

ANALISE CRITICA DA PRÉ-PROPOSTA DE NOVA LEI DE BASES DE SAÚDE FEITA POR UMA COMISSÃO, PRESIDIDA PELA DRA. MARIA DE BELÉM E NOMEADA PELO MINISTRO DA SAÚDE, QUE ESTÁ EM DISCUSSÃO PUBLICA

ESCLARECIMENTO INICIAL

Está em discussão publica até ao dia 19 de Julho de 2018, um pré-proposta de nova lei de bases da saúde. Quem quiser poderá dar a sua opinião para a seguinte direção que transcrevo do site do Serviço Nacional de Saúde):
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/19/discussao-publica-lei-de-bases-da-saude/>

Segundo o que consta nesse site os contributos deverão ser enviados até às 23h59 do dia 19 de julho de 2018:

Através de formulário – <https://form.jotformeu.com/81686199361368> -, ou
E-mail comissao.bases.saude@sg.min-saude.pt

Torno público o contributo/critico que enviei à Comissão presidida pela Dra. Maria de Belém com o objetivo de alertar todos os leitores para a proposta que foi apresentada e que está em discussão pública pois, se ela fosse aprovada pelo governo tal como está, determinaria uma maior promiscuidade público-privada no seio do SNS, a privatização crescente do SNS, um maior controlo do SNS pelos grandes grupos privados da saúde, um ainda maior financiamento do setor privado da saúde pelo Orçamento do Estado, o que agravaria ainda mais as dificuldades financeiras do SNS pois ficaria menos para este.

Alerto em particular os sindicatos para a necessidade de tomar uma posição publica sobre esta pré-proposta de lei e, em particular os Sindicatos da Função Pública, já que inclui um ponto que determinaria que os trabalhadores e aposentados da Função Pública que, quando utilizassem o SNS, teriam de pagar duas vezes: uma como qualquer portugueses através dos seus impostos; e outra porque a ADSE, com os seus descontos, passaria a ter de pagar também esses serviços ao SNS. Seria uma medida inaceitável, que criaria uma profunda desigualdade entre os portugueses (o SNS deixaria de ser tendencialmente gratuito para os portugueses que estão na Função Pública) e, a meu ver, é até inconstitucional (vejam o último ponto deste documento)

O DOCUMENTO QUE ENVIEI À COMISSÃO

I-O ENQUADRAMENTO DA PRÉ-POPOSTA DE LEI: a análise do contexto para fundamentar e tornar clara a critica que faço à citada proposta

O setor privado da saúde está a crescer de uma forma explosiva em Portugal. Os últimos dados da Conta Satélite da Saúde, publicados este ano pelo INE, provam de uma forma clara isso.

DESPESA CORRENTE COM CUIDADOS DE SAÚDE E DESPESA HOSPITAR EM PORTUGAL POR PRESTADOR								
ANOS	DESPESA CORRENTE COM CUIDADOS DE SAÚDE				DESPESA EM HOSPITAIS POR PRESTADORES			
	TOTAL Milhões €	SNS e Serviços Regionais de Saude Milhões €	Setor Privado Milhões €	Setor Privado % do Total	Hospitais TOTAL Milhões €	Hospitais públicos Milhões €	Hospitais Privados Milhões €	Hospitais Privados % dos Hospitais TOTALS
2000	10 759	6 307	3 177	29,5%	4 175	3 631	543	13,0%
2008	16 729	9 163	5 289	31,6%	6 400	5 288	1 112	17,4%
2016	16 836	9 600	5 665	33,6%	7 110	5 233	1 877	26,4%
2000-16	56,5%	52,2%	78,3%		70,3%	44,1%	245,5%	

FONTE : Conta Satélite da Saude - 2015-2017 - 26 de Junho de 2018 - INE

Entre 2000 e 2016, o peso do setor privado da saúde na despesa correntes de saúde aumentou de 29,5% para 33,6% e, a nível de despesa hospitalar, o crescimento foi explosivo pois subiu de 13% para 26,4% (*mais que duplicou em 6 anos*).

O crescimento do negócio privado da saúde em Portugal tem-se concentrado fundamentalmente nos 4 maiores grupos privados da saúde (*crescimento orgânico através da aquisição de muitas unidades de saúde de média dimensão e por meio de grandes investimentos*) que dominam, com um poder de mercado enorme, o setor privado de saúde (*neste campo caminha-se para uma crescente concentração, ainda maior que a atual*).

