

Relatório de Primavera 2004

An abstract graphic featuring a blue background with white and yellow numbers (4, 3, 2, 8, 7, 8) and arrows, suggesting a dynamic or data-driven theme.

Incertezas

Gestão da mudança na saúde



Observatório Português
dos Sistemas de Saúde

Relatório de Primavera 2004

Incertezas ...
gestão da mudança na saúde

www.observaport.org

Versão de 15 de Junho de 2004

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

Escola Nacional de Saúde Pública

Faculdade de Economia de Coimbra – Centro de Estudos e
Investigação da Saúde da Universidade de Coimbra

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Titulo: *Incertezas ... gestão da mudança na saúde*

Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2004 –N.º de páginas: 96 .

Autor: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www.observaport.org>

Editor: Escola Nacional de Saúde Pública

Av. Padre Cruz

1600-560 Lisboa

<http://www.ensp.unl.pt>

ISBN: 972-98811-3-8

Depósito Legal n.º 1

ÍNDICE

RESUMO EXECUTIVO	1
INTRODUÇÃO	4
O Observatório Português dos Sistemas de Saúde	4
PARTE I - Gestão da mudança na saúde 2002/2004	6
Gestão da mudança na saúde 2002/2004	7
Apreciação geral	
1. Dinamismo, determinação no Ministério da Saúde	10
2. Um “discurso de acção” com aparentes contradições	12
3. Quais os fundamentos das “soluções” adoptadas na reforma da saúde? Frágeis e mal explicitados. Porquê?	14
4. “Blackout informativo” sobre aspectos críticos da reforma da saúde; falta um dispositivo de aprendizagem partilhada – Porquê?	18
5. Que estratégia de mudança?	23
6. Aspectos mais positivos da reforma da saúde	29
7. Cenários para o futuro: “Descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística” ou “re-acomodação”	31
8. Fragilidades do debate político da saúde	40
RESUMOS	42
Plano Nacional de Saúde	43
Hospitais	43
Cuidados de Saúde Primários	44
Listas de Espera	45
Medicamento	45
PARTE II - ASPECTOS ESPECÍFICOS DA REFORMA DA SAÚDE	47
Plano Nacional de Saúde	48
Hospitais Sociedades Anónimas - SA	53
Hospitais em Parcerias Público-Privadas - PPP	72
Hospitais do Sector Público Administrativo - SPA	74
A empresarialização e a base da evidência	75
Cuidados de Saúde Primários	79
Listas de Espera	90
O Medicamento	97
Entidade Reguladora da Saúde - ERS	106
ANEXOS	
<u>ANEXO I - Hospitais SA. Avaliação sobre a gestão da mudança - Análise SWOT</u>	111
<u>ANEXOS II - Destaques bibliográficos sobre gestão da mudança</u>	113
<u>ANEXO III - Conflitos de interesse e contributos</u>	113
LISTA DE QUADROS	
Quadro I - Quadro I - A gestão da mudança 2002/2004 – que opções?	3
Quadro II - Principais referências teóricas para a análise da gestão da mudança	8
Quadro III- Conjunto simplificado de princípios para a gestão da mudança na saúde	10
Quadro IV- Quadro da legislação adoptada entre 2003 e 2004	11

Quadro V- Blackout informativo sobre aspectos críticos de reforma. Comunicação Social	21
Quadro VI - Distintas concepções de gestão da mudança para os cuidados de saúde primários	25
Quadro VII - Vigilância de Doenças de origem alimentar - Comparação entre Portugal e a Hungria	28
Quadro VIII- Utentes do Serviço Nacional de Saúde discriminados. Estudo da DECO	41
Quadro IX- Apresentação de contas nas Sociedades Anónimas (SA)	56
Quadro X - Projectos da Unidade de Missão Hospitais SA	62
Quadro XI- Prescrição de medicamentos em ambulatório	66
Quadro XII- Programa Conforto Hospitais SA	67
Quadro XIII- Evolução dos Cuidados de Saúde Primários (1971-2004)	89
Quadro XIV- As dez patologias em que se verificou maior e menor produção	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução de estratégia comunicacional do Observatório Português dos Sistemas de saúde	5
Figura 2 - “Ousadia” ou falta de fundamentação na gestão da mudança?	16
Figura 3 - “Ousadias” e realidade portuguesa. Níveis de desenvolvimento e governança de Portugal comparados com os de outros países europeus.	17
Figura 4 - Anúncio pago - Balanço da actividade do 1º ano de execução do PECLEC	22
Figura 5 - Evolução do Sistema de Saúde Português	26
Figura 6 - Prescrição Antibacterianos em Ambulatório - 2003. Comparação entre Portugal e a Inglaterra	27
Figura 7- Aspectos positivos da reforma da saúde	30
Figura 8- Cenários	32
Figura 9 - Distribuição do conjunto de patologias por intervalos de produção cirúrgica	93
Figura 10 - Distribuição do volume da produção nas 10 principais patologias	94
Figura 11 - Total antibiotic use per country in ambulatory care in 2001	98
Figura 12 - Use of other antibiotic classes in AC (2001)	98
Figura 13 - Total antibiotic use in AC in European geographics areas	99
Figura 14 - Prescrição de cefalosporinas em ambulatório (2003)	100
Figura 15 - Prescrição de cefalosporinas 3ª geração em ambulatório (2003)	100
Figura 16 - Prescrição de quinolonas em ambulatório (2003) % do total de antibacterianos - embalagem	101
Figura 17- Prescrição de cefalosporinas em ambulatório (2003) % do total de antibacterianos - embalagem	101
Figura 18 - Prescrição de cefalosporinas e quinolonas em ambulatório- 2003	103
Figura 19 - Total antibiotic in use in HC (2001)	104
Figura 20 - Use of cephalosporins in HC	105
Figura 21- Evolução do mercado de genéricos	105

RESUMO EXECUTIVO

1. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) procura compreender as agendas políticas da saúde, mas não toma posição sobre elas. Analisa, antes, os processos de governação da saúde – segundo princípios preestabelecidos de “boa governação” – válidos para qualquer agenda política. Na versão de 2004 do seu “Relatório de Primavera”, o OPSS optou por colocar a tónica na análise da gestão da mudança na Saúde no período de 2002 a 2004.

2. O actual Ministério da Saúde empreendeu, a partir de 2002, um vasto conjunto de iniciativas de “reforma” no sector. Fê-lo através de uma acção governativa intensa e determinada, adoptando cedo no ciclo político um conjunto de novos enquadramentos, normas legais e alguns dispositivos de gestão. Este dinamismo foi acompanhado por diversas manifestações de grande determinação, no discurso do Ministério, quanto ao propósito de fazer a “reforma da saúde”. Rapidamente, foi elaborado, aprovado e implementado grande número de importantes instrumentos legislativos. O ambiente de receptividade na “opinião pública” em relação a esta atitude e discurso pareciam ser claramente positivos. Determinação, pragmatismo e rapidez eram, então, imagens de marca que se coadunavam bem com as expectativas do país.

3. Dois anos volvidos, importa focar a forma como esta mudança está a ser gerida. Para isto o OPSS explicitou, no seu Relatório de Primavera de 2003, um conjunto de elementos para a análise da “gestão da mudança” em Saúde, que são aqui novamente sistematizadas (ver texto). Só através destes elementos é possível garantir uma integração analítica ante-facto, ao invés de um arranjo de conveniência pós-facto. Aplicando esses critérios, definidos à priori, o RP 2004 faz a referida apreciação da gestão da mudança no sector da saúde, no período de 2002 a 2004.

4. Para fazer uma reforma tão complexa como necessária como é a da saúde, é de facto necessário actuar cedo, resolutamente, e com grande conhecimento do que está em causa. No entanto, conhecidas que são as fragilidades e limitações do actual “sistema político” – antes de assumirem o governo do país os partidos políticos não promovem o grau de preparação necessária para dirigir uma reforma desta complexidade – é praticamente inevitável começar a actuar com um baixo nível de fundamentação e preparação.

5. Iniciada a implementação das reformas, é necessário investir forte, de modo a compensar este défice de fundamentação e preparação – estabelecendo um forte dispositivo de aprendizagem, partilhada, que permita acompanhar as “soluções iniciais” e colher na experiência os ensinamentos que permitam introduzir as correcções e os ajustamentos necessários.

Não é isto que tem vindo a acontecer. Passado mais de um ano desde a adopção das principais medidas de reforma, não se encontra nenhum documento de referência que fundamente, estratégica e tecnicamente, as opções tomadas. (ver página Y, E e T).

Nos cuidados de saúde primários, não é possível entender a que fundamentação corresponde a sucessão de propostas invulgares apresentadas pelo Ministério da Saúde. Algo de similar se pode dizer a propósito do polémico processo que resultou na legislação sobre a Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Para aperfeiçoar e corrigir o desenvolvimento dos Hospitais SA – outra solução pouco fundamentada – seria importante proceder uma avaliação independente e rigorosa do seu desempenho, a partir de metas para cada hospital, pré-estabelecidas e divulgadas.

Não se conhecem tais metas e não se pode dizer que a avaliação produzida no fim do primeiro ano tenha sido independente.

Anunciam-se os êxitos sob a forma de publicidade paga nos órgãos de comunicação social, ainda que aos reclamos não corresponda qualquer documento analítico conhecido. Não é possível aceder às bases de dados de onde se extrai a informação publicitada. É lícito levantar a questão da **falta de transparência informativa, eixo central de uma sociedade desenvolvida e democrática.**

6. Ressaltam aspectos positivos da acção do Governo, para além do seu carácter intenso, determinado e dinâmico. São exemplo muitos aspectos do trabalho técnico da equipa da Unidade de Missão Hospitais SA (não necessariamente a sua concepção da gestão da mudança) e algumas das inovações que começam a ser implementadas nestes hospitais, incluindo o novo “programa conforto”. Incluem também um acompanhamento central muito mais activo do que se passa nos serviços de saúde, um notável ritmo de crescimento na utilização dos medicamentos genéricos, importantes progressos na preparação do Plano Nacional de Saúde, e as nomeações ponderadas efectuadas para os lugares sensíveis da direcção da ERS.

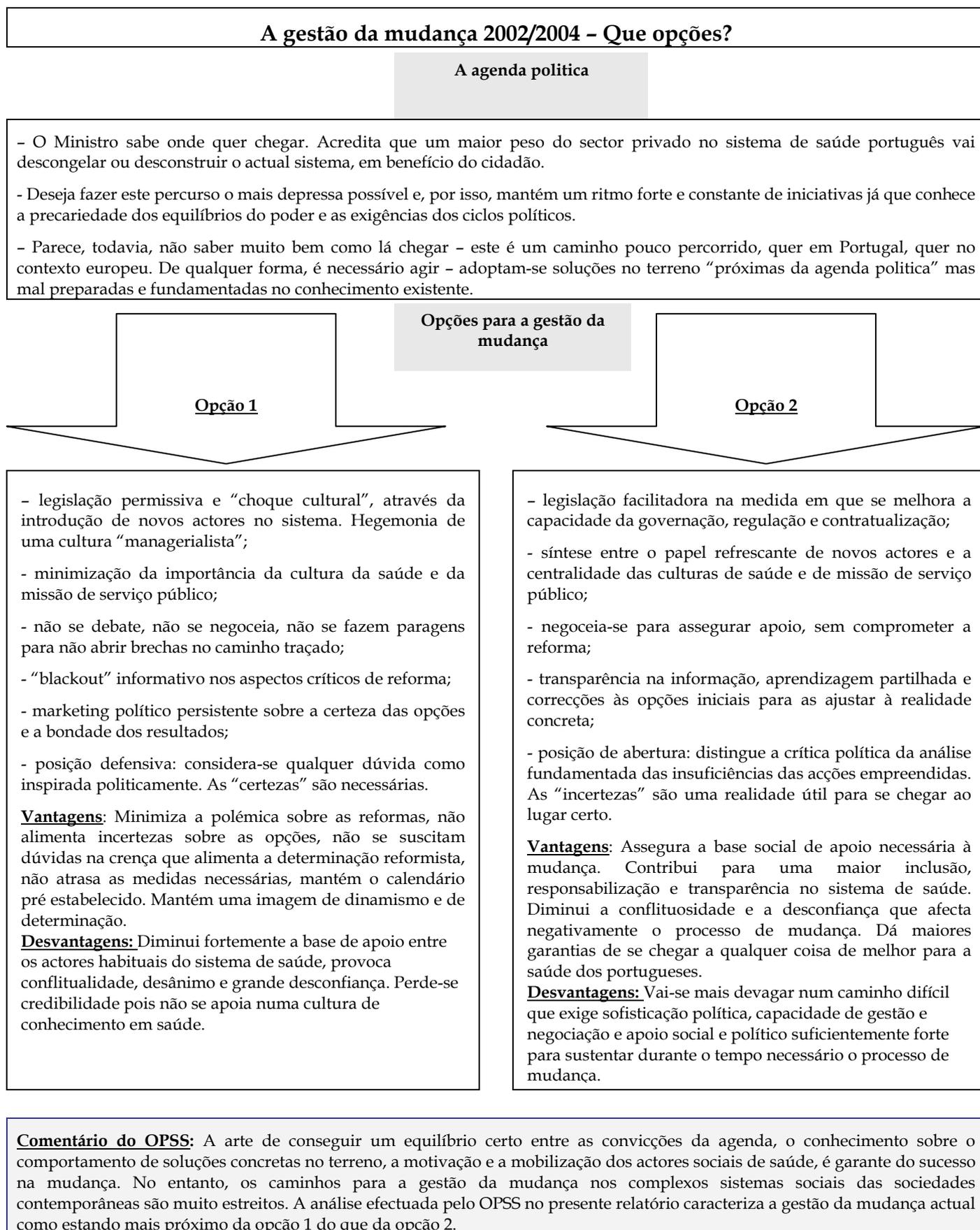
7. É seguramente importante acompanhar centralmente de uma forma activa o que vai acontecendo nos serviços de saúde. Mas não de modo a promover uma forma de “managerialismo” centralista “para-empresarial”, em tensão crescente com a cultura de saúde e de “missão de serviço público”. A adopção de simplificações do racionalismo gestor, com um comando central, sem que se atenda ao contexto específico onde se aplica, dificilmente poderá ser classificada como de gestão empresarial eficiente.

8. É importante promover, vigorosamente, uma aprendizagem para a gestão da mudança a partir da experiência no terreno. Isto é tanto mais necessário quanto mais complexa e ambiciosa for a reforma que se reclama. Não o fazer, não ser capaz de identificar, explicar e negociar as correcções necessárias, resulta necessariamente num rápido isolamento dos poderes formais face a sectores sociais críticos da reforma da saúde. A repetição de frases feitas e de “resultados” não comprovados, pode revelar-se como uma “estratégia de marketing político” de curto prazo, com alguns dividendos, é certo, mas que não proporciona a base social de apoio qualificada que uma “reforma da Saúde” requer.

9. O OPSS continua a aperfeiçoar os cenários sobre o futuro do sistema de saúde, apresentados no RP 2003: “descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística”, e “re-acomodação”. Trata-se, simultaneamente, de um exercício de síntese e de um esforço prospectivo. Estes são “cenários extremos” que convidam a explorar alternativas que se situam entre eles. Contudo, este exercício de discussão e construção de cenários, já tem mostrado a sua utilidade na comunicação de concepções sobre a gestão da mudança na Saúde.

10. A fragilidade do debate político na Saúde é hoje um dos mais importantes factores que dificultam uma evolução positiva no sistema de saúde português.

Quadro I - A gestão da mudança 2002/2004 - que opções?



INTRODUÇÃO

1. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) procura contribuir para a análise e comunicação efectiva sobre a governação da saúde em Portugal e sobre a evolução do sistema de saúde e seus determinantes.

O OPSS tem como finalidade proporcionar a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

O OPSS não toma posição em relação às agendas políticas da saúde. Procura antes analisar objectivamente o que tem estado a acontecer no sistema de saúde, desde os processos de governação até às acções dos principais actores da saúde, reunindo a evidência que suporta esses processos, acções e seus resultados.

2. A partir deste ano o OPSS altera a sua estratégia comunicacional (Figura 1): Evoluir da publicação de um relatório anual para um conjunto constituído por um relatório anual virtual, um livro de referência (revisto pelo menos de 3 em 3 anos), a primeira edição prevista para finais de 2004 e um portal de conhecimento sobre sistemas de saúde.

3. Nas circunstâncias actuais - complexidade do processo de mudança, limitada colaboração do Ministério da Saúde no acesso à informação, sinais de desconfiança nos profissões de saúde - o OPSS desenvolve um conjunto de novas abordagens para melhor poder analisar as reformas em curso e as suas implicações:

- Monitorização de informação veiculada pela comunicação social e análise do seu conteúdo.
- Elaboração de cenários alternativos sobre (a) o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e (b) o futuro do sistema de saúde português e estudo das percepções dos actores sociais em relação a esses cenários.
- Compilação de pontos de vista e da "base de evidência" existente face aos projectos de "parceria entre o público e privado" na construção, equipamento e gestão dos novos hospitais públicos.

4. A edição de 2004 do Relatório da Primavera dedica-se à análise da gestão da mudança em curso no sistema de saúde português. Está dividida em duas partes. A primeira procura proporcionar uma visão de conjunto do que tem sido a gestão da mudança no período 2002/2004. A segunda parte analisa especificamente alguns dos componentes mais importantes dessa mudança: Plano Nacional de Saúde, Hospitais SA, Centos de Saúde, gestão das listas de espera, as questões do medicamento. A edição deste ano do Relatório Português é apresentada um pouco mais tarde do que habitualmente para evitar coincidir com o período de campanha eleitoral para o Parlamento Europeu.

Figura 1- Evolução de estratégia comunicacional do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)



Estratégia comunicacional do OPSS:

De relatórios anuais como publicações para relatórios anuais virtuais complementados por um livro de referência (revisto pelo menos de 3 em 3 anos), apoiado num portal de conhecimento sobre sistemas de saúde.

PARTE I - GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE - 2002/2004

PARTE I - GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE - 2002/2004

A análise da gestão da mudança na saúde é um exercício particularmente complexo. Isto porque ele tem que recorrer a um vasto e diversificado conjunto de referências teóricas (ver quadro 1 e um conjunto muito seleccionado de referências bibliográficas)

A maior parte destas referências dizem respeito a domínios conceituais e científicos que são relevantes ao conjunto dos sistemas sociais e provem das ciências políticas, sociologia, psicologia e ciências do comportamento, gestão e economia. Alguns provem mais directamente da análise dos sistemas de saúde como da avaliação do desempenho dos sistemas e das organizações de saúde, das estratégias de saúde centradas em metas para a saúde e os serviços de saúde, e do desenvolvimento contínuo da qualidade.

O suporte bibliográfico destas referências teóricas será mais detalhado na publicação do OPSS sobre o sistema de saúde português, prevista para o último trimestre do corrente ano, e que proporcionará uma síntese dos quatro primeiros relatórios de primavera (2001 - 2004). Nesta Relatório de Primavera que se pretende que seja de leitura fácil para assegurar uma efectiva disseminação dos seus conteúdos optou-se por incluir em anexo algumas das referências bibliográficas mais relevantes.

Na impossibilidade de recorrer sistematicamente a todas estas referências teóricas o Observatório adoptou, para efeitos desta análise, um conjunto mais simples de questões a abordar (Quadro II) e que constituem um desenvolvimento de princípios já referidos no Relatório de Primavera de 2003.

Numa primeira aproximação, esta primeira parte do relatório faz uma apreciação geral da gestão da mudança 2002/4 em termos dos princípios acima enunciados, mas numa apresentação mais simples, para assegurar uma maior eficácia comunicacional. - O papel do OPSS não é o de analisar mas também comunicar. Torna-se aqui necessário sacrificar por vezes a profundidade teórica e o detalhe documental à clareza dos factos e da argumentação essencial.

Com esta mesma intenção inclui-se no relatório uma versão gráfica simplificada dos cenários sobre o futuro do sistema de saúde português - “descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística”, e reacomodação. Este é um exercício de síntese e de pensamento prospectivo. Estes são os cenários extremos que convidam a explorar alternativas que se situam entre eles.

Em seguida serão analisados individualmente de uma forma sumária os principais elementos da reforma em curso: hospitais (Hospitais SA e Parcerias Público - Privado), centros de saúde, acesso aos cuidados de saúde, a questão do medicamento, o estabelecimento da entidade reguladora da saúde, o “plano de saúde”.

Quadro II- Principais referências teóricas para a análise da gestão da mudança

1. Teoria e prática da mudança cultural
Cultura como atributo a gerir (positivismo); cultura como meio onde se processa a mudança (fenomenologia).
2. Gestão da inovação.
Processos de inovação (“demand pull” ou “science-push”) e difusão da inovação
3. Gestão, “transferência” e “tradução” do conhecimento
A forma como a informação e o conhecimento influenciam as decisões sobre o desenvolvimento do sistema de saúde.
4. Desempenho de sistemas e organizações
A forma como, num sistema ou organização, os recursos são transformados em resultados.
5. “Novo institucionalismo”, em contraposição à teoria económica clássica, no desenvolvimento das organizações e sistemas
Aborda os comportamentos humanos como sendo conduzidos por hábitos, rotinas, ambição, criatividade e novidade e não simplesmente por otimizados racionalização (teoria económica neo-clássica).
6. Nova administração pública
Movimento que tem visado transformar o enfoque tradicional da administração pública dos recursos/processos para o cidadão cliente/resultados
7. “Path dependence” na evolução dos sistemas sociais
Circunstâncias em que os caminhos escolhidos no passado condicionam fortemente as escolhas do presente.
8. Teorias de aprendizagem e motivação
As diferentes formas como se aprende – “social learning” – “learning organization” – os aspectos afectivos da aprendizagem
9. Processo político – estruturalismos e pluralismo nos sistemas de saúde
A forma estática / fechada ou aberta/evolutiva como os poderes se comportam na sociedade.
10. Agendas políticas; o papel do Estado – o público, o privado e o social
Os diferentes valores subjacentes às escolhas políticas no que diz respeito ao papel do Estado, do sector social e do sector privado.
11. Agendas políticas e processo de governação
A distinção das agendas políticas (feitas de opções) os processos de governação (para os quais existem referências consensuais).
12. Agendas dos actores
Referem-se às opções táticas ou estratégicas de forças sociais que influenciam as políticas públicas.
13. Instrumentos formais da governação
Tem a ver com a maior ou menor realidade dos programas de governo, orçamentos, grandes opções de plano, opções organizacionais da administração pública, planos de investimento, estratégias legislativas.
14. Boa governança – da ética da autonomia à ética das decisões colectivas
Tem a ver com as regras de jogo das decisões reais (por oposição às formais) - inclusão, transparência e responsabilização.
15. Estratégias de mudança, baseadas em metas
Abordagens que centram a gestão da mudança em “compromissos sociais” baseados em metas concretas para horizontes temporários bem definidos. Dão atenção, tanto aos “processos internos” como à envolvente externa.
16. Desenvolvimento da qualidade e gestão pelos resultados
Abordagens sobre organizações e procedimentos que equacionam a promoção da qualidade na relação entre processos e resultados.
17. Teorias do desenvolvimento humano, auto-expressão e auto-estima
Trata-se de saber como factores económicos, sociais, culturais e políticas influenciaram o desenvolvimento humano.
18. Empoderamento, cidadania e promoção da saúde
Tem a ver com a questão da centralidade do cidadão nos sistemas de saúde.
19. Ciências prospectivas – Cenários sobre o futuro dos sistemas sociais
Elaboram uma síntese prospectiva dos determinantes da mudança e os seus efeitos.
20. Teorias de democracia
Tem a ver com as formas como o poder é exercido nas comunidades humanas.

Quadro III- Conjunto simplificado de princípios para a gestão da mudança na saúde

1. **Assumir uma agenda política** – explicita-la de forma a tornar mais genuíno o processo político.
2. Adoptar “soluções” no terreno, à partida próximas da agenda, mas compatíveis com o conhecimento existente sobre essa matéria. O aprofundamento e explicitação da “base de evidência” das soluções adoptadas permitem:

Esclarecer os fundamentos das “soluções” propostas

Explicar, debater, comunicar as vantagens sobre soluções alternativas, face ao contexto cultural, social e económico, as agendas dos actores sociais, os instrumentos de governação (incluindo o grau de desenvolvimento da administração pública) e o nível de “governança” do país – facilita as negociações com os actores sociais e o alargamento da base social de apoio.

Desenvolver uma “estratégia de mudança”- Esta inclui:

- Tempos de implementação da reforma (“big-bang” versus “incrementalismo”);
- Equilíbrio entre os mecanismos de descentralização/autonomia e os de coesão/coerência ,
- Grau e tipo de investimento na capacitação humana e nos instrumentos de informação e gestão do conhecimento;
- Enquadramento das agendas dos actores sociais (alianças preferenciais) e envolvimento no processo de mudança;
- Sensibilidade em relação às diferenças entre organização de missão (serviço público) e as organizações mercantis;
- Sensibilidade em relação às especificidades da saúde.

Estabelecer expectativas explícitas sobre o comportamento no terreno da solução adoptada (metas). Estas metas permitem a avaliação e regulação das solução (ajustamentos, correcções).

3. **Promover um dispositivo que permita apreender com a experiência.** Para fazer este tipo de regulação é necessário estabelecer um dispositivo de aprendizagem partilhada – comparação contínua entre as metas estabelecidas e aquilo que é observado; análise independente de eventuais discrepâncias em relação às metas estabelecidas e dos seus determinantes, mobilização dos actores sociais para as correcções necessárias.
4. **Promover a boa governança na saúde.** Na gestão da mudança são particularmente importantes os princípios de boa governança – as regras que informam a tomada das decisões reais (não só as formais) das quais se destacam a inclusão, a transparência e a responsabilização.

1. Dinamismo e determinação no Ministério da Saúde.

*“O Ministério da Saúde, que assumiu funções em 2002, exerceu uma intensa acção governativa no primeiro ano do seu mandato, desencadeando um vasto conjunto de medidas num curto espaço de tempo. Estas acções tiveram o apoio do conjunto do executivo, não só em termos de uma expressão clara de apoio político, mas também pela disponibilização de um importante apoio financeiro”. **RP2003***

O RP 2003 ao fazer a apreciação do primeiro ano da acção do actual Ministério da Saúde, refere que se observou uma invulgar intensidade na acção governativa.

Esta abordagem não só se integrava bem no discurso e estratégia política do conjunto do governo, como também a reforçava: tratava-se de procurar fazer um claro contraste entre o espírito de acção do novo governo e a eventual inacção dos governos que o tinham precedido, intenção bem traduzida na expressão “Portugal em acção”.

Esta atitude teve uma forte receptividade na “opinião pública” – tal como é possível identifica-la através dos líderes de opinião. Determinação, pragmatismo e rapidez podiam ser imagens de marca que se coadunavam bem com as expectativas do país (mudar é necessariamente difícil mas seguramente que é possível faze-lo).

As acções do Ministério da Saúde durante este período abrangem um vasto conjunto de domínios:

Principais medidas de dois anos de governação na saúde	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Lançamento do Plano Nacional de Saúde ○ Decreto-Lei da Empesarialização de 31 Hospitais (Hospitais SA) ○ Decreto-Lei das Parcerias Público-Privado (PPP) ○ Decreto-Lei sobre a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários ○ Criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC ○ Lançamento da Política do Medicamento (introdução de: genéricos, preço de referência e receitas única e renovável) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Criação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS) ○ Decreto-Lei sobre os Cuidados de Saúde Continuados ○ Reestruturação da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida ○ Criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência ○ Revisão das Taxas Moderadoras ○ Lei da Gestão Hospitalar e do Decreto-Lei de Execução e Regulamentação

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt>

O Quadro IV, dá uma ideia ainda mais clara de intensidade desta acção governativa.

O Ministro da Saúde tem desenvolvido uma actividade verdadeiramente impressionante em defesa do seu projecto e das convicções que lhes estão subjacentes. Tem-se deslocado com grande frequência a vários locais pelo país, para nas mais diversas oportunidades explicar e promover o seu projecto. Tem-no feito com considerável coragem não recuando perante audiências potencialmente hostis. Um dos seus desempenhos mais recentes e notáveis teve lugar no última reunião magna da Associação dos médicos de clínica geral (Vilamoura, Março 2004), em que conseguiu em alguma medida desmobilizar o antagonismo existente, pela sua presença e pela insistência na sua intenção de “mudar” e “experimentar”, convidando a audiência a organizar-se e a participar no processo de mudança.

Quadro IV- Quadro da legislação adoptada entre 2003 e 2004.

2003	
Despacho conjunto n.º 53/2003. DR 19 SÉRIE II de 2003-01-23	Comissões para o acompanhamento da Empresarialização dos Hospitais - Forma de remuneração.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003. DR 30 SÉRIE I-B de 2003-02-05	Cria uma unidade de missão designada "Hospitais SA", com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Portaria n.º 132/2003. DR 30 SÉRIE I-B de 2003-02-05	Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento.
Decreto-Lei n.º 60/2003. DR 77 SÉRIE I-A de 2003-04-01	Cria a rede de cuidados de saúde primários.
DL 86/2003, 26 Abril	Normas gerais das Parcerias público-privadas
Decreto Regulamentar n.º 10/2003. DR 98 SÉRIE I-B de 2003-04-28	Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.
Decreto Regulamentar n.º 14/2003. DR 148 SÉRIE I-B de 2003-06-30	Aprova o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares.
Decreto-Lei n.º 172/2003. DR 176 SÉRIE I-A de 2003-08-01	Cria o Hospital do Litoral Alentejano, submetendo-o ao regime de instalação previsto no Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto
Decreto-Lei n.º 173/2003. DR 176 SÉRIE I-A de 2003-08-01	Estabelece o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.
DN 35/2003, 20 Agosto	Constituição da sociedade de capitais exclusivamente publicos PARPÚBLICA - Participações Públicas (SGPS), S.A.
Decreto-Lei n.º 188/2003. DR 191 SÉRIE I-A de 2003-08-20	Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro
Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003. DR 191 SÉRIE I-B de 2003-08-20	Procede à reestruturação orgânica e funcional da Comissão Nacional de Luta contra a Sida e nomeia como encarregado de missão o Prof. Doutor António Abel Garcia Meliço-Silvestre.
Portaria n.º 985/2003. DR 212 SÉRIE I-B de 2003-09-13	Aprova a tabela que fixa o valor das taxas moderadoras.
Decreto-Lei n.º 209/2003. DR 213 SÉRIE I-A de 2003-09-15	Prorroga até 31 de Dezembro de 2004 o período de vigência do regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
Decreto-Lei n.º 234/2003. DR 224 SÉRIE I-A de 2003-09-27	Aplicação a todos os subsistemas de saúde geridos por serviços e organismos do Estado que participam nos preços dos medicamentos dos seus beneficiários, com as necessárias adaptações.
Despacho n.º 21211/2003(2.ª série). DR 255 SÉRIE II de 2003-11-04	Plano Contingência SARS 2003-2004.
Decreto-Lei n.º 281/2003. DR 259 SÉRIE I-A de 2003-11-08	Cria a rede de cuidados continuados de saúde
Decreto-Lei n.º 309/2003. DR 284 SÉRIE I-A de 2003-12-10	Cria a Entidade Reguladora da Saúde
Despacho n.º 24257/2003(2.ª série). DR 290 SÉRIE II de 2003-12-17	Criação da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente.
2004	
Portaria n.º 103/2004. DR 19 SÉRIE I-B de 2004-01-23	Aprova a tabela das taxas moderadoras.
Despacho Conjunto n.º 45/2004, 28 Janeiro	Nomeação da comissão de avaliação de propostas para a constituição de uma parceria publico-privada para o novo hospital de Loures
Portaria n.º 115-A/2004. DR 25 SÉRIE I-B 1º SUPLEMENTO de 2004-01-30	Cria o Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central).
Despacho n.º 2837/2004(2.ª série). DR 32 SÉRIE II de 2004-02-07	Delegados de informação médica (DIM)
Despacho 4 534/2002 (2ªserie), 5 Março	Centro de atendimento nacional - contact centre.
Portaria n.º 265/2004. DR 61 SÉRIE I-B de 2004-03-12	Aprova alterações ao Regulamento dos Internatos Complementares.
Despacho n.º 9826/2004(2.ª série). DR 117 SÉRIE II de 2004-05-19	Hospitais, SA - Ensino e formação.
Portaria n.º 551/2004. DR 120 SÉRIE I-B de 2004-05-22	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde.
Portaria n.º 587/2004. DR 129 SÉRIE I-B de 2004-06-02	Celebração com a sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A.

Intensa acção governativa entre 2002 e 2004, com grande produção legislativa.

2. Um “discurso de acção” com aparentes contradições.

“... (o ministro) acabara de afirmar que relativamente à reforma dos centros de saúde, não era necessário qualquer estudo de avaliação “se daqui a dois ou três anos pudermos constatar, através de dados que o próprio Ministério possa ter ou que sejam fornecidos por entidades independentes, que o acesso das populações melhorou, que os profissionais têm melhores condições para desempenharem os seus cargos, que nas estatísticas internacionais melhorámos alguns indicadores”. Até porque não adiantam muito, queixou-se o ministro: o Ministério também tem feito avaliações, nomeadamente no que diz respeito às lista de espera e ao desempenho dos hospitais SA, e não obstante o facto de avançar com números concretos, “o contraditório político vem logo afirmar que os mesmos não estão correctos”.

(Jornal Médico de Família; Março – Congresso de Clínica Geral)

Poucos serão os observadores atentos à saúde que duvidarão do facto do Ministro ter um projecto de mudança e acreditar fortemente nele.

Esta situação suscita pelo menos uma questão particularmente importante:

Não poderá a forte “crença” no projecto resultar na gestão da mudança baseada em *certezas e opções apriorísticas* (a) sem fundamentos teóricos e empíricos, (b) pouco compatíveis com a enorme complexidade do sistema de saúde e das incertezas que lhe estão inerentes, (c) propiciando um clima pouco propício a avaliações, verdadeiramente independentes, dos resultados reais das opções adoptadas, e (d) portanto com poucas possibilidade de sucesso?

O OPSS tem vindo a proceder a uma análise exaustiva dos projectos de reforma apresentados, e das explicações e apreciações do Ministério de Saúde sobre a adopção, implementação e avaliação desses projectos. Neste processo de análise ainda não é o tempo para conclusões definitivas, mas existem já observações suficientemente sólidas para procurar respostas para as questões suscitadas por esta gestão da mudança.

O essencial do discurso político do Ministro da Saúde no que diz respeito à gestão da mudança, pode resumir-se, de forma muito simplificada, da seguinte forma:

Acção. Actuar. Fazer. Os que criticam, falam mas não fizeram, nem fazem. Há claramente grandes expectativas neste sentido. O “discurso da acção” associado a uma acção governativa intensa tem uma forte audiência. Quase que não se pergunta se se faz bem ou mal, desde que se faça.

É preciso experimentar - o que interessa são os resultados. Os processos e as soluções são bons se produzem bons resultados, não porque se afastam ou aproximam de pré-conceitos pré-estabelecidos. De facto são os resultados que interessam. É necessário, com frequência, ensaiar soluções para saber se elas funcionam no nosso contexto. Mas dado o carácter sensível dos sistemas de saúde, não é legítimo adoptar à partida, mesmo experimentalmente, soluções sem qualquer fundamentação teórica, em detrimento de alternativas muito melhor fundamentadas.

Por ser necessário actuar, progredir, mudar, não há muitas vezes tempo para considerações teóricas e avaliações académicas sofisticadas. Outras instituições com mais vocação e tempo para isso podem fazê-lo. Não parece legítimo invocar a necessidade de experimentar, para logo a seguir recorrer ao “discurso da acção” para minimizar o papel da avaliação na correcção do caminho encetado, e no contexto de um “blackout informativo”, em relação aos aspectos mais críticos da reforma da saúde.

... “Mas hoje temos resultados para mostrar e tranquilizar todos os portugueses de que esta mudança é no seu interesse e no interesse de Portugal”. É pelo menos polémico, muito pouco depois do início de reformas manifestamente complexas e exigentes, apresentar resultados invulgares, não sustentados por bases de dados, definições e análises acessíveis e independentes.

É importante tentar compreender estas aparentes contradições. O OPSS procura hipóteses explicativas que permitam facilitar o entendimento das políticas de saúde. Esta é simplesmente uma hipótese explicativa, mas em conformidade com a análise que este relatório apresenta.

⇒ O Ministro da Saúde sabe onde quer chegar – acredita genuinamente que um maior peso do sector privado no sistema de saúde português vai descongelar ou desconstruir o actual sistema com benefícios para o cidadão

⇒ Quer chegar (descongelar ou desconstruir) o mais depressa possível – está consciente da precariedade dos equilíbrios do poder e das exigências dos ciclos políticos.

⇒ Mas não se sabe muito bem como se lá chega – este é um caminho muito pouco percorrido quer em Portugal, quer no contexto português. De qualquer forma é necessário agir – adoptam-se soluções no terreno “próximas da agenda política” mas ainda mal fundamentadas no conhecimento existente.

⇒ Quando confrontado com esta falta de fundamentação o Ministério da Saúde (MS) argumenta com o direito e a necessidade de experimentar – necessidade amplamente reconhecida.

⇒ No entanto, experimentar tem as suas regras mínimas – metas e bases de dados com definições rigorosas pré-estabelecidas, análise explícita, interpretações alternativas sujeitas ao contraditório.

⇒ O Ministério da Saúde (MS) adapta-se mal a estas regras mínimas – não dá acesso aos dados, não explicita a abordagem analítica, não se sujeita ao contraditório interpretativo. Toleram mal as críticas às soluções adoptadas e à apresentação precoce de “resultados de sucesso”.

⇒ O MS sabe onde quer chegar e pressente que pode enredar-se nas dúvidas que se apontam um pouco por todo lado, desacelerar, perder o ímpeto, não chegar lá – por isso não dá informação que alente incertezas, recorre a um forte marketing, político, repete afirmações que os factos não comprovam, assume o discurso do “tudo vai bem”.

⇒ É se onde se quer chegar e o caminho que se está a percorrer não é bom para a saúde dos portugueses? Como podemos supor que o seja se as opções de partida são pouco fundamentadas e o seu comportamento no terreno não é abertamente avaliado?

⇒ A gestão da mudança tem as suas regras, os seus ritmos, as suas realidades e o seu contexto. Não pode ser excessivamente forçada, mesmo pelo mais determinado dos voluntarismos. Reconhecem-se as dificuldades. O espaço é estreito entre a paralisia face às dificuldades e a imprudência de certezas não fundamentadas.

Ao se adoptar uma solução concreta que objective as opções do programa de governo é de esperar que ela esteja “próxima” da agenda política do governo. No entanto esta proximidade da solução à agenda política do governo não é suficiente. Ela tem de ser sistematicamente fundamentada teórica e empiricamente e sujeitar-se ao veredicto da experiência.

Esta **combinação de arraigada crença nas virtudes da agenda política com um forte pendor voluntarista nas soluções concretas adoptadas** sustenta só por si a necessidade de uma análise mais detalhada sobre a gestão da mudança em curso na saúde.

3. Quais os fundamentos das “soluções” adoptadas na reforma da saúde? Frágeis e mal explicitados. Porquê?

“...para cada questão difícil há sempre uma resposta simples que habitualmente está errada...”

H.L Mencken

È necessário que haja também fundamentação teórica e empírica que permita supor e prever que a solução “vai funcionar no terreno”. Os sistemas sociais, e particularmente o da saúde, são demasiado importantes para que se experimente sem fundamentos conhecidos.

É certo que as realidades do ciclo político não “dão tempo” para aprofundar este trabalho de aprofundamento desta fundamentação – por vezes é importante começar com as certezas possíveis. No entanto a falta total de fundamentação da grande parte das “soluções operacionais propostas” e adoptadas nos últimos dois anos vai para além do que seria admissível pelas contingências da acção governativa. (Ver figura 2)

Porquê grandes ousadias em projectos invulgares no contexto internacional num país com um bem documentado atraso nos níveis de governança, capacitação dos recursos humanos, na gestão e transparência da informação?

No caso dos hospitais SA não foram explicitados, apresentados e discutidos os méritos e limitações da solução SA face a outro tipo de hospital-empresa. E no entanto há fortes razões para supor que esse debate era muito pertinente na procura da melhor solução.

Um estudo ultimado nos princípios de 2002 dá boas indicações do desempenho dos hospitais da Feira e de Matosinhos em relação à gestão privada do Amadora-Sintra. Parecia que se poderia concluir que a solução “hospital – empresa tipo Feira” estava no bom caminho.

A auditoria do Tribunal de Contas, publicada em 2003, sobre o mesmo tema teve resultados idênticos – o modelo Feira dava boas indicações de desempenho, quando comparado com outros hospitais que ainda não tinham adoptado este modelo.

Já em 2004, com o Hospital da Feira integrado no grupo SA, reconheceu-se, no contexto da “avaliação do primeiro ano do funcionamento dos hospitais SA”, que este era o que mostrava melhores resultados (fruto essencialmente do trabalho que tinha precedido a sua incorporação na solução SA), sendo nesta ocasião o seu director agraciado publicamente por essa razão.

Porque não se seguiu o modelo Feira e optou-se pela solução SA? Onde está a fundamentação para deixar um modelo que já dava algumas boas indicações e ir, massivamente, por um caminho completamente inexplorado?

No caso da instituição da “entidade reguladora de saúde” (ERS), optou-se por uma solução invulgar sem qualquer estudo conhecido sobre o complexo sistema regulador da saúde já existente e sobre a melhor maneira do melhorar ou complementar.

Não é possível identificar um só actor social relevante que se tenha identificado com esta forma de fazer as coisas.

Num relatório da “Plataforma de Observação e Acompanhamento da Saúde” constituída pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, subscrito por um conjunto de personalidades de elevado prestígio, dos mais diversos sectores profissionais e de opinião lê-se:

“ Pode afirmar-se sem reservas que a ERS, que poderia e deveria constituir um elemento agregador de vontades e das organizações, constitui antes, pelo excessivo poder de que se reveste, retirado em grande parte a órgãos decorrentes de eleições, uma profunda ameaça para aquilo que pretende evitar”(Outubro, 2003).

Possivelmente preocupado pela importância do temas, o próprio Presidente da República, após ter chamado à atenção para a importância de melhor regulação na saúde a propósito da nova lei sobre a organização e gestão dos centros de saúde (Março/Abril de 2003), toma a iniciativa de chamar a atenção para a necessidade de um maior debate e reflexão sobre esta matéria:

“É necessário, pois alargar o debate sobre estes temas ...Há, então, todas as condições para realizar um debate profundo.... É necessário compreender a dimensão dos problemas, mas também mobilizar a comunidade para a solução a dar-lhes, até porque, em última análise, é a própria qualidade da cidadania que, mais uma vez, está aqui em causa...”

(Expresso, Outubro 2003)

Ao mesmo tempo que escreve este artigo de opinião sobre esta matéria, o Presidente da República convida um conjunto de entidades e pessoas a esclarecerem-no sobre estas matérias, sinal claro da importância que atribuía ao aprofundamento destas questões.

