

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE



CONHECER OS CAMINHOS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2001

SÍNTESE



# **Conhecer os Caminhos da Saúde**

Relatório Primavera 2001

Síntese

**O Observatório Português de Sistemas de Saúde é uma parceria entre:**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Universidade Nova de Lisboa**

**Instituto para o Desenvolvimento de Gestão Empresarial**

**Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa**

**Faculdade de Economia**

**Universidade de Coimbra**

**Instituto Superior de Serviço Social do Porto**



## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

#### **PARTE I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

- ◆ Objectivos do Sistema de Saúde
- ◆ Saúde e desenvolvimento
- ◆ Evolução do sistema de saúde

#### **PARTE II- SAÚDE E CIDADÃO**

- ◆ Cidadania e informação
- ◆ Cidadania, representação e escolha
- ◆ Satisfação do cidadão

#### **PARTE III- SISTEMA POLÍTICO E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE**

- ◆ As agendas políticas
- ◆ A governação da saúde
- ◆ Liderança e políticas públicas
- ◆ Formulação de políticas e capacidade estratégica
- ◆ A descontinuidade nas políticas de saúde
- ◆ Os problemas de implementação
- ◆ Enquadramento dos actores sociais
- ◆ Clima de confiança
- ◆ A importância do conhecimento.

#### **PARTE IV - ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE , SUBSISTEMAS E SEGUROS PRIVADOS**

- ◆ A administração pública na saúde
- ◆ Recursos humanos, financiamento, medicamento e informação
- ◆ 3º pagador público – o grande ausente
- ◆ Subsistemas e seguros privados

#### **PARTE V - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

- ◆ Investir em saúde – o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença.
- ◆ O desafio do acesso aos cuidados de saúde
- ◆ Abordagens diversas para pessoas e contextos diferentes
- ◆ A organização e gestão dos serviços de saúde
- ◆ Qualidade em saúde
- ◆ SNS, o sector social e o sector privado

#### **PARTE VI - CONHECER OS CAMINHOS DE SAÚDE – PRESENTE E FUTURO**

#### **ANEXO I – METODOLOGIA ADOPTADA**

#### **ANEXO II –CONFLITOS DE INTERESSE**

## **ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS**

### **QUADROS**

**Quadro I** – Posição relativa de alguns países europeus quanto ao estado de saúde, à resposta em serviços e à justiça da contribuição financeira

**Quadro II**- Ganhos de saúde possíveis antes dos 65 anos de idade

**Quadro III** – Desenvolvimentos na Saúde em Portugal. Comparação entre 1970 e 1997  
(Continente e Ilhas)

**Quadro IV** – Recomendações da OCDE sobre a saúde em Portugal (1998) e seguimento em 2000

**Quadro V** – Organização central e regional do Ministério da Saúde - 23 dispositivos organizacionais autónomos dependem directamente do poder político

**Quadro VI** - Número de funcionários e agentes na Administração Pública

**Quadro VII**- Ministério da Saúde: Investimento em TIC's

**Quadro VIII** - Evolução do processo de contratualização

**Quadro IX** – Principais medidas para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

**Quadro X**- Principais iniciativas e oportunidades para uma reforma do sistema hospitalar público.

**Quadro XI** - Exemplo de estratégia de mudança - A implementação de “fundholding” em clínica geral e de “trusts” hospitalares, no SNS britânico

### **FIGURAS**

**Figura 1** - Satisfação dos doentes internados

**Figura 2** – Satisfação com os cuidados primários

**Figura 3** - Organização dos Cuidados de Saúde Primários nas grandes áreas metropolitanas

**Figura 4** – Evolução dos recursos humanos (médicos e enfermeiros)

**Figura 5** – Evolução da percentagem de despesa em saúde no PIB

**Figura 6**- Evolução dos orçamentos do SNS 1995-2001

**Figura 7** – Comparação da prescrição de cefalosporinas no ambulatório da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a do NHS Britânico

**Figura 8** - Cartão de Utente: evolução dos inscritos e da cobertura

**Figura 9** - Adopção progressiva da estratégia de saúde baseada em metas explícitas e quantificadas

**Figura 10** – Evolução dos resultados globais dos centros de saúde nas três avaliações (auto-avaliações de 1998 e 1999, e avaliação cruzada de 1999) - dados relativos a 62 Centros de Saúde

## **Introdução**

### **Uma análise independente dos interesses associados ao sistema de saúde.**

O ***Observatório Português dos Sistemas de Saúde*** (OPSS) procura contribuir para um melhor conhecimento das “agendas políticas” da saúde. Não toma, no entanto, posição sobre elas. Por outro lado analisa objectivamente a governação e a administração de saúde e os seus efeitos concretos na evolução do sistema de saúde português. O OPSS emite um juízo sobre esta matéria.

Uma das dificuldades em melhorar, mais rapidamente, o sistema de saúde português reside na falta de um conhecimento suficientemente preciso e partilhado sobre os principais determinantes da sua evolução. Este difere do simples enunciado dos sintomas do mal-estar que aflige a saúde e de algumas das suas causas mais próximas.

O “***Relatório de Primavera***”, que o OPSS passa a divulgar anualmente, tem os seguintes objectivos:

- Ⓜ Proporcionar uma análise contínua da evolução do sistema de saúde português, incorporando anualmente os factos mais recentes;
- Ⓜ Contrastar anualmente estes factos com as expectativas que resultam deste enquadramento;
- Ⓜ Formular hipóteses explicativas para a maior ou menor realização dessas expectativas;
- Ⓜ Aprofundar essas hipóteses explicativas sempre que a evidência disponível o permita.

Estes objectivos devem ser interpretados como fazendo parte de um propósito mais geral - o de proporcionar aos principais actores do sistema de saúde uma referência comum, rigorosa e independente, que facilite a comunicação e a concertação necessárias para promover políticas de saúde mais efectivas e o posicionamento de cada um face à sua experiência quotidiana em relação ao sistema de saúde.

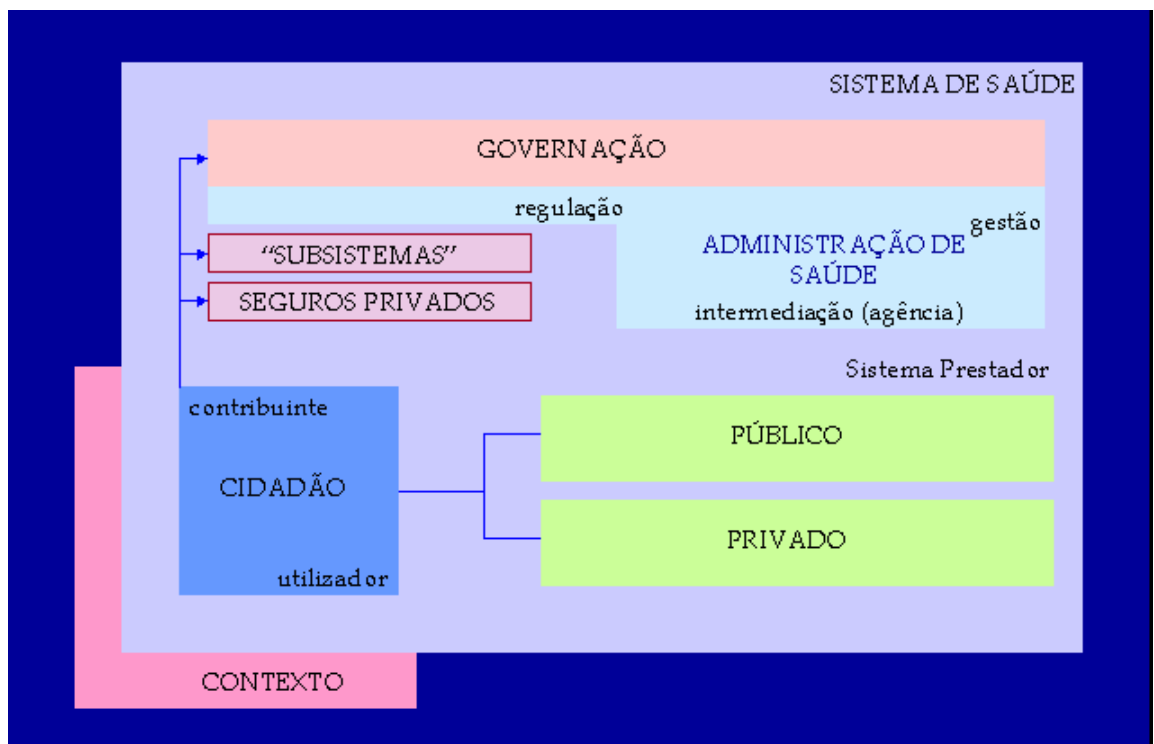
Nesta sua primeira edição, o Relatório dará especial relevo aos aspectos mais relevantes de política e administração de saúde analisados no contexto da evolução do sistema de saúde português, nos últimos 25 anos.

A realização deste propósito e dos objectivos que lhe estão associados suscita novos e importantes desafios metodológicos. O OPSS tem vindo a adoptar e continuará a desenvolver métodos de trabalho (ver Anexo I) que visam atender, simultaneamente, a duas necessidades distintas, de efeitos frequentemente contraditórios:

- Assegurar a produção de um conhecimento susceptível de comunicação efectiva - oportuno, rigoroso e conciso – produzido a partir do terreno e capaz de influenciar os actores;
- Garantir a independência desta análise em relação a qualquer interesse específico associado ao sistema de saúde.

O Relatório de Primavera tem duas componentes autónomas, mas relacionadas entre si: esta “síntese” que constitui essencialmente o instrumento privilegiado de comunicação, e um “documento de referência”, que desenvolve em mais detalhe e de uma forma referenciada os temas aqui tratados. Ambos estão acessíveis em [www.ensp.unl.pt](http://www.ensp.unl.pt).

## PARTE I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS



- **Objectivos do Sistema de Saúde**
- **Saúde e desenvolvimento**
- **Evolução nos últimos 30 anos:**
  - **Antes do 25 de Abril de 1974**
  - **Criação e desenvolvimento do SNS (1974-1985)**
  - **A Lei de Bases de 1990 (1985-1995)**
  - **As experiências mais recentes (1995-2001)**



**Os objectivos do sistema da saúde** – mais saúde, melhores serviços, maior justiça na contribuição financeira.

O OPSS adoptou como principal referência teórica para o seu trabalho aquilo que a Organização Mundial de Saúde designou como os objectivos do sistema de saúde: *mais saúde, melhor resposta em serviços de saúde, uma contribuição financeira socialmente mais justa para a saúde.*

O sistema de saúde português realiza estes objectivos de forma significativamente diferente, conforme aparece descrito, de modo comparativo, no “World Health Report” de 2000 (Quadro I):

**Estado de saúde** – O estado de saúde dos portugueses corresponde ao grau de desenvolvimento do País (29º entre 191 países, em saúde, OMS; 27º em desenvolvimento entre os países do mundo, segundo o índice de desenvolvimento humano do FNUAD, 2000);

**Resposta em serviços de saúde** – Está substancialmente abaixo do nível de desenvolvimento do país (38º entre 191 países), figurando entre os piores no que diz respeito aos países mais desenvolvidos (os primeiros 50).

A classificação de Portugal na realização dos objectivos “melhorar a saúde” e “melhorar a resposta em serviços” piora, em termos comparativos, quando se introduzem aspectos distributivos (equidade);

**Justiça da contribuição financeira** – No que diz respeito à realização deste objectivo o País afasta-se ainda mais dos valores característicos dos países mais desenvolvidos (60º entre 191 países). Neste aspecto Portugal situa-se, claramente, abaixo dos valores que caracterizam os países mais desenvolvidos.

Qualquer reforma na saúde deve ter em linha de conta não só a melhoria na realização destes objectivos, mas também um maior equilíbrio entre eles.

***O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde***

**Quadro I** – Posição relativa de alguns países europeus quanto ao estado de saúde, à resposta em serviços e à justiça da contribuição financeira

	SAÚDE		RESPOSTA		JUSTIÇA FINANCEIRA
	Nível	Distribuição*	Nível	Distribuição*	
Austria	17	8	12-13	3-38	12-15
Bélgica	16	26	16-17	3-38	3-5
Dinamarca	28	21	4	3-38	3-5
Finlândia	20	27	19	3-38	8-11
França	3	12	16-17	3-38	26-29
Alemanha	22	20	5	3-38	6-7
Grécia	7	6	36	3-38	41
Irlanda	27	13	25	3-38	6-7
Itália	6	14	23-23	3-38	45-47
Luxemburgo	18	22	3	3-38	2
Holanda	13	15	9	3-38	20-22
<b>Portugal</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>53-57</b>	<b>58-60</b>
Espanha	5	11	34	3-38	26-29
Suécia	4	28	10	3-38	12-15
Reino Unido	14	2	26-27	3-38	8-11

**Fonte:** World Health Report, 2000

- Por distribuição, entende-se a distribuição de cada um dos atributos (saúde e resposta dos serviços) dentro de cada país/em cada população.

**A saúde dos portugueses** – A influência dos comportamentos

Portugal obteve ganhos de saúde significativos ao longo das últimas três décadas. Continua, no entanto, a persistir um nível importante de morbilidade e mortalidade antes dos 65 anos, que é susceptível de ser melhorado, associado a acidentes, suicídio (sobretudo por patologia mental), a alguns tipos de cancro, a doenças circulatorias, a infeções e a asma e outras doenças respiratórias. Muita desta morbilidade e mortalidade é susceptível de intervenções preventivas, de promoção da saúde e de terapêuticas efectivas. A sobrevivência mais prolongada está frequentemente associada a incapacidade e dependência em grau variável, em particular entre os idosos.

Se considerarmos os resultados de Portugal, relativamente à mortalidade, e os compararmos com o melhor resultado observado nos Estados Membros da União Europeia, ficamos com uma ideia dos importantes ganhos que ainda podemos obter através de investimentos em saúde integrados numa dinâmica de desenvolvimento (*Quadro II*).

**Quadro II-** Ganhos de saúde possíveis antes dos 65 anos de idade

INDICADOR DE SAÚDE OU PROBLEMA	RESULTADO PARA OS AMBOS OS SEXOS		
	a. Melhor Resultado * na UE	b. Valor * Portugal	Ganhos Potenciais ** (%)
Esperança de vida à nascença	79,3 Suécia	75,3	<b>5,3</b>
Taxa de mortalidade perinatal	5,4 França	5,9	<b>33,9</b>
Taxa de mortalidade infantil	3,6 Luxemburgo	6,4	<b>43,9</b>
Baixo peso à nascença (%)	3,5 Luxemburgo	6,9	<b>49,3</b>
Taxa de mortalidade materna (mulheres)	0,0 Grécia e Luxemburgo	5,3	<b>100</b>
Mortalidade prematura por acidentes de viacção	6,1 Holanda	17,27	<b>64,7</b>
Mortalidade prematura por cancro	61,2 Finlândia	77,3	<b>20,8</b>
Mortalidade prematura por cancro dos pulmões	11,5 Finlândia e Portugal	11,5	<b>0,0</b>
Mortalidade prematura por cancro da mama (todas as idades)	12,9 Grécia	25,0	<b>48,4</b>
Mortalidade prematura por doença isquémica cardíaca	12,7 França	19,0	<b>33,2</b>
Mortalidade prematura por AVC	7,3 França	21,3	<b>65,7</b>
Mortalidade prematura por suicídio	2,9 Grécia	4,2	<b>45,2</b>
Mortalidade prematura por diabetes mellitus	1,6 França	4,7	<b>66,0</b>
Mortalidade prematura por asma, bronquite e enfisema	0,2 Grécia	1,7	<b>88,2</b>

**Fonte:** OMS, 1998; (\*) Taxas de mortalidade por 100 000 habitantes (menos de 65 anos), padronizada para a idade; (\*\*) Ganhos ajustados à estrutura e dimensão da população portuguesa =  $|b-a|/b$

As causas de mortalidade mais relevantes em Portugal apresentam como principais determinantes comportamentos como, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicod dependência, inactividade física. Muitas vezes estes comportamentos inserem-se em más condições ambientais, baixo nível socio-económico e serviços de saúde inadequados. Os indicadores apontam para a importância de valorizar estratégias activas de promoção da saúde e de prevenção da doença, sem negligenciar os cuidados curativos.

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

O Inquérito Nacional de Saúde, a cargo do Observatório Nacional de Saúde (Instituto Ricardo Jorge) e que privilegia o cidadão como fonte directa de informação, tem reforçado esta percepção, nomeadamente ao detectar um peso elevado de incapacidade física de longa duração, acompanhando o desejável aumento da longevidade.

#### **Saúde e desenvolvimento – Portugal no contexto Europeu**

O desenvolvimento está associado ao nível da riqueza que o País é capaz de produzir, ao grau de qualificação da sua população (educação) e aos seus padrões de comportamento. Nestes aspectos Portugal tem um considerável atraso em relação a muitos dos países do espaço Europeu em que se integra.

Na década de 90, o nível de vida das famílias portuguesas, em geral, registou uma melhoria significativa, com uma aproximação dos padrões de consumo nacionais aos padrões médios comunitários, ainda que acompanhados de algum agravamento das assimetrias na distribuição do rendimento e por um aumento da pobreza. Indicadores macro-económicos expressam uma aproximação da estrutura das despesas de consumo em Portugal à dos países da UE e uma elevação dos níveis médios de conforto e de bem estar da população.

Em 1998, o PIB *per capita* medido em Paridade de Poder de Compra (PPC) representava 72,5% da média comunitária, quando em 1986 o valor era de 55,1% (Departamento de Planeamento e Prospectiva, Ministério do Planeamento, 1999). O Consumo Privado por habitante, em PPC, representava 75,1% da média comunitária em 1998.

A produtividade média nacional em 1998 não ultrapassava os 63,9% da média comunitária, mas é relativamente à qualificação dos recursos humanos que Portugal atingiu superior divergência estrutural. Nos últimos anos, tem havido uma evolução positiva dos níveis de qualificação da população, mas, apesar dos progressos alcançados, ainda apresentava em 1996 uma taxa de analfabetismo de 10,4%.