Este crescimento explosivo do setor privado de saúde resulta, a meu ver, por um lado das dificuldades crescentes do SNS em satisfazer as necessidades da população pelas razões que se analisarão neste documento e, por outro lado, devido ao importante financiamento público do setor privado da saúde (*cerca de metade das suas receitas têm atualmente como origem o financiamento público como foi afirmado em recente debate organizado pelo IGAS*)..

Um dos grandes problemas atuais do Serviço Nacional de Saúde, a meu ver, que põe em causa a sua sustentabilidade e agrava as suas dificuldades facilitando assim o crescimento do setor privado da saúde em Portugal, é a promiscuidade público-privado, nas suas várias vertentes, no seio do próprio SNS.

Eu não sou contra as empresas e grupos privados da saúde. Eles têm o seu lugar no sistema de saúde português. A sua existência é garantida pela Constituição da República, e os portugueses têm todo o direito de escolher entre o sistema privado ou o sistema público de saúde, nomeadamente aqueles que têm dinheiro para pagar a saúde ou que optem pelas empresas privadas de saúde. É preciso que isto fique claro para que a opinião expressa neste documento não seja incorretamente interpretada ou atacada.

Mas uma coisa é admitir a liberdade para existir um sistema privado de saúde, e outra bem diferente é aceitar e até promover a promiscuidade público-privado no setor público de saúde, é defender que o sistema privado de saúde floresça e se desenvolva à custa e em prejuízo do Serviço Nacional de Saúde, e financiado pelo Orçamento do Estado.

E isto até porque o negócio privado de saúde e o serviço público de saúde têm logicas de funcionamento diferentes. Quem os conheça por dentro de uma forma concreta conhece bem essas diferenças.

A lógica de funcionamento do setor privado de saúde é a comum a todo o setor privado como não podia deixar de ser (*seria muito estranho que isso não acontecesse*), ou seja, faturar o máximo para obter a máxima rentabilidade (*recorde-se, a este propósito, como muitas unidades privadas de saúde remuneram a maioria dos profissionais de saúde*). Ninguém tem certamente a ingenuidade de pensar que um acionista privado estrangeiro ou mesmo português, investiria na saúde em Portugal se não fosse com o objetivo de rentabilizar, ou seja, de obter retorno financeiro do seu investimento. E ninguém deve ficar surpreendido ou chocado com isso. É a lógica genética de existência e de funcionamento do setor privado. O que é estranho é que depois se esqueça isso. O setor privado pode também obter ganhos em saúde, e certamente obtém, mas os ganhos em saúde no setor privado de saúde são mais um meio para atingir aquele fim, que é a rentabilização do investimento realizado.

A lógica de funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde público como o português é, a meu ver, diferente. O objetivo fundamental são obter ganhos de saúde para toda a população, ricos e pobres, sem atender à sua capacidade económica de os poder pagar, com a utilização mais eficiente e eficaz dos recursos públicos, que são

sempre escassos, que lhe são disponibilizados pelo Orçamento do Estado, e não rentabilizar e obter retorno financeiro do investimento realizado.

É por esta razão que a promiscuidade público-privado no seio do Serviço Nacional de Saúde, com lógicas de funcionamento e objetivos diferentes, acaba por afetar e subverter profundamente o funcionamento do SNS, reduzindo a sua eficácia e eficiência, causando o desperdício de recursos público, e pondo em perigo a sua própria sustentabilidade. A promiscuidade público-privado no seio do SNS, a meu ver, corrói e destrói por dentro o SNS.

Quando falo promiscuidade público-privado no seio do SNS estou a pensar nas suas várias vertentes e não apenas numa, ou seja, estou-me a referir nomeadamente: (1) aos profissionais de saúde que trabalham simultaneamente no setor público e no setor privado; (2) à entrega da gestão de unidades de saúde públicas ao setor privado que tem objetivos e lógicas de funcionamento diferentes do setor público; (3) à compra maciça de serviços e bens ao setor privado pelos serviços públicos em que uma parte deles, certamente não todos, podia ser realizado no setor público de saúde com investimento e planeamento adequado entre as várias unidades públicas de saúde visando a utilização eficiente das capacidades disponíveis em todas elas em benefício de todo o SNS.