O Ministério da Saúde não reagiu, pelo menos de forma aparente, às preocupações manifestadas. E no entanto, neste caso, teve dois anos para preparar esta iniciativa de forma que fosse tecnicamente sustentável e socialmente aceitável.

No caso das parcerias público-privado para os hospitais, ver relatório 2003

No caso da “reforma dos centros de saúde”, ver relatório 2003

Padrões similares de falta de fundamentação são aparentes para o caso das parcerias das reformas dos centros de saúde. (ver quadros na página seguinte)

Existem duas importantes consequências deste forte voluntarismo na tomada de decisões sobre a reforma da saúde:

- **Falta de debate e informação sobre a bondade das soluções concretas da reforma da saúde.**

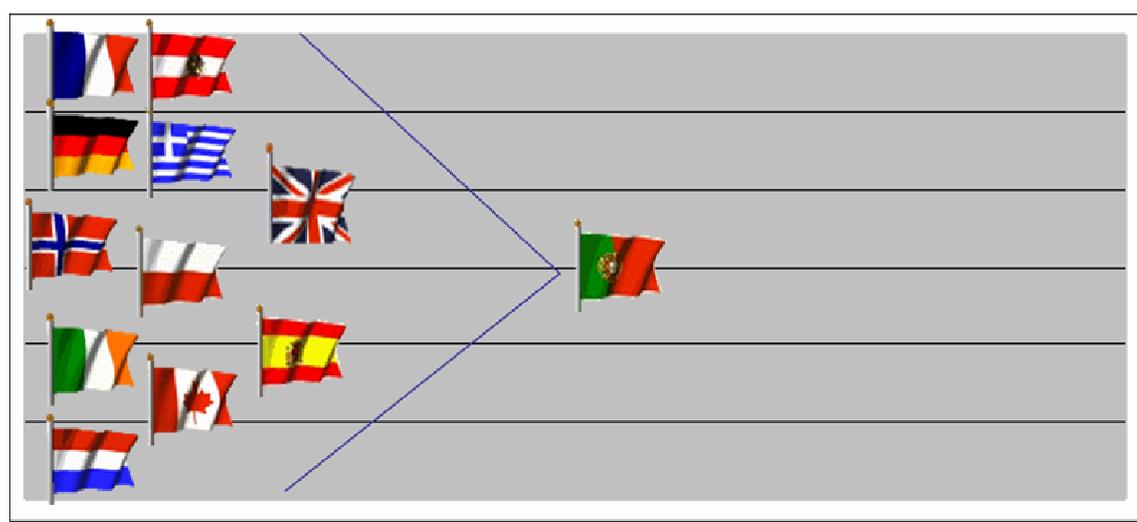
A reforma da saúde a fazer-se, faz-se com as pessoas. Não pode decorrer de processo normativo e centralizado. Ao ignorar sistematicamente a opinião das pessoas, desde o mais alto magistrado da nação até ao mais anónimo cidadão ou profissional da saúde, o Ministério da Saúde agravará o seu isolamento em relação à forma de pensar dos principais actores do sistema de saúde português. Desta forma não estará em condições de fazer uma reforma da saúde.

- **Não se explicitam as expectativas/metabolismos das soluções adoptadas.**

A aprendizagem no terreno implica antecipar os resultados que se prevêem pela aplicação das medidas adoptadas e observar a forma e as razões porque se concretizam ou não essas expectativas.

É absolutamente necessário conciliar a acção com o conhecimento. Decidindo sistematicamente de uma forma que ignora ou está ao arrefio do conhecimento, não dá nenhuma segurança que as soluções adoptadas vão de facto funcionar – muito provavelmente não vão. Para isso é necessário grande transparência nas decisões e fácil acesso à informação da saúde.

Figura 2 - “OUSADIA” ou falta de fundamentação na gestão da mudança?



Ousadias (1): Portugal propõe-se adoptar uma modalidade de parceria público-privada para os novos hospitais públicos que países muito mais desenvolvidos têm considerado excessivamente arriscadas, face à sua capacidade e instrumentos de governação, especialmente por se tratarem de compromissos a longo prazo (20-30 anos). Porquê?

Ousadias (2): opções polémicas e pouco fundamentadas. Porquê?

Hospitais SA	Face às boas indicações de desempenho do hospital-empresa “tipo Vila da Feira” não é claro porque se adoptou a solução invulgar Hopital SA.
Reforma dos Centros de Saúde	Sucessão de propostas invulgares e não fundamentadas sem instrumentos técnicos conhecidos, sem apoio das organizações profissionais e dos meios académicos qualificados
Entidade Reguladora da Saúde	Concepção alheia à ideia fundamental de “sistema regulador”, polémica por falta de debate público a quando da sua adopção, com uma grande convergência de pontos de vista negativos dos mais diversos sectores de opinião da sociedade portuguesa

Figura 3 - “Ousadias” e realidade portuguesa. Níveis de desenvolvimento e governança de Portugal comparados com os de outros países europeus.

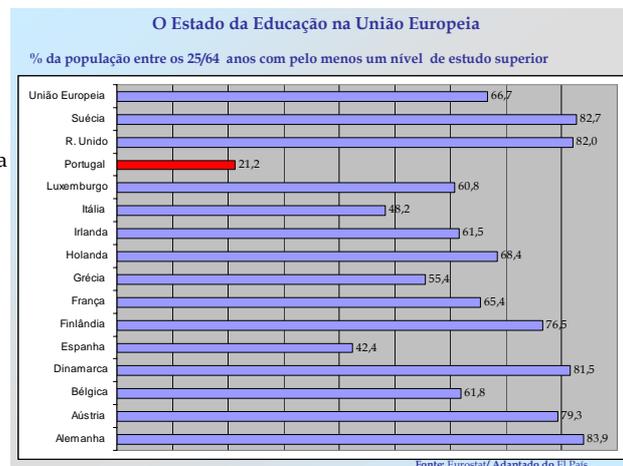
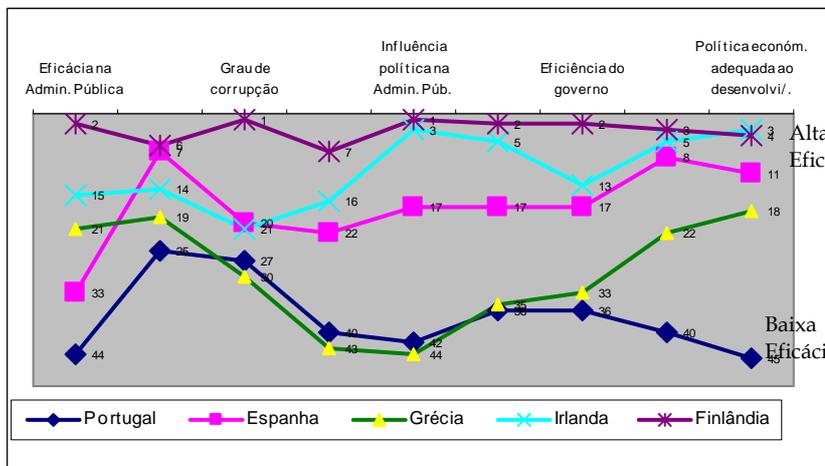


Figura 3.1 (Ver Relatório da Primavera de 2003)
Baixo nível de “eficácia na governação” de Portugal e Grécia, quando comparados com Espanha, Irlanda e Finlândia
Investir na eficácia da governação?

Figura 3.2 (ver Relatório da Primavera de 2003)
Baixo nível de capacitação humana em Portugal quando comparado com outros 15 países da União Europeia
Investir no desenvolvimento humano?

Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais

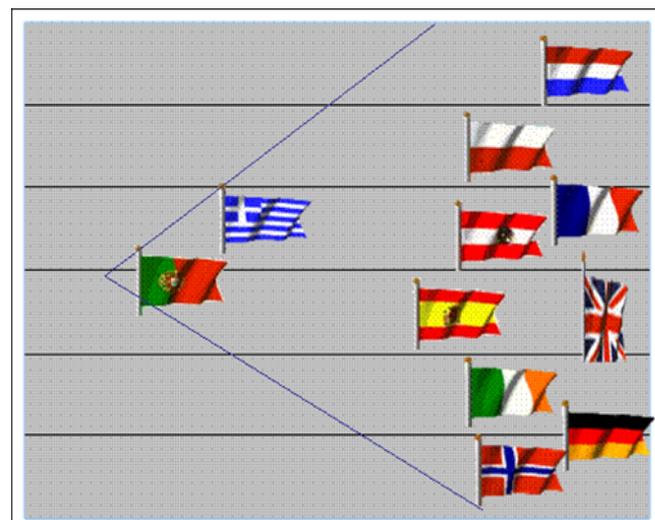
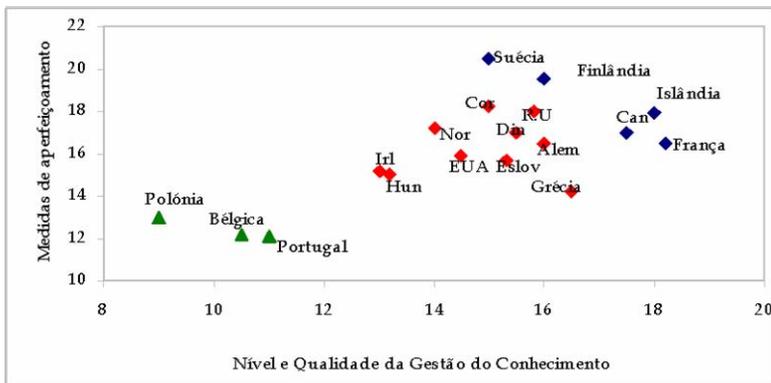


Figura 3.3 (Ver Relatório Português 2003)
Baixos níveis da “gestão do conhecimento” em Portugal quando comparados com outros países europeus.
Investir na sociedade de informação e do conhecimento?

Figura 3.4 (Ver Relatório Português 2003)
Portugal genericamente tem um nível de desenvolvimento e governança inferior as nossas parcerias europeias.
Investir na inclusão, transparências e responsabilização?

É necessário inovar, ousar e cultivar a auto - estima. Mas será possível faze-lo com projectos não fundamentados técnica e cientificamente, situados totalmente fora do contexto do desenvolvimento do país?

4. “Blackout informativo” sobre aspectos críticos da reforma da saúde; falta um dispositivo de aprendizagem partilhada - Porquê?

“A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve ser acessível.”

António Barreto

No contexto de uma intensa acção governativa no sentido de promover mudanças importantes no sistema de saúde português, em que é fundamental ensaiar novas soluções e aprender com o seu comportamento no terreno, seria de esperar um grande investimento na informação de saúde e na sua ampla partilha pelos actores sociais da saúde.

No entanto, tem acontecido exactamente o contrário. Existem fortes testemunhos nesse sentido.

Passemos à evidência concreta sobre sérias limitações ao acesso a informação crítica sobre a reforma da saúde:

- **Listas de espera nos Hospitais**

A disponibilização e partilha de informação precisa sobre tempos de espera é a regra de ouro da boa gestão dos programas relativos ao acesso aos cuidados de saúde.

Para ser útil esta informação tem que permitir conhecer os tempos cirúrgicos, por patologia e por hospital, assim como os tempos de espera para consultas externas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica por especialidades.

Sem esta informação não é possível gerir um programa desta natureza, muito menos interpretar e apresentar resultados.

Não tem sido este o entendimento do Ministério da Saúde. Apresenta resultados, alguns verdadeiramente invulgares, por vezes sob a forma igualmente invulgar de anúncios pagos, sem a que esse anúncio corresponda nenhum relatório analítico suficientemente detalhado que o sustente. Esta não é uma forma aceitável de apresentar resultados. (ver figura 4)

Quando questionado sobre os dados concretos o Ministério da Saúde remete para o site do Ministério onde os dados apresentados de forma agregada por hospital tem uma utilidade limitada.

Instado a proporcionar os dados detalhados necessários para uma análise apropriada o Ministério não responde sistematicamente. Alguns exemplos elucidativos:

- **Os extraordinários conteúdos do anúncio pago de Novembro de 2003 (ver figura 4)** Diz este anúncio que o tempo médio de espera para as cirurgias passou, num ano, de um tempo médio de espera de 6 anos para 6 meses. Esta é uma comparação extraordinária, sabendo como a partir de um a dois anos a informação sobre listas de espera passa a ser muito pouco fidedigna. Passados escassos 2 meses é o próprio Ministério que o confirma. (informação Lusa/Público).

“Os números noticiados indicam que 20.461 dos 36 mil doentes que ao abrigo do programa de recuperação das listas de espera e por falta de resposta das unidades públicas, deviam ter sido operados no sector privado recusaram a operação. Segundo explicou à Lusa o ministro Luís Filipe Pereira, quando

foram chamados pelas instituições de saúde, estes doentes alegaram que não queriam ser operados ou que não tinham qualquer indicação para cirurgia.

Alguns simplesmente não apareceram no hospital no dia marcado para a intervenção. Fonte do Ministério da Saúde diz que nestas recusas estão também englobados doentes que tinham indicação cirúrgica mas que, devido ao seu estado de saúde, já não podiam ser operados ou já tinham resolvido o problema recorrendo à medicina privada”

- **A experiência dos órgãos de comunicação social**

A descrição da exposição do Jornal de Negócios ao tentar obter informação do Ministério da Saúde (Quadro V) coincide com a de outros órgãos de comunicação social e dispensa comentários.

- **A experiência das instituições académicas**

O comportamento do Ministério da Saúde em relação às instituições académicas, interessados em analisar a reforma da saúde, não difere daquilo descrito pela comunicação social. (Quadro V)

Recursos humanos da saúde

As distorções já históricas do número e da distribuição dos recursos humanos da saúde e à forma como as profissões da saúde reagem às incertezas associadas à mudança que não entendem bem, fazem da monitorização e avaliação do comportamento das profissões da saúde um tema de capital importância.

Após o anúncio da solução Hospitais SA e durante o primeiro ano da sua implementação (coincidindo em parte com alterações do regime de aposentação da função pública) houve várias indicações de possíveis fluxos de saída dos hospitais públicos de recursos altamente qualificados.

Actualmente existem sinais importantes de inquietações semelhantes na área dos cuidados de saúde primários.

A análise sobre estes possíveis fluxos têm uma grande importância na gestão da mudança. Permitem não só ajustar as previsões existentes sobre os efectivos profissionais do SNS nos próximos anos, como também estudar as reacções das pessoas às reformas.

Esta análise não está disponível. Solicitados os dados necessários ao Departamento respectivo, não foi sequer possível obter uma resposta assegurando a recepção do pedido feito!

Pedidos solicitados ao *Departamento de Modernização e Recursos da Saúde*:

Nº de profissionais SNS que pediram reforma antecipada (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <65, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Outros profissionais), nos anos de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Nº de profissionais SNS que pediram rescisão de contratos e que saíram do SNS (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <40 anos, Médicos com idade compreendida entre 40-55 anos, Médicos com idade compreendida entre 56-65 anos, Médicos com idade superior a 65 anos, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Outros profissionais) nos anos de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Nº de profissionais que pediram licenças sem vencimento, superior a 1 ano (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <50 anos, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Enfermeiros <50 anos, Outros profissionais), 1999,2000, 2001, 2002, 2003.

Avaliação dos hospitais SA

A falta de informação crítica para a avaliação dos Hospitais SA e referida em pormenor na Parte II deste relatório.

Informação financeira

Elucidativa é igualmente a situação de informação relativamente ao financiamento da saúde.

“O Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIFS), não faz a mínima ideia de quanto vai custar a implementação dos vários e importantes projectos a cargo da Direcção de Serviços de Sistemas de Informação e Apoio Técnico (DSSIAT). O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (Sonho), o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde e o cartão do utente são alguns desses projectos. "As limitações de tempo que nos foram impostas para a apresentação deste contributo não nos permitiram estabelecer previsões de custos para o conjunto dos projectos enumerados", lê-se no documento com o plano de actividades para 2004 deste instituto (...)"

Ainda no mesmo capítulo financeiro da DSSIAT pode ler-se que o IGIFS desconhece "se alguns dos novos projectos estão ou não inscritos em PIDDAC, para 2004". Mais preocupante, porém, é a confissão de que "não existe um plano estratégico para os sistemas de informação (SI) na Saúde" e que "não se conhecem as orientações que os novos hospitais SA irão prosseguir em matéria de SI e, por consequência, não se poderá prever o impacto dessas orientações no conjunto das actividades do IGIFS".

Com este relatório ficou ainda a saber-se que o plano de acção para 2004 da delegação do Porto deste instituto foi elaborado apesar de não conhecer "ainda com clareza a linha de rumo, estratégia e objectivos (curto e médio prazo) atribuídos ao Departamento de Informática do IGIFS e, em particular, as responsabilidades e objectivos atribuídos à delegação do Porto". “

Fonte: João D’Espiney. Saúde desconhece custos dos projectos. Jornal Negócios, 19-05-2004

Há no entanto importantes excepções a este “blackout informativo” que merecem destaque. Estas excepções correspondem, não por mera coincidência a instituições do Ministério de Saúde de carácter e comportamento mais marcadamente técnico.

È o caso do INFARMED e da Direcção Geral da Saúde que tem melhorado substancialmente os conteúdos informativos dos seus sites e mostram se constantemente disponíveis a colaborar com aquelas instituições que procuram a informação de saúde.

Quadro V - Blackout informativo sobre aspectos críticos de reforma.

Comunicação Social

Informação essencial sobre o sector da saúde continua a ser negada pelo Ministério

Ao longo de meses, e por variadas vezes, o Jornal de Negócios solicitou ao Ministério da Saúde um conjunto de relatórios e dados oficiais que são essenciais para avaliar a forma como estão a decorrer as mudanças em curso no sector. Dada a falta de sucesso dos pedidos informais, o Jornal de Negócios efectuou então um pedido formal. Os documentos em causa são o relatório sobre a execução financeira do Programa de Combate às Listas de Espera (PECLEC), o relatório e contas de 2002 da Estrutura de Missão das Parcerias público - privadas, o plano de actividades para 2004 do IGIFS, os Planos de Negócios dos 31 hospitais SA, as contas globais de 2002 do SNS e o novo relatório com a avaliação comparada entre o hospital Amadora - Sintra e os hospitais Garcia de Orta, São Francisco Xavier e Santo António.

Como continuamos sem resposta, decidimos apresentar queixa na CADA, a Comissão de Acesso aos Dados Administrativos que regula e avalia o acesso dos cidadãos aos documentos e informação em posse do Estado.

Apesar de não ter facultado um único daqueles documentos a este jornal, o gabinete do Ministro chegou a informar a CADA que já tinha disponibilizado toda a informação pedida. Como era falso, as queixas foram reiteradas e a decisão da CADA, tomada no mês de Abril, não deixa margem para dúvidas ao referir que “o ministro da Saúde deverá facultar ao queixoso o acesso aos documentos solicitados”. **Luís Filipe Pereira optou porém, por ignorar a decisão deste órgão do Estado, pois da informação pedida só disponibilizou uma parte do relatório da execução financeira do PECLEC, escondendo as verbas que foram canalizadas para os hospitais do sector privadas.**

Fonte: Jornal de Negócios, 25 de Maio de 2004

Instituições Académicas

Informação solicitada junto do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde, a 19 de Abril de 2004

SEM RESPOSTA

Os indicadores abaixo enunciados relativos ao PECLEC foram pedidos desagregados por hospital e para as seguintes patologias: Hérnias Abdominais, Colectectomia, Prótese Total da Anca, Varizes, Cataratas, Cirurgia nasal, Cirurgia útero, Síndrome Túnel Cárpico, Amigdalectomia, Prótese Total do Joelho. Total de casos em espera, no programa, em 1 de Janeiro de 2004, Total de casos entrados no programa até 31 de Dezembro de 2003, Tempo médio de espera em Janeiro de 2003, Tempo médio de espera em Janeiro de 2004, Nº de casos com espera superior a 6 meses, Nº de casos com espera inferior a 6 meses, Total de casos expurgados (óbito, dupla contagem, desistência da intervenção cirúrgica, revisão clínica da indicação cirúrgica, cirurgia já realizada, mudança de residência, etc.) em 2003, Nº de readmissões pela mesma causa. Nº de cirurgias de PECLEC realizadas no hospital em 2003, Nº de cirurgias sem ser do programa PECLEC realizadas no hospital em 2003. Nº de cirurgias do PECLEC realizadas no sector privado não lucrativo (sector social), Nº de cirurgias do PECLEC realizadas no sector privado lucrativo, Despesa global realizada com o PECLEC.

O Presidente da República

“Esta realidade não deve ser esquecida quando se aborda a qualidade da governação, que surge, em regra, associada a cinco princípios, que podem ter na Saúde uma aplicação clara.

O primeiro princípio é o da abertura, que significa trabalhar de uma forma transparente, com uma linguagem acessível ao grande público, de maneira a melhorar a confiança das pessoas e das instituições no sistema de saúde; a transparência significa, por seu lado, utilizar e disponibilizar informação para todos os interessados.

Esta é uma questão fulcral no exercício dos direitos de cidadania e do desenvolvimento da investigação: devem ser ultrapassadas as debilidades de fontes documentais que dificultam ou até inviabilizam o trabalho dos órgãos de acompanhamento, das redes académicas e das equipas independentes.

Não é tolerável que a Administração Pública, seja qual for o seu nível de responsabilidade, não disponibilize a informação necessária para a análise dos meios utilizados e dos resultados conseguidos”

Presidência da República no 10º Congresso da Medicina Interna (Maio de 2004)

Factos sem mais comentários.

O bold foi acrescentado pelo o OPSS

Figura 4 – Anuncio pago – Balanço da actividade do 1º ano de execução do PECLEC.





BALANÇO DA ACTIVIDADE DO 1.º ANO DE EXECUÇÃO DO PECLEC

PECLEC | Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Tendo-se completado no dia 1 de Novembro passado o primeiro ano de actividade do **PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas**, o Ministério da Saúde vem dar publicamente conta dos **RESULTADOS** obtidos, com dados reportados a Setembro último.

Conclusões:

- No seu melhor ano (2001), o antigo programa de recuperação de listas de espera (PPMA), levado a cabo pelo anterior Governo, realizou apenas um total de 23 791 cirurgias adicionais.
- O compromisso de resolver a lista de espera de 123 166 pessoas referenciadas a 30.06.2002 será cumprido muito antes do prazo previsto, ou seja, cerca de 10 meses mais cedo do que os 2 anos a que o Governo se comprometera em Abril de 2002.
- O ritmo de actividade cirúrgica corrente (programação programada), bem como o número de consultas nos Hospitais SA, conforme acima ficou demonstrado.
- Grande parte do crescimento de casos na nova lista de inscritos deve-se ao sucesso no aumento da acessibilidade das pessoas às consultas hospitalares em consequência da melhoria da actividade e da produtividade dos hospitais
- O «tempo médio» de espera por uma cirurgia da lista dos inscritos após o dia 1 de Julho de 2002 baixou para cerca de 6 meses, o que contrasta fortemente com o prazo médio de cerca de 6 anos que se verificava na lista identificada a 30.06.2002.

Novembro de 2003

b) O número de pessoas constantes da nova «lista de inscritos» desde a sua formação em 1 de Julho de 2002 até 30 de Setembro de 2003 (ou seja, 15 meses) situa-se em 99 013.

QUADRO 3

NOVOS INSCRITOS APÓS 01.07.2002

HOSPITAIS SNS	Novos inscritos	Tempo médio de espera
TOTAL	99 013	26,5 semanas

c) A média mensal de entradas está em 6 600 pessoas (99 013 ÷ 15 = 6 600).

d) Verificou-se um aumento de consultas realizadas nos hospitais (ver Quadro 2, totais colunas 4 e 5):

- Realizaram-se mais 249 980 consultas no 1.º semestre de 2003 do que em igual período de 2002.
- Admitindo que em cada 100 destas novas consultas, há 8,5 pessoas com indicação cirúrgica (de acordo com os rácios do sector hospitalar), o sucesso resultante deste aumento de acessibilidade, induziu uma entrada de cerca de 21 300 pessoas para a nova «lista de inscritos», em apenas 6 meses.
- A entrada de 21 300 pessoas em 6 meses corresponde a uma média mensal de 3 550 pessoas a mais com indicação cirúrgica.
- Em termos percentuais cerca de 54% das pessoas da nova lista de inscritos (3 550 ÷ 6 600) entraram por força do aumento do número de consultas realizadas pelo sistema hospitalar no 1.º semestre de 2003.

e) A «lista de inscritos» formada após 1 de Julho tem uma demora média de cerca de 6 meses (ver Quadro 3) enquanto a lista de espera que estará brevemente eliminada tinha uma espera média superior a 6 anos.

conclusões:

No seu melhor ano (2001), o antigo programa de recuperação de listas de espera (PPMA), levado a cabo pelo anterior Governo, realizou apenas um total de 23 791 cirurgias adicionais.

O compromisso de resolver a Lista de Espera de 123 166 pessoas referenciadas a 30.06.2002 será cumprido muito antes do prazo previsto, ou seja, cerca de 10 meses mais cedo do que os 2 anos a que o Governo se comprometera em Abril de 2002.

O ritmo da actividade cirúrgica corrente (produção programada), bem como o número de consultas nos Hospitais aumentaram significativamente, em especial nos Hospitais SA, conforme acima ficou demonstrado.

Grande parte do crescimento de casos na nova lista de inscritos deve-se ao sucesso no aumento da acessibilidade das pessoas às consultas hospitalares em consequência da melhoria da actividade e da produtividade dos Hospitais.

O «tempo médio» de espera por uma cirurgia da lista dos inscritos após o dia 1 de Julho de 2002 baixou para cerca de 6 meses, o que contrasta fortemente com o prazo médio de cerca de 6 anos que se verificava na lista identificada a 30.06.2002.

Novembro de 2003

Anúncios pagos publicitados amplamente pelo Ministério da Saúde, com conclusões invulgares, não sustentados por nenhum documento analítico acessível, e por bases de dados igualmente indisponíveis.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde

22

5. Que estratégia de mudança?

De uma legislação propositiva para uma legislação de licença

Da confiança nos “novos actores” às desconfianças dos “velhos indígenas”

“Managerialismo centralista para-empresarial” por falta de uma cultura de saúde e “serviço público”?

“Today's reform's...make the “natives” into defensive “victims”. There is a managerial and normative potential inherent in the old, partly formal, partly informal model, that may be lost if we too consistently try to transform the sector into a set of bureaucracies or, much more likely, businesses...”

O. Berg

Pelo menos nos últimos 30 anos as mudanças no sistema de saúde português têm sido incrementais, mesmo quando a legislação introduzida parecia sugerir ou propiciar algumas mudanças mais rápidas (Lei do SNS 1979, Lei de Bases da Saúde, 1990).

È certo que as distorções e tensões acumuladas durante anos, as expectativas cronicamente frustradas de uma reforma mais profunda, e a emergência de poderosos factores exógenos de mudança (figura 5) podem ter ajudado a criar as condições para sair do “incrementalismo” tradicional e ensaiar rupturas visíveis na evolução dos sistemas de saúde.

Seja como for, no que diz respeito à estratégia de mudança em curso existem alguns aspectos que merecem especial realce:

Legislação de licença

A nova geração de legislação da saúde iniciada em 2002 caracteriza-se por ser essencialmente uma legislação de licença – permite tudo: soluções públicas, privadas, sociais, e cooperativas à discrição do governante no momento. Tem mais aparência de uma legislação de “desconstrução” que de “descongelamento”. A legislação dos sistemas sociais tem como um dos seus objectivos proteger o interesse público e o Estado de riscos inaceitáveis. Há bons exemplos disso nos países mais desenvolvidos da Europa. Uma legislação de licença tende a desarmar o Estado face a esses riscos.

Da confiança nos novos actores à desconfiança dos “velhos indígenas”.

Nos últimos anos tem havido um grande fluxo de novos actores no sistema de saúde, com uma cultura diferente da da saúde – gestores de empresas, técnicos de consultorias, possíveis investidores, grupos económicos interessados em gerir serviços financiados pelo Estado, gabinetes de análise estratégica no sector privado, empresas de outros países interessadas em conhecer o mercado português da saúde.

Este fenómeno pode constituir um importante factor de “arejamento” e inovação no sistema de saúde português.

No entanto é muito importante cuidar de conseguir um equilíbrio apropriado entre as culturas gestionárias e os interesses importados e aquilo que são as culturas indígenas da saúde e da missão de serviço público. Menosprezar estas últimas sob o rótulo genérico de “resistência à mudança” seria um sério equívoco. Acentuar ainda mais as indicações persistentes de clima de mal-estar nas profissões de saúde.

A adopção de modalidades de organização e gestão de serviços de saúde com maior grau de autonomia serve fundamentalmente para que se possa dar uma melhor resposta aos seus utilizadores, melhores condições de trabalho aos profissionais, com uma utilização mais inteligente dos recursos existentes.

Para que isso aconteça, a relação de responsabilização/autonomia estabelecida entre o financiador e o hospital ou o centro de saúde, tem que se reproduzir internamente entre a administração do hospital e os serviços que prestam serviços de saúde – o micro-espço onde se faz a interface entre quem precisa e quem presta serviços de saúde.

É aqui que tem lugar as coisas importantes. Este é o centro do sistema prestador dos cuidados de saúde, onde a flexibilidade de gestão – a gestão clínica - é mais necessária.

Aqui tem assento uma cultura de saúde e de serviço público. Aquela caracteriza o que tem de essencial esta interface relacional. Esta torna possível o funcionamento dos serviços públicos da saúde.

Qualquer mudança útil no sistema de saúde tem que se integrar nesta cultura, não pode simplesmente tentar geri-las externamente. Isto ainda não está a acontecer visivelmente.

Centralidade do cidadão. Apesar de recorrente no discurso político, a ideia da centralidade do cidadão na reforma da saúde tem ainda pouca expressão prática.

È certo que a “operação genéricos” parece ter a potencialidade de promover um melhor conhecimento por parte do cidadão sobre os medicamentos que toma. Mas existem também fortes indicações que a Indústria premeia as farmácias que vendem o seu produto com um bónus de embalagens gratuitas.

È também certo que a preparação de um “contact centre” da saúde para o cidadão e programas dirigidos para as pessoas como o Programa Conforto para os hospitais SA são passos na direcção certa. Mas também é certo que a cidadania cultiva-se com um política de informação transparente, e sobre isso já atrás ficou dito o suficiente.

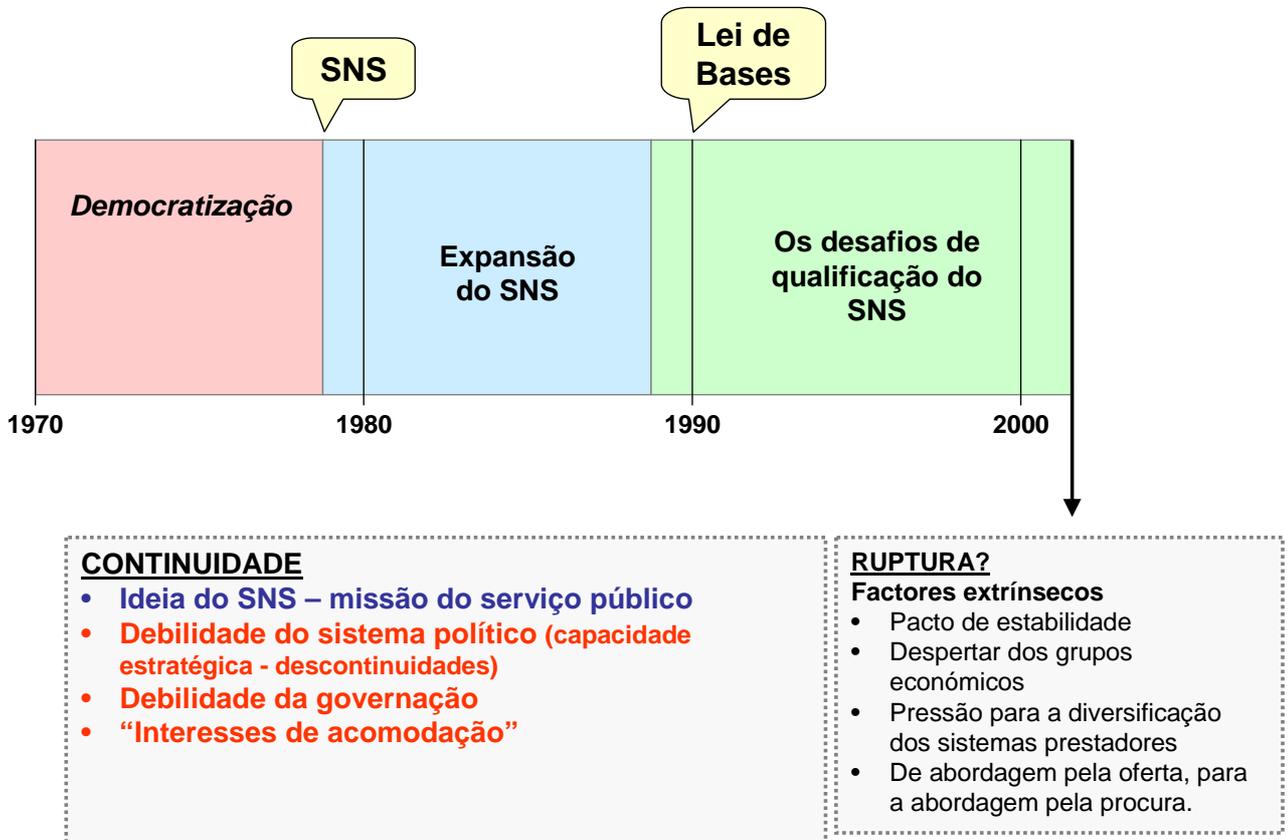
Quadro VI- Distintas concepções de gestão da mudança para os cuidados de saúde primários

<p>“Managerialismo centralista” alheio a uma cultura de saúde</p>	<p>Mudança centrada no enquadramento e disseminação das boas práticas locais</p>
<p>Orientações do Programa para a melhoria dos cuidados de saúde primários. (distribuídas numa sessão com centros de saúde em Maio de 2004)</p> <p>“Princípios (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “O objectivo nacional é o de atingir, em média, as 4 consultas por hora, valor de referência também a nível internacional (OMS) (...) • As consultas são consideradas agendadas quando são marcadas com uma hora de início, até ao dia anterior ao da própria consulta • <p>Objectivos (...)</p> <p>Os funcionários administrativos deverão alertar os utentes que tenham múltiplas consultas marcadas, tentando evitar equívocos ou “abusos” de agendamento por parte dos utentes.</p> <p>Princípios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilização da capacidade disponível a nível das listas individuais dos médicos até ao limite previsto na lei, salvo nos casos em que o médico desempenhe funções de dirigente ou não existam utentes que pretendam ter médico de família no centro de saúde. <p>Linhas de orientação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes sem médico de família que, em face da possibilidade de serem alocados a um ficheiro, não respondam ao contacto do centro de saúde num prazo de dois meses são classificados como utentes sem médico de família por opção própria. • Como primeira prioridade, atribuição de médico de família através da reafecção de utentes entre médicos, assegurando 1) equilíbrio do esforço (carga) entre os médicos de acordo com o peso dos utentes inactivos (utentes sem contacto com o centro de saúde há mais de 1.000 dias) e dos utentes activos (...) 4) minimização do número de utentes com alteração do médico de família, dando prioridade à mudança de iniciativas 	<p>Projecto ALFA</p> <p>Surgiu em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O projecto assentava em proporcionar autonomia em troca de uma responsabilização objectiva pela melhoria do acesso e da qualidade.</p> <p>Ao desafio do “Projecto Alfa” corresponderam cerca de 30 grupos. Na maioria dos casos, foi possível iniciar a preparação das condições para a sua implementação.</p> <p>As avaliações dos primeiros nove grupos identificaram melhoria no acesso, na satisfação dos utentes e profissionais, e na qualidade (maior racionalidade na prescrição e utilização das tecnologias médicas). Deram origem ao Regime Remuneratório Experimental (RRE). Evoluíram para “grupos RRE”, desapareceram por falta de apoio, ou mantiveram-se apesar de tudo (coordenadora da unidade de Fernão Ferro condecorada em 2004 pelo Presidente da República).</p> <hr/> <p>O Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral (Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio)</p> <p>Aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho.</p> <p>O sistema de pagamento é misto com um componente salarial, uma parte por capitação ponderada e pagamento ao acto para algumas tarefas especificadas. O RRE é mais que uma forma de remuneração diferente. Põe a tónica na gestão do desempenho, no diálogo entre a administração e os prestadores de cuidados de saúde. Até 31 de Janeiro de 2000 tinham sido apresentadas nas Administrações Regionais de Saúde 76 pré - candidaturas a Grupos RRE.</p> <p>Ao fim de 5 anos de criação do RRE e de duas autoavaliações realizadas por estas unidades (2001 e 2003) continuam a observar-se indicações consistentes de bom desempenho.</p> <p>“Luís Filipe Pereira alarga o prazo experimental do Regime Remuneratório experimental até finais de 2004, sendo esta a terceira vez que o mesmo é alargado.” Fonte: Semanário, 25 Julho 2003”</p> <hr/> <p>O “<u>tubo de ensaio</u>”, uma Unidade de saúde familiar ligada funcionalmente ao Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, integrada na rede de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e financiada numa base capitacional, presta, desde 1999, cuidados de saúde a uma população que atinge neste momento as 20.000 pessoas, promovendo a criatividade e inovação, de forma a poder ser referência para outras experiências e ser espaço privilegiado de formação na área dos cuidados de saúde primários.</p>

A centralização da gestão origina desajustes inevitáveis a realidades locais em vez de avaliar, melhorar, disseminar, apoiar e recompensar boas experiências no terreno. A mudança baseada nas iniciativas locais, num sistema altamente burocrático, centralizado e com grande volatilidade das equipas ministeriais corre o risco de ser obstruída a vários níveis e de nunca alcançar dimensão crítica suficiente para mudar o modelo organizacional dominante. É necessário procurar, ensaiar e adoptar a medida certa.

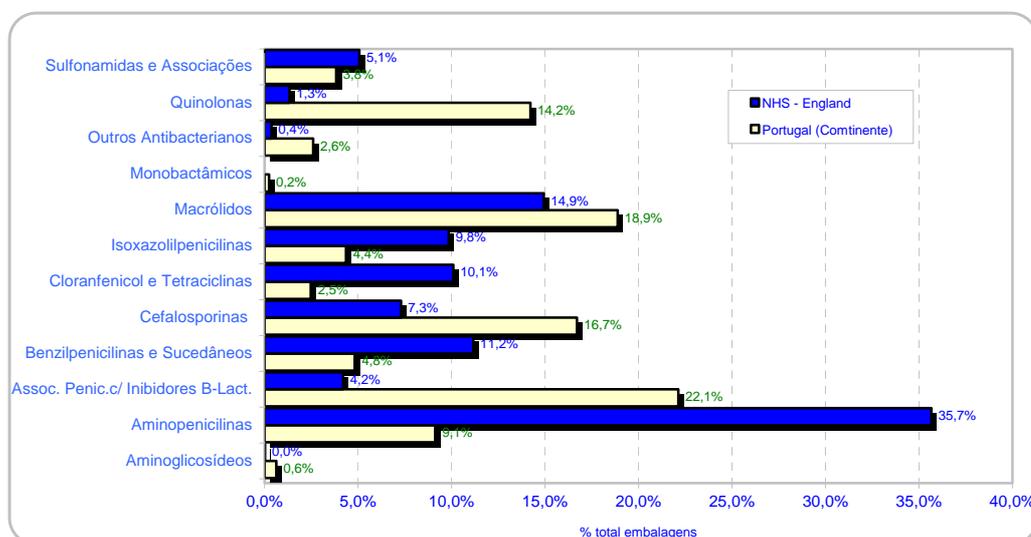
Figura 5 – Evolução do Sistema de Saúde Português

Evolução do Sistema de Saúde Português – Continuidades e descontinuidades



No passado os factores de “continuidade” tem - se sobreposto aos de ruptura no sistema de saúde português e os factores “intrínsecos” predominavam largamente sobre os “extrínsecos”. Estaremos hoje face a uma nova realidade face à emergência de fortes factores extrínsecos?

Figura 6 - Prescrição Antibacterianos em Ambulatório- 2003. Comparação entre Portugal e a Inglaterra



Fonte: HDepartment - England e Infarmed

Observam-se importantes diferenças nos padrões de prescrição de antibacterianos entre Portugal e a Inglaterra.

- por “medicina defensiva” relacionada com a organização da prestação de cuidados que não facilita um contacto mais frequente entre médico e doente?
- por falta de formação continuada dos prescritores?
- por força da acção da “força de vendas” da industria?
- por pressão dos doentes?

Os padrões de prescrição de Portugal aproximam-se dos de outros países do sul da Europa (ver página 98), nomeadamente Itália e Grécia.

Aqui o factor cultural é importante, mas trata-se de uma “cultura” que é necessário contrariar. Não há ainda indicação que o Ministério da Saúde tenha começado a actuar vigorosamente nesta questão. E, no entanto, ela representa um sério risco para a saúde pública. Se se conseguisse, em Portugal, adoptar o padrão de prescrição de Inglaterra em antimicrobianos isso resultaria numa poupança de 31 milhões de Euros/ano. Mais importante que a dos genéricos.

Quadro VII – Vigilância de Doenças de origem alimentar – Comparação entre Portugal e a Hungria

	PORTUGAL 2000		HUNGRIA 2000	
População	9 997 590		10 100 000	
área	92 082 Km2		93 030 Km2	
Nº de incidentes investigados	42, envolvendo 666 casos, INSA Lisboa e Porto		232, envolvendo 2 389 casos, Sistema de notificação de toxiinfecções alimentares	
Doenças de notificação obrigatória	Nº casos notificados	Taxa de incidência	Nº casos notificados	Taxa de incidência
Salmonelose	449	4.49	11507	114.6
Estafilococose	n.n.	-	42	0.4
Botulismo	31	0.31	n.n.	-
Campylobacterioses	n.n.	-	8644	86.1
Shigeloses	13	0.13	440	4.4
<i>E.coli</i> enterites	n.n.	-	305	3.0
Listerioses	n.n.	-	4	0.0
Colera	0	0	0	0.0
Brucelose	507	5.07	1	0.0
Yersinioses			102	1.0
Toxoplasmoses			292	2.9
Hepatite A	86	0.86	779	7.8
Equinococose	26	0.26	13	0.1
Triquinelose	0	0	3	0.0
Giardiase	n.n.	-	0	0.0
Amebiase	0	0	80	0.8
Enterites de origem desconhecida	0	0	35080	349.3
Outras doenças de origem alimentar	1112	11.12		
Total	2 224	22.25	57 292	

n.n - não notificáveis

Fonte: http://www.bfr.bund.de/internet/8threport/8threp_fr.htm, Maio de 2004

Existem diferenças substanciais entre o sistema de vigilância de doenças de origem alimentar entre Portugal e Hungria. O Plano Nacional de Saúde é muito bem-vindo, mas dificilmente será implementado sem um grande reforço de infraestruturas técnicas e humana da saúde pública portuguesa. Não há, ainda, sinais de que isto esteja a acontecer.

