



Bloco de Esquerda

“Correia de Campos tem por objectivo levar os portugueses a pagar mais nos serviços públicos de saúde, sobretudo quando estão doentes, ao mesmo tempo que reduz a rede e o acesso ao SNS, forçando-os a recorrer aos privados.”

1. À semelhança do que se verifica nos países da União Europeia e da OCDE, particularmente naqueles em que a protecção na doença é responsabilidade do Estado, também em Portugal se desenvolve um intenso e prolongado debate sobre as políticas de saúde que, na maior parte dos casos, se centra quase exclusivamente em torno de três problemas:
 - financiamento e controlo da despesa pública em saúde;
 - natureza pública e/ou privada do sistema prestador
 - modelo organizativo e funcional do Serviço Nacional de Saúde;
2. Esta controvérsia – e o questionamento da sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde, é parte integrante da forte e diversificada contestação, política e ideológica do papel e responsabilidade do Estado na garantia dos direitos sociais, conduzida por sectores liberais de direita e, em muitos casos, contando com o apoio de socialistas e sociais-democratas, com o objectivo de reduzir e converter o estado social num estado minimalista, assistencialista e vocacionado apenas para os excluídos: uma nova misericórdia para o séc.XXI.
3. Nesta visão liberal, a redução do papel e dimensão do Estado é solução para dois problemas que condicionam o crescimento económico: primeiro, o descontrolo da despesa pública e o desequilíbrio orçamental; segundo, a asfixia do mercado. A evolução da vida económica e da situação financeira do país encarregam-se de desmentir tanto este diagnóstico como o tratamento proposto.
4. Estas orientações comandam hoje as principais políticas da União Europeia e traduzem-se numa permanente ofensiva contra o estado social e pela liberalização e privatização dos

serviços públicos. Em Portugal, os governos do PS e do PSD - com ou sem a participação do CDS/PP – e apesar de evidentes e não negligenciáveis diferenças de orientação, ritmo e intensidade, têm sido os protagonistas e agentes destas políticas liberais.

Ao longo dos últimos anos o direito à saúde e o SNS constituíram alvos preferenciais deste sistemático e demorado ataque ao estado social.

5. A partir de 1974, com o 25 de Abril, a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais que obtiveram consagração constitucional: “todos têm direito à protecção da saúde” e “o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” (art. 64º). Em 1979, era então ministro da Saúde o socialista António Arnault, é criado o Serviço Nacional de Saúde, através do qual o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.

De acordo com a Constituição, o direito à saúde que ela consagra é concretizado através do SNS. Significa isto que, política e juridicamente, o direito à saúde e a existência do SNS são indissociáveis, relação esta que permanece inteiramente válida na actualidade.

6. É por isso que o SNS constitui, desde o seu lançamento, um engulho para a direita. A sua criação esteve na origem do abandono por parte do CDS da coligação governamental que mantinha com o Partido Socialista, revelando quanto antiga é a oposição e o combate do CDS ao Serviço Nacional de Saúde e sublinhando o embuste e o eleitoralismo do discurso pró-SNS actualmente encenado por Paulo Portas.

7. A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS, aprovados em 1990 e 1993 respectivamente, concluíram o edifício jurídico sobre o qual o direito constitucional à saúde foi sendo assegurado e o SNS construído. Esta legislação contempla três aspectos essenciais e que têm estado no centro da batalha política em torno dos serviços de saúde: primeiro, o financiamento do SNS pelo Orçamento do Estado; segundo, a gratuitidade dos cuidados prestados pelo SNS; terceiro, o carácter complementar do sector privado, lucrativo e não lucrativo (sector social), na organização e prestação dos serviços de saúde;

8. Até meados da década de 90, em Portugal, o direito à saúde e à protecção na doença eram, à luz da Constituição e da lei, assegurados por um SNS universal, geral e gratuito, sendo suportado pelos impostos dos cidadãos e das empresas, através de transferências do orçamento de estado quer para despesas correntes quer para despesas de investimento.

Nestes termos o SNS traduz e materializa um contrato de solidariedade estabelecido entre todos os portugueses e consagrado na Lei Fundamental: todos contribuem para a saúde de todos em função dos respectivos rendimentos, tal como todos podem usufruir do SNS de acordo com as suas necessidades.

9. Este princípio de cidadania solidária é uma marca identitária da democracia portuguesa. Não admira, pois, que esteja na mira da ofensiva liberal. Ao investir contra o SNS e o direito à saúde, o que a direita liberal pretende e, em maior ou menor grau, todos os que com ela fazem coro e corpo, é destruir esse pacto de solidariedade entre todos os cidadãos. Sem SNS, a sociedade portuguesa seria mais injusta e desigual. Sem direito à saúde, a democracia ficaria empobrecida. Defender o SNS é consolidar a democracia portuguesa.

10. A persistente ofensiva liberal deixou marcas, obteve alguns sucessos e produziu importantes mudanças quer no enquadramento jurídico-constitucional quer na organização e funcionamento do SNS. Mudanças que, por um lado, encorajam o prosseguimento da dinâmica política anti-serviços públicos de saúde e, por outro, degradam a qualidade dos serviços prestados, motivam queixas e geram descontentamento nos utentes, fragilizam o SNS e desguarnecem a sua defesa.

11. A revisão constitucional de 1989 e as alterações introduzidas, em 2002, pelo governo PSD/CDS de Durão Barroso, na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do SNS (ambos entretanto sujeitos a sucessivas mutilações “cirúrgicas” desde 96), constituem momentos relevantes do processo de desfiguração do SNS:

- na Constituição, o SNS passa a ser “tendencialmente gratuito tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”, o que se veio a traduzir no tendencialmente pago das políticas anti-sociais e de direita;

- a lei apoia e promove o desenvolvimento do sector privado da saúde mas numa relação de concorrência com o sector público, o que se veio a traduzir no financiamento público das unidades privadas, sobretudo através de acordos, convenções ou contratos de prestação de serviços;

- a legislação acolhe e define um novo estatuto para os hospitais – os “hospitais-empresa”, sociedades anónimas de capitais públicos – com a possibilidade de participação de capitais privados e também da alienação parcial ou total de certos serviços hospitalares ou de centros de saúde à iniciativa privada. A empresarialização dos hospitais do SNS traz consigo os contratos individuais de trabalho como alternativa ao regime tradicional em vigor na administração pública.

A gestão por resultados financeiros sobrepõe-se à gestão por resultados clínicos.

A empresarialização veio a traduzir-se na fragmentação e desregulamentação do SNS, comprometendo a sua coesão orgânica e funcional: o SNS transforma-se numa manta de retalhos.

12. Introdução de taxas moderadoras, criação de hospitais empresa SA, gestão por resultados financeiros, mudança de regime dos funcionários do SNS e relação de concorrência entre os sectores público e o privado, constituem o saldo principal da ofensiva liberal contra o direito à saúde e o SNS, nuns casos com responsabilidade directa do PS, noutros com a sua cumplicidade.

13. A este importantíssimo saldo a favor das dinâmicas privatizadoras acrescenta-se mais recentemente o estabelecimento das chamadas parcerias público-privadas (PPP) para o projecto, construção, gestão e exploração de grandes unidades hospitalares públicas (10 novos hospitais na carteira do actual governo) ou de outros serviços de menor dimensão (por exemplo o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul em São Brás de Alportel e o Contact Center do SNS, recentemente inaugurado), cuja concretização acentuará significativamente o desequilíbrio entre os sectores público e privado, obviamente, a favor do privado.

Já no final do ano em curso, a gestão e exploração dos actuais hospitais de Cascais e de Braga (este com estatuto de hospital universitário) serão entregues aos grupos privados vencedores das respectivas parcerias para a sua construção.

A justificação é a insuficiência dos fundos públicos para suportar investimentos desta dimensão e a necessidade de dividir o risco com o capital privado. São argumentos sem

sentido: financeiramente, os custos seriam inferiores se o estado recorresse à emissão de títulos de dívida pública (os juros são mais baixos que os praticados nos contratos PPP). E, quanto à partilha dos riscos, os privados conseguem sempre transferir para o estado o custo de eventuais derrapagens ou de qualquer outro imprevisto – como bem se tem visto no Amadora-Sintra, sendo certo que com clientes (os utentes do SNS) e pagamentos (pelo estado) garantidos os privados não correm qualquer risco neste negócio das parcerias.

14. Quer a empresarialização dos hospitais quer as PPP, medidas inspiradas noutros sectores de actividade económica e copiadas de exemplos estrangeiros (Inglaterra, nomeadamente), sucedem-se ao lançamento, na década de 90 e com carácter experimental, de três novos modelos de gestão, testados como alternativos à gestão pública convencional dos hospitais do SNS: a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (gestão integrada do hospital e centros de saúde daquele concelho), o Hospital da Feira (gestão empresarial sujeita às regras do direito privado) e o Hospital Amadora-Sintra (gestão e exploração concessionada à sociedade privada José de Mello, Saúde SA), sem que até hoje algum governo tenha procedido, com rigor e profundidade, ao estudo comparativo das vantagens e desvantagens de qualquer um daqueles modelos, entre si e versus gestão pública tradicional, o que não impediu este governo e os governos do PSD/CDS que o antecederam de insistir e prosseguir na empresarialização dos hospitais públicos (actualmente, entre hospitais e centros hospitalares, já são mais de metade os hospitais EPE).

E, apesar dos demolidores relatórios do Tribunal de Contas, da IGS e do MF sobre a gestão do Amadora-Sintra (inúmeras irregularidades identificadas, falta de controlo do contrato e das contas, pagamentos a mais por parte do estado, trapalhadas e delongas no acerto de contas entre o MS e os Mellos - as últimas contas aprovadas são as de 2002 e ainda há processos a correr judicialmente), Correia de Campos já anunciou novo concurso para manter no sector privado a gestão e exploração deste hospital (a actual concessão termina no final do ano em curso).

Quanto ao modelo da ULS de Matosinhos – relativamente ao qual há algum consenso sobre as suas potencialidades, apenas foi replicado em Portalegre e por decisão do actual governo, com a criação da ULS do Norte Alentejano, agrupando na mesma EPE os hospitais de Portalegre e Elvas e todos os centros de saúde do distrito.

15. O traço que unifica as políticas de saúde dos últimos anos e que constitui o núcleo duro do pensamento liberal no ataque ao direito à saúde e ao SNS é a separação dos papéis de financiador, regulador e prestador assumidos pelo Estado, princípio que também consta do programa do actual governo.

As políticas liberais pretendem remeter o Estado ao papel de simples financiador e regulador, sendo a regulação exercida por uma entidade independente e autónoma, condenada mais tarde ou mais cedo a ser capturada pelos interesses dos operadores privados, como acontece noutros sectores de actividade.

Para os liberais, a prestação de cuidados de saúde cabe dominantemente ao sector privado (sobretudo a mais lucrativa) através de mecanismos de contratualização de serviços. Em resumo, o Estado paga, os privados lucram.

Curiosamente, esta separação de funções tão vigorosamente reclamada para o Estado pela direita e pelos grandes grupos económicos e financeiros que operam na área da saúde (Grupo Mello, BES, BPN/GPS, CGD/HPP, principalmente), não se verifica no modelo por eles assumido no mercado da saúde, em que o banco constitui a sua própria sociedade prestadora (hospital ou clínica) e financia o respectivo investimento, cabendo à seguradora do grupo pagar os serviços prestados aos seus segurados pelas unidades de saúde do grupo. Uma verdadeira pescadinha de rabo na boca, em que o dinheiro circula sempre no interior do mesmo grupo. Quando investe em saúde, o grande capital não descarta o controlo directo

dos custos através do domínio da prestação. Para os liberais, o que é bom e serve para o privado é mau e não serve para o público.

16. A pressão para a privatização de toda a prestação de cuidados de saúde realizada pelo SNS é muito antiga e, sem dúvida, muito forte. Atingiu o seu auge com o governo de Durão Barroso. Na altura, a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) antecipava uma campanha bem sucedida de privatização intensiva do SNS (centros de saúde, hospitais). A derrota da maioria que suportava os governos de Durão Barroso e Santana Lopes interrompeu e fez fracassar essa ofensiva privatizadora, deixando a ERS sem objecto nem conteúdo, um verdadeiro corpo estranho no sistema de saúde.

Na realidade, a ERS é ainda hoje um organismo à espera de reforma ou extinção às mãos de uma qualquer nova arremetida do Simplex, tantas vezes prometida quanto adiada por Correia de Campos. A maioria das suas competências já são realizadas por outras entidades e organismos, com diversas sobreposições que não se justificam e só perturbam.

A ERS tem-se ocupado do estudo mais ou menos avulso de alguns problemas do “mercado” da saúde, mas sem exercer qualquer função efectiva de regulação. Alguns dos seus relatórios não escondem uma intenção protectora e até promotora do sector privado (como, por exemplo, os estudos recentemente publicados sobre transporte de doentes e maternidades privadas).

17. Apesar de todas as pressões privatizadoras, actualmente, em Portugal a prestação directa de cuidados de saúde – primários e diferenciados, médicos e cirúrgicos, programados e urgentes, é ainda predominantemente assegurada pelo serviço público. No entanto, o sector privado tem um peso muito significativo na saúde e nas actividades com ela relacionadas. Desde logo, pela exclusividade que detém em todo o sector do medicamento (investigação, produção, distribuição e venda), com lucros muito acima de outros ramos de negócio quer na indústria farmacêutica quer nas farmácias (a despesa nacional em medicamentos vale 22% dos gastos totais em saúde, quando a média na OCDE é 17%). E, na própria prestação, o sector privado é hegemónico nas áreas da medicina dentária, da medicina física e de reabilitação (fisioterapia), da hemodiálise, do ambulatório de algumas especialidades médicas e cirúrgicas e dos meios complementares de diagnóstico, o mesmo sucedendo nos cuidados continuados, neste caso com um papel muito activo do chamado sector social.