O facto de muitos profissionais de saúde trabalharem simultaneamente no setor público e no setor privado, reduz significativamente a capacidade, em termos de produtividade e eficiência, do SNS para satisfazer as necessidades da população (*recorde-se, a este propósito o livro esclarecedor "A doença da saúde" de Manuel Antunes, diretor dos serviços de cardiologia dos HUC, portanto um profissional de saúde que conhece profundamente por dentro do SNS*) e facilita comportamentos incorretos conhecidos como sejam os desvios de doentes do SNS para o setor privado para melhorar a remuneração e, inversamente, o seu reenvio para o SNS quando o *plafond* do seguro se esgota, etc.,etc.. Esta promiscuidade e estes comportamentos são, a meu ver, causadas, pela inexistência de uma carreira e de remunerações dignas no SNS para os profissionais de saúde, matéria que a pré- proposta de nova lei de bases de saúde não aborda com a necessária profundidade e dignidade que a situação exigiria. Mas isso é uma questão que será analisada mais detalhadamente no ponto seguinte.

A entrega da gestão de unidades públicas de saúde ao setor privado, que é outra forma de promiscuidade público-privada, contribui, a meu ver, para o agravamento desta situação. É evidente, e ninguém deve ter a ingenuidade de pensar o contrário, que se o setor privado está interessado em gerir unidades públicas de saúde é porque obtém proveito com isso. Como existe um contrato programa que limita os preços e as quantidades de atos que podem ser faturados (*o que não acontece quando é uma unidade privada de saúde e o pagamento é feito pela ADSE ou pelo próprio doente*), então para obter lucro desejado terá de ser à custa da redução da despesa. E isso é só possível não só através de uma melhor eficiência, que penso que pode ser obtida por uma gestão pública diferente da atual, mas também pagando pior a muitos profissionais de saúde como acontece e reduzindo a qualidade dos materiais e consumíveis utilizados. Também aqui não há milagres.

Outra forma de promiscuidade público-privado é a aquisição maciça de bens e serviços ao setor privado pelo SNS. A meu ver, uma melhor utilização e um melhor planeamento dos meios existentes nas várias unidades públicas de saúde, com base levantamento visando identificar subutilizações e capacidades instaladas não utilizadas, levantamento esse que não se conhece publicamente que tenha sido alguma vez feito, certamente poderia reduzir as despesas, que são enormes, das unidades públicas de saúde com aquisições a privados (*o aproveitamento e a expansão das capacidade do Laboratório militar poderia dar um contributo importante para a redução da promiscuidade e da despesa*).

Finalmente, uma questão importante que merecia um tratamento adequado, devido à sua dignidade e importância, é o financiamento do SNS, e a necessidade de pôr cobro ao seu subfinanciamento crónico, que o degrada impedindo que ele satisfaça as necessidades da população, e afasta (expulsa) muitos dos melhores profissionais de saúde do SNS, criando assim também as condições propícias ao crescimento e florescimento do setor privado da saúde em Portugal, e a necessidade de estabelecer um sistema de financiamento adequado e estável .

A nosso ver, a proposta de nova lei de bases de saúde, apesar de ter aspetos positivos, ignora as realidades que acabamos de expor e aponta fundamentalmente numa direção oposta à que defendemos:, ou seja, a pré-proposta aponta para o reforço do setor privado da saúde no seio e à custa do SNS, e também não indica quaisquer medidas concretas a tomar pra terminar o subfinanciamento crónico do SNS que está a destruir o serviço público de saúde, tratando-o de uma forma residual e insuficiente.

É o que se vai procurar provar com uma análise mais detalhada do pré-proposta, apresentando simultaneamente algumas propostas/contributos para sua correção.

II- ANÁLISE DE ALGUMAS DAS BASES DO PRÉ-PROPOSTA DE LEI DE BASES DA SAÚDE QUE CARECEM, A NOSSO VER, DE SER CORIGIDAS

Começemos por analisar 2 Bases importantes da pré-proposta de lei que, a nosso ver, caracterizam de uma forma clara e que definem também com clareza a direção da própria pré-proposta, e que são as que a seguir se apresentam:

Base XX - Prestações públicas de saúde dispõe o seguinte: “*1 - Prestam serviço público de saúde o Serviço Nacional de Saúde, outras entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e os estabelecimentos ou instituições dos setores de economia social e privado e os profissionais em regime liberal ou grupos de profissionais que tenham contrato, convenção ou acordo com o Estado, através do ministério que tutela a área da saúde, ou com outro ente público, nos termos da lei, para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde*”.