O agravamento das assimetrias, no que se refere à distribuição do rendimento, contribuiu para um aumento da pobreza, que persiste elevada e superior aos níveis médios da UE. Portugal apresentava, em 1994 (Eurostat), a maior taxa de pobreza referente aos agregados domésticos privados (26%), bastante acima da registada para a Dinamarca, que tinha a mais baixa taxa de pobreza (8%) e próxima das da Grécia (23%), do Reino Unido (23%) e de Espanha (20%). A taxa de pobreza, em Portugal, aumentou na primeira metade da década de 1990 passando de 19,1%, em 1990, para 22,5%, em 1995.

Nesta década, novas dimensões de pobreza se têm destacado, especialmente as associadas a alterações ocorridas no mercado de trabalho. Aos casos específicos de maior vulnerabilidade à pobreza, as famílias cuja cabeça de casal é mulher, reformado ou idoso, deverão ainda adicionar-se os jovens, as minorias étnico-culturais e os "sem-abrigo".

Colocam-se, pois, novos/velhos problemas à capacidade de resposta do sistema de saúde, nomeadamente os que respeitam: (i) a uma desigual distribuição dos recursos humanos, que penaliza as áreas rurais e as áreas mais pobres; (ii) à existência de barreiras ao acesso à medicina familiar e a cuidados de saúde básicos e (iii) à provisão limitada de cuidados de saúde domiciliários e continuados a idosos, deficientes e doentes crónicos.

A “convergência” com o resto da Europa Ocidental é, deste há algum tempo, considerada um dos mais importantes desígnios nacionais. De certa forma, este desígnio parece moldar as expectativas dos portugueses, mas nem sempre são claras as suas implicações: (i) abordar em simultâneo aspectos de desenvolvimento que aconteceram afinal de um modo sequencial em países mais desenvolvidos; (ii) encontrar um nicho próprio nas diferenciações de trabalho no espaço da União Europeia; (iii) ausência de convergência “obrigatória” na saúde, mas convergência noutros aspectos que influenciam a saúde. De facto, parece estar a emergir uma economia europeia da saúde – pressões macro-económicas, “preçário EURO” para os cuidados de saúde, cuidados de saúde “transfronteiriços” no espaço europeu. Apesar do “peso” crescente da Europa, em Portugal o pensamento na saúde continua quase que exclusivamente “nacional”.

### **Evolução do sistema de saúde português** – importantes ensinamentos do passado.

Um melhor conhecimento da evolução do sistema de saúde português, e dos principais factores, internos e externos, que mais têm influenciado o seu desenvolvimento, permite explicar melhor a sua configuração actual, e também identificar e compreender mais facilmente as oportunidades e os obstáculos para a sua transformação.

Como ponto de partida, é importante ressaltar que, durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização (1974), entrada na CEE (1986) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Durante este período, ocorreram enormes mudanças na população, na saúde e nos recursos que foram atribuídos, conforme ilustra o *Quadro III*.

**Quadro III** – Desenvolvimentos na Saúde em Portugal. Comparação entre 1970 e 1997 (Continente e Ilhas)

	<b>1970</b>	<b>1997</b>
Mortalidade Infantil (‰)	58,6	5,8 (1998)
N.º de internamentos (entradas)	618.664	1.142.925
N.º de médicos inscritos	8.156	30.431
Partos hospitalares (%)	37,5	98,9
População (nº de residentes)	8.668.267	9.979.450

**Fonte:** INE

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

Todos estes aspectos devem ser levados em linha de conta, quanto se prefiguram expectativas quanto à evolução de sistemas sociais complexos como é o da saúde.

#### **A saúde em Portugal antes do 25 de Abril – várias vias sobrepostas**

Em 1969, Armstrong andava na superfície lunar, enquanto um ano antes, em Maio de 68, os mais jovens anunciavam nas ruas de Paris o fim da modernidade: “ É proibido proibir!”. Nessa altura, em Portugal, morriam no primeiro ano de vida 6 em cada 100 crianças nascidas vivas e a classe dirigente de hoje entrava para a Universidade, enquanto que uma parte considerável dos dirigidos da época não sabiam ler nem escrever.

No sector da saúde, coexistiam varias instituições com raízes diferentes na história do País, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma:

- As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País.
- Os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo “postos das caixas”), prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios).
- Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).
- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos (poucos) grandes centros urbanos.
- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados.

Como é característico dos países menos desenvolvidos, as profissões da saúde, principalmente os médicos, adaptaram-se às limitações económicas no sector da saúde (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970) e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações – como, por exemplo, o hospital público, os postos médicos dos SMS, os “subsistemas”, a clínica privada - de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

A reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971 – que incluía os Centros de Saúde de 1ª geração – constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. No entanto, durante os 8 anos que mediaram entre 1971 e 1979, nunca foi completamente implementada.

### **A saúde em Portugal durante a consolidação da democracia (1974-1985) – O Serviço Nacional de Saúde.**

A adopção e implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, está associada à democratização do País. As circunstâncias dessa democratização marcaram o desenvolvimento do SNS nos seus primeiros anos. Resumimos a seguir aquelas que são mais relevantes para o entendimento da situação actual do sistema de saúde português.

Dois aspectos fundamentais caracterizaram a *configuração do SNS*:

- *O financiamento* a partir do orçamento geral do estado (em 1976) – não se tratou tanto de uma “transferência” mas de um novo financiamento. Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS. Tal expansão fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70;
- *A integração das várias estruturas* de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975; a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos SMS só tiveram lugar em 1984. Pode assim dizer-se que o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado. Mesmo assim, e mais uma vez, não o foi completamente – faltou um elemento importante com implicações para o futuro: a Administração Central do SNS.

A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado. Integra-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986). Houve no entanto uma diferença importante entre o primeiro e os três últimos – nestes teve lugar num clima de pós-democratização, num período de maior radicalização política, pelo que a sua aprovação foi pouco consensual, ao contrário do que aconteceu em Itália.

Em Portugal uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” - ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português.

Alguns subsistemas de saúde mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS.

A criação da carreira de clínica geral teve lugar nestas circunstâncias – a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais dos SMS, sem qualquer investimento na simultânea transformação destas, teve consequências negativas e duradouras no acesso e na eficiência dos cuidados de saúde primários.

### ***O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde***

A principal consequência deste conjunto de situações foi uma grande debilidade estrutural na construção do SNS:

- frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS;
- um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” (como forma de atenuar os efeitos da “fractura” acima referida) e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam.

Em resumo, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do País (a evolução dos indicadores não se pode atribuir unicamente ao SNS, mas ao conjunto do processo de desenvolvimento em que este se insere) e permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde.

As limitações associadas ao contexto económico, social e cultural em que o SNS foi criado e onde se desenvolveu, marcaram mais a sua evolução do que as eventuais insuficiências daquilo que tem de essencial a ideia de um SNS. O SNS mudou radicalmente a cobertura do País em serviços de saúde, mas só parcialmente superou “as várias vias sobrepostas” que caracterizavam a saúde em Portugal antes de 1974.

### **Saúde em Portugal entre 1985 e 1995, num contexto internacional liberalizante – A Lei de Bases da Saúde de 1990.**

As crises económicas dos anos 70, relacionadas principalmente com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A viabilidade dos “regimes de bem-estar” foi posta em causa. O salto qualitativo na CEE, com a entrada dos países do sul e do norte e a queda do muro de Berlim devem também ser mencionados como parte deste contexto.

Os sistemas de saúde centrados em dispositivos integradores, como os SNS do Reino Unido, dos países nórdicos e dos países do sul da Europa, foram também postos em causa:

- os seus modelos de financiamento foram vistos como inadequados: advogou-se um aumento do financiamento privado (maior contribuição do “orçamento” das famílias);
- os procedimentos de responsabilização pela boa utilização dos recursos colectivos apontaram-se como pouco rigorosos: propôs-se uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde;



### ***Conhecer os Caminhos da Saúde***

- os serviços de saúde apresentaram-se como excessivamente ineficientes: defendeu-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, facilitado por um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde.

Portugal acabava de se integrar na CEE e vivia um período de crescimento económico e de estabilidade política. Os governos passaram a ser de legislatura, começa a haver governos com apoio maioritário no Parlamento.

Foi aprovada em 1990, uma Lei de Bases de Saúde, que se insere, na generalidade, nesta filosofia crítica. Pode-se no entanto dizer que o seu conteúdo é, ainda hoje, pouco conhecido. Uma das suas peças regulamentadoras mais importantes – o Estatuto do SNS – foi aprovado apenas decorridos três anos.

Durante este ciclo e dentro da matriz filosófica geral proporcionada pela Lei de Bases de 1990, há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas:

- um primeiro, em que a ênfase foi posta na separação entre os sectores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos;
- um segundo tempo, em que essa preocupação se atenuou consideravelmente e a agenda predominante passou a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde;
- finalmente, um último período, em que esta ideia foi abandonada, tendo a agenda política passado a centrar-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

Apesar de importantes contribuições para a arquitectura do SNS, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as “unidades funcionais de saúde”, esta filosofia e os dispositivos normativos que a veicularam tiveram pouco impacto sobre o funcionamento dos serviços de saúde portugueses e não influenciaram os pilares que sustentavam as suas disfunções.

Numa linha de continuidade, houve mais investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões da saúde, e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde.

## **A experiências mais recentes na evolução do sistema de saúde (1995-2001)**

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro, com diferentes perspectivas em relação às políticas sociais. Trata-se mais de “reinventar a governação” num clima em que coexistem o moderno com o pós-moderno), do que confiar excessivamente nas virtualidades do mercado na saúde:

- reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais;
- incorporam-se nestas reformas alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (separação entre financiador e prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente;
- observa-se que é possível obterem-se melhores resultados actuando sobre as formas de contratualização e a organização da prestação, do que no binómio financiamento/pacote básico de cuidados;
- propõe-se uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e uma menor adesão a posições dogmáticas e preconceituosas.

No primeiro mandato do actual ciclo político, a saúde continuou a não ser uma prioridade de política social – as prioridades explicitadas foram a educação e o combate à pobreza.

No entanto, nestas como noutras circunstâncias, a não atribuição de prioridade política à reforma da saúde tem consequências relativamente claras - indisponibilidade para atribuir à saúde maior prioridade na distribuição dos recursos financeiros do OGE, com o fim de direccionar investimento político no sentido de mobilizar uma base social e política de apoio à reforma da saúde, indisponibilidade para correr riscos políticos com o aumento de tensões e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza.

Assim, o mandato do Ministério da Saúde pareceu ser o de tomar as medidas necessárias para melhorar progressivamente a situação da saúde, sem no entanto recorrer , durante essa legislatura às reformas estruturais necessárias – esta deviam, contudo, ser preparadas. A criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), em fins de 1995, e os termos em que é feita, reforçam esta interpretação. O CRES apresentou a sua análise e propostas definitivas em 1998.

Neste contexto, durante essa legislatura tem lugar um conjunto de iniciativas que, como noutros períodos, reflectem o clima social Europeu e a base de conhecimentos que se tem vindo a acumular sobre a reforma de saúde e que podem resumir-se em duas categorias:

- criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;

- inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde – hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRIs) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Os factores acima apontados, para além da falta de alterações nos dispositivos centrais e regionais do Ministério da Saúde e a decisão tardia sobre a formação dos dirigentes da saúde dificultaram a difusão da informação sobre a “reforma da saúde”, tornando lentos os primeiros passos da sua implementação.

O relatório da OCDE (1998) tomou nota de algumas das medidas tomadas, recomendou o seu reforço e fez o acompanhamento dessas recomendações até 2000 (Quadro IV).

**Quadro IV** – Recomendações da OCDE sobre a saúde em Portugal (1998) e seguimento em 2000

<b>Recomendações da OCDE (1998)</b>	<b>Medidas tomadas até 2000</b>	<b>Linhas de conduta a seguir</b>
Modificar a estrutura de gestão dos estabelecimentos de saúde públicos, para maior autonomia administrativa e responsabilidade financeira	Novo quadro regulamentar aprovado, prevendo a criação de equipas de gestão para os centros de saúde	Implementar o novo quadro e alargar as reformas à gestão hospitalar, aumentando a sua autonomia e a sua obrigação de prestar contas
Reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos de prestação, em função das necessidades de cuidados	Cinco Agências Regionais de contratualização foram criadas	Prosseguir o programa e criar rapidamente novas Agências
Dar aos hospitais o estatuto de empresas públicas	Experiências piloto, das quais uma com gestão privada	Alargar a experiência
Reforçar a função de “filtragem” dos médicos generalistas	Não foram tomadas medidas	Melhorar a coordenação entre os hospitais e os centros de saúde
Reforçar a componente de remuneração baseada no mérito	Modelo experimental voluntário em curso	Prosseguir a aplicação
Instituir o Cartão de Utente	80% da população terá o seu cartão de utente no fim de 1999	Prosseguir esta acção
Reexaminar o papel dos sub-sistemas	Iniciados estudos e negociações	Prosseguir a acção. Instaurar a transparência financeira

**Fonte:** Relatórios da OCDE sobre a saúde em Portugal (2001).

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

A segunda legislatura deste ciclo político, inicia-se em condições muito favoráveis:

- é constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca em área tão exigente como é a da saúde;
- inicia-se uma segunda legislatura com a mesma liderança política;
- o governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o conseqüente reforço das dotações financeiras;
- há um vasto conjunto de medidas de reforma recentemente estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação;
- existem condições políticas para mobilizar uma base de apoio.

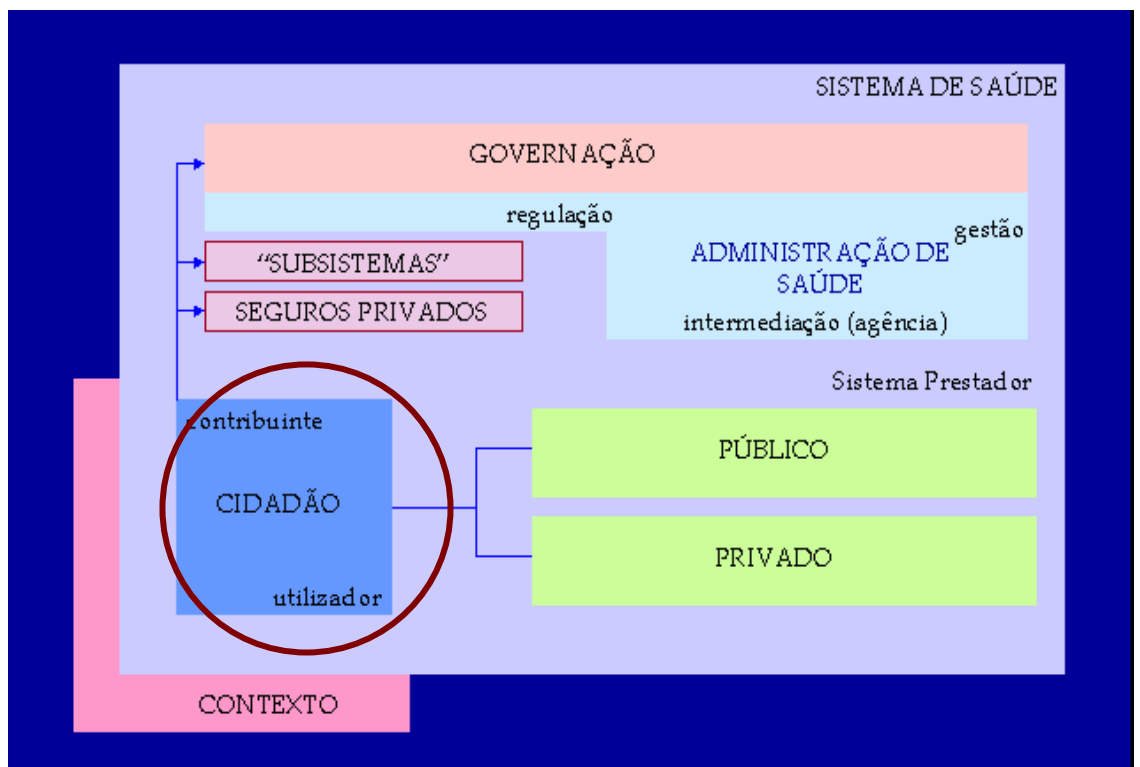
No entanto esta expectativa não se confirma durante o ano de 2000 e o primeiro trimestre de 2001:

- estabelecem-se metas desnecessariamente excessivas em aspectos de grande visibilidade, como são o financiamento da saúde e as “listas de espera”; tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer quadro de referência explícito; acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas da reforma antes preparadas.

O Observatório não está, actualmente, em condições de proporcionar uma explicação específica e fundamentada sobre as razões subjacentes à não realização destas expectativas. (Ver anexo II) Proporcionará, ainda assim, hipóteses explicativas mais genéricas, que decorrem dos padrões observados transversalmente aos três últimos períodos históricos descritos.

Dada a curta duração do período de observação e a sua proximidade no tempo, o OPSS será meramente factual e não desenvolverá hipóteses explicativas em relação aos factos observados.

## PARTE II - SAÚDE E CIDADÃO



- **Cidadania e informação**
- **Cidadania, representação e escolha**
- **Satisfação do utilizador**

## **Saúde e cidadão**

Não é possível reformar a saúde sem alterar consideravelmente a relação do cidadão com o seu sistema de saúde. Situar “o cidadão no centro do sistema de saúde” constitui uma ideia com um conteúdo objectivo. Esta não é uma questão retórica. Existem instrumentos concretos que permitem realizá-la.

Em relação ao **direito à informação**, esta tem que passar a ser encarada como instrumento de democratização e não numa moda tecnologicamente neutra. A concepção de que a reforma da saúde é essencialmente uma questão de financiamento, organização e gestão dos serviços que permitam uma melhor resposta àquilo que as pessoas necessitam, e que isto é possível sem alterar consideravelmente as relações do cidadão com o seu sistema de saúde, não tem fundamento. O cidadão português tem pouca informação em relação ao sistema de saúde de que é contribuinte e utilizador. No que se refere à informação, os serviços de saúde não lhe reconhecem a propriedade.