6. Aspectos mais positivos da reforma da saúde

É importante realçar alguns dos aspectos mais positivos da reforma da saúde nos últimos dois anos:

- **Importantes progressos no Plano Nacional de Saúde**

O Plano Nacional de Saúde é um importante instrumento de enquadramento e coordenação dos políticos de saúde, e está em franco desenvolvimento.

- **Notável ritmo de crescimento na utilização dos medicamentos genéricos,**

Graças à convergência da acção do governo e do comportamento dos prescritores, observa-se um instável aumento na utilização dos genéricos.

- **Equipa de missão e hospitais SA:**

Prepara-se uma nova base de conhecimentos sobre a gestão hospitalar; projectos horizontais de apoio aos hospitais; Relatório avaliação inédito sobre o primeiro ano de actividade dos hospitais SA - informativos em relação às ideias e factos sobre estes hospitais.

- **Nova lei-quadro para os cuidados continuados em Portugal**

Esta lei proporciona um importante enquadramento para o papel do Estado e de outras parcerias sociais no desenvolvimento dos Cuidados Continuados em Portugal.

- **Programas pensados para o cidadão - o Programa Conforto dos Hospitais SA**

Este programa sobressai pela qualidade do seu desenho e por ser concebido a pensar no cidadão.

- **Ponderação na nomeação para os lugares sensíveis de direcção da Entidade Reguladora da Saúde.**

Considerando os conhecidos hábitos do sistema político para as nomeações na administração de saúde, é de sublinhar a ponderação com que estas nomeações foram feitas.

- **Perspectivas de arejamento e inovação com a introdução de novos actores no sistema de saúde**

A introdução de novos actores no sistema de saúde nas áreas da gestão, inovação tecnológica e investimento pode ser muito benéfico para o sector, sempre que predominam considerações de qualidade.

- **Maior acompanhamento central da produção dos centros de saúde e hospitais.**

Observa-se uma considerável melhoria no acompanhamento de produção dos serviços de saúde por parte das autoridades centrais.

- **Determinação política no combate às listas de espera**

Figura 7- Aspectos positivos da reforma da saúde

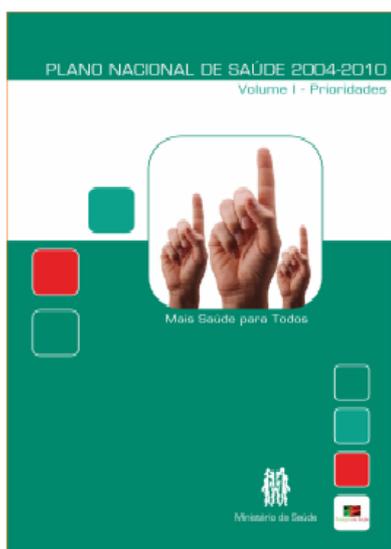


Figura 7.1- Plano Nacional de Saúde - uma excelente iniciativa

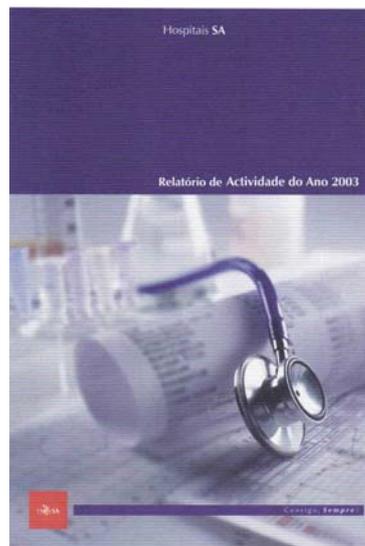


Figura 7.2- Um relatório inédito sobre hospitais portugueses com muita informação útil sobre ideias e projectos

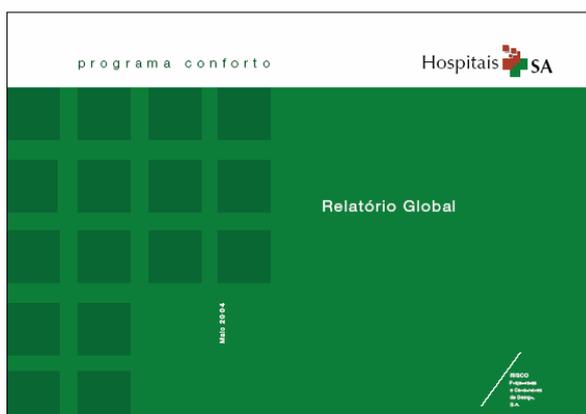


Figura 7.3 - Um programa bem desenhado e apresentado pensado no cidadão

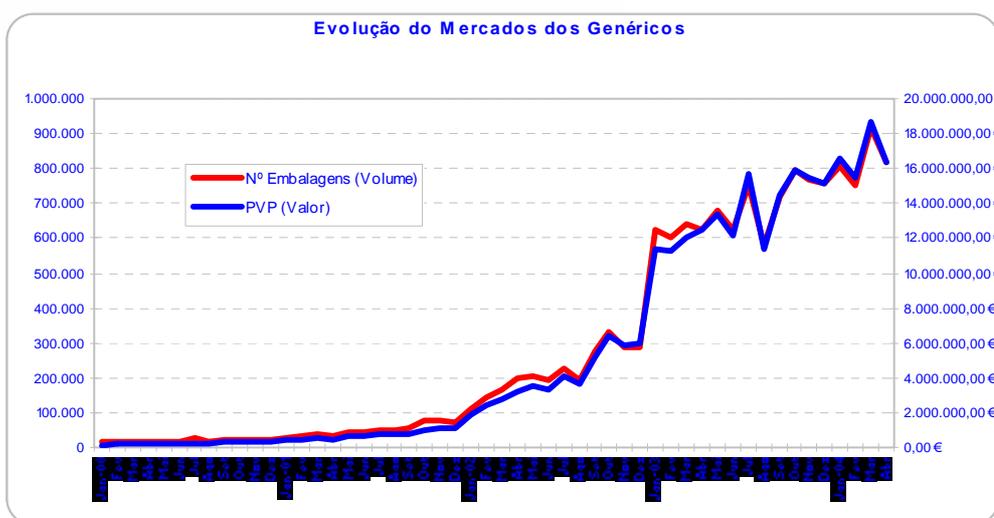


Figura 7.4 - A convergência de uma acção determinada na promoção de medicamentos genéricos por parte do Ministério da Saúde com a atitude dos médicos que os prescrevem tem tido um êxito notável.

7. Cenários para o futuro: “descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística” ou “re-acomodação”

Trata-se, simultaneamente, de um exercício de síntese e de um esforço prospectivo. Estes são “cenários extremos” que convidam a explorar alternativas que se situam entre eles.

É preciso levar a sério importantes riscos das reformas. Por vezes estes tendem a desvalorizar-se, mas a verdade é que já existem hoje.

Cenário 1: Descongelamento/ desenvolvimento regulado

O cenário do “**descongelamento/desenvolvimento regulado**” prevê um desenvolvimento técnico, cultural e institucional capaz de levar a uma profunda transformação da gestão pública da saúde – uma efectiva responsabilização pelos resultados, articulada a mais escolha informada do cidadão e a formas inteligentes e transparentes de cooperação entre os sectores público e privado. O processo de descongelamento provocará reacção e tensão inevitáveis. Elas serão ultrapassadas por reajustamentos face à experiência e à continuidade da acção política. Este cenário de aprendizagem com a experiência e de ruptura com os estereótipos organizacionais e culturais do passado, inclui a possibilidade deste processo de descongelamento resultar num novo sistema de saúde caracterizado por um equilíbrio diferente entre os sectores público e privado na saúde.

Cenário 2: Desconstrução apriorística/ruptura

Este cenário prevê um forte crescimento de um sector privado da saúde financiado pelo Estado, associado à desarticulação apriorística da SNS. Este cenário pressupõe que a conjugação entre (i) fortes pressões no sentido de abrir mais amplamente o financiamento público à iniciativa privada de natureza lucrativa; (ii) reformas de gestão sem estudos de impacto económico e social e metas explícitas e, (iii) instrumentos de governação e regulação económica e social, de limitado alcance, podem configurar uma situação de risco social dificilmente tolerada – rupturas na cadeia de solidariedade, diminuição da macro-eficiência do sistema de saúde e aumento das desigualdades ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Cenário 3: Mudança limitada/ re-acomodação

O cenário da “**mudança limitada ou re-acomodação**” prevê que o programa de reformas em curso não conseguirá promover uma mudança substancial no sistema de saúde Português. O esforço legislativo inicial, como tantas outras vezes acontece, seria reabsorvido pelo “*status quo*”. Isto poderá resultar (i) da dificuldade de ultrapassar as “resistências à mudança”, (ii) pela implementação de reformas mal preparadas e fundamentadas que provocam reacções insuperáveis ou (iii) pela descontinuidade de acção política. Este é um cenário pessimista, mas fundamentado no estudo da evolução do sistema de saúde português, durante os últimos anos.

Figura 8- Cenários

Figura 8.1 - Cenário 1: Descongelamento regulado (1)



- Existem elementos importantes de uma cultura de saúde e de missão de serviço público no sistema de saúde português.
- A sua expressão é no entanto pouco satisfatória por um vasto conjunto de distorções tradicionais.
- É necessário descongelar a actual organização dos serviços de saúde, de forma empenhada e persistente, para que esses elementos possam passar a ser determinantes no desempenho do sistema de saúde.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.2 – Cenário 1: Descongelamento regulado (2)



- O descongelamento deve centrar-se na identificação, enquadramento, apoio e disseminação das experiências inovadoras na unidade de saúde familiar, nos serviços hospitalares, na promoção e protecção da saúde na comunidade.
- Existem sobre o terreno muitas boas soluções que tendem a ser esquecidas por gestores sem uma cultura de saúde e de serviço público.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.3 – Cenário 1: Descongelamento regulado (3)



- O descongelamento do sistema de saúde português beneficia da contribuição de novos actores (gestores com experiência empresarial, investimentos para a inovação) num espírito de vantagens mútuas.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

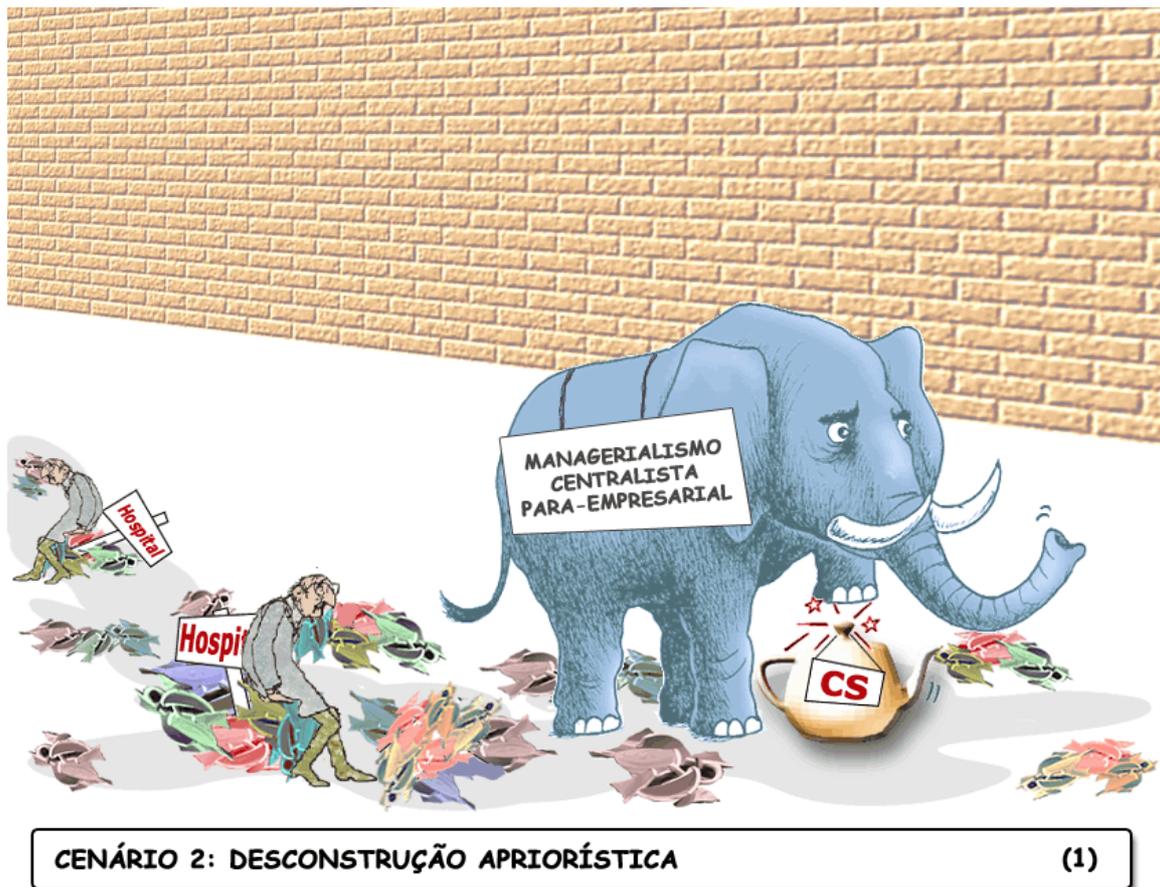
Figura 8.4 – Cenário 1: Descongelamento regulado (4)



- Só uma exigente transparência informativa pode garantir o interesse público e o empoderamento do cidadão – destinatário final das reformas de saúde.
- Estes processos de mudança – sendo de natureza cultural – têm os seus tempos e oportunidades próprias. Têm o seu próprio metabolismo.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

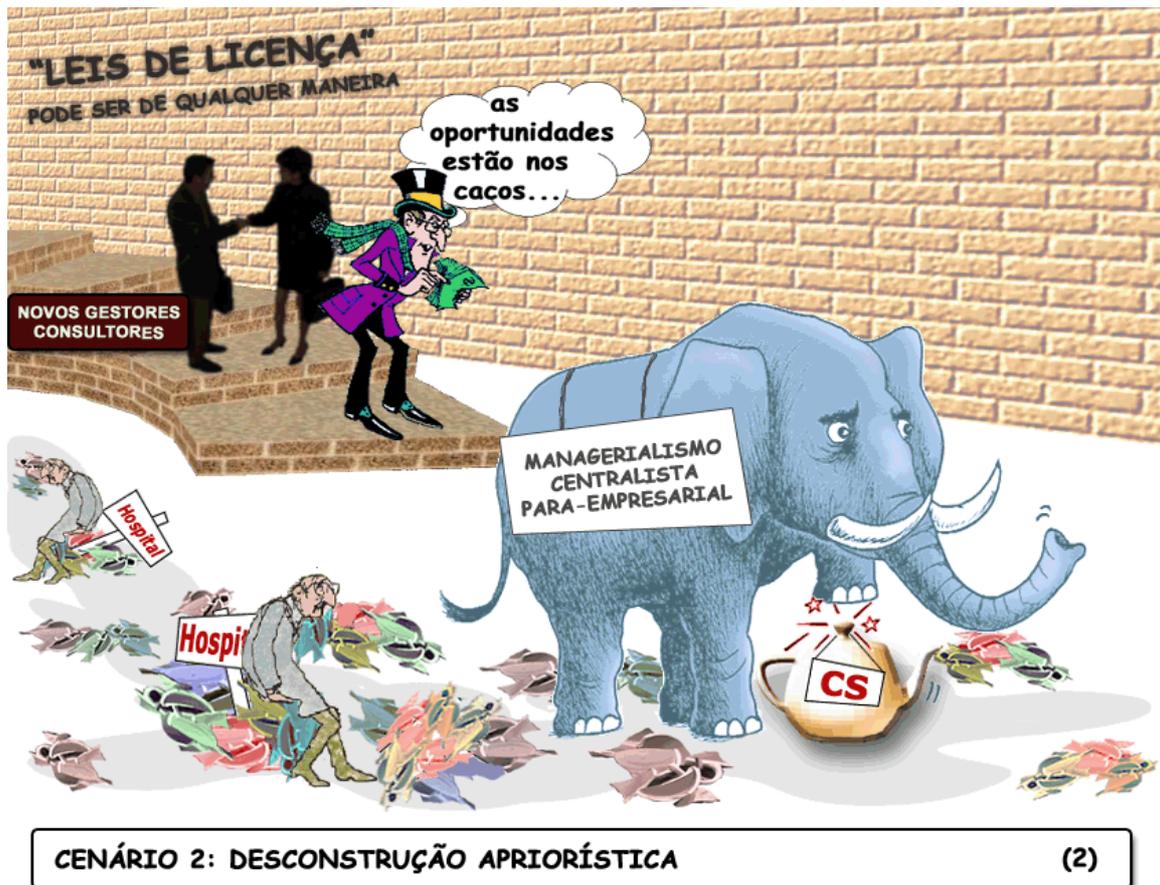
Figura 8.5 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (1)



- É necessário sair da acomodação tradicional da administração e estabelecer um acompanhamento próximo e incisivo dos serviços de saúde.
- Fora de um contexto cultural apropriado, estas acções podiam dar lugar a um managerialismo centralizado e pueril, com uma “linguagem empresarial” que não corresponde a nenhuma realidade concreta.
- Tem fortes potencialidades conflituais e destrutivas.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

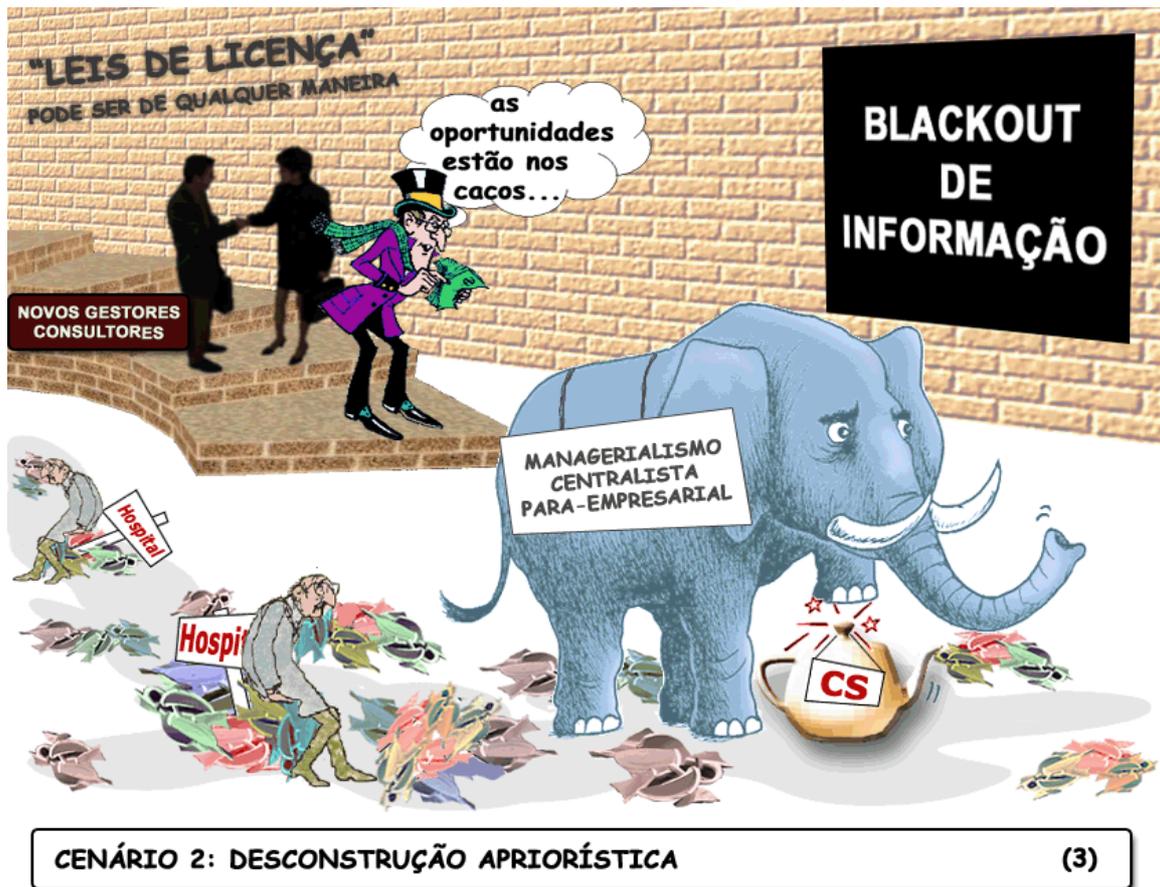
Figura 8.6 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (2)



- Leis de licença - altamente permissivas no sentido em que tudo pode ser público ou privado ou social ou corporativo – facilitam a captura de serviços públicos fragilizados por interesses mercantis, num contexto só aparentemente concorrencial, do qual não resulta o apuramento da relação qualidade/preço no sistema de saúde – “as oportunidades estão nos cacos”.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

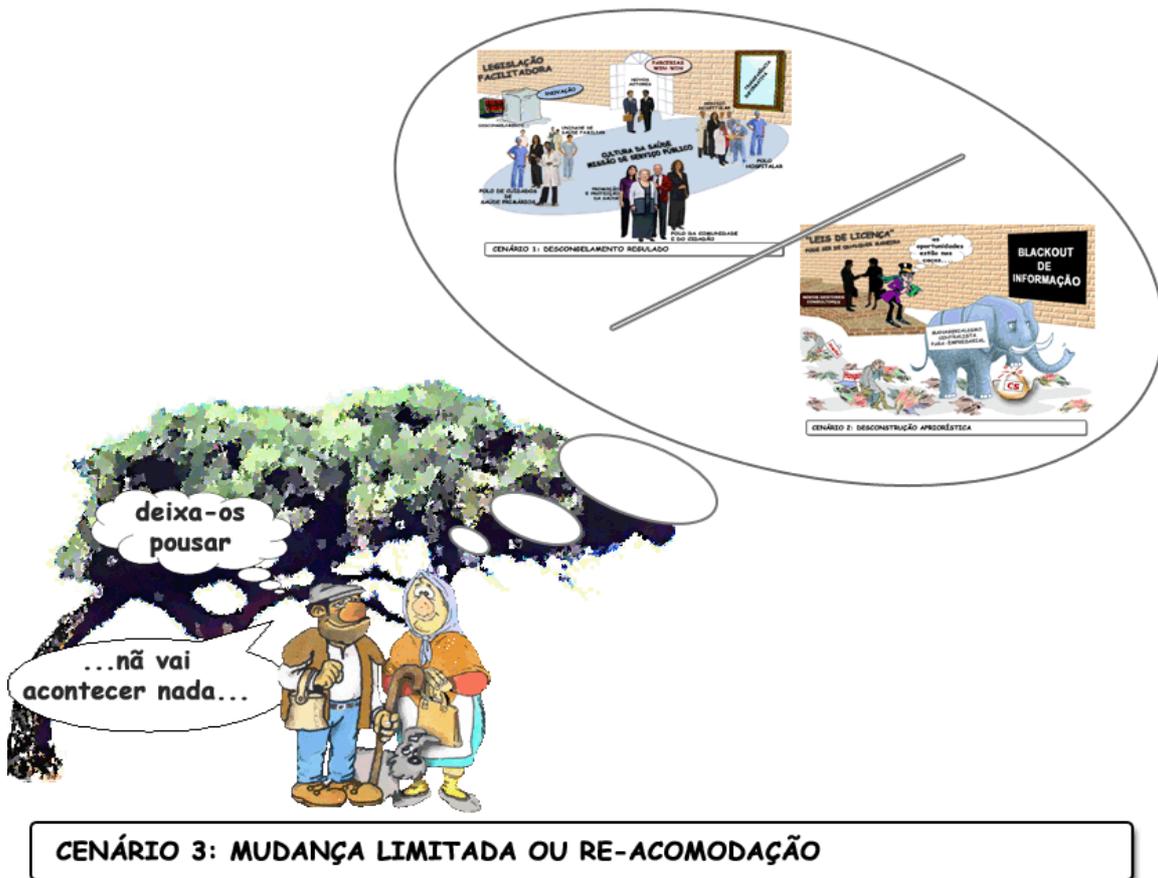
Figura 8.7 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (3)



- A falta da transparência informativa deixa os interesses públicos – individuais e gerais – indefesos.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.8 – Cenário 3: Mudança limitada ou re-acomodação



- O caminho para a gestão da mudança em sistemas tão complexos como é o da saúde é muito estreito.
- Há sempre resistências à mudança.
- Há sempre fortes expectativas de que mude o acessório para que o essencial fique na mesma.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

8. Fragilidades do debate político da saúde

O processo político para ser genuíno comporta a escolha entre agendas políticas claramente distintas para o cidadão. As agendas políticas tem a ver com preferências sobre valores, sua combinação ou hierarquização - formas diferentes de conciliar a liberdade com a solidariedade, de castigar culpados e proteger os inocentes, entre outros.

É importante que o sistema político português assuma claramente as suas agendas políticas no domínio da saúde. As questões sobre valores e as suas implicações, têm que ser formuladas de forma a serem facilmente compreendidas pelos cidadãos.

Não basta ser contra ou a favor do SNS, se existirem entendimentos distintos sobre o que isso possa significar (aparentemente está tudo a favor, e ninguém contra, exactamente porque cada uma das partes tem o seu entendimento sobre o que é o SNS).

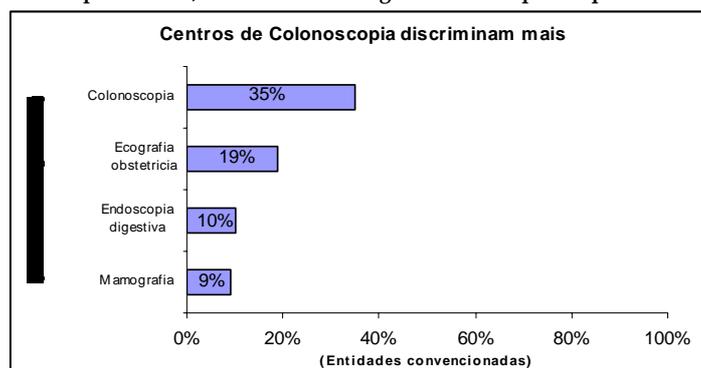
Não basta discutir a flexibilização da gestão nos serviços públicos de saúde, é necessário explicar a diferença em termos de agenda política entre o hospital empresa - pública e o hospital público com gestão privada (diferença permanentemente confundida pela comunicação social). Não basta ser a favor ou contra a privatização da gestão do SNS: é necessário explicar a base dos valores que permitem julgar os riscos e benefícios que estas opções comportam: mais liberdade de escolha a curto prazo, com maior risco de menos solidariedade social (cobertura financeira) a prazo?

A falta de alternativas políticas claras empobrece o espaço público e o exercício da democracia.

A democracia tem a ver com escolhas. E estas não podem ser só a propósito de pessoas, estilos e detalhes técnicos - que escolhas políticas em relação à saúde existem hoje na sociedade portuguesa? É hoje possível em Portugal ter uma ideia clara sobre os valores subjacentes às ofertas políticas das forças políticas, particularmente daquelas que se situam habitualmente na área do poder?

Quadro VIII - Utentes do Serviço Nacional de Saúde discriminados – estudo da DECO

Quadro IX (a) % de entidades convencionadas que: anteciparam marcações de exames quando os colaboradores da *Teste Saúde* sugeriram paga-lo por inteiro ou facultam resultados dos exames mais cedo nesta circunstância ou ainda não aceitaram marcar exames para o SNS, descriminando negativamente aqueles que são financiados pelo SNS.



Quadro IX (b)- Diferenças de prazos de espera para a realização de exames por entidades convencionadas quando integralmente no âmbito privado ou realizado pelo Serviço Nacional de Saúde (convenção), alguns exemplos:

	Prazo de espera (dias) (1)		
	SNS	Privado	Diferença de dias
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA			
Entidade	14	3	11
...	<i>n.m</i>	8	<i>n.m</i>
...	47	26	21
...	29	4	25
...	23	6	17
MAMOGRAFIA			
Entidade	66	39	27
...	21	4	17
COLONOSCOPIA			
Entidade	<i>n.m</i>	6	<i>n.m</i>
...	+ de 60	38	+ de 22
...	49	6	43
...	48	5	43
ENDOSCOPIA			
Entidade	25	11	14
...	<i>n.m</i>	7	<i>n.m</i>
...	20	6	14

n.m.: não marcaram o exame pelo Serviço Nacional de Saúde, mas aceitaram marcá-lo pelo privado.

- Verificou-se que algumas entidades convencionadas favorecem quem opta pela via privada: 35 entidades convencionadas (17% da amostra total) anteciparam o exame, quando da *Teste Saúde* sugeriram pagá-lo por inteiro. Esta situação é mais grave no caso das colonoscopias: 35% dos estabelecimentos contactados discriminaram os utentes do Serviço nacional de Saúde e, por sinal, é um exame extremamente caro pelo privado (pode chegar aos €250)! Num caso extremo, o prazo de espera para realizar uma colonoscopia foi antecipado 43 dias, quando o colaborador da *Teste Saúde* sugeriu pagar o exame por inteiro!
- Sete centros convencionados não aceitaram marcar os exames com uma credencial, referindo já não haver vagas para utentes do Serviço Nacional de Saúde, mas efectuaram a marcação pelo privado.
- E a discriminação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde não se fica pelos prazos de espera para a realização dos exames. Mais uma vez, quem paga os exames por inteiro consegue, por vezes, obter os resultados mais cedo face aos que apenas pagam a taxa moderadora do Serviço Nacional de Saúde.

Fonte: www.deco.proteste.pt

Teste Saúde nº 42 - Março/Abril de 2003 - páginas 14 a 17

“Os utentes do Serviço Nacional de Saúde são, por vezes, alvo de discriminação por parte das entidades convencionadas com o Ministério da Saúde para a realização de exames de diagnóstico. Na verdade, quem paga os exames do próprio bolso tem, frequentemente, prazos de espera mais curtos para os fazer e obter resultados.”

Está a governação da saúde em Portugal preparada para enfrentar a generalização deste fenómeno com o aumento da privatização da saúde? O que foi feito perante este exemplo tão flagrante?

RESUMOS

Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS), pela sua natureza e alcance, deverá ser encarado e valorizado como o principal instrumento estratégico para a transformação cultural, arquitectural e funcional do sistema de saúde português. Para tal, a sua elaboração, aperfeiçoamento, execução e avaliação terão de suscitar ampla participação, apoio material e consenso.

Plano Nacional de Saúde	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento essencial para uma política de saúde • Processo participado a nível técnico. • Dinâmica de “work in progress”. • Continuidade em relação à <i>Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002). Saúde um compromisso</i>.” • Estudo das tendências dos indicadores dos problemas tidos como prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca participação e comprometimento dos sectores políticos / Parlamento • Desconexão em relação à “agenda dura” do Ministro da Saúde. • Reduzida visibilidade pública em contraste com medidas como, por exemplo: “Hospitais S.A”. e “PPPs”. • Aspectos práticos e metas pouco discutidas.
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> • Garantia e afectação dos meios para o desenvolvimento, execução e avaliação do PNS. • Debate e explicitação dos processos de monitorização, de controlo e de avaliação. • Papel e envolvimento da Entidade Reguladora da Saúde. 	

Fica, portanto, a questão de verificar se o PNS vai ser um mero exercício formal de planeamento ou um instrumento de mobilização, de coordenação e de transformação do sistema de saúde e da cultura de governação da saúde no país.

Hospitais SA

Importa aqui começar por questionar que avaliação pode ser feita sobre a gestão da mudança ao nível dos hospitais SA, nomeadamente quanto aos aspectos enquadradores, financeiros e operacionais da gestão e, ainda, ao sistema de saúde e aos resultados alcançados.

Radiografia ao processo de mudança nos Hospitais SA	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expansão do processo de empresarialização, passando de experiências isoladas a uma “massa crítica de mudança”; ▪ A constituição de uma “equipe de missão” para apoio e acompanhamento; ▪ O desenvolvimento de uma importante base de conhecimento sobre gestão hospitalar; ▪ A decisão de fazer uma apresentação pública do relatório; ▪ Relatório inédito sobre os hospitais em Portugal, preparado e apresentado profissionalmente, assente numa sessão de apresentação curta, bem preparada e conduzida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não acesso às bases de dados; ▪ Resultados sem “análise”; ▪ Falta de metas de execução; ▪ Dividir as pessoas e partidarizar a empresarialização dos hospitais; ▪ Sectarismo nas nomeações e na não utilização do capital intelectual do país (circuito fechado); ▪ Autoavaliação propagandista (protagonistas da solução avaliam a sua bondade); ▪ Falta de aprendizagem partilhada; ▪ Grande pressão sobre os gastos sem compensação em mecanismos abertos de desenvolvimento da qualidade; ▪ Pouca sensibilidade para a especificidade da saúde.
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo da desnatação (a favor dos que pagam) e dos padrões de referenciação; ▪ Situação financeira e impacto no défice; ▪ Gasto com medicamentos; ▪ Reclamações dos doentes/utentes; ▪ Satisfação profissional; ▪ Avaliação dos gestores; ▪ Dados pouco claros sobre: internamentos; efeitos do acréscimo de pessoal e do agravamento dos gastos com medicamentos; indicadores de qualidade, etc. 	

Para o efeito foi realizada uma reunião com recurso a um grupo de investigadores do Observatório, com o objectivo de identificar os aspectos negativos e positivos relativos aos hospitais SA (Análise SWOT), nas áreas anteriormente identificadas, cujos resultados foram utilizados em cada um dos aspectos específicos analisados.

Segundo estes investigadores, trata-se aparentemente duma mudança exógena ao sistema, que tem procurado apoio nos actores externos e agentes económicos, faltando-lhe apoio interno, que decorre do silêncio comunicacional que se instalou no sector.

Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários surgiram, em 2003, como um ponto da agenda política insuficientemente preparado, mal fundamentado e que maiores resistências e protestos suscitou por parte dos principais actores internos. Desencadeou uma primeira e muito participada greve dos médicos dos centros de saúde e originou diversas declarações e documentos de fundo de organizações profissionais com destaque para a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e para a Ordem dos Enfermeiros.

Estes alertas levaram o Presidente da República a induzir uma medida de cautela na aplicação do novo diploma legal relacionada com a entrada em funções da nova Entidade Reguladora da Saúde e obrigaram a ajustamentos sucessivos do discurso do Ministro da Saúde para atenuar as referidas resistências.

Cuidados de saúde primários	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Pressão mantida sobre as ARS e os novos directores para melhorarem o acesso aos cuidados clínicos. • Introdução da receita de prescrição renovável 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de interlocução técnico-política credível na equipa ministerial, para esta área. • Intervenção “managerialista” centralizada de tipo micro-gestionário já parodiada como “4 à hora”! • Escassa atenção aos aspectos qualitativos e de produção de saúde (promoção da saúde, prevenção, controle efectivo de situações crónicas, etc.). • Subvalorização da cultura e das competências lentamente desenvolvidas e existentes nos centros de saúde. • Desvalorização formal da área da saúde pública. • Fraca aposta no sistema de informação dos centros de saúde e eternização da falta do “módulo clínico”. • Percepção pelos profissionais de que as medidas previstas para os centros de saúde constituem ameaças à cultura, valores e identidade conseguidos nas 3 décadas de vida dos centros de saúde.
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> • Não enunciação explícita de objectivos quantificados para a mudança pretendida. • Não existência de uma estratégia de captação activa de recursos humanos para os centros de saúde. 	

Já em 2004 e, à margem do polémico Decreto-Lei dos centros de saúde, é anunciada a intenção de anexar e colocar sob a alçada das administrações hospitalares os centros de saúde circundantes dos hospitais. Foram 3 as experiências anunciadas para arranque deste processo: Hospitais de Vila Real S.A., Cova da Beira S.A. e Torres Vedras. Tal opção foi de imediato repudiada pelas organizações profissionais sendo considerado um reforço do hospitalocentrismo, com risco de descaracterização cultural e técnica da frágil área dos cuidados de saúde primários, absorção dos já poucos recursos humanos e financeiros dos centros de saúde pelos hospitais e, a curto/médio prazo, perdas de funcionalidade para ambos.

Listas de Espera

O Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) foi o programa criado pelo actual Ministro da Saúde, em Junho de 2002, para dar resposta aos doentes em espera por uma cirurgia.

Naquela data, a tutela fixou em 123 166 o número de casos para serem resolvidos em 2 anos. Desde aquela data até Abril do corrente ano, altura em que foi dado como concluído o programa, tanto o Ministério, em notas do gabinete ou na Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da Assembleia da República, como a comunicação social, foram divulgando valores relativamente aos progressos que se iam verificando na resolução da lista de espera, muitos deles contraditórios, numa demonstração de ausência de um sistema de informação integrado que fornecesse dados fiáveis sobre as várias dimensões do programa.

PECLEC	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<p>Conhecimento da dimensão da lista de espera</p> <p>Conhecimento da produção, por patologia</p> <p>Fixação do tempo média de espera para o SIGIC</p> <p>Possibilidade de resolução do problema cirúrgico fora da rede dos hospitais do SNS, ultrapassado o “tempo de espera admissível”</p> <p>Grande determinação política na gestão do programa.</p>	<p>Desconhecimento da estrutura da lista de espera</p> <p>Desconhecimento da espera, por patologia, por hospital e por Região de Saúde</p> <p>Ausência da fixação de tempos de espera clinicamente aceitáveis, por patologia</p> <p>Divulgação de dados completos sobre os progressos na resolução da lista de espera</p> <p>Ausência de um sistema de informação com funcionalidades para o acesso</p> <p>Apresentação pública de informação incompleta, quando solicitado pela Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da Assembleia da República</p> <p>Ausência de auditorias de gestão</p> <p>Ausência de funcionamento da Comissão de Acompanhamento</p> <p>Ausência de um relatório completo sobre o PECLEC.</p> <p>Não evolução de “programas de choque” para medidas estruturantes que melhorem o acesso</p>

Este programa deu lugar ao Sistema Integrado de Gestão das Listas de Espera para Cirurgias (SIGIC), com mais de 150 mil casos em espera, que irá entrar em vigor em Julho do corrente ano nos hospitais do Alentejo e do Algarve. Para este programa é dado um tempo médio de espera de 6 meses e a possibilidade de, passados 12 meses, o doente aceder a um hospital convencionado mediante a apresentação de um “vale-cirurgia” que lhe é enviado pelos serviços do Ministério.

O Medicamento

OPSS assumiu, desde 2000 no seu 1º Relatório de Primavera (RP), que o subgrupo dos antibióticos seria um bom *tracer*, não só pelas enormes implicações que a sua boa/má utilização têm na saúde pública, mas também pelo seu elevado custo.

Em 2003, a disponibilização por parte da *European Surveillance on Antimicrobial Consumption (ESAC)* de um estudo - *Results of the ESAC Retrospective Data Collection* - veio confirmar e reforçar aquela ideia e preocupação.

Segundo aquele estudo Portugal era, em 2001, o 6º país da Europa com maior volume de prescrição de antibióticos, logo a seguir à França, Grécia, Itália, Luxemburgo e Polónia e ocupava a 1ª posição no que respeita ao grupo específico da Quinolonas.

A introdução efectiva da política dos Medicamentos Genéricos (MG) e Preços de Referência (PR), lançada em 2002, mas com os 1º resultados a evidenciarem-se no decurso de 2003 constituíram outro facto objecto de análise no presente relatório.

Aspectos da política dos MG e PR	
Positivos	Negativos
<ul style="list-style-type: none"> ● O INFARMED mantém-se como um dos poucos organismos do Ministério da Saúde que disponibiliza a informação solicitada e em tempo oportuno ● Foi evidente o esforço deste organismo em disponibilizar informação atempada através da Internet sobre a evolução do mercado farmacêutico ● De louvar ainda as tentativas de facilitar o acesso à informação sobre os medicamentos genéricos, não só através da Internet, mas igualmente por outros meios ● A campanha junto dos cidadãos sobre os genéricos pode ser considerada um razoável sucesso, pois de uma forma geral os utentes reclamam a prescrição preferencial de genéricos, embora não haja ainda quantificação desta realidade ● A garantia de qualidade destes medicamentos foi reforçada e revelou-se sempre atenta aos vários “<i>acidentes de percurso</i>”, entretanto surgidos e mau grado algumas dúvidas levantadas pelo OPSS no relatório de 2003 	<ul style="list-style-type: none"> ● É necessário continuar a estudar os benefícios reais para o utente no co-pagamento dos medicamentos com a introdução efectiva dos medicamentos genéricos e preços de referência. ● O MS persiste em não incluir na sua reforma política da área do medicamento qualquer medida no sentido de melhorar a qualidade e racionalidade na prescrição de medicamentos ● A utilização menos apropriada de antibióticos além dos riscos que comprovadamente implicam a nível individual contribui também e de forma inquestionável para o aumento das resistências anti bacterianas com todas as suas consequências ● A demonstração de evidência é bastante consistente quanto ao facto de que uma prescrição mais racional e apropriada conduzir inevitavelmente a menores custos ● Práticas de muitos anos, designadamente no subsector do ambulatório, tornam mais fácil/cómoda a prescrição de medicamentos não-genéricos (evita a consulta de “<i>Prontuário / Simposium/Índice Terapêutico</i>”, listagem actualizada de medicamentos genéricos e respectivas dosagens, apresentações e embalagens, etc.); perante as normas em vigor na prática é mais fácil/cómodo prescrever um medicamento de marca do que um medicamento genérico ● O SAM (software de apoio ao médico na área da prescrição) com boa receptividade por parte dos médicos tem aplicação num restrito número de locais de trabalho, designadamente nos centros de saúde onde são prescritos cerca de 70% dos medicamentos do ambulatório ● Há conflitos de interesses entre os diversos “<i>actores</i>” pelo que a aprendizagem e equilíbrios são fundamentais para o seu sucesso; a não acontecer assim cada um agirá de acordo com os seus interesses

**PARTE II - ASPECTOS ESPECÍFICOS DA REFORMA DA
SAÚDE**

PARTE II - ASPECTOS ESPECÍFICOS DA REFORMA DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS), pela sua natureza e alcance, deveria ser encarado e valorizado pelo poder político e pelo país como o principal instrumento estratégico para a transformação cultural, arquitectural e funcional do sistema de saúde português. Por isso, a sua elaboração, aperfeiçoamento, execução e modo de avaliação deverão suscitar a mais ampla participação, apoio material e consenso possíveis. Se estas condições e requisitos não atingirem um nível crítico suficiente o PNS pode não chegar a passar de um mero exercício formal sem impacto na reorientação do sistema de saúde e na saúde da população.

O documento actualmente disponível estrutura-se em torno de três grupos de orientações; (1) para obtenção de ganhos em saúde; (2) para a gestão da mudança no sistema de saúde; (3) para garantir a execução do Plano. Propõe uma “reengenharia” da clássica organização por programas de saúde segmentados, passando a uma rede integrada de programas, subprogramas e projectos com fortes interligações e intersecções entre si e privilegia as abordagens por “*settings*”, família e ciclo de vida e gestão integrada da doença crónica.