Portanto, a pré-proposta de lei inclui nas “prestações públicas de saúde”, as realizadas não só pelo SNS mas também pelo setor social como privado. E prevê-se na pré-proposta que essas prestações privadas de saúde sejam financiadas pelo Orçamento do Estado, como consta da Base XXIV que se transcreve seguidamente.

Base XXIV- Financiamento estabelece o seguinte: “*As prestações públicas de saúde são financiadas por verbas do Orçamento do Estado transferidas para o ministério que tutela a área da saúde e por afetação de receitas fiscais especialmente consignadas para o efeito, sem prejuízo de outras receitas*”.

Portanto, a própria pré-proposta de lei prevê que as prestações publicas de saúde que incluem as do SNS, as do setor social e ainda as do setor privado (empresas e pessoas singulares) podem ser financiados pelo Orçamento do Estado; conseqüentemente, no lugar de as limitar parece que tem a intensão de as alargar, o que só pode contribuir, a meu ver, para o aumento da promiscuidade público-privado no seio do próprio SNS e das dificuldades financeiras que o estrangulam atualmente. O OE não tem dinheiro para o SNS, mas terá para tudo isto o que só poderia determinar um estrangulamento financeiro ainda maior do SNS? É a questão que também se deixa para reflexão.

E isto até porque em relação ao SNS ainda se refere no ponto 2 da mesma base que “*O financiamento dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde é estabelecido através de mecanismos de contratualização com o ministério que tutela a área da saúde e definidos por diploma próprio, de acordo com critérios objetivos que visem ganhos em saúde, atendendo, designadamente, à prestação a realizar, aos níveis de qualidade a atingir, à*

otimização da capacidade instalada dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde e a critérios de gestão eficiente” , mas em relação ao financiamento do setor privado da saúde, na Base que trata do financiamento nada é mais dito.

Esta orientação visando reforçar o domínio do setor privado de saúde no seio do próprio SNS encontra-se plasmada, a meu ver, também pelo consta da Base XX da pré-proposta de lei que se transcreve seguidamente:

Na **Base XX**, no ponto 9, consta o seguinte : *“A lei pode ainda prever, ..., que a gestão de estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde ou de partes funcionalmente autónomas dos mesmos possa constituir objeto de concessão com entidades do setor de economia social e com entidades privadas, bem como de convenção com grupos de médicos ou outros profissionais de saúde que para o efeito disponham de personalidade jurídica e que tais contratos possam incluir a construção, reconstrução, ampliação, adaptação ou beneficiação, acompanhadas ou não da dotação dos meios adequados que o estabelecimento careça”.*

Embora isto conste da lei atual, e esteja já concretizado nas parcerias público privadas na área da saúde (hospitais PPP de Cascais, Vila Franca de Xira, Loures e Braga), o certo é que estas experiencias deviam ser, a meu ver repensadas e limitadas; a serem necessárias PPP devido à escassez de recursos públicos elas deviam limitar à construção e aos equipamentos dos hospitais como acontece em outros países que adotaram esse modelo, e nunca à prestação de serviços de saúde, pois a lógica de privada de funcionamento no setor de saúde é diferente, como procuramos mostrar anteriormente, da lógica de funcionamento do setor público de saúde.

Sem hostilizar o setor privado, defendo que uma nova lei de bases da saúde deverá fazer uma clara separação entre o setor privado da saúde (*que tem o direito de existir, de se desenvolver*), e o setor público de saúde. Parafraseando um dito famoso, *diria deve-se dar ao público o que é público, e ao privado o que é privado.*

São dois setores diferentes com logicas de funcionamento diferentes, e não se devia permitir, como atualmente está a suceder de uma forma crescente, o desenvolvimento do setor privado da saúde à custa do SNS, procurando utilizar os meios deste e financiamento do Orçamento do Estado. Isso devia ficar expresso e claro na própria lei de bases da saúde. A pré-proposta de lei que está em discussão pública aponta, a meu ver, no sentido contrário, ou seja, no sentido do reforço do setor privado da saúde dentro do próprio SNS e à custa deste.