O **direito de escolha** nos serviços de saúde é, frequentemente, espartilhado por obstáculos administrativos, muitas vezes desnecessários.

No respeitante ao **acesso** aos cuidados de saúde, e não referindo a falta de resposta do sistema, quantificada pelo número de cidadãos à espera de uma consulta ou de uma intervenção cirúrgica, há a salientar a falta de transparência destas mesmas listas de espera. O cidadão quando entra numa qualquer lista de espera não é informado de qual a sua posição nessa lista ou do tempo de espera previsível. No caso específico do Programa de Promoção do Acesso (1999) e embora esteja previsto um relatório de dois em dois meses a enviar pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República sobre a situação das esperas cirúrgicas, isso não tem sido cumprido, sonhando-se uma vez mais, mesmo que de uma forma indirecta, a informação aos cidadãos.

Não se assegura a possibilidade de **reclamação** sem sofrer consequência indesejáveis e a escolha em relação ao acesso aos serviços de saúde continua a sofrer obstáculos administrativos desnecessários. Os mecanismos de intervenção do cidadão, a título individual, seja através do Gabinete do Utente (1986), do Livro de Reclamações (1996) ou outras, consubstanciam uma componente importante na auscultação do sentir da população decorrente do contacto com os serviços e envolvem quer o Estado e instituições prestadoras, quer as próprias Autarquias, também por força de diploma de defesa do consumidor (1996).

A **participação** dos cidadãos, através da realização da democracia económica, social e cultural e do aprofundamento da democracia participativa (Art. 2º da Constituição da República Portuguesa) é um marco importante na concepção do Estado de Direito. Este desiderato assume-se, não só como simples objectivo constitucional, mas como elemento essencial ao próprio conceito global de Estado de democracia plena ou de direito democrático e social. Surge como uma ferramenta que se insere numa vasta mudança da governação, como resultado de preocupações económicas, de necessidades e exigências diferentes dos cidadãos, bem como da quebra de confiança na Administração Pública, não sendo ainda indiferente às consequências da globalização da economia.

É considerada como um dos elementos fundamentais da concepção actual da gestão dos serviços de saúde, é a materialização da centralidade no cidadão, numa aproximação estratégica multidimensional.

As várias instâncias de participação dos cidadãos previstas pela Lei de Bases da Saúde (1990) e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993) distribuem-se segundo os níveis nacional, regional, concelhio e das instituições prestadoras: a nível nacional, existe o Conselho Nacional de Saúde, um órgão de consulta do Governo (Base VII); a nível regional, o Conselho Regional de Saúde que se constitui como um órgão consultivo das ARS (Art. 10º do ESNS); a nível concelhio, as Comissões Concelhias de Saúde são órgãos de consulta das ARS (Base XXVI e Art. 11º do ESNS); finalmente, a nível das instituições prestadoras, há nos hospitais os Conselhos Gerais, órgãos de participação e consulta (Art. 1º, 2º e 25º a 27º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro) e, nos Centros de Saúde, os Conselhos Consultivos (Art. 19º, 28º e 29º do DL n.º 157/99).

No entanto, não são conhecidos do grande público, em geral, os resultados do funcionamento destas instâncias, as matérias alvo de debate e as respectivas consequências.

Ainda no que respeita à participação dos cidadãos, foram criados os Sistemas Locais de Saúde (1999) onde se prevêem funções, de novo, consultivas do Conselho Geral (Art. 7º, 11º e 12º), existindo mesmo a integração de um elemento do poder local no Conselho Coordenador (Art. 8º). Este poderia ser um passo decisivo na alienação democrática do poder burocratizado da Administração Pública, partilhando-o com os cidadãos. Todavia, o congelamento, na prática, desta iniciativa concorre para manter o encerramento do âmbito da esfera pública nos seus profissionais.

No direito de **representação** pode-se citar os pequenos avanços seguidos de recuos a que assistimos nos últimos anos, principalmente no que respeita à função de agência e às comissões de acompanhamento. Uma das funções atribuídas às Agências de Contratualização foi a de entidades intermediárias entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, desenvolvendo instrumentos de contratualização que se constituem como modelos de desintervenção do Estado, ainda que na sua própria esfera (Moreira, V, Marques, M, 1998).

Também no âmbito da implementação das Agências, foi criada uma instância onde a vontade dos cidadãos fosse decisiva e que se constituísse como uma faceta da desejável participação do cidadão no sistema. Foi o caso das Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde (CAESS), unidades que englobavam representantes da Agência com funções de negociadores com as instituições de cada unidade de saúde e elementos representativos da população dessa mesma área, sejam as autarquias, sejam organizações de adesão voluntária: de defesa do consumidor, Ligas dos Amigos dos Hospitais, Misericórdias, etc.

O esvaziamento do processo de contratualização e das Agências tem estado a colocar em risco o próprio direito de representação dos cidadãos. De entre estes, os doentes crónicos mantêm-se organizados em associações de doentes, apresentando-se mais como instrumentos de pressão para a obtenção de benefícios fiscais ou de tratamento, do que como organizações de incentivo à participação dos cidadãos na área da saúde da sociedade portuguesa. Paralelamente, o voluntariado está a dar passos muito firmes, especialmente quando ligado a hospitais centrais ou oncológicos.

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

Para além disto, metodologias desenvolvidas e validadas sobre estudos de **satisfação** só muito recentemente, com o apoio de algumas regiões e sub-regiões de saúde e com a actuação do Instituto da Qualidade em Saúde, começaram a ser implementadas, embora ainda não de uma forma sistemática. Nas restantes estruturas do Ministério, este direito dos cidadãos de serem ouvidos relativamente à qualidade dos cuidados prestados continua a ser ignorado.

Para os referidos estudos de satisfação e de uma forma conceptual, há que ter em conta três grupos diferentes de fontes de informação (UE e OMS Europa). São elas (i) o cidadão em geral – o público – de quem se espera uma perspectiva mais global do sistema de saúde e da respectiva prestação de cuidados, (ii) o cidadão doente utilizador dos serviços de saúde e que, como consequência da sua experiência, possui uma perspectiva mais próxima da realidade em relação aos cuidados prestados e, finalmente, (iii) o cidadão utilizador frequente, doente crónico, que tem maiores preocupações de gestão da sua doença, de autonomia e que recorre ao sistema e aos serviços de saúde com grande regularidade. Por isso, tem uma maior dependência dos serviços e faz um outro tipo de exigências.

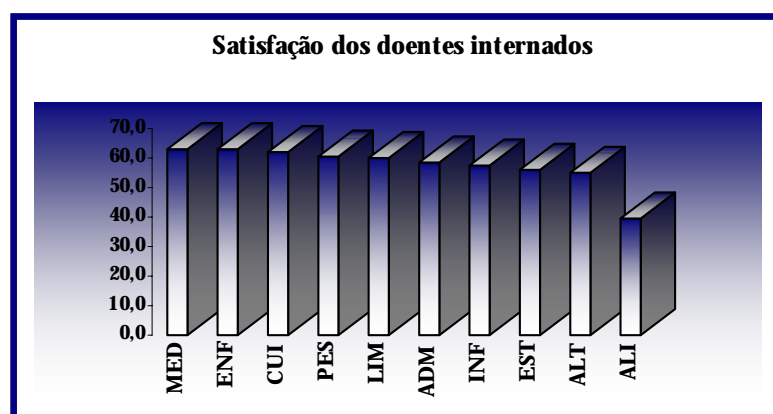
Analisando o primeiro grupo de cidadãos – o público – os últimos dados disponíveis (Mossialos E, 1997) colocam-nos a par da Itália, com a pior satisfação dos países da União Europeia face ao sistema de cuidados de saúde, com 59,3% da população a considerar-se muito ou ligeiramente insatisfeita. Provavelmente por esta mesma razão, 38,3% consideram haver necessidade de alterações fundamentais e 31,8% acham que o sistema deve ser completamente reconstruído.

No entanto, já em relação aos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde e tendo em conta o perfil dos portugueses que recorrem aos serviços de saúde, a visão que podemos ter é ligeiramente diferente. Assim, há uma clara distinção entre a satisfação dos portugueses face à relação que esperam e conseguem estabelecer com os prestadores directos de cuidados, nomeadamente os médicos, e as condições físicas, de organização e gestão segundo as quais os cuidados são prestados. Nesta última categoria incluem-se condições de marcação e de espera de consultas e de intervenções cirúrgicas, tão penosas para os cidadãos.

Assim, na área do internamento hospitalar (ver Figura 1), os médicos (MED), os enfermeiros (ENF) e os cuidados diários (CUI) são as áreas às quais estão associados valores mais altos de qualidade. Por fim, a área menos associada à qualidade é a da alimentação (ALI) (Ferreira PL, Raposo V, 2000). Há ainda, no entanto, muito espaço para melhoria e para os benefícios que é possível esperar de uma reestruturação e de uma melhor organização dos serviços.



**Figura 1** - Satisfação dos doentes internados

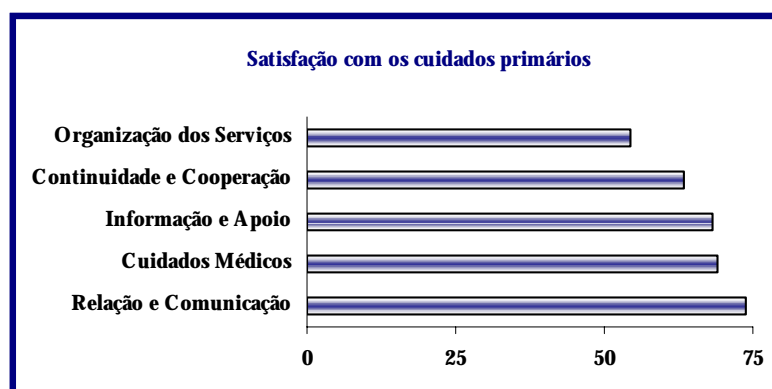


**Fonte:** Ferreira PL (1999)

Não podendo ignorar que a satisfação também depende das expectativas dos cidadãos e que estas expectativas estão relacionadas com o nível de participação, os utentes dos centros de saúde têm avaliações particularmente positivas acerca da interação com o seu médico de família, quer em termos humanos, quer em termos técnicos.

É interessante, no entanto, ver que os aspectos relacionados com a gestão e organização dos serviços obtiveram, de novo, avaliações mais negativas, como é o caso dos tempos de espera, da acessibilidade, da disponibilidade e da organização dos serviços, como se pode ver na Figura 2.

**Figura 2** – Satisfação com os cuidados primários

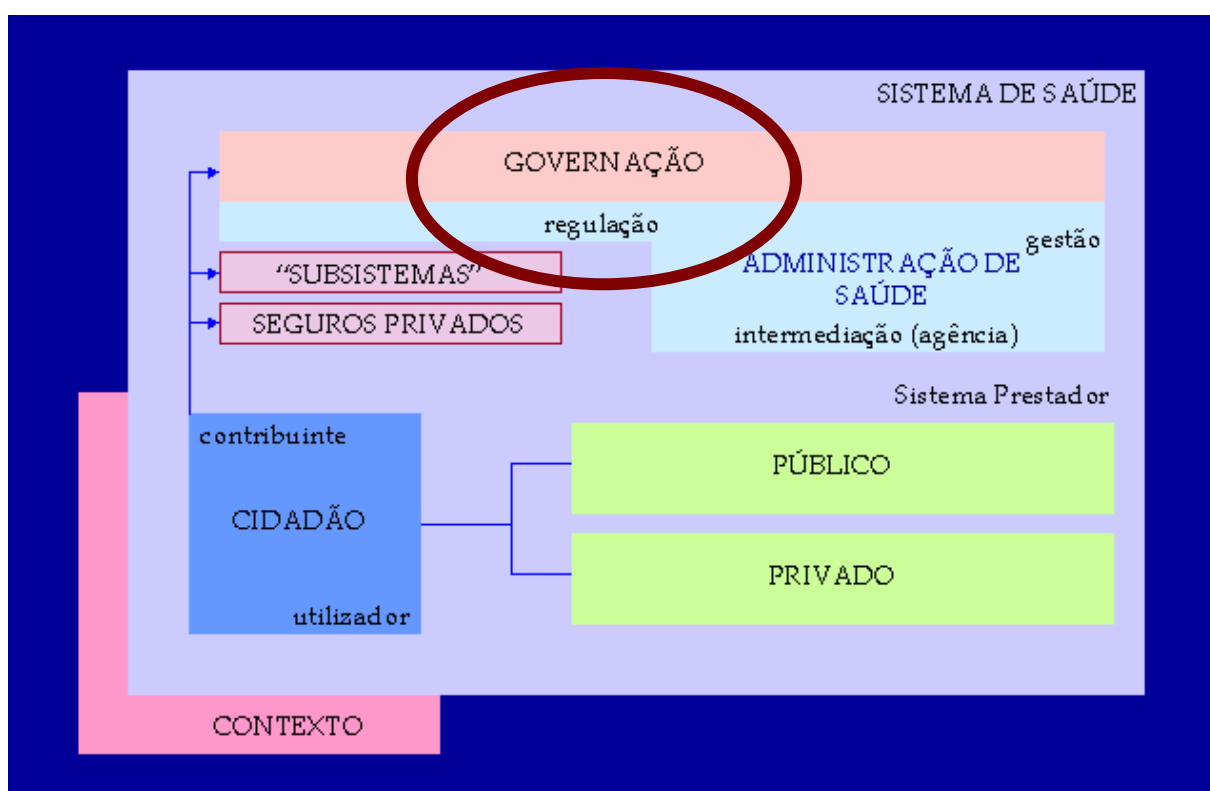


**Fonte:** Ferreira PL (1999)

Sem atribuir mais **poder ao cidadão** – informação sobre a realização dos objectivos do sistema de saúde e sobre o acesso e a qualidade de cuidados de saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação face aos resultados – a reforma da saúde em Portugal será difícil de realizar.

### PARTE III

#### SISTEMA POLÍTICO E A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE



- **As agendas políticas**
- **A governação da saúde**
- **Liderança e políticas públicas**
- **Formulação de políticas e capacidade estratégica**
- **A descontinuidade nas políticas de saúde**
- **Os problemas de implantação**
- **Enquadramento dos actores sociais**
- **Clima de confiança**
- **A importância do conhecimento.**

## **Sistema político e a governação – da debilidade das políticas públicas à pouca importância dada ao conhecimento**

A análise da evolução dos sistemas de saúde ajuda-nos a distinguir as **agendas políticas** da **acção de governação e administração da saúde**.

As oscilações das **agendas políticas** de um ciclo político para outro são compreensíveis e inevitáveis. São influenciadas por um conjunto de factores, alguns deles exteriores ao País, reflectindo os interesses e pontos de vista das bases sociológicas das forças no poder. Em relação às agendas políticas a análise do OPSS tem como objectivo explicitá-las o melhor possível, disponibilizando “*base de evidência*” que permita sustentá-las. O OPSS não toma posição em relação às agendas políticas na saúde.

Este é um tempo em que a crise dos sistemas políticos, medida pelo crescente desinteresse dos cidadãos pelo processo político, e a questão da governabilidade (a capacidade de conduzir politicamente sociedades pluralistas num contexto cada vez mais globalizado) abrem caminho à procura de formas mais efectivas de **governação da saúde** (“*governance*”/governança).

Mas será possível analisar a qualidade da governação na saúde, disciplina de elevada complexidade, sujeita a uma exposição fortemente mediatizada e a constantes apreciações, com distintos graus de fundamentação e conhecimento de causa, por parte dos mais variados interesses? É de facto possível, e é também necessário fazê-lo. Para fazer esta apreciação é no entanto necessário adoptar um processo rigoroso e qualificado na sua apreciação.

Sem governação efectiva será sempre de esperar que o que acaba por acontecer resulta do poder relativo dos vários actores sobre o terreno e não de uma acção colectiva norteada pelo interesse comum. Isso é particularmente verdade para os sistemas de saúde da actuais e muito particularmente para o português.

A análise da evolução do sistema de saúde português durante os últimos 25 anos e das “*políticas de saúde*” que lhe estão subjacentes, mais ou menos explicitamente, revela quão sérias são as questões da governabilidade e da governação na saúde. Tal parece resultar, principalmente, do facto de os *sistemas políticos tenderem a subestimar drasticamente as exigências específicas da governação da saúde*.

Há que contar com as “*especificidades*” do sistema de saúde:

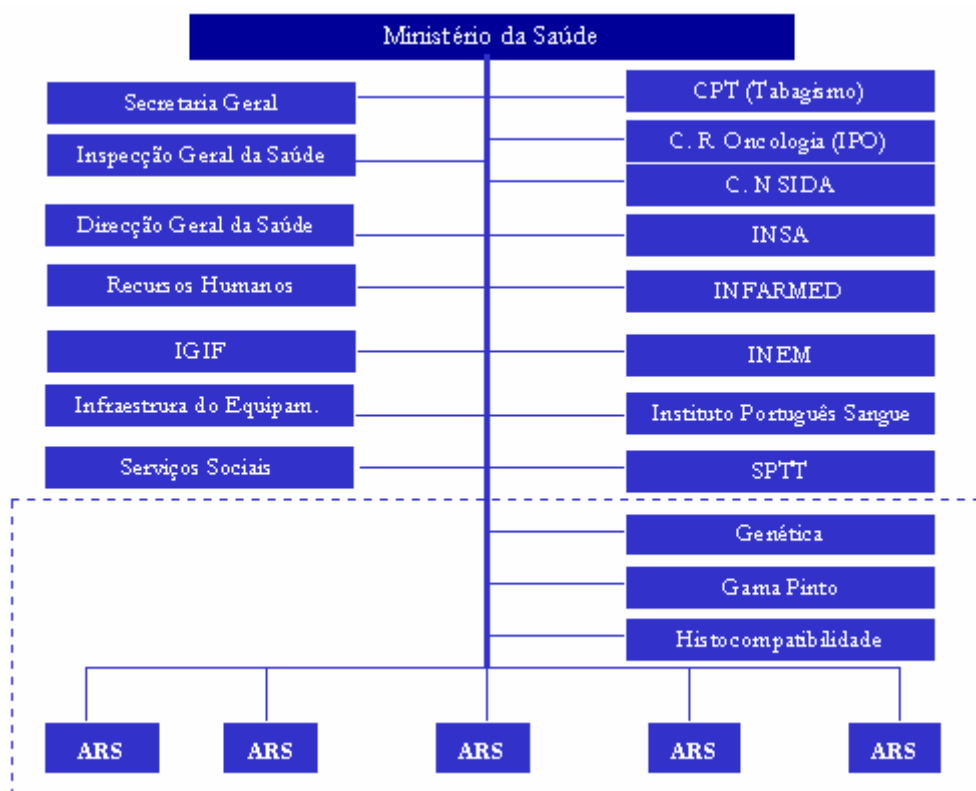
- carácter essencial para as pessoas, suscitando valores de solidariedade
- importância da relação de confiança entre quem precisa e quem presta cuidados;
- grandes recursos e interesses financeiros (mais de 1 000 milhões de contos só do Orçamento Geral do Estado);
- sector prestador de dimensões consideráveis (mais de 111 000 pessoas só nos SNS), onde coexistem pressões de gestão racional com culturas de autonomia profissional;
- profissões cuja influência social real ultrapassa em muito a sua posição formal;

***O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde***

- tecnologias que se desenvolvem e mudam rapidamente e cujo acesso equitativo representa um grande desafio para a administração em saúde.