Tecnologias da saúde, dispositivos médicos, hardware e software especializados, são igualmente exclusivos da iniciativa privada.

18. Em Portugal, mais de 50% das despesas em cuidados de saúde constituem receita de entidades privadas contratualizadas pelo SNS (convenções, acordos) e a despesa privada paga directamente pelos cidadãos residentes no país representa aproximadamente 22,5% da despesa total em saúde (2004).

Não é difícil prever o rápido crescimento destes números com o “boom” de mega projectos privados a que estamos a assistir, em todas as regiões do país, por iniciativa dos grandes grupos económicos e financeiros. Só na região de Lisboa, os dois principais investimentos hospitalares em curso representam um aumento superior a 350 camas privadas e são conhecidos outros grandes projectos em agenda, quer de capitais nacionais quer estrangeiros. Em todo o país, os grandes grupos financeiros anunciam investimentos na saúde e a curto prazo que excedem os 350 milhões de euros.

19. No período entre 1996 e 2005, as consultas externas hospitalares do sector público cresceram 55% enquanto no sector privado cresceram 97%; no sector público os internamentos cresceram 1% ao passo que no privado cresceram 44%; as cirurgias aumentaram 51% no público e 71% privado; realizaram-se mais 44% de análises clínicas no sector público contra 121% no sector privado; a imagiologia teve um aumento de 30% no

sector público contra 132% no privado; nas endoscopias verificou-se um aumento de 95% no público contra 429% no privado; a fisioterapia aumentou a sua produção em 13% no sector público contra 75% no privado. Estes números, retirados das estatísticas oficiais (MS e INE) ilustram bem a diferença de velocidades que se instalou nos dois sectores assistenciais, sublinhando-se que a maior parte da produção do sector privado é adquirida pelo SNS, nomeadamente, a que incorpora pouca mão de obra intensiva. Só por cinismo, má fé ou desinformação se pode falar em “totalitarismo” do Estado na saúde.

20. Este significativo volume de negócios não é suficiente para satisfazer a voragem dos grupos privados nem para estancar a ofensiva liberal. O objectivo actual permanece o mesmo de sempre, agora encorajado pelos avanços entretanto alcançados na descaracterização do SNS e pela onda liberalizadora que varre a Europa: apropriar-se de toda a prestação de cuidados, seja através do assalto à gestão e exploração do SNS ou mesmo da sua privatização (principalmente, centros de saúde e hospitais), seja pela abertura de grandes hospitais e, em breve, também de grandes centros de ambulatório (consultas, exames e cirurgia de ambulatório), como é o caso do megacentro em fase final de construção na zona Matosinhos/Porto, sob a égide do grupo Mello, aos quais o Estado pagará os serviços clínicos prestados aos cidadãos.

Estes grandes investimentos privados não dispensam os contratos com o estado. Aliás só são realizados nessa condição. Tem razão o presidente do Montepio Geral quando afirma que todos estes grandes investimentos privados só se sustentarão com o apoio do estado.

É escandaloso que um governo que desinveste nos serviços públicos de saúde e os priva das verbas de que necessitam para funcionar sem sobressaltos e com qualidade, tenha aceite assinar um contrato entre a ADSE e o recém inaugurado Hospital da Luz (grupo BES), decisão que vai custar muitos milhões de euros aos cofres do estado, sem qualquer ponderação ou certeza sobre a sua razoabilidade clínica e impacto em termos de ganhos em saúde. Para o BES, os ganhos são certos: segundo os seus administradores, a ADSE representará 25% da facturação desse novo hospital.

Os privados prestam o serviço, o Estado paga a despesa. Como disse, recentemente, a administradora do grupo BES/Saúde Isabel Vaz, “Melhor que o negócio da saúde, só o negócio das armas”.

21. Não tendo disposto até agora de condições políticas para a total privatização dos serviços de saúde, a direita pressiona no sentido de “conquistar” mais posições no domínio da prestação directa de cuidados. Os grandes investimentos privados quer os que já abriram quer os que estão em construção – nalguns casos com elevada e até inovadora sofisticação tecnológica e diferenciação técnica, pretendem afirmar-se como alternativa às unidades públicas e servem uma dupla estratégia: captação de contratos, serviços e clientes do SNS e fixação dos seguros privados de saúde (em 2004: 1,8 milhões de abrangidos, 49% apólices de grupo, 340 milhões de euros de prémios, 24 milhões de euros de benefícios fiscais em sede de IRS).

22. A entrega aos privados da gestão e prestação dos cuidados de saúde – na realidade a privatização do SNS, é apresentada como a única saída para garantir no futuro o direito à saúde e, ironia das ironias, para salvar o próprio SNS. O argumentário é conhecido e antigo: a superioridade da gestão privada (e dos seus gestores, curiosamente, em grande número provenientes da administração pública), manifestada e traduzida na sua capacidade de obter ganhos de eficiência e, em consequência, custos de produção mais baixos. Em síntese, a campanha liberal promete produzir mais e melhor para os cidadãos e mais barato para o Estado. Uma promessa que não passa de pura ilusão: se desagregarmos a despesa pública em saúde, verificamos que onde ela cresce mais rápida e descontroladamente é exactamente nas parcelas dos pagamentos aos privados (prestadores, fornecedores).

23. Não é certamente por acaso que o crescimento da despesa pública em saúde passou a dominar o discurso dos ministros da saúde – nomeadamente do actual, queixando-se do descontrolo dos gastos e anunciando a insustentabilidade financeira do SNS. Em Portugal, como nos restantes países da UE e da OCDE, as despesas em saúde têm crescido por força de diversos factores em grande parte alheios e exteriores ao próprio sistema de saúde.

Em 1980, o peso dos gastos totais com a saúde no PIB, em Portugal, era de 5,6% e o valor médio na UE era de 7,0%. Em 2004, eram 10% e 9%, respectivamente. Em Portugal, a despesa total em % do PIB é inferior à verificada na Alemanha e na França, por exemplo.

Mas, os dados desta evolução comparativa são relativizados se recorrermos aos valores per capita em paridades de poder de compra: o ritmo de crescimento dos gastos com saúde é equivalente em Portugal e na UE. Aliás, entre 1980 e 2004, considerando os valores em paridades de poder de compra, gastou-se menos em saúde per capita em Portugal do que na média da UE, diferença que se acentuou nos últimos anos.

Sublinhe-se ainda que, em Portugal e no ano de 2004, o peso do financiamento público face ao total é inferior (71,9%) ao verificado quer na EU (75,6) quer na OCDE (73%) e que os pagamentos directos representam mais 4,4 pontos percentuais do que na média da EU e mais 2 do que na média da OCDE.

24. Segundo a OCDE (Saúde, 2006), entre 1995 e 2004, o aumento médio das despesas de saúde foi em Portugal de 3,2% ao ano, abaixo do verificado em Espanha (4,2%), França (4,4%), Grécia (4,9%), Irlanda (7,4%), Inglaterra (5,4%) e Irlanda (7,4%).

Por outro lado, entre 2004 e 2007, as transferências do OE para o SNS aumentaram apenas 2,2% enquanto o PIB cresceu 10,7%, a preços correntes, do que resulta a diminuição da percentagem que essas despesas representam em relação ao PIB de 5,2 para 4,8%.

Os gastos do Estado com a função Saúde, medidos em percentagem do PIB, registam em termos relativos um decréscimo a partir de 2005. Enquanto o PIB cresceu 10,7%, entre 2004 e 2007, os gastos em saúde suportados pelo Estado cresceram apenas 5,4%, praticamente, metade do crescimento do PIB.

25. Os números desmontam a campanha conduzida em torno do crescimento descontrolado da despesa pública em saúde e não sustentam a tese da falência próxima ou iminente do SNS. Na cartilha liberal, a insustentabilidade financeira do SNS e a privatização dos serviços de saúde são as duas faces da mesma moeda: o problema e a solução, a causa e a consequência, o mal e a cura.

26. Os factores que explicam o crescimento dos gastos em saúde vão continuar, no futuro, a produzir os seus efeitos, sendo difícil prever a que ritmo e com que intensidade. Em todos os países da UE – e um pouco por todo o mundo, a previsão é de aumento das despesas em saúde. Portugal não será, certamente, excepção.

Para a direita, para os liberais, não há alternativa à estratégia de redução do direito à saúde, à diminuição da oferta e da capacidade assistencial dos serviços públicos de saúde, ao desinvestimento no SNS e ao corte na despesa do Estado com a saúde.

Estratégia que se completa com o aumento da receita cobrada pelo SNS, seja através da introdução do pagamento (total ou parcial) pelos utentes dos serviços que lhes são prestados, seja pelo aumento das taxas moderadoras ou introdução de taxas de utilização, num e noutro caso, com ou sem diferenciação do valor a pagar em função dos rendimentos de cada um.

27. Hoje, em plena governação do PS, pela mão do ministro Correia de Campos, é esta a estratégia que está em pleno desenvolvimento: redução da capacidade e da produção assistencial dos serviços públicos, introdução de pagamentos no SNS (em função ou não dos rendimentos) e indução da procura dos prestadores privados, tudo em nome da

racionalização dos meios, da qualidade dos serviços, da diminuição da despesa pública em saúde, da sustentabilidade do SNS e do equilíbrio das contas públicas. São estes os grandes desígnios da política do actual governo.

Tal como a reforma da segurança social, também a política de Correia de Campos para o SNS é apresentada como indispensável à salvação do Estado Social.

28. A estratégia para a saúde de Correia de Campos e do governo caminha em paralelo com os planos dos grandes investidores privados na área da saúde. Partem do mesmo princípio – a redução do papel e da despesa do Estado, e perseguem o mesmo objectivo: o desenvolvimento de uma cobertura alternativa ao SNS, financiada pelos seus beneficiários – directamente ou através de planos de seguro (individual ou de empresa) e comparticipada pelo estado, em maior ou menor grau, sobretudo para os cidadãos de menores rendimentos. Esta modalidade, conhecida por “opting-out”, é assegurada exclusiva ou predominantemente pelos prestadores privados e tem como contrapartida para o beneficiário a redução proporcional da respectiva carga fiscal.

Os aderentes a uma cobertura alternativa ao SNS, por exemplo um seguro, um fundo ou mesmo um sub-sistema, ficam dispensados de contribuir com os seus impostos para o “bolo” orçamental que paga o SNS, à luz de uma lógica muito simples: quem não beneficia do SNS, não deve pagá-lo.

Uma lógica simples mas perversa: o seu objectivo é quebrar a responsabilidade solidária, o compromisso colectivo e universal estabelecido entre todos os portugueses para o pagamento do SNS por via dos seus impostos. Constitui uma machadada profunda nas condições de financiamento da despesa pública e compromete a sobrevivência do SNS e de outras funções sociais do estado. Sem recursos, sem receita, o estado social entra em colapso.

29. Com o “opting-out”, o sistema de saúde – inovação introduzida por Luís Filipe Pereira com a pretensão de dar ao sector privado um estatuto igual ao do SNS, tem dois braços:

- o SNS, suportado por uma magra dotação orçamental, destinado aos cidadãos sem recursos, amputado e muito diminuído na sua capacidade de assistência: um pobre SNS, um SNS para pobres;
- a medicina privada, para os portugueses com recursos suficientes, suportado total ou parcialmente, directa ou indirectamente, pelos seus beneficiários e dispondo de todas as condições assistenciais;

O “opting-out” é o expoente do liberalismo: a saúde tem um preço, quem quer saúde paga. Para os que não podem pagar, para os excluídos, o estado assegura um SNS fraco e residual.

30. O “opting-out” é o cruzamento, o ponto de encontro estratégico, da política de saúde do governo com os grandes investimentos privados na saúde.

A redução da rede pública de saúde e o pagamento pelos utentes dos serviços prestados – pontos nucleares da política de Correia de Campos, são um convite à opção dos cidadãos por uma cobertura alternativa ao SNS, são um estímulo ao “opting-out” e ao abandono do SNS por grande parte dos utentes. Para os receber, aí estão os grandes investimentos e os serviços privados.

31. O aumento das taxas moderadoras e a sua extensão a novos actos clínicos, como são os casos do internamento e da cirurgia, ou o fim da maior parte das actuais isenções como sugere o Relatório da Sustentabilidade Financeira do SNS, não geram uma receita significativa nem têm qualquer impacto no equilíbrio das contas do SNS (não representam

sequer 1% da despesa total). Tão pouco se destinam ou conseguem moderar o eventual abuso por parte dos utentes, como demonstra a experiência portuguesa e de diversos outros países. As taxas moderadoras não financiam nem moderam.

32. As medidas de Correia de Campos sobre taxas moderadoras e todo o alarido feito em torno da sustentabilidade financeira do SNS visam preparar psicologicamente a opinião pública para a fatalidade do fim da gratuitidade do SNS, para a inevitabilidade do pagamento dos cuidados de saúde recebidos.

Aliás, o Relatório acima referido está cheio de sugestões e recomendações ao governo com o mesmo denominador comum: transferir para o cidadão, em escala variável e progressiva, o pagamento de encargos que são hoje responsabilidade do estado.

Invocando supostos critérios de justiça social, querem impor pagamentos diferenciados em função dos rendimentos, esquecendo que já hoje isso acontece pois o financiamento do SNS é assegurado pelos impostos pagos pelos contribuintes em função dos rendimentos que declaram. O pagamento diferenciado, por escalões de rendimento, teria o efeito contrário: as desigualdades sociais tenderiam a aumentar porque inevitavelmente quem pagasse mais teria melhor assistência. Quando uns pagarem mais que os outros, o SNS deixará de ser igual para todos: haverá um SNS para ricos e outro para pobres.

Correia de Campos tem por objectivo levar os portugueses a pagar mais nos serviços públicos de saúde, sobretudo quando estão doentes, ao mesmo tempo que reduz a rede e o acesso ao SNS, forçando-os a recorrer aos privados.