Os principais pontos fortes do PNS decorrem do próprio processo da sua elaboração e são, por exemplo:

- a) procurar, explicitamente, dar continuidade à *Estratégia Nacional de Saúde 1999-2002*, e à avaliação feita pelo Director-Geral e Alto-comissário da Saúde no seu Relatório “*Ganhos em Saúde em Portugal – 2001*”;
- b) procurar seguir, na sua elaboração, um processo amplamente participado a nível técnico, dando continuidade, aperfeiçoando e alargando o procedimento iniciado no ciclo de planeamento estratégico de 1997-1999;
- c) ser apresentado como inacabado, suscitando uma dinâmica de “*work in progress*” que poderá, pouco e pouco, ganhar mais precisão, relevância e capacidade de envolvimento e compromisso de cada vez mais actores, não só do sector da saúde mas de sectores de actividade com impacto na saúde;

Porém, também existem algumas fragilidades que, eventualmente, poderão vir a ser atenuadas no futuro e que são, por exemplo:

- a) o facto de a sua preparação não ter envolvido antecipada e efectivamente os principais actores políticos, designadamente a nível parlamentar, conforme recomendação da OMS-Europa, o que, num processo de médio-longo prazo, seria crucial para a sua sustentabilidade político-social;
- b) ter sido percebido por muitos actores sociais como um conjunto de princípios teóricos e linhas genéricas totalmente desconectado das iniciativas concretas que constituem a “agenda dura” da actual equipa ministerial e que, frequentemente, tem sido interpretada por diversos analistas e “media” como uma operação de “desmantelamento” do Serviço Nacional de Saúde com eventuais efeitos nefastos sobre os indicadores de saúde e de equidade no país, só objectiváveis dentro de alguns anos;
- c) as decisões sobre os aspectos mais práticos como, por exemplo, a fixação de metas, terem surgido como pouco discutidas e participadas e, portanto, susceptíveis de vir a ser ineficazes.

De qualquer modo o PNS deve ser visto e valorizado como um instrumento com potencial para vir a garantir coerência estratégica à governação da saúde em Portugal. O seu aperfeiçoamento e a sua utilização prática como instrumento de envolvimento e de participação dos diversos actores na área da saúde podem transformá-lo num guia para a acção em saúde, a todos os níveis, ajudando ao mesmo tempo a definir e a manter visíveis as prioridades escolhidas para cada fase do processo.

Um avanço significativo em relação a práticas anteriores de planeamento foi o do recurso à avaliação das tendências dos indicadores seleccionados, antes de fixar metas de referência para medir os ganhos em saúde a atingir. Porém, estas metas e a sua fundamentação não podem deixar de ser amplamente debatidas e reajustadas, se tal vier a mostrar-se necessário.

Este avanço, para além de ser tecnicamente adequado tem ainda um alcance educativo e de divulgação pública de como se deve trabalhar em administração da saúde. Com efeito, permite ilustrar o conceito de “evolução natural de um problema de saúde” se apenas se fizer o que vem habitualmente sendo feito no país e no sector relativamente a esse problema. Será pela introdução de novas acções, medidas, práticas e meios de intervenção que se procurará alterar o curso da “evolução natural” e atingir as metas fixadas que devem representar “saltos” relevantes mas realistas em relação ao esperado.

Fica, portanto, a questão de saber se o PNS vai ser mais do que um mero exercício formal de planeamento ou se será um verdadeiro instrumento de mobilização, de coordenação e de transformação do sistema de saúde e da cultura de governação da saúde no país.

A resposta à pergunta anterior deve atender a critérios como:

- Constituição e funcionamento de uma Equipa de coordenação dedicada ao desenvolvimento, ao controle da execução e à avaliação do PNS;
- Dotação orçamental adequada, inscrita em PIDDAC, para assegurar a acção desta Equipa;
- Desenvolvimento de programas e projectos específicos, no âmbito do PNS, com liderança própria;
- Evoluir da lógica de “despesa” para uma lógica de investimento na saúde assumindo claramente que o orçamento do PNS inclui o orçamento global da saúde no país, o que tem implícita a ideia que o sistema de saúde deve reorientar a sua actividade para a prossecução dos objectivos e das metas do PNS, implicando:
 - a. o desenvolvimento de uma cultura e de práticas de contratualização e transparência orientadas para a obtenção de ganhos em saúde;
 - b. o desenvolvimento da regulação em saúde e a participação neste processo da ERS (Entidade Reguladora da Saúde),
- Intersectorialidade – envolvimento explícito e estruturado dos diversos sectores cuja actividade tem impactos na saúde;
- Participação da população e da comunidade – com envolvimento em larga escala dos órgãos autárquicos, organizações não governamentais e outras organizações da comunidade;

- Sistema de informação e qualidade dos dados, com divulgação e disponibilização regular de informação aos profissionais e à população e, recolha em sentido “bottom-up” dos contributos, opiniões e demais expressões de voz destes.

É em função destes critérios que será possível avaliar em 2005 qual a verdadeira importância e prioridade política e estratégica concedidas ao PNS 2004-2010.

Em relação às cinco prioridades identificadas - (1) doenças neoplásicas; (2) doenças do aparelho circulatório; (3) doenças infecciosas; (4) doenças mentais e (5) traumatismos. - são de realçar duas grandes áreas de intervenção transversal que cruzam e afectam praticamente todas elas e que são:

- Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- Prevenção e luta contra o uso abusivo e a dependência alcoólica.

Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis

A promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis constitui uma área expressamente contemplada no Plano Nacional de Saúde.

Como vertentes de intervenção necessária, para além do reforço das infra-estruturas de promoção de saúde, que passam, designadamente, pelo funcionamento pleno dos Centros Regionais de Saúde Pública, são fixados objectivos estratégicos em diferentes áreas - tabaco, álcool, drogas ilícitas, alimentação saudável, actividade física e violência.

Como contextos chave para a intervenção, o Plano Nacional de Saúde identifica as escolas, os locais de trabalho e as prisões.

Em Janeiro de 2004 foi oficialmente publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida - Despacho nº 1916/2004 (2ª Série). DR II Série nº 23 de 28 de Janeiro de 2004.

Este Programa, que apresenta um horizonte temporal de 10 anos, visa intervir de forma integrada e intersectorial nos factores determinantes das patologias crónicas mais prevalentes. Tratando-se de um programa vertical, faz assentar a intervenção no trabalho de nível local, através da criação de grupos operativos e de espaços de promoção da saúde de cariz multidisciplinar e intersectorial.

No entanto, até à data ainda não foi oficialmente constituída a equipa técnica de coordenação nacional deste Programa.

Posteriormente, em 10 de Fevereiro do corrente ano, no âmbito da apresentação pública do Plano Nacional de Saúde, o Primeiro-ministro atribuiu à promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis um carácter prioritário, durante o ano de 2004.

Foram também anunciadas publicamente algumas medidas, designadamente iniciativas legislativas no sentido de melhorar a protecção dos não-fumadores da exposição ao fumo passivo nos locais de trabalho e de limitar a venda de bebidas alcoólicas junto das auto-estradas.

Em 31 de Maio de 2004 (Dia Mundial sem Tabaco), a Direcção Geral de Saúde, em declarações à imprensa, anunciou ter concluído uma proposta de alteração da legislação em matéria de consumo de tabaco e de proibição de fumar nos locais de trabalho.

Nesta mesma data, foi, também, emitida uma Circular Normativa destinada a todos os estabelecimentos de saúde, com recomendações relativas ao consumo de tabaco nestes estabelecimentos.

A Direcção-Geral de Saúde tem em preparação um documento estratégico de enquadramento da prioridade definida pelo Governo para 2004, de promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, que visa criar condições, incluindo infra-estruturas e meios humanos e financeiros, para o reforço dos investimentos no domínio da Promoção de Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis na população portuguesa.

Álcool - equívocos e paradoxos

De acordo com dados, por enquanto apenas sumários, do *World Drink Trends 2004 (WDT)*, em 2002 Portugal **manteve-se como o 5º maior consumidor**, com **9,7 litros de álcool puro per capita**, valor que nos dois anos anteriores foi fixado em 10,3 litros.

Contudo, esta descida (relevante) não parece ter repercussão equivalente em dados da evidência referente a 2003, nem em outros conhecidos desde a publicação do Relatório de Primavera de 2003 e dizendo respeito a anos transactos.

Enquanto o PACA - Plano de Acção contra o Alcoolismo - se mantém incompletamente regulamentado e continua por nomear uma nova comissão interministerial que, como definido, acompanhe e coordene a sua aplicação, prevalece uma atitude no mínimo equívoca por parte dos responsáveis governamentais, como decorre da análise de alguns exemplos:

1. Enquanto a Rede Alcológica e a reestruturação dos CRA - Centros Regionais de Alcoologia (DL n.º 318/2000, de 14 de Dezembro) continuam letra morta, o Presidente do IDT (Instituto da Droga e Toxicoddependência), cujos relatórios anuais de actividades dão nota de reduções persistentes de uma média de 25% de utentes/ano, anunciou que os CAT (Centro de Atendimento a Toxicoddependentes) irão passar a intervir em pessoas com PLA (problemas ligados ao álcool). Sublinhe-se que estas estruturas, pela prioridade política que sempre tiveram, têm mais e variados técnicos que a globalidade dos Serviços de Saúde Mental. Como quem apresenta PLA na generalidade não os assume, inclusive perante o respectivo CG, em vez de se aproveitar a situação para iniciar a articulação formal entre estruturas que têm por base complexas problemáticas de saúde mental, exacerba-se a resistência de quem denega um problema sério de saúde (pelas consequências e prevalência) pelo risco de reforço de estigmatização por ter de recorrer a uma estrutura "para drogados".
2. Uma entidade privada, a ANEBE (Associação Nacional das Empresas de Bebidas Espirituosas), importou uma campanha em explícito desinvestimento nos países da UE onde as suas congéneres o haviam desenvolvido anos atrás: "*Condutor 100% cool*", internacionalmente conhecida como do "*Condutor designado*". Com efeito, ao preconizar que, sobretudo entre os jovens, um por automóvel, rotativamente por saída nocturna, não beba, para poder conduzir sem alcoolémia de risco, de facto estimula que os restantes o façam sem limite! Entretanto, quando a elaboração e regulamentação do PACA teve a colaboração, entre outros, do Ministério da Administração Interna e da Secretaria de Estado da Juventude, figuram no portal da ANEBE¹ como entidades apoiantes, nomeadamente e pela seguinte ordem:

¹ www.100porcentocool.pt.

- a. A Secretaria de Estado da Juventude e Desportos;
- b. The Amsterdam Group;
- c. A Comissão Europeia;
- d. A Direcção Geral de Viação, com quem, entre várias, estabeleceu um protocolo de cooperação;
- e. O Instituto Português da Juventude (com endereço de acesso e logótipo da Presidência do Conselho de Ministros!).

The Amsterdam Group é a aliança dos líderes Europeus produtores de cervejas, vinhos e espirituosas, que suporta activamente estas perspectivas junto do Conselho da Europa, em particular quanto à posição de que só uma abordagem balanceada, em que a indústria das bebidas é parte da solução, pode ajudar a reduzir os impactos negativos do abuso de álcool na sociedade.

Se em termos económicos e de sinistralidade estritos a referida campanha parece ter pertinência, de facto esquece a vertente da saúde pública, nomeadamente em relação a um dos grupos etários mais sensíveis aos efeitos deletérios do álcool – o dos jovens.

Mas o sentido de oportunidade da ANEBE é tão apurado que, noticiava o **Público** em 8 de Abril, com a Brisa “foram as duas primeiras subscritoras portuguesas, num total de 39 entidades de toda a Europa, que assinaram a Carta Europeia de Segurança Rodoviária que visa envolver a sociedade civil no objectivo de reduzir para metade o número de mortos nas estradas dos Quinze nos próximos seis anos”.

Sendo óbvia a importância do alerta quanto os riscos da condução rodoviária sob o efeito de álcool, procura ignorar-se, por omissão, que este é particularmente lesivo, a nível bio psicossocial, para os jovens, mesmo quando se opta por se ser passageiro em vez de condutor automóvel!

É também curioso que a ANEBE se tenha constituído na sequência da aprovação do PACA e logo se tentasse impor como parceiro natural na comissão que elaborou a proposta da respectiva regulamentação.

Com que congruência atitudes deste teor são consideradas quando, como tituló também o **Público** (em 2 de Abril), fazendo menção ao **Relatório de Segurança Interna de 2003, o “Número de Crimes por Condução com Álcool Bateu Recorde”**: «as forças de segurança registaram 23 mil pessoas ao volante com uma taxa de alcoolemia superior a 1,2 gramas por litro de sangue, o que perfaz uma média de 60 condutores detidos, todos os dias, nas estradas portuguesas». E prossegue: «Este valor, que a Administração Interna confirmou ser um recorde absoluto, representa um aumento de cerca de 4500 casos (25 por cento), resultando de uma maior pro-actividade das autoridades na fiscalização rodoviária e sendo corroborada por outros dados que mostram um aumento generalizado da detecção de infracções de trânsito graves e muito graves».

Noticiou entretanto (4 de Junho) o jornal digitalizado **Portugal Diário**, que “segundo dados da BT/GNR e da Divisão de Trânsito da PSP, em 2003, foram apanhadas 34 156 pessoas a conduzirem com uma taxa igual ou superior a 0,50 gramas por litro de sangue. (...) As pessoas com idades entre os 30 e 39 anos, e que representam 7,8 por cento, são as que mais conduzem com excesso de álcool. Logo a seguir vem a faixa etária entre os 21 e 29 anos. A maior parte dos condutores alcoolizados, 21,3 por cento, são detectados entre as 04h00 e as 08h00 da manhã, precisamente a hora de saída

da “noite”. A Região de Lisboa e Vale do Tejo, com 10 926 pessoas detectadas, lidera a lista com mais casos de condução sob influência do álcool. Segue-se a Região Centro com 9 210 casos”.

3. Entretanto a DGV patrocinou, com a DGS e o INFARMED, as cerimónias do Dia Mundial da Saúde 2004, que, por proposta e iniciativa da OMS, teve como lema “O acidente rodoviário é evitável”.
4. Finalmente, o Ministro da Agricultura de Portugal desaprovou recentemente em Bruxelas, o aumento do imposto sobre o consumo de bebidas alcoólicas proposto pela Comissão Europeia, tentando assim proteger o sector mais produtivo da agricultura portuguesa.

Em 1992 foi aprovada uma directiva europeia de harmonização fiscal visando retirar o “benefício de imposto nulo” dos países produtores de vinho em relação aos países produtores de outras bebidas alcoolizadas. Para a Comissão Europeia, 2003-2004 foi o ano considerado limite para regularizar essa discriminação fiscal. Neste contexto são de salientar as posições assumidas por vários *stakeholders* perante a ameaça do fim do imposto nulo, do qual Portugal tem beneficiado por ser um país (grande) produtor. por exemplo a CAP (Confederação dos Agricultores de Portugal)², , assumiu que:

- Portugal sabe consumir com moderação, logo não devia ser penalizado pela falta de moderação de cidadãos de outros países europeus;
- o sector vitivinícola português deve ser protegido destas medidas europeias pois contribui para a saúde pública, dado que o vinho, segundo afirma o seu Secretário-geral, tem “comprovados benefícios para a saúde”.

Perante o impacte sobre a saúde dos portugueses do consumo de álcool e a diminuta desmobilização social no seu consumo, no plano da governação o argumento de que os portugueses bebem com moderação encontra assim uma forte contradição.

Recorda-se que esta problemática tem a sua origem na forte pressão que as sociedades da Europa do Norte tiveram que desenvolver face à obrigação de harmonizarem o mercado de bebidas alcoólicas de acordo com as regras da União Europeia, encerrando as lojas exclusivas para a sua comercialização e diminuindo os respectivos impostos. Após terem estruturado, durante vários decénios, a sua luta contra os excessos do consumo, perante os imperativos do mercado comum a reformulação da estratégia nórdica levou a sensibilizar a Comissão Europeia para o aumento do imposto sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o fim dos protectorados estabelecidos, como o de “imposto zero” sobre o vinho nos países produtores.

A expectativa vai tendo, porém, algum optimismo. Na sequência de um alerta da OMS-Europa de que, por ano, mais de 55 000 jovens falecem na Região por abuso de bebidas alcoólicas, os Ministros da Saúde, reunidos no Luxemburgo no início de Junho, decidiram apoiar a intenção da Comissão Europeia de definir, nos próximos meses, uma estratégia contra o consumo abusivo de álcool, com ênfase nos jovens, na condução automóvel e na informação sobre os riscos.

HOSPITAIS SOCIEDADES ANÓNIMAS - SA

Em 2003 o OPSS, através do seu Relatório de Primavera, referia que: “com a criação dos Hospitais SA se pretendia alterar o modelo de gestão, mantendo-se intacta a responsabilidade do

²

http://www.cap.iweb.pt/irj/servlet/prt/portal/prtroot/com.sapportals.km.docs/cap_documentos/forms/areaassociado/condicionantes%20do%20sector.doc

Estado pela prestação dos cuidados de saúde, entendendo-se essa responsabilidade como uma imposição constitucional, já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se. Este modelo pretendia ainda garantir que o capital social dos hospitais empresarializados fosse exclusivamente assumido por entidades de capitais públicos, num total de 897,836 milhões de Euros.

As principais críticas que se apontaram centravam-se no modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso face ao elevado número de instituições envolvidas no processo e na inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, o que poderia dificultar o seu adequado acompanhamento, dada, ainda, a fragmentação da informação existente e a ausência duma adequada gestão do sistema de informação da saúde, que permitisse o apropriado acompanhamento dessas mudanças e facilitasse o conhecimento sobre a actividade e os recursos envolvidos, possibilitando uma boa apresentação das contas."

Em 2004, o OPSS verifica que os números apresentados pela Unidade de Missão³ relativamente à produção dos Hospitais SA têm estado envoltos em polémica desde que foram anunciados publicamente, numa cerimónia mediática, que contou com a presença dos Ministros das Finanças e da Saúde e em que este defendeu que a produção dos Hospitais SA estava bastante acima da dos Hospitais do SPA, invocando o exemplo da produção de cirurgias, em que os primeiros realizaram mais do dobro.

Se imaginarmos uma empresa que, no momento de apresentação de contas aos seus accionistas, decide omitir elementos essenciais para se poder ajuizar sobre a evolução da sua exploração e em que, por razões pouco explicadas, os seus responsáveis surgem perante os investidores exibindo apenas os dados sobre custos e, apesar de solicitados a prestarem informação adicional que permita uma avaliação global das actividades, recusam fazê-lo, decerto se entende a polémica que se tem gerado, quer em redor do relatório agora apresentado, quer antes e depois nas explicações dadas ao país.

Aquando da apresentação do relatório de actividades, em 31 de Março, esperava-se que o Ministério, para além do trabalho louvável de apresentar contas na data adequada (facto inédito no nosso país), viesse apresentar contas sérias e rigorosas e pudesse explicar as limitações e os obstáculos que estariam a ser removidos para, posteriormente, puder apresentar com maior detalhe e consistência os resultados consolidados dos 31 hospitais. Ao invés, preferiram apresentar um relatório em que as dúvidas se avolumam e os erros e omissões são uma constante, dando continuidade à costumada opacidade nas relações entre o Estado e os contribuintes e impedindo colher da experiência os ensinamentos indispensáveis a um imprescindível processo de aprendizagem. A não disponibilização da informação indispensável à análise torna inviável qualquer estudo sério da gestão da mudança nesta área.

Á semelhança de anos anteriores desconhece-se, ainda, se o défice dos Hospitais SA terá verdadeiramente aumentado, ou não, o que impede que se tire uma conclusão essencial, que é a de saber se o objectivo do Governo, que pretendia mais eficiência através da empresariação, foi alcançado. Ou se, pelo contrário, o crescimento da despesa pública se manteve, embora o Ministério sustente perante a opinião pública que o modelo está a ser eficaz.

³ A Unidade de Missão Hospitais SA foi constituída formalmente a 17 de Janeiro de 2003, através da Resolução nº 15/2003 do Conselho de Ministros, com o mandato de apoiar o processo de "empresariação hospitalar". A Unidade de Missão desenvolve a sua actividade na dependência directa do Ministro da Saúde e da Ministra das Finanças e actua a quatro níveis: coordenação dos processos de lançamento e implementação dos hospitais SA; apoio aos hospitais no desenvolvimento dos seus planos de actividade; promoção do lançamento de formas inovadoras de gestão dos serviços; proposta de políticas de melhoria, orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos.

o **Vantagens e inconvenientes do modelo SA**

A evolução do Sector Empresarial do Estado (SEE) tem tido como consequência imediata a **subtracção à disciplina das contas públicas** das entidades que nele se integram, porquanto estas se situam fora do âmbito da Lei do Enquadramento Orçamental, ou seja, representam *uma saída do orçamento e da disciplina orçamental de massas crescentes de dinheiros públicos*⁴.

O relatório do Tribunal de Contas sobre a situação do “Sector Empresarial do Estado”⁵ veio colocar fundamentadas apreensões quanto aos Hospitais SA, considerando que *“esta nova realidade serve apenas uma estratégia de desorçamentação e de diminuição formal do défice das finanças públicas, não sendo certo que o endividamento não venha a agravar-se”*.

Também o Relatório do FMI “Portugal: Sobre a Observância dos Padrões e Código do Módulo de Transparência Orçamental” (Novembro de 2003), afirma, no contexto do Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC), que *“a recente transformação de vários hospitais públicos em sociedades anónimas, não obstante permitir uma oportunidade de melhorar a eficiência e a “accountability” da gestão nestas instituições, pode, também, constituir um risco para o orçamento público, a menos que o seu desempenho seja monitorizado de forma rigorosa, a informação seja publicitada de modo transparente e medidas tempestivas sejam tomadas quando necessário”*.

Não obstante, são reconhecidas vantagens às formas empresariais, de entre as quais se podem citar a *maior racionalidade de gestão, a mais eficaz, autónoma e simples actuação da Administração, a limitação da carga burocrática e o reforço da descentralização e da desconcentração*.

O modelo SA está abrangido por normativos gerais, nomeadamente os decorrentes do Código das Sociedades Comerciais, do Código do Registo Comercial e do Código do Imposto do Rendimento das Pessoas Colectivas, entre outros, que introduz responsabilidades acrescidas no que respeita, nomeadamente, à apresentação de contas, que se transcrevem para uma melhor leitura desses aspectos (Quadro IX).

Esta leitura tem, no entanto de ser conjugada com as principais críticas quanto ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão que o Relatório de Primavera em 2003 frisava, nomeadamente as que se referiam ao sistema de informação, que permitisse o apropriado acompanhamento dessas mudanças e facilitasse o conhecimento sobre a actividade e os recursos envolvidos, possibilitando uma boa apresentação das contas, conjugadamente com os acontecimentos que têm marcado o ano de 2004, principalmente os que se prendem com as nomeações e demissões de órgãos de gestão e direcções clínicas e a notória incapacidade da tutela e de algumas das direcções dos Hospitais SA em lidar com os problemas laborais, muitos deles consequência da política de gestão de recursos humanos seguida.

⁴ Sousa Franco, “Finanças Públicas e Direito Financeiro”, 4ª edição, 1996, Almedina, Coimbra.

⁵ Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas sobre “Situação financeira e práticas de bom governo”, Janeiro 2004.

Quadro IX – Apresentação de contas nas Sociedades Anónimas (SA)⁶

Definição	O capital é dividido em acções e cada sócio limita a sua responsabilidade ao valor das acções que subscreveu . Reconhece-se pela expressão S.A. O capital social mínimo é de 50.000 € e tem obrigatoriamente um mínimo de cinco accionistas
Prestação de contas (aspectos jurídicos):	
Documentos necessários para a prestação de contas	Balanço analítico Demonstração de resultados Anexo ao balanço e à demonstração de resultados Relatório de gestão Certificação legal das contas Parecer do órgão de fiscalização
A quem compete a preparação e elaboração dos documentos	A todos os membros da administração – administradores, directores ou gerentes – que estiverem em funções à data
Prazo dentro do qual devem ser apresentados	Deverão ser submetidos à assembleia-geral, no prazo de três meses a contar do encerramento do exercício anual anterior. Se nos dois meses seguintes ao termo daquele prazo não se apresentarem os elementos de prestação de contas, qualquer sócio poderá requerer ao Tribunal que se proceda à realização de inquérito
A aprovação dos documentos da prestação de contas	Compete à assembleia-geral
O depósito e registo na conservatória do registo comercial	Depois de aprovada a prestação de contas, é obrigatório proceder ao depósito do relatório de gestão, das contas do exercício e demais elementos, na respectiva conservatória do registo comercial e requerer o seu registo. As sociedades são obrigadas a proceder a esse depósito no prazo de 3 meses a contar da deliberação de aprovação dos elementos da prestação de contas. O registo é feito através da entrega na conservatória, para fins de depósito, dos seguintes documentos: acta de aprovação, donde conste a aplicação dos resultados; relatório de gestão; balanço analítico, demonstração dos resultados e anexo ao balanço e à demonstração de resultados; certificação legal de contas; parecer do órgão de fiscalização
As publicações exigidas	É obrigatória a publicação no Diário da República
A declaração fiscal de rendimentos	Impõe o Código do Imposto do Rendimento das Pessoas Colectivas que estas sociedades apresentem anualmente, até ao último dia útil do mês de Maio, na repartição de finanças, a declaração dos seus rendimentos, através de modelo próprio (modelo 22), em suporte de papel ou magnético, ou via Internet.

o Porquê o modelo SA no Hospital da Feira?

Não ficou claro qual a ideia que esteve subjacente à transformação do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, já empresarializado em Junho de 1998, quando a avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos da experiência mostrava que este modelo de gestão poderia vir a ser disseminado.

Mas à semelhança deste, também os Hospitais do Barlavento Algarvio, Vale do Sousa e Matosinhos, que já dispunham de um estatuto empresarializado, foram incluídos no

⁶ **Referências Bibliográficas:** (1) Borges, António; Ferrão, Martins (2000) “A Contabilidade e a Prestação de Contas”, 8ª Edição, Editora Rei dos Livros; (2) Código das Sociedades Comerciais - artigos 65º a 70º, 262º, 263º, 451º a 455º, 250º e 386º; (3) D. L. n.º 410/89 de 21/11; (4) Plano Oficial de Contabilidade; (5) Código do Registo Comercial, com as alterações introduzidas pelo D. L. n.º198/99, de 8/6 e pelo D. L. n.º410/99, de 15/10 - artigos 3º, alínea n), 15º, n.º3, 42º, 70º, n.º1, alínea a) e 72º, n.ºs 2 e 3; (6) Código do Imposto do Rendimento das Pessoas Colectivas.

conjunto dos Hospitais SA, embora cada um se encontrasse em estádios diferentes de desenvolvimento e aperfeiçoamento.

O caso do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira

O Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, tendo sido incumbida a comissão instaladora da formulação dos estudos e propostas necessários à adopção de um modelo de gestão adequado à prossecução dos fins da instituição.

De facto, o modelo de gestão que vigorava à altura, determinando a sujeição dos hospitais às normas convencionais da AP, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, revelou-se incompatível com a natureza dos hospitais, ou seja, com os estabelecimentos de carácter social, orientados e abertos para o público e para a prestação de cuidados diferenciados de saúde. Esta natureza exige a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, a que os hospitais devem obedecer para a optimização da sua actividade, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, que igualmente previu a realização de experiências inovadoras de gestão.

Foram instituídos mecanismos que asseguram uma maior transparência e ligação à comunidade em que o Hospital se insere, fazendo-a intervir nas linhas de actuação e na apreciação dos planos e relatórios.

Da avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos da experiência, concluiu-se que este modelo de gestão poderia ser disseminado mas, ao invés, foi substituído por um SA. Porquê?

Decreto-Lei n.º 151/98, DR 130/98 SÉRIE I-A, de 5 de Junho de 1998; Ministério da Saúde

Dada a falta de evidência na solução adoptada e a desinformação gerada à volta dum processo de mudança mal explicado, torna-se difícil para os actores sociais entenderem a opção pelo modelo SA neste contexto e, por isso, muitos entendem que a situação tem como principal benefício tornar mais célere e ser mais facilitador de um eventual processo de privatização e, acrescentam alguns, que "... com o endividamento crescente e com o esgotamento do capital social, vai tornar-se necessária a entrada do chamado "dinheiro fresco" que será obtido pela venda das acções.

o Sustentabilidade financeira dos SA

A propósito da situação económico-financeira das empresas do SEE, o Tribunal de Contas no seu Relatório de Auditoria "*Situação financeira e práticas de bom governo*" de Janeiro deste ano, sobre este sector, recomenda:

"que se promova a contratualização da prestação de serviço público com as empresas públicas, de forma a precisar e definir os objectivos e os termos de referência da prestação desse serviço, possibilitando a avaliação do seu cumprimento e a determinação dos montantes compensatórios a atribuir pelo Estado sendo estes últimos da responsabilidade do OE, ao qual cabe o ónus de suportar os encargos com decisões de carácter social;

... que, também, o accionista Estado acautele o adequado saneamento financeiro das suas empresas, tendo em vista o cumprimento da exigência do art.º 35º do Código das Sociedades Comerciais, em especial naquelas em que os capitais próprios se devam manter nos níveis exigidos."

Mas os resultados do processo de empresarialização dos 34 hospitais transformados no final de 2002 em 31 sociedades anónimas de capitais públicos parecem não estar a corresponder às expectativas criadas, nomeadamente a nível financeiro. Existe uma derrapagem nos prejuízos no exercício de 2003, os quais aumentaram face aos valores de 2001 (o ano de 2002 não é utilizado na comparação porque, segundo o grupo de missão, neste ano os hospitais tiveram dois regimes jurídicos, o que impede uma análise directa dos indicadores a nível dos proveitos e consequentemente a nível dos resultados), de acordo com as contas dos Hospitais SA embora estes tenham recorrido ao capital social para pagamento de dívidas, segundo declarações do responsável da Unidade de Missão, em Comissão Parlamentar em Abril deste ano.

Segundo os dados de avaliação dos hospitais SA, os proveitos e ganhos dos hospitais terão registado um crescimento de cerca de 8% em 2003 face a 2001, valor que se aproxima do aumento verificado ao nível dos subsídios de exploração entregues pelo Estado (7,9%), não se notando qualquer efeito real da empresarialização sobre o volume das receitas próprias.

A taxa de crescimento (8%) é semelhante ao padrão verificado em 2000 e 2001. Nestes anos, o aumento das receitas dos hospitais do SNS foi de 7,6% e 7,9%, respectivamente, mas em 2002 o crescimento nas receitas foi de 19,9%, por efeito do orçamento rectificativo aprovado nesse ano de entrada em funções do actual Governo. Desta forma, com uma subida nas receitas de perto de 8%, os Hospitais SA tiveram ganhos totais na ordem dos 1500 milhões de euros, ao passo que os custos atingiram cerca de 1996,3 milhões, tal como foi divulgado no Relatório de Actividades dos Hospitais SA. Assim, o resultado líquido negativo deverá fixar-se num valor perto dos 400 milhões de euros, duplicando relativamente aos 187 milhões de 2001, antes da empresarialização.

o **Falta de reflexão sobre o processo de contratualização externa e interna**

De acordo com os dados disponibilizados no relatório de actividades dos 31 Hospitais SA, conjugados com os dados recolhidos da vasta informação publicada pela imprensa, nomeadamente o Diário Económico, e ainda com as contas globais de 2002 da responsabilidade do IGIF, parece ter-se registado um prejuízo global de 125,9 milhões de euros no final de 2003, o que traduz um agravamento de 146,6% em relação a 2002, neste conjunto de hospitais. "A comparação com os níveis de défice líquido históricos dos hospitais enquadrados na actual Rede SA revela, também que o resultado líquido de 2003 é inferior ao dos anos de 2000 (-199 milhões de euros) e de 2001 (-175 milhões de euros). Em 2002, o resultado situa-se nos 51 milhões de euros por efeito do Orçamento Rectificativo".

"A análise do volume de proveitos dos 31 Hospitais SA permite constatar que o montante global das receitas destes hospitais não sofreu grandes alterações face a 2002", ao contrário do que chegou a garantir o ministro da Saúde. Com efeito, "os proveitos dos 31 Hospitais SA totalizaram 1.870,4 milhões de euros em 2003, o que traduz um acréscimo de apenas 0,02% em relação a 2002.

Deste total, 1.434,2 milhões de euros foram transferidos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que representa, segundo as contas do Ministério, um decréscimo de 2,1% face às transferências efectuadas pelo SNS em 2002, mas convém referir, porém, que este valor traduz um acréscimo de quase 24% face ao valor inscrito inicialmente no Orçamento do Estado de 2003. Acontece que, em Novembro, os Ministérios das Finanças e da Saúde publicaram uma portaria de extensão de encargos, que injectou, na prática, mais 293,3 milhões de euros nos SA. " (Diário Económico de 16/Abril/2004)

O aumento dos prejuízos tem tido implicações directas na contabilidade de alguns hospitais e a introdução de novos critérios no relacionamento do IGIF com os hospitais - após a empresarialização - nomeadamente no pagamento da produção, faz com que existam vários aspectos técnicos de difícil comparação, na medida em que resultam de uma deficiente uniformização de critérios.

Há hospitais⁷ que se viram obrigados a requisitar um aumento de capital, que em alguns casos, terá rondado os 30 milhões de euros. Mas a lei sobre SA a este propósito é clara e convém ter presente o que nos diz o art.º 35.º do Código das Sociedades

⁷ Segundo o grupo de missão, houve uma injeção de capital no S. Francisco Xavier, por transferência de obra e também um reforço nos de Beja e do Barlavento Algarvio, para suportar a incorporação de Serpa e Lagos, respectivamente.

Comerciais⁸, quando as dívidas atingem valores iguais ou superiores a metade do capital:

1. *Os membros da administração que, pelas contas de exercício, verificarem estar perdida metade do capital social devem propor aos sócios que a sociedade seja dissolvida ou o capital seja reduzido, a não ser que os sócios se comprometam a efectuar e efectuem, nos 60 dias seguintes à deliberação que da proposta resultar, entradas que mantenham pelo menos em dois terços a cobertura do capital.*
2. *A proposta deve ser apresentada na própria assembleia que apreciar as contas ou em assembleia convocada para os 60 dias seguintes àquela ou à aprovação judicial, nos casos previstos pelo artigo 67.º*
3. *Não tendo os membros da administração cumprido o disposto nos números anteriores ou não tendo sido tomadas as deliberações ali previstas, pode qualquer sócio ou credor requerer ao tribunal, enquanto aquela situação se mantiver, a dissolução da sociedade, sem prejuízo de os sócios poderem efectuar as entradas referidas no n.º 1 até ao trânsito em julgado da sentença.*

A inexistência de mecanismos explícitos de contratualização, quer ao nível externo quer interno, tem em muito contribuído para que este grupo de hospitais, embora estruturados teoricamente como SA, continuem a funcionar como anteriormente, aguardando a cobertura dos seus défices e desresponsabilizando-se pelos seus resultados, mas a contratualização poderia melhorar e recentrar a comunicação à volta do desempenho e dos resultados obtidos e, por essa via, ajudar a recolocar a qualidade do diálogo em torno das políticas, bem como da sua definição, assentando o seu sucesso a médio e longo prazo em três pré-requisitos: (i) *um clima de confiança* que se poderá estabelecer entre as partes; (ii) *um compromisso* em perseguir um objectivo comum e tornar transparentes os resultados obtidos e (iii) *uma visão de conjunto* que permitirá compreender que a contratualização poderá cobrir a multiplicidade de factores ligados nomeadamente à gestão do desempenho e à cultura organizacional.

o **Historia da privatização das empresas públicas SA em Portugal. Implicações?**

Segundo o Tribunal de Contas a delimitação do universo empresarial estatal, a partir de 1999, veio alargar-se substancialmente, na sequência da publicação do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro, que aprovou um novo Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado.

O domínio do sector público empresarial estende-se assim ao conjunto das participações detidas pelo Estado através da sua Administração Central directa ou indirecta (os designados fundos e serviços autónomos), isolada ou conjuntamente, ou, ainda, através de participações detidas pelas suas empresas em outras (participações indirectas), as quais se desdobram em autêntica “cascata” de participações. Deste universo fazem também parte as sociedades comerciais (anónimas ou por quotas), constituídas segundo o regime comercial e, por consequência, sujeitas às normas do Código das Sociedades Comerciais (CSC), aos estatutos da empresa e, ainda, às disposições do Regime Jurídico do Sector Empresarial do Estado.

A emanção de **orientações estratégicas** (que permitam o adequado alinhamento da gestão com a consecução dos objectivos fixados), não se mostrou ter sido desempenhada da forma mais eficiente por parte do accionista Estado, de acordo com o relatório do TC. Na verdade, não se encontrou a publicação de orientações estratégicas para as empresas públicas, como o estipula o art.º 11º do DL nº 558/99. Sem prejuízo de serem definidos alguns objectivos estratégicos, pelo accionista, para horizontes temporais que variam entre um e sete anos, as **conclusões de várias auditorias**, oportunamente realizadas pelo TC **não confirmam** esta situação.

⁸ Decreto-Lei nº 262/86 de 2 de Setembro

No que se refere à transparência do sistema de informação, parece existir um esquecimento por parte das empresas sobre a obrigatoriedade de prestar contas, mas os factos relevantes que definem e caracterizam a vida das empresas devem ser do conhecimento de todos aqueles que com elas colaboram, directa ou indirectamente, sendo, no caso do SEE, um **direito do cidadão**.

o **Cultura do Hospital Empresa**

O Governo pretendeu conferir ao Estado um papel de accionista na gestão de alguns hospitais, dinamizar e multiplicar a dimensão dessa experiência, fomentando um clima de competitividade e um novo nível de exigência e de profissionalismo de gestão visando obter ganhos de eficiência significativos na “rede hospitalar”.

Com a transformação da natureza jurídica de alguns dos hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, pretendeu uma crescente autonomia de gestão dos hospitais, em moldes mais próximos da realidade empresarial, estabelecendo-se simultaneamente a separação da função de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público do SNS.

“O processo de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde que pressupõe a adopção por parte das novas unidades, de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente. Pretende-se que estas unidades, dotadas de maior agilidade e autonomia, disponibilizem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e promovam o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais.”

<http://www.hospitaissa.min-saude.pt>.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003 criou a Unidade de Missão, (uma unidade executiva de apoio e o dispositivo nuclear para dinamizar e agilizar a implementação dos “Hospitais SA” de capitais exclusivamente públicos, que é dirigida por um encarregado de missão, coadjuvado por três adjuntos e assessorado por um gabinete técnico, designado “Gabinete de Gestão”, constituído por, no máximo, 15 elementos.

Estes hospitais têm (devem ter) um espírito de missão pública, para os quais foi entendido o desenvolvimento de uma gestão empresarial, em que para os gestores nomeados para além da competência se exigia responsabilização (individual e colectiva) e a optimização da utilização dos recursos disponíveis. Pretendia-se ainda premiar o mérito e atribuir incentivos à produtividade e ao desempenho. Mas a grande pressão sobre os gastos sem contrapartidas correspondentes na promoção da qualidade e a morosidade na legislação que permita introduzir os incentivos, conjugado com os atrasos nos pagamentos por parte do IGIF, dos subsistemas e das seguradoras, tem levado a que a desmotivação reine e os resultados esperados de facto não tenham estado a acontecer.

o **Expansão do processo de empresarialização**

Este Governo decidiu passar de experiências isoladas a uma “massa crítica de mudança”, procurando integrar um conjunto de ideias e práticas dominantes “mainstream”, como uma corrente de influência de uma actividade ou de uma concepção em que as decisões ou acções tomadas de acordo com estas ideias determinam quem acede a quê e qual a distribuição dos recursos (poder).

Esta abordagem, constituída teoricamente por dois aspectos: ideias (teorias e preconceitos, noções que constituem o lado ideológico do desenvolvimento) e práticas (decisões e acções ao nível institucional e organizacional), não é fácil de implementar na Saúde, dada a complexidade do sistema e a insensibilidade demonstrada pela equipa para entender a problemática da área.

No entanto a decisão de expansão do processo passando de experiências isoladas a uma “massa crítica de mudança” é, na sua essência, um aspecto bastante positivo das iniciativas governamentais.

o **Dispositivos de acompanhamento**

A constituição de uma “equipa de missão” para apoio e acompanhamento do processo de empresarialização dos SA foi um passo importante e decisivo para garantir o sucesso deste mandato de elevado risco.

No Relatório de Primavera de 2003, dizia-se que independentemente das soluções encontradas e do maior ou menor aprofundamento teórico, devia referir-se que o impulso reformador tinha sido de uma enorme celeridade.

Referia-se ainda, que tinha sido igualmente colocada uma grande preocupação no acompanhamento, através da criação de um grupo de missão que reúne um conjunto de especialistas que apoiam o processo, o que poderá atenuar eventuais problemas na implementação e desenvolvimento do modelo.

Em 2004 o Relatório de Primavera a este propósito verifica que:

O encarregado da Unidade de Missão para os Hospitais SA, pediu a demissão ao Ministro da Saúde, sendo que as razões apontadas parecem prender-se com divergências quanto à chefia do novo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

O encarregado da Unidade de Missão terá defendido junto do Ministro da Saúde que a sua equipa deveria ficar responsável pela chefia do SIGIC. O Ministro terá discordado e mostrou-se irredutível na decisão de não entregar o SIGIC, que será aplicado não só aos 31 Hospitais SA no âmbito da Unidade de Missão, mas a todos os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. O Ministro defendeu que o sistema deverá ficar sobre a sua tutela directa.

Esta saída, que vem na sequência da apresentação do polémico relatório de actividades já citado, para além de deixar o grupo decepado, vem colocar este projecto em grandes dificuldades.

Quanto à avaliação do desempenho e à atribuição de incentivos aos profissionais de saúde, tem vindo a ser desenvolvido o Sistema de Informação e Gestão da Avaliação dos Hospitais SA que permitirá a atribuição de incentivos remuneratórios à produtividade e eficiência dos profissionais dos diversos sectores, mas que tem tido bastante contestação por parte das organizações profissionais.

Mas o Ministério definiu que a aplicação do regime de incentivos à produtividade nos hospitais sociedades anónimas (SA) tem três tipos de prémios: um, pecuniário, ligado ao contributo individual dos profissionais (prémio de contribuição individual - PCI), outro à performance dos serviços (prémio pela participação em Projectos Específicos - PE) e um prémio de mandato (PM) aos conselhos de administração que consigam atingir as metas e objectivos de gestão fixados no início do ano.

O desenvolvimento, em curso, de uma importante base de conhecimento sobre gestão hospitalar é fundamental para dar sustentabilidade ao processo de mudança

A preocupação inicialmente colocada no objectivo de uma melhor informação, dada a importância estratégica do conhecimento, da transparência e do rigor; o cuidado com uma informação mais acessível; a necessidade de centros de triagem e aconselhamento; os *contact center* da saúde e a padronização dos sistemas de informação, foram, de acordo com o conhecimento público que detemos da situação, pouco ou, em algumas áreas, mesmo nada conseguidos, pelo menos ao nível das instituições.