Nos sistemas políticos o investimento e a competência nas questões “*de distribuição do poder*” parecem superar em muito as capacidades de análise e condução estratégica, de formular e implementar políticas públicas, de utilizar inteligentemente o conhecimento e de organizar a governação. O Quadro V representa 23 dispositivos organizacionais autónomos, que respondem directamente ao poder político desde há longos anos, tem impedido uma maior responsabilização e uma mais eficiente coordenação, indispensáveis na administração da saúde portuguesa.

**Quadro V** – Organização central e regional do Ministério da Saúde - 23 dispositivos organizacionais autónomos dependem directamente do poder político



Estas fragilidades resultam, com frequência, numa acção governativa centrada em prioridades que consomem a energia política disponível, mas que se revelam pouco viáveis no contexto em que se propõem, ou por uma “listagem de medidas” fora do quadro de uma estratégia específica de reforma.

Está hoje reaberto o debate sobre a natureza da **liderança nas políticas públicas de saúde** (“*stewardship*”). Esta liderança é vista por alguns como “*a de uma governação que, dedicada ao bem estar das populações, se preocupa com o sentimento de confiança e legitimidade com que as suas acções são vistas*” (Saltman, 2000) e integra a ética de governação e a capacidade de organizar essa governação de forma efectiva - no desenho do sistema, na importância atribuída ao cidadão, na existência de uma regulação social real.

A questão da **formulação de políticas e de capacidade estratégica** é particularmente importante. É aparente a falta de políticas de saúde explícitas nos diferentes sectores do sistema político, com fundamentação técnica adequada e base social de apoio real que as sustente. Isto resulta, em grande parte, da ausência de “*centros*” de análise e orientação estratégica nos sistemas políticos. Consequentemente, observa-se baixa qualidade técnica, escassa credibilidade social e efectividade política dos principais veículos da formulação e insuficiente/desadequada implementação de políticas adoptadas. As mesmas limitações influenciam a qualidade dos debates eleitorais e parlamentares.

O que parece mais saliente, e é facilmente documentável na caracterização da governação da saúde nos últimos 25 anos, é a **descontinuidade das orientações e prioridades** adoptadas por diferentes Ministérios da Saúde num mesmo ciclo político.

São muito evidentes as **dificuldades de implementação** das “*políticas de saúde*”, mesmo quando já expressas em normas legislativas formalmente aprovadas. Constituem disso exemplo os centros de saúde de 3ª geração e o regime remuneratório experimental dos clínicos gerais.

Sabe-se que na implementação das políticas de saúde é contraproducente o desenvolvimento de medidas desgarradas do contexto estratégico estabelecido. É necessário actuar num grande número de questões concretas, de uma forma rigorosamente concertada, de modo a fazerem sentido no seu conjunto. Uma das chaves fundamentais da governabilidade da saúde está na (in)existência de capacidades técnicas e políticas e de instrumentos de informação, comunicação, negociação e decisão indispensáveis para este tipo de concertação.

As dificuldades de implementação têm igualmente a ver com três tipos de situações que dificultam a administração e a gestão dos serviços de saúde: a falta de uma clara distinção a) entre *o sistema político e a administração pública*, b) entre *o financiador e o prestador* e c) entre *o público e o privado*.

O **enquadramento dos actores sociais** é de vital importância para a governação da saúde. Contribuem para os objectivos da organização de saúde através de contribuições os cidadãos, os profissionais de saúde, os que organizam e gerem, os que desenvolvem, vendem e distribuem tecnologias e medicamentos, os que constroem, os que transportam, os que ajudam a comunicar, entre muitos outros.

### *O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*

Estas contribuições suscitam e veiculam um grande número de interesses legítimos: justa retribuição, formação adequada, garantia da qualidade, utilização eficiente dos recursos, estabilidade nos compromissos, inovação nos procedimentos, escolha informada, exercício de direitos e obrigações, entre muitos outros.

Muitos destes interesses, mesmo sendo legítimos, estão longe de estar satisfeitos e não podem sê-lo, simultaneamente, de forma adequada. Para o efeito, é necessário hierarquizá-los e fasear a sua satisfação no tempo.

Este é um desafio particularmente transcendente. Requer uma exigente articulação entre a capacidade técnica de fundamentar prioridades, uma direcção estratégica capaz de proporcionar uma síntese viável e uma acção política ágil no tempo, da negociação e da decisão.

O estudo e enquadramento dos actores sociais da saúde constitui hoje um dos aspectos fundamentais da governação. É necessário que esta se faça de uma forma profissional – tal como actuam os agentes económicos mais importantes na área da saúde – utilizando técnicas elaboradas de “*stakeholder analysis*” e “*political mapping*”, entre outras.

*Só assim será possível compreender melhor as agendas dos actores tradicionais* – as estratégias comerciais da indústria farmacêutica, os posicionamentos tácticos das ordens e sindicatos profissionais e *conhecer em detalhe os novos actores* – a estratégia empresarial da ANF, o papel de instituições como o IPE e a “Fundação para a Saúde” e a expansão de grupos empresariais importantes na área da saúde.

Os actores sociais mais influentes estudam cuidadosamente o Estado. O Estado não faz o mesmo.

Transformações desta envergadura, mesmo que tenham lugar de uma forma progressiva, são particularmente difíceis fora de um **clima de confiança**.

É necessário um clima que reforce o sentido de pertença que as profissões da saúde têm em relação às suas instituições e a confiança do cidadão no seu sistema de saúde – um clima de confiança que permita uma justa medida de contratualização nas relações da saúde, a vários níveis.

De acordo com as recomendações contidas no estudo exploratório sobre “*Comunicação no sistema hospitalar do SNS português*” (P. Moreira, 2001), pode ler-se: “Não sendo possível separar a imagem dos responsáveis políticos dos esforços de mudança da lógica do SNS a nível nacional, portanto do grande público, torna-se imperioso que a nível interno (profissionais) se crie outro simbolismo: mais duradouro, menos “politizado”, que possa garantir adesão maciça à mudança. A percepção de falta de continuidade dos órgãos de decisão encerra em si uma infinidade de “sementes” de atitudes negativas para com os sempre renovados discursos de mudança (...) o SNS devia ter um departamento de comunicação a gerir estes processos de disseminação de novas ideias...”

No passado recente, dois episódios de efeitos prolongados – as acusações à indústria farmacêutica sobre relações eticamente condenáveis com alguns médicos, e a “greve *self-service*”, espoliaram a nossa comunidade de capital social crítico necessário para a reforma da saúde.

A confiança, adquire-se passo a passo. Alimenta-se com um grande número de pequenos sucessos cumulativos que se configuram a partir de uma direcção persistente. Perde-se com a desorientação e as manifestações de mal-estar.

Com excepções pouco frequentes **a informação e o conhecimento têm hoje pouca importância** na condução do sistema de saúde.

Nos últimos anos foram elaboradas e divulgadas por quatro entidades diferentes contribuições substantivas para a reforma da saúde no País, cuja natureza está intimamente associada ao estatuto e ao mandato de cada uma delas: O relatório do *Conselho de Reflexão sobre a Saúde “Recomendações para uma Reforma Estrutural” (1998)*, o relatório da *OCDE sobre a avaliação da economia portuguesa*, que inclui uma componente sobre o sistema de saúde (1998), a versão final da *Estratégia de Saúde do Ministério da Saúde para 1998-2002 – “Saúde, Um Compromisso” (1999)* e a *Auditoria ao SNS do Tribunal de Contas (1999)*. No essencial, há uma considerável convergência de pontos de vista neste conjunto de análises, propostas e iniciativas.

Parece existir uma forte coincidência de análise sobre a necessidade de fazer a “reforma” ou a “refundação” do Serviço Nacional de Saúde, sobre as principais linhas de força desta reforma.

E, no entanto, esta espécie de “plataforma comum” informal tem tido muito menos utilidade efectiva do que aquilo que seria, à primeira vista, razoável supor. Dois aspectos poderão ajudar a entender esta constatação.

O primeiro, tem que ver com o facto de importantes líderes de opinião continuarem a emitir os seus pontos de vista, tanto no âmbito de debates de natureza técnica como na própria comunicação social, sem qualquer referência às análises disponíveis.

O segundo, relaciona-se com a cultura predominante no sistema político. Uma observação atenta quer da elaboração do pensamento político, quer nos programas políticos que precederam e acompanharam o acto eleitoral de Outubro de 1999, mostra a irrelevância das análises expressas nos trabalhos acima referidos e as iniciativas concretas que os acompanharam.

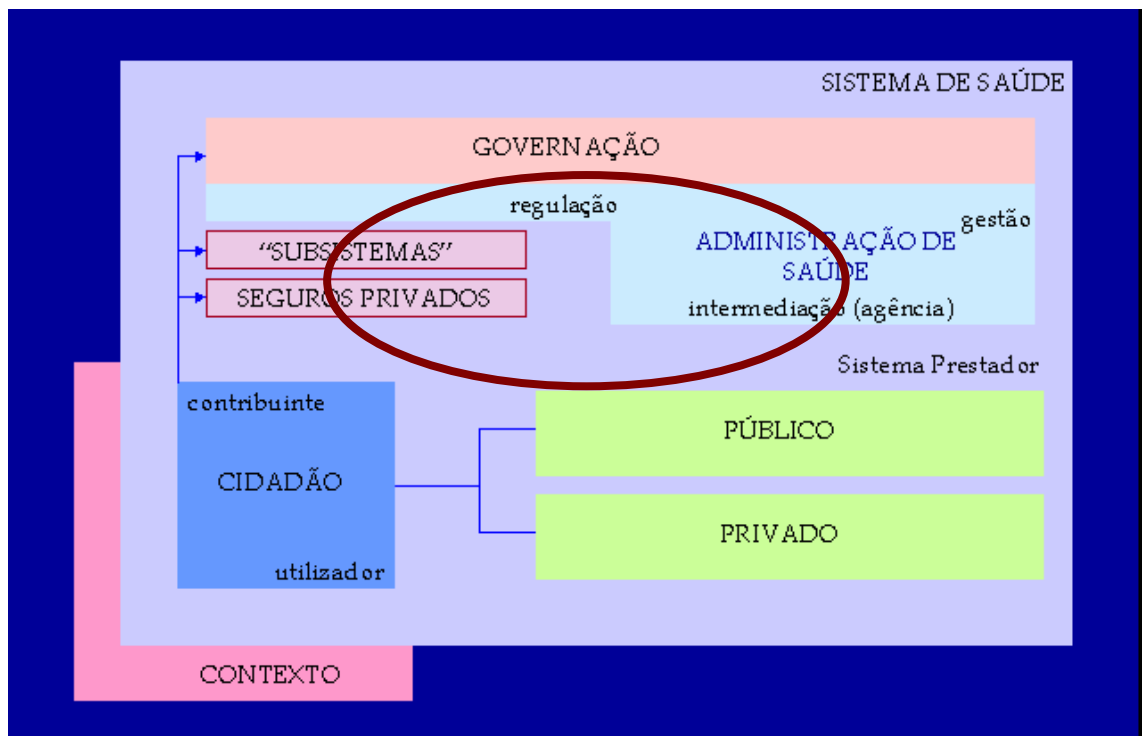
Na sociedade da informação e do conhecimento estes comportamentos serão cada vez mais penalizantes. A gestão da informação e do conhecimento, na Europa em geral, faz parte das grandes preocupações e é objecto de grandes investimentos.

A criação do SNS, em 1979, consagrou uma linha de acção – financiamento, expansão dos serviços públicos de saúde, carreiras profissionais de saúde – que permitiu, durante os últimos 25 anos, uma transformação radical na capacidade do sistema de saúde português.

A este aumento de extensão e capacidade não tem correspondido, pelo menos a partir de certa altura, uma melhoria concomitante no acesso equitativo dos portugueses a cuidados de saúde de qualidade.

*Síntese*

**PARTE IV- ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE , SUBSISTEMAS E SEGUROS PRIVADOS**



- **A administração pública na saúde**
- **Recursos humanos, financiamento, medicamento e informação**
- **3º pagador público – o grande ausente**
- **Subsistemas e seguros privados**



## **A administração pública na saúde: déficit de diferenciação, qualificação e democratização**

A expansão da Administração Pública (AP) portuguesa nos últimos 25 anos coincide, naturalmente, com o desenvolvimento tardio no nosso País de um regime de bem-estar próprio das sociedades europeias avançadas. O crescimento dos recursos humanos foi de cerca de 200% (quadro VI) e as despesas públicas com pessoal, em % do PIB, passaram de 10,5 (1975) para 15,1 (2000), valor significativamente acima da média europeia (11,2).

**Quadro VI** - Número de funcionários e agentes na Administração Pública

Sectores	1968	1979	1983	1986	1988	1991	1996
Administração Central	155 213	313 820	344 428	384 448	405 034	418 868	478 181
Administração Local	41 542	58 266	75 876	79 873	80 334	90 864	111 606
<b>Administração Pública (Total)</b>	<b>196 755</b>	<b>372 086</b>	<b>420 304</b>	<b>464 321</b>	<b>485 368</b>	<b>509 732</b>	<b>589 787</b>

**Fonte:** Pessoa de Amorim, in "O Emprego Público", INA, 1997

À saúde e à educação, correspondem cerca de 75% da administração pública (Pessoa de Amorim, 1997). E, no entanto, não existem praticamente mecanismos de partilha de experiências numa agenda de modernização administrativa com tantos pontos de interesse em comum (particularmente no que diz respeito às fórmulas de descentralização de gestão das unidades prestadoras e aos processos de contratualização entre financiadores e prestadores).

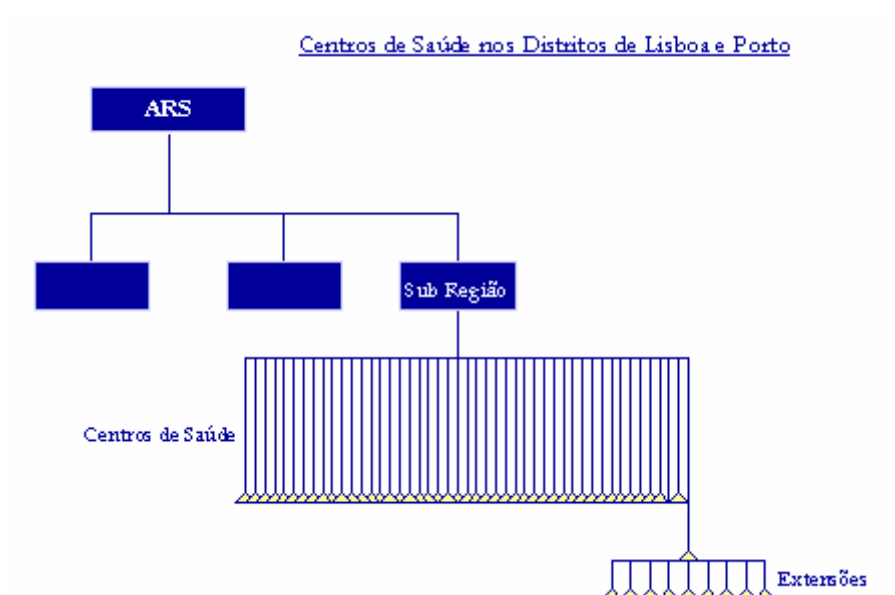
Uma parte substancial da reforma da saúde confunde-se com a reforma da administração pública na saúde. A **expansão** do sistema de saúde português, nos últimos 25 anos, tem sido acompanhada pelo crescimento da administração pública na saúde. No entanto, a expansão desta não tem sido acompanhada por uma adequada diferenciação, qualificação e democratização.

A administração pública na saúde **diferencia-se** essencialmente em quatro funções de características muito diversas: a *regulação*, a *gestão* (planeamento e investimento, macro-gestão de recursos), a *intermediação* (a função de agência ou intermediação do cidadão) e a função *de prestação de cuidados de saúde*. Enquanto que esta última está consideravelmente desenvolvida no sistema de saúde português, as três primeiras, por se encontrarem pouco diferenciadas, sofrem de grandes limitações. A actual estrutura organizacional central e regional do Ministério da Saúde é um bom exemplo disso.

A **qualificação** da administração pública da saúde sofre também de grandes limitações, pois tem dificuldade em adoptar dispositivos adaptados à especificidade da saúde, tais como: Regime Remuneratório Experimental (RRE), Hospital Empresa, Contratualização (co-responsabilização). A Figura 3 ilustra a persistência nos serviços de saúde de formas disfuncionais de gestão e organização inqualificáveis em termos de exigências mínimas de tais funções.

### *Síntese*

Existem legislação e instrumentos de gestão para alterar esta situação, mas ainda não estão a ser aplicados.