Esta é a essência da política de saúde do governo do PS. São claros os seus objectivos e propósitos: descomprometer o estado do financiamento, da gestão e da prestação de serviços de saúde, isto é, acabar com o SNS geral, universal e gratuito, tal como foi desenhado e criado por um outro socialista, o então ministro António Arnault. É este o plano que Correia de Campos pôs em marcha e que a sua política vem desenvolvendo.

33. Há mais de dois anos, quando Correia de Campos chegou ao governo, estava em curso a mais consistente operação de desmantelamento e privatização do SNS, conduzida por Luís Filipe Pereira, ministro dos governos de Durão Barroso e Santana Lopes.

Os mais importantes hospitais foram transformados em sociedades anónimas (também para iludir e minorar o défice das contas públicas) e eram administrados por critérios exclusivamente financeiros. Os profissionais de saúde foram afastados da direcção das unidades de saúde e substituídos por gestores e executivos do mundo privado. O estatuto dos hospitais previa e permitia que fossem entregues a retalho ao sector privado, o que ainda hoje permanece, por exemplo, no serviço de radiologia do Centro Hospitalar do Alto Minho. A entrega dos centros de saúde à exploração privada estava em preparação. Subiram as taxas moderadoras. Acentuou-se o sub-financiamento do SNS e lançaram-se as primeiras PPP (Loures, VFXira, Cascais, Braga). A promiscuidade entre os serviços públicos e os interesses privados atingia o seu auge.

Por outro lado as dificuldades de acesso dos utentes ao SNS não paravam de agravar-se e as listas de espera para cirurgia continuavam a crescer (chegaram a ser mais de 250 mil). Um milhão de cidadãos não tinha médico de família atribuído. As urgências hospitalares “rebentavam pelas costuras”.

A conclusão, aprovação e divulgação do Plano Nacional de Saúde não foi mais que uma bem montada operação de propaganda destinada a iludir o desinteresse e a incapacidade do governo em alcançar e obter ganhos em saúde para a população.

A política do medicamento esgotou-se no lançamento dos genéricos que se transformaram na grande bandeira de LFP, por detrás da qual se escondia uma completa sujeição aos poderosos interesses quer da grande indústria farmacêutica e do monopólio das farmácias.

A instabilidade e precariedade profissionais intensificaram-se pelo recurso aos contratos individuais de trabalho e, também, como consequência do congelamento das admissões. Os

hospitais e centros de saúde continuaram com quadros de pessoal completamente desajustados e obsoletos. Nada foi feito para superar a carência de recursos humanos, sobretudo médicos e enfermeiros. Os hospitais SA iniciavam uma guerra entre si pela contratação de médicos especialistas, no sistema de “pesca à linha”, cujas consequências mais visíveis foram a inflação das remunerações e a instabilidade de funcionamento dos serviços vítimas desta original sangria.

O SNS estava à deriva e em desagregação. Os privados anunciavam-se e posicionavam-se como os salvadores. Foi neste estado que o PSD deixou o SNS ao fim de três anos de (des)governo.

A memória destes anos é a melhor denúncia da hipocrisia do discurso actualmente ensaiado pelos seus dirigentes: o PSD defende hoje exactamente o contrário do que realizou enquanto foi governo. Mas, uma dupla hipocrisia, na exacta medida em que aspectos essenciais da política agora implementada por Correia de Campos não se distinguem da praticada por LFP nem tão pouco das posições programáticas do PSD. A oposição do PSD é artificial, é uma oposição de plástico.

34. Entretanto passaram mais de dois anos de governo do PS, com Correia de Campos como responsável pela política de saúde.

É forçoso reconhecer que, comparando a situação hoje com a existente no final do governo Santana Lopes, são mais as semelhanças do que as diferenças tanto na política de saúde realizada como no estado em que se encontra o SNS. Esta é a realidade nua e crua, apesar do programa eleitoral do PS em 2005 prometer o contrário e ter, aliás, gerado grandes expectativas de mudança no SNS: muitas das suas propostas iam ao encontro de soluções reclamadas há muito pela esquerda.

35. Muitos eleitores votaram PS na esperança de ver o SNS defendido e modernizado. Estão, hoje, frustrados e revoltados com a política de Correia de Campos: olham para o SNS e não identificam nem reconhecem qualquer marca ou sinal de uma governação socialista, para a qual votaram e pela qual esperavam. Ao contrário, o que salta à vista é o traço de continuidade com a política anterior e, nalguns aspectos, de agravamento dos problemas. Hoje há mais hospitais-empresa, mais taxas moderadoras, mais PPP, mais promiscuidade, mais dificuldades de acesso, mais urgências congestionadas, mais precariedade laboral entre os profissionais de saúde.

É compreensível, justa e fundamentada esta frustração. Não foi para isto que votaram no PS.

36. Muitos não terão reparado que o programa do governo de José Sócrates deixara de incluir muitas das melhores propostas do programa eleitoral do PS e, ao contrário, incluía diversas outras medidas que nem sequer constavam do texto eleitoral. A leitura atenta do programa do governo desfazia toda e qualquer expectativa ou ilusão. A frustração de muitos socialistas não é, portanto, uma surpresa, nem tão pouco uma invenção da oposição. E não deixará de alastrar se o governo não inflectir a sua política de saúde.

37. De facto o governo do PS e, neste caso, o ministro Correia de Campos não foram transparentes. Ao contrário, ocultaram as suas reais intenções em matéria de política de saúde: do programa do governo não constam muitas das mais importantes, graves e contestadas medidas entretanto implementadas por Correia de Campos.

A mais grave dessas omissões diz respeito ao problema da sustentabilidade financeira do SNS, sobre a qual não há uma linha no programa do governo. Este, apenas refere a possibilidade de, a título experimental, introduzir novas regras no cálculo do financiamento das unidades de saúde do SNS (capitação ajustada). No programa do governo não há qualquer questionamento ao actual regime de financiamento público do SNS nem qualquer referência a medidas como aquelas que mais tarde vieram a ser recomendadas e propostas

pela comissão de peritos nomeada por Coreia de Campos para estudar modalidades alternativas de financiamento do SNS, cuja divulgação aliás o ministro travou e dificultou, embora sem sucesso como se sabe.

Mas este jogo de “esconde-esconde” do programa do governo não fica por aqui. Há muitas outras omissões, também flagrantes e significativas:

- aumento do valor e generalização das taxas moderadoras (internamentos e cirurgias)
- encerramento de SAPs e urgências hospitalares/plano de reorganização das urgências
- fecho de maternidades
 - descomparticipação de centenas de medicamentos e redução da comparticipação do estado no preço dos medicamentos
- abertura de farmácias privadas nos hospitais públicos
- transferência de competências para as autarquias locais
 - redução do investimento público em saúde (em 2006 o corte em obras e equipamentos foi de 75% face ao ano anterior).

Registe-se ainda que “a revisão do modelo das PPP”, inscrita nestes exactos termos no programa do governo, transformou-se no seu alargamento. Eram quatro, agora são dez as parcerias em preparação.

38. Por outro lado, medidas previstas e inscritas no programa do governo – algumas bem necessárias e positivas, não saíram sequer do papel ou estão a ser completamente desvirtuadas, como são os casos:

- “modernização da Saúde Pública, reforço em meios e competências dos Centros Regionais de Saúde Pública”: primeiro, o governo nomeou um grupo de trabalho para a reforma da Saúde Pública mas, apesar de ter aprovado as orientações propostas, não só não as implementou como inesperada e sigilosamente iniciou um processo de negociação com a ANMP visando a transferência da saúde pública para os municípios; e depois, incompreensivelmente, no âmbito do PRACE, foram extintos os próprios Centros Regionais de Saúde Pública, cujas atribuições foram integradas nas ARS;
- “plano estratégico para a gestão dos recursos humano”: apesar de constituir um dos principais estrangulamentos com que se defronta o SNS, o governo não tem qualquer programa de formação de médicos e de outros profissionais de saúde que permita assegurar sem sobressaltos a substituição dos que se aposentarão nas próximas duas décadas, mantendo uma política restritiva no acesso às faculdades de medicina, ao mesmo tempo que assiste indiferente à fuga de muitos profissionais altamente diferenciados para o sector privado (cujas necessidades aumentaram em flecha nos últimos anos);
- “centralidade da política de saúde no Plano Nacional de Saúde”: ao longo de dois anos o PNS esteve mergulhado no mais completo esquecimento e só com a aproximação da presidência portuguesa da UE o governo se lembrou dele, na esperança de ainda ir a tempo de evitar alguns embaraços perante os seus parceiros europeus;
- “dinamização da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde”, sobre a qual reina um absoluto silêncio;

- “separação rigorosa dos três sectores constitucionalmente previstos (público, social e privado)”: o governo tem feito exactamente o contrário. Além de aumentar o nº de PPP, de renovar a concessão privada do Amadora-Sintra, de autorizar farmácias privadas nos hospitais públicos e dos acordos da ADSE com o Hospital da Luz, o governo tomou duas outras decisões de grande impacto no controlo quer dos custos quer da produção do SNS e mesmo sobre aspectos estruturantes do seu funcionamento – primeiro, entregou ao sector privado toda a informática do IGIF, entretanto extinto pelo PRACE e que assegurava a definição, desenvolvimento e gestão dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação do SNS, sobre os quais assenta toda a sua actividade assistencial; segundo, decidiu atribuir aos privados a instalação e gestão do centro de conferência de facturas de medicamentos e exames do SNS, ponto nevrálgico do controlo das contas do SNS precisamente com os seus maiores prestadores e fornecedores privados, nomeadamente, com as farmácias e a ind. farmacêutica;
- quanto à política do medicamento, continuam por concretizar, entre outras medidas incluídas no programa do governo, a prescrição por DCI, a revisão do regime de comparticipações, a prescrição electrónica de medicamentos e exames, o Formulário Nacional de Medicamentos para o Ambulatório e a distribuição por uni-dose;
- “participação da sociedade civil e dos cidadãos no sistema de saúde”: o governo não deu qualquer passo na regulamentação da lei das Associações de Utentes impedindo assim a sua criação, legalização e reconhecimento;
- “reactivação do Conselho Nacional de Saúde”, de que nem se ouve falar;

39. Em resumo, é hoje uma evidência que a política de Correia de Campos não respeita nem o programa eleitoral do PS nem o Programa do Governo. Em nenhum destes documentos encontramos as medidas mais gravosas entretanto postas em marcha, ao mesmo tempo que permanecem nas gavetas do ministério algumas outras, essas sim, inscritas naqueles programas e sobre as quais, na maior parte dos casos, havia uma expectativa positiva. Correia de Campos governa obedecendo a uma lógica simples: se é bom para o SNS, anuncia-se mas não se faz; se é mau para o SNS, faz-se mas não se anuncia.

40. Na política que realiza, Correia de Campos governa a duas velocidades: as medidas prejudiciais ao SNS e aos utentes são para realizar já; as medidas potencialmente positivas andam a passo de caracol.

O encerramento dos SAPs não esperou pela criação de respostas ou soluções alternativas, sem qualquer articulação com a abertura das USF e a redução do número de utentes sem médico de família. Só o protesto popular e a contestação dos autarcas evitou o fecho de todos os SAPs, como pretende Correia de Campos.

A reorganização da rede de urgências começa pelo encerramento de 15 urgências hospitalares e pela desqualificação de outras tantas, não se comprometendo o ministro com prazos para a instalação dos 42 novos SUB (serviço de urgência básico) nem para dotar de meios grande número dos 14 hospitais que vão ter um SUP (serviço de urgência polivalente) e que estão hoje muito longe de dispor dessas condições, com são os casos dos hospitais de Braga, Vila Real, Viseu, Évora e Faro, por exemplo.

E nem uma nem outra destas medidas esperaram que o INEM fosse dotado dos meios indispensáveis para poder responder e enfrentar necessidades acrescidas de socorro em virtude precisamente do fecho daqueles serviços, multiplicando-se os casos fatais por atraso na resposta a situações de urgência ou emergência.

Oito maternidades foram rapidamente encerradas mas, transcorrido mais de um ano, continuam por concretizar, em muitas delas, diversas medidas anunciadas e prometidas na altura: remodelação de instalações, reapetrechamento técnico e concentração de profissionais nos hospitais onde se concentraram os partos.

41. A lentidão é o traço que marca quer a reforma dos cuidados primários quer a criação da rede de cuidados continuados, precisamente as políticas do governo que poderiam trazer mudanças e respostas positivas a alguns dos mais graves problemas e carências do SNS.

Neste domínio, tudo é lento e arrastado, não revelando o governo capacidade para ultrapassar resistências, obstáculos e dificuldades, nomeadamente os sucessivos entraves provocados pela burocracia conservadora instalada no próprio ministério.

As USF (unidades de saúde familiar) podem constituir um instrumento de reforço e modernização da medicina geral e familiar e da actividade dos centros de saúde. O seu modelo de funcionamento tem muitas virtualidades. Mas ao ritmo a que estão a ser criadas e instaladas não conseguirão resolver o principal problema do SNS: o acesso atempado dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Correia de Campos pretendia ter 100 USF a funcionar em 2006 e mais outras 100 no final deste ano. Destas 200, estão apenas 70 em funcionamento e há 85 homologadas, à data de 15 de Julho. São números muito baixos e que não escondem estar a reforma muito longe quer das expectativas quer dos objectivos anunciados pelo ministro.

A cobertura de todo o território é uma miragem, tanto mais que a adesão dos profissionais às USF é muito desigual de região para região.

Segundo o ministério, as USF permitiram atribuir médico de família a cerca de cem mil novos utentes. Mas, há ainda mais de meio milhão de portugueses e portuguesas sem médico de família. A este ritmo, dificilmente o problema se resolverá sem outras medidas. E sobre isto o governo permanece silencioso.

As USF são uma pequena gota de água. E não é com propaganda que o governo conseguirá alterar essa realidade.