É de realçar, no entanto, o conjunto de relatórios e de projectos (**Quadro X**) em que a Unidade de Missão se envolveu, cujos resultados só sumariamente divulgados se destacam seguidamente, podendo os mesmos ser objecto de consulta mais detalhada em <http://www.hospitaissa.min-saude.pt>.

Quadro X -. Projectos da Unidade de Missão Hospitais SA

Relatórios/projectos	Data (apresentação pública)
<p>1. Produção nos Hospitais SA</p> <p>1.1 Revisão de Utilização</p> <p>Inapropriação da admissão: Redução da taxa de inapropriação para metade (de 24% para 12%); ➤ 51% das causas de inapropriação devem-se a admissões prematuras; 26% das admissões inapropriadas fazem-se para prestação de cuidados de saúde em consulta externa e 7% das admissões feitas pela Urgência são inapropriadas</p> <p>Inapropriação dos dias de internamento Redução da taxa de inapropriação para metade (de 49% para 24%) Para os doentes que ainda necessitam de internamento em agudos: ➤ 49% dos dias inapropriados devem-se à espera por uma cirurgia; em 43% a causa da não prestação do serviço é por problemas de agendamento e 31% por admissão prematura Para os doentes que já não necessitam de internamento em agudos: ➤ 60% dos dias inapropriados devem-se a prática conservadora; em 45% o doente apenas necessita de cuidados em ambulatório ou Consulta Externa e 7% não necessita de qualquer cuidado de saúde</p> <p>1.2 Perfil de Utilização de Antibióticos</p> <p>1.3 Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</p>	<p>Maio 2004</p>
<p>2. Recursos Humanos</p> <p>2.1 Estratégia de Gestão de Recursos Humanos (RH) Gestão da Mudança Cultural; <i>Tableau de Bord</i> de RH; Formação para a Mudança; Estudo de Clima Organizacional; Desenvolvimento da Função de RH; Manual de Políticas de RH</p> <p>2.2 Políticas de Gestão de Recursos Humanos Planeamento de RH; Recrutamento e Mobilidade Interna; Avaliação de Desempenho; Diagnóstico de necessidades de Formação e Plano de Desenvolvimento; Estrutura Salarial; Modelo de Incentivos</p>	
<p>3. Planeamento e Controlo de Gestão</p>	
<p>4. Projectos transversais</p> <p>4.1 ComuniCare</p> <p><i>Programa Conforto</i> – Maior Conforto, Informação Disponível, Satisfação e Segurança <i>Projecto Atenção</i> – Melhorar a Cultura de Serviço ao Utente <i>Nível de Satisfação dos Utentes dos Hospitais SA</i> – os resultados do inquérito de satisfação revela que cerca de 80% dos utentes internados nos 31 hospitais estão muito satisfeitos com a sua prestação, mas a amostra exclui os utentes das consultas e das urgências</p> <p>4.2 Informatização dos Hospitais SA</p> <p>4.3 Benchmarking dos 31 Hospitais</p>	<p>Junho 2004</p> <p>Abril 2004</p>

o **Expectativas para 2004**

O plano de acção para a “Rede SA” em 2004 aposta, segundo o grupo de missão, num conjunto de iniciativas de melhoria da qualidade e de aumento da eficiência, sendo que algumas são consideradas críticas e em que todos os hospitais da rede devem estar envolvidos, destacando-se: melhoria do acesso (gestão da lista de inscritos para cirurgia); optimização de proveitos; melhoria do serviço e da comunicação, sistema de incentivos; políticas de gestão de RH e projectos de desenvolvimento organizacional; racionalização de consumos; planeamento e controlo de objectivos e sistema de suporte aos processos de aquisição.

Mas há falta de metas de execução explícitas que permitam com clareza gerir por objectivos, embora em declarações à SIC Notícias no programa “*Expresso da meia-noite*” o responsável da unidade de missão tenha referido que as metas são entendidas como “segredos” do Estado accionista e por isso não são divulgadas. Esta visão contrasta com o que se passa no Reino Unido onde:

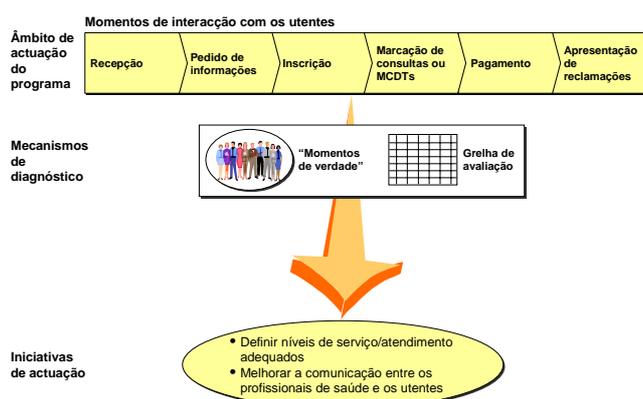
A gestão da mudança tem sido acompanhada por uma intensa produção de relatórios, da autoria de entidades independentes e do próprio Ministério da Saúde (Department of Health). Estes relatórios, fomentando uma política de abertura e transparência, são disponibilizados no sentido de explicitar a necessidade de mudança e os motivos concretos de cada mudança proposta. O calendário das mudanças está claramente disseminado e a sua prossecução é constantemente comentada sendo também disseminados vários relatórios sobre a evolução de cada mudança e os resultados que vão sendo alcançados.

Numa entrevista dada pelo coordenador da estrutura de missão dos Hospitais SA ao Diário Económico em 8 de Junho, este admite que só metade dos contratos-programa para 2004 está assinada e revela que o IGIF ainda não pagou a produção de 2003 por falta de disponibilidade financeira. Isto significa que a meio de um exercício económico cerca de cinquenta por cento dos hospitais estão a ser financiados numa base provisória, desconhecendo ainda qual a produção e os preços que o seu maior comprador, o SNS, vai aceitar fazer. Poderíamos perguntar: o que mudou afinal na componente económico-financeira nestes hospitais empresarializados, pois esta é uma situação bem conhecida por todos aqueles que há anos trabalham estas matérias?

Não teria sido preferível (desejável) reconhecer um período de arranque ou período de transição, que permitisse atenuar a fase de adaptação ao modelo e sobretudo afinar metodologias e ferramentas, aprendendo no decurso do processo? Ao invés, foi feito um aproveitamento político apressado, precoce e injustificado, cuja consequência mais visível é a falta de verdade sobre dados, geradora duma opacidade profunda do modelo.

Um projecto muito interessante é o denominado Programa Atenção, que tem por objectivo apoiar os Hospitais SA a nível de ferramentas metodológicas e de diagnóstico que permitam assegurar a melhoria contínua do serviço ao utente e que pretende reforçar a cultura de serviço, envolvendo todos os profissionais no desenvolvimento de uma organização centrada no utente, e capaz de alcançar os objectivos propostos pelo projecto de empresarialização. Aqui, mais uma vez, os profissionais nos hospitais, mesmo aqueles que estão em locais de decisão, estão pouco informados e envolvidos, mas actuar a este nível é fundamental.

Hospitais SA Com o Programa Atenção pretende-se melhorar a relação entre os colaboradores dos hospitais e dos utentes



3

o Os resultados da actividade em 2003 segundo o relatório

Resultados sem "análise"

O Relatório da Unidade de Missão relativo aos Resultados do Ano 2003 dos Hospitais SA tem uma discrepância entre os valores separados por hospitais e os números agregados: os valores das sessões de hospital de dia parecem estar trocados com os de atendimentos em serviços de urgência. Se a leitura for feita relativamente aos dados agregados verifica-se que as urgências subiram apenas 1%, enquanto que os atendimentos em hospital de dia tiveram um aumento de 17,8%. Mas este "aumento significativo" tem uma leitura, a que resulta do facto da maioria dos procedimentos e técnicas não estar a ser paga separadamente (o "modelo" de financiamento adoptado assenta no pagamento de quatro componentes: internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia), levando os hospitais a remeterem toda essa produção para esse "saco".

Estes registos muitas vezes limitam-se a identificar a produção realizada genericamente nos diferentes serviços do hospital, não querendo significar que exista de facto uma estrutura formal que acolha a unidade "hospital de dia", mas tal só acontece devido à ausência de auditoria das entidades competentes relativamente à contratualização efectuada.

Outras gralhas que o documento também apresenta são, por exemplo, a percentagem de altas de internamento no Barreiro, em comparação com 2002 em que o presidente do Conselho de Administração, em entrevista ao Diário Económico, garantiu que o aumento nas altas rondava os 2,6%, enquanto no relatório o valor que apresenta é de 12,6% e em que a explicação dada justifica a diferença pela contabilização das altas de internamento na área do berçário, o que influencia decisivamente os valores e não está de acordo com as regras estatísticas vigentes, emanadas da Direcção Geral da Saúde. Ou o crescimento de 62,4% nas cirurgias realizadas no Hospital de Pulido Valente, sem qualquer indicação de que a capacidade produtiva aumentou em 500% (1 para 6 salas).

Mas a Unidade de Missão não assume qualquer responsabilidade sobre os dados publicados no relatório ao afirmar: "o presente documento não constitui um relatório e contas" no sentido técnico-jurídico da palavra e para garantir que "os números apresentados relativos à actividade do conjunto dos 31 hospitais resultam dos dados que foram fornecidos pelos mesmos" e ainda que "os objectivos contidos no documento traduzem o entendimento na data em que são definidos, não se obrigando a Unidade de Missão a actualizá-

los à luz de novas informações ou de desenvolvimentos futuros”, embora recentemente tenha vindo introduzir uma errata que altera radicalmente a maioria dos quadros anteriormente publicados.

Afinal as críticas parecem ser verdadeiras e *os Hospitais SA tiveram no seu primeiro ano de actividade um aumento de actividade que não é largamente melhor do que os indicadores dos hospitais que não sofreram a introdução de regras de gestão empresarial*. Nas rubricas de doentes saídos, consultas, urgências e sessões de hospital de dia, só nas duas primeiras os Hospitais SA apresentam vantagem, sendo que, em valores absolutos, só na primeira rubrica produziram mais.

Mas o não acesso às bases de dados que nos permitiriam analisar a “produção” e as tendências temporais, tentando distinguir o “efeito SA” de outros efeitos, não nos são facultadas, pelo que não se pode fazer uma análise independente que possa apoiar as informações que circulam.

No estudo “A gestão nos Hospitais SA”, o economista Eugénio Rosa refere que a gestão imposta àqueles hospitais *“desincentiva fortemente a realização de serviços de saúde além das metas, já que estes hospitais recebem muito menos do que aquilo que recebem quando não cumprem a meta”*, caminhando-se no sentido da mercadorização dos hospitais.

Controvérsia sobre o prescritor-pagador

O coordenador da Unidade de Missão dos Hospitais SA assegurou à imprensa que *“o procedimento que foi adoptado (descrito no Diário de Notícias), foi decidido em conjunto com a Inspeção-Geral das Finanças e com a Direcção Geral do Tesouro”* e sublinhou que *“só o bom rigor contabilístico dos Hospitais SA originou que se tivesse clarificado uma prática que existe há anos”*, lembrando que *“o mesmo se passa para os hospitais do sector público administrativo”*.

Aquele dirigente lembrou ainda que as notícias publicadas que davam conta de que o Governo teria *“apagado custos nos Hospitais SA”*, através da passagem da factura dos medicamentos prescritos em ambulatório para as Administrações Regionais de Saúde, já estavam explicadas no próprio relatório de actividade, explicitando que *“isso aplica-se aos medicamentos que são prescritos quer nos hospitais públicos, sejam SA ou SPA, quer nas clínicas privadas”*.

“Então se um médico numa clínica privada passar uma receita e o utente for à farmácia, a comparticipação é debitada à clínica ou ao Estado?”, pergunta o responsável pelos SA, sublinhando que *“há um mecanismo de contabilidade que imputa à ARS a comparticipação dos medicamentos”* que são prescritos pelos médicos quando estão ao serviço do SNS nos hospitais públicos.

Sobre a autorização para este procedimento, dada pelo Secretário de Estado, afirma que *“tratou-se de um procedimento uniforme de contabilização, para que todos os procedimentos fossem feitos de forma igual em todos os hospitais”*, concluindo que *“não há diferença nenhuma”*, neste aspecto, entre os hospitais públicos e os Hospitais SA.

Para um melhor esclarecimento sobre este assunto sumarizam-se no **Quadro XI** as práticas e procedimentos existentes sobre a prescrição de medicamentos em ambulatório hospitalar.

Como se pode verificar *a orientação do grupo de missão contraria de facto os procedimentos seguidos em anos anteriores e também o despacho do Secretário de Estado*, na medida em que empurra a anulação para o ano de 2003, “apagando” custos dos Hospitais SA. De

referir ainda que qualquer boa prática contabilística aponta no sentido do rigor e da transparência e rejeita liminarmente esta “criatividade”.

Quadro XI - Prescrição de medicamentos em ambulatório

Origem da prescrição	1989 a 1999 (Despacho 4/89*)	1999 a 2002	2003	
Hospital público ➤ consulta externa, ➤ urgência ➤ hospital de dia, ➤ no momento da alta	Anulação da facturação inter-SNS, no ano seguinte à data da factura, com alguma compensação financeira por parte do IGIF aos hospitais perdedores	Anulação da facturação emitida pelos hospitais às ARS, no ano seguinte à data da factura, mas a facturação inter-hospitais mantém-se	Despacho do Secretário de Estado: anulação em 2004 da facturação de toda a prescrição de 2003, mesmo que emitida em 2004, às ARS (todos os hospitais)	Orientação do grupo de missão: anulação em 2003 da facturação de toda a prescrição emitida às ARS (hospitais SA)

* Diploma que fixa o princípio do prescriptor-pagador

Convém ainda referir que as prescrições efectuadas por médico em consultório/clínica privada e em hospital público, quer seja SPA ou, por maioria de razão, SA, não são equiparáveis, dado que nestes últimos o pagamento é feito para o atendimento, contendo o orçamento atribuído ou o “preço” pago, em princípio, o valor do acto e da terapêutica e no caso dos primeiros (médico ou clínica privada) aquilo que o Estado permite, desde 1995, é que o utente tenha acesso à comparticipação nos medicamentos, na sequência de uma consulta ou atendimento que ele paga do seu bolso, sendo a ARS a única entidade que dispõe de orçamento para fazer face às despesas com os beneficiários do SNS.

Omissões

De ter em atenção que o líder da bancada Socialista acusou o Executivo de estar a impedir que a oposição fiscalize a actividade dos Hospitais SA, ao omitir dados e documentos, crítica recusada pelo Ministro dos Assuntos Parlamentares.

Aquele considerou “essencial” a oposição ter acesso aos dados sobre as listas de espera nos Hospitais SA, por patologia e por valência, para que no debate de urgência pedido pelo PS sobre estes novos hospitais, a oposição possa estar “em igualdade de circunstâncias com o Governo”.

Estudo da desnatação (a favor dos que pagam) e dos padrões de referenciação

Uma hipótese levantada pelo Ministro da Saúde, na tomada de posse dos dirigentes da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), foi a de que a empresarialização dos hospitais pode colocar “em causa o princípio da universalidade e da igualdade de acesso” à saúde. O Ministro justificou esta hipótese com o que designou por “riscos de decantação” e de “desnatação de utentes”, o que pode levar “os prestadores a terem a tentação de preferirem o tratamento de casos menos problemáticos e menos onerosos, reencaminhando os casos mais difíceis e mais onerosos para outros prestadores do sector”.

o Difusão da inovação para os Hospitais SPA

Assiste-se a uma falta de difusão da inovação, dentro da denominada “rede SA”, em que muitos projectos de grande valor não são aproveitados, difundidos e disseminados e em que os hospitais do SPA parecem ser vistos como “sector residual”.

É surpreendente que os ensinamentos colhidos nos Hospitais SA não sejam implementados nos SPA, parecendo de facto estarmos em dois sistemas de saúde diferentes ou num sistema a duas velocidades.

Um caso concreto, recentemente ocorrido, é o que se relaciona com os resultados dum projecto que visa melhorar as infra-estruturas hospitalares e se intitula “Programa Conforto” (**Quadro XII**) e onde a grelha de avaliação criada com base na definição de uma série de elementos-chave para o conforto dos utentes (envolvente externa do hospital - estacionamento e zonas verdes, entrada principal do hospital, zonas de atendimento e de circulação, instalações sanitárias e salas de espera - urgências, hospital de dia e consultas externas - das 31 instituições), apresenta os resultados que distinguem os Hospitais SA em três categorias, consoante a pontuação conseguida - verde (bom), amarelo (aceitável) e vermelho (insuficiente).

O estudo conclui que mais de um terço (11) dos 31 Hospitais SA necessitam de uma “intervenção imediata” para melhorar o conforto, limpeza e segurança. Cada Hospital SA irá agora elaborar um plano de acção para a remodelação e humanização de espaços, sendo que o Ministro conta dar resposta financeira para as necessárias obras de melhoramento. Questiona-se, no entanto, porque não aproveitar o impulso desta acção e aplicar a medida à generalidade dos hospitais públicos.

Quadro XII - Programa Conforto Hospitais SA

Classificação geral das condições de conforto, limpeza e segurança	
“Inaceitáveis” ou “más”	“Muito boas” e “boas”
1. Egas Moniz;	1. Centro Hospitalar Médio Tejo - Torres Novas;
2. Santa Marta;	2. Padre Américo (Vale do Sousa);
3. São Francisco Xavier;	3. São Teotónio (Viseu);
4. Santa Cruz (Carnaxide);	4. São Sebastião (Santa Maria da Feira);
5. São Gonçalo (Amarante);	5. Barlavento Algarvio (Portimão);
6. Infante Dom Pedro (Aveiro);	6. Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã);
7. Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes;	7. Centro Hospitalar Médio Tejo - Tomar
8. São João de Deus (Vila Nova de Famalicão);	8. Unidade de Saúde de Matosinhos
9. Figueira da Foz	

Que nos reservará o futuro? Hospitais para os que pagam e hospitais para os que não pagam? Encerramento de hospitais que não consigam vir a ser verdadeiros SA? Pretende-se demonstrar que o sector público não consegue gerir os seus recursos? Ou que só a privatização é a cura para todos os males?

O gestor britânico, Dr. Philip Berman, Director da European Health Management Association (EHMA), durante um encontro realizado em Lisboa, promovido pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), alerta para o facto do nosso país estar “... a caminhar contra a tendência europeia” na organização do sistema de saúde, “incorrendo no risco de criar dois níveis” qualitativos de assistência, e explicou que “um sistema que dê prioridade àqueles que podem pagar pelos cuidados de saúde através de seguros está a correr um risco considerável, porque, provavelmente, isso levará a um sistema com dois níveis”.

- **Algumas das principais consequências da implementação do modelo**

Nomeações e demissões

O período de tempo em análise neste relatório foi fértil em nomeações e demissões com a consequente perda de eficiência no governo das unidades de saúde. Em especial nos

Hospitais SA foi evidente a pouca sensibilidade do Ministério em relação à especificidade da área da saúde, tendo-se manifestado também como um reflexo da menor preocupação da tutela na preparação e na gestão da mudança. Seguem-se alguns exemplos ilustrativos:

1. A pretexto da eventual incapacidade esperada dos administradores hospitalares de carreira para levarem a cabo um projecto hospitalar de cariz empresarial, o Ministério não foi capaz de ceder à tentação de efectuar nomeações vincadamente políticas. Embora o Ministro tenha afirmado, em Janeiro de 2003, que iria apostar em "experientes gestores hospitalares", este mês é ainda espectador da nomeação de jovens sem qualquer experiência empresarial no campo específico da saúde nem, em alguns casos, em nenhum outro ramo de actividade. É a Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares que afirma que "60% dos gestores não têm qualquer relação profissional com a saúde e, em particular, com os hospitais".

Hospitais-empresa com jovens gestores

O mais novo tem 27 anos e não possui qualquer experiência de gestão

A nomeação de jovens sem experiência empresarial no campo específico da Saúde, nem, nalguns casos, em nenhum outro ramo de actividade, para administradores dos hospitais transformados em sociedades anónimas, desmente anteriores afirmações do Ministro da Saúde que dizia ir apostar em experientes gestores profissionais.

A responsabilidade por essa contradição deverá, no entanto, também ser imputada às Administrações Regionais de Saúde, que foram quem propôs os nomes ao Ministro. Para a APAH, tais nomeações "só vêm confirmar" a posição que vem assumindo, acusando o Ministério de ceder a "critérios de natureza partidária e de proximidade pessoal" e "relegar para segundo plano a competência profissional, a experiência e a aptidão para o desempenho das funções".

Panóplia de competências (dois exemplos):

Jovem de 27 anos, licenciada em Direito, trabalhava num escritório de advogados, no Porto. Sem qualquer outra experiência profissional anterior conhecida, a jovem, filha dum deputado, foi nomeada Vogal Executiva do Hospital Padre Américo/Vale do Sousa, em Penafiel. O parlamentar do PSD viu ainda o sobrinho, de 32 anos, também jurista, ser nomeado para o Hospital de Famalicão. *Jornal de Notícias, 5/Jan./03*

2. Paralelamente, inicia-se uma aparente estratégia que se materializa, por um lado, na ocultação da informação pública referente aos novos Hospitais-empresa, no sentido de mais facilmente apresentar esta informação em sintonia com o programa político do Governo e, por outro, pela criação de uma estrutura centralizadora de toda a actividade dos Hospitais SA – a Unidade de Missão.
3. Para além das nomeações e das contratações surge, em Dezembro de 2003, uma situação inédita no sistema português de saúde. O Centro Hospitalar do Alto Minho cria uma área específica, dentro do hospital, com condições especiais para atender os doentes não pertencentes ao SNS. É o próprio Presidente do Conselho de Administração que afirma que "temos de criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras".

Doentes já não vão ter que sair do hospital para fazer um Raio X ou um TAC - Imagiologia entregue a privados

A gestão do Serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM), Viana do Castelo, vai ser entregue a privados, para assegurar a realização dos exames no interior da unidade.

Segundo o presidente do Conselho de Administração do CHAM, com a entrada em vigor da gestão privada, prevista para Março de 2004, cerca de 95% dos exames serão feitos no Hospital. "Neste momento o serviço só está assegurado 5/6 horas/dia, porque só temos duas radiologistas", sublinhou o presidente.

A agravar o problema está ainda o facto de o CHAM não dispor de equipamentos para a realização de todos os exames - como Ressonância Magnética e alguns tipos de Tomografia Axial Computadorizada (TAC) - o que leva a que a unidade "tenha sistematicamente que recorrer ao exterior". "A nossa capacidade de resposta é péssima, andamos sempre a recorrer a outros hospitais públicos ou a gabinetes privados de Viana do Castelo, Braga e Porto, com tudo o que isso significa de incómodo para os doentes, que são obrigados a andar de ambulância de um lado para outro", referiu Fernando Marques.

Além disso, há casos urgentes que não se compadecem com demoras, pois pode perder-se uma vida só porque o hospital tem um serviço de imagiologia com uma cobertura "verdadeiramente insustentável". Por isso, o CHAM abriu concurso público para a entrega da gestão da Imagiologia a privados, prevendo-se que em Janeiro o vencedor esteja escolhido. "O grande objectivo da entrega da gestão a privados é a melhoria das condições de assistência aos doentes", frisou o administrador do CHAM, garantindo que, a partir de Março, o serviço de imagiologia funcionará "24 horas por dia" e só "em casos pontuais" é que se recorrerá ao exterior.

Vítor Pereira in O Primeiro de Janeiro, 20.Dez.03

Hospitais SA preferem clientes dos seguros.

Hospitais-empresa procuram alternativas de financiamento junto das seguradoras. Correia de Campos diz que é inconstitucional

Os Hospitais públicos empresarializados estão a tentar estabelecer acordos com sistemas como a *Medis*, a *Multicare* ou a *Advancecare*, para assistência de doentes com seguros de saúde, em regime especial.

Os contactos dos gestores dos hospitais de Santa Cruz e Pulido Valente, em Lisboa, ou de São Sebastião e Santa Luzia, no Norte, entre outros, com seguradoras, tiveram início há algum tempo mas ainda não foi concretizado qualquer acordo.

O Grupo Hospitalar do Alto Minho, está a criar uma área específica dentro do Hospital, com condições especiais, para atender estes doentes, que não pertencem ao SNS. O presidente do conselho de administração assegura que este serviço, apesar de estar instalado dentro do hospital, "não tem nada a ver com o serviço público e será sempre feito fora dos horários públicos". E diz que está a criar "aliciantes para que os funcionários do hospital aceitem este tipo de actividade, que terá responsáveis próprios".

O gestor explica que "os doentes do SNS representam 90% da actividade", acrescentando: "O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento".

Também o Director de Santa Maria da Feira, equaciona esta hipótese, assegurando não ver qualquer problema em "misturar doentes" do SNS com os dos seguros. Trata-se, diz, de "organizar bem" os serviços e garantir que não haja listas de espera. "Os médicos nem sequer precisam de saber se o doente que estão a atender vai pagar como *Medis* ou como SNS", assegura.

Por seu lado o Hospital de Santa Cruz, defende uma alternativa destas por ser preciso "optimizar os recursos" do hospital. "Uma vez que o SNS não assegura a contratação de toda a nossa capacidade, coloca-se a preocupação de arranjar outros clientes, como os subsistemas ou os seguros", diz, garantindo não haver risco de discriminação de doentes. Afinal, pergunta, "que privado aceitaria contratar com um hospital público onde os doentes do SNS não são bem tratados?"

A Unidade de Missão dos Hospitais SA - o grupo que, dentro do Ministério da Saúde, acompanha estes hospitais - informou o EXPRESSO que não foi dada qualquer "indicação superior" para avançar para estas fontes alternativas de financiamento, mas fonte oficial reconhece que a Unidade de Missão sabe da iniciativa dos hospitais junto das seguradoras e não "lhe parece mal que isso seja feito". In *Expresso* 20/Dez/03

4. Por fim, são as notícias de nomeações e de ameaças de demissões que negativamente mais tornaram visível a actividade dos Hospitais SA. Passaram-se, entre outros no IPO de Lisboa e nos Hospitais de Santa Maria, de Setúbal, de Viseu, de Seia, de Torres Vedras, da Figueira da Foz, de Santa Cruz, de Évora, de Santarém, Garcia de Orta, Pulido Valente e de Castelo Branco.

2003	
Hospitais de Santa Maria, Curry Cabral, Capuchos e S. José, em Lisboa e Aveiro	Mai. 13
Hospitais de S. José, Curry Cabral e Capuchos em Lisboa, Aveiro e Centro Hosp. de Coimbra	
Hospitais de St.ª Maria, Curry Cabral e Capuchos, em Lisboa, Torres Vedras e da Univ. de Coimbra	
Hospitais dos Capuchos e Curry Cabral, em Lisboa, Setúbal e em Coimbra IPO e da Univ.	
Hospital de Setúbal e IPO de Coimbra	Set. 29
	Hospital de Santa Maria, Lisboa Presidente do Conselho de Administração <i>Coelho Rosa</i>
IPO do Porto	Out.
	Hosp. Setúbal: Director Clínico, Vítor Rocha e 24 directores de serviço ameaçam demitir-se
Hospitais Egas Moniz, em Lisboa, S. João no Porto, de Santo Tirso e IPO do Porto	Nov.
	Hosp. Viseu: Presidente do CA, <i>Luís Carvalho</i> Hosp. Seia: Conselho de Admin. ameaça demitir-se
2004	
Greve Nacional SIM e FNAM	
Hospitais de S. João no Porto, Centro Hospitalar de Coimbra e Hosp. Setúbal	
Centro Hospitalar de Coimbra e Hosp. de Setúbal	Jan. 13
	Hospital de Torres Vedras: Presidente do CA, por instauração de processo disciplinar
Hospitais de Setúbal e de Sto. Antonio no Porto	Fev. 19
	Hosp. Figueira da Foz: 20 Directores de Serviço ameaçaram demitir-se por causa de Vítor Morais. Demitido o Vogal do CA, <i>Vítor Morais</i>
	21
	Inst. Ricardo Jorge, Lisboa: Presidente, <i>João Lavinha</i> (havia apresentado demissão em Julho de 2003)
	28
	Hospital de Santa Cruz, Lisboa: Director Clínico, <i>Maymonne Martins</i> e três Directores de Serviço Hospital de Viseu: Director Clínico, <i>Marina Bastos</i> 28 Directores de Serviço demitem-se no dia seguinte.
	Mar. 19
	Hosp. de Évora: Demissão do Presidente do Conselho de Administração, <i>José Correia</i>
Hospitais de Setúbal, de Torres Vedras, de S. João da Madeira, de St.º António no Porto, de St.ª Marta em Lisboa, Centro Hospitalar de Coimbra e Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa)	Abr. 28
	- IPO de Lisboa: Administradora, <i>Teresa Delgado</i> Hosp. Santarém: Administrador Hosp. Garcia da Orta, Almada: Admin. <i>Adelaide Cardoso</i> Hosp. Pulido Valente: Administrador, <i>António Moço</i> Hosp. Setúbal: Director Clínico, <i>Vítor Rocha</i> e 24 directores de Serviço concretizam a demissão
Hospitais de Santa Maria, Curry Cabral, Capuchos e S. José, em Lisboa e Aveiro	Mai. 11
	Hospital de Castelo Branco: Pres. CA, <i>João Gabriel</i>
	14
	Hosp. Torres Vedras: 18 directores ameaçam demissão se não for nomeada nova administração.

*As greves entre 2003 e 2004 abrangeram também os centros de saúde

Fonte: Jornal EXPRESSO de 22 de Maio de 2004

Recursos humanos e conflitos

Durante este período foi notória a incapacidade da tutela e de algumas das direcções dos Hospitais SA em lidar com os problemas laborais, muitos deles consequência de uma postura de “adquirir muito por pouco”, visão um pouco restrita de gestão de recursos humanos.

1. Nesta linha, em meados do ano de 2003 começam a surgir denúncias do Sindicato de Enfermeiros de eventuais situações contratuais irregulares nos Hospitais SA, como é o caso da acusação da proposta de horários semanais de 40 horas muitas vezes associados ao salário correspondente às 35 horas no Hospital de Santo António, no Porto, onde começam a surgir ameaças de greve. Outra variante de contratos precários é anunciada na imprensa em Agosto no Hospital de Santo André em Leiria, onde a Administração exige 39 horas semanais com uma remuneração inferior ao previsto na carreira de enfermagem para 35 horas. Semelhante situação é denunciada pelos sindicatos no Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua em Setembro de 2003, no Hospital de S. João de Deus, em Vila Nova de Famalicão em Novembro de 2003
2. A incapacidade da tutela de lidar com problemas complexos é bem ilustrada com o caso dos Ortopedistas de Leiria. Segundo a imprensa, também um grupo de nove dos 14 médicos ortopedistas do Hospital de Santo André, em Leiria, *"exigiu a demissão do director do serviço, acusado de interferir nos conceitos científicos e de multiplicar atitudes persecutórias, de prepotência e de arrogância"*. Os referidos médicos chegam, em Janeiro de 2003, a afirmar que não estão *"disponíveis para trabalhar com um director que não nos respeita de forma humana e profissional"*.

A ausência de diálogo por parte da Administração e do Ministério empurra estes médicos para uma primeira greve de três dias, no fim de Fevereiro, seguida de uma segunda paralisação de cinco dias um mês depois. Não conseguindo resolver o conflito, a Administração do Hospital reconduz o Director nas suas funções, ao que os médicos respondem com a apresentação de atestados médicos, por 10 dias, alegando que *"neste momento não têm condições mentais e psicológicas para trabalharem com dignidade"*, dado que *"este processo arrasta-se há muito tempo"*. Após esta resposta, sucedem-se mais dois momentos de greve, em Abril e em Julho, esta última de três semanas.

O Ministério da Saúde através da Inspeção-Geral da Saúde (IGS) instaura processos disciplinares a 8 dos 15 médicos do referido serviço. Entretanto a contestação já dura há dez meses e, como forma de protesto contra a falta de soluções para o conflito, os clínicos iniciam um quinto período de greve nos últimos dias de Outubro seguido de outro para Novembro.

Só um ano após o início do conflito é que a ARS do Centro decide chamar a si a resolução do problema. O Sindicato suspendeu finalmente a greve e inicia-se um período de diálogo, findo o qual surge uma solução considerada aceitável para ambos: a criação de duas equipas funcionais de ortopedistas no Hospital de Leiria.

3. Outra manifestação de evidente incapacidade, ou de falta de sensibilidade ao lidar com os recursos humanos em saúde, foi a indesejável sucessão de greves às horas extraordinárias dos médicos dos serviços de urgência de vários hospitais. Começou em Maio de 2003 no Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro e prolongou-se até Julho.

Tendo sido prometido pelo Ministério da Saúde, o seu cumprimento tardou meses. Mas o que surge como de mais difícil compreensão é que todo o processo e atraso são replicados vezes e vezes com outros conflitos de outros hospitais, como foram os casos, entre outros, do de São Bernardo em Setúbal, Santa Maria Maior em Barcelos, Santo Tirso e Santo António, no Porto, Instituto

Português de Oncologia em Coimbra e no Porto, Centros Hospitalares de Coimbra, do Alto Minho e de Gaia, e na Maternidade Júlio Dinis.

Grande número de unidades implicadas nestes conflitos, o que evidencia que há uma falta de capacidade de aprender com a realidade, de modo a prevenir situações análogas no futuro.

HOSPITAIS EM PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS - PPP

No sector da saúde, ao comparar a estratégia ousada seguida em Portugal, de incluir no âmbito das Parcerias⁹ Público-Privadas (PPP), os serviços clínicos, com a estratégia prudente da maior parte dos países que estão a desenvolver experiências deste tipo, é necessário colocar a pergunta: dispõe o Estado Português de conhecimentos técnicos, competências de administração pública e instrumentos qualificados de acompanhamento, controlo e fiscalização superiores aos daqueles países para se abalançar a tal ousadia?

O OPSS em 2003 explicitava que as parcerias entre os sectores público e privado segundo a abundante bibliografia internacional disponível, poderia constituir um importante instrumento estratégico de modernização dos serviços públicos.

As Orientações da Comissão Europeia sobre os Fundos Estruturais, para o período 2000-2006, preconizam o envolvimento crescente do sector privado através do incremento das Parcerias Público-Privadas, dando ênfase à necessidade de, no âmbito da modernização e expansão dos serviços públicos, favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e às inovadoras formas de “*engenharia financeira*”.

Os PPP são projectos de iniciativa pública, tendo em vista lançar um novo empreendimento público ou renovar, expandir e reconverter um serviço público anteriormente existente. Assim, a via PFI constitui primordialmente uma forma de aquisição ao sector privado da prestação de um serviço público, numa óptica de longo prazo.

“As vantagens – e os riscos – destes mecanismos¹⁰ estão amplamente provadas pela experiência de outros países, onde têm vindo a ser crescentemente usados desde há vários anos. Existem, no entanto, condições indispensáveis ao seu funcionamento eficiente, nomeadamente:

- 1. a transparência dos processos e o seu acompanhamento a par e passo, tanto em termos regulamentares como estatísticos;*
- 2. a possibilidade de actuação dos mecanismos de mercado, procurando, no mínimo, assegurar que os financiamentos destes empreendimentos não dispõem de garantia implícita do Estado, o que os tornaria em meras formas de adiar o aparecimento dos encargos públicos e de os subtrair ao controlo orçamental.*

Aparentemente, a legislação portuguesa – e/ou a sua aplicação – não salvaguardou devidamente o primeiro destes aspectos, o que tende, de resto, a ser uma característica habitual da nossa legislação. Daí decorre a impossibilidade de controlar adequadamente os procedimentos, os gastos e o endividamento destas entidades. Dado que paralelamente foi também descuidado o segundo ponto – de consecução reconhecidamente mais difícil – é provável que o endividamento da administração já tenha ido para além do aconselhável, ao mesmo tempo que, em vez de promover no sector público mecanismos de eficiência partilhados com o privado, podemos estar

⁹ Construção, financiamento e operação de novos hospitais do SNS por entidades privadas ou sociais no sistema BOT (*Build, Operate, Transfer*)

¹⁰ Teodora Cardoso, 2001, “*Parcerias público-privado em Portugal: uma boa ideia mal aplicada?*”

em presença da partilha pelo sector privado das vantagens monopolistas próprias do sector público."

Em Portugal já existem importantes experiências de PPP, particularmente em obras públicas de grandes dimensões e, na área da saúde, o contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), Amadora/Sintra, é uma forma particular de parceria público-privada. A forma como esta parceria se tem desenvolvido permite seguramente importantes ensinamentos para o futuro.

Ainda no anterior Governo, em Janeiro de 2002, através do despacho nº. 1997, foi constituído o grupo de trabalho para lançamento de projectos hospitalares de PPP, denominado Estrutura da Missão "*Parcerias. Saúde*"¹¹ e já com este actual Governo, em 20 de Agosto de 2002, foi estabelecido o *Regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados* e estão em curso as medidas tendentes à implementação das dez experiências anunciadas.

Este ano o OPSS verificou que o Ministério da Saúde continua a desenvolver o processo de lançamento de concursos para dez novos hospitais (oito dos quais de substituição), pretendendo tê-lo pronto até ao fim da legislatura. Estes hospitais terão o estatuto de PPP¹², sendo que a posse permanecerá no sector público mas a gestão será totalmente privada. A expectativa é a de deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retenha os benefícios dum serviço privatizado.

No curto prazo o Ministério pretende lançar o concurso internacional para a construção e exploração dos seguintes hospitais:

Construção de hospitais em PPP	
Hospital	Data de lançamento de concurso público internacional
LOURES	Candidatos devem entregar as propostas até final de Junho/2004
CASCAIS	Caderno de encargos construção e adjudicação em fase final de conclusão. Abertura do concurso prevista p. ^a início Julho/2004
UNIVERSITÁRIO DE BRAGA	Primeiro semestre de 2004
SINTRA e ALGARVE	Segundo semestre de 2004
VILA FRANCA DE XIRA	Primeiro semestre de 2005
<i>Declarações do encarregado da missão das "Parcerias. Saúde" à Agência Financeira em 21/05/2004</i>	

As normas entretanto criadas sobre parcerias público-privado¹³, dizem-nos que:

A similitude entre determinadas actividades prosseguidas por entidades privadas e as subjacentes à prestação de certos serviços públicos, tem levado à conclusão de que também nos serviços públicos é possível tirar proveito da tradicional melhor capacidade de gestão do sector privado, melhorando a qualidade do serviço prestado e gerando poupanças consideráveis na utilização de recursos públicos. Uma das formas, internacionalmente consagrada e testada, de obtenção pelo Estado de tais competências de gestão, consiste no estabelecimento de relacionamentos duradouros com privados, em regime de parceria público-privada, no âmbito dos

¹¹ A Estrutura de Missão tem como principal responsabilidade desenvolver um enquadramento legal apropriado ao lançamento de projectos de parceria público/privados no sector da Saúde, mas tem, também, a responsabilidade de identificar projectos e prepará-los para serem lançados sob a forma de parcerias; de organizar e conduzir os concursos públicos relativos a cada projecto; de acompanhar a experiência internacional e incorporar as melhores práticas e, ainda, de apoiar o Ministério da Saúde no desenvolvimento de instrumentos e dispositivos de regulação económica.

¹² O Decreto-Lei n.º 185/2002, Diário da República n.º 191 Série I-A, de 20 de Agosto, define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados.

¹³ *Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril*

quais lhes são transferidos os riscos, nomeadamente tecnológicos e operacionais, com os quais se encontram mais familiarizados e para cujo manuseamento se encontram mais habilitados.

Entretanto, em 30 de Abril, a Comissão Europeia reconhecendo que as autoridades públicas dos Estados-Membros recorrem, com frequência, à constituição de parcerias público-privadas (PPP) para realizar projectos de infra-estruturas, sobretudo no sector dos transportes, da saúde pública, da educação e da segurança pública e que esse recurso podia contribuir para a realização das redes transeuropeias de transportes, as quais acusam um importante atraso devido, entre outros aspectos, à insuficiência dos investimentos, apresentou o Livro Verde¹⁴ sobre "As parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões", onde explicita que "as PPP de um modo geral se caracterizam pelo papel importante do agente económico, que participa em diferentes fases do projecto (concepção, realização, aplicação, financiamento) e em que o parceiro do sector público se concentra essencialmente na definição dos objectivos a atingir em termos de interesse público, de qualidade dos serviços propostos, de política dos preços, assegurando o controlo do cumprimento destes objectivos.

Refere ainda que o recurso acrescido às operações de PPP se explica por diferentes factores, designadamente as restrições orçamentais com que se confrontam os Estados-membros e a vontade de beneficiar da experiência e dos modos de funcionamento do sector privado no âmbito da vida pública. O desenvolvimento das PPP insere-se assim na evolução geral do papel do Estado na esfera económica, passando do papel de operador directo para o de organizador, de regulador e de fiscalizador."

HOSPITAIS DO SECTOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO - SPA

As medidas reformistas aplicadas nos últimos dois anos no sector da saúde, nomeadamente no que se refere à prestação de cuidados hospitalares, induziu a criação de duas realidades diferentes: por um lado os hospitais pertencentes ao sector público administrativo (SPA) e, por outro, um conjunto de hospitais com o estatuto de sociedades anónimas, com capitais exclusivamente públicos. A coexistência destes dois estatutos, conjuntamente com o empenhamento do Ministério da Saúde no sucesso dos hospitais SA, materializado através da Unidade de Missão criada para o efeito, veio introduzir no SNS dois tipos de unidades hospitalares pertencentes à rede pública.

A análise da imprensa relacionada com os hospitais SPA, permite identificar a focalização das notícias em cinco grandes grupos: serviço de urgência, novas unidades, nomeações/demissões, encerramento de unidades e reformulação de infra-estruturas. As questões relacionadas com as instalações degradadas, falta de médicos ou enfermeiros, negligência médica ou bons exemplos (casos de sucesso), foram também alvo de algumas notícias ao longo de 2003.

Como já se referiu, nos quatro trimestre do ano de 2003, as notícias relacionadas com os serviços de urgência tiveram sempre um peso considerável no conjunto das notícias relativas aos hospitais SPA. Uma análise mais detalhada permite verificar que, no primeiro trimestre, a falta de médicos na urgência, nomeadamente obstetras e pediatras, foi um dos pontos mais abordados, seguido pela introdução do Protocolo de Manchester (que se refere ao esquema de triagem dos doentes na urgência adaptado

¹⁴ Está em discussão e todos os interessados podem enviar à Comissão até 30 de Julho de 2004, o mais tardar, comentários, observações e sugestões por correio para o seguinte endereço: Comissão Europeia - Consulta referente ao "Livro verde sobre as PPP e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões" C 100 2/005, B-1049 Bruxelas ou por correio electrónico para: MARKT-D1-PPP@cec.eu.int. Pode ter acesso a este documento em www.observapor.org.

por Portugal). Notícias relacionadas com os tempos de espera ou confusão nos serviços de urgência, pagamento de horas extraordinárias pelo Decreto de Lei nº 92/2001 e com a profissionalização da urgência do Hospital de São João tiveram também alguma relevância.