**Figura 3** - Organização dos Cuidados de Saúde Primários nas grandes áreas metropolitanas

A escolha do pessoal dirigente e a sua formação específica, a formação continuada, a garantia de qualidade, a utilização da informação e do conhecimento e os critérios e práticas de avaliação do desempenho na administração pública da saúde, situam-se a um nível incompatível com as exigências de um sistema de saúde actual.

No que concerne à **democratização**, pode ilustrar-se através de uma das conclusões do relatório de auditoria ao SNS do Tribunal de Contas (1998): “Em nenhuma das instituições auditadas se verificou quaisquer diligências no sentido da auscultação periódica da opinião dos utentes sobre os serviços habitualmente por eles utilizados, no que se refere ao seu funcionamento, atendimento, serviços prestados, etc., mediante a realização de inquéritos devidamente concebidos, junto da população utilizadora dos serviços”.

A **empresarialização**, tal como a **desintervenção**, para conseguir os seus objectivos, requer o enquadramento proporcionado por um dispositivo regulador competente, próprio de uma administração pública diferenciada, qualificada e democratizada.

É sob essa perspectiva que algumas das empresarializações em curso na Saúde têm que ser vistas.

## **Gestão dos recursos humanos, financiamento, medicamentos e sistemas de informação – as “impressões digitais” das debilidades políticas e do actual modelo de administração pública na Saúde.**

Alguns aspectos da administração pública da saúde são especialmente apropriados não só para ilustrar as principais questões que a afectam, mas também para acompanhar e monitorizar a sua reforma.

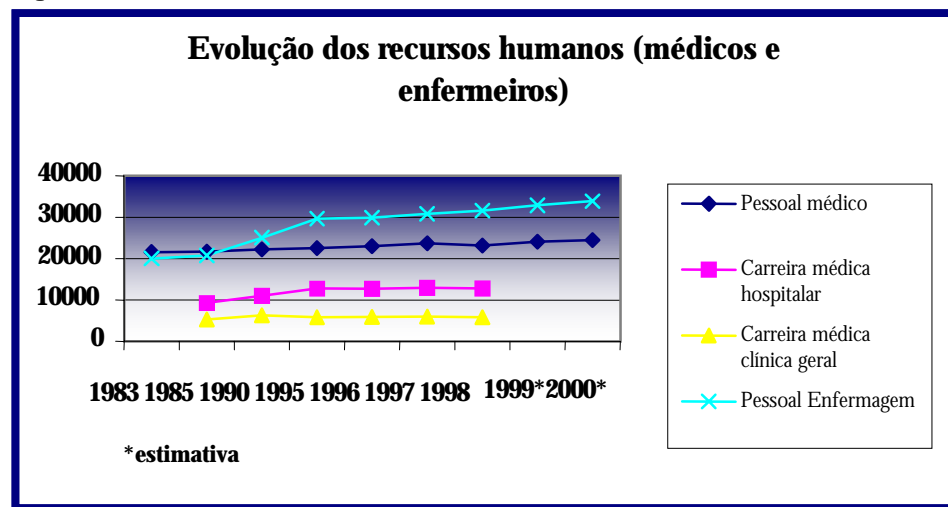
### **Gestão dos Recursos Humanos**

Não há, possivelmente, manifestação mais patente da debilidade das políticas públicas no País durante os últimos 25 anos, do que a incapacidade de prever com rigor e influenciar decisivamente o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde – a marcada carência de profissionais de enfermagem, a **falta relativa** de médicos e o desequilíbrio entre o número de médicos de clínica geral e o de especialistas hospitalares (Figura 4 ), para referir algumas das questões mais evidentes.

As barreiras excessivas à formação dos profissionais de saúde de há dez anos atrás deram origem agora à necessidade de promover o recrutamento de profissionais de saúde noutros países. Existem poucos exemplos tão elucidativos de como é possível discriminar negativamente as oportunidades de promoção profissional de uma geração de jovens portugueses. Não basta hoje reconhecer o facto e minorar-lhe os efeitos – é igualmente importante perguntar pelos ensinamentos extraídos destes insucessos do sistema político e da administração de saúde. A resposta a esta pergunta poderá encontrar-se à volta da “reunião de Caparide” ( 1998 - primeira reunião em cerca de duas décadas entre responsáveis pelo Ministério de Saúde, do Ministério da Educação, das Universidades, das Faculdades de Medicina e da Ordem dos Médicos, sobre educação médica), da Resolução de Conselho de Ministros 139/98, das conclusões e propostas de várias comissões e grupos de trabalho relacionadas com a formação médica que tiveram lugar em 1998 e 1999 ( à semelhança de outras que tiveram lugar em períodos anteriores para analisar questões similares) e das limitadas consequências práticas destas iniciativas quase três anos volvidos.

Não existem indicações que se tenham tirado ainda as devidas conclusões destes acontecimentos sobre a forma de conduzir políticas intersectoriais desta envergadura e com estas consequências.

**Figura 4**



Fonte: DRHS, Recursos Humanos da Saúde, 2001

## Financiamento e Pagamento em Saúde

Na **componente do financiamento**, para além do **Ministério da Saúde**, que é o grande financiador dos serviços de saúde, coexistem vários **terceiros pagadores (subsistemas)**, oficiais e privados, que englobam vários sectores profissionais e que funcionam autonomamente ou através de acordos com os serviços que constituem o SNS, nomeadamente a ADSE, o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários, o Sindicato dos Bancários do Norte, Sul e Ilhas, os CTT – Correios de Portugal, S.A, a Portugal Telecom, S.A, os Serviços Sociais das Forças Armadas, etc.

O SNS é financiado directamente por impostos, contribuindo ainda os cidadãos com uma pequena fracção paga a título de taxas moderadoras. Em 1998, as despesas em investimento e em exploração do SNS representaram 66,9% do total das despesas de saúde (OCDE, 2000). Os orçamentos dos hospitais, incluindo os Institutos Portugueses de Oncologia e a Psiquiatria, representaram 52,9% dos custos globais e absorveram 53,6% do financiamento do SNS, constituindo a maior fracção das despesas públicas com cuidados de saúde (IGIF, 1998).

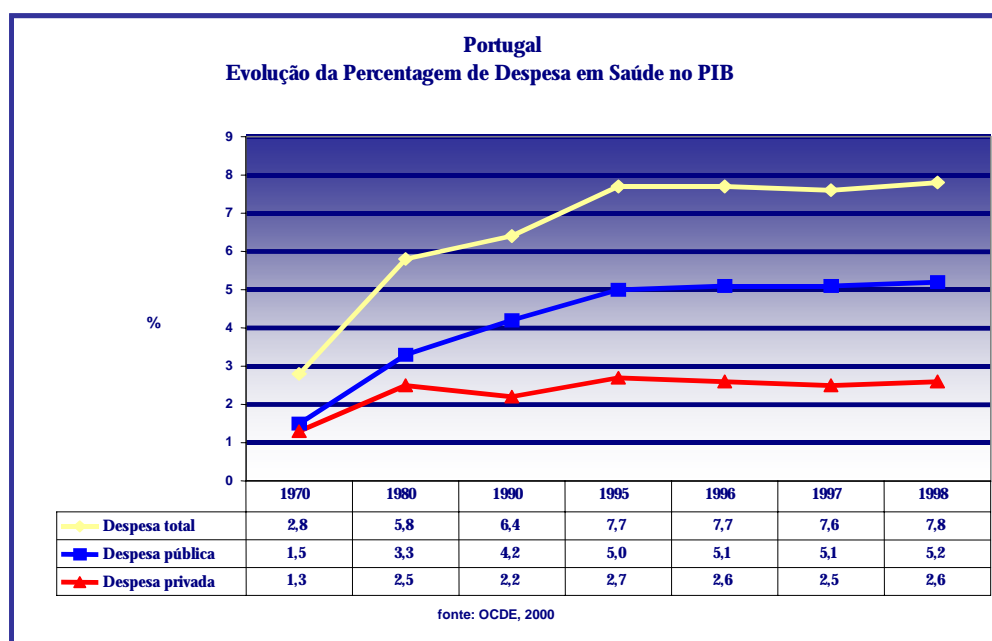
Actualmente, apenas 6,9% do financiamento do SNS (IGIF, 1998) é efectuada através de receitas próprias cobradas. Os hospitais públicos cobram cerca de 4,5% de receitas próprias, relativamente às suas despesas de exploração, sendo 3% provenientes da venda de serviços a subsistemas e o restante, de taxas moderadoras. Estas receitas são muito inferiores nos centros de saúde.

O crescimento médio das despesas com saúde tem vindo a aumentar a um ritmo de 0,2%, ao ano<sup>32</sup> desde 1970, situando-se em 1998 em 7,8% do PIB (OCDE, 2000), valor acima da média europeia, tendo o crescimento entre 1970 e 1980 sido muito elevado (passou de 2,8% para 5,8%) e entre 1990 e 1996 voltou a ter uma subida acentuada (1,3%). **Ver quadro 11.**

### O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O crescimento médio das despesas com saúde tem vindo a aumentar a um ritmo de, aproximadamente, 0,2%, ao ano, no período de 19970 a 1998 (Figura 5). Neste último ano, o valor do PIB da saúde foi de 7,8% (OCDE, 2000), valor acima da média europeia, tendo o crescimento entre 1970 e 1980 sido muito elevado (passou de 2,8% para 5,8%) e entre 1990 e 1996 voltou a ter uma subida acentuada (1,3%). É de referir que Portugal é o país da UE que apresenta, ainda, a maior componente de despesa privada em saúde, relativamente ao PIB (2,7%), como se pode verificar na figura 5.

**Figura 5**



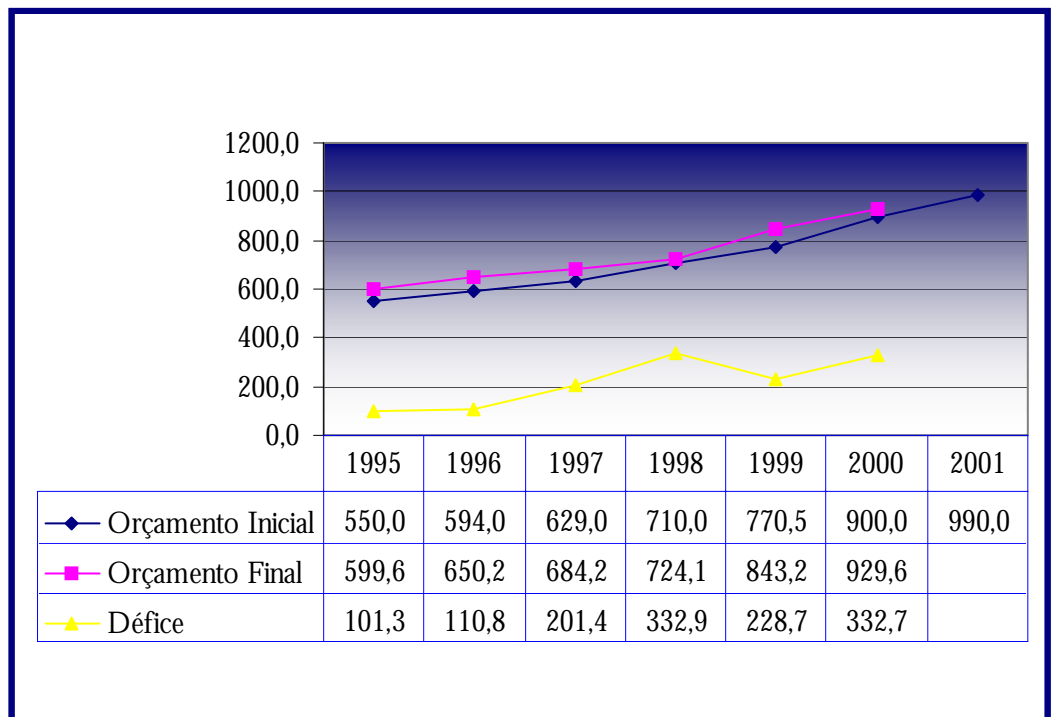
**Fonte:** OCDE, 2000

A inflexão verificada, em 1996, na percentagem privada do PIB (decece de 3,1 para 2,9), pode estar relacionada com a introdução da prescrição comparticipada nos consultórios médicos privados.

Os especialistas são unânimes em considerar que *a situação tende a piorar, caso não se introduzam alterações profundas*, quer ao nível do financiamento, quer ao nível da organização dos serviços. De acordo com Correia de Campos (2001) “A tendência anteriormente crónica para a sub-orçamentação, nos últimos dois exercícios, deu lugar a acréscimos cerca de três pontos acima da inflação... Sem se provar que os dinheiros concedidos estão a ser bem utilizados, não parece possível convencer os decisores a atribuírem mais recursos ao sector... Quanto às restantes medidas de natureza financeira, apesar do irrealismo das metas a atingir, as intenções do Ministério da Saúde, tal como foram divulgadas no debate orçamental do final de 2000, visavam alvos correctos. Mas as medidas são insuficientes, se não forem acompanhadas de uma reforma organizativa... É na reforma organizativa que pouco ou nenhum progresso foi registrado.” (Figura 6).

*Síntese*

**Figura 6-** Evolução dos orçamentos do SNS 1995-2001



**Fonte:** Relatórios e documentos do IGIFS

Ainda segundo aquele autor, “..estima-se que o SNS atinja um défice do exercício de 2001 no valor de 186 milhões de contos e um défice acumulado de 417,2 milhões de contos. ... a passagem para o ano de 2002 será agravada com um novo défice de exercício que pode levar o défice acumulado, em finais de 2002 a um valor superior à barreira psicológica dos 550 milhões de contos ... .”

O financiamento da saúde tem-se caracterizado por uma prática, já há longo tempo estabelecida, de coexistência entre orçamentos reconhecidamente insuficientes à partida, défices acumulados nem sempre rigorosamente assumidos e quase ausência de instrumentos de gestão e responsabilização capazes de alterar esta situação.

É possível fazer uma reforma do sistema de saúde sem pôr em causa o princípio da equidade, o desenvolvimento tecnológico e a qualidade dos cuidados. Segundo Robert Evans (2001) “ ... é falsa a argumentação segundo a qual, os países mais desenvolvidos terão que escolher entre baixar os padrões de qualidade dos cuidados para o conjunto da população, para além do tecnicamente admissível, ou aceitar um sistema a vários níveis, estratificado pela capacidade de pagar e financiado regressivamente (privadamente)... “.

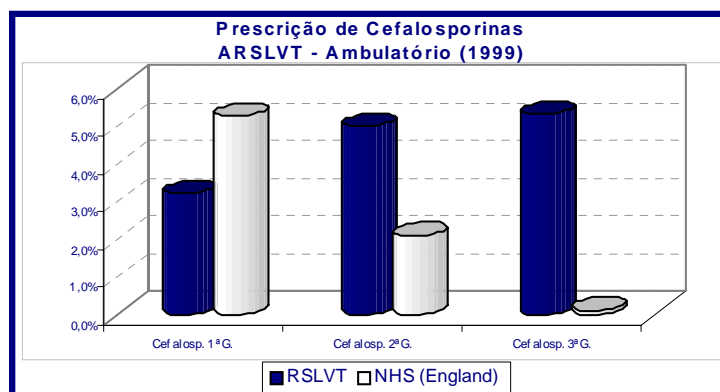
## Medicamentos

Portugal ocupa o primeiro lugar nas despesas com medicamentos, tanto em termos globais no que se refere à percentagem do PIB afectada a esta componente (que é de 2,1%), situando-se os restantes países entre os 0,7% (Dinamarca) e 1,7% (França), como na fatia que estes produtos absorvem do montante gasto em saúde (que é de 26,9%), sendo que os restantes países, em valor, oscilam entre os 20,7% (Espanha) e os 8,7% (Dinamarca).

A dimensão deste problema faz com que todos os países tenham vindo a desenvolver estratégias e instrumentos que visam influenciar o crescimento deste tipo de despesas. Estas situam-se quer do lado da oferta (como o controlo dos preços, a utilização de preços médios, a utilização de preços de referência, o desenvolvimento do mercado dos genéricos), quer do lado da procura (como a fixação de orçamentos globais por médicos, orçamentos indicativos ou restritivos para medicamentos, guiões ou orientações específicas, auditorias de prescrição, utilização do sistema de informação para monitorizar a prescrição, revisão de utilização dos medicamentos prescritos, incentivos salariais pagos a médicos e/ou farmacêuticos).

Comparando a utilização de um antibiótico como as cefalosporinas no ambulatório da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a prescrição do mesmo antibiótico no ambulatório do Serviço Nacional de Saúde Inglês (Canhota, C., Schiappa, M., 2001) observa-se que, no caso inglês, a utilização das cefalosporinas de 3ª geração reserva-se para a situações mais graves, não se utilizando praticamente em regime ambulatório, tal como é de boa prática. Isso não acontece no caso português (Figura 7). O padrão de prescrição de cefalosporinas em Portugal representa simultaneamente um problema de saúde pública (resistência aos antibióticos) e uma questão de gastos excessivos com medicamentos (utilização desnecessária de medicamentos mais caros).

**Figura 7** – Comparação da prescrição de cefalosporinas no ambulatório da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a do NHS Britânico



Fonte: SIARSLVT (2000) e Statistical Bulletin 2000/20 DH/U.K.

Os agentes económicos na área do medicamento, como noutras, definem metas comerciais e utilizam os instrumentos adequados à sua disposição para as atingir.

### *Síntese*

Não se observa o mesmo rigor por parte do SNS, como é evidente no caso das cefalosporinas – não se estabelecem metas concretas que traduzam expectativas razoáveis quanto à utilização dos medicamentos de forma a poder desenhar o “cocktail” apropriado de medidas (tanto em relação à oferta como à procura) que permita alcançá-las, assim como avaliar os seus resultados continuamente de forma a poder ajustá-las oportunamente.

O ênfase frequentemente posto no debate político numa ou outra medida da política do medicamento (como por exemplo, a introdução dos medicamentos genéricos) faz supor que estas possam representar o essencial da solução, quando de facto é mais uma questão de gestão global baseada no conhecimento preciso do que se passa no terreno e na efectividade real (empiricamente testada), dos meios de intervenção disponíveis.

