



DEFENDER A CONSTITUIÇÃO
AFIRMAR O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
REFORÇAR AS CONQUISTAS DE ABRIL

Encontro/Debate

Coimbra, 2 de Abril de 2014

| | |
|---|-----------|
| 1. O DIREITO À SAÚDE AMEAÇADO | 2 |
| 2. A CRISE ECONÓMICA E O SEU IMPACTO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE | 4 |
| 3. A DESPESA, FINANCIAMENTO E OS INTERESSES PRIVADOS NA SAÚDE | 8 |
| 4. OS PROBLEMAS DA SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DE MÉDIO E DE LONGO PRAZO..... | 17 |
| 5. AFIRMAR E REFORÇAR O SNS | 21 |

1. O DIREITO À SAÚDE AMEAÇADO

O direito à saúde enquanto direito social fundamental consagrado na Constituição

A Constituição da República Portuguesa consagra, no seu artigo 64º, o direito à saúde como um direito social fundamental, que se concretiza mediante a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, competindo ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e em condições de igualdade.

A consagração deste direito, que é um dos pilares do próprio Estado social, na Constituição de 1976 foi o primeiro passo para a criação do Serviço Nacional de Saúde que veio concretizar o comando constitucional – a Lei 56/79, de 15 de Setembro, instituiu uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados de saúde globais a toda a população, através da qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde.

Antes da criação do Serviço Nacional de Saúde, predominava uma concepção da assistência médico-sanitária de matriz caritativa, que preconizava a não intervenção do Estado e entregava a resolução dos problemas da saúde às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais da previdência. O sistema de saúde português (se assim se lhe podia chamar) apresentava-se muito fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, para indigentes (pobres), uma vasta rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos serviços médicos sociais da previdência, serviços de Saúde Pública e um sector privado muito desenvolvido.

Neste quadro, o acesso aos cuidados de saúde era sobretudo privilégio apenas de alguns, normalmente os mais favorecidos, não havendo uma cobertura generalizada da população em todo o território nacional.

O SNS conseguiu aproximar os indicadores de saúde do nosso país aos dos países mais avançados do mundo em termos de saúde pública

Com a consagração constitucional do direito à saúde e a subsequente criação do Serviço Nacional de Saúde, o panorama da saúde em Portugal mudou radicalmente. O Serviço Nacional de Saúde veio progressivamente garantir a todos o acesso a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como a criação de uma eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. O Estado é agora o responsável pela concretização do direito à protecção da saúde.

Em 35 anos, o Serviço Nacional de Saúde conseguiu aproximar os indicadores de saúde do nosso país aos dos países mais avançados do mundo em termos de saúde pública.

A redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida foram apenas duas das extraordinárias conquistas permitidas com a criação do Serviço Nacional de Saúde: em 1974, a taxa de mortalidade infantil atingia 37,9 por mil (isto é, 6517 crianças que morreram antes de terminarem o primeiro ano de vida) e em 2010, esta taxa foi de apenas 2, 5 por mil nados vivos (verificaram-se 256 óbitos); a esperança média de vida à nascença era de 67,1 anos em 1970, tendo subido para os 79,5 anos em 2010.

O estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde primários, através da generalização em todo o território nacional dos centros de saúde, que passaram a constituir a estrutura organizativa essencial da prestação destes cuidados, foi fundamental para a obtenção dos ganhos em saúde que a criação do Serviço Nacional de Saúde potenciou.

Antes mesmo da criação do Serviço Nacional de Saúde, existiam já algumas estruturas embrionárias de prestação de cuidados de saúde às populações – nomeadamente os centros de saúde de primeira geração, surgidos a partir de 1971, associados ao conceito de saúde pública da época, cuja actuação se centrava prioritariamente na prevenção e no acompanhamento de alguns grupos de risco (vacinação, saúde da grávida e da criança, actividades de autoridade sanitária, etc.); e os postos clínicos dos serviços médico-sociais da previdência, dedicados sobretudo à prestação dos cuidados curativos extra-hospitalares.

Os cuidados primários de saúde constituem o centro do serviço público de saúde

Só depois da criação do Serviço Nacional de Saúde, surgem os centros de saúde que hoje conhecemos, como unidades integradas de saúde, (promoção e tratamento), tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde, que entretanto foram também sendo criadas.

Também a implementação dos cuidados primários de saúde enquanto rede prestadora de cuidados de saúde está intrinsecamente ligada à criação do próprio Serviço Nacional de Saúde, pois foi a partir daí que se desenvolveu a cobertura generalizada do território nacional pelos cuidados primários de saúde. O sucesso desta implementação é claro e com evidentes ganhos em saúde.

Os cuidados primários de saúde são o centro do sistema de saúde e é o nível de prestação destes cuidados que permite aferir do desenvolvimento social e económico da comunidade em função dos ganhos obtidos em saúde. É hoje opinião assente que os serviços de saúde fundados numa estrutura sólida de cuidados de saúde primários são os mais equitativos e que apresentam melhores resultados em termos de níveis de saúde e de satisfação das populações.

Este é o maior problema que temos hoje no SNS. Durante muitos anos deixou-se de investir nos CSP, investindo-se sobretudo nos cuidados hospitalares. Em resultado desta opção temos hoje: mais de 1 milhão de utentes sem médico de família e uma concentração excessiva de doentes nas urgências hospitalares. Toda a rede de cuidados integrados está longe de corresponder às necessidades das populações.

A chamada reforma iniciada em 2006, está longe de resolver o problema e deixa em aberto o caminho da privatização destes cuidados, nomeadamente com a implementação do modelo C de Unidades de Saúde Familiar.

Com o encerramento de serviços de proximidade como SAP, Centros de Saúde e extensões de saúde, é hoje mais difícil o acesso aos cuidados de saúde. Situação que piorou com a decisão do Governo em retirar o apoio em transporte a milhares de doentes não emergentes.

A crise e saúde: um país em sofrimento

A brutal diminuição dos rendimentos das famílias devido ao alastramento do desemprego e do trabalho precário, do enorme aumento de impostos sobre os salários e pensões, a par dos cortes sucessivos no orçamento do Serviço Nacional de Saúde e do aumento das taxas moderadoras e dos meios complementares de diagnóstico, têm provocado graves dificuldades tanto ao nível do acesso da população aos cuidados de saúde, quando ao nível da prestação dos cuidados.

As restrições orçamentais na Saúde impostas pelo Governo têm deteriorado significativamente a qualidade dos serviços prestados no SNS, denunciados frequentemente pela falta de recursos humanos, falta de material médico e pela baixa qualidade do mesmo e pelas más condições físicas e materiais de alguns hospitais e centros de saúde.

A presente situação no SNS e as crescentes dificuldades dos utentes a fazer face aos custos associados à saúde significam um verdadeiro retrocesso civilizacional e a negação de um direito humano fundamental. São muitos os portugueses, que por falta de acesso aos meios de assistência que necessitam e de forma atempada, estão a ser empurrados para uma morte antecipada. Muitos são os que vivem os últimos dias das suas vidas, sem a dignidade que merecem e à qual têm direito. São muitos os exemplos que confirmam esta realidade.

O questionamento da sustentabilidade financeira e, por arrasto, do próprio SNS, conjugado com as expressas intenções de “refundação do Estado social” – claro eufemismo para a destruição das funções sociais do Estado e a sua entrega à iniciativa privada –, levam-nos a sublinhar mais do que nunca a importância do Serviço Nacional de Saúde, público, universal e gratuito.

A essência do nosso Serviço Nacional de Saúde reside no respeito pela dignidade do ser humano, na igualdade de acesso e tratamento e na solidariedade, na medida em que todos contribuímos através dos nossos impostos, para que todos a ele possamos ter acesso em igualdade de circunstâncias.

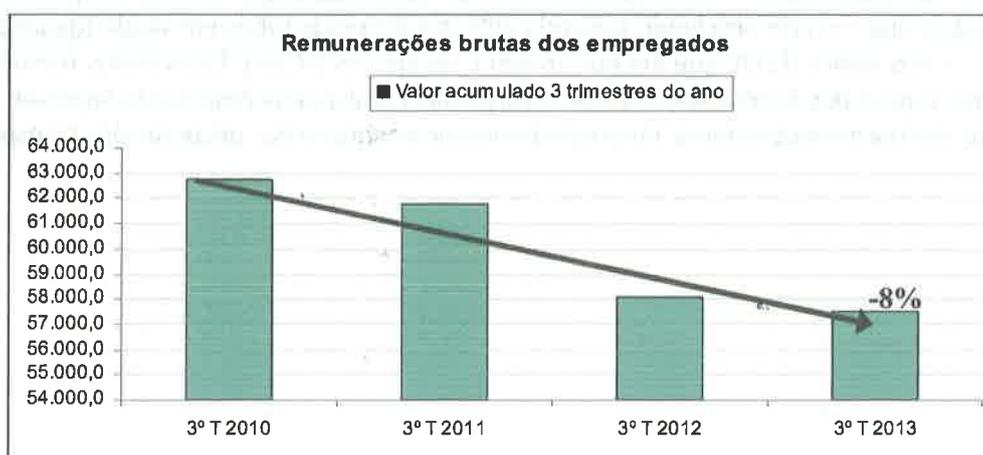
O Serviço Nacional de Saúde é uma das conquistas fundamentais do 25 de Abril, um dos pilares do nosso Estado e um factor decisivo de coesão social e de desenvolvimento do país. Defender o SNS é defender o direito à saúde, que deve ser naturalmente uma das primeiras prioridades públicas numa sociedade que valoriza os direitos humanos e a cidadania. Não há desenvolvimento sem uma aposta forte na saúde.

2. A CRISE ECONÓMICA E O SEU IMPACTO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

O empobrecimento das famílias

A política de direita prosseguida pelo Governo PSD/CDS preconiza um ataque violento aos rendimentos dos trabalhadores e dos pensionistas portugueses. O desemprego, a precariedade, o aumento dos impostos sobre salários e reformas e das contribuições, os cortes generalizados nas prestações sociais, o roubo do salário dos trabalhadores da Administração Pública e a diminuição do salário hora de todos os trabalhadores em geral determinam uma redução acentuada do rendimento líquido das famílias.

