004 (actualmente deve ser maior).

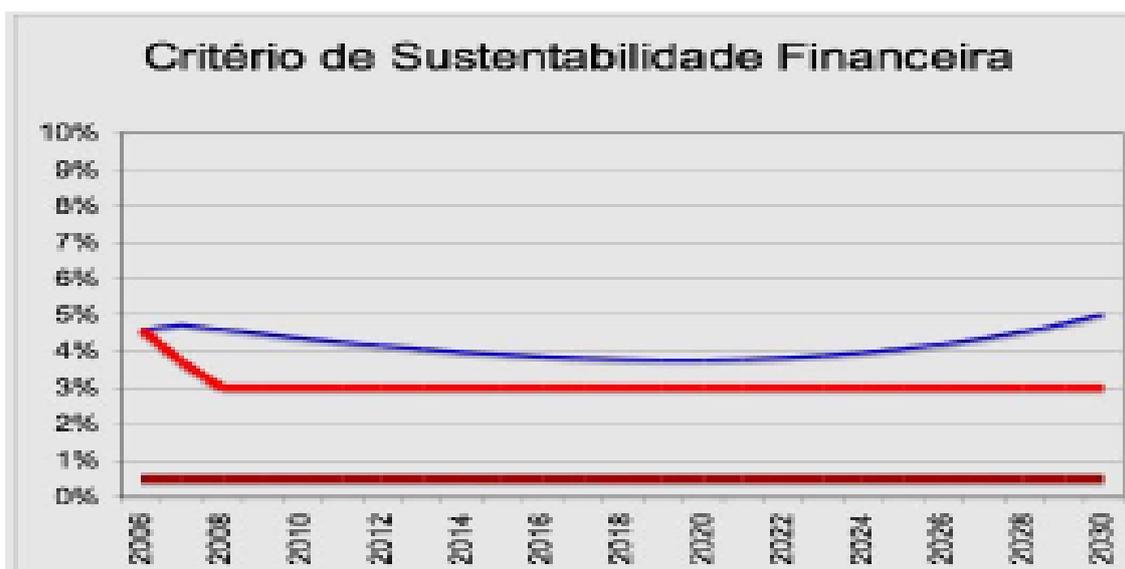


Segundo a Comissão, o financiamento do SNS não seria sustentável seja qual fosse o critério de sustentabilidade utilizado (tanto para o défice orçamental de -3% do PIB, como para o de -0,5% do PIB)

Cenário 7 - Aumento global dos pagamentos directos dos utentes aos serviços públicos de saúde (subida das taxas moderadoras)

Embora a despesa privada em cuidados de saúde represente cerca de 25% da despesa total de saúde em Portugal, apenas cerca de 1% se destina ao SNS. Para alterar esta situação, a Comissão indica duas possíveis vias, que são : (1) Aumentos das taxa moderadoras; (2) redução dos utentes que estão isentos do pagamento das taxas moderadoras (actualmente, 38,8% dos utentes, ou seja, 4.196.000 estão isentos do pagamento das taxas moderadoras).

As hipóteses utilizadas na simulação constante deste cenário foram as seguintes: (1) Aumento de 25% nas taxas moderadoras, o que determinaria uma redução de 1,9% nas necessidades de financiamento, mas antes de aplicação do aumento das taxas em 2007; (2) Um redução de 15 pontos percentuais na população isenta, ou seja, 1.622.165 deixariam de estar isentos, o que reduziria as necessidades de financiamento do SNS de 2,55%



Segundo a Comissão, o impacto destas duas medidas não seria suficiente para originar uma situação de sustentabilidade financeira a longo prazo, já que não permitiria a redução do défice orçamental para os valores constantes do PEC2006-2010.

Cenário 8 : Abrangência do SNS –limitação das coberturas

A hipótese utilizada na simulação constante deste cenário, seria reduzir a cobertura do SNS apenas à prestação dos cuidados de saúde essenciais. No entanto, como reconhece a própria Comissão, a definição de cuidados essenciais não é fácil nem é pacífica, portanto seria de difícil concretização.

Outra solução seria excluir grupos populacionais específicos, o que é inconstitucional.

E uma terceira “solução” seria impedir a utilização excessiva, penalizando fortemente acima de um determinado limite. Por ex., acima de 3 consultas por trimestre, a taxa

moderadora seria correspondente a 75% do custo real do serviço. A aplicação desta medida determinaria que, em 2006, a partir da 3ª consulta a taxa moderadora de uma consulta num hospital distrital passasse de 2,75 euros para 22,5 euros (+ 718%), pois o SNS pagou, de acordo com a Portaria 567/2006, 30 euros por consulta ao hospital.