Neste campo interessa ainda analisar a forma como na pré-proposta de lei é tratada a situação dos profissionais de saúde, uma questão a meu ver muito importante se se quiser garantir a sustentabilidade e a qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

Para isso, vamos transcrever da pré-proposta de lei a Base XXXVII que trata do Estatuto dos Profissionais de saúde”, chamando a atenção nomeadamente para o seu ponto 6.

Base XXXVII Estatuto dos profissionais de saúde e outros trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde 1 - Os trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde têm um regime jurídico próprio, independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 2 - As carreiras dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde são unitárias e aplicáveis independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 3 - Os postos de trabalho existentes nas pessoas coletivas públicas do Serviço Nacional de Saúde podem ser preenchidos por quaisquer trabalhadores independentemente da natureza da relação jurídica de emprego. 4 - Os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde carecem, nos termos gerais, de autorização do ministério que tutela a área da saúde para exercerem funções privadas, não podendo ser autorizada a acumulação de funções se daí resultarem prejuízos ou, direta ou indiretamente, encargos para o Serviço Nacional

de Saúde. 5 - A lei estabelece as formas de remuneração e de incentivos assentes em critérios objetivos de avaliação do desempenho, com base no mérito e nos resultados, bem como a progressão nas carreiras através de provas públicas. 6 - A lei pode criar incentivos que promovam a dedicação exclusiva dos profissionais ao Serviço Nacional de Saúde e a investigação.

A meu ver, um problema grave que existe atualmente no SNS, que põe também em causa a sua sustentabilidade do SNS e a qualidade dos serviços prestados à população, é a promiscuidade público-privado a nível de profissionais de saúde, que se traduz no facto de muitos profissionais trabalharem simultaneamente no setor privado e no setor público, com as consequências para o SNS que são bem conhecidas mas que ninguém tem a coragem de falar e muito menos de enfrentar e resolver (*ponto 4 permite, de facto a manutenção da promiscuidade que é confirmada pela situação atual*).

A meu ver o SNS só será sustentável e só prestará à população os serviços de saúde de qualidade que os portugueses necessitam, se os seus profissionais trabalharem em exclusividade para o SNS. Neste campo é fundamental acabar com a promiscuidade, separando o que é público do que é privado. Os profissionais de saúde devem ter a liberdade de optar por um ou por outro, mas não simultaneamente pelos dois como atualmente sucede.

Mas para que isso seja possível é indispensável que se ofereça a esses profissionais carreiras e remunerações dignas no SNS, o que atualmente não sucede, e deve ser um processo gradual mas com objetivos claros expressos na própria lei.

Como mostra de forma clara, o ponto 6 da Base XXXVII, a exclusividade dos profissionais de saúde que trabalham no SNS não é uma preocupação importante, nem um objetivo a alcançar, garantindo a estes profissionais uma carreira digna e uma remuneração também digna. É uma simples recomendação que o governo pode ou não seguir.

Interessa ainda chamar a atenção para a **Base IV – Política de saúde**, a alínea g) do ponto 1 que refere o recurso aos setores de economia social e privado para colmatar eventuais insuficiências do SNS, o que reforça a ideia da importância que se pretende dar dentro do próprio SNS, acentuando ainda mais a promiscuidade já existente..

Portanto, a pré-proposta de lei aponta num sentido diferente daquela que defendemos, que devia ser para uma concretização da exclusividade dos profissionais de saúde no SNS, a introduzir de uma forma gradual a negociar com as organizações representativas de cada um dos grupos profissionais de saúde, o que devia ser feito negociando simultaneamente também carreiras e remunerações dignas para os profissionais que tivessem de passar para a exclusividade.

Finalmente, uma questão nuclear é o **subfinanciamento crónico do SNS**. A meu ver, esta questão não é tratada na pré-proposta de lei com a importância e a dignidade que ela merece.

O subfinanciamento crónico do SNS, a aleatoriedade e a opacidade como ele é fixado em cada ano, causa de grande instabilidade e de graves ineficiências e enormes custos ao Estado, desresponsabiliza administrações e direções de nível intermédio e está também a contribuir para a destruição do SNS e para a explosão do setor privado de saúde.