Gráfico 1 – Diminuição das remunerações



Fonte: Contas trimestrais das famílias e ISFLSF (Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias), INE

O Orçamento de Estado para 2014 e o primeiro Orçamento de Estado Rectificativo determinam uma nova redução salarial para os trabalhadores da Administração Pública e do sector público empresarial, o aumento da Contribuição Extraordinária de Solidariedade para os reformados e aumento das contribuições para a ADSE, e a manutenção de uma enorme carga fiscal sobre os rendimentos de quem trabalha ou já trabalhou. Agravam-se ainda as tarifas da electricidade, gás e água, bem como as despesas com o ensino e, sobretudo, com a saúde.

Em 2011 as despesas de saúde representavam mais de 10% das despesas familiares entre os agregados mais desfavorecidos e mais envelhecidos¹. O agravamento das taxas moderadoras e dos meios complementares de diagnóstico em 2012 terão aumentado a parte do rendimento que é dirigido a despesas da saúde. Como veremos mais adiante, os portugueses são, entre a população europeia, os que mais pagam directamente pela Saúde (excluindo os impostos).

A crise e as condições de saúde

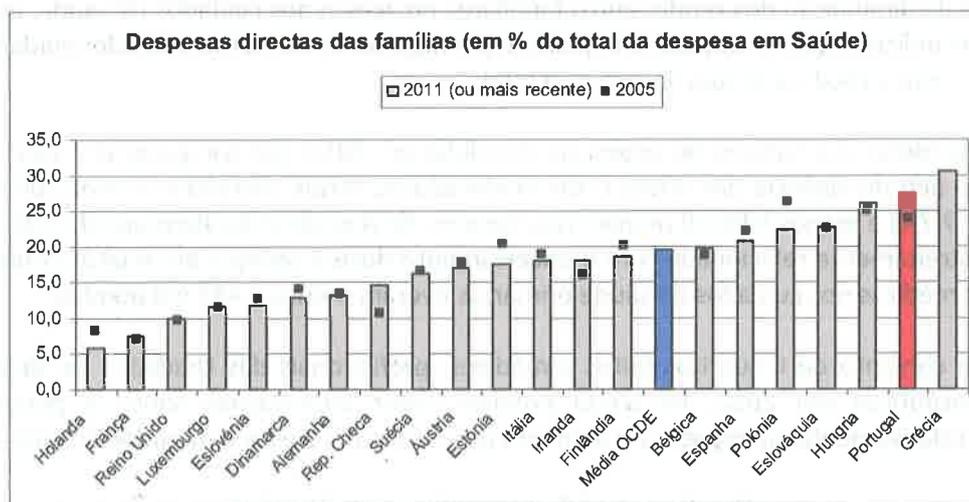
No seu Relatório de Primavera 2012, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) apontou as três vias através das quais a política prosseguida pelo Governo PSD/CDS e o Memorando da Troika afectam a saúde em Portugal:

- Os efeitos da diminuição das condições de vida, o desemprego e o sobre-endividamento decorrente do empobrecimento das famílias, que tem consequências directas na saúde da população (sobretudo nos aspectos relacionados com a saúde mental);
- A fúria economicista para diminuir custos indiscriminadamente no funcionamento dos serviços de saúde;
- As dificuldades das famílias em fazerem face aos custos crescentes com a saúde – por via do aumento dos co-pagamentos (falsas taxas moderadoras), do custo com as deslocações por motivos médicos, os custos dos meios complementares de diagnóstico e os preços dos medicamentos.

Os portugueses são dos que mais pagam pela saúde e tratamento médico em toda a Europa. Comparando as despesas directas das famílias com a saúde (exclui impostos) – incluindo medicamentos e meios complementares de diagnóstico – em todos os países da União Europeia, verifica-se que são as famílias portuguesas que ocupam o primeiro lugar, pagando 29% das despesas totais em saúde (quando a média da OCDE é de 20% e dos países da UE que lhe pertencem é de apenas 17,2%). Estes dados remontam a 2011, prevendo-se que o peso das despesas em Saúde a cargo das famílias seja hoje muito superior, derivado do brutal aumento das taxas moderadoras, do preço dos medicamentos e das despesas dos transportes.

¹ Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011, INE (última publicação disponível)

Gráfico 2 – Custos da Saúde suportados directamente pelas famílias



Fonte: OCDE, Health data 2012

As famílias portuguesas foram também das que viram as suas despesas directas com saúde mais aumentar: entre 2000-2011 só na República Checa e a Eslováquia este aumento foi maior do que em Portugal, 3%, quando na maioria dos países da União Europeia se registou uma diminuição de 1,2%. Estes dados não consideram os aumentos verificados em 2012, pelo que a realidade relativa ao acesso dos portugueses à saúde é manifestamente mais grave do que estes dados revelam.

Efeitos do aumento dos custos com a Saúde

Em 2012 o preço a pagar pelas consultas e meios complementares de saúde, quer nos centros de saúde quer nos hospitais, disparou, a par do aumento do custo de vida e da diminuição do rendimento da generalidade da população.

Quadro 1: O aumento das “taxas moderadoras”

| | | 2011 | 2013 | Varição 2011-2013 |
|------------------|---------------------------------|------------|---------|-------------------|
| Consultas | Nos hospitais | Até 4,60 € | 7,75€ | 68% |
| | Nos centros de saúde | 2,25 € | 5€ | 122% |
| Urgências | Polivalente | 9,60 € | 20,60 € | 115% |
| | Básica | 8,60 | 15,45 | 80% |
| | Médico-Cirúrgica | 8,60 € | 18€ | 109 % |
| | No centro de Saúde (SAP) | 3,80 € | 10,30 | 171% |

Fonte: ACSS

As taxas moderadoras, que desde a sua criação contrariam o que constava originalmente na Constituição da Republica Portuguesa (total gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde), passam a co-pagamentos do utente, quando este tem de pagar por actos recomendados pelos próprios médicos. Os argumentos para a sua introdução – evitar a sobre-utilização dos recursos – caem por terra quando passa a ser possível monitorizar situações excepcionais de utilização indevida do SNS mas, sobretudo, quando são cobradas taxas por cuidados médicos obrigatórios.

Apesar de não existirem dados definitivos sobre o impacto do aumento das “taxas moderadoras” (ou co-pagamentos) e da diminuição dos rendimentos familiares no acesso aos cuidados de saúde, existem alguns indicadores que indiciam que tal impede a população portuguesa de aceder aos devidos cuidados de saúde, exames, tratamento e medicamentos de que necessita.

Um desses indicadores é o número de urgências atendidas em 2012, por comparação a 2011 (Dezembro). Nesse primeiro ano de vigência das novas taxas moderadoras, foram atendidas menos 500 mil urgências nos hospitais (-7,7%) e menos 829 mil utentes nos Serviços de Atendimento Permanente (-26,3%), estando esta quebra estreitamente relacionada com o encerramento destes serviços em muitos centros de saúde. Já as consultas médicas nos cuidados de saúde primários tiveram menos 1 447 mil utentes².

Através de um conjunto de inquéritos feitos a médicos, profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF) e farmacêuticos em 2012, foi ainda possível obter informações sobre a percepção destes trabalhadores relativamente ao impacto do aumento dos custos no acesso e na saúde dos utentes:

Quadro 2: A visão dos profissionais de saúde

| Inquérito aos profissionais de saúde | Médicos | Profissionais das USF |
|--|---------|-----------------------|
| Acesso aos cuidados de Saúde: piorou ou piorou muito | 74% | - |
| Utentes manifestam dificuldades em pagar taxas moderadoras (ocasional, frequente ou muito frequentemente) | 89% | 76,9% |
| Utentes manifestam dificuldades nos transportes para os serviços de saúde (ocasional, frequente ou muito frequentemente) | 94% | 70,2% |
| Utentes manifestam dificuldades em comprar a medicação prescrita (ocasional, frequente ou muito frequentemente) | 96% | 86,2% |
| Utentes manifestam dificuldades em realizar os meios complementares de diagnóstico | - | 71,9% |

Fonte: Relatório de Primavera 2012, Observatório Português dos Sistemas de Saúde

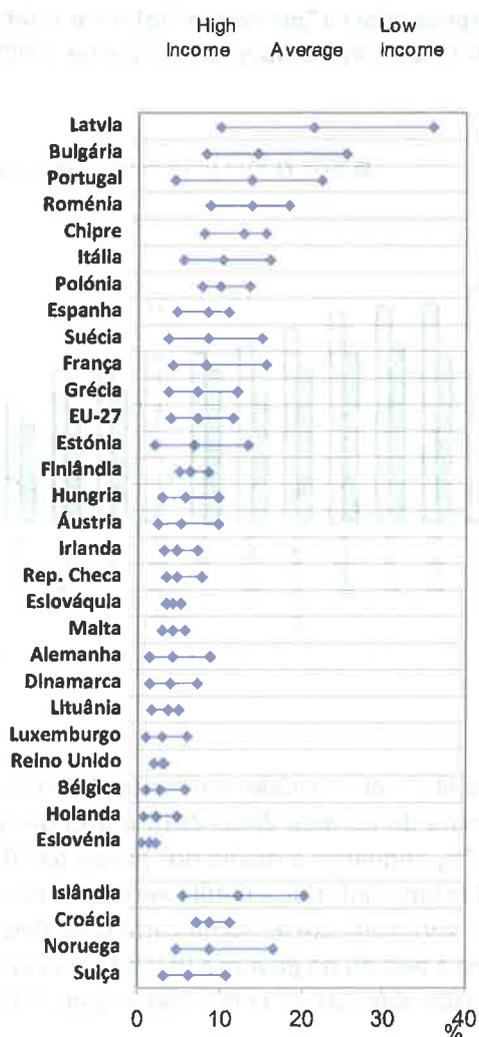
Um estudo realizado junto a pessoas com mais de 65 anos revelou que 30% delas viram o seu acesso aos cuidados de saúde (inclui centros de saúde e hospitais públicos) diminuído e que 30% reduziu o consumo de medicamentos, em ambos os casos devido a dificuldades económicas.