42. Vai arrastar-se até 2016 (!) a instalação da rede nacional de cuidados continuados integrados a idosos e pessoas em situação de dependência (apoio domiciliário, cuidados paliativos, unidades de convalescença, internamento de média e longa duração).

Actualmente a rede dispõe apenas de 900 camas, na grande maioria pertencentes a Misericórdias e outras IPSS, assim distribuídas: 323 para convalescentes, 23 para c.paliativos, 234 média duração e 329 longa duração. Segundo informações recentes, terão sido admitidos na rede cerca de 1400 doentes, até Junho deste ano.

O governo promete aumentar o número de camas para 2800, até final de 2007, data em que a rede terá dimensão nacional (actualmente há cinco distritos em branco). Muitos hospitais ainda não estabeleceram uma articulação funcional com a rede, impedindo muitos doentes de beneficiar deste tipo de cuidados.

Num país com uma população tão envelhecida, residindo sobretudo em zonas distantes e isoladas e que possui 2 milhões de portugueses vivendo abaixo do limiar de pobreza, estes números - de que a propaganda governamental tanto se vangloria, traduzem o enorme atraso da resposta pública a um dos mais graves problemas da sociedade portuguesa.

43. A política de Correia de Campos tem-se mostrado incapaz de resolver os problemas estruturais do SNS.

A situação actual do SNS é o resultado acumulado de muitos anos de desinvestimento nos serviços públicos de saúde, de total ausência de planeamento e de aposta continuada na descaracterização do modelo e na fragilização da rede do SNS.

O maior problema do SNS – e, simultaneamente, a principal razão de queixa dos portugueses, reside no desajustamento da oferta em relação à procura. O SNS não dispõe de

condições para responder às diferentes necessidades da população. O acesso é o principal problema do SNS e tem múltiplas traduções: mais de meio milhão de portugueses sem médico de família, dificuldades de marcação de consultas nos centros de saúde, lentidão na obtenção de consultas ou exames de especialidade e no início de tratamento nos hospitais, listas de espera para cirurgia (ainda superiores a 200 mil), urgências superlotadas e com tempos de espera cada vez maiores, dificuldades na realização de exames complementares de diagnóstico, sobretudo fora dos grandes centros urbanos do litoral e, mesmo nestes, para exames mais diferenciados.

As profundas assimetrias na distribuição dos recursos humanos, meios técnicos e equipamentos de saúde, entre os grandes centros urbanos do litoral e as regiões do interior do país, reflectem-se no acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Sucessivos governos – e este não é excepção, prometeram resolver o problema do acesso. Mas todos cometeram o mesmo erro, incluindo o actual: confundiram causa e consequência, procuraram resolver o problema do acesso intervindo sobre as suas manifestações e não sobre as razões estruturais que o determinam. O resultado está à vista: ano após ano, crescem as dificuldades de acesso, até porque o próprio tempo se encarrega de anular eventuais efeitos positivos que possam ter resultado das mais variadas medidas e decisões entretanto tomadas por sucessivos ministros. A este respeito, a evolução das listas de espera cirúrgicas constitui um caso exemplar.

Correia de Campos também não vai além da superfície dos problemas. E, assim, condena-se a não os resolver.

44. Encontrar soluções que ponham termo às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, exige enfrentar os problemas estruturais do SNS com novas políticas que assumam com clareza um corte com o passado, em torno dos seguintes seis pontos:

- promoção da saúde e prevenção da doença
- estatuto do Plano Nacional de Saúde na definição, execução e avaliação da política de saúde
- política orçamental face às necessidades de financiamento da política de saúde
- modelo orgânico e funcional do SNS (proximidade/diferenciação, centralização/regionalização)
- formação e distribuição de profissionais
- relação entre os sectores público e privado

As deficiências que hoje reconhecemos no SNS, particularmente os obstáculos no acesso, e também o agravamento verificado nalguns indicadores de saúde da população portuguesa, resultam de sucessivos governos e respectivas políticas se terem revelado incapazes de encontrar as respostas necessárias a estas seis questões estruturais que, no seu conjunto, determinam o bom ou mau funcionamento do SNS, o sucesso ou insucesso da política de saúde.

Correia de Campos não cortou com este passado. Ao contrário, nestas questões essenciais, continuou-o.

45. O discurso e o sentido da acção governativa continuam centrados na resposta à doença, o grosso do investimento político e dos recursos é canalizado para a medicina curativa. Para o governo a Saúde Pública continua a ser um parente pobre.

Particularmente graves são os sinais que indiciam estar o governo a preparar o desmantelamento dos serviços de Saúde Pública (extinção dos Centros Regionais e transferência de competências da Saúde Pública para o poder local).

Esta política não é boa para a saúde dos portugueses, nem para o desenvolvimento do país. Contribui para o atraso do país e para o aumento das taxas de morbilidade e mortalidade. A motivação do governo é, também aqui, a poupança. É um erro e uma ilusão: o que se poupa hoje, sai mais caro amanhã.

Persiste o desinteresse e a secundarização dos programas de informação e educação para a saúde - nas escolas e fora delas, de promoção de hábitos de vida saudável (alimentação, exercício físico, educação sexual,...) e de prevenção da doença (obesidade, hipertensão, acidentes vasculares, DST,...). O planeamento familiar está aquém das necessidades. Não se aposta o suficiente no combate à sinistralidade rodoviária, não se investe o necessário nem se fiscaliza devidamente os serviços de saúde ocupacional das empresas – que, aliás, se tornou num negócio altamente lucrativo para certos prestadores sem escrúpulos nem idoneidade, cujo resultado é o elevado o número de acidentes no trabalho e de doenças profissionais verificados no país.

Recentemente, a própria “lei do tabaco” da autoria do actual governo, é um bom exemplo de como o PS relativiza e minoriza a componente preventiva da sua política para a saúde. A lei apenas consagra um limitadíssimo compromisso do estado na promoção de políticas activas de prevenção do tabagismo, quando se sabe que nesta matéria – como noutras, é mais fácil prevenir o consumo que conseguir a desabitação. E mesmo relativamente a esta, cuja importância para evitar as doenças respiratórias e o cancro do pulmão é inquestionável, a lei não obriga à comparticipação do estado no preço dos medicamentos prescritos no âmbito dos programas de desabitação tabágica. Até com o Conselho Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, o PS e o governo acabaram.

46. O próprio PNS tem estado esquecido, quando deviam ser os seus programas, objectivos e metas a orientar toda a política de saúde e a permitir a avaliação dos seus resultados. A centralidade da política de saúde deve estar no PNS, deve ser este a determinar aquela.

A política de saúde não pode esgotar-se na política para o SNS. Este é apenas um importante instrumento daquela. Correia de Campos persiste e alimenta este equívoco. Urge recolocar o PNS no centro da política de saúde e avaliar esta em função dos ganhos de saúde obtidos pela execução dos 40 programas do PNS e não apenas pelos resultados da produção assistencial do SNS. A saúde do país e dos portugueses não se avalia pela maior ou menor produção do SNS mas pela progressão dos indicadores relativos aos objectivos incluídos no PNS.

Avaliar a evolução do PNS é avaliar o desempenho dos serviços de saúde e os resultados da política governamental: a acessibilidade, a equidade, a competência e efectividade, os custos e a eficiência, a segurança e a sustentabilidade.

Conhecer e avaliar o nº de consultas, internamentos ou cirurgias efectuados pelo SNS é, sem qualquer dúvida, muito importante. Mas muito mais importante é saber a situação e a evolução da diabetes, da tuberculose, das doenças oncológicas, da SIDA, das hepatites, da obesidade, da asma, das doenças cardíaco e cérebro vasculares, das patologias reumáticas, do alcoolismo e do consumo de drogas. Ou do controlo das infecções hospitalares, do uso de antibióticos, do programa de transplantes, de novas vacinas para plano nacional de vacinação, da higiene alimentar, da saúde ambiental, da saúde escolar, da saúde reprodutiva, da saúde oral, da saúde mental ou da saúde dos idosos. E, em função dessa informação e conhecimento, definir e executar as políticas que permitam obter efectivos ganhos em saúde, mudanças e progressos no estado de saúde da população e do país.

Operar esta viragem teria um grande impacto na política de saúde.

Mas, com Correia de Campos, não é isso que se verifica apesar de ter sido com ele, durante a sua primeira passagem pelo governo, que se iniciou a preparação do PNS. A sua

elaboração arrastou-se por vários anos e veio a ser finalmente aprovado em 2004. Luís Filipe Pereira, então ministro da saúde, transformou a sua apresentação numa jornada de auto-promoção destinada a iludir e disfarçar o vazio economicista da sua política e a ausência de qualquer preocupação com a saúde pública do país.

Se para LFP o PNS serviu para efeitos de propaganda interna, para Correia de Campos serviu para compor e abrilhantar a sua imagem aos olhos dos parceiros europeus, em ano de presidência portuguesa da UE.

A forma precipitada e atabalhoada como o governo apresentou, à última hora (no dia 20 de Junho, a 10 dias do início da presidência portuguesa), alguns indicadores do PNS – em rigor, apenas 55 dos 122 definidos para monitorizar o PNS, não augura nada de bom para o futuro do PNS.

A última vez que se tinha ouvido falar no PNS fora em Agosto de 2006, quando o governo divulgou a evolução no período de 2001/2005 de 64 dos 122 indicadores, prometendo para o final daquele ano o balanço dos restantes. Até hoje, continuam por divulgar.

Com este governo, mantém-se a falta de condições e meios atribuídos ao PNS para viabilizar a sua execução. Situação agravada pela reestruturação operada no ministério da saúde, em obediência ao PRACE, na qual está por definir e clarificar a articulação e vinculação entre as orientações estabelecidas pelos responsáveis dos vários programas do PNS e os organismos do ministério e do próprio SNS que as devem executar.

O PNS corre o risco de ficar reduzido a um conclave de sábios de cujo labor, por muito meritório que seja, nada resulte de positivo para a saúde dos portugueses.

47. A política orçamental deste governo, tal como a dos últimos governos, está sujeita à ditadura do Pacto de Estabilidade e Crescimento. Tudo é sacrificado ao equilíbrio das contas públicas, principalmente, os compromissos do estado na manutenção dos serviços públicos e na prestação das suas funções sociais. O estado social tem sido e é a vítima nº 1 desta política orçamental.

Incapaz de promover o desenvolvimento económico e o aumento da riqueza do país, de forma a permitir o crescimento da receita fiscal, e persistindo no desmantelamento do sector público da economia, o governo concentra toda a sua política na redução da despesa pública. Foi assim no passado e assim continua a ser com o governo de Sócrates.

Ao longo dos anos, o orçamento de estado não tem distribuído à saúde as verbas necessárias, nem para garantir o normal e estável funcionamento das unidades de saúde nem para permitir o investimento necessário à modernização e expansão do SNS.

Entre 2004 e 2007 as transferências do OE para o SNS aumentaram 2,2%, enquanto o PIB cresceu 10,7%, a preços correntes. No mesmo período, os gastos do estado com a função saúde, medidos em % do PIB, cresceram apenas 5,4% ou seja praticamente metade do aumento do PIB.

Os orçamentos para a saúde não acompanham o natural e inevitável crescimento da despesa, do que tem resultado o sub-financiamento crónico do SNS e a acumulação de uma dívida gigante junto de fornecedores e prestadores. O serviço da dívida constitui um acréscido – mas evitável, problema para as contas do SNS. Os orçamentos rectificativos minoram mas não resolvem a questão. O sub-financiamento tem sobrecarregado desnecessariamente os custos de exploração do SNS.

A justificação para o sub-financiamento da saúde é sempre a mesma: gasta-se mal e acima das necessidades (ou das possibilidades, no discurso liberal mais genuíno, a que o PS parece ter aderido). Invoca-se a dimensão do desperdício. São “as gorduras” de que fala Correia de Campos.

Sucessivos ministros semearam a ilusão de que é possível travar e até inverter o crescimento da despesa pública em saúde. E todos prometeram rigorosas medidas de gestão para o conseguir. Perante os resultados, podemos retirar duas conclusões: estavam enganados e foram incompetentes. Infelizmente para os portugueses e para o SNS, as duas conclusões

são verdadeiras.

Também Correia de Campos prometeu baixar a despesa e equilibrar as contas. Mas preveniu-se: o orçamento da saúde em 2006 alinhou pela despesa efectiva do ano anterior. E o de 2007 (8,9 mil milhões de euros) é ligeiramente superior ao de 2006.

O resultado não só não é famoso como não se distingue muito dos anteriores.

Em Junho de 2007 a receita é equivalente à obtida no 1º semestre do ano transacto e a despesa subiu 5,1% sobretudo à custa dos sub-contratos.

Mas a dívida do estado às empresas farmacêuticas (principal credor) voltou a subir. Em Abril deste ano, era de 719,2 milhões de euros, dos quais 533,3 milhões são dívida de hospitais EPE. Estes valores representam um crescimento da dívida superior a 25% em relação ao ano passado. O prazo médio de pagamento passou de 329 para 364 dias.

Os hospitais EPE tiveram um saldo negativo de 160 milhões de euros no 1º semestre do ano. Neste contexto, para pressionar a queda da despesa, Correia de Campos vai mais longe que os seus antecessores: fecha serviços, diminui a produção assistencial e, em consequência, elimina custos, quer fixos quer variáveis. O fecho de maternidades, SAPs, urgências hospitalares e de outras unidades de saúde obedecem a esta lógica. O encerramento de serviços é a principal solução de Correia de Campos para baixar a despesa. Custe o que custar.

Medicamentos e convenções constituem duas das mais pesadas fontes de despesa. Em 2005 a despesa nacional em medicamentos representou cerca de 22% dos gastos totais (média da OCDE: 17,5%). Em 2006 as convenções custaram 700 milhões de euros.