Segundo a Comissão, a longo prazo – 15 anos – uma medida desta natureza libertaria o OE de despesas suficientes para assegurar a sustentabilidade do financiamento do SNS, tomando como base o défice orçamental de -3% do PIB, mas não de -0,5% do PIB.

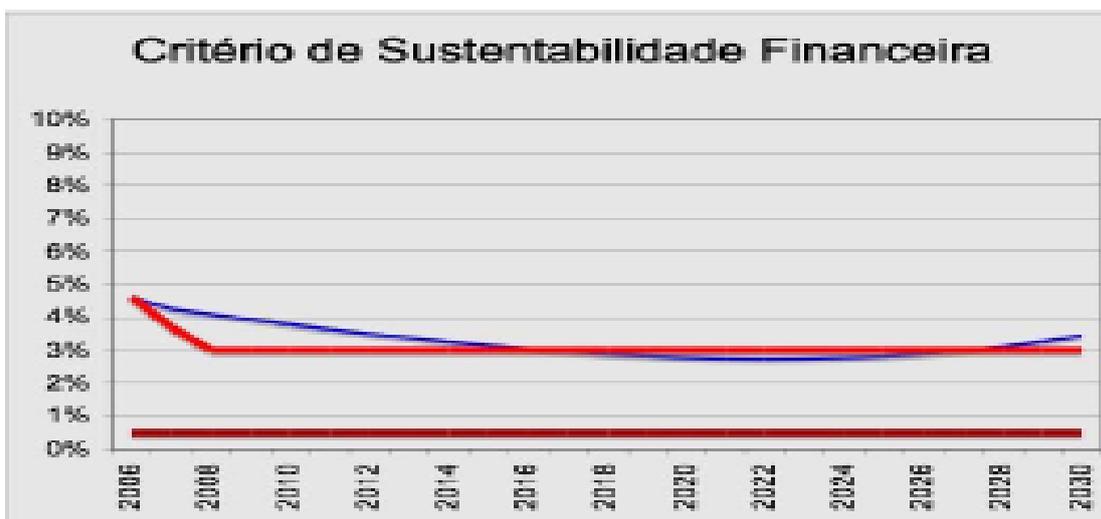
No entanto, como reconhece a própria Comissão, a limitação das coberturas cria dificuldades de natureza jurídico-constitucional se puser em causa a universalidade e carácter geral do SNS

Cenário 9 - Criação de um seguro social

No sistema de seguro social as contribuições são recolhidas de forma autónoma do sistema de impostos, sendo destinadas exclusivamente ao financiamento das despesas com cuidados de saúde. Diferentemente do imposto, não tem carácter genérico. A contribuição de cada um tem como base o rendimento auferido. Pode haver varias entidades a gerir o seguro social. O seguro resulta de imposição legal.

Segundo a Comissão, os países que adoptaram tal sistema de financiamento dos cuidados de saúde apresentam, em média, uma despesa per capita de saúde de cerca de 13% mais baixa que os restantes países. Mas o crescimento da despesa é semelhante ao com base em impostos.

Assim, sem provar com base em dado referentes ao SNS português, a Comissão admite uma poupança imediata da ordem dos 8% , se se admitir que os custos de administração de um sistema de seguro social são 5 pontos percentuais mais elevados ,face a um sistema baseado num SNS. E admite estas hipóteses sem ter feito qualquer estudo concreto da realidade portuguesa. Tudo isto são suposições que a Comissão admite como verdadeiras, embora não as tenha estudado para o caso concreto português.