Nas especialidades não incluídas no Serviço Nacional de Saúde, como é o caso da medicina dentária, as disparidades no acesso intensificam-se. Os dados da OCDE relativos às necessidades de cuidados dentários não atendidas em 2010 mostram que Portugal está no topo das desigualdades, com mais de 20% do quintil mais pobre da população a não conseguir aceder à especialidade (Gráfico 3). É importante recordar, que as propostas do FMI para a chamada “Refundação do Estado,”³ Apontavam precisamente para a exclusão do SNS de várias especialidades e menor cobertura do serviço público o que, á implementar-se, afastaria ainda mais a população com menos recursos dos cuidados médicos e aprofundaria as, já enormes, desigualdades sociais. Esta proposta consubstancia a negação de um direito humano fundamental.

² Monitorização Mensal, ACSS

³ “Rethinking the State – Selected Expenditure Reform Options”, FMI, Janeiro de 2013

Gráfico 3 - Necessidades de exame medicina dentária não atendidas, por quintil de rendimento em 2010



Fonte: *Health at a Glance: Europe 2012*, OCDE

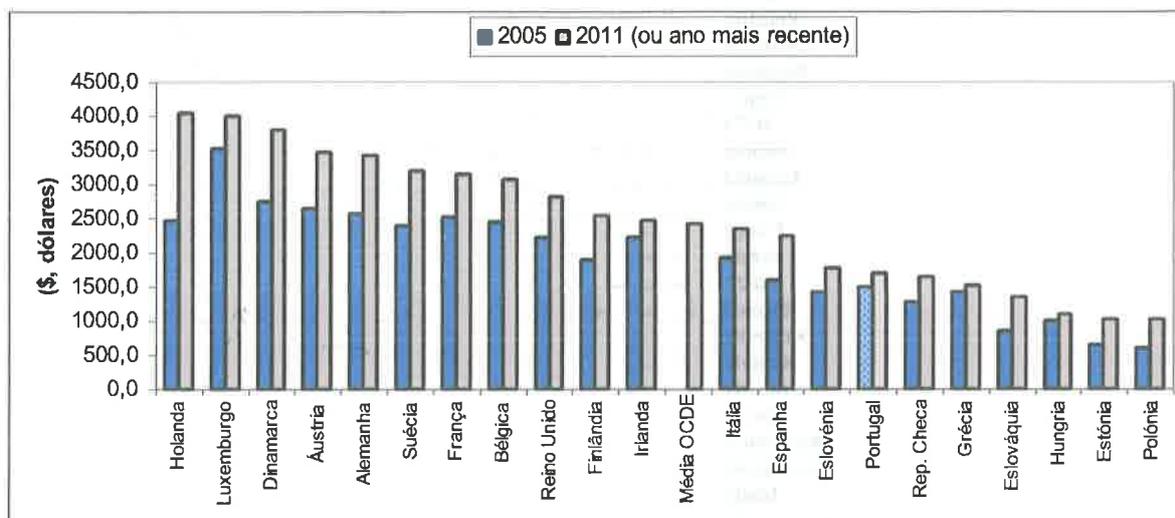
3. A DESPESA, FINANCIAMENTO E OS INTERESSES PRIVADOS NA SAÚDE

Os ganhos em saúde obtidos através de um esforço financeiro, nomeadamente público, inferior ao registado em outros países

Apesar dos importantes ganhos alcançados a nível da saúde da população depois do 25 de Abril, traduzidos nomeadamente na redução significativa da taxa de mortalidade infantil e no aumento da esperança de vida, a análise comparativa com outros países leva à conclusão que esses resultados foram obtidos através de um esforço financeiro, nomeadamente público, inferior ao registado em outros países.

Os dados do quadro 3, retirado da publicação da OCDE “Health Statistics 2013”, mostram isso com clareza.

Quadro 3 – Despesa pública “per capita” total em saúde 2005 e 2011 (países da União Europeia pertencentes à OCDE)



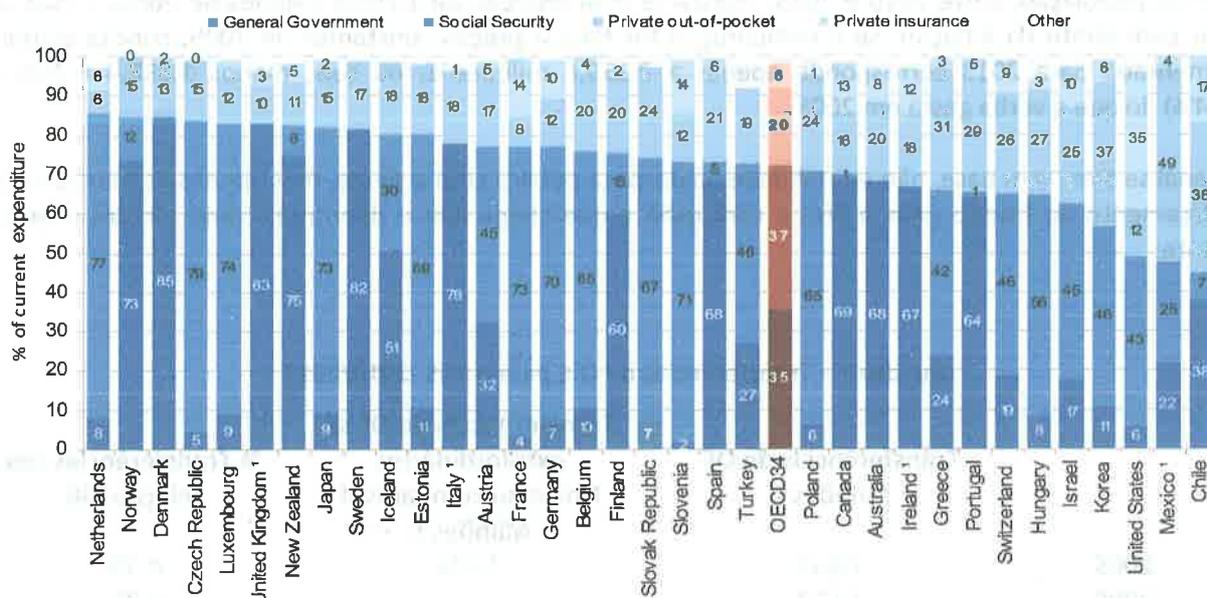
Fonte: OCDE

Em 2011, a despesa pública “per capita” com a saúde em Portugal (1 026 €) era inferior à média dos países da União Europeia (1 633€), e durante do período 2000/2010 a taxa de crescimento anual real da despesa com a saúde em Portugal foi de 1,7%, enquanto a média nos países da UE27 foi de 3,5% ao ano. Apesar do crescimento em Portugal ter sido bastante inferior à média verificada nos países da UE27 no período 2000-2010, e após este último ano se ter verificado cortes significativos na despesa pública com saúde, o FMI no seu estudo de Janeiro de 2013, feito a pedido do governo PSD/CDS, considera-se que se continua a verificar em Portugal um “crescimento excessivo dos custos” com a saúde (pág. 70).

Elevado peso dos custos com a saúde pagos directamente pelos utentes

Se desagregarmos a despesa por tipo de entidade financiadora conclui-se que Portugal é precisamente um dos países da União Europeia em que a comparticipação pública é das mais baixas, e a paga pelos utentes é mais elevada, como mostra o gráfico 4 também retirado da mesma publicação da OCDE.

Gráfico 4 – Despesa em saúde por entidade financiadora, 2011 (ou ano mais próximo)



Em 2011, segundo a OCDE, o financiamento público correspondia apenas a 64% da despesa total de saúde (menos 2 p.p. do que em 2010), enquanto a média na União Europeia era de 73%, atingindo na Holanda e Noruega 86% da despesa total de saúde; portanto, em Portugal embora os portugueses tivessem um rendimento médio inferior à média da União Europeia, apesar disso tiveram suportar, já em 2010 directamente do seu bolso 34% da despesa de saúde, uma percentagem muito superior à média comunitária. Como vimos anteriormente, entre os países da U.E. pertencentes à OCDE, Portugal é o segundo país onde os utentes mais pagam directamente pela Saúde.

O impacto das medidas tomadas pelo Governo e a troika: a redução do investimento público na saúde nos últimos anos

E esta situação tem-se agravado nos últimos anos como os dados oficiais constantes do quadro 4 revelam.

Quadro 4 – Despesas com a saúde

| | Funções sociais do Estado – Saúde | |
|-----------------|-----------------------------------|-------|
| | Milhões € | % PIB |
| 2005 | 8.998,0 | 5,8% |
| 2006 | 8.871,3 | 5,5% |
| 2007 | 8.879,6 | 5,2% |
| 2008 | 9.244,4 | 5,4% |
| 2009 | 9.632,0 | 5,7% |
| 2010 | 9.801,2 | 5,7% |
| 2011P | 9.170,6 | 5,4% |
| 2012 | 8.538,3 | 5,1% |
| 2013 | 8.507,4 | 5,1% |
| 2013_p_2005 | 7.159,6 | |
| 2013/2005_p2000 | -20,4% | |

Fonte: Relatórios do Orçamento do Estado 2000/2013

A partir de 2010, verifica-se uma redução, mesmo em valores nominais das despesas públicas totais com a saúde da população. Entre 2010 e 2013, regista-se uma redução de 1.293,8 milhões de euros. E isto sem entrar com efeito da inflação. Se a comparação for feita a preços constantes de 2005, conclui-se que o orçamentado para 2013 corresponde apenas a 7.159,6 milhões €, ou seja, menos 1.838,4 milhões € (-20,4%) do que a verba gasta em 2005.