Já no segundo trimestre, a falta de médicos foi um dos pontos mais focado, quando comparado com os restantes - esta falta de médicos está intimamente relacionada com o encerramento da maternidade do Hospital de Torres Vedras, que foi alvo de várias notícias. Neste trimestre o Protocolo de Manchester e a redução das equipas de enfermagem na urgência do Hospital de São João tiveram também um peso considerável. Por sua vez, no terceiro trimestre, as notícias relacionadas com o pagamento das horas extraordinárias pelo Decreto de Lei nº92/2001 foram aquelas que concentraram maiores atenções, no âmbito das notícias associadas às urgências hospitalares. Já no quarto trimestre as notícias das greves decorrentes da aplicação do Decreto de Lei nº92/2001 foram as que tiveram um maior relevo. A falta de pediatras e a concentração das urgências de pediatria na cidade de Lisboa foram também alvo de várias notícias.

Na realidade o tema Pediatria foi, enumeras vezes abordado ao longo do ano de 2003 - a falta de pediatras nos serviços de urgência, a junção de urgências pediátricas (Lisboa), a construção de novas unidades de pediatria (Porto e Coimbra), ou mesmo, a concentração de serviços de Pediatria Oncológica na cidade do Porto, foram os aspectos que mais contribuíram para esse facto. Temos assim problemas relacionados com a pediatria nas três cidades portuguesas com maior relevo na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere à carência de infra-estruturas dignas para prestação de cuidados de saúde.

Ao longo de todo o ano de 2003, a localização e dependência (Hospital de Santo António ou Hospital de São João) do futuro Centro Materno-Infantil do Norte foi alvo de variadíssimas notícias, do mesmo modo, a construção do novo Hospital Pediátrico de Coimbra mereceu também a atenção por parte da imprensa. Aliás, a construção destas duas unidades de saúde é um aspecto que se arrasta há já vários anos, tendo sido objecto de diversas promessas por parte dos governantes.

Como seria de esperar, o ano de 2003 foi um ano de mudança na composição de muitos conselhos de administração dos hospitais SPA, daí, os aspectos relacionados com as nomeações e demissões terem tido uma importância considerável. O encerramento de unidades nos hospitais, particularmente de maternidades, foi um dos aspectos que teve algum peso no segundo trimestre de 2003, deixando praticamente de ser referência nos trimestres seguintes. Por último, a reformulação de infra-estruturas (nomeadamente de salas de bloco e serviços de urgência) teve ao longo de todo o ano de 2003, alguma relevância noticiosa.

Em suma diríamos que as notícias relacionadas com os serviços de urgência, pediatria e nomeações/demissões foram as que mereceram a maior atenção por parte dos *media*, daí que, será pouco provável, que o cidadão comum se tenha apercebido, através da imprensa escrita, da concretização de alguma reforma estruturante neste conjunto de hospitais.

A EMPRESARIALIZAÇÃO E A BASE DA EVIDÊNCIA

Embora todos os países estejam cada vez mais conscientes da utilidade da prevenção e da promoção da saúde pública, os países da OCDE consagram em média apenas 2,8 % do total das despesas de saúde aos programas de prevenção, públicos e privados,

estruturados¹⁵, sendo que nosso país a evolução com os gastos em hospitais ter vindo a crescer a um ritmo significativamente superior ao de outros países, o que faz com que desde há vários anos a gestão empresarial ou empresarialização dos hospitais tenha sido tema de debate e é uma velha aspiração do sistema e dos profissionais da saúde em Portugal. Já o Estatuto Hospitalar de 1968 previa a organização e a gestão dos hospitais “em termos de gestão empresarial” e a Lei de Bases da Saúde, de 1990, relembra que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a “regras de gestão empresarial”.

Citação do Relatório de Primavera 2003

A adopção do estatuto de “sociedade anónima” de capital público para 34 hospitais públicos, traduzida em 31 hospitais SA, correspondendo a cerca de metade da capacidade hospitalar pública, é, possivelmente, das medidas mais visíveis da governação da saúde durante o último ano.

Conseguir um amplo “efeito de descongelamento” organizacional e cultural e, ao mesmo tempo, contribuir para a diminuição formal do défice das finanças públicas do país, parece terem sido as principais motivações para realizar este importante “salto qualitativo” na reforma do sistema hospitalar português. As estratégias de descongelamento têm seguramente um papel relevante num processo de gestão da mudança. No entanto, a evidente falta de preparação com que este “tratamento de choque” foi lançado, obriga o Ministério da Saúde e os actores sociais envolvidos neste processo a uma acção urgente, intensa e rigorosa para recuperar este atraso. A equipa de missão estabelecida para fazer este acompanhamento com os 31 Hospitais SA, tem levado a cabo um importante trabalho de análise e planeamento. No entanto, o facto de não se ter estabelecido formalmente um período de transição para a implementação de Hospitais SA, cria uma situação arriscada no nosso contexto cultural – *os Hospitais SA não funcionaram com o grau de autonomia e responsabilização que a lei prevê. Não é facilmente compreensível, face à aposta e aos riscos deste processo de empresarialização, que nenhum dos 10 novos hospitais projectados pelo Ministério da Saúde (8 em substituição de hospitais já existentes), venha a adoptar este modelo de gestão.*

O tipo de parcerias público/privadas anunciadas, a experiência de outros países nesta matéria, os compromissos a longo prazo a que obrigam e as evidentes limitações dos dispositivos de governação e regulação do país, tornam *necessário um estudo detalhado e um debate público sobre as possíveis implicações destas iniciativas no Sistema de Saúde Português.*

Em 2004 o Relatório de Primavera verifica que:

Segundo o Ministro da Saúde a actividade hospitalar cresceu substancialmente, a par de um maior controlo dos custos e afirma que em 2003, no SNS, houve mais 50 mil cirurgias; mais 535 mil consultas e a evolução dos custos foi abaixo da tendência histórica.

A “Reforma da Gestão Hospitalar”, que o Ministério da Saúde tem estado a levar a cabo, nomeadamente com a criação de Hospitais SA e a alteração da legislação que rege os estabelecimentos hospitalares do Sector Público Administrativo (SPA), levanta algumas considerações, na perspectiva do hospital enquanto “serviço público”.

¹⁵ OECD, 2004 “La croissance des dépenses de santé s'accélère; l'écart entre les Etats-Unis et les autres pays de l'OCDE se creuse”; em http://www.oecd.org/document/59/0,2340,fr_2649_201185_3194771_1_1_1_1,00.html

O hospital público é uma empresa? O hospital público presta um serviço público às populações? O hospital público tende a desaparecer e dar lugar a instituições de outra natureza? O cidadão (ou melhor: o doente, que está efectivamente colocado no centro do discurso) – estará no centro do debate e no centro das decisões?

Esta reforma enfatiza a necessidade de aumentar a competitividade do trabalho e procura resolver questões, como a designação dos gestores, a introdução de um elemento fiscalizador, o estabelecimento de planos e orçamentos responsabilizantes, a entrega da gestão clínica dos serviços hospitalares aos médicos, com o objectivo de rentabilizar e racionalizar a prestação de cuidados, mas fica por responder como vai ser garantida uma verdadeira equidade no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo se pensarmos nas grandes franjas das populações desfavorecidas ou afastadas dos hospitais e outros serviços de saúde?

Teria sido preferível que a reforma tivesse adoptado um processo de aplicação gradual e experimental, sustentado num debate amplo, em fórum público, onde fosse possível criar um consenso mínimo na sociedade civil e política. Porque, na verdade, o direito à protecção da saúde é um desígnio nacional, não devendo estar sujeito ao sabor de uma qualquer ideologia e, a esse propósito, Paulo Salgado¹⁶ escrevia que os valores de solidariedade, justiça social, equidade e pluralismo, são valores éticos que devem nortear as actividades do Estado, o qual promoverá a defesa do interesse público, segundo modelos que garantam os direitos dos cidadãos.

Em outros países, nomeadamente Espanha, Itália, Reino Unido e Suécia, quanto à empresarialização a evidência aponta os seguintes resultados:

Espanha
<p>Os governos espanhóis têm introduzido mudanças na prossecução de dois grandes objectivos. Por um lado, mudanças para a prossecução de objectivos de eficiência e eficácia e, por outro lado, mudanças para reduzir os gastos com a saúde.</p> <p>De entre as principais medidas para atingir mais eficiência e eficácia, destaca-se um profundo processo de descentralização e autonomia da gestão. Nesse sentido, em Janeiro de 2002, ficou concluído o processo de transferência das competências do INSALUD para as comunidades autónomas, passando estas a deter competências exclusivas sobre a prestação de cuidados de saúde.</p> <p>No sentido de atingir objectivos de redução de gastos, os governos de Espanha têm introduzido mudanças que procuram reduzir a despesa com os medicamentos.</p> <p>Outra medida de grande impacto, foram os modelos de gestão indirecta de hospitais públicos (e outras organizações de saúde). Esta medida, permite que a gestão dos serviços de saúde públicos seja operada por qualquer outra entidade pública (consórcios, empresas publicas, fundações, etc.).</p> <p>Entre as organizações que utilizam a 'gestão indirecta', incluem-se os organismos públicos (autónomos: administrativos, comerciais, locais e públicos de direito privado ou entidade pública empresarial) e outros definidos como 'Entidad de Derecho Público', 'Institutos de Gestión', 'Fundaciones constituídas pela ley 30/94' e 'Fundaciones Públicas Sanitárias', etc.</p> <p>Das mudanças em curso, destacam-se os processos de avaliação de resultados entre prestadores de cuidados de saúde e a contínua separação entre o financiamento, de um lado, e a gestão e prestação, de outro. Esta mudança havia sido interpretada pelo governo espanhol como um axioma para o estabelecimento de uma espécie de mercado interno de que se esperavam melhorias de eficiência e satisfação dos utentes.</p> <p>De uma maneira geral, podemos afirmar que as mudanças em Espanha têm posto a ênfase no processo de descentralização em que, as novas formas de gestão, pressupõem uma transferência de propriedade das organizações prestadoras e uma segregação da rede de saúde pública em microempresas de natureza pública.</p>

¹⁶ Administrador Hospitalar, em Outubro 2003

Itália

Desde 1998 que a ênfase das reformas tem incidido sobre a implementação da integração entre prestadores e entre níveis de prestação de cuidados de saúde. Os planos nacionais de saúde dos últimos seis anos têm procurado integrar os cuidados de saúde e a intervenção social a três níveis: integração institucional; gestão integrada e integração das profissões.

Ao nível da integração institucional, procura-se que a responsabilidade desta mudança estrutural profunda seja operada através de acordos entre as autarquias e as unidades de saúde locais no sentido de auto-regularem a prestação de serviços, o financiamento e melhor integração dos serviços sociais e de saúde.

Ao nível da gestão integrada, tem-se assumido que o nível da freguesia é o melhor contexto para a integração da gestão das complexas e diversas actividades de apoio social e prestação de cuidados de saúde.

Ao nível da integração das profissões, tem-se reforçado a colaboração entre os diversos tipos de cuidados de saúde e apoio social necessários para satisfazer as necessidades de doentes com diferentes níveis de dependência. Neste sentido, é intenção de implementar a prática de cada doente ser apoiado por equipas multidisciplinares que definem e adaptam as estratégias de intervenção a cada indivíduo.

De entre todos os processos de mudança reconhecidos em Itália, este é o que tem suscitado mais interesse internacional. Na verdade, a ênfase na integração tem por objectivo fomentar a substituição da institucionalização de longo-prazo pela prestação de cuidados na comunidade. Este propósito é fundamentalmente relevante para a população idosa e pessoas com deficiência cujas necessidades se estendem no tempo. Em Itália, o clínico geral tem um papel central, sendo responsável pelos resultados dos cuidados domiciliários prestados. Por outro lado, fomenta-se a ideia de que é positivo educar membros da família para serem integrados na equipa de cuidados de saúde e apoio domiciliário ao doente. O Serviço Nacional de Saúde é o principal financiador deste sistema integrado de prestação de cuidados de saúde.

O NHS Inglês

Durante o ano de 2003 o Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS) continuou a viver alguns processos de gestão da mudança.

As mudanças reflectem a decisão estratégica, tomada em 2000, de aumentar o investimento público na prestação de cuidados de saúde. Admitindo que o problema fundamental do NHS era o seu sub-financiamento crónico, o governo inglês estabeleceu importantes metas de mudança a partir das recomendações de vários diagnósticos realizados por universidades e centros de investigação.

O investimento público tem sido direccionado para o aumento dos recursos humanos e tecnológicos do NHS e para a construção/instalação de novos hospitais e centros de saúde. Paralelamente, verificaram-se mudanças na organização dos prestadores e nas práticas das profissões da saúde.

Os programas de gestão da mudança são acompanhados pela NHS Modernisation Agency, que se tem preocupado com a “mudança cultural” e com a adaptação dos objectivos nacionais para o nível local no sentido de evitar os processos de mudanças inflexíveis e insensíveis às realidades locais.

Outra característica importante da gestão da mudança neste país tem sido a ênfase em apresentar objectivos concretos e mensuráveis assim como direccionados a áreas consideradas prioritárias.

Outra importante característica destes processos de mudança é o input central das organizações de cuidados primários (Primary Care Trusts ou PCTs) no planeamento e monitorização das mudanças implementadas para atingir os objectivos propostos para cada uma das áreas prioritárias.

No sector hospitalar, a partir de 2002, foi introduzido um sistema de atribuição pública de ‘estrelas’ aos hospitais. Este processo, teve como consequência, para os que não atingiram nenhuma estrela, uma anunciada transferência da gestão desses ‘hospitais falhados’ para uma lógica de contratos de gestão a três anos a contratualizar com consórcios privados.

No plano do NHS (2003-2013) surgiu o conceito do Hospital Fundação (Foundation Hospital Trusts ou FHTs). Este novo estatuto hospitalar, procura implementar a lógica do *‘money follows the patient’* com base em dois vectores de mudança: a liberdade de escolha dos doentes e a dependência do financiamento hospitalar nos níveis de satisfação dos utentes. A operacionalização destas mudanças tem implicado processos de contratualização e a introdução de preços de referência para a prestação dos cuidados de saúde (ex. actos cirúrgicos).

Uma consequência directa das mudanças verificadas no NHS tem sido o acesso crescente do sector privado a contratos de prestação de cuidados de saúde financiados pelo erário público.

O caso Sueco: a revolução de Estocolmo

Desde início dos anos 1990 que o sistema de saúde sueco sofria de ineficiências várias, incluindo listas de espera para além do clinicamente aceitável, défice orçamental e elevados níveis de insatisfação de utentes e profissionais. O famoso 'Modelo de Estocolmo' foi a solução preconizada, em meados da década passada, para ultrapassar estas dificuldades.

Suportado por valores transversais a todas as forças políticas, como "liberdade de escolha", 'diversidade da oferta', 'concorrência regulada' e 'acesso universal ilimitado', o modelo originou mudanças profundas. O acesso e o financiamento mantiveram-se universal e público. Alguns hospitais tornaram-se entidades sujeitas a uma lógica empresarial em concorrência com prestadores privados. O governo regional reduziu o seu papel na prestação de cuidados de saúde e concentrou-se na sua missão de financiador e regulador. Abandonou-se a lógica do orçamento baseado no histórico e adoptou-se o financiamento através das receitas dos serviços prestados e de acordo com uma tabela de preços actualizada anualmente. Esta pretendia reflectir a responsabilidade financeira do prestador e o controlo de custos reais por parte do financiador. O controlo financeiro passou a ser feito através de análises de desempenho organizacional e numa lógica de comparação entre prestadores. O controlo de qualidade passou a ser feito por entidades independentes. Introduziram-se incentivos à produtividade dos profissionais e a oferta de cuidados passou a ser definida pelas necessidades da população e não apenas pelos políticos.

Para os anos de 2003-2004 o défice tornou-se o desafio central das mudanças planeadas. Introduzem-se medidas menos populares como aumento dos pagamentos da responsabilidade dos doentes e cortes no acesso por exemplo à mamografia e outros exames de rastreio ou preventivos. O sistema de saúde sueco público é gigantesco e tem uma estrutura de custos muito cara. Sendo totalmente dependente das receitas fiscais, qualquer ligeira quebra de receita pública, por exemplo no contexto da actual recessão, exige cortes orçamentais difíceis. As alternativas a este cenário, politicamente desaconselháveis para o governo regional, são o recurso à dívida pública ou o aumento dos impostos. A perspectiva actual, não é de introduzir mudanças radicais ao modelo de Estocolmo. Pelo contrário, a lógica iniciada em Estocolmo estende-se a outras regiões. Pretendem-se manter alguns princípios fundamentais como a divisão entre financiador e prestador, a dinâmica de descentralização e autonomia das organizações, o financiamento baseado na relação performance/produtividade, o acesso dos prestadores privados ao financiamento público mantém-se embora seja de prever que, com o aumento de eficiência dos prestadores públicos, a actual competitividade dos privados seja posta em causa.

Actualmente constata-se que o sistema de saúde sueco carece de uma tradição de médico de família, os cuidados primários funcionam apenas em horário útil de trabalho e não existem visitas clínicas domiciliárias.

Para o período 2004-2010, prevê-se que o sistema de saúde sueco introduza mudanças no sentido de reforçar os seguintes princípios: Liberdade de escolha dos doentes; Pagamento ao acto efectivamente prestado ('money follows the patient'); Introdução de incentivos à produtividade; Desenvolvimento de uma rede de médicos de família; Introdução de sistemas de disseminação de 'melhores práticas' (evidence-based-medicine); Transferência de responsabilidades de financiamento do governo regional para o governo nacional em paralelo com a introdução de sistemas de 'vouchers'; Embora o financiamento se deva manter público prevê-se o crescimento de incentivos ao sector dos seguros de saúde ou seja a introdução de um sistema de financiamento misto

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A declaração em entrevista datada de 22 de Janeiro de 2004 ao jornal "O Público" pelo Sr. Ministro da Saúde - "A reforma dos cuidados de saúde primários estará para 2004 como a empresarialização dos hospitais e a política do medicamento estiveram para 2003" -, constituirá porventura o reconhecimento explícito de que nenhum desenvolvimento prático ou mudança com impacto na organização e prestação dos cuidados de saúde se operou a este nível de cuidados desde o início do seu mandato.

Assim mesmo podem identificar-se um conjunto de factos ocorridos durante 2003 que passam a enunciar-se:

1. A promulgação pelo Sr. Presidente da República, em 30 de Março de 2003 do decreto-lei 60/2003 - Rede de Cuidados de Saúde Primários -, a culminar um processo de viva contestação protagonizado pela generalidade das

organizações médicas mas também de outros profissionais do sector, ocorrida no nos finais de Janeiro de 2003.

Esta promulgação, conforme consta da nota da própria Presidência, condicionava o início da aplicação do referido decreto-lei à constituição da Entidade Reguladora da Saúde, publicado em 10 de Dezembro de 2003, nomeados os seus dirigentes em Abril de 2004 e estando anunciado pelo seu Presidente o início de actividade para “meados de Setembro de 2004”.

2. A estagnação organizacional dos Centros de Saúde que continuou durante todo o ano de 2003 e no primeiro trimestre de 2004, com a manutenção em regime de gestão corrente dos Centros de Saúde.

Dissonante apenas a constituição de um grupo de “Centros de Saúde Piloto” onde terão decorrido processos limitados de experimentação e monitorização - os designados “*templates* de iniciativa” -, mas cujo teor e avaliação não foram até ao momento objecto de divulgação pública;

Em finais de Fevereiro de 2004 foram nomeados os primeiros directores de Centro de Saúde com base no Decreto 60/2003 e iniciou-se um processo de fusão de Centros de Saúde, limitado, em algumas áreas urbanas. Sobre os critérios de selecção desses novos directores e os objectivos dessas fusões não foram divulgados os termos de referência adoptados pela administração da saúde;

3. A persistência de bolsas importantes de cidadãos sem acesso ou com dificuldades de acesso ao seu médico de família (que não aos cuidados de saúde), principalmente nas grandes áreas urbanas e do litoral, e o agravamento da satisfação dos prestadores; importa porém que se assinale que persiste também um bom número de Centros de Saúde com boas condições de acesso aos cuidados e com bons níveis de satisfação dos utilizadores;
4. A continuidade das unidades onde vigora o Regime Remuneratório Experimental para os médicos de família, denotando consistentemente as avaliações efectuadas, nomeadamente a efectuada pela Direcção Geral da Saúde, apreciáveis ganhos nos níveis de desempenho.

Mas, por outro lado, a manutenção da não decisão sobre outras candidaturas oportunamente apresentadas e, nas unidades vigentes, a continuação das incertezas de profissionais e utilizadores quanto ao seu futuro próximo;

5. A continuação da não dotação dos Centros de Saúde em tecnologias de informação adequados em ferramentas de gestão estrutural e fundamentalmente de apoio à clínica. O SINUS mantém-se incompletamente utilizado num número apreciável de Centros de Saúde, não sendo também conhecidos desenvolvimentos na produção do seu módulo clínico e na ligação SINUS-SONHO;
6. A introdução da receita de “repetição de prescrição” em Abril de 2003;
7. O anúncio pelo Sr. Ministro da Saúde, na primeira quinzena de Fevereiro de 2004 e reiterado no Encontro Nacional de Clínica Geral da intenção da anexação de vários Centros de Saúde ao Hospital de Vila Real S.A., ao Hospital da Cova da Beira, S.A. e ao Hospital de Torres Vedras.
8. O impasse que tem caracterizado as ténues iniciativas de conversações registadas a partir de Março de 2004 com os parceiros sociais do sector e o ambiente de suspeições que nelas persiste;

9. A inexistência ou não divulgação de um quadro explícito para o faseamento da reforma do sector, onde se vinquem compromissos e se explicitem objectivos, métodos, temporização e instrumentos de avaliação da reforma anunciada. E, finalmente, qual o peso específico pretendido para o sector público, social e privado, com ou sem fins lucrativos;
10. A manutenção da incapacidade de afectação de novos profissionais para o sector - médicos de família, médicos de saúde pública, enfermeiros e outras profissões da saúde -, tendo-se em vista a precariedade absoluta em efectivos de uns a que se vem somar o envelhecimento dos outros;
11. A inexistência de uma política consistente de formação de dirigentes que se constitua como rede técnica e de condução regional/local dum processo de reforma.

O quadro apresentado faz temer que o impulso reformador do Ministério da Saúde para esta área central da prestação de cuidados de saúde não venha a traduzir-se nas melhores concretizações.

Desde logo, relativamente às linhas já preconizadas para a reforma, estas têm sido anunciadas avulsamente e geralmente sustentadas em baixos ou inexistentes níveis de evidência. Poder-se-á mesmo questionar se as medidas até agora anunciadas, por se revelarem de pendor marcadamente administrativo, alguma vez serão susceptíveis de gerar massa crítica que sustente um processo de mudança.

A não enunciação explícita e detalhada dos objectivos, processos e planeamento duma reforma dificultam a criação de um potencial de mudança ao não favorecer-se o aparecimento dos agentes e promotores regionais/locais dessa mudança que a tornam imperativa mas simultaneamente participada.

Sendo certo que a necessidade de uma profunda reforma dos Cuidados de Saúde Primários se constitui hoje como ponto consensual na sociedade portuguesa, não se afigura adequado que as reacções que principalmente no sector dos médicos se têm vindo a manifestar sejam lidas como mera “resistência à mudança”. As estruturas associativas do sector continuamente têm vindo a clamar pela necessidade de uma reforma profunda e com particular ênfase para a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral que tem apresentado contributos que merecem ser olhados com o maior interesse. E, em boa verdade, esses contributos têm congregado o interesse das restantes estruturas associativas.

Afigura-se então que se estará fundamentalmente perante uma questão de pontos de partida dissonantes entre as propostas da governação e as soluções preconizadas pelos agentes actantes no sector.

Como pontos fracturantes nessas dissonâncias, poder-se-ão identificar:

1. Os riscos de subalternidade a que os cuidados de saúde primários poderão ser conduzidos, aparecendo como ponto incontornável a anexação de centros de saúde por parte de hospitais;
2. A anexação de parte não definida da rede de cuidados por operadores privados e a concomitante inexistência de garantias de regulação efectiva que impeçam a sua transformação numa área de negócio convencional, e como tal dificilmente conciliável com os propósitos da universalidade e da equidade em saúde e a perda da noção de rede de cuidados;
3. A persistência para o futuro de um modelo centralista nos centros de saúde públicos, com a manutenção de modelos organizacionais de comando e

controlo, ao invés da implementação de um modelo matricial e fortemente descentralizado, a funcionar em contexto de contratualização;

4. As contradições que podem resultar entre os interesses do operador privado (entidade contratante) e as obrigações de ordem ética e deontológica dos prestadores (contratados), num quadro de incipiente cultura e de débeis mecanismos de regulação no sector;

Sendo certo que o ímpeto reformador da governação é em si próprio um factor que merece destaque, importa contudo que esse ímpeto acautele a adesão dos mais válidos entre os prestadores e que os objectivos a perseguir se afirmem pelo primado da universalidade, da equidade, da eficiência e da qualidade em saúde, recentrando-se o papel do cidadão no sistema e assumindo-se os ganhos em saúde como a sua missão fundamental.

E a garantia de concretização destes desígnios tem-se revelado difícil...

Região de Saúde	Relação e Comunicação	Cuidados Médicos	Informação e apoio	Continuidade e cooperação	Organização dos serviços	SATISFAÇÃO GLOBAL
Norte	77%	70%	73%	68%	55%	68%
Centro	81%	74%	76%	71%	59%	72%
Lisboa V. Tejo	80%	73%	75%	68%	52%	69%
Alentejo	77%	68%	72%	64%	59%	69%
Algarve	85%	75%	81%	74%	57%	74%
Continente	80%	82%	75%	68%	56%	70%

Outros factos que merecem ser destacados

1. Os dados de produção dos Centros de Saúde, que se mantêm em curva ascendente, apesar da progressiva rarefacção médica e de outros profissionais;
2. Os dados do inquérito de satisfação aos utilizadores dos Centros de Saúde (EUROPEP - 2003) - CEISUC/IQS, onde uma vez mais os aspectos organizacionais sobressaem como os de pior desempenho também na avaliação dos utilizadores - 56% a nível nacional e invariavelmente o pior em qualquer das regiões de saúde.
3. Os RRE's - que persistentemente têm vindo a demonstrar apreciáveis níveis de desempenho e fonte rica de ensinamentos mas que não têm conhecido o necessário reconhecimento como factores de descongelamento do sistema prestador;
4. Outras experiências de gestão não convencional: o Centro de Saúde de S. João - Tubo de Ensaio (por exemplo).
5. A adesão dos médicos em geral, e dos médicos de família em particular, aos medicamentos genéricos e à prescrição por DCI;
6. As mais-valias previsíveis decorrentes da implementação da "receita renovável";
7. A Saúde Pública - praticamente sem expressão no decreto-lei 60/2003 - "Rede de Cuidados de Saúde Primários"

⇒ Folhetos publicitários do SAP de Coimbra, a serem distribuídos à população, afirmam que todos os que se dirigem àquele serviço terão prioridade de

atendimento no hospital. Porém, não existe qualquer articulação entre este serviço e os hospitais, ao ponto dos directores afirmarem não conhecer os serviços. O SAP abriu sem estudo prévio sobre acessibilidade aos CSP e hospitais.

O Médico de Família, 31 de Janeiro de 2004

- ⇒ Os CS que existiam nas cidades de Braga, Famalicão e Barcelos foram fundidos segundo o princípio que o CS deve ter âmbito distrital. Ou seja, neste momento o CS de Braga possui 183.429 utentes inscritos, o de Famalicão - 133.920 e o de Barcelos - 130.374. A esta dimensão não corresponde qualquer nível de autonomia acrescido, mantendo-se exactamente a mesma relação hierárquica perante a sub-região, e desta em relação à ARS. Curiosamente esta decisão não foi aplicada a Guimarães onde as Taipas continuam a dispor do seu CS.

O Médico de Família, 8 de Maio 2004

- ⇒ No Centro de Saúde de Alfândega da Fé e no de Freixo e Miranda do Douro, está paralisado o projecto de teleradiologia que permitia fazer radiografias no centro de saúde que eram lidas à distância. Por exemplo enviávamos para o Hospital de Macedo as radiografias de doentes que vinham ao SAP com suspeita de fractura e discutíamos as imagens com os médicos ortopedistas pelo telefone evitando muitas vezes a deslocação dos doentes e resolvendo o problema no local. O equipamento existe e há mais de um ano que está sem funcionar.

O Médico de Família, 8 de Maio 2004

O Decreto-Lei 60/2003 - "Rede de Cuidados de Saúde Primários" . Um caso paradigmático de deficiente gestão da mudança

2002.

- **Meados de Outubro** - aparece na Internet uma pré-versão do decreto-lei da "Rede de Cuidados Primários", divulgada através da imprensa, alegadamente devida a fuga de informação do Ministério, em papel timbrado do Ministério da Saúde que prontamente esclareceu tratar-se de um mero documento de trabalho interno e que, ao tempo, estaria já desactualizado;
- **Outubro, Novembro e Dezembro** - novamente na Internet, e uma vez mais em suporte com timbre do Ministério da Saúde, são sucessivamente veiculadas pelo menos mais 10 versões do referido documento, mantendo-se a estrutura geral do primeiro texto mas com alterações de pormenor, sem que entretanto tivesse sido desencadeado ou estivesse agendado qualquer contacto formal entre o Ministério e os parceiros sociais, nomeadamente sindicatos e associações científicas do sector;
- **20 de Dezembro** - foi aprovado em Conselho de Ministros o decreto-lei que criou a "Rede de Cuidados Primários".

2003.

- **13 de Janeiro** - Os dois sindicatos médicos (Federação Nacional dos Médicos - FNAM - e Sindicato Independente dos Médicos - SIM) anunciam a convocação de uma greve dos Médicos de Família do Continente para os dias 29, 30 e 31 de Janeiro, a que se vem juntar o apoio da Ordem dos Médicos, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e, mais tarde, da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública;

▫ **14 de Janeiro**

Decorridas mais de três semanas sobre a aprovação em Conselho de Ministros do texto legal pode ler-se:

Diário de Notícias

▫ “A tutela não percebe como podem contestar um «diploma que desconhecem».”

▫ “decretam uma greve de três dias, com base num conhecimento que desconhecem”, acrescentando que o diploma ainda não foi distribuído por só agora estar concluída a sua redacção”.

▫ **15 de Janeiro**

Jornal de Coimbra, citando a Agência Lusa

“O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, considerou «desajustada e desproporcionada» a greve de três dias marcada pelos médicos para 29, 30 e 31 de Janeiro, em protesto contra a nova legislação de cuidados de saúde primários. Em declarações também à Agência Lusa, o porta-voz do ministro da Saúde disse que a posição da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e Sindicato Independente dos Médicos (SIM), «não é compreensível», uma vez que o diploma final sobre as alterações legislativas para os centros de saúde ainda nem sequer é conhecida dos parceiros sociais.”

Jornal de Notícias

“SIM e Federação Nacional dos Médicos (FNAM) garantem que o ministro mente quando diz que houve negociações. «Houve convites individuais para conversas informais», que nem abrangeram os dirigentes da FNAM. Ora, «ao contrário do que diz o ministro, a lei implica matéria laboral, porque envolve salários e contratação. E tanto implica matéria laboral que o documento prevê espaço para a assinatura do ministro do Trabalho», garante Cílio Correia, da FNAM”¹⁷.

▫ **26 de Janeiro**

Jornal de Notícias

“O Ministério da Saúde (MS) vai distribuir pelos centros de saúde 250 mil folhetos que contestam os argumentos dos sindicatos e organismos médicos para criticar o diploma que altera o funcionamento dos centros de saúde. Por decidir está ainda a data em que os folhetos começam a ser distribuídos já que, conforme explicou à Lusa o porta-voz do MS, a tutela «não pretende condicionar a greve» que os dois sindicatos médicos convocaram para 29, 30 e 31 deste mês, mas também «não pode deixar de contrariar» algumas das críticas, «que não têm fundamento»”.

¹⁷ **Imprensa de 28.01.2003:**

▫ RTP

Sr. Ministro da Saúde: “Tive várias reuniões com o Bastonário da Ordem dos Médicos, o qual contribuiu com vários pontos para o documento final e que me pareceu suficientemente satisfeito com o resultado da discussão, pelo que não compreendo esta oposição”.

“José Gomes (Vice Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos) reconheceu que a OM “foi o único parceiro” ouvido pela tutela durante o processo de elaboração do documento. No entanto, a Ordem clarificou ao governante que apenas se iria pronunciar sobre a parte técnica do exercício e formação médica, e não sobre questões laborais...”

“Face ao texto aprovado, a Ordem “reconhece a necessidade de negociação sindical em algumas matérias...”

▫ Jornal de Notícias

“... o próprio Luís Filipe Pereira garantiu, quando foi emitido o pré-aviso para esta greve, que não havia lugar a negociação dado o projecto de lei não implicar matéria laboral.”

Texto introdutório ao decreto-lei 60/2003, que cria a “Rede de Cuidados de Saúde Primários”:

“Foram ouvidas as organizações representativas dos profissionais do sector, de harmonia com a Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.”

□ **27 de Janeiro**

Agência Lusa

“Os trabalhadores dos centros de saúde, das administrações regionais de saúde e sub-regiões de saúde vão juntar-se aos médicos no último dos três dias da greve marcada para quarta, quinta e sexta-feira.

Segundo anunciou hoje a Federação dos Sindicatos da Função Pública, estes funcionários - todos os que trabalham nestas instituições, além dos médicos e enfermeiros - vão estar em greve na sexta-feira.

Juntam-se, assim, aos médicos que vão paralisar contra a mais recente legislação aprovada para os centros de saúde.”

RTP

“Os clínicos na Região Autónoma da Madeira não aderem à greve contra a reforma dos centros de saúde convocada para quarta, quinta e sexta-feira, disse hoje à Lusa Ana Marques, do Sindicato Independente dos Médicos (SIM).

«Não faz sentido fazermos greve quando na Madeira há diálogo e conversações com o Governo Regional e com a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais», justificou.”

□ **28 de Janeiro**

Agência Lusa

“a legislação que está na base de toda esta polémica é, para o ministro, “a melhor forma de resolver a situação nos centros de saúde”.

Diário Económico

António Bento, Presidente do SIM, afirma: “a única coisa que recebemos foi a 5ª versão do diploma, e neste momento parece que já vai na 13ª versão e ainda não chegou à Presidência da República para promulgação.”

□ **29 de Janeiro**

O Público

O Que diz a Nova Lei

“O utente pode escolher o seu centro de saúde (CS). Continua a poder escolher o seu médico de família, de acordo com os recursos existentes

Os horários de encerramento dos centros de saúde podem ser alargados até às 24 horas e se necessário as unidades estarão abertas aos sábados, domingos e feriados

Os horários de cada médico são afixados no exterior e interior do CS

Os doentes serão informados anualmente dos resultados da avaliação do funcionamento de cada CS

Os profissionais podem ser integrados com contrato individual de trabalho

Os clínicos, tendencialmente especialistas em medicina familiar, têm a seu cargo cerca de 1500 doentes

Receberão incentivos em função da produtividade e serão avaliados no seu desempenho

Os centros passam a ser financiados por capitação

A direcção dos CS é assegurada por um única pessoa, “preferencial” mas não obrigatoriamente médico

Os CS são divididos em unidades, cada uma com um coordenador, a quem cabe garantir a qualidade dos cuidados

As unidades podem ser geridas por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, e cooperativas de profissionais

As mesmas entidades, médicos ou enfermeiros privados podem celebrar contratos para prestar serviços aos CS. Neste caso, cada médico é responsável por um atendimento até 2500 doentes”.

Jornal de Notícias

Entrevista ao Sr. Ministro da Saúde:

(LFP) - *“A principal acusação dos promotores da greve é a de que não foram ouvidos na elaboração da lei.*

Como é que nos podem acusar de não dialogar e, ao mesmo tempo, de termos 12 versões da lei? Isto tem a ver com uma questão de fundo muito simples: estamos a modificar em profundidade um sistema que tem anos e anos e isso traz sempre resistência. Acho só que está a ir longe de mais.”

(JN) - *“A greve não o vai demover, portanto...”*

(LFP) - *“De nenhuma maneira.”*

Agência Lusa

“O Ministério da Saúde anunciou hoje uma adesão dos médicos à greve nos centros de saúde de 50% a 70%, valores que demonstram «alguma contestação», embora «não correspondam à adesão maciça» anunciada pelos sindicatos.

Fonte do gabinete do ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, revelou à Lusa os níveis da greve, para já, apurados: 71% na região norte, 65% no centro, 65% em Lisboa e Vale do Tejo, 50% no Alentejo e 51% no Algarve.

A mesma fonte reconheceu que, para a tutela, estes são valores «significativos» que demonstram «alguma contestação nesta matéria».

No entanto, escusou-se a considerar esta uma adesão maciça, como hoje fez a Federação Nacional dos Médicos (FNAM), um dos sindicatos promotores da greve.

Para a FNAM, o primeiro dos três dias de greve dos cerca de seis mil médicos dos centros de saúde está a traduzir-se num "panorama esmagador" com adesões que rondam os 90% no Norte e Centro do país.

Agência Lusa

“Em declarações à Lusa, Luís Filipe Pereira adiantou que o diploma sobre os centros de saúde, contestado pelos clínicos e alvo de uma greve de três dias iniciada hoje, foi discutido por todos e não mexe nos direitos dos médicos, como aqueles profissionais querem fazer querer.”

Portugal Diário

“É uma greve que não entendo e que não se compreende. É uma greve injusta, porque são as pessoas mais pobres que estão mais uma vez a sofrer mais sacrifícios», disse Durão Barroso à saída do encontro semanal de trabalho com o presidente da República.”

▫ **30 de Janeiro**

Agência Lusa

“A adesão dos médicos à greve nos centros de saúde situa-se hoje nos 62%, sensivelmente a mesma do que ontem, quando começou o protesto, segundo as contas do Ministério da Saúde. Assim, e de acordo com o gabinete do ministro Luís Filipe Pereira, dos 5.306 médicos escalados para hoje, 3.302 fizeram greve, o que representa 62,2%.”

▫ **31 de Janeiro**

Diário de Notícias

Entrevista ao Dr. Paulo Mendo:

(DN) - *O que pensa das novas medidas do Governo para os centros de saúde?*

(Dr. Paulo Mendo) - *Estou de acordo com as críticas que têm sido feitas, sobretudo com as proferidas pela carreira de medicina familiar. Considero estas medidas, mais do que gravosas em relação à saúde, perigosas porque mostram uma sensibilidade que eu já não conhecia por parte dos governantes.*

(DN) - *Este ministério mudou alguma coisa?*

(Dr. Paulo Mendo) - *Vê-se na posição do ministro uma total falta de sensibilidade. Não vi ainda a grande mudança e a que aconteceu começou por onde não devia.*

(DN) - *Este ministério tem falta de médicos?*

(Dr. Paulo Mendo) - *Se tem médicos não os conheço. O ministro tem demonstrado ser corajoso, respeito-o por isso, mas tem uma má política.*

Correio da Manhã

"Tutela revê em alta os números da greve"

"O Ministério da Saúde reviu em alta os seus cálculos da adesão dos médicos de família ao segundo dia (quinta-feira) de greve nos centros de saúde do país, apontando agora para uma paralisação de 63,8 por cento. Os sindicatos garantem que o protesto mobilizou 90 por cento dos médicos de família"...

"Administrativos aderem ao terceiro dia"

"... o terceiro dia da greve tem a particularidade de juntar também os trabalhadores administrativos e auxiliares de saúde, convocados para o efeito pela Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública."

Agência Lusa

"O Ministro da Saúde considerou hoje que a greve dos médicos «não resolveu nada» e, à ameaça velada de uma nova paralisação, Luís Filipe Pereira acusa os sindicatos de estarem «animados de um espírito de guerrilha»".

▫ **4 de Fevereiro**

Jornal de Notícias

"Após três dias de greve de médicos, na semana passada, os centros de saúde funcionaram, ontem, a um ritmo normal, sem aumento significativo de afluência, nem adiamentos nas consultas, segundo os directores de diversas unidades de saúde. Depois de três dias de greve (quarta, quinta e sexta-feira) dos médicos, em que pelo menos cerca de 250 mil consultas ficaram por dar, de acordo com dados de um estudo junto dos clínicos gerais, o atendimento nos centros de saúde de todo o país foi aparentemente normal."

▫ **28 de Fevereiro**

Agência Lusa

"O Presidente da República promulgou o diploma que cria a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários, mas condicionou a sua entrada em vigor à constituição de uma entidade reguladora da actuação dos operadores privados e sociais."

▫ **5 de Março**

SIC

"Jorge Sampaio reconhece que este é «um diploma difícil»".

▫ **7 de Março**

Diário de Notícias

“Os ex-ministros da Saúde estão contra o novo diploma sobre os cuidados primários. Sejam eles de direita ou de esquerda. Luís Barbosa, Maldonado Gonelha, Paulo Mendo, Maria de Belém e Manuela Arcanjo dizem que se privilegia aspectos financeiros e não os técnicos e se retira a autonomia aos centros de saúde.”

▫ **12 de Março**

Expresso

“O Ministro da Saúde foi hoje confrontado com uma manifestação de protesto por parte da maioria dos 500 médicos que participavam em Vilamoura num encontro de clínicos gerais, que ouviram o discurso em pé.”

2004.

▫ **1 de Junho**

Público (Fórum Empresarial)

Entrevista ao Presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Dr. Rui Nunes:

“A ERS é algo que surge do nada. É uma entidade administrativa pública e há uma tramitação importante em termos de procedimentos, de registos, de elaboração de regulamentos e estatutos.

É um projecto ambicioso, mas em todo o caso creio que em meados de Setembro estaremos em condições de começar a satisfazer os pedidos das pessoas e das instituições.”

O que se pode retirar deste relato de notícias?