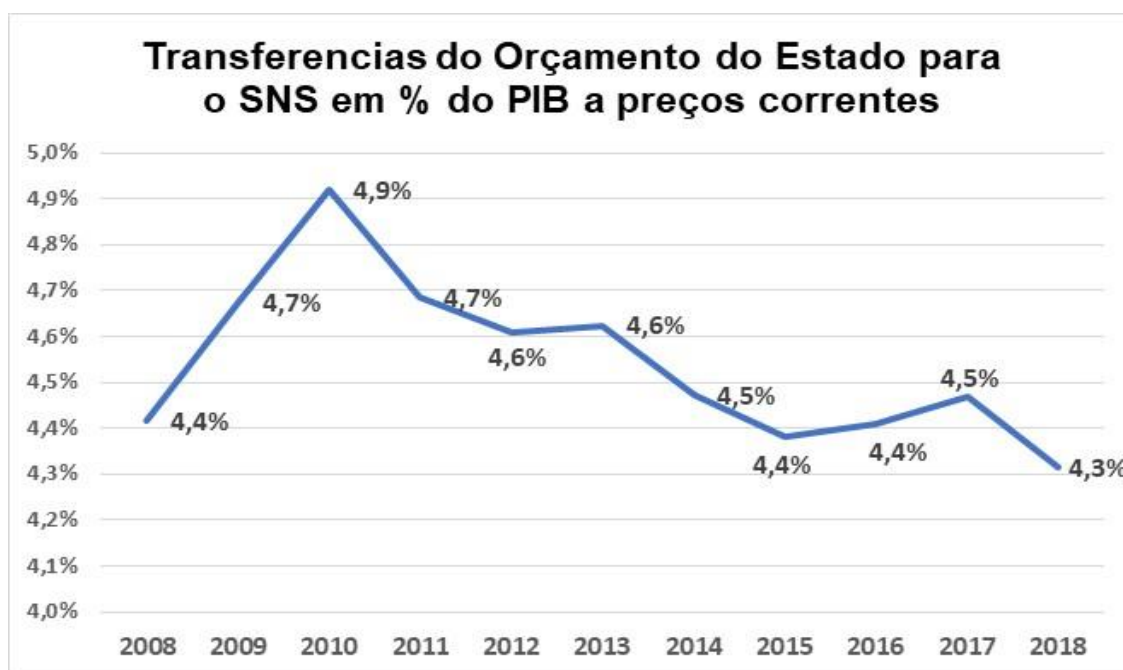
O quadro seguinte dá uma ideia da aleatoriedade e da variabilidade como ele é fixado em cada ano.

A variação das transferências do OE para o SNS a preços correntes – 2008/2018

ANOS	PIB a preços correntes Milhões €	Transferências do OE para SNS a preços correntes - Milhões €	% que as transferências do OE para SNS representam em relação ao PIB de cada ano
2008	178 873	7 900	4,4%
2009	175 448	8 200	4,7%
2010	179 930	8 849	4,9%
2011	176 167	8 254	4,7%
2012	168 398	7 762	4,6%
2012 (inclui para pagar dívida acumulada)	168 398	9 262	5,5%
2013	170 269	7 874	4,6%
2014	173 079	7 738	4,5%
2015	179 809	7 878	4,4%
2016	185 494	8 179	4,4%
2017	193 049	8 628	4,5%
2018 (P)	199 222	8 594	4,3%

E tenha-se presente que a partir de 2010, observa-se um corte sequencial pois a partir deste ano, o Orçamento do Estado deixou transferir para os subsistemas de saúde os montantes que depois estes transferiam para o SNS, passando as transferências do OE para o SNS a incluir os montantes que antes eram transferidos para os subsistemas para estes depois “pagarem” ao SNS.

O gráfico que a seguir se apresenta, donde se exclui o valor de 2012 que incluía uma reforço para pagar as enormes dividas acumuladas de anos anteriores, mostra de uma forma visual a aleatoriedade e variabilidade que se tem verificado a nível de financiamento do SNS que, a meu ver, está destruí-lo.



Portanto, as transferências previstas no Orçamento do Estado de cada ano para o SNS foram, em todos os anos do período considerado, inferiores em 5% da riqueza criada no país (PIB) variando entre 4,3% e 4,9%.