Se a análise tiver com base, não a totalidade da despesa pública com a saúde, mas apenas as transferências do Orçamento do Estado para o SNS a conclusão a que chega não é diferente, como mostra o quadro seguinte:

Quadro 5 – Transferências do O.E para o SNS -2010/2013

| | Transferências do OE Milhões € | Transferências do OE s/ extraordinários Universo comparável Milhões € | % Transferências em relação PIB |
|------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| 2005 | 7.634 | 7.634 | 4,9% |
| 2006 | 7.632 | - | 4,7% |
| 2007 | 7.673 | - | 4,5% |
| 2008 | 7.900 | - | 4,6% |
| 2009 (*) | 8.200 | 8.100 | 4,8% |
| 2010 (*) | 8.849 | 8.349 | 4,8% |
| 2011 (*) | 8.852 | 8.352 | 4,9% |
| 2012 (*) | 9.722 | 7.290 | 4,4% |
| 2013 (*) | 7.814 | 7.314 | 4,4% |
| 2013-p2000 | 6.576 | 6.155 | |
| 2013/2005_p2000 | -13,9% | -19,4% | |

Fonte: Documentos entregues na Assembleia da República aquando do debate do OE-2011 e OE-2013

(*) 2009: 100M€ vacinas gripe; 2010: a partir deste ano, SNS deixa de receber 500 M€ da ADSE; em 2012: 1.500M€ são para pagar dívidas acumuladas em anos anteriores por isso não podem ser consideradas como receitas para cobrir despesas desse ano

Os dados que constam dos documentos distribuídos pelo Ministério da Saúde na Assembleia da República, aquando do debate do Orçamento do Estado (2ª coluna a contar da esquerda - Transferências do OE) revelam que, com a excepção de 2012 por razão que iremos explicar, verificou-se uma quebra continuada nas transferências do Orçamento do Estado para o SNS, sendo a verba orçamentada para 2014, inferior à de 2010, mesmo em valores nominais portanto sem deduzir o efeito do aumento de preços, em 1.267 milhões €.

No entanto, os valores da coluna 2 ainda não traduzem com rigor a dimensão da quebra verificada. Em 2010 verificou-se uma alteração metodológica que se traduziu numa redução efectiva em 500 milhões € nas transferências para o SNS. E isto porque até esse ano o SNS recebia da ADSE em média 500 milhões € por ano como pagamento dos serviços de saúde prestados pela SNS aos funcionários públicos que eram associados da ADSE e a partir de 2010, com o pretexto de que não se justificava esse movimento triangular, o governo passou a considerar que a transferência do OE para o SNS já incorporava esse valor. Tal determinou uma redução efectiva de 500 milhões € no orçamento do SNS, passando este a suportar essa despesa sem uma compensação financeira adequada.

Por esta razão, para que os valores das transferências até 2010 possam ser comparáveis com os valores posteriores a 2010, é necessário deduzir ao valor da 2ª coluna os 500 milhões €, obtendo-se os valores que constam da 3ª coluna a contar da esquerda. Também o valor de 2012 está inflacionado já que inclui o valor de 1.932 milhões €, que tem como origem o fundo de pensões dos bancários, que se destinaram ao pagamento de dívidas acumuladas de anos anteriores, e não a despesas de 2012.

Finalmente, se as comparações foram feitas com base em preços constantes de 2005, que anula o efeito do aumento de preços, conclui-se que o valor orçamentado para 2013 é mesmo inferior ao 2005 entre 1.058 milhões € e 1.479 milhões €, dependendo do valor com o qual a comparação seja feita (o 2ª ou da 3ª coluna a contar da esquerda do quadro 3).

Em resumo:

- Quer num caso, quer no outro, a conclusão que sempre se tira é a de que se verificou uma enorme redução no investimento público na saúde dos cidadãos, o que inevitavelmente está a ter e vai ter ainda, consequências mais graves nas condições de vida.

É precisamente isso, em termos de aumento custos de saúde para os portugueses, que iremos procurar analisar seguidamente:

O impacto das medidas de austeridade nas condições de saúde

O primeiro aspecto a ter presente é que, segundo a OCDE, Portugal é precisamente um dos países da União Europeia, que já em 2011, a comparticipação pública na despesa era mais baixa, porque enquanto no nosso correspondia a 64% do total da despesa, a média nos países da UR27 era, no mesmo ano, de 73%. E como se mostrou, a partir desse ano verificou uma quebra importante na despesa pública de saúde. Entre 2010 e 2013, desceu de 5,7% do PIB para 5,1% do PIB.

Mas foi fundamentalmente a partir de 2010, com o governo PSD/CDS e com a “troika” que a despesa com saúde paga directamente pelos portugueses (não através de impostos com os quais é financiado o SNS) mais aumentaram. Os dados dos dois quadros que a seguir se apresentam mostram com clareza essa evolução.

Quadro 6 – Variação das receitas do SNS com origem nas taxas moderadoras

| Receitas dos Serviços e Fundos Autónomos – Taxas moderadoras | |
|---|-------------|
| 2010 | 29,1 |
| 2011 | 35,4 |
| 2012 | 89,7 |
| 2013 | 98,4 |
| Variação 2010/2013 | 238% |

As receitas arrecadadas às custas dos utentes do SNS têm vindo a aumentar sistematicamente desde 2010. Entre 2010 e 2011, e com base nos dados disponíveis na Conta Geral do Estado 2010 e 2011, o aumento de receita tendo como origem as taxas moderadoras pagas pelos utentes do SNS foi de 21%. A subida das taxas em 2012 fez com que as receitas disparassem, registando-se uma variação de 238% entre 2010 e 2013, ainda que o número de idas às urgências e aos cuidados de saúde primários tenham diminuído.

Outra área da saúde onde os custos estão a ser transferidos para os utentes do SNS é precisamente a nível de medicamentos. É isso que mostra o quadro 7, já que revela que, para além de muitos medicamentos estarem a deixar de ter comparticipação do SNS, as comparticipações dos que continuam a receber apoio do Estado na sua aquisição tem diminuído. É o que mostra o quadro seguinte:

Quadro 7 – Comparticipação média do SNS no preço dos medicamentos adquiridos pelos utentes com prescrição médica – 2006/2011

Unidades: % / Dígitos

| Ano (real) | Tx. Média de comparticipação (Average contribution rate) | Tx. Crescimento (Growth rate) |
|------------|--|-------------------------------|
| 2006 | 66,7% | -2,4% |
| 2007 | 64,6% | -3,2% |
| 2008 | 65,7% | 1,6% |
| 2009 | 66,3% | 4,0% |
| 2010 | 69,8% | 2,2% |
| 2011 | 63,1% | -9,6% |

Fonte: Informed / Soluise: Informed

Entre 2006 e 2011, a comparticipação média no preço dos medicamentos adquiridos pelos utentes baixou de 66,7 % para 63,1% (menos 3,6 pontos percentuais), o que determinou que a parcela do preço paga directamente pelo utente à farmácia aumentou de 33,7% para 36,9% do preço do medicamento. O quadro 8 completa o anterior já que mostra o aumento do custo total pago pelos utentes mesmo nos medicamentos comparticipados no período 2006/2011.

Quadro 8 – Repartição dos encargos com medicamentos no ambulatório (SNS/Utente)

| Ano | Encargos com medicamentos no ambulatório Milhões € | | |
|----------------|---|----------------|----------------------------|
| | Mercado do SNS | Despesa do SNS | Despesa paga pelos utentes |
| 2006 | 2.132,90 | 1.422,90 | 710 |
| 2007 | 2.163,90 | 1.398,00 | 765,9 |
| 2008 | 2.234,80 | 1.467,40 | 767,4 |
| 2009 | 2.282,50 | 1.559,00 | 723,5 |
| 2010 | 2.349,30 | 1.640,70 | 708,6 |
| 2011 | 2.100,70 | 1.326,20 | 774,5 |
| 2012 | 1.857,10 | 1.174,40 | 682,7 |
| 2013 (jan-nov) | 1.611,70 | 1.062,30 | 527,4* |

Fonte: Informed

* Meses Janeiro a Outubro; não tem em conta a comparticipação dos medicamentos adquiridos pelos beneficiários da ADSE e SAD (da PSP e GNR), que a partir de Abril de 2013 passaram a ser asseguradas pelo SNS

Entre 2006 e 2012, a despesa do SNS com os medicamentos no ambulatório diminuiu em 248 milhões € (-17%); a compartição dos utentes do SNS diminuiu em 27 milhões €, prevendo-se que tenha uma nova redução em 2013, devendo-se esta diminuição ao crescimento da quota dos medicamentos genéricos no mercado do SNS, com preços substancialmente mais baixos do que os medicamentos de marca (aumento de 24 p.p. entre 2007 e Outubro de 2013).

Já no chamado mercado da automedicação (“medicamentos não sujeitos a receita médica”), em que o medicamento pode ser pago integralmente pelo doente no caso de dispensa nos Locais de Venda, os utentes dispenderam entre Janeiro e Novembro de 2013 mais 1,4 milhões de euros em comparação com igual período de 2012 (+4,8%).

A expansão dos genéricos, ainda que tenha promovido a redução do preço médio dos medicamentos, não é suficiente para superar as dificuldades sentidas pela população – sobretudo a mais idosa – na sua compra. Assim, o que sobressai é uma clara transferência dos custos da saúde directamente para os utentes do SNS que, para além dos impostos, estão a ser obrigados a pagar parcela crescente desse custo do seu bolso.

O impacto sobre o SNS

Mas não foi apenas em termos de aumento de custos directos com a saúde para os portugueses que os efeitos da política de saúde dos sucessivos governos se fizeram sentir. Ao nível de meios colocados à disposição das unidades públicas de saúde, os efeitos desta política têm sido dramáticos e agravam-se de mês para mês.

Em primeiro lugar, verificou-se a acumulação de “prejuízos” significativos nas unidades de saúde, devido a vários anos de transferências do Orçamento do Estado manifestamente insuficientes para cobrir os custos desses hospitais (Quadro 9).