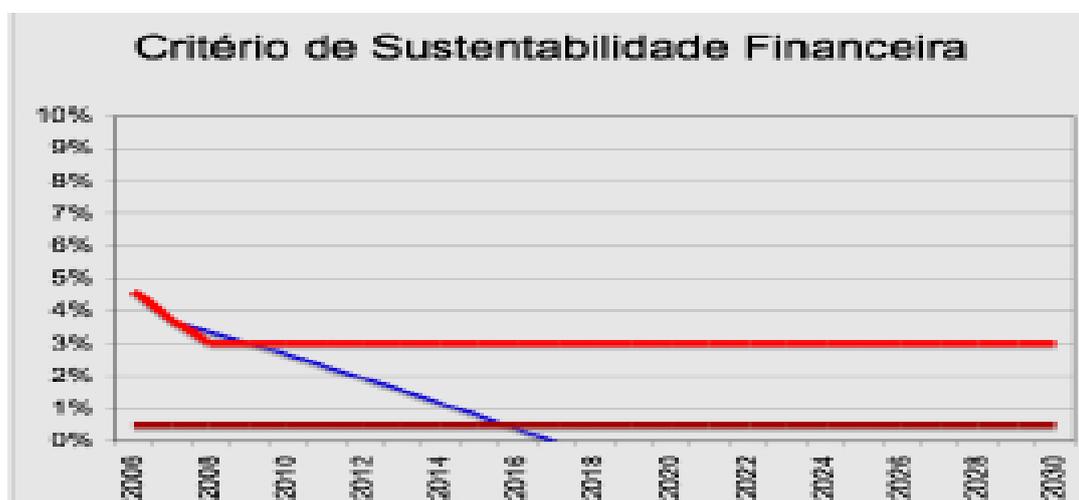


Segundo a Comissão, verificar-se-ia a satisfação do critério de sustentabilidade tendo como base um défice orçamental de -3% do PIB em 2026, mas não o de -0,5 do PIB, ressurgindo os problemas de sustentabilidade de novo em 2027 mesmo para o défice orçamental de -3% do PIB..

Cenário 10 - Cenário conjunto

Segundo a Comissão, nenhuma das medidas por si só possui a capacidade de assegurar a sustentabilidade do financiamento do SNS. Por isso, apresenta um cenário conjunto que envolve a conjugação dos vários cenários anteriores, que pressupõe:

- a) Ganhos de eficiência de 5% na taxa de crescimento da despesa pública (redução de 5% na taxa de crescimento da despesa pública em saúde e redução de 5% no nível de despesa de 2006);
- b) Consolidação dos subsistemas públicos (com redução da taxa de crescimento de 0,46 pontos percentuais);
- c) Redução dos benefícios fiscais (redução da dedução na colecta de 30% para 10%);
- d) Redução das isenções da taxa moderadora (redução em 15 pontos percentuais da proporção da população isenta);
- e) Alteração das taxas moderadoras (aumento da respectiva receita de 25% face ao valor de 2004).



Segundo a Comissão, se se aceitar o enquadramento económico do PEC (e isso foi admitido nos outros cenários) , a manutenção de um ritmo de crescimento da despesa pública similar ao da última década determinaria uma situação de insustentabilidade financeira .Mas se a taxa de crescimento da despesa pública for de 3% a partir de 2007, então a partir de 2010 não existiriam questões de sustentabilidade financeira com a aplicação das medidas constantes do cenário que conjuga os cenários anteriores.

Segundo também a Comissão, os efeitos do cenário conjunto não se limitam a uma mera soma dos efeitos dos cenários individuais que lhe são subjacentes. Existe um reforço mútuo de efeitos que acentua o interesse da conjugação de várias medidas.

Embora não tenha sido considerado neste cenário conjunto, interessa referir que os sistemas de cobertura alternativa (opting –out) , segundo a Comissão, se deveriam manter como cobertura alternativa. No entanto, seria necessário, segundo a Comissão, redefinir regras de forma que fosse fixados limites à comparticipação do OE (capitação paga pelo SNS), sendo o restante pago com contribuições dos beneficiados.

O outro aspecto não considerado foi o de limitação das coberturas, embora clinicamente seja difícil definir o que deve ser coberto e o que não deve ser coberto.

A limitação de coberturas entendida como exclusão de grupos populacionais não se afigura conforme os preceitos constitucionais, afirma a Comissão.

4- As recomendações apresentadas pela Comissão

Com base nas conclusões dos cenários anteriores a Comissão apresenta oito recomendações, que são as seguintes:

Recomendação nº1 -Manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório, pois não se encontrou vantagem em alterar de uma forma radical a forma actual do financiamento

Recomendação nº2 - Maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzida quer por uma menor despesa, quer por uma menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde. Nesta recomendação enumera uma série de ideias que, no entanto, nem são fruto da análise concreta do SNS nem da avaliação do impacto devidamente quantificado para o caso português, nem é quantificado o seu impacto, a saber: (1) Investimento nos cuidados de saúde primários; (2) Melhoria dos sistemas de informação e referenciação dentro do SNS; (3) Alargamento dos cuidados continuados integrados com a redução de camas de agudos; (4) Revisão da rede hospitalar, tendo em conta o investimento em cuidados primários; (5) Criação de um sistema nacional de acreditação de qualidade e o seu ligamento aos pagamentos aos prestadores; (6) Revisão do sistema de convenções; (7) Investimento na promoção de estilos de vida saudável; (8) Prevenção das doenças como as oncológicas, cardiovasculares , diabetes, HIV/SIDA; (8) Gestão dos recursos humanos com base nas necessidades identificadas; (9) A actualização da realidade demográfica das profissões de saúde.