A racionalização da despesa quer em medicamentos quer em convenções, exige medidas estruturais e articuladas que incidam sobre o fundo dos problemas. É possível diminuir as convenções com os privados se houver um melhor aproveitamento da capacidade instalada nos serviços públicos, nomeadamente na área dos MCDT e outras. Há alguns bons exemplos, há alguns bons resultados: a ULS de Matosinhos, que reúne o hospital e os centros de saúde, faz hoje grande parte dos exames prescritos pelos seus médicos.

Quanto aos medicamentos, o controlo da despesa não é impossível. Aliás, muitas constam do programa do PS e do próprio governo, como por exemplo: dispensa por uni-dose, formulário para o ambulatório, prescrição por substância activa e não por marca, diversificação e promoção dos genéricos, revisão do regime de comparticipações, combate ao desperdício de medicamentos (em 2006, as devoluções recolhidas, as chamadas “sobras” de medicamentos adquiridos em farmácia aumentaram mais de 22% e são apenas uma parte do desperdício).

A dispensa pelas farmácias dos hospitais públicos de medicamentos aos seus doentes do ambulatório (urgência e consulta externa) teria um fortíssimo impacto na despesa em medicamentos, permitiria uma muito significativa poupança para o estado. Mas o PS recusou o projecto lei que o BE apresentou nesse sentido e o governo aprovou exactamente o contrário: a instalação e funcionamento 24h de farmácias privadas no interior dos hospitais do SNS.

A quota de mercado de genéricos anda actualmente perto dos 18%, em euros. Porque, em unidades vendidas – indicador mais rigoroso da penetração dos genéricos, a quota é bem menor (9,2% em 2006). São valores baixos comparativamente a muitos outros países europeus. O crescimento dos genéricos abrandou muito significativamente em 2006 e, por outro lado, persistem dois problemas que condicionam a evolução do mercado dos genéricos em Portugal: o seu preço de venda é caro e estagnou o número de grupos farmacêuticos com medicamento genérico (apenas 10 moléculas representam 60% do total dos genéricos vendidos). O governo nada fez para alterar esta situação.

A intervenção de Correia de Campos face à despesa em medicamentos e convenções tem sido exclusivamente administrativa, sem qualquer política estrutural capaz de mudanças efectivas: por decreto baixou os preços de venda ao público dos medicamentos e os valores pagos pelo estado aos convencionados.

Face à capacidade de adaptação característica destes mercados (ind.farm., farmácias, prestadores privados), estas medidas estavam condenadas a produzir poucos resultados. No primeiro semestre deste ano, a despesa em produtos farmacêuticos baixou 0,3%, em MCDT diminuiu 0,4% e em produtos vendidos por farmácias a diminuição foi de 0,9%. Magros resultados, como seria de esperar.

Estas medidas demonstram a cautela com que Correia de Campos lida com a grande indústria farmacêutica e os proprietários das farmácias e a simpatia que nutre por eles. E o medo de beliscar os respectivos interesses. Alguma fanfarronice revelada pelo ministro é pura encenação. Ou, como se costuma dizer, “entradas de leão, saídas de sendeiro”.

Não querendo baixar a despesa em medicamentos à custa dos lucros da indústria e das farmácias, sem capacidade para implementar mudanças de fundo em todo o circuito do medicamento e com muita pressa em baixar a despesa pública, Correia de Campos atacou a comparticipação do estado no preço dos medicamentos. Melhor dizendo, atacou a bolsa dos portugueses.

Descomparticipou muitas centenas de medicamentos que passaram ao regime de venda livre (1800), indiferente aos riscos da auto-medicação e do consumismo medicamentoso. Retirou majorações aos genéricos Reduziu as percentagens de comparticipação nos vários escalões. Acabou com as comparticipações a 100% para certas doenças crónicas.

Correia de Campos optou pela poupança mas obtida à custa dos cidadãos. A despesa em medicamentos diminuiu para o estado mas aumentou para os utentes.

Mesmo uma das mais emblemáticas medidas do governo, exemplo dourado do que são capazes de fazer estes “socialistas modernos” – a venda de medicamentos fora das farmácias, não trouxe qualquer benefício para os portugueses. Desde logo, porque após a natural queda inicial nos preços de venda, estes não pararam de subir (recorde-se que o PS chumbou o projecto de lei do BE que propunha preços máximos para os medicamentos de venda livre). E, sobretudo, porque este novo mercado, esta nova oportunidade de negócio, serviu de pretexto ao governo para a sua política de descomparticipação em massa dos medicamentos.

No conjunto dos medicamentos comparticipados e não comparticipados, a despesa directa dos portugueses em medicamentos aumentou com estas medidas governamentais.

Em resumo, para baixar a despesa, Correia de Campos tem duas receitas: fechar serviços de saúde e pôr os portugueses a pagar mais pelos medicamentos que compram.

Mas, Correia de Campos tem ainda uma terceira receita, um outro propósito. Escondido, insinuado, à espera de condições políticas para ser lançado e aplicado. Correia de Campos quer que os portugueses paguem os serviços de saúde que lhe são prestados pelo SNS.

O aumento das taxas moderadoras, a sua extensão às cirurgias e internamentos e o anunciado fim das isenções são o indício, o prenúncio, o balão de ensaio do que Correia de Campos pretende. Até porque Correia de Campos não desconhece que a receita proveniente da cobrança das taxas é irrisória e por muito que aumentasse jamais seria uma receita significativa para o orçamento do SNS.

O Relatório sobre a sustentabilidade financeira do SNS é uma peça fundamental na afirmação e preparação desta brutal mudança. O Relatório suscita uma série de problemas que não podem deixar de ser encarados, quer de equidade (ADSE, sub-sistemas, deduções fiscais e outros) quer mesmo de gestão e organização dos recursos disponíveis. Diversas análises, sugestões e conclusões merecem ser reflectidas e algumas aplicadas.

O Relatório parte do pressuposto infundado e não demonstrado da pré-falência do SNS e da sua insustentabilidade a curto prazo quando, na realidade, o crescimento da despesa pública em saúde tem desacelerado nos últimos anos, está mais controlado e não foge ao verificado noutros países da UE e da OCDE, sendo certo que poderia ser menor se tivessem sido outras as opções políticas de sucessivos governos e mais rigorosa e acertada a gestão que fizeram dos recursos atribuídos ao SNS.

O sentido geral do Relatório é o do progressivo descomprometimento do estado (por

exemplo, reduzir os serviços devidos ao cidadão a um “pacote” básico de cuidados, para além do qual há lugar a pagamento pelo utente), do alargamento da contratação com os privados e do recurso ao pagamento directo pelos cidadãos dos serviços de saúde por eles recebidos.

Correia de Campos quer um SNS tendencialmente pago. Duplamente pago: pelos impostos, enquanto os portugueses têm saúde, e directamente do seu bolso, quando adoecem.

Esta é a grande inovação da política orçamental de Correia de Campos e do governo do PS.

48. Para o SNS, o lema de Correia de Campos é a racionalização e requalificação do modelo. Invocando recorrentemente a falta de dinheiro e de profissionais – argumentos capitais do seu discurso, a racionalização e requalificação do SNS, na versão Correia de Campos, significa e está a traduzir-se em:

- encerramento de serviços: primeiro, as maternidades; a seguir, os SAPs e, depois, as urgências hospitalares, a partir de critérios técnicos e de rentabilidade, definidos pelo próprio ministro e por comissões de peritos por ele nomeadas;

- empresarialização dos hospitais, a pretexto do rigor na gestão e prestação de contas, da autonomia das instituições e, também, da simplificação dos processos de aquisição e contratação (obras, equipamentos e pessoal);

- criação de Centros Hospitalares, agregando hospitais por critérios geográficos ou de especialidade (caso dos psiquiátricos), tendo como objectivos anunciados a diminuição dos custos, a mobilidade dos profissionais e a diferenciação/excelência técnica;

- instalação de USFs (unidades de saúde familiar) e formação de Agrupamentos de Centros de Saúde, para alargar o acesso aos cuidados primários, atribuir um médico de família a cada cidadão, assegurar uma carteira básica de cuidados mais adequada às necessidades dos utentes, garantir a autonomia organizativa, funcional e técnica, e introduzir um novo sistema retributivo em função do desempenho;

- privatização da construção, gestão e exploração de hospitais, centros de saúde/USF e outros serviços (clínicos e administrativos), com os argumentos do costume: partilhar riscos, melhor gestão e custos mais baixos

Em resumo, a política de Correia de Campos para o SNS reduz-se a três orientações principais: fechar, concentrar e privatizar. Com a exclusiva finalidade de diminuir os custos de funcionamento dos serviços, mesmo que à custa da produção assistencial e da sua qualidade.

O resultado não podia ser pior: o acesso está mais difícil, o SNS está mais distante dos cidadãos, em resultado da completa desregulação entre oferta e procura provocada por estas medidas, em grande parte tomadas de forma precipitada, descoordenada e sem acautelar os efeitos perversos de umas sobre as outras. Compromete-se a resposta hospitalar, sem assegurar o reforço dos cuidados primários. Limita-se a assistência na doença aguda, sem garantir alternativas de socorro. Fecham-se urgências, agravando a sobrelotação das que ficam abertas.

A política de Correia de Campos gerou uma dupla instabilidade: na população mas também na organização e funcionamento do SNS.

49. O encerramento dos SAPs é disso um flagrante exemplo. Os SAPs foram criados para minorar as dificuldades de acesso aos centros de saúde, particularmente para os cidadãos sem médico de família, e para evitar que todas as situações de doença aguda se acumulassem nas urgências superlotadas dos hospitais.

Funcionam 254 SAPs (79 durante 24h). Em 2006 realizaram 5,3 milhões de atendimentos.

Fechar estes serviços quando ainda existem mais de meio milhão de portugueses sem médico de família, quando persistem dificuldades de marcar e obter uma consulta em muitos CS, quando apenas 80 USF estão em funcionamento; fechar os SAPs ao mesmo tempo que se fecham urgências hospitalares e persistem conhecidas e reconhecidas carências e dificuldades nos meios de transporte e socorro do INEM; nestas condições, fechar os SAPs é estar a convidar os doentes a acumularem-se nas urgências hospitalares, sujeitá-los a muitas horas de espera até serem atendidos, congestionar os serviços de urgência, prejudicar as condições de trabalho dos profissionais, comprometer a qualidade da assistência. E, inevitavelmente, semear a intranquilidade e a insegurança entre os cidadãos atingidos por estas decisões, particularmente, nas regiões mais isoladas do interior.

O governo decidiu fechar SAPs em função do volume da sua utilização, sem ter em conta as causas de utilização, critério bem mais importante.

Nas zonas onde foi encerrado um número maior de SAPs, como é o caso do centro do país, verifica-se um evidente e incontestável aumento das urgências hospitalares. Na região centro, onde o encerramento dos SAPs se iniciou mais cedo e foi mais extensivo, comparando os três últimos meses de 2005 e 2006 e os três primeiros de 2006 e 2007, verifica-se um crescimento acima da média nacional das urgências realizadas nos hospitais de Aveiro, Feira, Coimbra e Viseu.

Os SAPs são serviços vocacionados para a doença aguda, imprevista, inesperada, que requer observação médica. Os SAPs não são serviços de urgência mas evitaram que muitos casos fossem para as urgências dos hospitais.

Os números confirmam o que Correia de Campos não quer que se veja nem diga: por um lado, o papel importante dos SAPs na resposta às situações agudas e, por outro, a desestabilização provocada pelo seu fecho nas urgências hospitalares.

Ao contrário do que dizia e prometia (“nenhum SAP fechará sem estar criada uma alternativa”), Correia de Campos não tinha previsto nem preparado qualquer solução para o atendimento e assistência – e muito menos para melhor, para os SAPs e as urgências que decidiu encerrar. Nem estava à espera de qualquer alternativa para os fechar. Fechava e ponto final.

Na realidade, a única motivação de Correia de Campos é poupar dinheiro, sobretudo, no pagamento de horas extraordinárias aos profissionais que asseguravam o funcionamento desses serviços.

Ao contrário da argumentação oficial, não há qualquer evidência que o encerramento dos SAPs tenha permitido deslocar e aumentar o número de horas de trabalho desses profissionais para outras actividades assistenciais dos Centros de Saúde, nomeadamente, na consulta programada.

Só a contestação popular e a movimentação de alguns autarcas – nalguns casos apenas preocupados em obter ganhos políticos e eleitorais, obrigou o ministro a recuar e a assumir certos compromissos.

Os protocolos que, entretanto, Correia de Campos tem vindo a assinar com diversos municípios, quase todos presididos por autarcas do PS ou do PSD, traduzem uma enorme desorientação ministerial.

Correia de Campos está mais apostado em iludir, desmobilizar e calar as populações e alguns autarcas do que em resolver os problemas que criou.

É visível que, ainda hoje, Correia de Campos não tem uma solução, uma alternativa, uma política para substituir os SAPs e as urgências que fechou ou quer fechar. Os protocolos são “à la carte”, sem critério, nem coerência.

Para alguns, monta-se uma “consulta aberta”, que ainda ninguém sabe ao certo o que é. Para outros, prometem-se ambulâncias, VMERs - ou mesmo helicópteros, e inventam-se novas modalidades e níveis de suporte de vida sem definir nem acautelar as respectivas especificações técnicas. Nalguns CS mantém-se o médico, noutros fica apenas de prevenção e, noutros ainda, é substituído por um enfermeiro e um funcionário.

Certos protocolos, nada têm a ver com o problema que deviam resolver: a falta de atendimento nas situações agudas ou de urgência. Tudo serve, tudo se promete. Correia de Campos oferece unidades de cuidados continuados, serviços de cirurgia ambulatória, blocos operatórios, novas especialidades médicas. Até hospitais, como aconteceu em Barcelos, caso absolutamente exemplar dos zig-zags do ministro. Primeiro, fechou a maternidade e depois a urgência. A seguir, anunciou a integração no hospital de Braga, ficando Barcelos como hospital de retaguarda. E, finalmente, acabou por prometer um novo hospital! Mas, acrescentando, se o QREN financiar...