Quadro 9 – “Prejuízos acumulados nos Hospitais EPE

| ANOS | RESULTADOS -Milhões euros | |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------|
| | OPERACIONAIS | LÍQUIDOS |
| 2003-HSA | -175 | -125,9 |
| 2004 – HSA | -169,4 | -91,2 |
| 2005-HSA/HEPE | -122,1 | -0,6 |
| 2006- HEPE | -293,9 | -273,8 |
| 2007-HEPE | -194,9 | -142,5 |
| 2008 – HEPE | -293,9 | -212,7 |
| 2009 – HEPE | -302,1 | -278 |
| 2010 – HEPE | -403,5 | -327,8 |
| 2011 - HEPE | -243,4 | -415,2 |
| 2012-EPE (até 30.6.2012) | -34,58 | -111,87 |
| SOMA 2003-2012 (1º semestre) | -2.232,78 | -1.979,57 |

Fonte: S.NS. – Execução Económica -Financeira – Administração Central do Serviço de Saúde, IP

Entre 2003 e o 1º semestre de 2012, os Hospitais EPE acumularam 2.232,7 milhões € de prejuízos operacionais, ou seja, na área de prestações de serviços de saúde à população, precisamente porque as receitas obtidas, em que mais de 95% tem como origem as transferências do OE, foram manifestamente insuficientes para cobrir os custos que tiveram de suportar com a prestação desses mesmos serviços.

Desta forma, os sucessivos governos conseguiram apresentar reduções do défice orçamental à custa dos prejuízos dos hospitais EPE, traduzindo-se numa verdadeira desorçamentação do SNS. Como consequência desta política as dívidas do SNS aos fornecedores atingiram valores significativos.

Uma análise mais fina às despesas do SNS mostra de uma forma clara que os cortes na despesa está a ser feitos em áreas que afectam directamente a prestação de serviços de saúde, tanto no aspecto quantitativo como qualitativo. E isto porque, apesar do aumento significativo dos “prejuízos” e do endividamento dos hospitais públicos, têm-se verificado simultaneamente um corte brutal em rubricas importantes das despesas do SNS (Quadro 10, em anexo, elaborado com base nos dados divulgados pela ACSS, Ministério da Saúde).

Em apenas quatro rubricas da despesa o corte atingiu os 817,7 milhões de euros em 2011, e mais 333,4 milhões no primeiro semestre de 2012. Quatro rubricas que são fundamentais, para o volume e qualidade dos serviços de saúde prestados à população: despesas com pessoal, produtos farmacêuticos, contractos e fornecimentos de terceiros. É evidente que cortes com esta dimensão e nestas rubricas tem um grande impacto a nível de serviços de saúde prestados à população. Apesar de não ser possível discriminar os cortes orçamentais em 2012 e 2013 por falta de dados da ACSS, sabe-se que as “poupanças” do Ministério da Saúde têm sido feitas com novas reduções nas despesas com pessoal, com reduções no equipamento e na qualidade do mesmo, com a não execução de investimentos necessários nas infra-estruturas de saúde e o encerramento de unidades de saúde e serviços.

O Relatório de Primavera 2013 do OBSS inquiriu os coordenadores das Unidades de Saúde Familiar sobre a falta de equipamentos, tendo 38% relatado falta de equipamento entre 3 e 10 vezes, e 34,3% relatado a sua falta mais de 10 vezes no ano de 2012.

O quadro 10, sobre a execução orçamental efectiva referente ao período Jan./Nov. dos anos 2010, 2011 e 2012, e incluindo as principais rubricas das receitas e das despesas da conta do SNS, mostra também que são as rubricas fundamentais para a prestação de serviços de saúde as mais atingidas pelos cortes feitos pelo governo a mando da “troika”.

Quadro 10 – Principais recebimentos e pagamentos em 2010, 2011, 2012 e 2013

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2010-2013 | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| I – DA RECEITA | Milhões € | % |
| Transferências correntes do O.E. (*) | 8.848,70 | 8.251,80 | 8.240,50 | 7548,3 | -1.300,40 | -15% |
| II – DA DESPESA | | | | | | |
| Despesas com o pessoal | 1083,2 | 982,3 | 864,2 | 926,2 | -157 | -14% |
| Produtos vendidos em farmácias | 1724 | 1401,2 | 1224,2 | 1213,4 | -510,6 | -30% |
| Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica | 768,8 | 756,9 | 682,4 | 683,1 | -85,7 | -11% |
| Outros serviços de saúde – Hospitais EPE | 4.741,60 | 4.510,50 | 4.270,20* | 4313,8* | -427,80 | -9% |

Fonte: Síntese de Execução Orçamental, DGO

(*) Da transferência do O.E. no total de 9.740,5 (2012) e 7.971,8 (2013), foram retirados 1.500 M€ e 423,5 M€, respectivamente, uma vez que estes valores se destinaram ao pagamento de dívidas do SNS e não às despesas correntes

Entre 2010 e 2013 as transferências do Orçamento do Estado para o SNS sofreram um corte de 1.300 milhões € (devendo-se ter ainda em conta o efeito da inflação, de +6,9%), o que tem provocado um forte estrangulamento financeiro do SNS.

A nível da despesa (tenha-se presente que os dados do quadro 10 não incluem as despesas dos Hospitais EPE, mas apenas as transferências do SNS para esses hospitais, com base nos contratos feitos entre este e os hospitais), as rubricas que sofreram maiores cortes nominais nos últimos 3 anos foram as despesas com pessoal (-157 milhões €), as despesas com medicamentos (-510,6 milhões €) e os meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica (-85,7 milhões €). Despesas que, pela sua natureza, são fundamentais na prestação dos serviços de saúde à população, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Outra rubrica que também sofreu um corte significativo foi a que corresponde às transferências do SNS para os Hospitais EPE (-427,8 milhões €), destinadas a cobrir os seus custos de funcionamento. Face ao decrescente financiamento do Orçamento de Estado, agravado pelo aumento dos preços, e ao seu decorrente estrangulamento financeiro, os Hospitais viram o endividamento aumentar, como única forma de poderem continuar a funcionar e a prestar serviços de saúde à população. E isto apesar da chamada lei dos compromissos, imposta pelo FMI, que criminaliza aqueles que contraíam dívidas, para as quais não tenham condições de pagamento no prazo de 90 dias, desde o responsável pela contabilidade até ao gestor.

Os interesses privados na saúde

Este estrangulamento financeiro do SNS e da ADSE abre caminho à procura crescente de cuidados no sector privado e, em última análise, à privatização crescente dos serviços de saúde em Portugal. O estudo do FMI, realizado em Janeiro de 2013, a pedido do governo, aponta para uma promoção crescente da privatização do serviço de saúde em Portugal, com prejuízo do SNS e de outros subsistemas públicos de saúde.

Assim, na pág. 82 do estudo do FMI pode ler-se textualmente o seguinte: “ ***Opções para reforma poderiam incluir, por exemplo, definição mais clara do âmbito e das prioridades de pacotes de benefícios de saúde com financiamento público (ou seja, estabelecendo restrições de oferta claras que levem em conta as disponibilidades de natureza fiscal), e ampliar o papel do sector privado, incluindo a área de prestação de cuidados de saúde e seguros (incluindo o atendimento de procura para além dos benefícios de saúde prestados pelo sector público) ”.***

Os comentários são desnecessários porque o que próprio FMI escreveu é suficientemente esclarecedor. No entanto, recorde-se que uma proposta idêntica já foi considerada inconstitucional durante o governo de Sócrates tendo sido abandonada.

Em Portugal, os principais grupos privados de saúde, que são controlados por grupos financeiros, são: a Espírito Santo Saúde do grupo BES; os Hospitais Privados de Portugal, (HPP Saúde) do grupo CGD até há pouco tempo e que o governo PSD/CDS privatizaram, vendendo ao grupo AMIL por 100 milhões € (maior operador privado de saúde no Brasil, recentemente adquirido por um Fundo de Pensões Norte Americano); e a José de Mello Saúde. Estes três grupos detêm 70% da quota de mercado.

A Trofa Saúde e a AMI – Assistência Médica Integral são líderes de uma segunda linha de unidades, independentes do foro bancário. Estes cinco grupos detêm 64 unidades, as quais incluem hospitais, clínicas, casa de repouso e laboratórios, já representam juntamente com outras unidades de saúde 5000 camas e 25% da capacidade cirúrgica nacional.

O volume de negócios de saúde dos três principais grupos – BES, HPP, e Mellos – atingiu em 2011 os 878 milhões €, encontrando-se em expansão e crescimento. Estes três grupos controlam também quatro hospitais públicos em regime PPP: Cascais, Loures, Braga e Vila Franca de Xira.

4. OS PROBLEMAS DA SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DE MÉDIO E DE LONGO PRAZO

O Serviço Nacional de Saúde deve dar resposta não só aos problemas de saúde no curto prazo mas também num horizonte mais alargado. Para isso é necessário um Plano Estratégico de longo prazo para o sector, onde a política de saúde não pode separar-se das demais políticas que directamente a condicionam – como os rendimentos, emprego, a educação, a habitação, a alimentação e a segurança social (intersectorialidade).

- ***A política de saúde tem de ser orientada para a prevenção e não para a doença.*** O que não pode, porém, servir de pretexto para restringir o acesso aos cuidados de saúde. Na situação portuguesa existem domínios de preocupação: metade da população tem excesso de peso ou obesidade e temos, neste domínio, a pior situação na UE quanto às raparigas; excesso de consumo de álcool nalguns grupos populacionais embora a tendência global seja de redução; baixo consumo de frutas e de vegetais; elevada prevalência de diabetes nos adultos (a pior situação na UE)⁴.

A evolução da dieta revela desequilíbrios que se têm vindo a acentuar: o valor médio de calorias consumidas proveniente de produtos alimentares e bebidas correspondeu a 3883 Kcal, um valor muito acima do recomendado para um adulto (2000 a 2500)⁵. Um domínio específico respeita à sinistralidade e à violência. Se existem progressos, de que é patente a diminuição dos acidentes rodoviários, ainda assim a incidência da sinistralidade (mortes e incapacidades) é excessiva.