### **Sistema de Informação**

A partir de 1998 é possível observar um forte acréscimo nos investimentos para a informação de saúde, quer em relação ao PIDDAC, quer em relação aos investimentos provenientes da EU (Quadro VII).

**Quadro VII**– Ministério da Saúde: Investimento em TICs

<b>Ano</b>	<b>Investimento total</b>	<b>FEDER</b>	<b>PIDDAC</b>
<b>1997</b>	1,000,950,898.75	800,760,719.00	200,190,179.75
<b>1998</b>	1,585,738,556.00	1,205,418,556.00	380,320,000.00
<b>1999</b>	2,289,657,317.00	1,324,692,317.00	964,965,000.00
<b>2000</b>	5,505,627,298.00	1,883,665,298.00	3,621,962,000.00
<b>2001/2006</b>	14,549,742,345.00	11,639,793,876.00	2,909,948,469.00
<b>Total</b>	<b>24,931,716,414.75</b>	<b>16,854,330,766.00</b>	<b>8,077,385,648.75</b>

Fonte: IGIF e DGS.

Assim, em relação ao PIDDAC o investimento quase que duplica de 1997 para 1998, e mais que duplica de 1998 a 1999.

No período de 1996-2000, todos os Centros de Saúde e Hospitais foram dotados de equipamento informático (hardware, software, redes internas e ligações à rede informática da saúde - RIS) que permitiria utilizar o número de utente/cartão de utente em todos os sectores administrativos e assistenciais.

De entre as iniciativas na área da informação em saúde são de salientar:



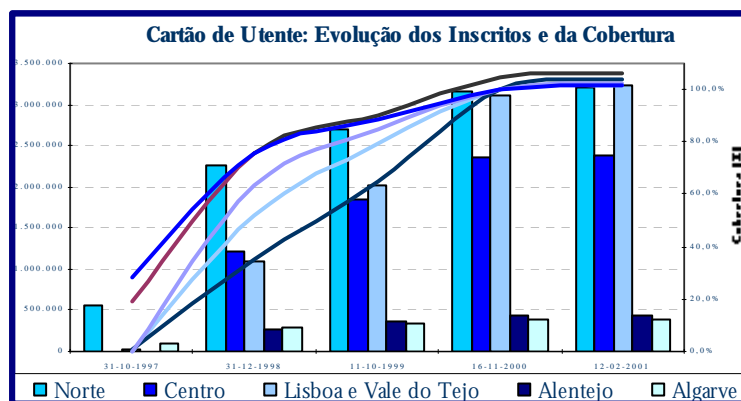
### *O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*

- criação de uma base de dados nacional com a informação básica de todos os cidadãos (independentemente de utilizarem ou não o Serviço Nacional de Saúde - SNS), transcrita para um Cartão de Utente com número único, com banda magnética, apoiada por software para os Centros de Saúde (SINUS) e Hospitais (SONHO) e ligada através duma rede de comunicações - RIS.
- criação de uma *datawarehouse* de base regional que integra toda a informação avulsa existente, numa 1ª fase com carregamento manual e gradualmente auto-carregável
- criação de sub-sistemas específicos (posteriormente integráveis naquela *datawarehouse*), permitindo o avanço mais célere de alguns programas:
  - Sistema de contratualização das Agências
  - Sistema de Promoção do Acesso (“*Listas de Espera*”)
  - Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA)
  - Sistema de acompanhamento das Convenções
  - Software para a área clínica da Medicina Geral e Familiar (módulo clínico do SINUS)

A grande maioria destas iniciativas foram implementadas.

A base de dados nacional do cartão de utente, para aceder aos cuidados de saúde, atingiu uma cobertura de cerca de 100% (ver Figura 8).

**Figura 8 - Cartão de Utente: evolução dos inscritos e da cobertura**



**Fonte:** IGIFS

O longo caminho percorrido no desenho e implementação do cartão do utente ilustra as dificuldades em operacionalizar instrumentos fundamentais para a execução das políticas adoptadas. Durante esse percurso, o cartão do utente foi perdendo alguns dos seus atributos mais importantes, como o de ser um dispositivo útil para o cidadão-utilizador. Deixou de ser do utente; passou a ser da administração

### ***Síntese***

(com evidente utilidade), pois o utente passou a ser penalizado se o não tiver, mas nem sente nenhum benefício pelo facto de o ter.

O cartão de utente foi tornado obrigatório em Abril de 2000.

Observam-se omissões significativas e evidentes dificuldades de integração entre os diferentes dispositivos em desenvolvimento. é o caso de aplicações hospitalares, como as de contabilidade, gestão de stocks, recursos humanos, GDHs e GDAs medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), que aguardam a referida integração. Quando é necessária informação integrada, esta é enviada em disquetes pré-formatadas a todas as instituições do SNS. No entanto a maioria dos hospitais ainda continua a utilizar as suas próprias bases de dados e nos centros de saúde ainda é solicitado o cartão antigo para transcrever o respectivo número para o novo cartão de utente. O módulo clínico do SINUS, essencial para aplicar mais facilmente o regime remuneratório experimental dos clínicos gerais, apesar de desenvolvido e testado, continua por implementar.

Falta estabelecer uma arquitectura para o sistema de informação da saúde, que facilite a integração dos dispositivos já desenvolvidos e que seja compatível com os traços gerais da reforma organizacional e de gestão do SNS. Se esta continuar por fazer, é razoável prever que os grandes investimentos feitos ou planeados não serão convenientemente aproveitados.

### **O grande ausente - O “3º pagador público” como agente/representante dos cidadãos**

Os regimes de bem-estar na saúde resultaram a partir dos fins do Séc. XIX na institucionalização obrigatória de intermediários (seguradores/3ºs pagadores públicos) entre os contribuintes que necessitavam de assegurar acesso aos cuidados de saúde e os serviços capazes de assegurarem esses cuidados. Estes “intermediários” públicos moviam-se num quadro de referência que integrava dois tipos de responsabilizações – a primeira em relação ao Estado que os tinha instituído como “terceiros pagadores”, a segunda em relação aos contribuintes de quem estes intermediários eram também agentes ou representantes.

No sistema de saúde português, como noutros, a primeira destas vertentes da responsabilização diluiu-se pela falta de diferenciação das funções de regulação, gestão e intermediação da administração pública na saúde e a segunda perdeu-se pela falta de distinção entre financiador e prestador, assim como pelo afastamento radical entre o contribuinte e o seu agente.

Não é de admirar, portanto, que um dos principais eixos das reformas dos sistemas de saúde na Europa, durante a última década, tenha sido exactamente o reforço ou reconstituição destas relações da responsabilização. Assim se assegura o “triângulo clássico” do regime de bem-estar na saúde: *cidadão – intermediário/agente – prestador*.

As principais alternativas para avaliação dos dispositivos organizacionais desta “função agência” que hoje se colocam, no contexto europeu, são: (i) mercado competitivo entre terceiros pagadores

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

públicos (Alemanha e Holanda) ou (ii) descentralização e democratização de um terceiro pagador único (Reino Unido e países nórdicos).

Os dispositivos de contratualização constituem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização teve início em 1996.

As recomendações do relatório do Tribunal de Contas (1999), na sua auditoria ao SNS, apontam para a necessidade de expandir o processo de contratualização: “... deverá rapidamente ser alargado a todas as instituições de saúde o mecanismo da *contratualização*, o qual permitirá ajustar o financiamento à produção, e, conseqüentemente, a fixação de metas da produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições. Em consonância com o referido, deverão ser instituídos mecanismos para a avaliação do desempenho dos responsáveis, e, bem assim, a criação dos meios adequados que permitam aferir a *performance* da gestão e, por conseguinte, os níveis de economia, eficácia e eficiência verificados nas instituições de saúde, tirando-se dos mesmos todas as conseqüências adequadas”.

Também nas recomendações da OCDE (1998) pode ler-se “... reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos de prestação em função das necessidades em saúde”; e no seguimento efectuado em 2000 por aquele organismo, pode ler-se “... prosseguir o programa da contratualização e criar rapidamente novas agências”.

O quadro seguinte, descreve a evolução do processo de contratualização no nosso País.

*Síntese*

**Quadro VIII** - Evolução do processo de contratualização

	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Organização</b>	Criação da Agência de Lisboa	Despacho <sup>(1)</sup> que institui as Agências  Criação das Agências do Centro e do Alentejo	Criação das Agência do Norte e do Algarve		
<b>Qualificação</b>		Seminário Internacional de Contratualização	Seminário Nacional das Agências		
<b>Informação</b>			Sistema de informação para Contratualização <sup>(2)</sup>		
<b>Coordenação</b>			Secretariado Técnico das Agências	Conselho Nacional das Agências <sup>(3)</sup>	
	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>

<sup>(1)</sup> Despacho Normativo n.º 46/97, de 11 de Julho de 1997; <sup>(2)</sup> Deslocado das agências e centralizado; <sup>(3)</sup> Despacho 6/99 -- Descontinuado

O processo de contratualização iniciou-se em 1996, com a criação da primeira agência de contratualização. As restantes (5 ao todo, uma em cada região), foram sendo criadas ao longo de 1997 e 1998. Simultaneamente foi sendo consolidado o processo, através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, através duma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (secretariado técnico das agências).

Importante foi a dinamização e o desenvolvimento do sistema de informação que permitiu encetar uma rigorosa análise dos dados dos orçamentos-programa e apoiar o processo de negociações e discussões, atendendo à diversidade de adaptações no terreno de uma política nacional.

O Despacho 6/99, que criou o Conselho Nacional das Agências, veio regulamentar as Agências de Contratualização, definindo o seu desenvolvimento e enquadramento.

### *O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*

Todas as indicações disponíveis apontam para uma marcada desaceleração do processo de contratualização em 2000 e 2001.

#### **Subsistemas e seguros privados**

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a (re)criação de **subsistemas de saúde** foi explicitamente aberta pela publicação do *D. L. n.º 401/98*. Passou a ser permitida a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira a estabelecer, em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir pelo Ministro da Saúde.

O relatório da OCDE (1998) chama a atenção para a importância dos subsistemas no sistema de saúde português: "Funcionando em paralelo com o SNS os sub-sistemas cobrem cerca de 25% da população e têm administrações autónomas... Os esquemas de seguro de saúde cobrem aproximadamente 10% da população, a maioria em seguro de grupo... As mutualidades cobrem 6-7% da população".

Com base no diploma atrás citado, foram celebrados protocolos com a Portugal Telecom (PT), Serviços de Apoio Médico-Social dos Bancários (SAMS) e Correios e Telecomunicações (CTT). O Estado transfere anualmente para essas entidades o valor correspondente a uma capitação de 29 contos por beneficiário de cada um dos subsistemas que, em contrapartida, passam a pagar integralmente o custo dos cuidados de saúde nos estabelecimentos públicos do SNS e deixam de beneficiar de medicamentos comparticipados pelo SNS.

Até à celebração destes protocolos, a articulação dos subsistemas com o SNS na prestação de cuidados de saúde caracterizou-se, genericamente, como suplementar do SNS.

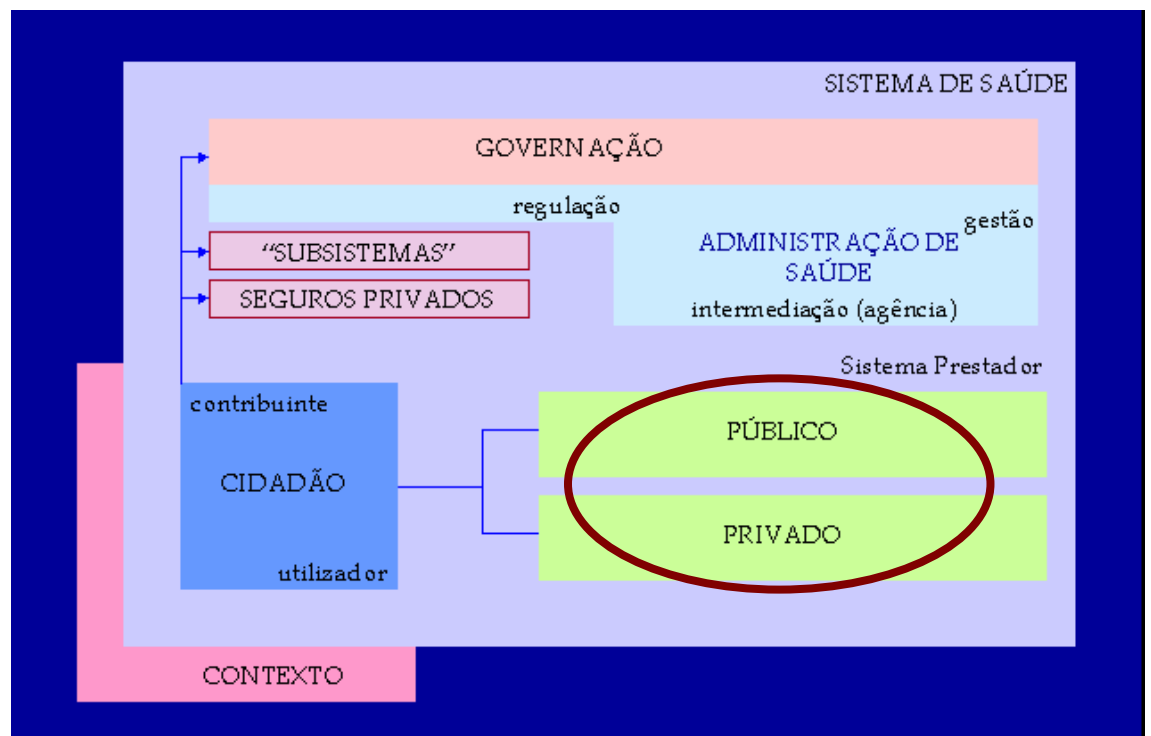
Por enquanto, os subsistemas aceitaram como contrapartida o valor capicional acima referido que, como é óbvio, não discrimina beneficiários por idade, sexo e morbilidade, mesmo considerando que os gastos actuais em saúde per capita se situam em torno dos 100 contos por residente. Não é linear que o SNS tenha capacidade reguladora suficiente para cobrar o que lhe é devido pelos subsistemas de saúde. A transferência financeira é certa; a cobrança está muito menos assegurada.

Esta questão levanta uma importante interrogação sobre as condições de acesso a esta modalidade do financiamento da saúde e suas implicações para o futuro do sistema de saúde português. Necessitam de um estudo mais profundo e de um debate mais aberto.

É importante analisar com mais detalhe a evolução dos **seguros privados de saúde** em Portugal e das modalidades de relacionamento entre financiador privado e prestadores de cuidados de saúde. Os seguros privados tendem hoje a utilizar simultaneamente uma "rede gerida" de prestação de cuidados de saúde, à qual os beneficiários têm acesso sem encargos adicionais e um mercado mais amplo de prestadores cujo acesso faz incorrer os beneficiários a encargos adicionais. Através do conhecimento preciso do comportamento dos prestadores e dos utilizadores face às regras do jogo, é possível fazer uma gestão inteligente destas duas vias de acesso complementares aos cuidados de saúde. O contratualizador público, apesar de todos os recursos potencialmente à sua disposição, está ainda longe de se aproximar deste grau de sofisticação.

## PARTE V

### A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE



- **Investir em saúde – o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença.**
- **O desafio do acesso aos cuidados de saúde**
- **Abordagens diversas para pessoas e contextos diferentes**
- **A organização e gestão dos serviços de saúde**
- **Qualidade em saúde**
- **O SNS, o sector social e o sector privado**

## **Investir em saúde – o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença**

É difícil argumentar sobre a existência de uma política de saúde se não existir uma estratégia concertada de investimento em saúde.

A promoção da saúde e a prevenção da doença têm um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na economia da comunidade. Por isso devem ser encaradas como investimentos e não como custos para a sociedade. Há assim que evoluir de planos de investimento da saúde exclusivamente dedicados à construção e manutenção de infraestruturas físicas para outros que incluam fortes investimentos na promoção da saúde e na prevenção da doença. O III Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006) – Saúde XXI - já foi elaborado, negociado (entre o nosso País e a UE) e aprovado nesta perspectiva.