O que falta em seriedade política e rigor técnico sobeja em demagogia e desfaçatez.

É certo que o serviço prestado por alguns SAPs - e mesmo por algumas urgências hospitalares, não tem justificação e podem encontrar-se outras soluções e alternativas. Mas o que não pode acontecer - e é isso que o governo vem fazendo, é fechar SAPs sem que a reforma dos centros de saúde/USF produza resultados ou se criem essas soluções ou alternativas de assistência, nem tão pouco fechar urgências hospitalares sem implementar primeiro as urgências básicas, médico-cirúrgicas e polivalentes previstas na rede nacional de urgências e sem dispor no terreno dos meios de transporte e socorro necessários.

50. A empresarialização dos hospitais acentuou os efeitos desreguladores e desestabilizadores da política de Correia de Campos sobre o funcionamento dos serviços de saúde.

Por uma razão fundamental: ao contrário da prometida autonomia de gestão, nunca os hospitais foram tão pressionados a conduzir-se pelo mesmo e exclusivo critério, o do resultado financeiro. Neste sentido, a empresarialização transformou-se no grau zero da autonomia

A empresarialização dos hospitais serviu apenas para subordinar a gestão a critérios financeiros. A grande mudança que Correia de Campos introduziu nos hospitais públicos é a substituição da gestão por critérios e resultados clínicos pela gestão por critérios e resultados financeiros. O financeiro sobrepõe-se ao clínico. O resultado financeiro torna-se mais importante que o ganho clínico.

Num hospital, num serviço de saúde isso é fatal. Os critérios financeiros são cegos às necessidades dos doentes, ao desenvolvimento das melhores práticas, à importância dos centros de alta diferenciação e excelência técnica, à renovação de instalações e equipamentos, à modernização do SNS. Subordinar profissionais às exigências financeiras é semear o seu desinteresse, desmotivação e frustração.

A gestão por ganhos financeiros compromete a qualidade da assistência e promove a instabilidade dos serviços e das instituições de saúde.

Neste contexto, não é de estranhar a sucessão de problemas, conflitos e focos de tensão que têm surgido nos hospitais públicos durante o mandato de Correia de Campos (Aveiro, Castelo Branco, Faro, Setúbal, Curry Cabral, CHCLisboa, CHLxOcidental, CHMédio Tejo,...).

A demissão dos presidentes dos conselhos de administração dos HUC (Coimbra) e do HSJ (Porto) - dois dos maiores três hospitais do país e ambos hospitais universitários, qualquer um deles já nomeados por Correia de Campos, exprime a instabilidade que a empresarialização trouxe para dentro dos hospitais.

Instabilidade e conflitualidade também nos recém-criados Centros Hospitalares, onde a pressão para a fusão gerou incompreensões e mal estar entre serviços e profissionais dos hospitais integrados, sujeitos a apressados e forçados processos de concentração, que apenas

visaram obter poupanças a qualquer custo e se revelaram incapazes de qualquer ganho de qualidade, diferenciação ou progressão técnica e profissional que a partilha de experiência e conhecimento podia trazer e potenciar.

A criação dos centros hospitalares, tal como foi executada, não trouxe qualquer ganho de diferenciação técnica, nem sequer de produção assistencial.

A empresarialização quer de hospitais quer de centros hospitalares pode ter agilizado diversos procedimentos administrativos. Mas não produziu qualquer mudança significativa em dois aspectos essenciais e que, aliás, são sistematicamente invocados pelos adeptos dos hospitais-empresa e, obviamente, por Correia de Campos, como grandes vantagens da empresarialização dos hospitais: a mobilidade dos profissionais, para corrigir velhas assimetrias, e a contratualização como instrumento de financiamento dos hospitais.

Na realidade, nem uma nem outra – e o mesmo se aplica à simplificação de processos, obriga à transformação dos hospitais em empresas. Serviram apenas de pretexto, primeiro, a LFPereira e, agora, a Correia de Campos.

A mobilidade dos profissionais não pode desrespeitar as carreiras profissionais nem subverter os direitos contratuais. Também não há mobilidade sem renovação dos quadros de pessoal das instituições hospitalares. Nestas questões, Correia de Campos não foi além de pequenas mudanças, muito pontuais e de efeitos muito limitados, ainda por cima à velocidade do caracol. Furta-se e recusa uma discussão mais ampla e articulada sobre as condições do exercício das profissões de saúde no SNS. Sem ela, o problema da mobilidade dos profissionais, seja nos hospitais empresa/EPE, seja nos do sector público administrativo/SPA, vai continuar tal como está hoje, impedindo a correcção dos desequilíbrios existentes na distribuição e um melhor aproveitamento dos recursos humanos.

A empresarialização não trouxe qualquer mudança positiva à contratualização. Na realidade, até lhe reduziu o alcance. Apesar da criação das agências de contratualização nas ARSs, com um papel relevante na elaboração e discussão dos contratos-programa dos hospitais (orçamento em função da actividade a realizar), a falta de autonomia dos hospitais-empresa e a rigidez dos objectivos financeiros a que estão obrigados pela tutela, faz da contratualização um mero exercício formal, cujo resultado está previamente decidido pelo ministério das finanças. Sucede, com frequência, que os hospitais adaptam e reduzem a produção assistencial a que se propõem, para não excederem a despesa prevista e permitida pelo ministro das finanças. Nesta contratualização, o orçamento define a assistência, quando devia ser esta a determinar aquele.

Uma outra razão, limita este modelo de contratualização. O processo de contratualização, para ser efectivamente um instrumento de gestão e modernização dos hospitais, não pode estabelecer-se apenas entre a tutela e os hospitais, através da respectiva direcção. Tem de ser também um processo interno. A contratualização deve envolver e ser feita também com os serviços e unidades do próprio hospital: programar e planear de forma participada os objectivos, as metas, a actividade, a produção, as prioridades, a diferenciação técnica, os meios, os recursos, os profissionais e, também, o orçamento e a aplicação dos resultados, se os houver.

As instituições de saúde devem ganhar autonomia, no contexto dos objectivos definidos para a política nacional de saúde. A contratualização é um processo com muitas potencialidades. Mas requer autonomia das instituições e dentro delas.

A empresarialização de Correia de Campos é exactamente o contrário: um garrote contra a autonomia, para impor a ditadura das finanças. E um instrumento para facilitar a alienação de serviços ou hospitais do SNS ao sector privado e acabar com o vínculo público dos profissionais de saúde.

51. Encerramento de serviços, fusão e integração de hospitais, empresarialização dos hospitais, contratualização sem autonomia, subordinação da gestão clínica à gestão financeira são factores de instabilidade do funcionamento da rede hospitalar do SNS e de

redução da sua capacidade de resposta em termos qualitativos e quantitativos.

O desinvestimento público tem sido tão acentuado que, nalgumas áreas de maior sofisticação tecnológica, o SNS é ultrapassado por projectos e equipas do sector privado que, em contraste e sobretudo nos últimos dois anos, têm beneficiado de volumosos financiamentos dos grandes grupos económicos apostados na saúde.

A produção assistencial estacionou e nalguns casos regrediu, as condições de trabalho ameaçam a qualidade da prestação, não há progresso técnico nem inovação tecnológica, a prontidão no atendimento não é a regra, o acesso está muito prejudicado.

A política de Correia de Campos tem contribuído para um pior desempenho do SNS. A capacidade do SNS está a distanciar-se das necessidades. As listas de espera para cirurgia são o retrato desse afastamento.

52. Em 30 de Junho deste ano, 208.632 portugueses esperavam por uma cirurgia. 20% esperam há mais de um ano, 10% há mais de dois. Há doentes que esperam há quatro anos. Na oncologia, os tempos são escandalosos. Segundo o único estudo até hoje realizado sobre tempos de espera em cirurgia oncológica (final de 2006), elaborado pelo organismo que gere as listas de espera, o tempo médio de espera é de 105 dias (três meses e meio). No Algarve são 198 dias e no Norte 72.

Quando chegou ao governo, Correia de Campos encontrou uma lista de espera de 224 mil doentes. Significa isto que durante o tempo que governou, cerca de dois anos e três meses, Correia de Campos apenas conseguiu retirar da lista 16 mil doentes.

16 mil cirurgias representam apenas mais 20 cirurgias por dia desde que Correia de Campos entrou em funções. Um acréscimo de 20 cirurgias por dia em todos os hospitais do país, nos públicos e nos privados com convenção para recuperação das listas de espera.

Apenas 20 cirurgias por dia tendo à sua disposição 1502 blocos cirúrgicos e 3284 cirurgiões, contabilizando apenas os hospitais do SNS: 13 hospitais centrais, 36 distritais e 19 de nível 1.

Com toda estes meios, Correia de Campos não conseguiu mais do que acrescentar 20 cirurgias por dia à capacidade cirúrgica de todo o SNS.

Esta é a exacta dimensão do resultado da política de Correia de Campos. A evolução das listas de espera para cirurgia é o espelho da estagnação do SNS.

Não admira, pois, que Correia de Campos recorra a alguns truques e se refugie em promessas para iludir este fracasso.

O ministério não revela o tempo médio de espera mas sim a mediana do tempo de espera, para poder apresentar um número mais baixo, uma espera mais pequena. Mas, a mediana não diz nada sobre as listas. Por exemplo, Correia de Campos diz – auto-satisfeito, que a mediana da espera em 30 de Junho deste ano era de 5 meses (150 dias). Com a mediana ficamos a saber que, metade dos 208.632 doentes à espera naquela data, esperam menos que 5 meses e a outra metade espera mais de 5 meses. Mas não ficamos a saber quantos meses a mais ou a menos espera cada doente, nem a média do tempo de espera dos 208.632 doentes da lista.

O truque torna-se mais evidente se compararmos a mediana do tempo de espera e o tempo médio de espera, por exemplo, dos doentes oncológicos: 44 dias e 105 dias, respectivamente!

Por detrás destes números estão situações de grande dramatismo, de muito sofrimento humano. O governo devia abster-se de as utilizar e envolver nas habilidades da sua auto-propaganda e canalizar os seus esforços para aumentar a capacidade de produção cirúrgica do SNS, única forma de reduzir efectivamente esta chaga das listas de espera. Caso contrário, o anunciado objectivo de reduzir a lista de espera para 175.000 doentes em 2008, não passará de mais uma promessa por realizar.

53. Para a estagnação da capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde e para a

instabilidade que se vai instalando e perturbando a actividade do SNS, com graves reflexos no acesso e na qualidade da assistência, pesa de forma determinante a incapacidade demonstrada pelo governo para conseguir uma profunda mudança nos cuidados de saúde primários (CSP).

Os cuidados de saúde primários são a porta de acesso dos cidadãos ao SNS. São eles que resolvem as mais frequentes queixas dos doentes e que asseguram a vigilância do seu estado de saúde, a promoção da saúde dos agregados familiares e a prevenção da doença. Sem bons cuidados de saúde primários todos os problemas do SNS se agravam.

O SNS dispõe de uma ampla rede para os CSP: 351 centros de saúde, 1823 extensões, 254 SAPs (79 a funcionar 24h), 7034 médicos (5944 médicos de família e 395 de S. Pública), 7368 enfermeiros e 7408 administrativos.

Em 2006, o número de médicos era ligeiramente inferior ao de 2004, acontecendo o inverso com os enfermeiros.

Em 2006, realizaram 33,5 milhões de consultas, das quais 7 milhões foram primeiras consultas e 5,5 milhões em SAPs.

Em 2005, esta rede foi utilizada por 6,3 milhões de utentes, cerca de 60% dos inscritos (10, 6 milhões). Realizaram-se 5,5 consultas ano por utilizador. Há 1497 inscritos por médico de família, em média.

Em 2005, os CPS representaram 43,6% do orçamento do SNS, o mais baixo dos últimos cinco anos.

Sucessivos governos desinvestiram nos cuidados primários. Muitos Centros de Saúde estão instalados em péssimas condições, faltam médicos, enfermeiros e outros profissionais, não há sistema de informação – nem sequer se sabe ao certo quantos utentes estão actualmente sem médico de família (estima-se que mais de meio milhão), não há articulação com os hospitais e outros serviços da comunidade, tratamentos e exames estão dependentes dos prestadores convencionados, a rotina e a burocracia instalaram-se, o acesso a uma consulta é difícil sobretudo nas situações agudas ou urgentes. A rede é assimétrica, as maiores dificuldades localizam-se nos grandes centros urbanos (especialmente na sua periferia) e nalgumas zonas do interior mais isolado.

A formação de médicos de família não responde às necessidades actuais nem futuras: em 2006, havia 558 internos de medicina geral e familiar, mas nesse ano apenas entraram para o internato 183 jovens médicos (em 2005 foram 217). Na Saúde Pública os números são baixíssimos: 55 internos em 2006, ano em que entraram para o internato apenas 37 médicos. Para o governo, a reforma dos CSP, a mudança do panorama actual, faz-se através das USF, unidades de saúde familiar a criar e instalar no âmbito dos Centros de Saúde. As USF, em resumo, replicam o modelo já praticado no chamado Regime Remuneratório Experimental: adesão voluntária dos profissionais, trabalho em equipa e equipas multidisciplinares, maior prontidão e compromisso com os utentes no atendimento, maior cobertura assistencial, melhor articulação com os hospitais e outros serviços, autonomia organizativa e técnica, remunerações em função do desempenho, financiamento por contratualização de uma carteira de serviços, gestão por objectivos

O modelo das USF tem grandes virtualidades e pode constituir uma alavanca para uma mudança muito positiva nos CPS: no acesso, no tipo e qualidade da assistência às populações.