1. Houve e há propósito deste Ministério proceder a uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente dos Centros de Saúde;
2. Essa reforma passa pela revogação do decreto-lei dos “Centros de Saúde de Terceira Geração” (157/99 de 10 de Maio) que apesar estar em vigor desde 1999 não chegou a ter efeitos práticos em termos de aplicação, tendo-se optado por avançar com um novo texto normativo que consagra um modelo organizacional e de gestão com filosofias substancialmente diversas do anterior decreto-lei – o decreto-lei da “Rede de Cuidados de Saúde Primários” promulgado em 1 de Março de 2003 (decreto lei 60/2003);
3. O Ministério optou de facto na sua estratégia de reforma por ignorar a consulta e a negociação com os parceiros sociais da área da saúde e a discussão pública, havendo notícia de se ter apenas registado uma “conversa” com o Bastonário da Ordem dos Médicos;
4. Perante a resistência muito principalmente dos Médicos de Família e das suas estruturas associativas (FNAM e SIM, OM, APMCG e ANMSP), mas também de outros grupos profissionais (a Frente Comum dos Sindicatos da Função Pública e mais tarde a Ordem dos Enfermeiros) o Ministério optou assim mesmo por manter-se na via da imposição do contestado diploma;
5. O Sr. Presidente da República optou por promulgar o decreto-lei 60/2003 que cria a “Rede de Cuidados de Saúde Primários”, ainda que condicionando a sua entrada em vigor à constituição de uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
6. Gerou-se deste modo um impasse, que regista em termos formais os seguintes pontos de evolução:
 - ⇒ a publicação em Diário da República do decreto-lei 309/2003 de 10 de Dezembro que cria a Entidade Reguladora da Saúde;
 - ⇒ a tomada de posse do seu Conselho Directivo em 19.04.2004;

- ⇒ o anúncio do início real da sua actividade de regulação apontado para “meados de Setembro” de 2004, de acordo com declarações recentes do seu Presidente em entrevista ao Público.

Decorrem deste modo:

- ⇒ 9 meses desde a aprovação a promulgação do diploma que cria a Entidade Reguladora e o seu início efectivo de funções
- ⇒ 21 meses desde a aprovação em Conselho do Ministros do diploma que cria a “Rede de Cuidados de Saúde Primários” e o anúncio de início da actividade da Entidade Reguladora da Saúde.
- ⇒ mais de 2 anos desde 6 de Abril de 2002, data da tomada de posse do XV Governo Constitucional até ao presente.
- ⇒ mais de 5 anos desde a promulgação do decreto-lei 157/99 de 10 de Maio,.
- ⇒ nada mais, nada menos que 21 anos desde o obsoleto “Regulamento dos Centros de Saúde” - o Despacho Normativo 97/83.

E, porque o decreto-lei 157/99 de 10 de Maio foi revogado pelo decreto-lei 60/2003 de 1 de Março, e porque este depende para entrar em vigor da constituição da Entidade Reguladora, em termos reais a Lei não foi cumprida entre 1999 e 2003 e aí entrou-se de facto - que não *de jure* - num “vazio legal” que perdura até hoje.

Mas decorreram também desde o dia 22 de Janeiro de 2004, dia em que o Sr. Ministro anunciou ao Público que “A reforma dos cuidados de saúde primários estará para 2004 como a empresarialização dos hospitais e a política do medicamento estiveram para 2003” já mais de quatro meses.

E, no terreno, o que aconteceu (Quadro XIII)?

Quadro XIII - Evolução dos Cuidados de Saúde Primários (1971 - 2004)

Decreto-Lei 413/71 Criação dos Centros de Saúde	1971	Criação dos Centros de Saúde de 1ª. Geração
Decreto-Lei 254/82 Criação das ARS	1982	
Despacho Normativo 97/83 Regulamentação dos Centros de Saúde	1983	Centros de Saúde de 2ª. Geração
Lei n° 48/90 Lei de Bases da Saúde	1990	
Portaria 667/90		Convenção em Clínica Geral
Decreto-Lei 11/93 Estatuto do SNS	1993	Consagra os “Grupos Personalizados dos CS” - não executado
	1997	Experiência “Grupos Alfa” - ARS de Lisboa e Vale do Tejo
Decreto-Lei 117/98 Cria o Regime Remuneratório Experimental (RRE)	1998	20 Grupos de RRE
Circular Normativa n° 9/GAB/DG - DGS - Regulamenta do RRE		
Decreto 156/99 Sistemas Locais de Saúde		Não executado
Decreto-Lei 157/99 Criação dos Centros de Saúde com personalidade jurídica	1999	Centros de Saúde de 3ª Geração - não executado
Decreto-Lei n° 60/03 Rede de Cuidados de Saúde Primários	2003	Aguarda execução
Decreto-Lei n° 309/03 Entidade Reguladora da Saúde		

Assim, desde 1982 até 1999 – 17 anos – vigorou o Despacho Normativo 97/83 – o Regulamento dos Centros de Saúde, documento que por via da não actualização veio a tornar-se absolutamente obsoleto;

1. Entre Maio de 1999 e Março de 2003 vigorou o decreto-lei 157/99 de 10 de Maio que foi ignorado em termos de aplicação;
2. Desde Março de 2003 até ao presente aguarda-se a aplicação do decreto-lei 60/2003 de 1 de Março.

Que o mesmo é dizer-se que desde 1983, há 21 anos, data da criação dos Centros de Saúde na perspectiva de unidades integradas de cuidados de saúde, não se verificou uma intervenção global e estruturante para o seu desenvolvimento e consequente adequação da resposta às novas necessidades e expectativas dos cidadãos em saúde.

Poderá em conclusão afirmar-se que transcorrido mais de meio mandato do actual Governo (2 anos), e cinco anos sobre a promulgação do Decreto dos “Centros de saúde de 3ª Geração, que os cuidados de Saúde Primários não conheceram qualquer intervenção relevante em termos de aplicação, registando-se nas profissões da saúde sinais do avolumar da frustração, mas também de resistência face ao rumo das mudanças propugnadas pela governação.

Que avaliação da “gestão da mudança?

1. Os objectivos da mudança e o seu faseamento eram explícitos?
2. Havia evidência que suportasse as opções que lhe subjazem?
3. Eram entendíveis pelos actores sociais implicados?
4. Houve estratégia para o envolvimento e apropriação desses objectivos por parte das profissões da saúde, e nomeadamente das suas lideranças que potenciassem o aumento da massa crítica de suporte à mudança proposta?
5. Foram diagnosticadas e antecipadas as fontes de resistência?
6. Houve espaço de negociação da estratégia?
7. Estava calendarizada no tempo a sucessão de medidas e objectivos parcelares a atingir ?
8. Estava explicitada a metodologia de avaliação – incluída uma incontornável avaliação independente – e quais os indicadores de monitorização do processo de mudança?

Às perguntas formuladas a evidência aponta para que nenhum das questões formuladas e centrais para o sucesso dum processo de mudança foram observados, o que poderá explicar as dificuldades que o actual Ministério tem conhecido para proceder ao arranque da sua proposta para a reforma dos Cuidados Primários.

LISTAS DE ESPERA

Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)

Desde a publicação do Relatório de Primavera 2003, que o Ministério da Saúde tem divulgado diversos balanços sobre o andamento da lista de espera cirúrgica e os progressos verificados na sua resolução.

Na sua edição de 5 de Junho, o jornal Público noticiava que em Junho de 2002 existiriam, segundo dados da Direcção-geral da Saúde, 156 150 casos em espera. Este valor divergia do levantamento realizado pelas Administrações Regionais de Saúde

que situava em 123 166 o total de casos em espera para um universo de 68 patologias. A tutela acabaria por se fixar neste valor para efeitos da aplicação do PECLEC.

Na reunião da Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da Assembleia da República (CTAS), de 4 de Junho de 2003, o Ministro da Saúde fez a primeira avaliação de 6 meses da aplicação do PECLEC (Novembro 2002/Abril 2003), tendo apresentado o seguinte balanço:

- Total de casos em 30 de Junho de 2002 -123 166
- Total de cirurgias realizadas - 51 274
- Custo médio das cirurgias - 1 712 euros
- Total de novos casos - 56 770
- Tempo médio de espera dos novos casos - 3, 7 meses
- Novo total de casos em 30 de Abril de 2003 - 128 662
- Prioridade - "operar os doentes que esperam há mais tempo"
- Compromisso - "em Setembro de 2005 acabar com as listas de espera em Portugal"

Na sua edição de 6 de Junho, o mesmo jornal dá conta, citando documentos de trabalho do Ministério da Saúde, que o número de novos casos seria 77 266 e não os 56 760 casos anunciados pelo Ministro na CTAS, não estando contabilizados, no entanto, os doentes de 11 hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Além disso, o total de casos resolvidos teria sido 77 000. Em 30 de Abril de 2003 existiria, assim, uma nova lista com pelo menos 123 432 casos. A explicação para o diferencial de casos resolvidos residiria no facto de não terem sido incluídos nos mapas apresentados pelo Ministro na reunião da CTAS mais de 20 000 cirurgias "referentes a doentes que foram entretanto operados pelos hospitais em produção corrente".

Por regiões, teriam entrado na lista de espera, entre Julho de 2002 e Abril de 2003, 35 000 novos casos na Região de Saúde do Norte, não tendo os hospitais de Fafe, Amarante e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia apresentado dados; 20 000 novos casos na Região de Saúde do Centro; 15 000 novos casos na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, mas sem a inclusão dos dados de 11 hospitais; 3 000 novos casos na Região de Saúde do Alentejo e 4 435 novos casos na Região de Saúde do Algarve.

Em declarações à Agência Lusa, noticiadas pelo semanário Tempo Medicina na sua edição de 15 de Setembro, o Ministro da Saúde apresentou, entretanto, um novo balanço do PECLEC, traduzido nos seguintes valores:

- Total de cirurgias realizadas (1 de Novembro 2002 - 15 de Agosto de 2003) - 67 081
- Total de novos casos (1 de Julho 2002 - 15 de Agosto de 2003) - 98 641
- Total de casos em espera - 154 726
- Média de novos casos/mês - 7 500
- Média de casos resolvidos/mês - 6 700
- Compromisso - resolver os 123 166 casos da lista inicial "até ao final do 1º trimestre de 2004"

Segundo as declarações do Ministro "numa vintena de hospitais não se formou nova lista de espera", entre os quais estão os hospitais de Montijo, Espinho, Mirandela, Macedo de Cavaleiros, Serpa e Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Em 8 de Outubro, em sede de CTAS, o ministro fez um novo ponto da situação do PECLEC e segundo relata o jornal Público na sua edição de 9 de Outubro, foram apresentados os seguintes dados:

- Total de cirurgias realizadas (1 de Novembro - 31 de Agosto de 2003) - 67 710

- Total de novos casos em espera - 95 007
- Compromissos - resolução dos 123 166 casos em espera até Fevereiro de 2004 com recurso à realização de 36 000 cirurgias no sector privado.
Realização das intervenções cirúrgicas dentro do tempo de espera clinicamente aceitável a partir de Março de 2004.
- Produção anual prevista no âmbito do PECLEC - 45 000 cirurgias no sector público e 20 000 cirurgias no sector privado

Do total de cirurgias realizadas, 28 718 teriam sido realizadas em horário extra e 38 992 em horário normal.

À margem destes balanços globais, a semanário Tempo Medicina, na sua edição de 29 de Setembro, transcreve excertos de um comunicado da ARS do Centro onde dá conta dos progressos verificados na resolução da lista de espera cirúrgica. Segundo aquele comunicado, em 10 meses terá sido eliminada 70% da lista de 32 505 doentes em espera por uma cirurgia, tendo sido fixada a data de 31 de Dezembro para a resolução da totalidade daqueles casos. A nova lista de espera, formada a partir de 1 de Julho de 2002, começará a ser resolvida a partir daquela data, "concentrando esforços para reduzir todas as listas de espera que estejam fora dos tempos clinicamente aceitáveis".

Na sua edição de 6 de Novembro, o jornal Público apresenta um balanço da actividade do 1º ano de execução do PECLEC, da responsabilidade do Ministério da Saúde, onde se dá conta dos resultados obtidos, traduzidos em 71 468 cirurgias realizadas no sector público e 40 901 adjudicadas ao sector social/privado. A edição de 30 de Janeiro do semanário Independente dá conta que o número de doentes encaminhados para o sector social e privado era afinal 36 692, dos quais 20 461 recusaram a intervenção "alegando que não queriam ser operadas ou não tinham qualquer indicação cirúrgica". Nessa mesma notícia é afirmado que o Ministro da Saúde teria garantido que tinham sido realizadas 91 154 cirurgias, reiterando que a partir de Março não haveria mais listas de espera. Contudo, a segunda lista de espera formada a partir de 1 de Julho de 2002 já teria em 30 de Setembro de 2003 mais de 99 000 casos com uma demora média de 8,5 meses.

Em artigo de opinião intitulado "O combate às listas de espera" publicado na edição de 21 de Março de 2004, o Ministro da Saúde vem uma vez mais dar conta do progresso registado na resolução da espera cirúrgica, apresentando o seguinte balanço, reportado a Janeiro de 2004: 88 mil cirurgias realizadas pelas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, das quais 50 mil teriam sido realizadas em horário normal de serviço, e 12 mil pelos estabelecimentos dos sectores social e privado. Reconhece, no entanto a existência de uma segunda lista de espera com 148 500 doentes em 31 de Dezembro de 2003, com uma demora média de 9 meses, dos quais 113 500 aguardam tratamento há mais de 3 meses e 35 000 há menos de 3 meses. Considera ainda que em consequência do aumento de 530 mil novas consultas durante o ano de 2003, teriam sido gerados 45 mil novos casos com indicação cirúrgica. Em final de Março, ao ritmo de entrada de 8250 casos/mês, é previsível que a lista tenha 173 250 casos, com uma demora média de 10.5 meses.

Se o acumulado de 10 anos foi 123 166 casos, com uma demora média de 5,5 anos, proporcionalmente, o acumulado de 18 meses com uma demora média de 9 meses (Julho de 2002-Dezembro de 2004) devia ser 16 795 casos. Se descontarmos o aumento dos 45 mil novos casos com indicação cirúrgica, diagnosticados em consequência do aumento da produção verificada nas consultas externas, verifica-se que nas condições de desempenho anteriores a 30 de Junho de 2002, os casos acumulados em 18 meses já

representam 84% dos casos acumulados em 8 anos (148 500 – 45 000/123 166) quando deveriam representar 13,6%

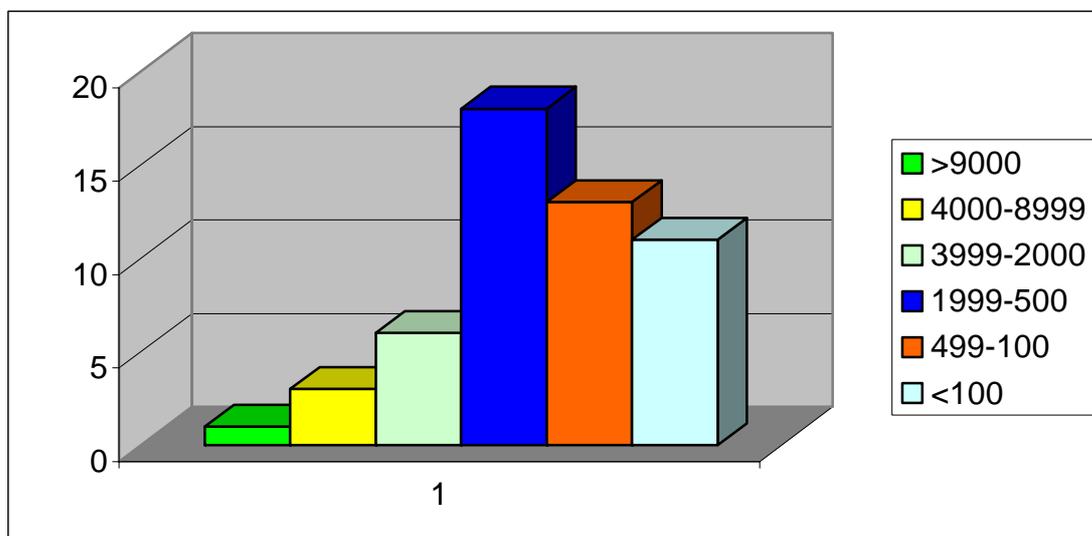
De acordo com as declarações do ministro e do seu gabinete aos órgãos de comunicação social, a avaliação que se pode fazer do PECLEC é a seguinte

⇒ Total de cirurgias realizadas - 91 190 cirurgias
⇒ Total de cirurgias realizadas pelo sector social e privado - 10 038
⇒ Total de cirurgias realizadas em horário-extra - 35 667
⇒ Total de cirurgias realizadas em horário normal - 45 485
⇒ Total de casos por resolver - 31977, dos quais 20 461 com recusa em realizarem a intervenção cirúrgica em estabelecimentos privados
⇒ Despesa realizada - 47.5 milhões de euros
⇒ Custo médio por intervenção no sector privado e social - 1 425 euros
⇒ Custo médio por intervenção no sector público - 1 640 euros
(Jornal de Negócios, 3 de Março de 2004)

Estarão por resolver 31 976 casos, cuja resposta o gabinete do ministro declarou ir ser dada até final de Março. No entanto, segundo declarações do Ministro ao jornal JN, em 31 de Janeiro de 2003, “20 461 pessoas chamadas não foram operadas por já o terem feito por conta própria, ou porque o problema se tinha resolvido com o tempo, ou porque estavam erradamente na lista de espera (sem indicação cirúrgica), ou porque tinham simplesmente falecido”. Tendo como referência o volume inicial de casos em espera, restariam então 10 500 casos por resolver, cujo destino deverá ter sido a chamada segunda lista de espera, iniciada em Julho de 2002.

O sítio do Ministério da Saúde, www.min-saude.pt, dá-nos uma listagem de 52 das 68 patologias incluídas em PECLEC e a respectiva produção, actualizada a 31 de Agosto de 2003. Nessa data tinham sido realizadas 71 466 cirurgias. A moda do volume de produção encontra-se no intervalo 1999-500 onde estão incluídas 18 patologias (Figura 9). Uma patologia, a catarata, é responsável por 9 191 intervenções cirúrgicas e em 11 patologias há uma produção inferior a 100 intervenções cirúrgicas em cada uma delas. O intervalo de variação da produção cirúrgica situa-se entre 18 cirurgias (cirurgia torácica) e 9 191 cirurgias (cataratas).

Figura 9. Distribuição do conjunto de patologias por intervalos de produção cirúrgica

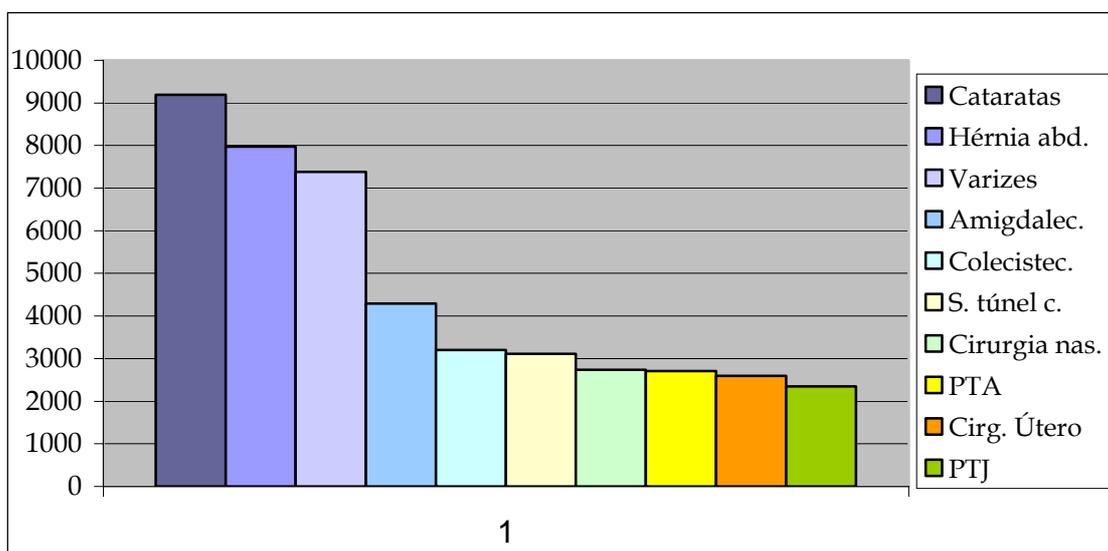


As 10 patologias em que se realizaram mais cirurgias representam 2/3 do total das cirurgias realizadas (*Quadro XIV e Figura 10*). As 10 patologias em que se verificou menor produção representaram 0.7% do total da produção

Quadro XIV. As 10 patologias em que se verificou maior e menor produção

Patologias	Produção	Patologias	Produção
Cataratas	9191	Estrabismo	94
Hérnia abdominal	7975	Aparelho lacrimal	86
Varizes	7379	Proc. válvulas cardíacas	85
Amigdalectomias	4293	Cirurgias intracranianas	63
Colecistectomias	3203	Hérnia diafragmática	57
Síndrome do túnel cárpico	3109	By-pass coronário	55
Cirurgia nasal	2741	Glândulas salivares	50
Prótese total da anca	2710	Excisão do canal tiroglosso	45
Cirurgia do útero	2596	Glaucoma	39
Prótese total do joelho	2349	Cirurgia torácica	18
Total	45546	Total	502

Figura 10. Distribuição do volume da produção nas 10 principais patologias



Dada como resolvida a lista de espera cirúrgica constituída em Junho de 2002, a tutela anunciou em 28 de Abril do corrente ano a criação de um novo programa para combater a designada segunda lista de espera cirúrgica, começada a constituir em Julho de 2002 e já com cerca de 150 mil casos em 31 de Dezembro de 2003. Este programa tem a designação de *Sistema Integrado de Gestão das Listas de Espera para Cirurgias* (SIGIC) e as suas linhas essenciais são, de acordo com o jornal Público de 28 de Abril, as seguintes:

1. Na consulta externa hospitalar o doente recebe do médico uma proposta de operação.

2. A cirurgia é agendada consoante a data de inscrição do utente na lista de espera e a indicação do nível de prioridade atribuído ao doente pelo médico.
3. Se o hospital público da zona do doente não tiver capacidade para realizar a cirurgia dentro de “um período admissível”, a um quarto do fim do prazo (quatro meses e meio, visto o Ministério da saúde apontar para uma média de seis meses de espera clinicamente aceitável para a maioria das patologias) o doente é encaminhado para outro hospital público, sendo a viagem paga pelo hospital de origem.
4. Caso os hospitais públicos não respondam dentro do tempo admissível (que pode ir até um ano), o doente receberá em casa um “vale-cirurgia” com uma lista anexada de unidades de saúde convencionadas onde poderá realizar a cirurgia, assumindo o Ministério os encargos da cirurgia. (*Público, 28 de Abril de 2004*)

Este programa, irá ter um orçamento de 110 milhões de euros, terá início em Julho do corrente ano, em duas regiões piloto, Alentejo e Algarve, com alargamento ao resto do país até final de 2004, supondo-se que se mantém em vigor o PECLEC para os doentes em espera cirúrgica das outras três regiões de Saúde.

Comentário e sugestões

Uma das características mais salientes deste programa é a proliferação e a fragmentação da informação que é dada sobre ele. Seja com origem no gabinete do ministro seja transmitida por ele próprio, a comunicação social tem procedido à divulgação de uma abundante quantidade de informação, quase sempre avulsa e sem dar conta de uma forma sistematizada da evolução que o programa tem vindo a registar. Mesmo o sítio do Ministério da Saúde regista atrasos incompreensíveis, se considerarmos que para a produção por patologia a informação mais actualizada data de 31 de Agosto de 2003 e para a produção por hospital e por região de saúde a última informação data de Setembro de 2003.

O Ministério da Saúde apesar de fazer do combate às listas de espera cirúrgicas uma das suas principais prioridades, ainda não foi capaz de divulgar o volume de espera por patologia, por hospital e por região de saúde. Tanto para a lista formada em 30 de Junho de 2002 como para a lista que se começou a constituir em 1 de Julho daquele ano. Por este facto não é possível ajuizar do grau de resolução que se está a verificar em cada patologia nem o nível de desempenho de cada hospital. O sítio do Ministério da Saúde apresenta o volume da produção desagregada por região de saúde e por hospital, mas não a cruza com as patologias constantes do programa. Fica-se a saber quem, dos hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde, faz quanto, mas sem saber do quê.

Relativamente à 2ª lista de espera, designada por SIGIC, seria desejável que desde já o Ministério divulgasse a estrutura da sua composição, a sua distribuição por hospitais e por regiões de saúde e os tempos de espera clinicamente aceitáveis para cada patologia, conforme declaração feita na reunião da CLAS em 8 de Outubro de 2003.

Baseado no que na literatura são consideradas boas práticas, de que o OPSS produziu um Manual, ainda que numa versão preliminar, a informação para a gestão desta lista de espera deverá incluir os seguintes dados:

- Análise dos determinantes de tempos de espera elevados

- O momento do processo de prestação de cuidados em que começa a contar o tempo para a realização de uma cirurgia: a referência do centro de saúde para o hospital? A consulta realizada pelo médico hospitalar? A consulta realizada por outro médico hospitalar (2ª opinião)? O momento da decisão de intervir cirurgicamente? O agendamento para a realização da cirurgia?
- Definição de objectivos para a redução das listas de espera
- A fixação de tempos de espera clinicamente aceitáveis para cada patologia construídos na base de critérios de gravidade, urgência e necessidade.
- A garantia de que os doentes verão o seu problema de saúde resolvido dentro desses tempos, seja na rede hospitalar do SNS, seja no sector social ou privado. Recentes declarações do ministro de que “a partir de Abril do corrente ano quem estiver há um tempo considerado razoável em lista de espera receberá um documento para ter acesso à operação no sector privado” (Público, 14 de Março de 2004), vem alterar compromissos assumidos anteriormente, visto poder começar a constituírem-se outras tantas listas de espera nos hospitais do sector social e privado, se as regras do tempo de espera não forem mandatórias para todos os parceiros.
- A fixação de tempos aceitáveis para a realização de consultas, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.
- O volume de casos que excedam os tempos clinicamente aceitáveis e a demora média para a realização da intervenção cirúrgica.
- Monitorização, avaliação e publicitação dos resultados dos programas de redução de tempos de espera
- A divulgação trimestral no sítio da Ministério da Saúde de informação completa, com a desagregação indispensável à análise do programa.
- A divulgação semestral da avaliação que a Comissão de Acompanhamento, prevista na legislação, faz do programa.
- Auditorias de gestão aos programas de redução das listas de espera

O MEDICAMENTO

Na sequência do realizado em anos anteriores o OPSS volta a analisar a área do medicamento que representava, em 1998, 22,8% dos gastos públicos com saúde.

O OPSS assumiu, desde 2000 no seu 1º Relatório de Primavera (RP), que o subgrupo dos antibióticos seria um bom *tracer*, não só pelas enormes implicações que a sua boa/má utilização têm na saúde pública, mas também pelo seu elevado custo.

No RP de 2002, referia-se que ... *“esta promoção periódica de um ou outro instrumento de política do medicamento, tem deixado de fora o essencial - saber o que se passa exactamente sobre a utilização de medicamentos e discutir, em termos objectivos, que conjunto de instrumentos podem, num tempo determinado, modificar objectivamente (metas qualificadas) padrões de utilização para valores técnica e internacionalmente recomendados. Só assim é possível identificar o conjunto integrado mais apropriado de instrumentos disponíveis, capaz de alterar a realidade concreta. Actualmente, enquanto os actores principais estabelecem estratégias e metas de desenvolvimento e de venda o Estado, seu principal “cliente”, “perde-se” em considerações genéricas sem analisar o que está a acontecer, sem estabelecer metas concretas, sem aprender com a experiência.”*

No Relatório de 2003 mostravam-se como positivas as medidas tomadas quanto aos medicamentos genéricos *“A implementação efectiva dos medicamentos genéricos terá sido*

das medidas mais eficazes e com maior evidência científica de entre as medidas tomadas no último ano na área da saúde.

Com efeito, de entre as medidas essenciais para a implementação da introdução/aumento, com sucesso, do mercado de medicamentos genéricos recomendadas por peritos internacionais, são consensuais as seguintes:

- *legislação e regulação de suporte;*
- *garantia de qualidade assegurada;*
- *aceitação dos profissionais e dos utentes;*
- *incentivos económicos.*

... Pretendeu-se formalmente um uso mais racional da utilização de medicamentos, mas pouco tem sido feito para promover uma mais efectiva, segura e rigorosa prescrição do ponto de vista técnico-científico. Portugal continua a ser dos poucos países da Europa ainda sem orientações/"guidelines" baseadas na evidência técnico-científica para os principais grupos nosológicos.

O aumento do "peso" relativo dos medicamentos genéricos será uma boa e reconhecida medida instrumental, mas não será desejável que essa e as outras medidas de contenção constituam a essência duma política global do medicamento.

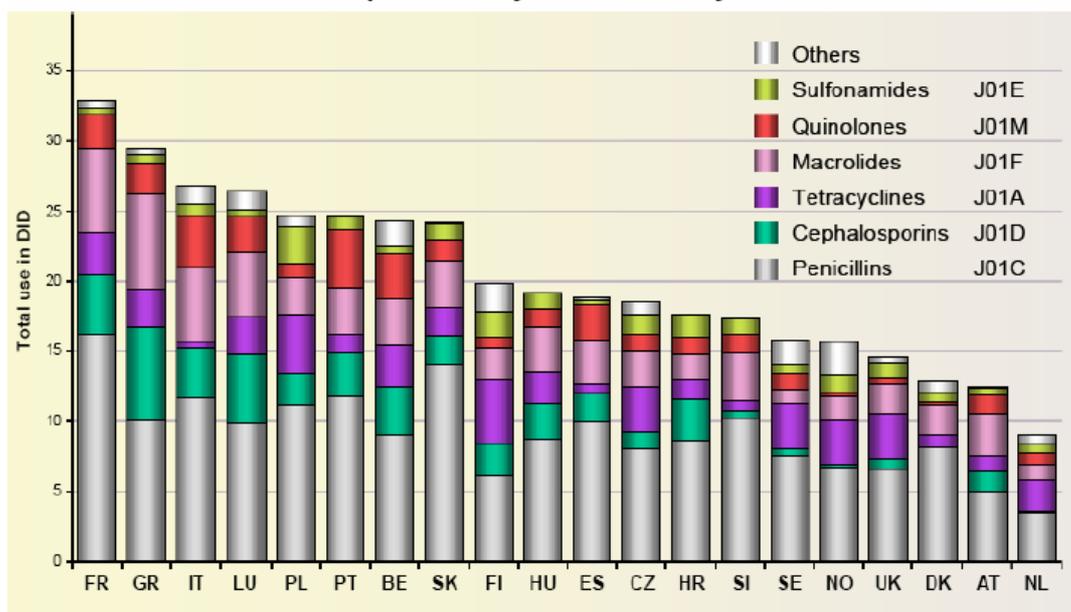
Esse "pacote" de medidas, aparentemente bem sucedidas, não contempla acções, igualmente efectivas, na área do rigor e qualidade da prescrição apesar dos alertas lançados pelos Relatórios de Primavera de 2001 e 2002 e da crescente pressão pública e técnico-científica internacionais entretanto tornadas mais acessíveis através da Internet. Essa ausência de orientações quanto à necessidade absoluta de se promover maior rigor prescritivo poderá explicar a evolução que se continua a observar no sector específico da antibioterapia que o OPSS tem vindo a acompanhar..."

Em 2003 (já depois da publicação do RP-2003) foi tornado público o estudo *Retrospective Data Collection da European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)*, vindo confirmar e reforçar aquela preocupação. A rede da *European Surveillance on Antimicrobial Consumption (ESAC)*, apoiada pela DG/SANCO da Comissão Europeia (2001/SID/136), é uma rede internacional de sistemas de vigilância com o objectivo de recolher dados comparáveis e fiáveis sobre a utilização de antibióticos na Europa, tendo iniciado a sua actividade em Novembro de 2001.

Como se constata pela análise das Figura 11 e 12 Portugal era, em 2001, o 6º país da Europa com maior volume de prescrição de antibióticos, logo a seguir à França, Grécia, Itália, Luxemburgo e Polónia e ocupava a 1ª posição no que respeita ao sub-grupo específico da Quinolonas.

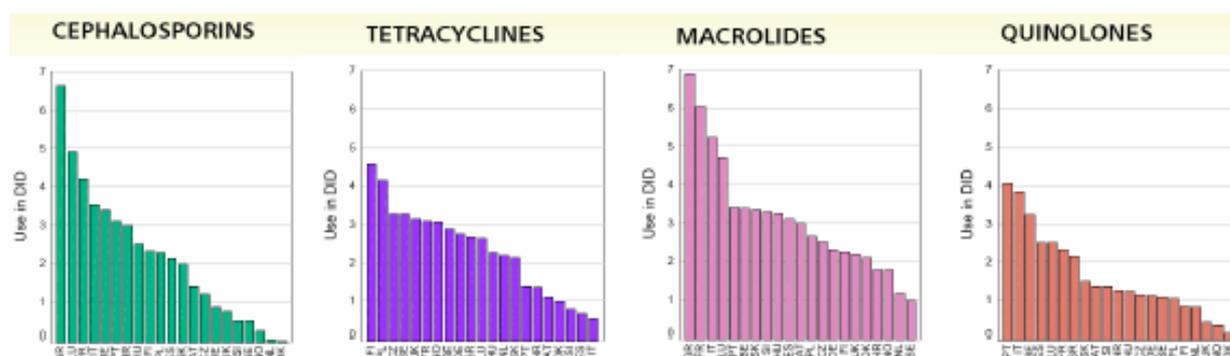
Neste estudo são utilizadas como unidades de medida da utilização de antibióticos a classificação ATC/DDD (WHO, versão 2002), Dose Diária Definida (DDD) e Dose Diária Definida por 1.000 habitantes por Dia (DID).

Total antibiotic use per country in ambulatory care in 2001



Source: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)
ESAC Retrospective Data Collection
M. Ferech, M. Elseviers, R. Vander Stichele and H. Goossens

USE OF OTHER ANTIBIOTIC CLASSES IN AC (2001)



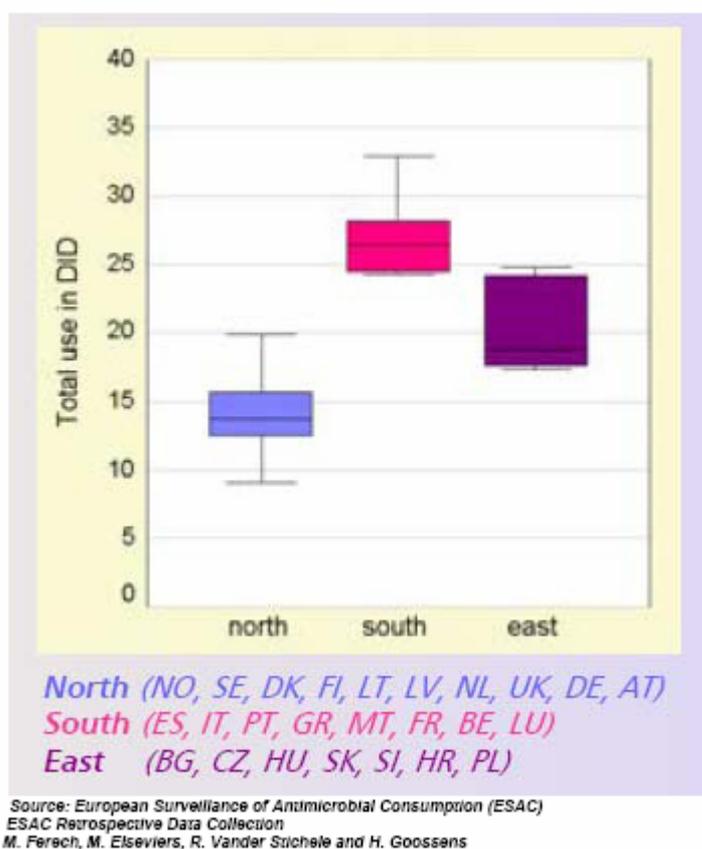
Source: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)
ESAC Retrospective Data Collection
M. Ferech, M. Elseviers, R. Vander Stichele and H. Goossens

Segundo aquele organismo “a utilização de antibióticos em ambulatório na Europa matem-se a um nível médio alto de cerca de 20 DID com uma tendência para uma ligeira diminuição em 2001, variando entre 10,0 DID (Holanda) e 32,9 DID (França). Outros consumidores de nível alto foram (por ordem decrescente) Grécia, Itália, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Bélgica e Eslováquia, todos com uma utilização de > 20 DID. Durante o período de 5 anos de observação (1997-2001) a utilização de antibióticos cresceu claramente na Grécia e Polónia e diminuiu na Bélgica e Espanha.

Verificam-se enormes diferenças regionais nos padrões de consumo/prescrição. Os países do Norte da Europa (Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Holanda e Estónia) têm um padrão de baixo consumo, utilizando, proporcional e extensivamente mais penicilinas e tetraciclina e menos Cefalosporinas e Quinolonas. Os países do Sul da Europa (Portugal, Itália, Grécia e França), têm um padrão de alto consumo de antibióticos, utilizando pouco as penicilinas de baixo espectro e umas excepcionalmente altas proporções de Cefalosporinas, macrólidos e Quinolonas” Figura 13.

Como conclusões refere ainda: “Uma intrigante alta utilização de utilização de antibióticos no ambulatório foi observada e necessita de ser relacionada com as determinantes da utilização e com a variação dos padrões de resistência”

Total antibiotic use in AC in European geographical areas



Saliente-se neste contexto de padrão geográfico de prescrição de antibióticos em ambulatório a “saída” de Espanha do grupo do Sul da Europa (ainda não constante do gráfico) que passou de 21,4 DID em 1997 para 18,8 DID em 2001, conforme consta na parte do estudo com dados específicos de Espanha.

http://www.ua.ac.be/main.asp?c=*ESAC&n=4666&ct=001973

Como nota de realce relativamente a este tipo de estudos refira-se que, ainda relativamente a Espanha e constante no respectivo relatório, uma divergência entre 15 a 30% entre os dados disponibilizados pela IMS e a Agência Espanhola do Medicamento.

Entre 2002 e 2003 Portugal (Continente) apresentou uma taxa de crescimento de 5,2% crescimento relativamente ao Preço de Venda ao Público (PVP - Valor) e de 0,7% em número de embalagens (Volume). Os medicamentos genéricos representaram, no mesmo período, 5,59% do total de vendas a PVP e 3,37% do total de embalagens.

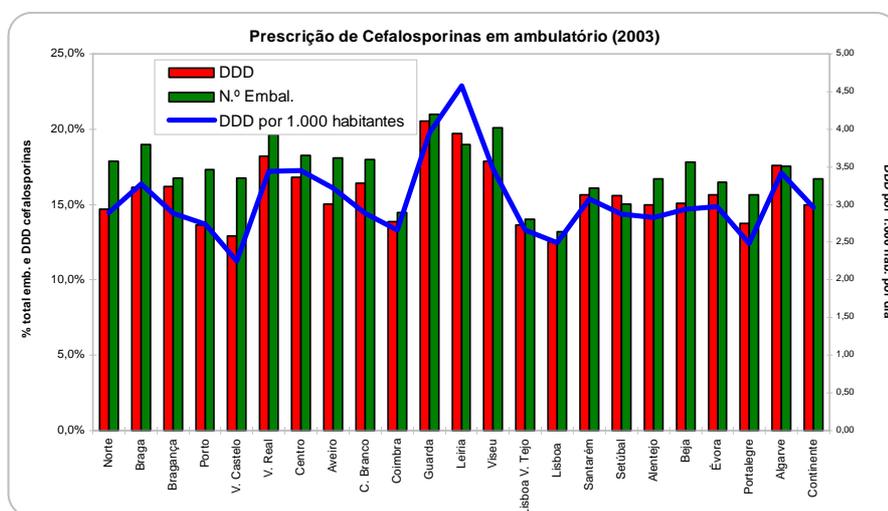
No mercado dos medicamentos não genéricos aquelas taxas de crescimento foram, respectivamente e para o mesmo período, de 1,1% (PVP) e -1,7% em número de embalagens.

Um novo elemento de análise foi introduzido no presente relatório: os gastos com medicamentos após a introdução dos medicamentos genéricos e preços de referência e o impacto que essas medidas tiveram nos gastos públicos (SNS) e no co-pagamento efectuado pelos utentes (PVU). Relembre-se que ambos os custos são suportados pelos

utentes: no 1º caso através dos impostos e no 2º caso em pagamento directamente suportado pelos utentes.

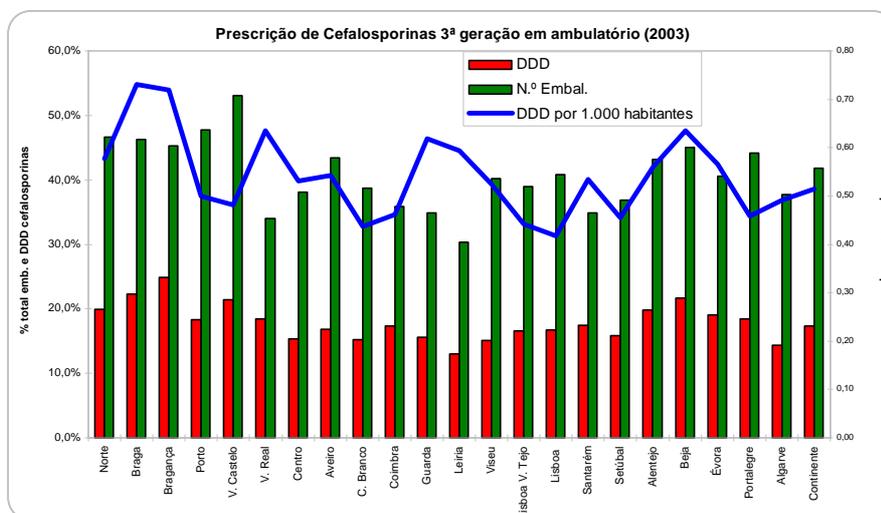
Tendo os dados da dispensa/venda de medicamentos do subgrupo fármaco-terapêutico dos antibacterianos relativos a 2003 sido disponibilizados muito recentemente pelo Infarmed (ainda com valores estimados para Novembro e Dezembro relativamente às Sub-Regiões de Coimbra e Portalegre), não possibilitou um tratamento e análise muito detalhados, mas mesmo assim apresentam-se algumas reflexões que aqueles dados sugerem nos quadros e gráficos seguintes.

A disponibilização, pela 1ª vez, pelo Infarmed, dos dados de consumo de antibióticos expressos em *Doses Diárias Definidas* (DDD), permite uma visão um pouco diversa da apresentada em anos anteriores. As figuras seguintes demonstram como é ainda insuficiente aquela unidade de medida de utilização de antibióticos (a não disponibilização de doses definidas para alguns medicamentos ou associação de substâncias activas por parte da WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology). Há subgrupos em que a diferença é substancial pelo que o OPSS mantém a análise por número de embalagens prescritas/dispensadas (Figuras 14 e 15).