Face ao subfinanciamento crónico do SNS, as unidades de saúde, nomeadamente os Hospitais públicos, para poderem funcionar endividam-se enormemente de uma forma

crecente ao longo do ano, como mostra o quadro seguinte constante da Síntese de execução orçamental de Maio de 2018, divulgada pelo Ministério das Finanças.

Pagamentos em atraso (dívidas por pagar há mais de 90 dias) - Stock em fim de período- Milhões €													
Subsector	2017								2018				
	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio
Admin. Central excl. Subs. Saúde	20	20	21	20	18	19	18	16	18	19	21	23	24
Subsector da Saúde	4	4	4	5	5	3	8	7	4	5	10	9	9
Hospitais EPE	739	806	852	903	961	1 024	1 103	837	951	1 024	705	655	705
Total	763	831	876	928	984	1 047	1 128	860	973	1 049	737	687	737

FONTE: Síntese da execução orçamental - Maio de 2018 - DGO - Ministério das Finanças

Portanto, o que acontece é que face ao subfinanciamento crónico anual do SNS, as unidades de saúde pública para poderem funcionar endividam-se ao longo do ano, e no fim de cada ano o Ministério da Saúde concede normalmente um reforço para pagar uma parcela da dívida acumulada. E no ano seguinte começa de novo a saga no período como revelam os dados do Ministério das Finanças, e no fim do ano o Ministério faz um novo reforço. Portanto, é uma situação que se repete todos os anos..

É evidente que esta não é uma forma correta de funcionar já que desresponsabiliza as administrações e chefias intermédias e determina custos acrescidos para o SNS já que os fornecedores, tendo em conta os atrasos habituais, impõem preços inflacionados e as entidades responsáveis pelas aquisições no SNS ficam sem força para negociar com os fornecedores.

A pré-proposta de lei não adianta nada de concreto e de inovador neste campo limitando-se a fazer uma declaração de princípio que consta da Base XXIV , que se transcreve, chamando atenção em particular para o ponto 3, o último transcrito aqui, até porque pretendemos analisar com detalhe e isoladamente o ponto 5 que levanta problemas sérios.

Base XXIV Financiamento 1 - As prestações públicas de saúde são financiadas por verbas do Orçamento do Estado transferidas para o ministério que tutela a área da saúde e por afetação de receitas fiscais especialmente consignadas para o efeito, sem prejuízo de outras receitas. 2 - O financiamento dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde é estabelecido através de mecanismos de contratualização com o ministério que tutela a área da saúde e definidos por diploma próprio, de acordo com critérios objetivos que visem ganhos em saúde, atendendo, designadamente, à prestação a realizar, aos níveis de qualidade a atingir, à otimização da capacidade instalada dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde e a critérios de gestão eficiente. 3 - O financiamento público deve progressivamente aproximar-se da média da União Europeia, visando o financiamento adicional a obtenção de ganhos em saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença, da modernização dos equipamentos e das tecnologias de saúde, da integração dos cuidados e da promoção do mérito, avaliados com base em indicadores mensuráveis.

Portanto, a referência concreta (?) que se faz é que “o financiamento público da saúde deve progressivamente aproximar-se da média da União Europeia”. Em euros por habitante? Em percentagem do PIB? Em percentagem da despesa pública? Não se explica gerando assim confusão e imprevisibilidade.

Para além disso, a questão que também se põe e que igualmente não é esclarecida, é se o financiamento público que se refere é o que se destina exclusivamente ao SNS, ou pode incluir este e os subsistemas e mesmo o financiamento do social e do setor privado previstos em outras Bases da pré-proposta de lei, e analisado anteriormente. São questões importantes que ficaram por esclarecer e que necessitam de ser esclarecidas.

A nosso ver é fundamental definir com clareza como deve ser feito – com que bases deve ser calculado - o financiamento do SNS. E aí somos muito claros e frontais até porque é uma questão fundamental para garantir a sustentabilidade e continuidade.

Tendo em conta os dados apresentados defendemos que as transferências em cada ano do Orçamento do Estado para o SNS não devem ser inferiores a 5% do valor do PIB previsto a preços correntes para esse ano, pois as transferências são também a preços correntes.