Nesta área e com idênticos objectivos – melhorar a eficiência, a eficácia e a qualidade - seriam possíveis muitas outras medidas (ex: acabar com a promiscuidade público-privado, eliminar a subutilização daí também resultante; racionalizar a utilização do consumo de medicamentos e da utilização de novas tecnologias com base em critérios clínicos; eliminar a subutilização de laboratórios, blocos operatórios; GDH calculados com base em custos reais; etc.). No entanto, no estudo apresentado não foi feita qualquer análise concreta tendo como base a realidade do SNS, até para se poder saber se as medidas neste campo seriam ou não suficientes ou quase suficientes para garantir a sustentabilidade do financiamento SNS.

Recomendação nº 3 - Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para definição dos limites da cobertura de intervenções asseguradas pelo SNS. Isto apenas na adopção de novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, cuja aquisição devia ter uma avaliação de uma entidade especializada com base no critério custo-benefício. É uma medida importante cujo impacto não foi estudada de uma forma concreta, tendo em conta a realidade concreta do SNS, para se saber quais os ganhos que ela podia gerar. A comissão preferiu recorrer a experiências internacionais cuja aplicação mecânica ao caso português parece ser desaconselhável.

Recomendação nº4-Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição dos utentes isentos baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde. Mais uma medida macroeconómica, que não tem nada a ver com o melhoramento da eficiência, e que visa reduzir despesas à custa dos direitos dos utentes.

Recomendação nº5- Actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS. No entanto, a própria Comissão reconhece que “encontra-se extensamente documentado na literatura académica que taxas moderadoras ou, em geral, pagamentos directos pelos utilizadores no momento do consumo, têm efeitos negativos em termos de equidade no financiamento das despesas com saúde “(pág.166). Apesar desta declaração a Comissão propõe um aumento de 25% a ser suportado pelos utentes.

Recomendação nº6-Redução dos benefícios fiscais associados com as despesas de saúde declaradas no IRS, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países europeus. A Comissão considera que Portugal é um dos países mais generosos em termos de benefícios fiscais, beneficiando mais os contribuintes com maiores rendimentos, tendo uma natureza regressiva, por isso propõe que seja reduzida a actual taxa de dedução das despesas em IRS, que é de 30%. Mais uma medida de natureza macroeconómica cuja aplicação agravaria a situação do utentes.

Recomendação nº7 - Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, ou seja, acabar com o financiamento do OE aos subsistemas públicos de saúde (ex. ADSE) sendo possível duas soluções Neste sentido a Comissão propõe: ou a sua eliminação ou então autonomizar os sistemas públicos do OE tornando-os autosustentáveis financeiramente, o que significaria que passariam a serem financiados exclusivamente pelos utentes. Também podiam evoluir para uma cobertura alternativa do SNS. Neste caso seria definida uma contribuição “per capita” , eventualmente ajustada pelas características de risco dos beneficiários, a ser transferida pelo SNS para a entidade que assumiria integralmente a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários . Assim, ficaria fixado um limite às transferências, e a adesão ao sistema passaria a ser limitada. Mais uma medida de natureza macroeconómica que teria como consequência ou a eliminação dos subsistemas existentes ou então que uma parte crescente da despesa fosse suportada pelos utentes.

Recomendação nº8 - No caso de se verificar incapacidade do OE em fazer as transferências para o SNS e como solução de último recurso, a Comissão defende que deveria ser equacionada a imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direccionando as verbas para o SNS. Mais uma medida macroeconómica da mesma natureza e no mesmo sentido que penalizaria os utentes obrigando estes a suportar mais um custo, agora um novo imposto de facto.

A construção de todos os cenários anteriores e das conclusões que se tiram deles, assim como das recomendações que, com base neles, se apresentam parte sempre da definição de sustentabilidade do SNS referida inicialmente, ou seja, só será considerado que o financiamento do SNS seja sustentável “se o crescimento das transferências do OE para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência (-3% do PIB em 2007 e -0,5% do PIB em 2010), mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo” (taxa de crescimento económico de 2%).

A recusa em estudar com profundidade a realidade do SNS e dos problemas concretos que ele enfrenta, assim como em não considerar e, portanto, não analisar, que um aspecto fundamental da sustentabilidade do SNS deverá estar associado/subordinado ao melhoramento da saúde dos portugueses e ao aumento da esperança de vida da população, que é fundamental também para o crescimento económico e para o desenvolvimento do País, torna todos os cenários construídos artificiais, as conclusões limitadas e as recomendações redutoras e não estão de acordo com as orientações consagradas na Constituição da República para o SNS.

CGTP-IN