Mas não pode aceitar-se a lentidão com que o governo tem conduzido este processo. Insuficiente mobilização de recursos financeiros e técnicos, protelamento na aprovação do seu enquadramento jurídico, atraso na disponibilização de instalações, indefinição em matéria contratual, dificuldades na mobilidade dos profissionais. A inércia do governo na instalação das USF contrasta com a intempestividade do encerramento dos SAPs, potenciando a instabilidade que esta medida gerou.

Há falta de empenhamento político, inclusive no combate às resistências levantadas no aparelho do ministério contra a dinâmica das USFs.

E persistem indefinições para as quais é urgente obter uma clarificação.

Desde logo saber se Correia de Campos vai ou não entregar Centros de Saúde e USFs aos privados, como a legislação aprovada recentemente permite e prevê, privatização que comprometeria a coesão e coerência da rede de CPS. E, saber se o governo vai ou não disponibilizar os meios necessários à expansão do modelo USF a toda a rede de CPS e a que ritmo é que o vai fazer.

São clarificações inadiáveis. As USFs neste momento representam muito pouco, são como uma gota de água: 70 estão a funcionar e foram homologadas 85.

Estão envolvidos 576 médicos (cerca de 7,5% dos médicos de família), 590 enfermeiros e 460 administrativos. Nas USF em funcionamento, estão apenas 7,18% dos utentes inscritos nos CS, número que poderá chegar aos 15,6% quando estiverem a funcionar todas as homologadas.

São números muito baixos, muito longe das 200 que Correia de Campos prometeu ter a funcionar em 2007. E muito longe de cobrirem toda a rede de CPS e o território nacional, tanto mais que a sua distribuição é muitíssimo desequilibrada: 40% estão nos distritos de Porto e Braga. No Alentejo e Algarve, contam-se pelos dedos de uma mão.

Nesta dimensão, este processo não faz a mudança necessária nos cuidados de saúde primários. Os ganhos são reduzidos e insuficientes: cerca de 100 mil portugueses passaram a ter médico de família, mas mais de meio milhão continua sem ter. A este ritmo, terão de esperar mais de dez anos.

Para além da transferência de competências para as autarquias – sobretudo se realizada de forma precipitada e sem meios, há outras políticas do MS que podem atrasar e complicar ainda mais este processo das USF e comprometer definitivamente a reforma dos CPS.

Estando prevista uma reestruturação/reconfiguração dos Centros de Saúde, que implica o seu agrupamento, é igualmente indispensável que sejam publicamente discutidos os critérios para a sua implementação, no sentido de garantir uma cobertura equilibrada do país, corrigindo as assimetrias actuais e reforçando a proximidade da rede à comunidade e aos cidadãos.

A anunciada extinção das sub-regiões de saúde – processo marcado pela indefinição, confusão, desorientação e atraso, devia contribuir para a desburocratização dos serviços e para o reequilíbrio da distribuição dos recursos favorecendo as zonas mais carenciadas. Mas, para o governo, são momento e oportunidade de novos negócios com os privados (concessão da conferência de facturas) e para se libertar de mais umas centenas ou milhares de funcionários públicos, cujo número continua no segredo dos deuses.

Por outro lado, uma política apostada na modernização dos cuidados primários de saúde e no reforço da sua capacidade de resposta, em termos de acesso dos cidadãos, não dispensa uma viragem essencial na formação médica, desde já: o significativo aumento do número de internos de medicina geral e familiar e de saúde pública.

Sem mais médicos destas duas especialidades, o SNS não se liberta da estagnação.

54. A privatização de serviços e hospitais retalhou o SNS, desfigurando o seu modelo matricial. Os privados são um corpo estranho no SNS e um factor de perturbação do seu funcionamento.

Correia de Campos, na senda do seu antecessor do PSD, prossegue a privatização e alarga-a para domínios não clínicos e igualmente vitais para o SNS.

É Correia de Campos que entrega aos privados toda a informática do SNS.

É Correia de Campos que entrega aos privados o serviço de conferência de facturas, através de um concurso público que de concurso só tem a forma porque, na realidade, o provável vencedor já é conhecido. E, muito significativamente, é uma empresa detida a 100% pela ANF que, assim, vai passar a poder controlar a facturação por ela própria emitida!

É Correia de Campos que introduz as farmácias privadas nos hospitais públicos e lhes promete, num futuro próximo, a própria distribuição de medicamentos no hospital, isto é, os

serviços farmacêuticos do hospital.

É Correia de Campos que aprova legislação para autorizar a privatização de CS e de USF.

É Correia de Campos que mantém o Amadora-Sintra nas mãos dos privados e lhes alarga a concessão, incluindo nela a construção e gestão do futuro hospital de Sintra, apesar de todas as trapalhadas em que este contrato tem estado envolvido e da completa opacidade das contas apresentadas pelo grupo Mello.

É Correia de Campos que, no final deste ano, vai entregar o Hospital de Cascais a um consórcio privado, pondo uma construtora a gerir um hospital e, de seguida, o Hospital de Braga (hospital universitário) a outro grupo privado.

É Correia de Campos que vai entregar ao capital privado a construção, gestão e exploração de 10 novos hospitais (aqueles dois mais Loures, VFXira, Todos os Santos/Lisboa, Margem Sul, Évora, Faro, Gaia e Póvoa-Vila do Conde), por períodos que poderão chegar aos 35 anos, permitindo que assim os privados adquiram um peso significativo na rede do SNS, podendo influenciar e condicionar opções e decisões que apenas deviam ser ditadas pelo interesse público.

O SNS precisa destes hospitais. Há muito que deviam estar a funcionar. Correia de Campos serve-se das PPP, da sua complexidade e morosidade, para se descomprometer e desresponsabilizar da sua construção. Para iludir e tornear as responsabilidades públicas na modernização da rede hospitalar do SNS. Correia de Campos serve-se das PPP como um álibi. Melhor seria se as rejeitasse.

Correia de Campos não recua na opção privatizadora mesmo sabendo que ela acaba por não se traduzir em qualquer vantagem financeira para o estado, razão pela qual as soluções tipo PPP ou de concessão da gestão a privados estão a ser abandonadas por outros países que a elas recorriam.

Correia de Campos não recua na opção privatizadora mesmo sabendo que ela colide com o modelo de funcionamento do SNS, com a sua coesão funcional e coerência interna enquanto rede, porque a gestão privada não se determina pela lógica do serviço público mas sim pelo volume e rapidez na obtenção do lucro.

Não faltam exemplos das aberrações que as privatizações provocam no modelo público do SNS. No novo hospital de Cascais, querem excluir os doentes com SIDA e os oncológicos, porque são muito dispendiosos. No Amadora-Sintra, o sistema informático não é compatível com os do MS, pelo que se desconhece a dimensão da lista de espera para cirurgia naquele hospital.

Privatizar é retalhar o SNS. É descaracterizá-lo, para mais facilmente o amputar e dismantelar.

55. Mais que um modelo, Correia de Campos tem para o SNS um objectivo: reduzi-lo a um mini-serviço público, vocacionado para os excluídos. As suas opções em matéria de modelo orgânico e funcional subordinam-se a esse objectivo e vão conduzir a um SNS amputado de muitas unidades e serviços, com capacidade de resposta mínima, atrasado técnica e cientificamente, muito centralizado e concentrado, com subordinação dos cuidados primários à hierarquia dos hospitais, sem articulação com outras estruturas e agentes de saúde da comunidade, sujeito a um investimento mínimo e gerido pelo saldo financeiro.

Este modelo, não racionaliza nem requalifica o SNS. Acaba com ele.

A política do PS, ao contrário do que proclamam o primeiro-ministro e o ministro da saúde, não aposta na modernização do modelo do SNS. Aposta no seu retrocesso.

56. A política de recursos humanos do governo é coerente com aquela aposta. Quer a política geral do governo para toda a administração pública quer a política específica de Correia de Campos para os profissionais das várias carreiras do SNS. Ambas convergem para um resultado desastroso para o SNS.

A decisão do governo de excluir a saúde das funções nucleares do estado – agora resumidas

à soberania, justiça e segurança, significa que para o PS o direito à saúde e à protecção na doença podem deixar de ser uma responsabilidade e um compromisso do estado. O SNS será o que a vontade política dos governos quiser, mais ou menos geral, mais ou menos universal, mais ou menos gratuito. É uma mudança descaradamente contra a Constituição que estabelece inequivocamente que o direito à saúde é assegurado pelo SNS e define com clareza as suas características fundamentais, nomeadamente, o seu financiamento público.

Com esta decisão o governo pretende, também, eliminar de uma vez por todas o vínculo público que predomina actualmente – e bem, na relação contratual dos profissionais do SNS. O objectivo é claro: despedir com mais facilidade e menos encargos, para reduzir o número de profissionais à pequena dimensão que o governo pretende dar ao SNS. Para Correia de Campos SNS em versão minimalista precisa de poucos profissionais.

Nesta matéria, o PS consolida a política iniciada pelos governos anteriores do PSD, cujos efeitos estão à vista: precariedade para os profissionais e instabilidade para os serviços.

O governo mantém quadros de pessoal obsoletos, fecha as admissões, despede contratados e avançados para, de seguida, recorrer aos mesmos profissionais através de contratos com empresas privadas fornecedoras de mão de obra “à peça”, sejam médicos, enfermeiros, técnicos de saúde ou auxiliares, obrigando as instituições de saúde a pagar mais do que pagariam se regularizassem a situação desses profissionais. A instabilidade de Correia de Campos sai cara aos serviços de saúde.

A instabilidade contratual e esta nova modalidade do trabalho “à peça” gera efeitos perversos no funcionamento dos serviços de saúde: desmotiva os profissionais, contraria o trabalho em equipa, colide com as carreiras, compromete a sua formação contínua, atinge a qualidade da assistência. Aumenta o risco de erro, quer no diagnóstico quer no tratamento.

Na saúde, na assistência, na prestação de cuidados, a experiência, o tempo, a equipa, a formação, são cada vez mais factores de qualidade.

O governo escolhe o caminho da instabilidade. A modernização do SNS necessita exactamente do contrário:

- defesa das carreiras profissionais como garante da formação, da qualidade e da responsabilidade profissional;
- estabilidade contratual para os profissionais;
 - promoção da exclusividade em todos os graus da carreira e na gestão de serviços, através de um incentivo remuneratório e contratual efectivo, capaz de desincentivar os profissionais do trabalho em regime de acumulação;
 - actualização periódica e ágil dos quadros das unidades do SNS em função da respectiva actividade e produção assistencial;
 - preenchimento dos quadros dos hospitais e centros de saúde através da abertura de concursos e da admissão dos profissionais que neles desempenham funções permanentes mas com vínculo precário.

57. À instabilidade profissional acrescenta-se um outro gravíssimo problema, também de natureza estrutural e que, em grande medida, é responsável pelas limitações do SNS: faltam profissionais, especialmente médicos. Tanto para hoje como para amanhã, para o futuro.

Há quem conteste esta afirmação, fazendo comparações com outros países europeus. De facto temos uma relação nº de habitantes por médico semelhante. Mas esquecem-se de três coisas que esvaziam essa semelhança: ao contrário do que se passa nesses países, em Portugal, por cada médico de família há 3 médicos hospitalares, isto é, há uma completa inversão; a distribuição geográfica dos médicos é muitíssimo desequilibrada; e a idade

média dos médicos actualmente activos é bastante elevada, sendo de prever um ritmo de aposentações muito intenso nas duas próximas décadas, sobretudo daqui a 8/12 anos.

Esta realidade tem impedido o crescimento da rede e da resposta ao nível dos cuidados primários e tem acumulado em excesso médicos nos hospitais, sobretudo nos grandes centros urbanos do litoral, de onde é muito difícil deslocá-los.

Só é possível alterar esta situação combinando duas políticas: por um lado, alargar significativa e rapidamente o número de admissões às faculdades de medicina e, por outro, aumentar o número de internos que entram anualmente nas especialidades de saúde pública e medicina geral e familiar, também.

Não é isso que o governo vem fazendo. O número de internos naquelas especialidades tem vindo a “crescer” tão irregularmente que em 2006 entraram para o internato de MGF menos médicos que em 2005 (183 e 217 respectivamente) e para a carreira de SP os admitidos foram apenas 37. São, evidentemente, números muito aquém das necessidades de expansão dos cuidados de saúde primários.

E no acesso às faculdades de medicina, a situação não é melhor. Em 2007, entraram nas 7 faculdades de medicina 1332 alunos. Apenas em três faculdades se registou um aumento de admitidos: 5 na Beira Interior, 10 na U. Nova de Lisboa e 33 na U. do Minho (o ano passado, o primeiro ano tinha sido iniciado em regime experimental). São aumentos ridículos.

O último estudo feito sobre necessidades formativas nas áreas da saúde é de 2001. Desde então, mudaram alguns factores. Actualmente, estima-se ser necessário que o número de admitidos anualmente pelas faculdades de medicina ande próximo dos 2000. Estamos muito longe desse objectivo.

Ao ritmo actual, é impossível satisfazer as necessidades de expansão dos cuidados de saúde primários e, ao mesmo tempo, assegurar a substituição e renovação dos quadros do SNS nos próximos 15 a 20 anos.

A modernização do SNS implica uma redistribuição dos médicos que permita corrigir o desequilíbrio estrutural que tem deformado o SNS e prejudicado o acesso dos cidadãos: faltam médicos de família e os especialistas hospitalares estão mal distribuídos.

A formação, especialização e colocação dos médicos deve orientar-se para assegurar um equilíbrio adequado entre duas necessidades igualmente importantes para melhorar o acesso dos utentes: por um lado, a proximidade a que devem estar os cuidados primários e, por outro, a diferenciação técnica de unidades e serviços mais centrais.

Não se conhece nenhum plano do governo para a formação dos recursos humanos necessários. Também neste domínio, Correia de Campos não manifesta qualquer intenção de mudança. Percebe-se porquê: a falta de médicos é – a par da falta de orçamento, a justificação recorrente para a política de encerramento de serviços. Um verdadeiro álibi: não há médicos, fecha-se.