Portanto, o que propomos e defendemos é que devia ficar estabelecido na lei um limite mínimo que o SNS poderia contar todos os anos, criando assim estabilidade e acabando com a aleatoriedade e a arbitrariedade dos governos, o que também permitiria responsabilizar de uma forma real e efetiva as administrações e as direções intermédias das unidades públicas de saúde, o que atualmente não sucede. É importante que nesta área a responsabilização por uma gestão inadequada ou ineficiente dos recursos, a todos os níveis, não fosse um “faz de conta” como acontece atualmente. E a lei fosse muito clara nisso definindo os necessários KPI (*Key Performance Indicator*), ou seja, indicadores chaves de desempenho a utilizar na avaliação das administrações e respetivas chefias.

Para finalizar interessa ainda analisar o ponto 5 da Base XXIV, já que ele levanta questões graves que, a nosso ver, não foram tidas em consideração na sua redação.

O ponto 5 da Base XXIV dispõe o seguinte:

5 - Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios: a) Dotações, participações e subsídios do Estado ou de outras entidades; b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, **nomeadamente subsistemas de saúde** ou entidades seguradoras; c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis; d) O pagamento por serviços prestados, designadamente no âmbito da investigação em saúde, ou utilização temporária de instalações ou equipamentos por entidades exteriores ao Serviço Nacional de Saúde, nos termos da lei; e) O produto de rendimentos próprios; f) O produto de alienação de bens próprios e da constituição de direitos sobre os mesmos; g) O produto de donativos; h) O produto de taxas e coimas previstas na lei.

Os subsistemas públicos de saúde incluem nomeadamente a ADSE que é financiado quase na totalidade pelos trabalhadores e aposentados das Administrações Públicas.

Obrigar a ADSE a pagar os serviços de saúde prestados aos trabalhadores e aposentados da Função Pública pelo SNS, para além de ser profundamente injusto, pois criaria uma grave desigualdade entre os portugueses, penso que seria inconstitucional pois o SNS é tendencialmente gratuito para todos os portugueses.

E isto porque, em primeiro lugar, os trabalhadores e os aposentados da Função Pública pagariam duas vezes esses serviços: através dos impostos que pagam como qualquer português, e também por meio dos descontos que fazem para a ADSE. Seria uma situação inaceitável e injusta, criando assim uma grave desigualdade entre os portugueses. Em segundo lugar, seria inconstitucional porque os trabalhadores e aposentados da Função Pública, como quaisquer portugueses, tem direito ao SNS tendencialmente gratuito, e passando a ser obrigados a pagar pela utilização do SNS, embora através da ADSE a quem entregam uma parcela dos seus salários e pensões, o SNS deixaria de tendencialmente gratuito para eles, o que é inconstitucional. Situação muito semelhante se poderia verificar com outros subsistemas públicos de saúde que são financiados em parte ou na sua totalidade pelos beneficiários.

No passado isso aconteceu (*transferências da ADSE para o SNS*), mas a situação da ADSE era muito diferente, já que era financiada quase exclusivamente pelo Orçamento do Estado. E uma parcela das transferências do OE para o SNS era feita através da ADSE.

O Orçamento do Estado transferia para a ADSE uma parcela que era destinada ao SNS, e a ADSE fazia depois essa transferência para o SNS. Em 2010, a Lei do Orçamento do Estado acabou com essa transferência alegando precisamente essa razão: não se justificava que o OE transferisse para ADSE para esta depois transferir para o SNS. O que era correto é que o OE transferisse diretamente para o SNS. A partir desse ano foi abatida essa importância nas transferências do OE para a ADSE e o OE passou a transferir diretamente para o SNS.

O ponto 5 da Base XXIV parece desconhecer esta realidade e avança com uma proposta que, além de ser injusta e inaceitável, penso que é inconstitucional pois obriga os trabalhadores e os aposentados a pagarem por duas vezes pelo SNS. Portanto, é um ponto da pré-proposta d elei que interessaria rever profundamente.

Para terminar não poderemos deixar de mencionar, apenas a título de exemplo, alguns aspetos positivos da pré-proposta como sejam: a Base III-Princípios gerais; Base V- Responsabilidade do Estado; Base VII- Direitos das pessoas em contexto de saúde; Base X- Saúde e deficiência; Base XI- Direito de associação e de representação; etc., etc.

Eugénio Rosa
Economista
edr2@netcabo.pt
17-7-2018