São necessárias medidas de promoção de estilos de vida saudáveis (informação, regulamentação, acções de consciencialização, literacia em saúde, uso de instrumentos fiscais, etc.). A intervenção pública tem sido insuficiente sobretudo por falta de vontade política para enfrentar interesses instalados onde se destaca o grupo de pressão da indústria agro-alimentar. Segundo o Bastonário da Ordem dos Médicos deve haver um imposto sobre o lixo alimentar.

- ***É imperativa uma estratégia global e consistente para a redução das desigualdades na saúde.*** As condições de saúde têm uma forte determinação social. Tão importante como um bom sistema de saúde é o progresso das condições socioeconómicas da população pois é decisivo para melhorar as condições de saúde. A determinação social penaliza as pessoas na base da escala social: as que têm piores condições de vida, designadamente menor rendimento, habilitações escolares mais reduzidas e um mais baixo estatuto profissional.

É esta determinação social que explica por exemplo o sucesso na redução da mortalidade infantil, que hoje tem um valor quase residual (2,5 por 1000 nascimentos em 2010) face ao passado. Este sucesso não foi possível sem o recurso a políticas públicas. Noutras áreas não houve igual empenho. As desigualdades são muito fortes, como na esperança de vida onde existem diferenças explicadas pelas condições socioeconómicas.

A crescente atenção dada aos factores sociais, quando antes o foco se centrava na herança genética ou nos comportamentos individuais, conduziram a Comissão Europeia a publicar uma Comunicação em 2007 em que se advoga a importância da redução das desigualdades na saúde.

⁴ A situação comparativa de Portugal com os outros países europeus tem como fonte a OCDE (Health at a glance 2012) disponível na página da Internet desta instituição.

⁵ INE, Balança alimentar Portuguesa 2003-2008. Dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais, *Informação à comunicação social*, 30.11.2010.

O Livro Branco de 2007, em que se aprova uma estratégia para a saúde para 2008-2013, apontava já a redução das desigualdades no contexto de valores partilhados a nível europeu (universalidade, acesso a cuidados de boa qualidade, equidade e solidariedade); afirmava que a despesa em saúde é um investimento (“o ónus real para a sociedade reside nos custos directos e indirectos relacionados com a doença, bem como na falta de investimento”); defendia uma visão integrada (“integrar a dimensão da saúde em todas as políticas”, ou seja o princípio da transversalidade)⁶.

A política comunitária mostra porém limites e contradições. Por um lado, não se vê como podem reduzir-se as desigualdades na saúde sem pôr em causas as desigualdades em si. Ora as políticas económicas europeias têm contribuído para o agravamento das desigualdades. Por outro lado, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde chamava a atenção, no seu relatório de 2012, para a não aplicação do princípio da transversalidade (qualquer política pública deve ter em conta o seu impacto sobre a saúde) no quadro da política de austeridade em Portugal, determinada pelo Governo e pela troika (da qual faz parte a Comissão Europeia).

- **O envelhecimento da população e, em particular, o aumento da população com 80 e mais anos colocam novos problemas.** Esta população (532 mil pessoas em 2011) passará de 4,6% da população total em 2010 para 13,6% em 2060, segundo projecções da Comissão Europeia. Ainda que as projecções de longo prazo sejam problemáticas, a tendência é de um claro aumento.

Ora, as condições de saúde tendem a deteriorar-se com a idade: a existência de problemas de saúde ou de doenças prolongadas eleva-se à medida que os anos passam, sobretudo a partir dos 45 anos. A incapacidade funcional assume particular relevo para a população idosa. A incapacidade é medida, de acordo com o Censo da População⁷, em relação a 6 actividades: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender. Cerca de metade das pessoas com 65 e mais anos (ou seja, perto de 1 milhão) tem muita dificuldade ou não consegue realizar uma destas actividades o que se agrava quando aumenta a idade.

Um problema específico respeitante à saúde mental não apenas por ser previsível o aumento da população com demências mas também numa óptica preventiva, uma vez que se estima que metade tem origem vascular. A prevenção pode assim ocorrer no quadro de princípios orientados para “estilos de vida saudáveis para o cérebro”. As políticas públicas podem ter um papel fundamental não apenas na vertente preventiva, de informação e de sensibilização, mas abrangendo outras dimensões como o diagnóstico precoce, a segurança social (incluindo os apoios às famílias e os cuidados de longa duração), a investigação e desenvolvimento e o reconhecimento dos direitos das pessoas afectadas.

A CGTP-IN tem defendido que, face à insipiência das respostas sociais ao problema da dependência, se torna imperativo desenvolver um novo ramo da protecção social – a protecção na dependência, que deve passar a ser considerada como eventualidade autónoma.

- **A dimensão trabalho deve integrar uma visão estratégica da saúde.** O trabalho representa uma componente fundamental da actividade humana; e se é uma fonte de realização pessoal também constitui um factor de risco. Nestes, os mais importantes são os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. A tendência tem sido a da diminuição progressiva dos acidentes de trabalho mortais – o que se deverá manter no futuro pois traduz em parte a deslocação de empregos para actividades menos perigosas e progressos ao nível das máquinas utilizadas.

⁶ Os documentos da Comissão Europeia são: Solidariedade na saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na UE, *Comunicação* de 20.10.2009; Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013), *Livro Branco* de 23.10.2007.

⁷ INE, Dia Internacional das Pessoas com Deficiência – 3 de Dezembro, Saúde e incapacidades, *Destaques*, 20.11.12, disponível em www.ine.pt.

Mas o número de acidentes mortais é ainda muito elevado (208 em 2010), o mesmo acontecendo com o total de acidentes e com o número de dias de trabalho perdidos. Continua a haver uma falta de sensibilização para os riscos no trabalho bastando a comparação com a relevância que é dada pela comunicação social à sinistralidade rodoviária.

Esta falta de sensibilidade é ainda mais clara quanto às doenças profissionais, que continuam a ser mal conhecidas e subdeclaradas, e para os restantes riscos, incluindo o *stress*. Segundo o INE, 35% das pessoas entre os 15 e os 64 anos sofre de problemas músculo-esqueléticos. Os dados da Fundação para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho indicam que na Europa a exposição aos riscos físicos não diminuiu significativamente entre 1991 e 2000 e que os ritmos de trabalho tendem a ser mais intensos. No caso português, a elevada precarização do emprego constitui um factor de agravamento

- **Existem crescentes ameaças à saúde pública em resultado de factores ambientais.** Segundo a Organização Mundial da Saúde, o ambiente e a saúde englobam os efeitos patológicos directamente induzidos pelos produtos químicos, as radiações e alguns dos produtos biológicos, bem como os efeitos (muitas das vezes indirectos) sobre a saúde e o bem-estar do ambiente físico, psicológico, social e estético, o que abrange o *habitat*, o desenvolvimento urbano, a organização do território e os transportes.

A mudança climática é um tema maior, o qual, num contexto de recessão ou baixo crescimento como o português, tende a ser subestimado. Também nesta área existe uma forte determinação social já que as pessoas com condições socioeconómicas mais desfavoráveis são mais expostas aos riscos.

Em suma, temos:

- Uma forte determinação social na saúde;
- Subestimação do trabalho como factor de risco para a saúde dos trabalhadores;
- Situação que é agravada pela política de direita ao determinar sérias reduções da despesa, em sede de Orçamento do Estado para a saúde, o que determina sérias implicações no direito de acesso dos cidadãos à prestação de cuidados;
- Riscos que tendem a ser crescentes por via dos hábitos alimentares e riscos ambientais;
- Para responder a estes e outros problemas é necessária a mudança, para que sejam promovidas políticas públicas de cuidados, pois as respostas privadas terão sempre pesados custos no acesso à saúde e aumentam as desigualdades sociais.

**Quadro 10 – Corte nas despesas do SNS em áreas fundamentais
para a prestação de serviços de saúde (milhões de euros)**

| ENTIDADES DO SNS | RUBRICAS DE DESPESAS ONDE OS CORTES FORAM MAIORES | | | | | | |
|---------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|---|---------------------------|--------------|---------------|
| | Custos com Pessoal | Produtos Farmacêuticos | Material de consumo clínico | Subcontratos (MCD, MC Terapêutica, farmácias, etc.) | Fornecim. e Serviços III* | TOTAL | CORTES |
| HOSPITAIS e ULS, EPE | | | | | | | |
| 2010 | 2.827,5 | 1.129,6 | 388,9 | 325,8 | 403,5 | 5.075,2 | |
| 2011 | 2.549,3 | 1.153,6 | 385,9 | 304,5 | 386,89 | 4.780,2 | -295,0 |
| 1º Semestre 2011 | 1.259,4 | 599,1 | 193,9 | 137,2 | 179,5 | 2.369,1 | |
| 1º Semestre 2012 | 1.106,9 | 585,7 | 175,5 | 117,7 | 161,5 | 2.147,3 | -221,8 |
| ARS's (Centros de Saúde) | | | | | | | |
| 2010 | 924,1 | 69,7 | 64,0 | 2.993,8 | 147,2 | 4.198,8 | |
| 2011 | 810,3 | 70,0 | 10,6 | 2.693,7 | 132,3 | 3.716,9 | -482,0 |
| 1º Semestre 2011 | 362,3 | 31,2 | 4,5 | 1.310,0 | 46,4 | 1.754,4 | |
| 1º Semestre 2012 | 328,3 | 26,0 | 4,2 | 1.255,9 | 41,9 | 1.656,3 | -98,1 |
| HOSPITAIS SPA | | | | | | | |
| 2010 | 121,1 | 19,3 | 8,8 | 12,8 | 41,8 | 203,7 | |
| 2011 | 104,5 | 18,4 | 8,4 | 11,8 | 40,6 | 183,7 | -20,0 |
| 1º Semestre 2011 | 37,6 | 7,6 | 3,2 | 3,3 | 10,6 | 62,3 | |
| 1º Semestre 2012 | 31,7 | 6,5 | 2,3 | 2,0 | 8,39 | 50,8 | -11,5 |
| SERVIÇOS AUTÓNOMOS | | | | | | | |
| 2010 | 41,9 | 22,8 | 10,5 | 3,4 | 42,9 | 121,5 | |
| 2011 | 34,8 | 18,9 | 10,0 | 3,6 | 33,5 | 100,8 | -20,7 |
| 1º Semestre 2011 | 15,9 | 5,9 | 2,6 | 1,2 | 4,8 | 30,4 | |
| 1º Semestre 2012 | 13,6 | 3,4 | 2,0 | 1,1 | 8,2 | 28,3 | -2,1 |
| TOTAL | | | | | | | |
| 2010 | 3.914,6 | 1.241,4 | 472,2 | 3.335,8 | 635,4 | 9.599,3 | |
| 2011 | 3.498,9 | 1.260,9 | 414,9 | 3.013,6 | 593,3 | 8.781,6 | -817,7 |
| 2010-2011 | -10,6% | 1,6% | -12,1% | -9,7% | -6,6% | -8,5% | |
| 1º Semestre 2011 | 1.675,2 | 643,8 | 204,2 | 1.451,7 | 241,3 | 4.216,2 | |
| 1º Semestre 2012 | 1.480,5 | 621,6 | 184,0 | 1.376,7 | 220,0 | 3.882,8 | -333,4 |
| 2011-2012 | -11,6% | -3,4% | -9,9% | -5,2% | -8,8% | -7,9% | |