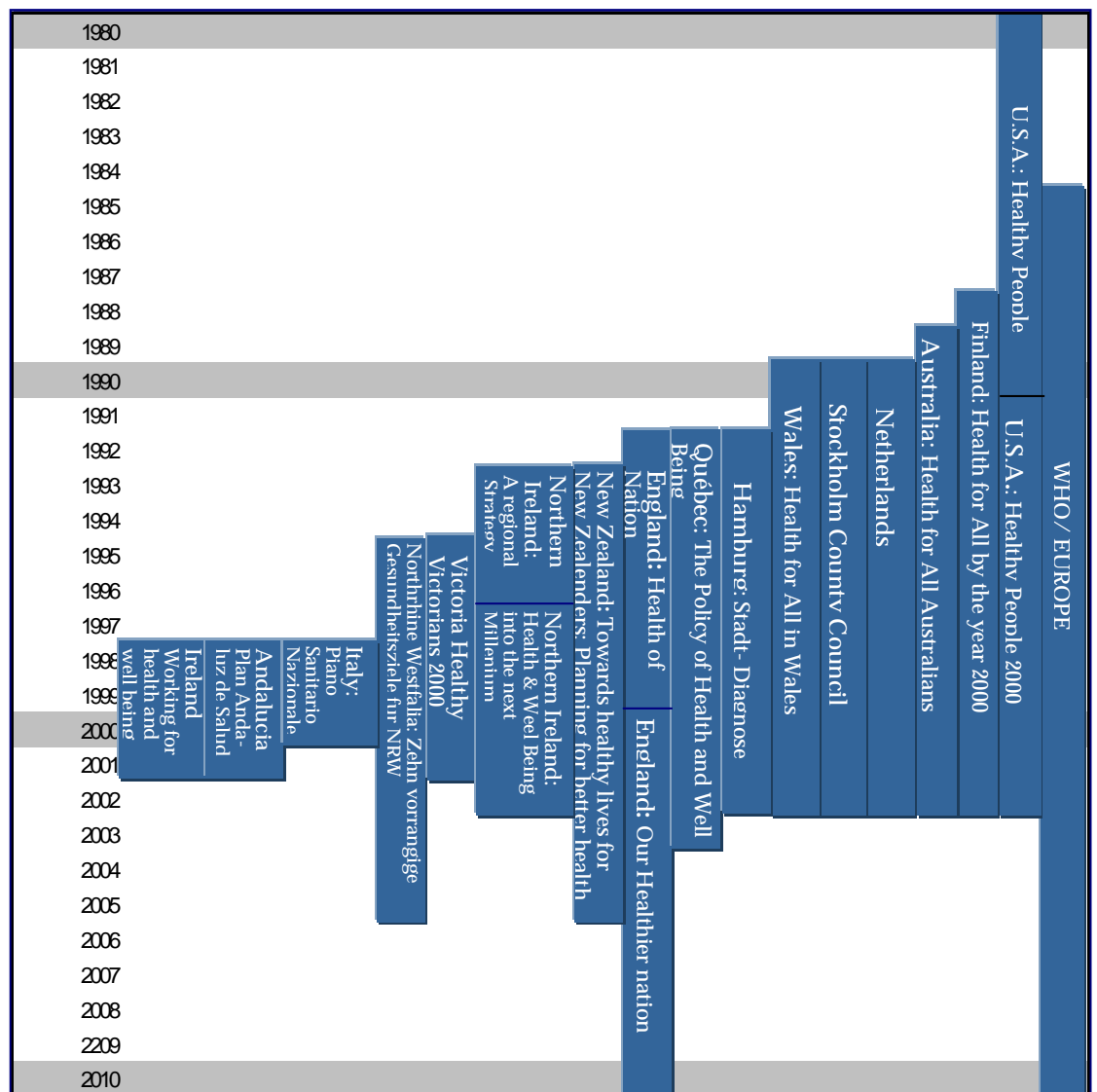
Existe um vasto conjunto de iniciativas de promoção de saúde e de prevenção de doença na sociedade portuguesa, a vários níveis, que vão desde a prevenção das doenças transmissíveis (tuberculose, sida) e a protecção da mulher e da criança (vacinações, planeamento familiar, e protecção contra a violência), até à segurança alimentar, prevenção das doenças do coração e do cancro, promoção da vida activa e da sexualidade saudável, a luta contra os acidentes, o tabagismo, o alcoolismo e a toxicoddependência e, ainda, a promoção da saúde na escola e no local de trabalho.

Uma das principais dificuldades nesta área são as limitações existentes na comunicação entre os vários departamentos do Estado, modelos ultrapassados de gestão inter-sectorial (pesadas comissões interdepartamentais) e mecanismos insuficientes para o financiamento e acompanhamento de parcerias para a promoção da saúde. Há aqui um atraso na adopção de instrumentos actualizados para governação horizontal da saúde.

Para promover o investimento em saúde, os países mais desenvolvidos da Europa dos quinze, além de outros (Figura 9) têm vindo a adoptar progressivamente metas quantificadas para os “ganhos de saúde” que pretendem alcançar. Assim, procura-se enquadrar e apoiar, política e financeiramente, iniciativas descentralizadas dos serviços e da comunidade, que possam contribuir efectivamente para a realização dos objectivos acordados. Em Portugal, a estratégia “Saúde: Um Compromisso (1998-2002)” constituiu uma primeira tentativa na adopção desta abordagem.

*Síntese*

**Figura 9** - Adopção progressiva, pelos países mais desenvolvidos, da estratégia de saúde baseada em metas explícitas e quantificadas



Fonte: WHO, 1999



## **O desafio do acesso aos cuidados de saúde**

A contrapartida mais tangível que os portugueses esperam para aquilo que pagam para a saúde é um acesso fácil e oportuno aos cuidados de saúde de que necessitam. A sobrevivência do SNS está, possivelmente, associada a esta condição de credibilidade.

As principais prioridades na melhoria do acesso aos cuidados de saúde parecem ser o acesso aos cuidados de saúde primários e aos meios de diagnóstico e tratamento, relacionados com doenças com um elevado risco de morte prematura, principalmente o cancro e as doenças do coração.

A partir do início da década de 90, tornou-se óbvio que a cobertura do País em serviços de saúde (centros de saúde e hospitais) não era só por si uma garantia de acesso aos cuidados de saúde. Exemplo disto foi a necessidade da criação, em 1994, de um Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) e a aprovação em 1998 pela Assembleia da República de uma Lei sobre o acesso e de um Programa de Promoção do Acesso para os cuidados de saúde.

Em 2000, este programa foi alargado aos sectores convencionado e social.

É universalmente reconhecido o facto que, quando o tempo de espera para intervenções atinge valores muito elevados, como é o caso de Portugal, é justificável recorrer a “programas específicos” para a redução das listas de espera até valores mais aceitáveis.

No entanto, estes programas específicos têm riscos importantes:

- **Aliviar de imediato os sintomas mais aparentes, mas ignorar o agravamento das causas.** O incentivar de intervenções extraordinárias para recuperação das listas de espera, no público ou no privado, tem que ser acompanhado, simultaneamente, com uma melhoria da produção cirúrgica normal – é necessária uma gestão rigorosa para o conseguir. É importante evitar que as prioridades na melhoria do acesso à actividade “normal” dos serviços de saúde sejam subalternizadas pelos programas de redução das listas de espera cirúrgicas;
- **A questão das listas de espera é alvo fácil e habitual de excessiva politização.** Atente-se na questão da quantificação das listas de espera. Nesta matéria, parece questionável a efectividade das intervenções do Parlamento quando ultrapassam o nível de definição e acompanhamentos das políticas para intervirem em matéria de gestão dos serviços de saúde.

Episódios públicos recentes ilustram bem como é fácil subestimar estes riscos.

## *Síntese*

### **Abordagens diversas para pessoas e contextos diferentes**

É necessário ultrapassar definitivamente uma concepção centralizadora e uniforme – o modelo único – para organizar e administrar o SNS e o conjunto do sistema de saúde.

Existe uma tendência crescente para pensar o sistema de saúde como um conjunto coerente de sistemas locais adaptados às suas circunstâncias económicas e sociais específicas (com objectivos concretos em relação à equidade no acesso e à promoção da saúde), beneficiando de redes de referência e apoio que servem o conjunto do sistema de saúde (oncologia, intervenção cardio-torácica, por exemplo).

Além disso, já não é hoje possível ignorar a diversidade das situações individuais dentro de uma mesma comunidade – há que ter em linha de conta que existem pessoas que pelo seu nível de informação e estilo de vida põem exigências específicas aos serviços de saúde “*my time, my place, my way*”; que há amplas camadas populacionais com uma atitude essencialmente consumista face aos serviços de saúde; que existem não utilizadores nas áreas rurais mais remotas, mas também os “excluídos” das grandes áreas metropolitanas (a medicina humanitária do 4º mundo); que é ainda possível identificar sobre-utilizadores crónicos dos serviços de saúde que também necessitam de uma abordagem específica..

Estamos ainda longe desse caminho. No entanto já começámos a contar com alguns instrumentos nesse sentido: novas tecnologias de informação e comunicação ainda muito pouco aproveitadas, abordagens locais como as “unidades de saúde locais” ou “sistemas locais de saúde”, novos modelos organizacionais para os hospitais e centros de saúde que permitem adaptações locais.

### **A organização e gestão dos serviços de saúde**

Cada novo patamar de desenvolvimento dos sistemas de saúde está associado à realização de um novo nível de equilíbrio entre dois “pólos” da gestão da mudança: o pólo constituído pelos **dispositivos de responsabilização** e o pólo da **diversidade e inovação organizacional** adaptativa face às circunstâncias locais.

A criação e implementação das normas legislativas e dos dispositivos de gestão e de articulação entre estes dois pólos é, cada vez mais, condição necessária para a reforma dos serviços de saúde.

Foi entretanto publicada legislação para os cuidados de saúde primários, para a saúde pública, para os hospitais e para a articulação entre estes. No entanto, têm-se subestimado consistentemente a capacidade e o investimento técnico e político necessários para fazer a sua transposição, efectiva, para o terreno.

Daí o seu incipiente grau de implementação em 1998 e 1999 e a sua quase paralisação em 2000 e 2001.

### ***O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde***

A falta de um apoio definitivo à inovação, mesmo quando existe legislação que a facilita, assim como a debilidade de mecanismos de responsabilização na administração de saúde, explicam em parte o carácter marginal da inovação na organização e gestão dos serviços de saúde portugueses.

O Quadro IX resume esta realidade no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Os centros de saúde de 3ª geração** visam a reforma da organização e gestão que, a par das reformas na gestão dos hospitais, podem dar à administração pública na saúde mais funcionalidade ao serviço das pessoas, já que ao permitirem uma maior autonomia e inovação nos modelos organizacionais facilitam a adaptação às características locais.

**O MoniQuor** surge como o primeiro programa de avaliação da qualidade organizacional nos centros de saúde; baseado na auto-avaliação e de participação voluntária e destinado a melhorar o desempenho nos centros de saúde.

Foi positiva a introdução, em 2001, de incentivos financeiros aos centros de saúde com melhor classificação no MoniQuor.

As primeiras **experiências de contratualização** procuraram calcular a produção esperada das unidades de saúde a partir da sua capacidade instalada. Com o desenvolvimento do sistema de informação para a contratualização, espera-se que as expectativas de produção sejam progressivamente melhor ajustadas às necessidades de saúde das populações cobertas pelas respectivas unidades de saúde. O objectivo é o de melhorar a utilização dos recursos públicos, zelando, desta forma, pelos interesses dos contribuintes que as “agência de contratualização” representam. Central também à “função agência” é a preocupação de garantir a participação e incorporar a opinião do cidadão.

**O Regime Remuneratório Experimental (RRE)** em clínica geral tem permitido explorar um esquema de remuneração associado ao desempenho dos profissionais. Visa objectivar o desempenho e os factores que o promovem ou dificultam e proporcionar aos profissionais uma remuneração que premeia melhor o trabalho realizado. Espera-se que se possa estender a outros profissionais de saúde, que não apenas aos médicos.

Os **centros regionais de saúde pública** podem ter um papel importante na renovação da saúde pública portuguesa. No entanto, para este efeito, requerem um importante investimento em formação e reapetrechamento técnico.

Estas medidas necessitam de coordenação e desenvolvimento conjunto; a implementação dos centros de saúde de 3ª geração, por exemplo, exige progressos simultâneos nos sistemas de informação e qualidade, na contratualização e nos modelos remuneratórios dos profissionais.

O quadro mostra igualmente as dificuldades em sustentar um processo de desenvolvimento de longa duração, que vai desde as primeiras acções de preparação até ao acompanhamento e apoio à sua implementação e aos ajustamentos necessários decorrentes das primeiras avaliações.

A governação e a administração de saúde estão insuficientemente preparadas para estas tarefas.

*Síntese*

**Quadro IX** – Principais medidas para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Clinica Geral</b>	“Clínica geral de grupo” “Projecto Alfa” e outros	Desenho de Regime Remuneratório Experimental (RRE), associado ao desempenho	Legislação sobre RRE ~ Criação de Comissão de Acompanhamento de CS de 3ª geração e RRE	Início de implementação do RRE ~ Criação de sistema de Informação de RRE	Ver texto
<b>Enfermagem</b>	“Enfermagem na comunidade” (anterior a 1995)	Compromisso para RRE para enfermagem	Núcleo de enfermagem para a promoção da enfermagem em CSP		
<b>Saúde Pública</b>			Revisão do programa nacional de vacinação	Legislação sobre centros regionais de saúde pública	Ver texto
<b>Organização dos Centros da Saúde</b>				Legislação sobre “Centros de Saúde de 3ª Geração”	
<b>Contratualização</b>		Início da contratualização com Centros de Saúde	Alargamento do âmbito	Afinação dos métodos e processos	
<b>Qualidade</b>		Início do MoniQuor	Criação do Instituto da Qualidade		
<b>Cuidados Continuados</b>			“Despacho conjunto” Ministérios da Saúde e da Solidariedade	Plano de Acção conjunto	Ver texto
	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>

CS – Centros de Saúde

### *O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*

No ano 2000, assistiu-se à extinção da Comissão de Acompanhamento da implementação dos Centros de Saúde de 3ª geração e do Regime Remuneratório Experimental, falhando também a implementação do sistema de informação para o RRE.

Em parte por estas razões, há hoje poucos projectos de RRE aprovados e aplicados, a implementação dos Centros de Saúde de 3ª geração mantém-se em fase de projecto e a contratualização em Cuidados de Saúde Primários é bastante desigual entre regiões. Decorrem, entretanto, projectos de qualidade nalguns centros de saúde.

Na área da Saúde Pública, deu-se início à instalação de dois dos Centros Regionais.

O Quadro X descreve as principais iniciativas e oportunidades para uma reforma do sistema hospitalar público.

Os **Centros de Responsabilidade Integrados**, vulgo CRIs, tentariam a muito defendida integração das decisões clínico-assistenciais com as económico-financeiras, constituindo-se como níveis intermédios de administração.

Os modelos de **empresarialização** dos hospitais públicos por privados resultavam da necessidade sentida de novas formas de administração pública, sendo que intervinham de forma mais abrangente, exigindo a revisão do estatuto dos hospitais públicos portugueses – sem prejuízo dos valores e princípios fundamentais do SNS, há que agilizar, desburocratizar, mobilizar, gerir e facilitar a renovação. Requerem uma contratualização entre o financiador público e o prestador público empresarial.

A **privatização global da gestão de hospitais públicos** é uma solução muito mais exigente. Impõe uma contratualização mais complexa, por ser do foro do direito privado uma vez que se trata de um financiador público e de um prestador privado e, além disso, obriga a uma gestão rigorosa da fronteira artificial e permeável entre cuidados de saúde primários de gestão pública e cuidados de saúde hospitalares de gestão privada para a mesma área populacional.

O financiamento da construção de hospitais públicos por entidades privadas em troca de concessões de longa duração (20-25 anos) para a exploração privada de serviços hospitalares não clínicos – restauração, lavandarias, estacionamento (parcerias público-privado do tipo “**Private Finance Initiatives, PFI**”), diversificaria a origem dos fundos de investimento no SNS, permitindo uma renovação mais rápida das suas instalações e equipamentos. Estas parcerias com o sector privado, requerem no entanto, como tem demonstrado o exemplo de outros países, um elevado grau de competência da administração de saúde na sua negociação e acompanhamento.

*Síntese*

**Quadro X**- Principais iniciativas e oportunidades para uma reforma do sistema hospitalar público.

<b>Modalidades</b>		<b>Objectivos</b>	<b>Dificuldades</b>
Reorganizar	CRIs	Mais autonomia para as unidades prestadoras	Inércia administrativa
“Empresarializar”	Hospital- Empresa	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Reservas sindicais
Privatizar	Parcerias público/privadas para construção de Hospitais (PFIs)	Mais investimento em troca da concessão de serviços a privados	Contrato a longo prazo - Administração Pública competente
	Gestão privada global de hospitais públicos	Mais autonomia para a gestão hospitalar	Grau de complexidade - Administração Pública competente

De notar que estas diferentes opções têm graus de dificuldade crescente, sendo óbvio que as mais complexas (as últimas mencionadas) exigem maior maturidade do sistema regulador. Esta adquire-se em parte começando por regular bem as soluções mais simples.

Das inovações da organização hospitalar, acima referidas, existem várias propostas de criação de CRIs às quais não tem sido dado ainda seguimento e está em funcionamento um (HUC – Cirurgia Cárdio-Torácica). Foi criado um hospital-empresa em 1998. O segundo foi criado no início de 2001. Existe uma experiência de hospital público com gestão privada global (adoptada em 1995).

O Quadro XI descreve o calendário da implementação da reforma dos cuidados de saúde primários e hospitalares na Inglaterra, durante os anos 90. A comparação com a situação portuguesa é ilustrativa das limitações da governação e da administração da saúde no nosso País.

***O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde***

**Quadro XI** - Exemplo de estratégia de mudança - A implementação de “*fundholding*” em clínica geral e de “*trusts*” hospitalares, no SNS britânico

	<b>Trusts</b>	<b>Fundholders</b>
1991	57	306
1992	99	288
1993	136	600
1994	140	800
1995	21	560
1996	-	1200

**Fonte:** Ham, C., in “Health Policy in Britain”, 1999.

(Os valores dizem respeito ao número de entradas por ano em Inglaterra.)

O sector privado convencionado tem um peso importante na prestação de cuidados de saúde – representa cerca de metade das análises clínicas e dos exames radiológicos efectuados no país e aproximadamente dois terços dos electroencefalogramas e dos actos de medicina física e reabilitação. O facto do sector convencionado ser responsável por cerca de 90% das sessões de hemodiálise representa possivelmente uma dependência excessiva do financiador público em relação a um sector com as características que tem actualmente.

Nascem e crescem novas profissões em saúde. Sentem-se mudanças substanciais noutras, como a enfermagem. Estas transformações terão um impacto crescente na configuração do sistema de saúde. No desenho de uma reforma da saúde já não se podem ignorar alterações nas profissões da saúde e no interface entre estas e uma nova cultura gestonária.

O desenvolvimento da técnica e tecnologias médicas, os direitos sociais relativos ao acesso aos cuidados de saúde e o grau de regulação social das práticas de saúde tornaram inevitável que a prática da medicina e das outras profissões da saúde se passasse a fazer num ambiente gerido. A necessidade de encontrar soluções negociadas, mas efectivas, para esta interface entre a medicina e a gestão, tem sido eloquentemente apontada pelos líderes mais esclarecidos da profissão médica.

## **Qualidade em Saúde**

Durante a última década assistiu-se a uma rápida evolução na aplicação do conceito de qualidade na saúde, exprimindo-se actualmente em três dimensões complementares: a qualidade em relação à prática profissional, tanto em termos de processo como de resultados (“*outcomes*”); a qualidade como elemento central da gestão organizacional e a qualidade como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (certificação, acreditação).