Fonte: Infarmed

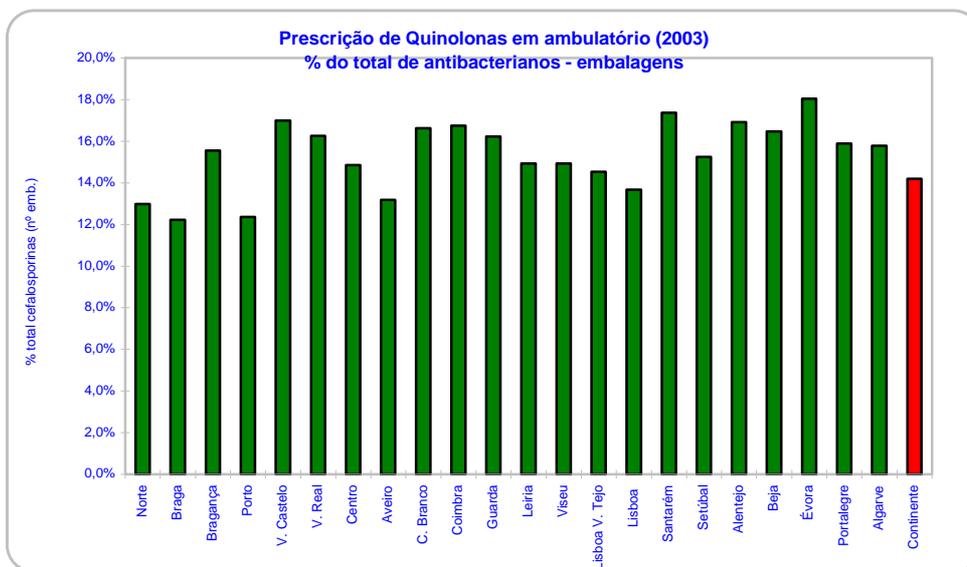
Foi ainda possível calcular um outro indicador - Dose Diária definida por 1.000 habitantes por dia (DID) que relativiza e proporciona os números absolutos.



Fonte: Infarmed

Como se verifica nas Figuras 14 e 15 a unidade de medida poderá ou não ser próxima do que passa na realidade, uma vez que o nº de embalagens (pela sua variabilidade e até pelo seu recente redimensionamento) pode introduzir algum enviesamento, mas da mesma forma a DDD e/ou a DID (por não contemplarem todos os medicamentos) podem reduzir substancialmente o seu grau de utilização.

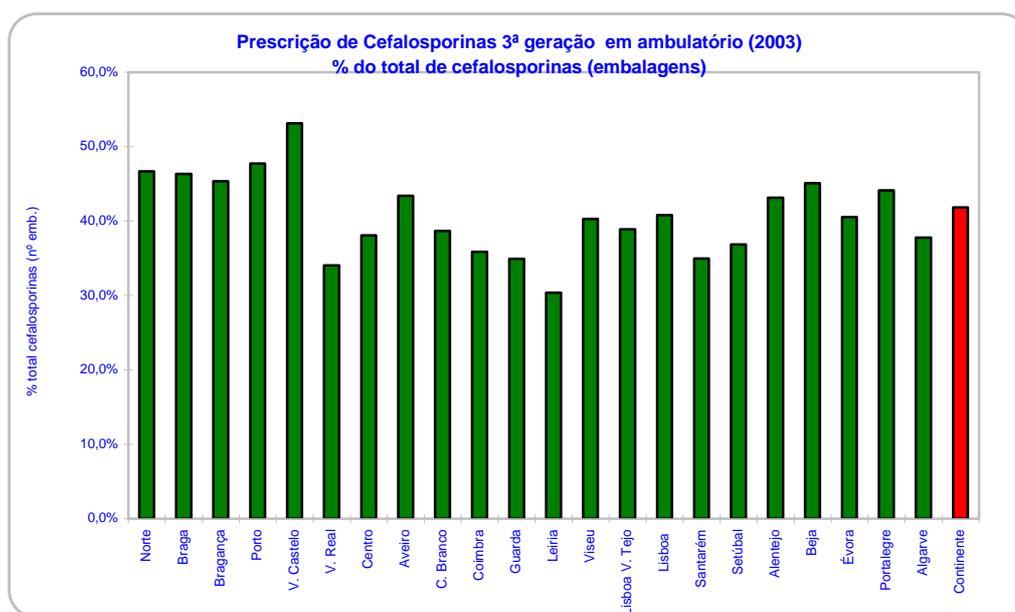
A prescrição por subgrupo terapêutico e por Sub-Região apresenta valores significativamente diversos e que suscitam fortes dúvidas sobre a qualidade/racionalidade de prescrição (Figuras 16 e 17).



Fonte: Infarmed

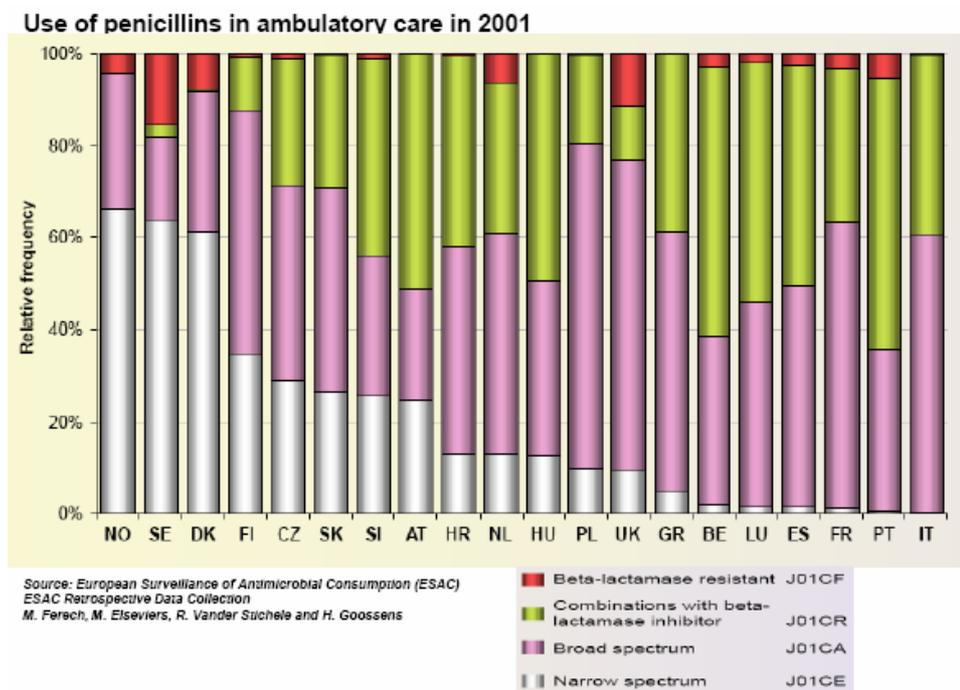
Nas quinolonas há Sub-Regiões em que os valores de prescrição são cerca de 18% mais elevadas que idêntica taxa no Continente (com o indicador DID) e cerca de 30% mais elevadas (com o indicador de frequência relativa - nº de embalagens).

Nas cefalosporinas de 3ª geração aqueles indicadores nalgumas Sub-Regiões a comparação com valores do Continente chegam a cerca de 27% mais - indicador DID e cerca de 40% indicador de frequência relativa - nº de embalagens.

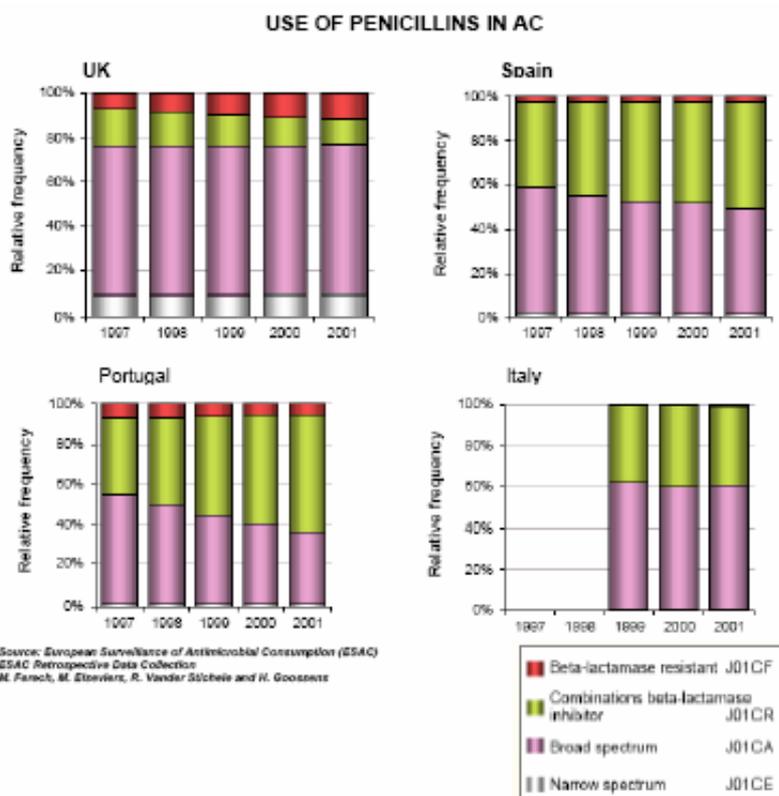


Fonte: Infarmed

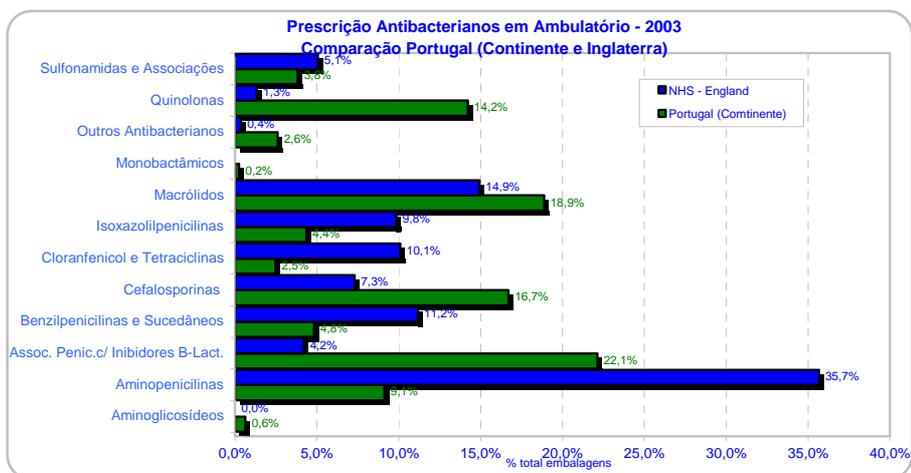
Tal como refere o estudo do ESAC haverá que promover o aprofundamento destas questões no sentido de tentar perceber quais as determinantes locais que condicionam essa utilização eventualmente excessiva.



Apesar da abundante evidência científica publicada e das reflexões que sobre o tema o OPSS tem proporcionado desde de 2000, não foram tomadas quaisquer medidas no âmbito da política do medicamento. A única referência pública do Ministério da Saúde foi a de responsabilizar o OPSS por sugerir más práticas de prescrição médica... nos seus relatórios anuais!

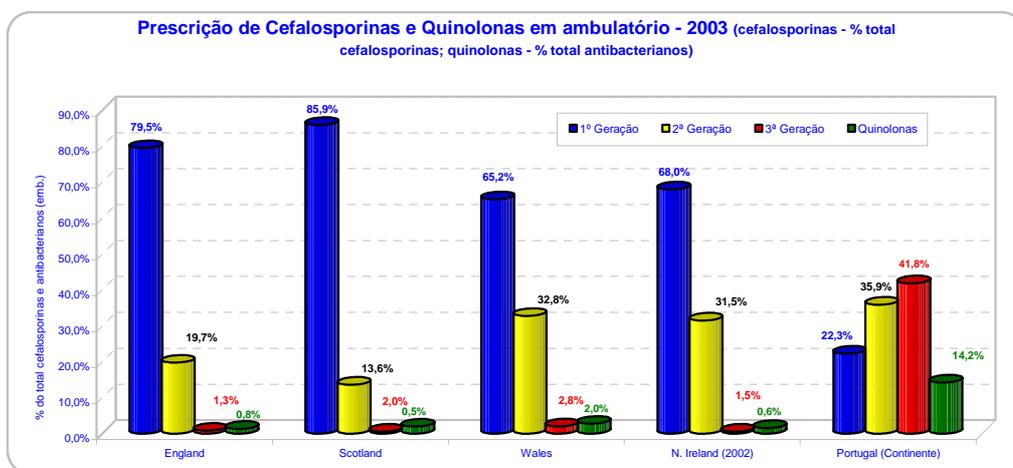


O OPSS apenas apresentou os dados das prescrições de antibióticos e a informação do ESAC é suficientemente elucidativa da situação em 2001.



Fonte: HDepartment - England e Infarmed

Na perspectiva da análise utilizada em anos anteriores (frequência relativa do nº de embalagens) o padrão de prescrição do Continente mantém-se substancialmente diferente do apresentado pelos países que disponibilizam dados equivalentes (Figuras 18).



Fonte: HDepartment - England e Infarmed

A reflexão que esta diversidade sugere é a que “especificidades” infecciosas portuguesas justificam um padrão de prescrição tão distante das “guidelines” internacionalmente aceites? O Reino Unido (que disponibiliza os seus dados de prescrição na Internet) terá uma patologia infecciosa tão “benigna” que conduza ao padrão de prescrição ilustrado na Figura 19 e 20.

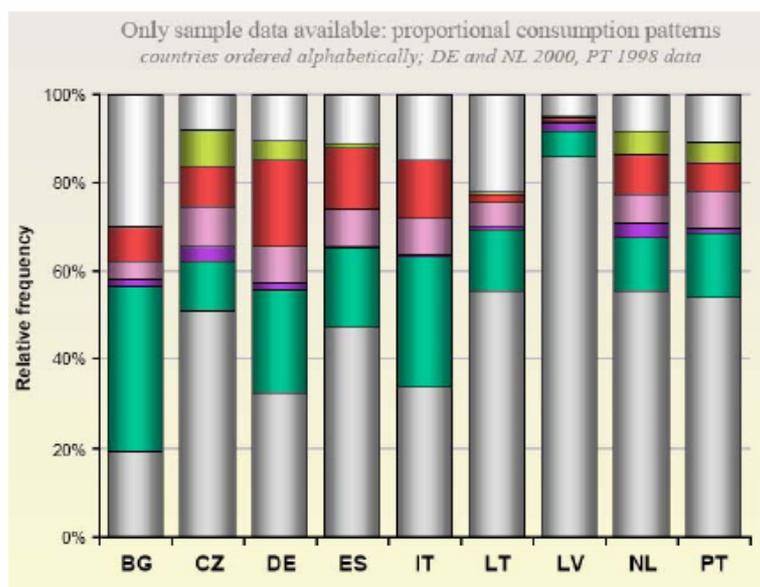
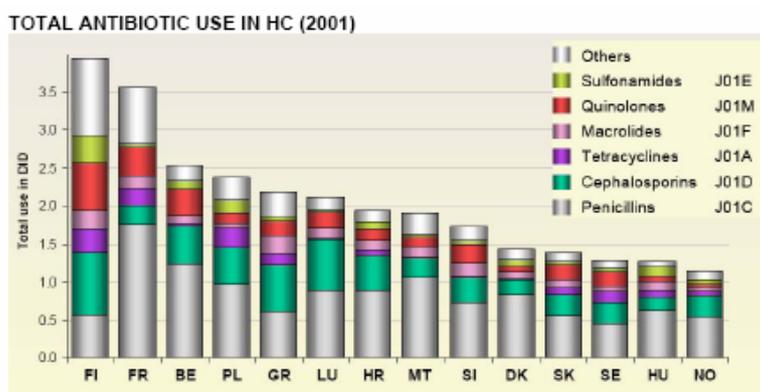
Por que razão é obrigatória (e activa!) em todos os hospitais públicos portugueses uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (e em muitos deles existe mesmo uma comissão específica para os antibióticos) que entre outras funções define uma estratégia de utilização dos antibióticos no internamento (restringindo e desincentivando a prescrição indiscriminada dos antibióticos mais recentes e/ou mais potentes) e não actua também sobre o seu próprio ambulatório (urgência, consulta externa e hospital de dia)? Sendo os cuidados primários responsáveis por cerca de 70% da prescrição

medicamentosa em ambulatório por que não são reforçadas e activadas as estruturas semelhantes existentes nas Sub-Regiões de Saúde?

Os Estados não se podem demitir das suas responsabilidades quando estão em causa não só os interesses individuais dos seus cidadãos, mas cada vez mais os interesses universais/globais quando se sabe que em matéria de resistências aos antibióticos os efeitos se fazem sentir numa 1ª fase a nível local, mas mais tarde ou mais cedo repercutirão esse efeito a nível global.

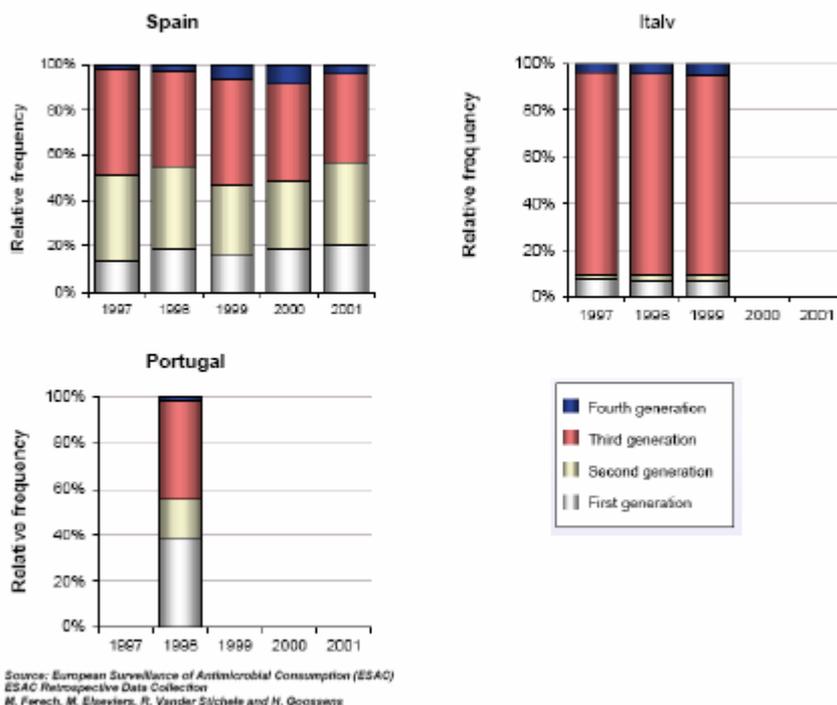
Pela 1ª vez houve a oportunidade de ter acesso a dados comparados sobre a utilização de antibióticos nos cuidados hospitalares (HC) no estudo da ESAC acima mencionado, pelo que se achou oportuno dar-lhe alguma visibilidade através do RP 2004, apesar das deficiências na recolha de informação sentidas (dados de apenas 14 países), designadamente de Portugal.

Aliás e relativamente a Portugal o seu relatório específico (disponível no mesmo endereço da Internet acima citado) é afirmado na discussão e conclusões: *“Os dados relativos à utilização de antibióticos hospitalares só foram disponibilizados para 1998 e foram obtidos através dum inquérito nacional. Em 2003 um sistema de recolha on line estará finalizado e permitirá uma colheita de dados com base mensal, incluindo todos os hospitais do SNS.”*



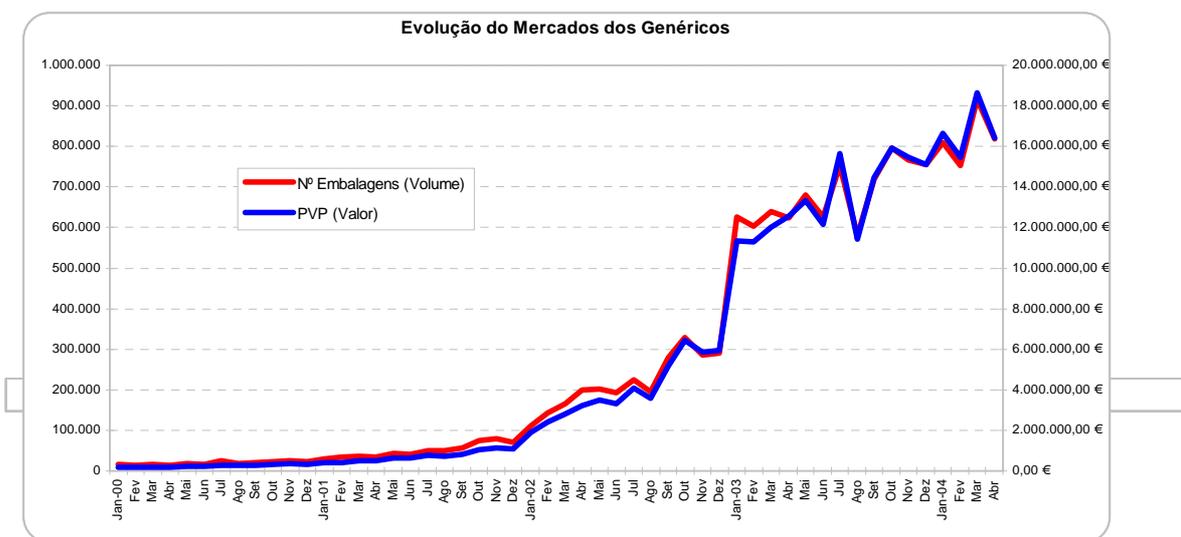
Source: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)
ESAC Retrospective Data Collection - ISPCR 2003
M. Ferenc, M. Eiseviers, R. Vander Stichele and N. Goossens

USE OF CEPHALOSPORINS IN HC



Medicamentos Genéricos

É inegável o efeito benéfico da implementação efectiva da política dos medicamentos genéricos (MG) no orçamento do SNS (Figura 21), nomeadamente se os recursos financeiros daí resultantes permitirem um melhor acesso a novas moléculas comprovadamente com valor acrescentado para os doentes.



Fonte: Infarmed

A campanha junto dos cidadãos sobre os genéricos pode ser considerada um razoável sucesso, pois de uma forma geral os utentes reclamam a prescrição preferencial de genéricos, embora não haja ainda quantificação desta realidade.

Foi evidente o esforço em disponibilizar informação atempada através da Internet sobre a evolução do mercado farmacêutico, sendo igualmente de realçar as tentativas de facilitar o acesso à informação sobre os medicamentos genéricos, não só através da Internet, mas igualmente por outros meios.

A garantia de qualidade destes medicamentos foi reforçada e revelou-se sempre atenta aos vários “*acidentes de percurso*”, entretanto surgidos e mau grado algumas dúvidas levantadas pelo OPSS no relatório de 2003.

Na área do medicamento como nas restantes áreas há conflitos de interesses entre os diversos “*actores*” pelo que a aprendizagem e equilíbrios são fundamentais para o seu sucesso; a não acontecer assim cada um agirá de acordo com os seus interesses e a evolução da situação estará apenas dependente da capacidade potencial de introdução das moléculas de genéricos ainda em “*stock*”. E os restantes “*actores*” actuarão e reagirão em conformidade.

Um aspecto não negligenciável no crescimento da quota de medicamentos genéricos no mercado total é a facilidade/comodidade de prescrição; perante as normas em vigor a facilidade/comodidade de prescrição é idêntica, mas na prática é mais fácil/cómodo prescrever um medicamento de marca do que um medicamento genérico.

Práticas de muitos anos, designadamente no subsector do ambulatório, tornam mais fácil/cómoda a prescrição de medicamentos não-genéricos (evita a consulta de “*Prontuário / Simposium / Índice Terapêutico*”, listagem actualizada de medicamentos genéricos e respectivas dosagens, apresentações e embalagens, etc.);

O SAM (software de apoio ao médico na área da prescrição) que tem suscitado boa receptividade por parte dos médicos tem aplicação num restrito número de locais de trabalho, designadamente nos centros de saúde onde são prescritos cerca de 70% dos medicamentos do ambulatório. Será desejável que sejam feitos todos os esforços no sentido de disponibilizar, o mais rapidamente possível, esta tecnologia ao maior número possível de prescritores.

A tese de “*boicote*” por parte dos prescritores a esta medida tem vindo a perder adeptos, sendo desejável, mais uma vez, uma conciliação de interesses entre estes “*actores*”.

As questões relacionadas com os custos dos medicamentos para o SNS e os co-pagamentos dos utentes necessitam de uma abordagem e análise mais aprofundada.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS)

A criação de uma Entidade Reguladora da Saúde¹⁸ (ERS) é sem dúvida, uma iniciativa inovadora e, até certo ponto, inédita no contexto internacional. De facto não se conhece nenhuma outra entidade com as mesmas ou idênticas características e atribuições em qualquer outro país. Fica agora a questão de avaliar quais os efeitos e impactos da sua acção no sistema de saúde português, sendo certo que a mesma dificilmente se tornará efectiva, se não se fundamentar em mecanismos de auto e hetero-regulação aos diferentes níveis do sistema. Um aspecto positivo a destacar é o facto das nomeações da sua equipa dirigente terem assumido características predominantemente técnicas, ao contrário da prática habitualmente seguida na implementação de outras medidas.

O Programa do XV Governo Constitucional, no capítulo IV – Reforçar a Justiça Social. Garantir a Igualdade de Oportunidades, no ponto 1 – Saúde, sublinha:

¹⁸ Decreto-lei nº 309/2003

“...caberá ao Estado o duplo papel de enquadrador do serviço público de saúde e de regulador da participação dos operadores sociais e privados, através de mecanismos de regulação económica, bem como da fixação e da fiscalização do cumprimento de critérios de qualidade e de desempenho”.

“Tendo em vista um novo Sistema Nacional de Saúde, o Governo pretende: a criação de uma entidade reguladora, com a natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho”.

Esta definição sobre a (ERS), ou se quisermos ser mais rigorosos, que impulsionou o seu aparecimento, é completamente omissa sobre a sua missão, objectivos e competências e seria a consequência de uma nova configuração no Sistema Nacional de Saúde. O Governo iniciou o seu mandato com um conjunto de acções que incidiram inicialmente sobre a empresarialização dos Hospitais (Hospitais SA), através da nova Lei da Gestão Hospitalar, e com alterações propostas no funcionamento dos Centros de Saúde (CS), através da nova Lei dos Cuidados Primários, não acautelando devidamente o processo de mudança e os problemas com ele relacionados.

A ERS E A GESTÃO DA MUDANÇA

A leitura da imprensa do ano de 2003 permite-nos encontrar 2 factos que são incontornáveis quando analisamos a importância da ERS: (1) a sua necessidade aparece associada ao problema da desnatação (mencionado de forma errada como selecção adversa) nos Hospitais SA, e (2) a entrada em vigor do diploma que alterava o funcionamento dos CS, promulgado pelo Presidente da República (PR), está dependente da criação da nova ERS. Contudo, o processo de discussão (se existiu), de aprovação e de nomeações para a ERS foi bastante moroso o que deixou, definitivamente, em “banho-maria” alguns diplomas importantes.

Em 13 de Janeiro de 2003, em entrevista ao Jornal Público, o Ministro da Saúde afirmava: *“vamos criar uma entidade reguladora, cujos contornos estamos a definir, que deve prevenir aquilo que nós chamamos “selecção adversa”, e que são casos como os que citou¹⁹”*. Por seu turno, em 23 de Julho de 2003, o Diário de Notícias publicava com o título *“À espera da “entidade reguladora” para as mudanças”* o seguinte texto: *“O diploma que altera o funcionamento dos centros de Saúde foi aprovado há sete meses. Contudo, o sector ainda não conheceu nenhuma mudança, uma vez que aguarda a criação da “entidade reguladora”, que deverá ser criada até Setembro”*. O Portugal Diário por seu turno, em 30 de Setembro de 2003, menciona que a mudança nos Centros de Saúde está em *“banho-maria”*: *“a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) vai ser aprovada em Conselho de Ministros na próxima quinta-feira, mas a consequente entrada em vigor do diploma que altera o funcionamento dos Centros de Saúde pode não ser imediata”*.

O Decreto-Lei que cria a ERS foi aprovado, depois de muitos adiamentos, em Conselho de Ministros em 2 de Outubro de 2003; em 14 de Novembro de 2003 foi enviado para promulgação; em 26 de Novembro de 2003 foi promulgado; em 14 de Março de 2004 foi conhecida a sua localização; em 15 de Março de 2004 são feitas as nomeações para a ERS; é apresentada publicamente a 17 de Março de 2004, e em 19 de Abril de 2004 toma posse a direcção da ERS. O Jornal Público noticiava em 20 de Abril de 2004: *“até se encontrar uma sede, a ERS deverá assumir tarefas essencialmente pedagógico-preventiva. “Até*

¹⁹ Respondendo à pergunta do jornalista: *Com a gestão empresarial não podem aparecer efeitos perversos, como já acontece no Amadora/Sintra, que envia os doentes que chegam com sida para o Egas Moniz?*

ao Verão estaremos num período de transição em que vão ter que se definir instalações, orçamentos e o plano de trabalho", explicou Nunes".

INCERTEZAS SOBRE AS COMPETÊNCIAS DA ERS

É notório que a missão, os objectivos e as competências da ERS bem como os seus contornos jurídicos eram desconhecidos. Até à aprovação do Decreto-Lei da ERS as competências e a composição variaram, as reacções dos vários parceiros foram várias e unânimes em diversos pontos, os avanços e recuos do governo quanto a esta definição também.

Na entrevista de 13 de Janeiro de 2003, ao Jornal Público, o Ministro da Saúde afirma "vamos criar uma entidade reguladora, cujos contornos estamos a definir", porque "de regulação temos em Portugal poucos exemplos, mas para se perceber melhor podemos dizer que é uma entidade independente para quem se transferem poderes que são do Estado" e que seja "um garante de qualidade e um garante de que não ocorre a tal "selecção adversa".

Por sua vez em 21 de Fevereiro de 2003, em entrevista ao Diário Económico, Vital Moreira (encarregado pelo Ministro da Saúde de elaborar o regime jurídico da ERS) adianta que "a nova Autoridade Reguladora da Saúde vai ser um "'watch dog' com dentes", e não apenas uma entidade meramente consultiva" que "terá mais independência e mais poder do que o Infarmed. Por exemplo, as sanções vão desde a simples advertência à coima pesada ou à suspensão de actividade".

No Primeiro de Janeiro de 5 de Março de 2003 é dito que "o ministro da Saúde iniciou já a criação de uma "entidade reguladora para toda a saúde", que deverá estar definida dentro de dois ou três meses. Luís Filipe Pereira adiantou que essa entidade reguladora "independente" irá abranger não só o Serviço Nacional de Saúde mas também o sector privado e social, actuando na salvaguarda da equidade no acesso aos cuidados de saúde e na sua qualidade".

O Jornal Expresso, em 21 de Junho de 2003; fala de uma "estrutura com super poderes", um verdadeiro ministério paralelo que intervirá "em áreas tão diferentes quanto a "regulação e supervisão dos operadores de cuidados, o desempenho do serviço público, os padrões de qualidade e segurança dos serviços, a universalidade do acesso, os direitos dos utentes, o cumprimento das obrigações regulamentares e contratuais", entre muitas outras coisas". O mesmo Jornal, em 6 de Setembro de 2004, adianta que "o Ministro da Saúde vai poder delegar as competências mais delicadas do seu gabinete na Entidade Reguladora da Saúde (ERS)" tratando-se de "uma espécie de super-ministério cujos poderes foram reforçados a pedido do próprio Luís Filipe Pereira".

O Jornal de Notícias, em 12 de Setembro de 2004, fala da composição dos órgãos da ERS: "É composta por um conselho directivo (CD), outro consultivo (CC), um fiscal e um provedor do utente. O presidente do CD será proposto pelo ministro da Saúde ao Conselho de Ministros, para um mandato de cinco anos irrevogável, excepto em caso de falta grave. Ou seja, ficará para além do ministro que o escolhe. Todos os membros do CD terão a mesma forma de nomeação e serão depois incumbidos de propor ao ministro a composição do CC e o nome do provedor. À ERS competirá ainda promover a competitividade entre operadores, acreditá-los, avaliá-los e sancioná-los, além de contar ainda com autoridade em matéria de deontologia."

O diário As Beiras, de 12 de Dezembro de 2003 sintetiza este processo com o seguinte excerto: "Vital Moreira admitiu que existem "muitas diferenças" entre o projecto inicial, de que foi autor, e o que foi aprovado pelo Governo. "Infelizmente algumas coisas importantes ficaram pelo caminho no diploma que foi publicado", disse Vital, como o Provedor do Utente, o Conselho Consultivo e os poderes para tratamento das queixas dos utentes. "Mas alguma coisa de virtuoso ainda ficou", acentuou".

AS REACÇÕES DOS PARCEIROS SOCIAIS

As reacções dos parceiros sociais, nomeadamente Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Farmacêuticos (OF) e da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) são bastante críticas relativamente ao projecto da ERS. Após a aprovação do diploma da ERS as posições da OM e FNAM mantêm-se críticas, apesar da OM suavizar a sua posição tendo em conta a introdução da fiscalização pelo Parlamento. Por seu turno a posição da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) é mais moderada.

A FNAM enviou uma missiva “ muito crítica para com o modelo e até para o próprio autor do projecto – Vital Moreira – os médicos questionam a independência de uma entidade cuja direcção é nomeada pelo Governo e discordam da inamovibilidade do conselho directivo por cinco anos: “É chocante que num estado republicano, democrático e de direito se pretendam constituir entidade “monárquicas” eternizadas no poder”, lê-se no documento, disponível no site da FNAM”” (Diário Económico, 01/08/2003).

A OF “defende o alargamento da intervenção da Assembleia da República no processo de selecção dos órgãos dirigentes da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ” reclamando “uma representação no Conselho Consultivo”” (Diário Económico, 14/08/2003). Ao mesmo tempo alerta para que “a forma actual do projecto para a Entidade Reguladora da Saúde – que há-de controlar todo o sector, público e privado – concentra “demasiados poderes nas mãos de poucas pessoas”” (Jornal de Notícias, 14/08/2003).

Por sua vez a OM “não aceita o diploma que cria Entidade Reguladora da Saúde (ERS) “ argumentando que “o projecto do novo organismo peca pela falta de independência e pela sua estrutura tentacular, que chega a interferir nas competências de outros ministérios” e que “a independência do novo organismo está ferida, à partida, pelo facto de todos os seus membros serem nomeados pelo próprio ministro da Saúde”. A OM não limita as suas críticas aos aspectos políticos do diploma considerando que alguns aspectos técnicos e éticos também geram polémica – “A acreditação dos estabelecimentos e serviços, prevista no artigo 32 do diploma, é já, segundo explicou Miguel Leão, presidente da OM/Norte, da competência do Instituto da Qualidade da Saúde. Também a homologação de manuais de boas práticas (competência das Ordens) e de “cartas de direitos dos utentes” suscitam dúvidas à OM. “Faz supor que os direitos dos utentes podem variar consoante os diferentes serviços e estabelecimentos”, considera Miguel Leão” (Jornal de Notícias, 18/09/2003). O Ministro da Saúde considerou estas críticas “desfocadas e despropositadas” (Jornal de Notícias, 19/09/2003).

A APMCG assume uma posição mais moderada: “no meio, há quem não rejeite uma ideia que é boa e prefira aguardar para ver” (Jornal de Notícias, 12/09/2003).

Nas vésperas da aprovação do diploma em Conselho de Ministros, a falta de consenso com os parceiros sociais é notória através da notícia de O Primeiro de Janeiro, de 1 de Outubro de 2003, através deste excerto “Não obstante a aprovação iminente em Conselho de Ministros, a ERS mereceu fortes críticas por parte dos parceiros”.

A ERS criada tem competência para intervir em todos os subsectores da saúde, incluindo quer as instituições e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sistemas social e privado, quer a prática liberal. Os subsistemas de saúde e as entidades que gerem planos de seguros de saúde estão igualmente abrangidos pela actividade desta entidade, ficando de fora da sua alçada os estabelecimentos e serviços sujeitos a regulação sectorial específica.

- **Justificação para a criação da ERS:**

A alteração dos modelos de gestão e posse das Unidades de Saúde do SNS, com a entrada de novos operadores, criou a necessidade de criação de uma entidade que defenda e proteja os direitos dos utentes.

A ERS é uma entidade diferente das existentes no sector económico, as quais têm por objectivo impedir os monopólios, zelar pelas regras da concorrência e do estabelecimento de preços. A ERS, ao actuar numa área social, tem por objectivo a defesa dos utentes através da garantia da universalidade do acesso e da qualidade das prestações.

○ **Acções prioritárias:**

➤ **Garantia do acesso:**

Combate à procura induzida, ou seja, a oferta de serviços que não são necessários mas que geram apreciáveis lucros para quem os oferece.

Impedir a desnatação, em relação as doentes cujo tratamento atinge custos elevadíssimos e, por isso, podem ser postos de lado.

➤ **Defesa da qualidade das prestações:**

Acompanhamento do desempenho das unidades de saúde pertencentes ao sector público (exploração pública, privada ou social), através da programação e desenvolvimento de procedimentos de avaliação.

Apreciação das reclamações dos utentes do SNS.

➤ **Prevenção**

Elaboração da Carta dos Direitos do Utenes e dos Direitos dos Deficientes.

Produção de "guidelines" com as estratégias preventivas e pedagógicas a seguir pelas unidades de saúde do SNS.

➤ **Controlo e fiscalização:**

Estabelecimento de parcerias com a Direcção Geral de Saúde, e Inspeção dos Serviços de Saúde, com o objectivo de conseguir um acompanhamento eficaz da actividade desenvolvida pelos diversos operadores que actuam no SNS (públicos, privados, social). Está previsto o recurso a estratégias punitivas destinadas aos operadores que infringjam determinadas regras.

➤ **Sector não público:**

Relativamente aos operadores deste sector, como as *companhias de seguros, a medicina privada em regime liberal*, a ERS tratará apenas das questões económicas.

○ **Autonomia da ERS:**

A ERS é uma entidade independente, que presta apenas contas à Assembleia da República (Comissão Parlamentar com o pelouro da Saúde) e à Sociedade Portuguesa, tendo a obrigação de elaborar um relatório anual sobre a actividade desenvolvida, a enviar ao Ministro da Saúde e à Assembleia da República.

ANEXOS

ANEXO I - Hospitais SA. Avaliação sobre a gestão da mudança Análise SWOT

	Pontos fortes	Pontos fracos	Oportunidades	Ameaças
Aspectos enquadra- dores		Inadequação de cultura organizacional	“Reforma” da cultura organizacional	
		Défice de preparação de todos os actores para a implementação dos SA		
Aspectos financeiros		Modelo de financiamento não explícito, com falta de preparação prévia	Maior clareza dos mecanismos de inspecção do desempenho económico e financeiro	
		Confidencialidade dos contratos	Aumento do rigor orçamental	
		Custos administrativos associados à passagem a SA - Caixa Geral de Aposentações, ADSE,...		O modelo de financiamento pode levar à limitação da oferta
Sistema de Saúde	Maior responsabilização dos hospitais	Inexistência de mecanismos de regulação explícitos e testados	Re-engenharia do modelo organizacional	Desempenho centralista da Unidade de Missão
	Responsabilidade civil e criminal dos gestores	Diminuição da responsabilidade do MS face a decisões tomadas	Possibilidade de extensão dos instrumentos de gestão dos SA aos SPA	<i>Outsourcing</i> em áreas clínicas
		Afastamento da responsabilidade política (a responsabilização é sobretudo técnica, neste caso dos gestores)	Desenvolvimento de mecanismos de aprendizagem para compreensão do sistema	Privatização/Insolvência da Sociedade
			Aumento de autonomia do hospital face ao poder central	Dominância da eficiência económica sobre a efectividade (resultados financeiros sobrepõem-se aos resultados em saúde com consequentes conflitos entre gestores)
				Escolha de gestores por razões alheias ao bom desempenho do hospital
				Perda do sentido de rede (Sistema de Saúde Português)
				Fosso SA/SPA com o agravamento da iniquidade em saúde
				Transformação da Unidade de Missão em <i> Holding</i>

	Pontos fortes	Pontos fracos	Oportunidades	Ameaças
Aspectos operacionais da gestão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibilização da gestão ▪ Procedimentos de aquisição e contratação 	Inexistência de quadro regulamentar explícito referente aos modelos de contratação	Melhoria dos Sistemas de Informação	Manipulação da Informação / Gestão “criativa” da informação Desenvolvimento de sistema de informação fechado e não compatível com o sistema
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão global e não tutelada dos recursos humanos ▪ Capacidade de estabelecimento de contratos e protocolos com entidades externas 		Melhoria do sistema de recolha de informação	
			Racionalização de procedimentos e custos	
			Criação de termos de referência que viabilizem uma relação harmoniosa entre contratação pública e outros modelos	
			Criação de políticas de incentivos	
Resultados em saúde				Priorizar doentes em função do 3º pagador
				Desnatação

ANEXOS II - Destaques bibliográficos sobre gestão da mudança

- BARNES, Peter – Managing change. *British Medical Journal*. 310: 6679 (1995) 590.
- EDMONSTONE, J. - Leadership development in health care: what do we know? *Journal of Management in Medicine*. 16: 1(2002) 34.
- EDWARDS, N., et al. – Doctors and managers: a problem without solution? *British Medical Journal*. 326: 7390 (2003) 609.
- FLAUREN, M.; WIEFFERINK, K.; PAULUSSEN, T. – Determinants of innovation within health care organization. *International Journal for Quality in Health care*. 16:2 (2004) 107-123.
- MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph – Reflexão sobre o processo estratégico. *Revista Portuguesa de Gestão*. 15: 2 (Primavera 2000) 24-34
- POINTER, D.; SANCHEZ, J. - Leadership: a framework for thinking and acting. In SHORTELL, S; KALUZNY, A. – Health care management, organization, design and behaviour. 4th ed. Albany, NY: Delmar, 2000.
- POLZER, J.; NEALE, M. - Conflict management and negotiation. In SHORTELL, S.; KALUZNY, A. – Health care management, organization, design and behaviour. 4th ed. Albany, NY: Delmar, 2000. 130.
- RODRIGUES, Maria João; NEVES, Arminda, GODINHO, Manuel Mira – Para uma política de inovação em Portugal. Lisboa: D. Quixote, 2003
- ROSS, A., et al. – Leadership for the future: core competencies in health care. Washington: AUPHA. Health Administration Press, 2002.
- SCOTT, T., et al. – Implementing cultural change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*. 15: 2 (2003) 111-118.
- VOLBERDA, Henk W. ; ELFRING, Tom, ed. lit. – Rethinking strategy. London: Sage Publications, 2001
- WALT, G. - Implementing health care reform: a framework for discussion”. In SALTMAN, Richard B. et al., ed. lit. - Critical changes for health care reform. Buckingham, Philadelphia: Observatory on Health Care Systems. Open University Press, 1999

ANEXO III - Conflitos de interesse e contributos

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 investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais ou políticos, que possam interferir nos resultados deste trabalho. Considera-se, no entanto, necessário precisar que uma parte importante dos membros do OPSS

colaborou tecnicamente com alguns dos governos mais recentes (1995-1999; 2001-2002). Apesar dessa colaboração ter resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas, este facto não deve deixar de ser do conhecimento dos leitores deste Relatório.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenador

Constantino Sakellarides

Investigadores

Fundadores do OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos

Secretariado Técnico

Marta Cerqueira

Filipe Rocha

Investigadores

Colaboradores

Álvaro Carvalho

António Rodrigues

Cláudia Conceição

Emília Nunes

Fernando Gomes

Luís Saboga Nunes

Óscar Domingos Lourenço

Paulo Kuteev-Moreira

Pedro Afonso

Vítor Raposo