FONTE: SNS – Desempenho económico – financeiro – 2011 e Junho de 2012 – ACSS – Ministério da Saúde

* Limpeza, higiene e conforto, vigilância, informática, alimentação, lavandaria, etc.

5. AFIRMAR E REFORÇAR O SNS

A revisão constitucional de 1989, entre outras alterações de retrocesso com os Valores de Abril, tornou o SNS, que até então era gratuito, em “**tendencialmente gratuito** “. A introdução das taxas moderadoras, no concreto, tem-se traduzido numa via para o “**tendencialmente pago**”, por um lado, e para os cidadãos com algumas condições económicas, motivando o afastamento do SNS e aliciando a sua transferência para o sector privado, e por outro, aos cidadãos com dificuldades económicas, a esmagadora maioria, dificultando e nalguns casos até impedindo o acesso universal à prestação de cuidados de saúde;

A introdução das taxas moderadoras, ao contrário do objectivo afirmado pelos defensores da sua aplicação, não modera absolutamente nada. A vida veio confirmar, quer pelo alargamento do número de episódios clínicos taxados, quer pelo seu preço, que o objectivo era o de aumentar a participação das famílias nos custos com a saúde. Em consequência desta política de taxas, centenas de milhares de portugueses estão limitados, ou mesmo impedidos de aceder aos cuidados de saúde que necessitam.

É num contexto político marcado pela subserviência face às imposições externas, inscritas no programa de agressão, cujas consequências no plano da saúde começam a ser dramáticas para centenas de milhares de portugueses, independentemente das suas condições socioeconómicas, em que o Governo do PSD/CDS-PP desfere uma brutal ofensiva contra o SNS e o direito constitucional à saúde.

O Governo e a política de direita, tudo têm feito para destruir os recursos afectos à prestação de cuidados públicos de saúde, ao mesmo tempo que criam as condições de favorecimento aos interesses privados das seguradoras e da banca. Esta é a verdadeira razão das reestruturações em curso na saúde. Transferir para os grandes grupos monopolistas da saúde a prestação de cuidados, com o respectivo financiamento público. A lógica do Serviço Público é a Saúde dos Portugueses, no Serviço Privado, a lógica é a doença.

O favorecimento dos privados passa por transferir recursos financeiros do OE para os grupos instalados através: das PPP, das convenções, da ADSE e de outros sub-sistemas públicos. A existência de taxas, o seu preço e o não apoio ao transporte de doentes não emergentes, tem levado ao desvio de milhares de utentes do serviço público para o privado (pode-se fundamentar esta afirmação com a descida de idas às urgências no público e o crescimento no privado). Isto acontece sobretudo em zonas onde a partir de determinada hora não há transporte público ou aquele é muito dispendioso, o que faz com que seja mais barato ir à clínica privada. O Estado desresponsabiliza-se e abandona as suas obrigações na prestação de cuidados, e assim abre a porta para a entrada dos privados no circuito.

A CGTP-IN considera que a política de saúde não se pode separar da política de direita que directamente a condiciona – como o emprego, a educação, a habitação, a alimentação e a protecção social. Deste modo, a redução das desigualdades na saúde vai para além do recurso desigual aos cuidados de saúde pelas classes e grupos sociais. A despesa directa das pessoas com a saúde aumenta, situando-se entre as três mais elevadas da UE e muito acima do que a OMS recomenda para evitar que os cidadãos tenham “gastos catastróficos” com a saúde.

Está cada vez mais na agenda do Governo o horizonte de um SNS para pobres, ainda que não o admita explicitamente, de facto, afirmações públicas como: “pacotes de cuidados essenciais”, “pacotes de cuidados excluídos de financiamento público”, “racionamento”, ou ainda, a chamada “liberdade de escolha”, com incentivos fiscais para quem prescindisse do serviço público, começam a ser ventilados com pelos fazedores de opinião de serviço ao bloco central de interesses.

O próprio programa do governo já previa o chamado “Plano de prestações garantidas,” ou seja: um serviço nacional de saúde para pobres e o resto resolve-se com o alargamento dos seguros de saúde. Hoje mais de 2 milhões de portugueses têm o seu seguro de saúde. Seguros que no essencial são limitativos, quer nos gastos, quer no limite temporal, nomeadamente tendo em conta a idade do segurado.

Relativamente à desvalorização profissional e social dos profissionais de saúde, com particular destaque para os médicos e enfermeiros, como são exemplo as recentes decisões acerca do recurso por parte dos serviços de saúde a empresas de trabalho temporário, para contratação pelo mais baixo preço/hora, não é apenas o resultado de uma estratégia economicista, é fundamentalmente o resultado de uma opção que visa descredibilizar e por fim, destruir o Serviço Nacional de Saúde.

Neste contexto de particular exigência, a CGTP-IN continuará a defender o Serviço Nacional de Saúde, Público, Universal e Gratuito conquistado com a Revolução de Abril, inscrito desde a primeira hora nos programas do 1º e 5º Governos Provisórios, consagrado na Constituição de 1976 e no cerne da sua criação pelo II Governo Constitucional em 1979. Assente no modelo, em que o financiamento está baseado na contribuição fiscal solidária, o qual, compara favoravelmente com outros sistemas de saúde, sendo ainda o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Foi por esta via que a saúde passou a ser um direito de todos e não um privilégio de quem a podia pagar.

A CGTP-IN manterá a exigência no reforço dos cuidados de saúde primários, como garantia de acesso, enquanto centros de excelência para a monitorização e actuação preventiva nos factores sociais determinantes para a saúde dos portugueses;

O que exige:

- A revogação das taxas moderadoras em geral e no imediato nos cuidados de saúde primários;
- O reforço de meios da rede de cuidados de saúde primários, ao nível dos profissionais e materiais;
- A regulamentação e institucionalização dos designados “Enfermeiros de Família,” de acordo com os rácios estabelecidos pela OMS.;
- Promover maior eficiência na gestão das organizações que garantem a prestação de cuidados de saúde;
- Melhoria dos sistemas de informação e referência dentro do SNS;
- O reforço da Rede Pública de Cuidados Continuados, “aumento do número de camas de proximidade e cuidados domiciliários” e o reforço do número de profissionais;
- Pôr termo ao encerramento de camas hospitalares sem a aplicação das citadas medidas e do aumento do número de profissionais;
- Rever a rede hospitalar tendo em conta o investimento em cuidados primários e de proximidade;
- Criar um sistema nacional de acreditação de qualidade e a sua ligação aos pagamentos a prestadores;
- Alargamento da rede dos cuidados paliativos públicos;
- A admissão de mais profissionais de saúde para as Instituições;
- Regularização da situação de milhares de vínculos de trabalho precários;
- Anular os processos de despedimento de profissionais que “estão em curso” em diversas Instituições;
- Estudar e rever o sistema de convênções, no sentido de convencionar somente, quando os serviços do SNS não tenham condições para garantir;
- A revisão do regime de comparticipação dos medicamentos, visando a redução do valor médio anual da comparticipação dos doentes nos custos da medicação;
- Desenvolver uma gestão dos recursos humanos com base nas necessidades identificadas;

- A actualização da realidade demográfica das profissões de saúde, nesta área e com idênticos objectivos – melhorar a eficiência, a eficácia e a qualidade;
- Acabar com a promiscuidade público-privado, eliminando o desperdício de recursos públicos daí resultante, nomeadamente a subutilização de equipamentos disponíveis no SNS;
- Continuar a aumentar a quota de genéricos no contexto estratégico de apoiar a criação de uma indústria nacional de genéricos, criando o Laboratório Nacional do Medicamento e tendo como ponto de partida o actual Laboratório Militar;
- Garantir as condições e a estabilização nos postos de trabalho, a valorização das carreiras, vínculos e remuneração dos profissionais de saúde;
- Aumentar o número de profissionais de acordo com as necessidades, nomeadamente médicos e enfermeiros por mil habitantes e potenciar as suas competências;
- Diversificação da oferta do SNS, nomeadamente para criar novos serviços de proximidade, de base comunitária;
- Apurar as responsabilidades das empresas nos efeitos e custos que geram no SNS, por não respeitarem as medidas e regulamentações de segurança e saúde no trabalho;
- A fiscalização das entidades privadas prestadoras de cuidados, designadamente, no âmbito dos Cuidados Continuados e Lares;
- Apurar as responsabilidades das seguradoras nos efeitos e custos que são transferidos para o SNS relativamente aos acidentes de trabalho camuflados;
- Investir na literacia em saúde como uma das forças motrizes do desenvolvimento do SNS assumindo esta função como uma intervenção central e estratégica para às políticas de saúde;
- Desenvolver medidas e inerentes meios que constituam um investimento na promoção de estilos de vida saudável e na Prevenção das doenças, como as oncológicas, cardiovasculares, diabetes, VIH/SIDA;
- Investimento na promoção de estilos de vida saudável;
- Anular todas as medidas que possam vir a significar a existência de um sistema de saúde assente em “seguros de saúde”, o que determinariam a existência de “carteiras básicas de cuidados”.