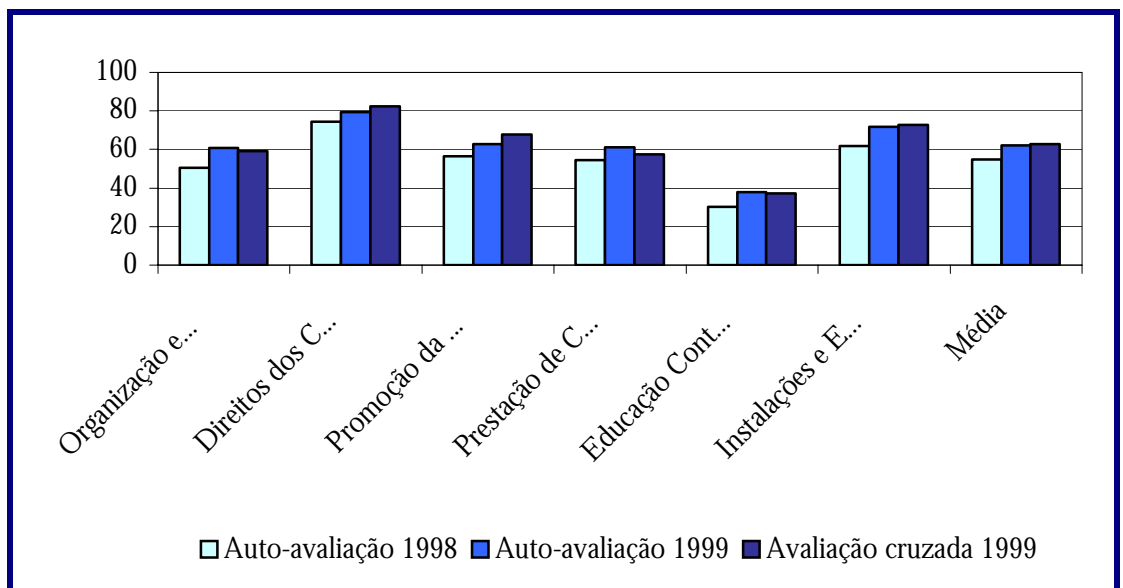
Assim o “desenvolvimento contínuo da qualidade” passou a ser um dos principais elementos do “pólo de responsabilização” das políticas de saúde: auto-responsabilização no caso do desenvolvimento da qualidade entre pares (caso dos profissionais de saúde e das organizações de

**Síntese**

saúde) e responsabilização externa por parte do regulador público e do agente contratualizador, em relação às garantias a dar ao cidadão, contribuinte e utilizador.

Registaram-se progressos nesta matéria nos últimos anos, de que são exemplo o Programa de Monitorização de Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuor) e os processos de acreditação de hospitais pelo King's Fund, em curso.

**Figura 10** – Evolução dos resultados globais dos centros de saúde nas três avaliações (auto-avaliações de 1998 e 1999, e avaliação cruzada de 1999) - dados relativos a 62 Centros de Saúde



	Organização e gestão	Direitos dos cidadãos	Promoção da Saúde	Prestação de cuidados	Educação Contínua e Qualidade	Instalações e Equipamentos	Média
<b>Auto-avaliação 1998</b>	50	74	56	55	30	62	<b>55</b>
<b>Auto-avaliação 1999</b>	61	79	63	61	38	72	<b>62</b>
<b>Avaliação cruzada 1999</b>	59	82	68	57	37	73	<b>63</b>

Fonte: IQS, 2001.



### *O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde*

No que diz respeito ao projecto de **acreditação de hospitais** portugueses pelo King's Fund, alguns hospitais já terminaram a primeira fase do processo, tendo sido objecto de auditoria da qual se aguarda o resultado (ex.: Amadora-Sintra); os restantes 7, do grupo-piloto, deverão ter os seus processos finalizados durante o ano 2001 e princípio de 2002. Entretanto, há já um segundo grupo de 8 hospitais já envolvidos, com processos que terminarão entre 2001 e 2003/2004.

Apesar destes avanços e da criação do Instituto da Qualidade em Saúde, não se pode dizer que tenha sido possível articular estes diversos elementos, de forma a fazer da *dimensão qualidade* um forte pilar da política de saúde e um elemento influente na reforma do sistema de saúde português.

### **O SNS e o sector privado e social**

O aparecimento do SNS está associado a um período histórico de democratização do País e do desenvolvimento pelo Estado de um sistema de protecção social efectiva para toda a população portuguesa, onde antes desempenhava apenas um papel supletivo face à iniciativa privada no campo da saúde.

Depois de mais de duas décadas de expansão muito significativa, constitui opinião muito generalizada que o SNS não garante um acesso fácil às pessoas que dele necessitam. Este facto produz naturalmente um elevado grau de insatisfação que tende a corroer continuamente a sua base social de apoio.

Por outro lado, é reconhecido que, de uma forma geral, o sector prestador público do SNS é o grande repositório técnico da saúde do País e a sede das intervenções tecnologicamente mais diferenciadas e das emergência médicas, exactamente aquelas que maior investimento em equipamento técnico e humano requerem. É no entanto muito menos eficaz nos aspectos mais comuns do quotidiano dos cuidados de saúde – consultas nos centros de saúde e nos ambulatórios hospitalares, cuidados domiciliários, cirurgias correntes, tecnologias de diagnóstico e terapêutica comuns.

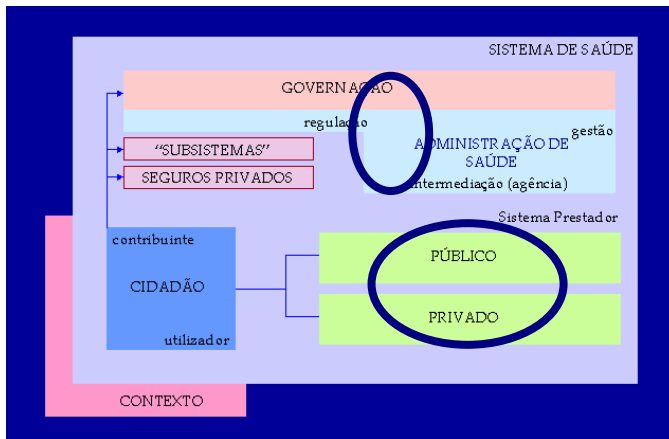
Esta peculiar vocação para responder ao mais difícil não deixa de caracterizar a relação público-privada nos países menos desenvolvidos.

Tal facto não pode deixar de ser relacionado com o incipiente processo de contratualização entre os interesses públicos e os privados no sistema de saúde português e a ausência de uma fronteira clara entre ambos.

Deverá ser possível hoje superar a trincheira antiquada de confrontação entre o SNS e a medicina convencional e privada (que levou à sua “sobreposição”) e que vem de há mais de duas décadas - uma época de franco subdesenvolvimento, há muito ultrapassado em muitos aspectos pela sociedade portuguesa actual.

## PARTE VI

### Conhecer os caminhos de saúde – presente e futuro

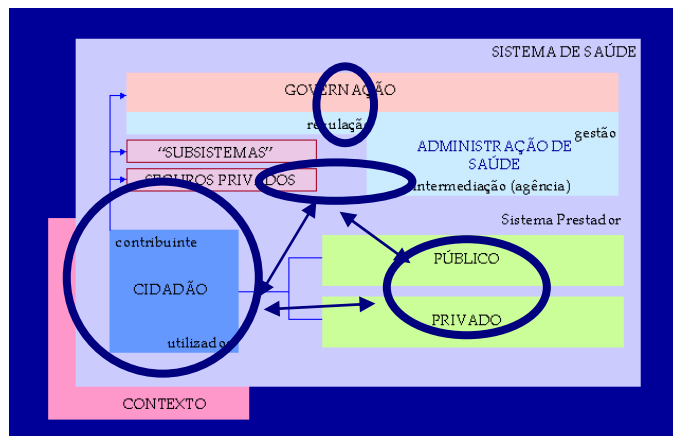


#### Passado

**Governança  
“bipolar”,  
com uma  
administração  
de saúde  
pouco  
responsabilizada**

#### Futuro

**Governança  
efectiva e  
“multipolar”,  
com uma  
administração  
pública  
diferenciada,  
qualificada e  
democratizada**



**Conhecer os caminhos da saúde.**

As observações mais significativas deste relatório podem resumir-se da seguinte forma:

1. **O Observatório Português dos Sistemas de Saúde não toma posição sobre as agendas políticas da saúde** - Com base na evidência existente, o Observatório analisa os processos da governação e administração de saúde e os seus efeitos na evolução do sistema de saúde português. O propósito é promover um entendimento comum sobre a situação da saúde entre os principais interessados na sua reforma.
2. **Houve progressos importantes nos últimos 25 anos, em especial quanto à cobertura da população pelos serviços de saúde – hoje, coloca-se um desafio qualitativamente diferente.** Trata-se de conseguir uma profunda requalificação organizacional dos serviços de saúde – com maior responsabilização no uso dos recursos colectivos e maior sensibilidade às necessidades das pessoas. Todos os anos tem havido melhorias. No entanto, só em certas condições estas reflectem ou induzem mudanças significativas.
3. **Não existem sinais objectivos de que esteja em curso uma “reforma da saúde”** – não está a ser implementado, com um calendário pré-estabelecido, divulgado e explícito, um conjunto de medidas que articulem um polo de responsabilização (metas de desempenho e resultados, dispositivos de contratualização e garantia de qualidade), com um outro polo de inovação organizacional da prestação de cuidados de saúde (descentralização, maior autonomia e flexibilidade de gestão). Investe-se pouco na promoção da saúde e na prevenção da doença.
4. **O sistema político subestima as dificuldades e as especificidades da governação da saúde.** Governar a saúde é diferente de fazer obras públicas. No entanto, o modelo de governação existente tem sido o mesmo. Não existem dispositivos de análise e direcção estratégica que enquadrem os actores da saúde. Ocorrem grandes discontinuidades nas orientações dos Ministérios, dentro do mesmo ciclo político. Os instrumentos formais de suporte e desenvolvimento das políticas de saúde são pouco relevantes. Dá-se pouca importância ao conhecimento. Não se conseguem concretizar, de modo concertado, em escala e ritmo apropriados, medidas já socialmente negociadas, politicamente assumidas e legalmente em vigor.
5. **Observa-se uma cultura política de “governo directo”, em que se centralizam a nível político decisões operacionais próprias da administração** - Em contrapartida, acentua-se a desresponsabilização da administração da saúde aos diferentes níveis, acabando por agravar as disfunções do sistema. Esta abordagem, habitual na cultura política portuguesa e ineficaz numa sociedade pluralista, tem-se acentuado nos dois últimos anos.

### *Síntese*

6. **As exigências crescentes do cidadão contribuinte-utente e as potencialidade de interação das novas tecnologias da informação e da comunicação vão convergir rapidamente a favor de novas formas de organização e gestão centradas no cidadão** - Quem paga a saúde toma consciência que tem direito a um “título” de acesso à informação e aos cuidados de saúde, a ter opções de acordo com as suas preferências e a estar representado efectivamente nas decisões que lhe dizem respeito. Tem ainda direito a que lhe sejam prestadas contas. Para a governação e administração da saúde portuguesa isto é ainda, em grande parte, contracultura. No entanto, trata-se de uma tendência universal.
7. **Existe uma ampla margem de gestão no sistema de saúde para aumentar a eficiência e a efectividade sem sacrificar a qualidade.** Os sistemas financiados por impostos sofrem uma erosão progressiva da sua base social de apoio quando uma proporção crescente da população passa a acreditar que o padrão de acesso a cuidados de saúde de qualidade, que se proporciona universalmente, deixou de ser adequado. Não é ainda visível a disposição do sistema político e da administração pública em conter esta tendência, fazendo deslocar a atenção da opinião pública do “teatro político” - as desqualificações e pressões dos diferentes grupos de interesse competindo para o aumento das respectivas cotas dos recursos da saúde – para a transformação calendarizada, sistemática e sustentada dos serviços de saúde.
8. **A resposta às actuais questões do financiamento da saúde não parecem estar a ser equacionadas no âmbito de uma reforma organizacional.** É previsível que só esta tornará possível atingir os objectivos financeiros do Ministério da Saúde, sem recorrer a uma redução de gastos que afecte sensivelmente o acesso e a qualidade dos cuidados. Existem hoje as bases legislativas e as potencialidades técnicas para a realizar. O importante acréscimo dos recursos financeiros proporcionados ao Ministério da Saúde nos dois últimos anos não produzirão efeitos significativos se esta reforma não tiver lugar rapidamente. Ela ainda não está em curso.
9. **Tem existido na sociedade portuguesa descrença** quanto às capacidades das instituições políticas e da administração pública, independentemente da agenda e do ciclo político em causa, realizarem reformas em sistemas sociais complexos como o da saúde. Em contraposição, aponta-se o relativo sucesso das reformas induzidas por **compromissos “externos” inevitáveis**, como os relacionados com a União Europeia. A influência do processo da União Europeia já se faz sentir nos serviços de saúde, mas ainda de uma forma indirecta.
10. **Não é ainda evidente que esteja em curso um “processo interno de activação social”** que permita alcançar, a curto e médio prazo, metas concretas para o desenvolvimento da saúde, estabelecidas de forma a que este se faça em benefício de toda a população, e não só de uma parte. A observação das tendências europeias da actualidade aponta para a importância de factores como: (a) a atribuição de maior poder ao cidadão e aos movimentos sociais que o integram; (b) as novas oportunidades da gestão da informação e do conhecimento; (c) o investimento activo numa nova relação de confiança entre as profissões da saúde e a gestão dos serviços de saúde e (d) um melhor entendimento das exigências da governação da saúde.

### **O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

Na sequência da análise que esta síntese resume, o OPSS identificou um conjunto de áreas de observação sobre o sistema de saúde português que acompanhará prospectivamente e cuja análise divulgará anualmente nos seus “relatórios de primavera”. Estas áreas são:

- Explicitação das agendas políticas e da sua base de evidência;
- Acompanhamento do processo de formulação e implementação de políticas de saúde: desenho da reforma, estratégias de mudança, organização da governação e da administração de saúde;
- Distinção entre sistema político e administração pública, entre o financiador e o prestador, entre o público e o privado;
- Reforma da administração pública na saúde;
- Agendas dos principais actores sociais e seu enquadramento estratégico – iniciativas para atribuir mais poder ao cidadão;
- Gestão da informação e do conhecimento no desenvolvimento das políticas de saúde e do sistema de saúde;
- Evolução dos pólos de “responsabilização” e “diversificação adaptativa na inovação dos serviços de saúde” e da sua inter-relação;
- Acompanhamento selectivo da evolução dos distintos componentes do sistema de saúde.

Para este efeito, o OPSS continuará a organizar durante o segundo semestre de cada ano reuniões técnicas destinadas a melhorar as abordagens metodológicas nestas matérias. Assim, no segundo semestre deste ano, terá lugar uma análise alargada dos indicadores disponíveis ou a desenvolver para acompanhar e analisar os aspectos acima descritos.

## *Síntese*

### **ANEXO I – METODOLOGIAS ADAPTADAS**

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, a rede de investigação em sistemas de saúde do Observatório faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis que utilizam informação primária ou secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existem fortes lacunas de conhecimento, o OPSS promove iniciativas específicas para superar as lacunas identificadas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento menos formalizadas mas com um adequado nível de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede, com recurso a contribuições externas sempre que necessário.

Apresenta-se abaixo uma explicitação e classificação das fontes de informação e conhecimento utilizadas pelo Observatório para a elaboração deste relatório, assim como uma escala ordinal de tipificação do nível de evidência que está subjacente aos principais juízos nele formulados.

#### **Fontes de informação e conhecimento**

1. Publicações qualificadas tecnicamente por formas de arbitragem científica pré estabelecida.
2. Publicações qualificadas tecnicamente pelo estatuto académico dos seus contribuintes e pelos dispositivos editoriais de consulta e coordenação.
3. Relatório de comissões de peritos com dispositivos explícitos de consulta.
4. Relatórios de comissões de peritos com dispositivos de consulta informal.
5. Publicações que correspondem a colectâneas de trabalhos técnicos preparados/apresentados em reuniões específicas para o efeito.
6. Análise de informação não publicada mas proveniente de fontes idóneas de natureza quantitativa (bases de dados) ou qualitativa.

#### **Tipificação da base de evidência**

Evidência do tipo (1) sobre a evolução do sistema de saúde português é limitada. Por essa razão, as fontes de informação utilizadas são as que correspondem aos tipos (2) a (6). De acordo com as diferentes fontes de informação disponíveis, adoptou-se uma classificação relativa à robustez da base de evidência associada a juízos qualitativos sobre sistema de saúde:

\*\*\*\* Evidência forte; \*\*\* Evidência substancial; \*\* Evidência moderada; \* Evidência limitada.

Aplicou-se esta classificação às observações finais do relatório pontos (2) a (10), com os seguintes resultados:

(2) \*\*\*\*; (3) \*\*\*; (4) \*\*; (5) \*\*\*; (6) \*; (7) \*\*; (8) \*\*\*; (9) \*\*; (10) \*.

Está-se ainda numa fase inicial dos processos de validação deste tipo de abordagem, como seria de esperar no actual estadio do desenvolvimento da investigação sobre sistemas de saúde.

## **ANEXO II - CONFLITOS DE INTERESSE**

As exigências de transparência sobre eventuais conflitos de interesse, em elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, faz com que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesses, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que possam interferir nos resultados dos estudos.

Neste contexto, a rede de investigação sobre sistemas de saúde do OPSS (cuja caracterização está disponível no documento de referência indicado na introdução), no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais ou políticos, que possam interferir nos resultados deste trabalho. No entanto, a experiência recente na administração da saúde de parte dos participantes na rede aconselha a que a abordagem dos períodos mais recentes da evolução do sistema de saúde se atenha a matéria de facto, limitando-se o mais possível a elaboração e o aprofundamento de hipóteses explicativas neste domínio.