58. A falta de médicos tem-se agravado nos últimos dois anos por uma outra e nova razão. O “boom” de grandes hospitais privados está a gerar crescentes necessidades em profissionais, nomeadamente, médicos. Nalguns casos, altamente diferenciados para assegurarem funções de direcção e gestão, por vezes em dedicação exclusiva, o que anteriormente era excepcional. Mas, em qualquer dos casos e seja qual for o regime de trabalho, esses profissionais estão no SNS e é aí que os grandes grupos têm a sua base de recrutamento.

O governo tem sido de uma extrema complacência para com esta centrifugação dos profissionais do SNS. É preocupante o número de médicos e outros técnicos que deixam os serviços públicos ou que neles permanecem mas em regime de acumulação. Em ambos os casos, o SNS sai prejudicado: ou porque perde profissionais altamente diferenciados e em cuja formação muito investiu ou porque a acumulação acaba sempre por se traduzir, em maior ou menor grau, no desaproveitamento das faculdades e competências do profissional.

Esta situação que, inevitavelmente, contribui para o empobrecimento do SNS, não tem uma solução administrativa. Não se resolve proibindo, dificultando ou atrasando. Exige uma política activa que aposte e promova a exclusividade de funções, cujo elemento central não pode deixar de ser uma substantiva revalorização salarial dos profissionais que optem por esse regime de trabalho, sem prejuízo de contrapartidas de outra natureza. Tanto mais que, ao contrário do que acontece em muitos países europeus, em Portugal, os médicos e outros profissionais de saúde têm um estatuto remuneratório relativamente baixo nos serviços públicos e mais alto no exercício privado da sua profissão.

A modernização do SNS passa também pelo predomínio da exclusividade entre os seus profissionais.

59. A não exclusividade é, consensualmente, aceite como um estímulo à promiscuidade entre o interesse público e o interesse privado. Durante muitos anos a não separação entre os sectores público e privado teve consequências muito negativas e prejudiciais para o SNS. Em geral o interesse privado beneficia da má prestação pública. As listas de espera para cirurgia são disso exemplo. A transferência de doentes para consultórios e clínicas privadas foi e é uma prática conhecida e reconhecida. Apesar de ser inaceitável e ilegítima, sucessivos governos toleraram-na e, alguns, até a incentivaram, directa ou indirectamente.

A clarificação das fronteiras entre o público e o privado é fundamental para uma melhor prestação do SNS. Ela é do interesse de todos, porque todos beneficiam com ela: os utentes, os profissionais, os responsáveis.

Mas sendo essencial pôr termo à promiscuidade fomentada pelo regime de acumulação, é igualmente necessário ter consciência que, hoje, o centro da promiscuidade de interesses está muito mais nas decisões políticas do governo do que no estatuto com que os profissionais exercem a sua actividade. Quer isto dizer que, mesmo que em todo o SNS imperasse a exclusividade, isso não significaria a blindagem do SNS aos interesses privados.

Actualmente, muito mais que nos profissionais, é na política de Correia de Campos que se situa o principal motor da promiscuidade. Pelo que faz, pelo que não faz e pelo que deixa fazer.

Mas sobretudo pelo que faz: as 10 PPP, a renovação da concessão do Amadora-Sintra, a entrada das farmácias privadas nos hospitais públicos, a privatização da informática do SNS e da conferência da facturação, a entrega aos privados de CS e USF, os protocolos privados para a recuperação das listas de espera cirúrgicas. Todas e cada uma destas decisões de Correia de Campos se traduzem no aumento da promiscuidade, no reforço da presença no SNS de mais interesses privados em conflito com o interesse público.

Apesar de ser o primeiro responsável pelo SNS, Correia de Campos tem dois pesos e duas medidas, reservando a máxima tolerância para o privado. O Amadora-Sintra presta contas tarde e a más horas? O ministério aguarda. As maternidades privadas não fazem 1500 partos ano, justificação para o fecho das maternidades públicas? O ministério pondera. O estado faz um insólito contrato com o Hospital da Luz? Foi o ministério das finanças. Há uma multinacional suíça a comprar os maiores e mais importantes laboratórios de análises portuguesas? O ministério acompanha.

Com Correia de Campos, a promiscuidade disparou.

60. Em 2009, o SNS cumprirá 30 anos de existência e actividade. Apesar das deformações e mutilações provocadas pelas políticas liberais e anti-sociais, o SNS não tem paralelo na dimensão e importância do serviço que prestou e presta a todos os portugueses e ao desenvolvimento da sociedade portuguesa.

Ao SNS deve-se a fantástica evolução que a saúde registou em Portugal. Em menos de 30 anos, Portugal recuperou de uma situação deprimente e miserável em termos de saúde pública para níveis equivalentes - e nalguns casos melhores, aos dos países da UE e da OCDE.

A progressão registada em diversos indicadores de saúde confirmam esta mudança. A esperança de vida à nascença, as mortalidade peri e neo-natal, a mortalidade infantil, o nº de partos assistidos, a % de crianças com vacinação actualizada, entre outros, são reveladores da profunda mudança verificada nos últimos 30 anos.

É evidente que persistem numerosos problemas que outros indicadores de saúde não permitem ignorar. Tivessem sido outras as políticas e teriam hoje, seguramente, uma dimensão bem menor: tuberculose, SIDA, consumo de anti-depressivos, cáries dentárias, mortalidade por AVC e DCV, cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e recto, obesidade, diabetes, alcoolismo, toxicodependência.

Mas, mesmo nestas situações, a evolução é absolutamente inegável. O SNS e o progresso que permitiu ao país e à população são, a par da democracia política, as principais marcas deixadas pelo 25 de Abril.

Pese embora os maus tratos a que tem sido submetido, o SNS é o maior e, também, o melhor serviço público português. Nele trabalham aproximadamente 120 mil funcionários. Mais de 6 milhões de portugueses recorrem anual e regularmente ao SNS. Mesmo a nível internacional, as performances do SNS são reconhecidas. A OMS classificou-o em 12º num ranking comparativo dos serviços de saúde mundiais.

É certo que, no ano passado, foram apresentadas 37.000 reclamações sobre o funcionamento do SNS. Aproximadamente 1000 reclamações por dia. É um número significativo e que tem vindo a crescer nos últimos anos. Mas cuja responsabilidade não está nem é inerente ao SNS nem à sua natureza de serviço público. A responsabilidade pelo mau funcionamento do SNS, que aquelas reclamações e muitas outras queixas e críticas exprimem, cabe por inteiro à má condução da política de saúde protagonizada por muitos governos, incluindo o actual.

61. O SNS, enquanto serviço público de saúde, financiado por todos e ao serviço de todos, é um pilar estruturante do estado social e da democracia portuguesa. O SNS não pode deixar de ser um compromisso do estado para com todos os portugueses e um pacto de solidariedade entre todos os cidadãos: o direito à saúde e à protecção na doença dependem desse compromisso e desse pacto.

Defender o SNS – tal como a Constituição o define e consagra, é consolidar a democracia, aproximá-la dos cidadãos e valorizá-la aos seus olhos. Sem SNS a democracia portuguesa seria mais pobre, mais frágil, mais injusta.

O BE deve colocar a defesa do SNS e a luta contra a sua regressão e desmantelamento no centro da sua actividade e intervenção políticas, como elemento estruturante do combate à política liberal do governo de José Sócrates e à ofensiva anti-estado social.

A defesa do SNS deve ser uma prioridade da mobilização política do BE, das suas organizações e militantes, para o ano político que agora vai iniciar-se. Uma campanha política e popular em defesa do SNS, que vá para além do BE.

O BE deve desenvolver a luta em defesa do SNS combinando e articulando o combate à política de saúde do governo, dentro e fora do parlamento, com a afirmação de uma política de saúde alternativa que efectivamente defenda e relance o SNS.

62. Na situação actual, defender o SNS é promover e lutar pela sua modernização, como condição necessária para vencer o actual estrangulamento no acesso aos cuidados de saúde, problema nº1 do SNS e principal motivo de insatisfação dos cidadãos. A modernização do SNS exige uma política alternativa que corte efectivamente com o passado:

- uma nova arquitectura centrada e desenvolvida a partir de Unidades Locais de Saúde que organizem e articulem em rede todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, directos e indirectos, da prevenção aos cuidados continuados, da mesma área geográfica (local, municipal, inter-municipal, distrital, regional);

-ULS orientadas para resultados e ganhos em saúde, definidos e programados pela respectiva estratégia local de saúde, e cujo financiamento público obedeça a processos de dupla contratualização, quer com a tutela quer com os componentes da rede local;

- política de estabilidade e de aposta nas carreiras e na formação contínua dos profissionais, que promova o regime de exclusividade, concentre meios nos cuidados primários e desbloqueie os *numerus clausus* em medicina;

-novas e melhores instalações quer para os CSP quer para os hospitais, a renovação de muitos equipamentos e tecnologias, a aposta na inovação técnica e científica, na diferenciação e na excelência dos serviços públicos.

-mais investimento público, mas com critério e planeamento e não, como até agora, ao sabor do improvisado ou das inclinações dos governantes.

-uma gestão subordinada aos resultados e às necessidades clínicas mas, igualmente, mais eficiente na utilização dos recursos disponíveis e na eliminação dos desperdícios, uma gestão assegurada por gestores especificamente formados, preparados e qualificados para gestão pública e não, como tem acontecido em muitíssimos casos, escolhidos pela sua filiação ou simpatia partidária, uma gestão muito descentralizada, participada e de grande proximidade com as populações, que não contemporize com os interesses privados;

Modernizar o SNS é dar-lhe mais proximidade aos cidadãos e à comunidade, tanto na prestação dos cuidados como na gestão dos serviços.

63. A afirmação desta política de modernização do SNS passa pela apresentação e divulgação pelo BE e pelo seu GP de propostas políticas e projectos de lei que contribuam efectivamente para a mudança e modernização do SNS e tenham como prioridade responder a problemas sentidos pelos cidadãos na sua relação com o SNS, como foi, por exemplo, o caso do projecto de lei para a criação da Carta de Direitos de Acesso dos Utentes do SNS (aprovado por unanimidade no parlamento e que entra em vigor no início do ano).

O BE deve valorizar e empenhar-se na mobilização e participação de especialistas e profissionais na elaboração e discussão das suas propostas e projectos.

64. O objectivo essencial da política de saúde do governo é a redução do papel do estado no financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde.

O desinvestimento na saúde e o reforço das medidas e posições privatizadoras, a redução de serviços e o desmantelamento do SNS, o pagamento directo pelos utentes dos cuidados de saúde, servem e inserem-se naquele objectivo.

Para o BE, financiamento, gestão e prestação públicas definem a linha de defesa do SNS, devendo a nossa estratégia política orientar-se para a mobilização e formação de uma maioria social e política em torno dessa linha de defesa.

Uma maioria social e política de apoio ao financiamento, gestão e prestação públicas como linha de defesa do SNS.

No desenvolvimento desta estratégia, na definição do seu sentido concreto, há dois aspectos que não podem deixar de ser reflectidos e tidos em conta:

-o actual quadro jurídico e constitucional não tem sido e não é actualmente barreira suficiente para impedir a ofensiva liberal contra o SNS levada a cabo pelo governo do PS;

-o efeito fracturante do confronto dos eleitores e militantes do PS e, eventualmente, de alguns deputados e mesmo dirigentes socialistas, com a política de saúde praticada pelo governo que elegeram e apoiam, em particular, com a natureza liberal e anti-social da sua política para o SNS;

Assim, propõe-se que no desenvolvimento daquela estratégia, o BE apresente durante a próxima sessão legislativa dois projectos de lei: uma nova Lei de Bases da Saúde e um novo Estatuto do SNS.

A apresentação destes projectos de lei não deve nem pode prejudicar o lançamento de outras iniciativas políticas e parlamentares mais centradas na modernização do SNS e no combate à política de Correia de Campos como, por exemplo, a realização de um ciclo de audições sobre o Plano Nacional de Saúde, proposto pelo BE e aprovado pela comissão parlamentar de saúde.

65. A estratégia do BE para a formação de uma maioria social e política mobilizada em defesa do SNS não pode circunscrever-se à intervenção no parlamento.

Por outro lado, por muito importantes que sejam – e são, as lutas populares desenvolvidas contra o desmantelamento do SNS, em particular contra os encerramentos que pioram o acesso e a qualidade da assistência às populações atingidas, e que as organizações do BE devem dinamizar e apoiar, é necessário reconhecer que essas movimentações, mesmo que todas fossem vitoriosas, só por si não estão em condições de travar a ofensiva do governo contra o financiamento, a gestão e a prestação pública dos serviços de saúde.

O mesmo deve ser reconhecido quanto a alguns processos de contestação sindical à política do Governo.

Uns e outros são muito importantes, são indiscutivelmente um contributo para a luta em defesa do SNS. Mas, os seus efeitos são limitados e de impacto muito local ou profissional.

Por último, a política do Governo tem provocado crescentes reacções de distanciamento e discordância junto de certos círculos ligados e envolvidos na política e nas problemáticas da saúde (profissionais dessa área mas, também, de outras), cuja intervenção teria um efeito positivo e mobilizador para a maioria social e política em defesa do SNS.

Assim, propõe-se que o BE desenvolva os esforços e contactos necessários à formação, até ao final do ano, de um movimento independente, plural, representativo e dinâmico, que intervenha e mobilize a opinião pública para a defesa do SNS, a partir de uma declaração pública que lance, como primeira iniciativa, uma petição contra as taxas moderadoras ou quaisquer outros pagamentos no SNS, no contexto da valorização e defesa do financiamento, gestão e prestação públicos dos serviços de saúde.

A formação e actividade deste movimento não impede nem desobriga o BE de realizar as iniciativas próprias que, em cada momento, julgar oportunas e adequadas ao desenvolvimento da campanha em defesa do SNS.