O País precisa de um Serviço Nacional de Saúde Público, Universal e Gratuito que realize e aprofunde os valores da solidariedade, da gratuitidade e da coesão social. Precisa de uma política e de um Governo que assegure o crescimento e o desenvolvimento económico, estimule a produção nacional, crie mais e melhor emprego e promova uma justa distribuição da riqueza.

Neste quadro de verdadeiro terrorismo social é indispensável uma mudança de política urgente, só possível, com a demissão deste Governo e a convocação de eleições antecipadas. O País precisa de uma política e de um Governo que cumpra e defenda a Constituição da Republica, garanta os direitos, a defesa das Funções Sociais do Estado e promova uma mudança de rumo que afirme e reforce as conquistas e os valores da Revolução de Abril.

ENCONTRO / DEBATE – AFIRMAR ABRIL E OS 35 ANOS DO SNS

2 de Abril de 2014 | Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

[PROGRAMA]

| | |
|---|---|
| <p>ABERTURA DOS TRABALHOS 10H30</p> | <p>José Augusto Oliveira Comissão Executiva da CGTP-IN Responsável pela Área de Políticas Sociais</p> |
| <p>1º PAINEL 10H45</p> <p>DEFENDER A CONSTITUIÇÃO REFORÇAR AS CONQUISTAS DE ABRIL</p> <p>O 25 DE ABRIL E A SAÚDE DOS TRABALHADORES</p> <p>Moderador: António Moreira Conselho Nacional da CGTP-IN Coordenador da União dos Sindicatos de Coimbra</p> | <p>António Amaut Ex - Ministro dos Assuntos Sociais Responsável pela Criação do Serviço Nacional de Saúde</p> <p>Carlos Silva Santos Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa Coordenador do Programa Nacional de Saúde Ocupacional na Direcção Geral de Saúde</p> |
| <p>12H15</p> | <p>DEBATE</p> |
| <p>13H00 – 14H30</p> | <p>INTERRUPÇÃO DOS TRABALHOS – ALMOÇO</p> |
| <p>2º PAINEL 14H40</p> <p>POR UM SNS PÚBLICO, UNIVERSAL E SUSTENTÁVEL</p> <p>SOLUÇÕES E EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS PARA UM SNS DOS CIDADÃOS</p> <p>Moderador: José Carlos Martins Comissão Executiva da CGTP-IN Responsável pelo Departamento de Saúde</p> | <p>Eugénio Rosa Economista Gabinete de Estudos da CGTP-IN</p> <p>Maria Augusta de Sousa Ex - Membro da Comissão Executiva da CGTP-IN Ex - Responsável pelo Departamento de Saúde</p> <p>Paulo Moreira Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa Director do International Journal of Healthcare Management, Londres</p> |
| <p>16H00</p> | <p>DEBATE</p> |
| <p>17H00 ENCERRAMENTO</p> | <p>Arménio Carlos Secretário-Geral CGTP-IN</p> |
| <p>17H30</p> | <p>FINAL DOS TRABALHOS</p> |



Intervenção Luís Pesca
Coordenador da Saúde FNSTFPS
Encontro sobre SNS - CGTP
2 de Abril 2014

Camaradas,

Antes de mais gostaria de saudar a CGTP e todos os dirigentes aqui presentes para discutir um dos direitos fundamentais mais básicos da vida de cada um de nós: o direito à saúde e as formas de luta para garantir o seu exercício por todos.

É imperiosa a necessidade de defender o Serviço Nacional de Saúde, o seu carácter público e gratuito, conforme determinado na Constituição da República Portuguesa. Só a prestação pública de cuidados de saúde a todos os cidadãos poderá garantir o seu direito à saúde. O direito de todos a receberem os cuidados médicos e medicamentosos independentemente da sua condição social e económica.

E é este um dos direitos que mais tem sido atacado por sucessivos governos através do encerramento de centros de saúde, hospitais, unidades de prestação de cuidados de saúde, maternidades, da privatização do sector da saúde concentrando-o nas mãos de grandes grupos económicos, do aumento brutal das taxas moderadoras, entre outras medidas que têm afastado milhares de portugueses do acesso aos cuidados de saúde mais básicos.

Mas o ataque é também feito aos trabalhadores deste sector e de uma forma particularmente grave. A falta de pessoal é um dos problemas mais sentidos na área da saúde e, a este problema, o governo PSD/CDS-PP responde com mais precariedade, com reduções salariais, com o recurso ilegal a Contratos Emprego-inserção, com as

chamadas rescisões por mútuo acordo despedindo centenas de trabalhadores, com a imposição das 40 horas semanais resultando em 20 horas mensais de trabalho não pago.

De facto, a maioria dos assistentes operacionais do sector da saúde auferem salários de cerca de 600 euros e têm uma sobrecarga horária de trabalho, com total desregulamentação dos seus horários, prestando serviços que são essenciais em condições que põem em causa a sua dignidade, a sua saúde e as suas vidas. Também os assistentes técnicos estão sujeitos a ritmos brutais de trabalho enquanto os seus salários não param de diminuir.

Exemplo gritante é o pagamento do trabalho noturno, por turnos e aos fins de semana que acresceu ao corte para $\frac{1}{4}$ do trabalho extraordinário: a alteração do Decreto-Lei n.º62/79 reduziu o acréscimo por trabalho normal noturno em dias úteis de 1,5 remuneração para 1,25 da remuneração; o trabalho diurno aos sábados depois das 13 horas, feriados e dias descanso semanal diminuiu de 1,5 para 1,25 e o trabalho noturno depois das 20 horas, domingos, feriados e dias de descanso semanal reduz de 2 para 1,50 – uma diminuição varia entre 16,7% e 25% para além dos cortes salariais verificados em toda a Administração Pública.

Camaradas,

Só em 2013 a Saúde perdeu 6953 trabalhadores, 67,25% dos quais por mobilidade e outras situações. A falta de pessoal é culminada com o recurso ilegal à precariedade, seja através de contratos a termo para tarefas permanentes seja através do recurso a contratos Emprego-inserção que mantêm trabalhadores desempregados a prestar funções permanentes sem que lhes seja reconhecido qualquer direito.

A FNSTFPS defende, pois que todas as Entidades Públicas Empresariais com superintendência do Ministério da Saúde (Centros Hospitalares; Hospitais; Unidades Locais, etc), devem regressar de imediato ao regime de gestão pública administrativa e todos os seus trabalhadores devem ser integrados na administração pública, com o respetivo vínculo público de nomeação.

No que diz respeito aos tempos de trabalho, não só o aumento para as 40 horas como as tentativas de implementação da adaptabilidade e do banco de horas nos vários serviços,

obrigam a que os trabalhadores passem a estar 50 a 60 horas no local de trabalho, pelo mesmo salário, sem direito ao repouso, ao lazer e à articulação da vida profissional com a vida pessoal. Tal situação é, de todo, inaceitável. Assim, defendemos o reforço dos quadros de pessoal de todas as instituições do SNS, assegurando a abertura de concursos, acabando com a precariedade no sector (seja a contratação à hora, seja trabalho temporário, a termo ou os CEI), garantindo o respeito pelas 35 horas semanais e 7 horas diárias.

Camaradas,

Uma das situações mais sentidas pelos trabalhadores é ainda o incumprimento da obrigação de atribuição de um abono para falhas a todos os trabalhadores titulares da categoria de Assistente Técnico da carreira geral de Assistente Técnico, que ocupem postos de trabalho que se reportam a áreas de tesouraria ou cobrança que envolvam a responsabilidade inerente ao manuseamento ou guarda de valores, numerário, títulos ou documentos, independentemente do vínculo. Ora, são inúmeros os hospitais e centros de saúde que não só não cumprem a lei como não cumprem, inclusivamente os despachos ministeriais que foram entretanto publicados em virtude da luta dos trabalhadores, dos seus sindicatos e da Federação.

Também a revisão das carreiras do INEM, dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e dos Técnicos Superiores de Saúde tem sido uma reivindicação antiga dos trabalhadores que a Federação e os seus sindicatos tem exigido do governo estando atualmente em sede de negociação a revisão da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

Esta necessidade é traduzida na prática, quer pela vontade destes trabalhadores, quer pela evolução registada nos seus níveis de autonomia técnica e científica, resultado da sua cada vez maior formação académica.

A par da revisão desta carreira, exigimos a criação da carreira de Técnico Auxiliar de Saúde que, de forma completamente unilateral foi integrada pelo Governo PS através da Lei n.º 12-A/2008 na carreira de Assistente Operacional do Regime Geral.

Têm sido muitas as lutas e a mobilização dos trabalhadores da saúde: greves, protestos

nos serviços, greve às horas extraordinárias (como foi o caso dos trabalhadores do Instituto Português de Sangue que resultou numa importante vitória – o pagamento do trabalho extraordinário), concentrações, ocupação do Ministério da Saúde com a exigência da entrega e negociação do Caderno Reivindicativo do setor e a participação nas lutas mais gerais convocadas pela Frente Comum dos Sindicatos da Administração Pública e pela CGTP.

A saúde é um direito fundamental que tem que ser defendido intransigentemente, quer do ponto de vista do acesso aos cuidados de saúde, quer dos direitos dos seus trabalhadores. O respeito por horários de trabalho dignos – as 35 horas semanais, fim dos cortes salariais e aumento anual dos salários, a dignificação das carreiras e do vínculo são direitos que, não sendo respeitados, põem em causa a universalidade, qualidade e gratuidade do SNS, uma das maiores e mais importantes conquistas de Abril.

Disse.